



Sergio Javier Villaseñor Bayardo

Psiquiatría, naturaleza y cultura
De lo singular a lo universal

GLADET
Grupo Latino Americano de
Estudios Transculturales, A.C.



Primer congreso internacional



GLADET
Grupo Latino Americano de
Estudios Transculturales, A.C.

Del 17 al 20 de abril de 2008
Guadalajara, Jalisco, México

Psiquiatría, naturaleza y cultura
De lo singular a lo universal

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

Psiquiatría, naturaleza y cultura
De lo singular a lo universal



DEDICATORIA

A mis hermanos

Alejandro, Blanca Amalia y José Gilberto
Villaseñor Bayardo

A mis amigos y colegas

Carlos Rojas Malpica, Renato Alarcón, Yves Thoret y
Gabriel Ayala y de Landero

AGRADECIMIENTOS

A Ricardo Virgen Montelongo, Paulina Reyes Silva,
Hugo Antonio Ascencio Hernández y Jéssica Nalleli de la Torre.

A las instituciones que me inspiran

La Universidad de Guadalajara y el
Antiguo Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”.

© Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Prohibida la reproducción total o parcial del
contenido, sin la autorización del autor.

ISBN 978-968-5876-39-1

TONOCONTINUO

- Enrique Díaz de León sur 514-2
- Guadalajara, Jalisco, México
- Tel. 38 25 94 41
- informes@tonocontinuo.com.mx
- www.tonocontinuo.com.mx

Enero de 2009

Contenido

- 13 Introduction
Pr. Wen-Shing Tseng M.D
- 15 Presentación
Prof. Sergio J. Villaseñor Bayardo
- Conferencias magistrales
- 21 La psiquiatría Cultural en América Latina
Prof. Sergio J. Villaseñor Bayardo
- 37 Aire y asfixia: Los registros simbólicos del aire
Prof. Carlos Rojas Malpica
Profa. Joyce Esser Díaz
- 51 Las raíces históricas de la Psiquiatría de la persona
Prof. Jean Garrabé de Lara
- 59 Obsesividad y narcisismo. Los sorprendentes autorretratos de Julio Galán
Prof. Héctor Pérez-Rincón García
- 63 Susto and ataques de nervios: What kinds of culture-related specific syndromes they are?
Pr. Wen-Shing Tseng M.D
- 73 Cultural competence in assesment and treatment of the Psychiatric patient
Pr. Robert Kohn, M.D.
Pr. Ronald M. Wintrob, M.D

Simposia

- [87] *Naturaleza y cultura*
89 Proceso turístico: lugar de encuentro entre micromigraciones y macropatologías
Dr. Enrique A. Avilés-Aceves
93 Misión “Negra Hipólita” un espacio para el discapacitado psicosocial venezolano
Dra. Joyce Esser Díaz
- [101] *Aspectos psicopatológicos de la migración en Cataluña y Andorra*
103 Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)
Dr. Joseba Achotegui
121 Flujos asistenciales y problemas diagnósticos en población inmigrante en Cataluña
Dr. Antonio Corominas
125 Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) en población infanto-juvenil
Dra. Salvadora Espeso Montagud
129 Actitudes ante la población inmigrante en Andorra
Dr. Joan Obiols.Llandrich
- [235] *Medicina tradicional mexicana*
137 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental en el contexto Wixárika
Dra. Ana Cecilia Lara Zaragoza
141 Curanderismo urbano e indígena: procesos de curación física y mental
Dr. Héctor Camilo Sánchez Beltrán
145 Tateposco: la magia de una tradición.
Dr. Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Dr. José Refugio Reyes Rivas
- [151] *Cultura y desastres*
153 Migración y guerra, los costos psiquiátricos para Latinoamérica
Dr. Moisés Rozanes Tassler
- [159] *Depresión, adolescencia y cultura*
161 Les scarifications: la douleur de devenir femme
Dra. Manuela de Luca
Dr. Pierre Chenivresse
Dr. Santiago Riascod

- [171] *Enfermedades crónicas, cultura y psiquiatría*
173 El artista como paciente, como doliente
Dr. José Refugio Reyes Rivas
177 Subculturas del Rock y psicopatología en jóvenes mexicanos
Dra. Alejandra Kitazawa
185 La Cultura y el manejo de la diabetes
Dr. Felipe Vázquez Estupiñan.
- [189] *Neurología y cultura*
191 La mente del escritor
Dr. Bruno Estañol
- [203] *Sección de Literatura y Psiquiatría de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*
205 Un caso de dislalia en la *Divina comedia* y el fugaz episodio de los demonios chocarreros
Prof. Héctor Pérez-Rincón García
209 Susan Sontag ante el dolor
Dr. José Refugio Reyes Rivas
211 Othello's perplexity
Prof. Yves Thoret
- [219] *Psiquiatría transcultural*
221 Emigración internacional y enfermedad mental
Dr. Alberto Contreras Lozano
225 Psicología y psicopatología en movimientos milenarios: "cargo cults" en Papua, Nueva Guinea
Dr. George Wolfgang Jilek
Dra. Louise Jilek-Aall
- [233] *Salud mental y aspectos culturales de los desastres*
235 El sismo en Pisco. Efectos en el estado emocional de los niños
Psic. Nélica Tanaka
Dr. Yu Abe
Dra. Katuska Aliaga Giraldo
245 A religião como recurso complementar na terapia social
Dr. Marcos de Noronha

- [263] *Psicoterapia y cultura*
265 La pareja transcultural, emigración y conflicto
Dr. Sergio Gorjón Cano
273 Atención en salud mental a la población de inmigrantes incorporados a la clase social media en Madrid en el año 2007
Dra. Ana Eutiquiana Toledo
283 El arquetipo de la gran madre o el retorno de Coatlicue
Dr. Alfredo Alcántar Camarena
- [291] *Hacia la des-estigmatización de las enfermedades psiquiátricas: su impacto en las celebridades*
293 Celebrities and schizophrenia
Prof. Joan Obiols-Llandrich
299 Time to Rethink Stigma in Mental Illness
Dr. Soma Ganesan
- [303] *Somatización y cultura alrededor del mundo*
305 A Medical Pain Management “Culture” in the United States
Dr. Jon Streltzer
- [311] *Aspectos culturales de los trastornos del ánimo*
313 Percepción de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. La influencia de los modelos explicativos de la enfermedad sobre la relación médico-paciente
Dra. Ingrid Vargas Huicochea
- [327] *Psicopatología y arte*
329 The three steps of violence in Shakespeare’s play “Titus Andronicus”
Prof. Yves Thoret
335 A Pesar de la adversidad: Martín Ramírez y su arte.
Prof. Sergio Javier Villaseñor-Bayardo
- [341] *Psiquiatría cultural en Brasil, Perú y Chile*
343 Considerações etnopsiquiátricas sobre o tratamento dos curandeiros. Tratamento realizado por curandeiros de diversas considerações religiosas e a importância de sua compreensão por profissionais de saúde mental.
Dr. Marcos de Noronha
357 Chamanismo y neochamanismo mapuche urbano
Dr. Eduardo Medina
371 Sensibilidad etnoterapéutica y fenomenología de las relaciones interétnicas
Dr. Rolando Lemus Rodas

- [379] *Cultura y salud mental en Brasil: una discusión interdisciplinaria*
381 Mental health and labor: conceptual language, net, multiplicity and
symmetry
Prof. Joao Ferreira da Silva Filho
- [387] *VI Coloquio Franco-Mexicano*
I Coloquio Japonés-Franco-Mexicano
391 Los intercambios culturales entre Francia, México y Japón
Prof. Jean Garrabé de Lara
401 La disociación histérica en los textos de Janet y Freud antes de 1911
Prof. Yves Thoret
409 Encuentros franco-mexicanos en torno a los psicodislépticos. Un
capítulo un poco olvidado de las relaciones científicas entre los dos
países
Prof. Héctor Pérez-Rincón García





Introduction

It is an honor, privilege, and pleasure for me to write the Introduction for this book, *Psychiatry, Nature and Culture, From Singular to Universal*. This book is the product of the First International Congress that has been organized by GLADET, which was successfully held on April 17-20, 2008 in Guadalajara, Mexico.

GLADET or Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales, A.C. (Group of Latino American for Study of Transcultural Psychiatry) is revived under the leadership of Professor Sergio J. Villaseñor Bayardo, a cultural psychiatrist and anthropologist, presently working as a faculty member at the University of Guadalajara, Mexico. The committee members of GLADET are composed of a group of colleagues from Mexico and various countries in South America, including: Bolivia, Brazil, Chile, Columbia, Ecuador, Peru, and Venezuela.

The first international congress included many colleagues not only from Central and South America mainly, but also from Spain with a Latino background. Furthermore, many international colleagues from Europe, North America and Asia took a part of the congress to support this special event. For the scientific program, in addition to plenary lectures, 20 symposia were held including topics of various kinds, as reflected by its theme: Psychiatry, nature and culture: from singular to universal.

This book is composed of selected articles from papers that were presented at the congress. The authors are mainly from Mexico, Brazil, Chile, and Venezuela. It also includes articles presented by colleagues from Spain, France and Andorra in Europe and USA and Canada in North America. The articles not only included issues related to Latin America but also those related to culture and literature, human psychology and others.

The need of concern and attention to cultural aspects of human psychology and behavior as well as clinical assessment and care of patients has become a common knowledge and forceful movement around the world. It is very important not only to develop cultural psychiatry knowledge and experience locally in its own region but also particularly pertinent to compare with that derived from other regions and cultures. There is a great need of communication, sharing, and comparison to obtain the higher level of understanding. This is the base for the establishment of World Association of Cultural Psychiatry, to promote the development of cultural psychiatry around the world.

In this regard, the reviving of GLADET for the Latino American is very significant and the publication of the product of the congress is very important. It provides the opportunity for colleagues from Mexico and various countries in South America to get together, to identify them a group, to examine and learn together what the cultural issues that need attention related to people living in Central and South America with Latino cultural background. But furthermore, it provides an opportunity to connect to cultural psychiatrists from various regions of the globe. We are very pleased that GLADET is affiliated with the World Associations of Cultural Psychiatry, to work together with colleagues from Europe, North America, Asia and other parts of the globe to promote the knowledge and experiences relating to culture and mental health and cultural psychiatry.

We congratulate under the editorship of Professor Sergio J. Villaseñor Bayardo, this book is published which will be enjoyed not only by colleagues with Latino American background but also by colleagues with other regions and cultural background.

WEN-SHING TSENG, M.D.

Professor, Department of Psychiatry, University of Hawaii School of Medicine, and
President, World Association of Cultural Psychiatry

November 10, 2008



Presentación

Psiquiatría, naturaleza y cultura: de lo singular a lo universal

Una vez descartados los fósiles folklóricos destinados a atraer a los turistas y a los nostálgicos, aun queda como blanco de la observación una cantidad considerable de datos que se resisten a la homogeneización.

La enfermedad mental y todo lo relativo a ella es uno de esos moldes en donde se fijan las tradiciones. Ella es dolorosa y amenazante. Los modelos heredados desarrollados desde la antigüedad: son modelos del escándalo, del miedo, de la burla, los encontramos donde quiera en el lenguaje popular, los proverbios, la mitología. Pero cada grupo cultural acomoda el tema a su manera, con un sabor que le es propio.

Yves Pélicier

*Comptes rendus du 1er colloque d'Ethnopsychiatrie
Française*

El Primer Congreso Internacional del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales, A.C. (GLADET) se celebró en la ciudad de Guadalajara, estado de Jalisco, México, del 17 al 20 de abril de 2008. Bajo el lema: "Psiquiatría: Naturaleza y Cultura, de lo singular a lo universal", nos reunimos colegas de los cinco continentes, todos interesados por la Psiquiatría Cultural.

Éste congreso estuvo convocado por GLADET, presidido por el que esto escribe y contó con la co-organización de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural presidida por el Prof. Wen-Shing Tseng y de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría presidida por el Prof. Ronald Wintrob. La Sección de Literatura y Psiquiatría de la Asociación Mundial de Psiquiatría estuvo dignamente representada por el Prof. Yves Thoret. En este evento también participaron otras ilustres asociaciones científicas tales como: L'Évolution Psychiatrique, el Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española, la Asociación Psiquiátrica de América Latina y la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

El congreso tuvo una asistencia de alta calidad académica y humana con aproximadamente 200 personas procedentes de 18 diferentes países tales como: Andorra, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Guatemala, Japón, México, Perú, Reino Unido, Suecia y Venezuela. Además de los colegas psiquiatras, también asistieron estudiantes provenientes de diferentes países. Tuvimos el orgullo de escuchar la brillante participación de 78 ponentes.

Durante el evento tuvimos un total de 7 conferencias magistrales ofrecidas por los Profesores Ronald Wintrob, Renato Alarcón, Carlos Rojas Malpica, Wen-Shing Tseng, Jean Garrabé de Lara, Héctor Pérez-Rincón García y Sergio J. Villaseñor Bayardo.

Durante los tres días de intensa actividad del congreso, tuvimos 20 simposia y se realizaron dos talleres. Además los asistentes disfrutamos con las sesiones plenarias; la primera: Arte Psicopatológico, con la participación de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y el Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud; La segunda fue realizada por GLADET y L'Évolution psychiatrique, celebrando simultáneamente, el VI Coloquio Franco-Mexicano y el I Coloquio Japonés-Franco-Mexicano. Los comunicadores fueron: el Prof. Yves Thoret con el tema: "La disociación histérica en la obra de Pierre Janet, una clínica de la perplejidad"; el Prof. Jean Garrabé de Lara con: "Los intercambios culturales entre Francia, México y Japón"; el Prof. Héctor Pérez-Rincón con: "Encuentros franco-mexicanos en torno a los psicodislépticos. Un capítulo un poco olvidado de las relaciones científicas entre los dos países" y el Dr. Akiyama Tsuyoshi con el tema "Lo que Japón ha aprendido de Francia y de México".

Durante el congreso se realizó una ceremonia para otorgar diversos reconocimientos a los miembros de GLADET tanto a los miembros fundadores, honoríficos, o en formación, así como a los de recién ingreso a la asociación.

Los miembros honoríficos son: Prof. George Wolfgang Jilek (Canadá), Profa. Louise Jilek-Aall (Canadá), Prof. Jean Garrabé de Lara (Francia), Prof. Kamaldeep Bhui (Reino Unido), Prof. Ronald Wintrob (USA), Prof. Wen-Shing Tseng (USA), Dr. Jon Streltzer (USA), Dra. Manuela de Luca (Francia), Dr. Pierre Chenivresse (Francia) y Prof. Yves Thoret (Francia).

Los miembros mexicanos en formación son: Psic. Alma Gabriela González Saray, Dra. Ana Cecilia Lara, Dr. Hugo Antonio Ascencio Hernández, Dra. Paulina Reyes Silva, Dr. Guillermo Rodríguez Rodríguez y Dr. José Roberto Delgado Armendáriz.

Entre los miembros fundadores y activos tenemos: Profa. Ana Eutiquiana Toledo (España), Prof. Carlos Rojas Malpica (Venezuela), Dr. Eduardo Medina (Chile), Dr. José Enrique López Rodas (Perú), Prof. Renato Alarcón (Perú) y el Dr. Marcos de Noronha (Brasil); los colegas mexicanos : Prof. Sergio Altamirano Morales, Prof. Sergio Gorjón Cano, Mtro. Francisco Castellón Amaya, Prof. Jesús Gómez Plascencia y Castillo, Dr. Ricardo Virgen Montelongo, Dr. Refugio Reyes Rivas, Dr. Gerardo Rojas, Prof. Eduardo Corona Tabares, Dr. Felipe Vázquez Estupiñán, Prof. Héctor Pérez-Rincón García, Dr. Ignacio Ruiz López, Dr. Jorge Arturo Serna Ornelas, Dr. José Contreras Plascencia, Prof. José Dorazco Valdés y Prof. Sergio Javier Villaseñor Bayardo.

Quisiera destacar los principios que rigen las actividades de nuestra joven asociación. La MISIÓN que tenemos es: "Somos un grupo de profesionales interesados en la investigación, la clínica, la docencia y la difusión científica de la psiquiatría y de sus vínculos con la cultura latinoamericana. Buscamos evidenciar la importancia de los factores culturales en los diversos aspectos de la salud mental de nuestra población. Nuestro objetivo es influir en las políticas de salud mental para que se respeten las bases culturales con un enfoque integrador de la salud pública en nuestro continente. Nuestra VISIÓN es: "Constituirnos en un grupo de líderes en el área de la psiquiatría cultural, capaz de influir decisivamente, con información de alta calidad académica y científica, en el curso de la salud mental en América Latina. Esto lo lograremos fomentando un genuino interés multidisciplinario por un intercambio de ideas de altura, orientado a la generación de nuevos discursos, teorías e ideas, con especial hincapié en áreas como el diagnóstico psiquiátrico transcultural, los procesos de migración, la aculturación, la etnopsicofarmacología, la medicina tradicional, las religiones y la espiritualidad.

Es motivo de un gran orgullo que GLADET haya iniciado sus actividades con un evento internacional de alta calidad científica y académica y más aún que hayamos logrado recopilar el material in extenso de las más destacadas intervenciones que tuvimos durante nuestro congreso. Queda aquí una valiosa contribución a la psiquiatría cultural que con gusto compartimos con nuestros amables lectores.

Vale la pena recordar algunas ideas que el Prof. Francisco Alonso Fernández ha sugerido en su obra: "Fundamentos de la psiquiatría actual", en donde hace un balance de la psiquiatría cultural. Señala que ésta, engloba el conjunto de estudios en donde se pone en relación el hecho psiquiátrico con cualquier otro hecho cultural. Tratándose, algunas veces, de aspectos circunscritos a una unidad cultural, aunque frecuentemente se extiendan a varias culturas. Tal confrontación pluricultural de las enfermedades psíquicas constituye la actividad fundamental de la psiquiatría transcultural, capítulo que considera como el más importante y mejor desarrollado de la psiquiatría cultural. Alonso define brevemente a la psiquiatría transcultural como: la parte de psiquiatría sociológica que estudia las enfermedades mentales a lo largo de la escala de las distintas culturas y civilizaciones. Agrega que, por basarse generalmente en el acto de comparar las cualidades ofrecidas por las enfermedades mentales en el seno de varias culturas, se le ha llamado también psiquiatría comparada.

Al respecto, el presidente del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española, escribe: la prolongada meditación de los Tailandeses puede ser considerado fácilmente por un observador occidental como una manifestación autística. También se puede confundir el normal comportamiento de los faquires y eremitas en China y la India con síntomas de una catatonía. En el caso de los Wixárikas del norte del estado de Jalisco, en México, algunos futuros chamanes están en comunicación con la divinidad ya sea del peyote o del venado y eso no tiene valor psicopatológico alguno.

Considero un gran acierto, la propuesta de Alonso en el sentido de que la estimación de enfermedad psíquica debe basarse en tres datos: la observación de estructuras psíquicas cualitativamente distintas de las existentes entre los sanos; el desgarramiento de la continuidad de sentido biográfico con la aparición de actos y fenómenos psicológicamente incomprensibles, y la reducción de la libertad del ser frente a sí mismo. Esta última frase se conecta con la idea de Henry Ey de que el enfermo mental se enfrenta a una patología de la libertad.

La psychiatrie est une pathologie de la liberté, c'est la Médecine appliquée aux amoindrissements de la liberté. Toute psychose et toute névrose est essentiellement une somatose, qui altère l'activité d'intégration personnelle (conscience et personnalité). La psychiatrie est, à cet égard, la Pathologie de la liberté. Étude no 4.

Aunque hay una gran cantidad de trabajos realizados en torno a la psiquiatría cultural, esta obra es una apuesta al futuro promisorio de esta clase de investigación en América Latina, es un acicate para la nueva generación del conocimiento en nuestro hemisferio.

Esta obra pluricultural, (se publica en varios idiomas) aspira efectivamente, a ser un caldo de cultivo, una nueva oportunidad de desarrollo para la psiquiatría cultural.

DR. SERGIO J. VILLASEÑOR BAYARDO
Presidente de Gladet. A.C.



Prof. Sergio Villaseñor



Prof. Ronald Wintroob



Profesores Wen-Shing Tseng, Sergio Villaseñor y Ronald Wintroob



Conferencias magistrales



Profesores Yves Thoret, Carlos Rojas y Sergio Villaseñor



Profesores Thoret, Rojas, Villaseñor, Jilek y Garrabé



La Psiquiatría cultural en América Latina

PROF. SERGIO J. VILLASEÑOR BAYARDO

*Cada época tiene que descubrir a sus
antecesores y cada generación tiene que hacer
su propia antología.*

(Octavio Paz en diálogo con Braulio
Peralta, 1987)

El quinto congreso mundial de psiquiatría tuvo lugar en México en 1971 y ya desde entonces se manifestó un gran interés por la psiquiatría transcultural. En las memorias de tal evento encontramos personajes de la talla de Wittkower E.D. quien entonces presentara un trabajo sobre los factores socioculturales en la prevención de la enfermedad mental. En ese texto mencionaba que el problema de la prevención, igual que ahora, no puede ser evitado. Todas las culturas, intencional o inintencionalmente toman medidas para contrarrestar la enfermedad mental. Por ejemplo, proveen de “estrategias catárticas”, usando la expresión de Wallace, tales como los períodos de carnaval, las fiestas, los juegos en donde se permiten diversas técnicas tales como las intoxicaciones, la tortura, la danza o el trance. Tales estrategias parecen aliviar las tensiones psicológicas que se originan en los tabús, las inequidades sociales y otras imperfecciones sociales. (Memorias del 5º congreso mundial de Psiquiatría. págs. 115-116)

Medina Cárdenas (1997) retoma las ideas de Wittkower cuando define a la psiquiatría transcultural como la parte de la psiquiatría social que estudia los aspectos culturales de la etiología, frecuencia, naturaleza y cuidados de la enfermedad mental, dentro de un grupo social determinado. Sus objetivos son los siguientes: (a) explorar las similitudes y diferencias en las manifestaciones de los trastornos mentales en diferentes culturas; (b) identificar los factores culturales que predisponen o que fomentan los trastornos mentales; (c) estimar el efecto de tales factores sobre la frecuencia y naturaleza de tales trastornos; (d) estudiar los tratamientos practicados o preferidos en diferentes contextos culturales, y (e) comparar las actitudes hacia el trastornado mental en diferentes culturas.

Bustamante y Santa Cruz (1975) definen la psiquiatría transcultural como la “... rama de la Psiquiatría que estudia las variantes que a los cuadros psiquiátricos imponen los factores culturales” (p.27). En su cap. II recuerdan que, aunque esta perspectiva posibilitó que en 1957 se constituyera el Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET) -con la participación inicial del mismo Bustamante, de Dávila y de Seguí- los esfuerzos de esta novel instancia regional fueron efímeros y cesaron por 1961. El mismo Bustamante y muchos otros lamentaron una vida tan

Psiquiatra. Doctor en antropología social. Profesor Investigador titular B de la Universidad de Guadalajara. Miembro del S.N.I., miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Fundador y presidente del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales, GLADET, A.C. Miembro activo del Cuerpo Académico “Cultura, instituciones e identidades”

corta del grupo que sin embargo luego dio lugar al nacimiento de la Asociación Psiquiátrica de América Latina.

(Como puede darse cuenta el lector, el GLADET ya había existido y es precisamente en homenaje a tan ilustres personajes que el 8 de marzo del año pasado (escritura pública, No 1707) constituimos esta dinámica asociación).

Según Littlewood, (1990) durante el siglo XX hubo una doble aproximación entre la psiquiatría y la antropología social o cultural lo cual se denominó de diversas maneras:

- Psiquiatría comparada (Kraepelin, 1904; Yap, 1974; Murphy, 1982).
- Cultura y personalidad (influencia del psicoanálisis en la antropología norteamericana de los años 30), más tarde llamada “antropología psicoanalítica”, “antropología psicológica”, “antropología cognitiva”, “antropología semántica” o incluso “antropología de la persona”.
- Antropología médica (enfoque de los antropólogos sociales dedicados a realizar investigaciones en el campo sanitario, típico de los años 60)
- Psiquiatría transcultural o psiquiatría cross-cultural (enfoque de la psiquiatría estadounidense por los años 50, la cual designa la comparación de tasas y síntomas a través de diferentes sociedades)
- Psiquiatría cultural (enfatisa que la psicopatología occidental tiene tanta construcción cultural como cualquier otra).
- Psiquiatría y antropología o psiquiatría transcultural (uso del término “cultura” de los antropólogos británicos en un sentido más extenso que sus colegas norteamericanos) que incluye todos los procesos sociales y políticos de una sociedad determinada.
- Psiquiatría primitiva y etnopsiquiatría, denominaciones propuestas por Devereux y otros autores franceses, que destaca el estudio intracultural de la conducta desviada y perturbada, tal como la define su propio contexto.

Resulta evidente que esta(s) disciplina(s), como quiera que se le denomine, han brindado valiosas aportaciones para la comprensión de la relatividad y de la permanencia de las enfermedades mentales, y le han dado su justo lugar a la relación de los fenómenos de la cultura con los de la naturaleza (Villaseñor 1999 p.88).

Como bien lo señala Alarcón: La psiquiatría latinoamericana no quiere ni debe ser forastera en la mítica “aldea global” del futuro; por el contrario, quiere y debe tener credenciales de acceso que le garanticen respeto y aceptación. Participa plenamente de un conjunto nuclear de conocimientos y prácticas, comunes a la disciplina en toda latitud, acoge contribuciones de fuera en nombre de un universalismo sano y de un mestizaje constructivo y debe compartir sus logros y experiencias con ese conglomerado mundial de colegas y agencias dedicadas a esferas y acciones similares. (Alarcón, Conferencia Magistral en la Sesión Inaugural del XXIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Punta del Este, Uruguay, Noviembre 18, 2004)

Siguiendo con Alarcón, la psiquiatría latinoamericana se hizo tan sólo a comienzos del siglo XX. Todas las etapas anteriores –incluyendo los períodos mítico-religioso y de la “psiquiatría moral” del decurso europeo– pertenecen a la protohistoria de la psiquiatría latinoamericana, protohistoria de logros precarios y pioneros solitarios en un territorio que todavía se estaba descubriendo a sí mismo. (Alarcón, 1990, pág. 68)

Uno de los elementos más importantes de todas las culturas es, su sistema de creencias. Principalmente aquellas que apuntan a la explicación del origen de las enfermedades. Estas últimas se definen en términos de sus signos y síntomas, de las causas percibidas y de los tratamientos curativos potenciales.

Las clasificaciones de las enfermedades mentales cambian según las ideas que predominan en cada época y cultura y los especialistas no estamos exentos de ello.

Existen diversos términos que designan las formas particulares de expresar la enfermedad mental y de servir de vehículo para la patoplastia cultural. Rubel propuso la siguiente definición de malestar: “Conjunto coherente de síntomas en una población dada cuyos miembros responden mediante patrones similares”.

Según Yves Thoret, un punto importante en el abordaje transcultural es el conocer a fondo los códigos de expresión de las enfermedades según el área cultural a que pertenezca el paciente; es decir, no sólo conocer el lenguaje materno de los pacientes sino ir más allá de lo que es verbalizado.

Ballús considera que la Psiquiatría Transcultural ya no sólo responde a las inquietudes intelectuales, sino a las diarias exigencias asistenciales que se imponen en nuestra tarea de médicos y de profesionales de la salud mental, desde los niveles de la Asistencia Primaria hasta los más especializados, (Ballús, 2000)

Es interesante notar que desde hace años se le ha dado una particular importancia a las psicosis agudas en nuestra región. Ya Bustamante (1969) consideraba que tanto en África como en América Latina, la transculturación y los cambios sociales son los que facilitan la emergencia de las reacciones psicóticas agudas. Y agregaba: Entre los antillanos, las reacciones de angustia toman la forma de agresividad y excitación. La espontaneidad e impulsividad se ven privilegiadas por la educación; es por ello que las reacciones al estrés no tienen mucho freno racional, ni intelectual, sin que por ello se les atribuya ningún desequilibrio caracterial. En esa cultura, el sentimiento de persecución está ligado a la creencia en los espíritus y al embrujamiento. Las reacciones patológicas serán más de tipo histérico, que fóbico u obsesivo.

Jilek señala que la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP, 2004) en el capítulo introductorio de la sección de Etnopsiquiatría Latinoamericana da a conocer, a la psiquiatría general, las definiciones de etnomedicina, etnopsiquiatría y medicina folklórica así como algunas de las enfermedades que se conocen en América Latina con su nomenclatura tradicional. Los autores de la GLADP concluyen que la influencia Occidental en Latinoamérica no reemplaza completamente las formas tradicionales de percepción de la vida, la enfermedad y la muerte (Jilek 2005, p.29).

Los síndromes culturales Latinoamericanos descritos en la Guía Diagnóstica Latinoamericana se enumeran a continuación:

1. Nervios (Latinoamérica, Norte de Europa, Grecia y Egipto)
2. Ataque de Nervios (Puerto Rico)
3. Susto, espanto (Latinoamérica)
4. El Bla (Miskitos de Honduras y de Nicaragua)
5. Bilis (México, Colombia)
6. Colerina (Yucatán)
7. Mal de Ojo (Latinoamérica)
8. Muina (México)
9. Síndrome de la Nevada (Perú)
10. Atontado (Tuxtla, Veracruz, México)
11. Brujería (América Latina)

Mostraré ahora una visión panorámica, muy general, de algunas de las aportaciones más destacadas de la psiquiatría cultural en América Latina. De ninguna manera pretendo hacer una revisión exhaustiva, solo quisiera señalar a algunos autores conspicuos.

Argentina

Fernando Pagés Larraya publicó en su juventud un interesante trabajo titulado: *Esquizofrenia en tierra de aymaras y quechuas*. En entrevista con Alarcón (1990), Pagés no le da mucho valor a tal investigación.

Bolivia

Bolivia, enclavada en el corazón de Sudamérica, constituye un país de diversidad cultural, que por las características de su variabilidad geográfica, es en donde se han establecido pueblos de distintas raíces étnicas: arawacos en el Noroeste y Este (Amazonas), aymaras y quechuas en el Occidente (Andes) y guaraníes en el Sudeste (La Plata). Con la conquista española y la colonización europea, con etnias venidas de ultramar, se constituye un país rico en historia de transculturación, policulturalidad y sincretismo.

Mario Gabriel Hollweg en Bolivia, propone una clasificación general de los síndromes culturales en 3 grandes rubros: a) síndromes emocionalmente reactivos, b) síndromes de “daño puesto” y c) enfermedades del alma. El autor realiza un estudio de los distintos trastornos afectivos que se presentan en habitantes de diferentes regiones del país, desde una perspectiva transcultural. Se detiene estudiándolos singularmente y los organiza, clasificándolos según sus orígenes de procedencias míticas, concepciones del mundo e influencias de los desplazamientos sociales en el comportamiento. Delimita cuatro grupos de síndromes afectivos culturales:

1. Síndromes afectivos de raíces míticas aborígenes.
2. Síndromes afectivos de raíces hispánicas coloniales.
3. Síndromes afectivos de transición cultural.
4. Síndromes afectivos por desarraigamiento o despersonalización cultural.

En otra publicación, el mismo Hollweg (2001) habla de los síndromes emocionales reactivos, en donde incluye al susto como un síndrome cultural muy extendido en América Latina que toma diferentes nombres según la región geográfica. En el área andina de Bolivia, Perú, norte Argentino y Ecuador, que tienen continuidad cultural quechua-aymara, adquiere algunas denominaciones regionales. Los quechuas del Ecuador le llaman a este síndrome espanto. En el Perú y Bolivia se le conoce como Manchariska

Brasil

Alvaro Rubim de Pinho nació en Manaus (1922-1996). Por muchas décadas, fue el profesor titular de psiquiatría de la Universidad Federal de Bahía, formando e influenciando generaciones de psiquiatras.

En entrevista con Renato Alarcón (1990), Rubim de Pinho afirmó que sus guías principales en la psiquiatría cultural habían sido los pioneros brasileños Nina Rodríguez y Artur Ramos. Rodríguez, a fines del siglo XIX, estudió la “caruara” una endemia de astasia-abasia-histérica, se interesaba en las enfermedades propias de los esclavos. Estudió algunos aspectos clínicos de las psicosis colectivas religiosas. Sus estudios sobre esas epidemias colectivas pueden encontrarse publicados en la revista francesa: *Annales médico-psychologiques*.

Ramos, un psicoanalista, estudió el fenómeno de trance por posesión en las religiones, en el candomblé, dándole categoría de fenómeno cultural y no de histérico.

Rubim de Pinho consideraba básico llamar la atención de los psiquiatras brasileños hacia los factores culturales que influenciaban la psicopatología y los alertaba sobre la utilidad de las prácticas de la curación religiosa en el medio brasileño.

José Leme López (Alarcón 1990, pág. 354) menciona que en el congreso mundial de psiquiatría de 1966 fue el relator del tema de la psiquiatría transcultural exponiendo un estudio sobre el “banzo”, una manera especial de depresión con retrovisión hacia la esclavitud. Una dolencia que afectaba a los esclavos que llegaban de África y que era una depresión de nostalgia, de desarraigo. Algunos de ellos se dejaban morir sin pedir ayuda. Era una depresión profunda con inversión de los sentimientos de vida. El Banzo es una nostalgia mortal de negros desarraigados de su medio natural manifestando inanición, hastío y apatía por una pérdida total de la identidad que los llevaba al suicidio.

Barreto habla del “Encosto” una despersonalización cultural conocida como una patología popular por las clases menos favorecidas del Brasil. Estos síndromes culturales se presentan especialmente en los inmigrantes indígenas de grupos culturales amenazados en su preservación.

Chile

Medina Cárdenas presenta un panorama de la psiquiatría transcultural en Chile mediante el acopio de 77 publicaciones correspondientes a psiquiatría comparada, psiquiatría folklórica y etnopsiquiatría. Brinda un panorama de la disciplina en todo el mundo durante el siglo XX. Luego de hablar sobre el estado del arte de la interfase psiquiatría y cultura en Chile, muestra su inquietud por la escasa preferencia que el tema muestra durante los últimos años para la medicina y la antropología social nacionales, así como su interés por estimular el desarrollo futuro de la psiquiatría transcultural chilena

De las publicaciones que Medina revisó, encontró lo siguiente, correspondiendo en orden decreciente, artículos de psiquiatría comparada (49), de etnopsiquiatría (22) y de psiquiatría folklórica (6). Los 77 trabajos seleccionados conforman lo que podría ser considerado como la psiquiatría transcultural chilena.

A mediados de los años 60 un equipo multidisciplinario se preocupó por el análisis psiquiátrico transcultural, publicando lo que parece ser el primer informe nacional al respecto (Munizaga, 1965). Luego de una introducción, que discute los conceptos aborígenes respecto a sus trastornos mentales, así como los frecuentes sesgos etnocéntricos interpretativos del profesional médico, se plantean los tres objetivos del trabajo, a saber: uno, analizar el material clínico obtenido de pacientes mapuches con el objeto de establecer si la definición cultural mapuche de enfermedad juega algún papel en los casos de psicosis; dos, disminuir la distancia cultural entre el paciente mapuche y su psiquiatra; y tres, contribuir al desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas a partir de creaciones culturales tales como dibujos, uso del idioma vernáculo en pruebas psicométricas verbales, etc.

Colombia

De Colombia destaca Carlos A. León como formador de muchas generaciones. Lo mencionaremos al abordar al Ecuador. También existen recientes contribuciones de Carlos Alberto Uribe en torno a la cultura y las clasificaciones diagnósticas actuales. (1999, 2000)

En un artículo sobre la magia, la brujería y la violencia Uribe, discute la relación entre la magia, la brujería, la sanación y el conflicto social que se vive en Colombia. Desde hace muchos años se habla de tal relación así como del vínculo entre brujas, políticos, caballeros de la industria y miembros del “establecimiento” económico y social. Es común señalar la religiosidad de los jóvenes narcotraficantes en Antioquia, con sus escapularios, promesas y ofrendas ante el altar de María Auxiliadora. Estos temas han sido incluso llevados a la pantalla grande.

Esta relación entre la política y lo sacro no ha pasado desapercibida. Se tienen referencias desde cronistas de Indias como Cieza de León quien señala que esta amalgama se ha dado desde tiempos prehispánicos. El sacrificio ritual de víctimas, la antropofagia y las guerras mágicas entre chamanes se extendía desde las costas hasta las alturas andinas de los incas.

Cuando se tranquilizaron las primeras conquistas, las redes actuales de magia y catolicismo comenzaron a formarse. Las idolatrías prehispánicas se unieron a las europeas y se mezclaron con la magia africana para conformar con los siglos el tejido cultural característico de Colombia.

Ninguna dosis de modernidad secularizante ha logrado destilar los filtros amorosos, las pociones y ungüentos, los rezos y “trabajos” mediante los cuales diversos zahoríes buscan penetrar los arcanos de la incertidumbre y la enfermedad humana. Todo el sur colombiano es territorio de chamanes y los de mayor reputación se encuentran entre los “indios salvajes” de la selva amazónica.

Cuba

Menciona Bustamante (1989) que en 1954, en Cuba, se comienzan a perfilar 4 vertientes en el medio psiquiátrico, siendo éstas la psicoanalítica ortodoxa, la cultural, la pavloviana y la orgánica. En cuanto a las relaciones internacionales, la Sociedad Cubana de Psiquiatría, participa en la creación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en unión de México y Perú: Seguín, González Henríquez y Bustamante constituyen la comisión creada por los latinoamericanos reunidos en el Congreso de Jalapa, para organizar la APAL y el Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET) que de modo paralelo, iniciaría las investigaciones de psiquiatría transcultural. Considera Bustamante que: “Esto representó el primer esfuerzo de Latinoamérica en el campo de la Psiquiatría Transcultural”.

Más recientemente, Calzadilla Fierro realizó algunas investigaciones sobre la psiquiatría folkórica y las plantas medicinales.

Ecuador

Carlos A. León, originario de Ecuador y posteriormente profesor de la Universidad del Valle en Cali, Colombia, tuvo la satisfacción de haber realizado estudios sobre las actitudes y creencias comunitarias respecto a la enfermedad mental y los cuadros etnopsiquiátricos.

León-Andrade (1997) pretende resumir las raíces culturales que determinan el qué hacer médico psiquiátrico en ese país. Menciona que en Ecuador la influencia de las culturas prehispánicas se puede detectar en las diversas manifestaciones cotidianas de su sociedad. Esos factores culturales, no se han estancado en el tiempo, y han asistido a un proceso evolutivo, acorde a la evolución a la que está sujeta la sociedad.

El autor considera que el curanderismo y dentro de éste, el Chamanismo son las prácticas médicas que se han mantenido, debido a que han logrado a través del tiempo y bajo la

influencia cultural de los variados asentamientos humanos, enriquecer su metodología, hasta llegar a convertirse en un tratado empírico, con plena vigencia en amplias zonas del país. Al chamán o curandero acuden, todos quienes sienten como parte de su identidad cultural estos métodos de medicina aborigen. Para ellos, la medicina científica occidentalista pasa a ser una medicina alternativa, pues está desprovista del misticismo y de una explicación cultural satisfactoria, además de que minimiza el contacto humano, la fe, la sugestión y la explicación etiológica que el Chamanismo ha dado a la enfermedad.

León destaca la utilización de polvos y de bebidas alucinógenas. Las plantas más utilizadas para este fin, sobre todo en la región litoral, fueron: las Virolas, también conocidas como “sangre de gallina” o “cahoba”, La simora o cimora blanca es un cactus mezcalino (*Trichocereus Pachanoi*), La cuyanguilla, o filtro erótico de los brujos de Ilumán, el Huantug o huar-huar, comúnmente conocido como floripondio (*Datura arbórea* o *cándida*) y el ayahuasca del género de las *Banisteriopsis*.

Trastornos como el Espanto, el mal de ojo, el mal aire, el mal del arco iris, hasta hace algún tiempo limitados a la población indígena del área rural, hoy son vistas en las ciudades por curanderos que han trasladado su práctica desde la zona rural a los barrios marginales de las ciudades más pobladas como Quito y Guayaquil

Guatemala

Cristina Chávez de la organización de Médicos descalzos en Guatemala ha hecho una interesante investigación etnopsiquiátrica para comprender el concepto de enfermedad que actualmente la cosmovisión del pueblo maya imprime en su sistema médico. Su metodología fue reunir a los terapeutas tradicionales en talleres de intercambio de experiencias en varios municipios de la zona. De allí se desprendieron 6 enfermedades básicas:

1- El Xib'rikil: que se traduce como susto o espanto. Padecimiento originado en la vivencia de una situación altamente amenazante, de miedo, catastrófica, o violenta. A la persona se le desprende el “santil” o “Tioxil” también llamado alma en otras descripciones. Este padecimiento se relaciona con el enfrentamiento armado que duró 36 años.

2- Paq'ab'Chuch Tat, que literalmente se traduce como en manos de papá y mamá o en manos de los abuelos. En este padecimiento se resumen las consecuencias de la transgresión y de las faltas a las normas y valores culturales que son los que precisamente nos permiten vivir en armonía. Los indicadores que el terapeuta considera para diagnosticar este padecimiento están relacionados con la presencia de los muertos en la dimensión de los vivos, a través de los sueños, de sonidos que recuerdan las actividades de los muertos, o de avisos de ciertos pájaros agoreros, son los indicadores de que se trata de este padecimiento.

3- Qijalxik: Su nombre se debe a su origen, quiere decir “vocación”, “don”, “energía particular”, también conocida como Nab'al o nawal y “día de nacimiento”. Es un padecimiento que aqueja a las personas cuando no están haciendo lo que más les gusta, no están siguiendo su vocación o don de vida. Estos dones o vocaciones incluyen actividades artísticas, como tocar marimba o tambor, elaborar instrumentos musicales, enseñar y practicar bailes tradicionales, pintar, etc. También incluye a todas las especialidades terapéuticas del sistema médico tradicional, como ser comadrona, Ajq'ij, Ajkun, Ajno'j, Ajmes, k'amalb'e, etc. O bien, comerciante, agricultor, viajero, autoridad, maestro, etc.

4- Molem. Hasta el momento la han traducido como “tiene un poco de todo”, o Molelem yabil, que quiere decir “enfermedad recogida, obtenida” El origen está relacionado a la situación de pobreza y deterioradas condiciones sanitarias en que vive la población, en

general a la situación socioeconómica y a la descomposición social que produjo el conflicto armado interno, entre sus principales causas. La principales manifestaciones físicas del Molem son una mezcla de diversos problemas digestivos y alimenticios, respiratorios y un sinnúmero de dolores corporales, los cuales ocasionan específicas manifestaciones del comportamiento y sensorceptivas, así como también es desencadenante de enfermedad en los otros miembros de la familia.

5- Muqu'n, Piso'n: Literalmente se traduce como "enterrado" o "envuelto", también se usa para decir "olvido". En este caso el padecimiento se origina por el olvido de errores cometidos, engaño a otras personas, u ocultamiento de información. Las principales manifestaciones son del comportamiento y sensorceptivas, hay por ejemplo, una profunda tristeza y preocupación, sin razón aparente, saben que algo se les olvidó pero no saben qué. Sienten que alguien los persigue y las pesadillas son muy frecuentes.

6- Moxrik: Su traducción más sencilla es "locura". En el Moxrik están agrupadas principalmente una serie de conductas que en la vida del ser humano se deben evitar para vivir en armonía con los demás, tales como la envidia, el rencor, la desconfianza, la venganza, el autoritarismo, la discriminación, los celos, la violencia, la irresponsabilidad, el robo, la mentira, la deuda, los chismes, la ambición, el orgullo, la cólera, la rabia. Cuando varias de estas conductas se presentan sistemáticamente en los individuos se tiene como consecuencia un Moxrik. Algunas de estas conductas estarían tipificadas como delitos por occidente, delitos que se castigan, que se sancionan. En la cosmovisión maya estas conductas son consideradas una enfermedad que puede ser corregida con el debido tratamiento, el cual incluye desde la psicoterapia hasta la reparación de daños causados por el enfermo y la reconciliación con los afectados.

México

En México, nuestro país, ha habido una rica tradición de psiquiatría cultural. Erick Fromm inició una importante escuela culturalista. Rogelio Díaz Guerrero sentó las bases de la etnopsicología mexicana. Guillermo Dávila fue de los psiquiatras pioneros que fundaron GLADET y que se interesaron por el tema. Muchos antropólogos y médicos se han interesado por la etnopsiquiatría y la antropología médica. Vale la pena mencionar los trabajos de Aguirre Beltrán, de Viesca Treviño y de Campos.

Llama la atención el trabajo de Carod y Vázquez-Cabrera, quienes investigaron la psicopatología entre los Tzeltales de Chiapas (1996), logrando estructurar las principales enfermedades tzeltales y correlacionarlas, cuando ello era posible, con la nosología occidental. Obtuvieron lo siguiente:

Cefalea o 'k' ux jolol': si dura poco tiempo se suele atribuir a causas naturales como cansancio, insolación o catarro, si persiste cierto tiempo se considera un castigo de Dios; pero si se prolonga aún más en el tiempo, entonces su origen se atribuye a la brujería, y el enfermo necesitará de un chamán que efectúe rezos y rituales contra la hechicería.

Epilepsia o 'tub tub ikal' es causada por algún abuso sufrido por el "alma animal" que acompaña al individuo, tras una contienda entre los naguales que sirven a las fuerzas del bien y del mal. El individuo que crónicamente sufra crisis será considerado como un brujo.

El mal de espanto o 'xiwel' es uno de los trastornos psicósomáticos más frecuentes; el curandero debe devolver el espíritu perdido a su dueño mediante una ceremonia donde se reza, se toma "trago" o alcohol y se sacrifica una gallina.

Psicosis o ‘jowijel’: pueden ser por alcoholismo, por mordedura de perro o brujería y no hay curación, y finalmente,

Demencia o ‘chawaj’, es causada por brujería enviada en un mal sueño.

El que esto escribe ha realizado diversos estudios de etnopsiquiatría mexicana de entre los cuales resaltan los de los nahuas del Alto Balsas en Guerrero (Villaseñor Bayardo, 1999, 2008) y los del concepto de enfermedad mental de los Wixáricas de Tuxpan de Bolaños, Jalisco (Villaseñor Bayardo, 2004, 2008)

LA NOSOLOGÍA NAHUA

La clasificación actual de las enfermedades en la zona del Alto Balsas obedece al esquema frío-calor (Aguirre Beltrán, 1986; Barriga & Ramírez, 1986). Esta clasificación va de lo menos frío a lo más caliente y el remedio o tratamiento será el aplicar alguna sustancia con propiedades opuestas a las de la enfermedad. En estas comunidades, en general, existe una división clara de las enfermedades, ellas son, ya sea “naturales” y requieren un tratamiento médico moderno; ya sea “domésticas”, éstas solamente se curan de manera ritual gracias a algún médico indígena. En función de lo anterior, las enfermedades también se clasifican en aquellas enviadas por Dios (naturales) y aquellas que provienen del Diablo o que se deben a la brujería y a las envidias (domésticas).

Mencionaré algunas patologías que en este estudio me parecieron interesantes:

A) El “susto o “espanto”, *onomuji*:

La pérdida del tonalli es lo que origina una enfermedad conocida desde la época pre-hispánica como tetonalcahualiztli y que hoy en día es conocido como susto o espanto. Esta enfermedad epidémica de origen pre-hispánico aun conserva su vigor. Casi todas las personas entrevistadas en el Alto Balsas hablan de ella con gran familiaridad considerándola como una enfermedad muy frecuente. Los médicos indígenas especializados en tratar esta afección son numerosos.

Se considera que esta enfermedad es provocada por los « aires » que roban el tonalli o la “sombra” produciendo manifestaciones de ansiedad y de depresión. Otras causas del « susto » son: tropezarse, caerse de un burro o de un asno, encontrarse una culebra, ser atropellado, quemarse con fuego, ser arrastrado por el río y matar a un tipo de hormigas denominadas zontetas.

En general los síntomas son: desesperanza, fiebre, mialgias y artralgias (resistentes a los analgésicos), tristeza, pesadillas, hiporexia o anorexia, abulia, palidez, pesadez, disgusto e inquietud.

Con respecto al tratamiento existe la noción de prevención en el sentido de que debe iniciarse rápidamente, pues de lo contrario, será más difícil erradicar la enfermedad. Se cree que si el individuo no se cura pronto puede volverse diabético. Se considera necesario tratar esta enfermedad mediante un ritual que debe realizarse a la misma hora en que la persona se enfermó. Al ritual se le llama “regada” y ello permite que el “tonalli” regrese al enfermo.

La “regada” consiste en una serie de oraciones en español y en náhuatl; en preparar unas figurillas con masa de maíz que pueden ser de 6 a 12 masculinas y otras tantas femeninas, las cuales se colocan respetando los puntos cardinales dentro de un hemicírculo hecho de plantas frente al cual se hacen sahumerios con una resina aromática llamada copal y hacia

donde se arroja agua bendita, es decir, se “riega” hacia los 4 puntos cardinales y hacia el centro. Esto hace evidente la persistencia de la importancia de los puntos cardinales en la cosmovisión prehispánica. A cada figurilla que representa a los “aires” se le reza una estación del rosario. Es peligroso acercarse o pasar cerca del lugar porque entonces uno puede llevarse la enfermedad o perder la sombra.

B) El coacihuiztli

Esta enfermedad es la materialización de los malos pensamientos de una persona que ha nacido con el “Don” de arrojar esta enfermedad. Se trata de personas muy envidiosas. El coacihuiztli es una enfermedad caliente y contagiosa que puede recidivar. Consideran que Dios les da el poder de transmitir esta enfermedad a un número limitado de personas, máximo diez personas. Cuando le hacen el “mal” a un número mayor de personas se pueden quedar inválidos o incluso morir.

Se sirven de oraciones y del ayuno para enviar el coacihuiztli. Puede transmitirse soplando. Algunas personas son capaces de percibir la enfermedad cuando está flotando en el aire, ven unas pequeñas flamas, como si fueran luciérnagas. Pueden dejar la enfermedad en cualquier lugar, en una silla, en el aire, en los caminos... Incluso la pueden transmitir al saludar con la mano. Uno puede contagiarse al pasar por los caminos.

Síntomas: el enfermo se siente desesperado, presenta anorexia, dolor de huesos, mialgias y artralgias, problemas respiratorios, inflamación generalizada, eczema, insomnio, disuria e incapacidad deambulatoria. Incluso pueden enloquecer.

El diagnóstico se hace mediante los sueños o dándole masaje al enfermo. El tratamiento consiste en dar masaje con la saliva del curandero. También se utilizan alucinógenos.

C) Topontli

Esta enfermedad al igual que la anterior se puede enviar por el aire.

Los “cuates” o gemelos bivitelinos pueden causarla cuando están enojados arrojando el topontli o “bola”. En náhuatl, topontli significa explotar. Tiene la particularidad de que mientras uno de los gemelos es el que produce la enfermedad otro es el que la cura. ¡Particular maniqueísmo!

Aquel al que le envían la enfermedad presenta “bolas en la cabeza”, pequeñas tumoraciones detrás de las orejas, en el cuello, en las axilas o en la región inguinal. Tiene escalofríos y en general presenta una inflamación ganglionar. Puede ser mortal. Si el enfermo no es atendido las tumefacciones “explotan” brotando pus. Para tratar esta enfermedad el gemelo “bueno”, con su propia saliva debe darle masaje al enfermo.

D) Tetlanonoxilia o “cochinada”

Existen diferentes maneras de denominar a la brujería. A éste tipo de maleficio también se le llama “ajeno” o “granos”. La cochinada es una enfermedad enviada por personas llamadas tlamínque o chapulineros, es decir, son aquellos que pueden arrojar “chapulines”, tomando como referencia al insecto que de repente brinca. Se considera que estas personas pueden transmitir esta enfermedad en la comida o en la bebida que consumirán aquellos a los cuales odian, incluso pueden arrojarles la enfermedad en el aire. Estos enfermos pueden llegar a enloquecer.

E) *El Mal de Ojo*

Algunos autores consideran que esta creencia tiene origen europeo dado que se le encuentra extendida en España, en algunas regiones rurales de Francia, en el sur de Italia, en Europa del este y en Turquía. Sin embargo también se trata de una creencia prehispánica. Hay que pensar en los fenómenos universales.

En la época prehispánica esta creencia podía ser causada por los ixchicauhque, es decir aquellos que tenían la mirada pesada. El paciente afectado por el “mal de ojo” presentaba los siguientes síntomas: enrojecimiento de los ojos, lloriqueos, debilitamiento progresivo, tristeza, y finalmente la muerte. Todo ello era provocado por la mirada de alguien sobrecargado de energía sobre alguien desprovisto de ella. Actualmente en la región del Alto Balsas existen dos tipos de “Mal de Ojo”:

Ixtencualolixtli: el “Mal de Ojo” que ataca a los adultos. Los ojos se enrojecen y hay muchas secreciones purulentas.

Tlaixuihli (ztli): el “Mal de Ojo” de los niños. Los infantes presentan llanto, secreciones purulentas en los ojos, mialgias y fiebre. Es una enfermedad caliente. Los pobladores consideran que cuando un infante les gusta, se le calienta la sangre y no deja de llorar. El tratamiento consiste en frotarlos con mezcal o alcohol, aceite de rosa, sal y una yerba aromática llamada epazote.

F) *Tlayocoya: tristeza o duelo.*

Enfermedad que se adquiere al perder a un ser querido. Los síntomas son dolores difusos, cólicos, hematómesis y muerte. El tratamiento se realiza con una planta llamada sábila o caxtilamexcali

G) *Enfermedades propias de los naguales*

Oquiyolcuaque: significa que “le mataron, comieron o robaron su corazón”. Es un maleficio mortal. Hay que recordar que el corazón en la época prehispánica alojaba a una importante entidad anímica la cual se ocupaba de la vida de relación (López Austin, 1984).

Ocaciqueiscuintzin: significa que “le atraparon su animalito”. Hay llanto y también puede conducir a la muerte.

Los pobladores creen que los naguales son personas con poderes extraordinarios. El nagualismo es uno de los conceptos más fascinantes de la cosmovisión mesoamericana.

Respecto a los Wixárikas del norte del estado de Jalisco, junto con Aceves y con Lara, hemos investigado sobre el concepto de enfermedad mental que ellos denominan Mayaxiákame y sobre un síndrome ligado a la cultura que hemos denominado: “la embriaguez de lo divino” (Villaseñor, 2008)

El comportamiento que identifican en un individuo con mayaxiákame lo dividimos arbitrariamente en tres grandes aspectos. El primero se refiere al discurso. Los entrevistados mencionaron que los mayaxiákate (plural) dicen incoherencias, platican lo que no es, de lo que se imaginan, de las visiones que tienen, y en ocasiones hablan solos o no pueden contestar a las preguntas. El segundo de los aspectos comprende la descripción de su manera de actuar, indicando que actúan con “incoherencias”, caminan conforme son guiados por sus pensamientos, huyen, corren, andan “encuerados”, no se bañan, persiguen a los niños y con esto pueden provocar accidentes. En tercer lugar encontramos lo referido a

los sentimientos experimentados por el “enfermo”: sensaciones de rareza y de persecución, además de vergüenza. Otras manifestaciones de la enfermedad fueron referidas como : la muerte, los ataques, estar “mal en sus pensamientos”, y como la pérdida del sentido.

En cuanto al tratamiento, mencionaremos cuál es la idea que tienen sobre la manera en que debe ser atendido y curado el *mayaxiákame*. La persona que determina el tratamiento a seguir es el cantador, *maráakame* o chamán.

Entre lo mencionado por los sujetos entrevistados, encontramos que acuden en primer lugar al *maráakame*, con la idea de someterse a sus curaciones. El *maráakame* le indica a la persona si le es posible curarlo o si tiene que ir con otro *maráakame* que sea más fuerte, es decir, que tenga mayor capacidad y que sepa curar más enfermedades, entre ellas la de *mayaxiákame*, que es la que nos interesa. Igualmente el *maráakame* indica si tiene que acudir con el *alópata*. Por las diferencias que existen entre las capacidades de los cantadores, hay algunos que “tienen envidia” de otros. Algunas de estas diferencias se refieren a la capacidad de “echar mal”, o a saber más que otros. Hay algunos que solamente se dedican a la brujería.

Las variantes mencionadas referentes a la enfermedad mental o “*mayaxiákame*”, las clasificamos en base a la etiología dada por los informantes, ya que es a partir de ella que se determina el tratamiento. En primer término encontramos dos categorías, las personas que nacen con la enfermedad y las que lo adquieren durante la vida. En el primer caso las personas entrevistadas consideran que es consecuencia de algunos hábitos de los padres, como lo es el alcoholismo, el consumo de marihuana, el mal cuidado y la falta de atención médica durante el embarazo, así como también relacionan con ello los sustos de las madres embarazadas.

En cuanto al síndrome de la “Embriaguez de lo divino” arriba mencionado, los indígenas le llaman: *Kierixiet+*. Este síndrome se presentó en jovencitos de los albergues de la comunidad huichol de Cajones, Nueva colonia y Pueblo Nuevo.

El grupo étnico *wirárika* o huichol se encuentra en un proceso abrupto de transformación con el objeto de ser integrado a la cultura nacional. Dicho proceso ha provocado un desequilibrio en su dinámica social.

Tal situación de rápido cambio sociocultural ha sido muchas veces implicado como causa de psicopatología. Esto se puede observar en la mayoría de las etnias del mundo, de las cuales se han descrito una serie de enfermedades mentales ligadas a la cultura.

Esta investigación etnográfica retrospectiva abordó un fenómeno de trance que se había estado presentado en algunos de los albergues de la zona huichol. Quisimos entender el problema desde el marco cultural en el cual se presentaba. El instrumento utilizado para la obtención de los datos fue la entrevista a profundidad.

Encontramos varias enfermedades entre ellas, el *Kierixiyá* que consiste en ser “poseído” por el *kieri*, (una planta psicotrópica que contiene escopolamina) al que muchos huicholes le atribuyen poderes maléficos. Aparece frecuentemente de manera endémica, prevaleciendo en mujeres adolescentes. Las personas “poseídas” pasan por períodos de histeria y después supuestamente pierden el conocimiento. Las personas que padecen este trastorno tienen el antecedente de haber consumido la planta y de no haberle cumplido lo que le tenían pactado. Sin embargo, el término que mejor designa a este síndrome cultural es la palabra *Kierixiet+*.

El *kierixiet+* consiste en sueños y visiones no agradables. Generalmente en las visiones se manifiesta el *kieri* en forma de animal o gente que le indica al individuo lo que debe hacer,

le ofrece comida o le muestra objetos. El paciente hace gestos, habla, grita, corre, se golpea, puede atacar si se le trata de controlar. Las manifestaciones duran de 20 a 45 minutos, y se autolimitan. Se debe a que un mara'akame, aliado del Kieri, ha realizado un embrujo para enfermar al afectado por medio de ofrendas (flechas y vasijas votivas). El mensajero hauwayacame (el polen) los contagia: un mara'akame de la comunidad de Cajones refirió que percibía a los niños cubiertos de un “polvo amarillo”, consecuencia del Kieri, por lo que la enfermedad era un castigo por romper con “el costumbre”.

Perú

Refiere Elferink (2000) que entre las enfermedades que – según los hechiceros – eran comunes en el Perú, estaba la “waca macasca”, que significa literalmente “atacado por la huacá”, y es muy probable que se trate de un desorden mental. La palabra ha sido traducida por melancolía o locura, pero de hecho el significado no está claro, lo mismo sucede con varias enfermedades de los Incas del antiguo Perú.

Ellos consideran a todas las fuerzas sobrenaturales como ambivalentes; constatado esto por lo escrito por Fray Domingo, el cual traduce la palabra “supay” como demonio, pudiendo ser este demonio bueno (allic, upay) o demonio malo (mana – allic, upay).

Hermilio Valdizán publicó varios trabajos sobre la patología mental en diversos grupos étnicos. Javier Mariátegui hizo un “ensayo de interpretación de la obra de Valdizán”.

Renato Alarcón en la revista Latinoamericana de Psiquiatría hace un recuento crítico de las aportaciones señeras de Carlos Alberto Seguí respecto a la psiquiatría cultural. Alarcón evidencia la falta de claridad que Seguí maneja respecto a las definiciones de psiquiatría folclórica, etnopsiquiatría y psiquiatría transcultural.

Señala Alarcón que fue precisamente Seguí el que articuló hace casi treinta años lo que hasta entonces se sabía en el área de lo que él llamó “psiquiatría folklórica” a nivel latinoamericano. Un extenso artículo, titulado “Introducción a la Psiquiatría Folklórica” en el número con que Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina celebró en 1974 su vigésimo aniversario, puede ser considerado como la clarinada formal de este ejercicio epistemológico con que Seguí intentó inaugurar muy probablemente un diálogo destinado tanto a la perfección conceptual de la sub-disciplina, como a la delineación de la identidad de la psiquiatría latinoamericana.

La psiquiatría transcultural es, para Seguí, fundamentalmente un esfuerzo “por reducir las variantes culturales a cuestiones sin mayor trascendencia” y a explicar las diferencias en torno a la experiencia de entidades clínicas tradicionales como la esquizofrenia y la depresión en diversas sociedades, como “modificaciones patoplásticas de cuadros patogénicamente iguales”. De hecho, Seguí reduce la psiquiatría transcultural a su componente comparativo y, aunque reconoce el valor de la relatividad cultural como un paso adelante en la comprensión integral de la enfermedad mental en toda latitud, enfatiza las ventajas de la biografía sobre la biología,

Seguí define a la psiquiatría folklórica como “el estudio de las ideas, las creencias y las prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos y su tratamiento, mantenidas por tradición popular, aparte y en contra de lo aceptado por la cultura dominante en el medio en el que se presentan”.

Seguí nos dice que la etnopsiquiatría estudia conceptos y prácticas “psiquiátricas” en tanto que ellas se actualizan en o forman parte del “seno mismo de su cultura de origen”, armonizan con su religión y filosofía y son aceptadas, respetadas y apoyadas por los poderes

políticos y religiosos. Se entusiasma (y contradice) cuando postula la necesidad de llegar a una “concepción ecuménica de la psiquiatría folklórica” a la que llama sin ambages “ciencia del porvenir”.

Seguín y Mariátegui (1975) (citados por Medina Cárdenas) consideran que el desarrollo de la psiquiatría social dentro de la región ha destacado sus complementarios aspectos transculturales y epidemiológicos. Entre las variadas temáticas destacan los síndromes psicóticos influenciados por valores culturales, los síndromes psiquiátricos nativos, el psicossíndrome de desadaptación del inmigrante, el alcoholismo, las carencias alimentarias como factores patoplásticos de trastornos mentales y la psicopatología de los cuadros morbosos producidos por el uso de alucinógenos o de hoja de coca.

Puerto Rico

Algunas creencias acompañan fielmente a los grupos migrantes. Una muy particular es el “espiritismo”, de éste se tiene un estudio de 79 hogares puertorriqueños de la ciudad de Nueva York (Alan Harwood citado por Favazza) en el cual se determina que 47% de los adultos se identificaban a sí mismos como espiritistas y creían en la comunicación por médiums y en la supresión de la influencia nociva por medio de la intervención de espiritistas, los cuales suelen trabajar en pequeños centros de vecindario en compañía de ayudantes; estos suelen atender situaciones de insomnio, impulsos suicidas, repetidas pesadillas, llanto o melancolía inexplicables, estados de fuga y problemas en las relaciones interpersonales; suelen involucrar elementos como el humo de un puro, ciertos cantos y bebidas con las cuales la médium entra en trance y logra establecer comunicación con un espíritu y formula preguntas que el paciente debe responder sinceramente.

Uruguay

Como primera etapa de un proyecto de investigación en Psiquiatría Antropológica en Uruguay, la Dra. Bepaldi realizó una encuesta de amplio temario a 133 personas entre el público de hospitales montevideanos. Indagó sobre la delimitación nosográfica de afecciones psíquicas, su sintomatología y etimología, y las preferencias para el tratamiento, diferenció un síndrome más leve (“nervios”) con insomnio, inquietud, mal carácter, tristeza, adelgazamiento, hiporexia y cansancio. Y un síndrome más grave (“locura”) con comportamientos incomprensibles, agresividad, llanto, etc. Consideró que las tensiones psíquicas eran la principal causa etiológica junto con el consumo de drogas y alcohol o por herencia. En un porcentaje escaso de los encuestados (36% a 19%) las causas de enfermedad mental señaladas fueron: un “daño o brujería”; la voluntad o el castigo de Dios; enfriamiento; falta de higiene y limpieza; y la envidia que otros le tienen.

Entre 60 y 70% conocían el síndrome folklórico del “mal de ojo” (siempre incluyendo dolor de cabeza; casi la mitad conocía “yuyos” o hierbas medicinales para los trastornos psíquicos pero ninguno ubicó la denominada enfermedad del “susto”).

Venezuela

El venezolano Carlos Rojas ha insistido bastante en el tema de la psiquiatría cultural no solo de su país sino del continente. Rojas (2000) rescata la profunda interpretación de Alejandro Moreno y su descubrimiento del *homo convivial* en los barrios pobres venezolanos.

También señala cómo los cultos ancestrales a la madre tierra pueden estar vinculados a la costumbre que todavía se observa en los campos venezolanos, de “enterrar el ombligo” de las criaturas; y que en Venezuela se recomienda no exponer a los niños recién nacidos a la claridad de la luna llena pues “coger frío en la mollera” puede producir un pasmo.

Hemos contemplado, a vuelo de pájaro, algunos de los trabajos latinoamericanos que manifiestan un peculiar interés por la psiquiatría cultural. Evidentemente falta mencionar a muchos otros pero eso ya será tema de una investigación de largo aliento. Sirvan estas líneas como una seria motivación para que las nuevas generaciones, y las actuales, le brinden una parte importante de su esfuerzo clínico y académico al estudio de la psiquiatría cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre-Beltrán G. Obra antropológica VIII. Medicina y magia. El proceso de aculturación en la medicina colonial. UV/INI/GEV/FCE. 1992. pp. 385.
2. Alarcón R. Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. 1990. Siglo XXI Editores. México.
3. Berganza, C. E., Mezzich, J.E., Otero-Ojeda, A.A., Jorge M.R., Villaseñor-Bayardo, S. J., Rojas-Malpica C. “Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico GLADP”. 2004. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Mayo.
4. Ballús C. Razón y actualidad de la psiquiatría transcultural. Editorial. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 2000;27(4) 185-186
5. Barreto A. P. Aspectos culturais específicos dos sintomas de possessao e a relacao terapeutica. En: Resumos-11o congresso mundial de psiquiatria social, Rio de Janeiro, 1986.
6. Barriga F., Ramírez J. Etno-Patología xaliteca. México Indígena, I.N.I. N°9. marzo-abril, 1986, pp. 50-54.
7. Bepaldi de Consens Y. Conceptos populares en salud mental en Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay, LIV: 197-211, 1989
8. Bepaldi de Consens Y. Uruguay: subcultures under apparent cultural uniformity. En: Handbook of Mental Illness: An international perspective. Edited by Ihsan Al-Ilssa. International University Press. Madison. Connecticut. 1995
9. Bustamante J. A. “Desarrollo de la Psiquiatría en Cuba” en: Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina. Editorial Losada. Buenos Aires 1989. pág. 89 – 101
10. Bustamante J. A. La reaction psychotique aiguë, la transculturation, le sous-développement et les changements sociaux. Psychopathologie Africaine, 2:223-233, 1969
11. Calzadilla Fierro L. Psiquiatría folklórica. Hospital Psiquiátrico de la Habana. Cuba, 1994.
12. Caravedo B.; Rotondo H., Mariátegui, J. Estudios de Psiquiatría Social en el Perú. Ediciones Del Sol. Lima, 1963 (400 pp).
13. Carod F.J., Vázquez-Cabrera A. (1996). Una visión Transcultural de la Patología Neurológica y mental en una comunidad Maya Tzeltal de los altos de Chiapas. Rev neurol (Barc); 24 (131): 848 – 854
14. Chávez-Alvarado C., Pol Morales F., Villaseñor Bayardo S. J. Otros conceptos de enfermedad mental. Investigación en salud. Vol. VII, No 2. Agosto 2005. Págs. 128-134.
15. Conceição A. C., Cedraz Nery G. & Rubim de Pinho S. Rubim de Pinho, Fragmentos de Psiquiatría Transcultural. Salvador, EDUFBA, 2002.
16. Dalgalarondo P. A psiquiatría transcultural no Brasil: Rubim de Pinho e as “psicoses” da cultura nacional. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.25 no.1 São Paulo Mar. 2003
17. De la Fuente, R. (Edited by). Proceedings of the V World Congress of Psychiatry, México, 1971.
18. Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Gallimard, Paris. 1977.
19. Díaz-Guerrero, R. «Acercas de la etnopsicología mexicana» Psiquiatría, año 1, vol 1, N° 4, abril-junio de 1991.
20. Elferink, J. G. R. Desórdenes mentales entre los incas del antiguo Perú. Revista Neuro – Psiquiatría – T. LXIII No 1-2 Marzo- Junio 2000
21. Favazza A. Antropología y Psiquiatría. En: Tratado de Psiquiatría. Kaplan, H. I. & Sadock. B. J. p. 249 – 267.

22. Hollweg M. G. La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Investigación en salud*. Vol. III, No 1, abril 2001, págs. 6-12.
23. Hollweg M. G. Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural. *Investigación en Salud*. Vol. V. No 1, abril 2003
24. Horwitz, J., Marconi, J., Adis Castro, G. (editores) *Bases para una Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*. ACTA, Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires, 1967 (203 pp).
25. León-Andrade, C. A., Lozano, A. Raíces culturales de la Psiquiatría en el Ecuador. *Psiquiatría.COM* [revista electrónica] 1997 Junio [citado 24 marzo 2008];1(2):[15 screens]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num2/artic_2.htm
26. Littlewood, R. "From categories to Contexts: a Decade of the 'New Cross Cultural Psychiatry'" *Brit. J. Psychiatry* (1990), 156: 308-327.
27. López-Austin A. *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. 2 vol. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1984. Vol. 1 pp. 409. Vol. 2 pp. 334.
28. Medina-Cárdenas, E. La psiquiatría transcultural en Chile. *Rev psiquiatr*; 14(1):3-18, ene.-mar. 1997.
29. Munizaga, C., Mujica, G. y González, M. "Enfoque antropológico-psiquiátrico de indígenas mapuches alienados". *Rev. Antropología*, Año III, Vol. III: 65-80, 1965. Universidad de Chile.
30. Rechtman, R., Raveau, FHM. "Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie" *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris)* 37-715-A-10, 1993.
31. Rojas-Malpica C., Alarcón R. Marco histórico y cultural de la psiquiatría latinoamericana. *Investigación en Salud*. Vol. II No 2. Agosto 2000. Págs. 82-91.
32. Seguí C.A. Introducción a la Psiquiatría Folklórica. *Acta Psiquiat Psicol. America Latina* 1974; 20: 3-34.
33. Seguí, C.A. *Psiquiatría Tradicional y Psiquiatría Folklórica*. En: *Psiquiatría*, 1ª. Ed., pp. 630-640. G. Vidal, RD Alarcón, Eds. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1986
34. Seguí, CA. "Psiquiatría Folklórica". En: Vidal, G.; Bleichmar, H. y Usandivaras, R.I. *Enciclopedia de Psiquiatría*: 588-592. Buenos Aires, 1979.
35. Seguí, C. A., Mariátegui, J. "Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina". En: *Acta psiquiat. psicol. Amér. lat.*, 21: 175-184, 1975.
36. Uribe C. A. La controversia por la cultura en el DSM IV. *Revista Colombiana de psiquiatría* vol XXIX, No 4, 2000. Pp. 345-366.
37. Uribe C. A. Narración, mito y Enfermedad mental: Hacia una psiquiatría cultural. *Revista Colombiana de psiquiatría* vol XXVIII, No 3, 1999. Pp. 219-238.
38. Uribe C. A. Magia, brujería y violencia en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*. 2003. No. 15. pp. 59-73.
39. Vidal G., Alarcón N R. *Psiquiatría* 1986. Ed. Panamericana. 1a. Edición. Buenos Aires.
40. Villaseñor-Bayardo, S.J. "La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo" *Salud Mental* V. 17 N° 2: 16-20, 1994, México.
41. Villaseñor-Bayardo S. J. *Antropología Médica y Psiquiatría Transcultural*. *Rev. Residente Psiquiatría*. 1993. Año 4. Vol. 4. No.2. pp. 8-13.
42. Villaseñor-Bayardo S. J. "Cuadros típicos de la región". En: Alarcón R., Mazzotti G., Nicolini H. *Psiquiatría*. 2005. Manual Moderno. México. pp. 990-994
43. Villaseñor-Bayardo S. J. *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*. Universidad de Guadalajara, 2008.
44. Villaseñor-Bayardo S. J. *Viento y Arena, testimonios de un pueblo nahua*. 2008. Universidad de Guadalajara.



Aire y asfixia

Los registros simbólicos del aire

PROF. CARLOS ROJAS MALPICA y PROFA. JOYCE ESSER DÍAZ

A nuestro sobrino
Dr. Carlos Flores Rojas
pediatra-neumólogo

INTRODUCCIÓN

El respetable Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2001) trae la siguiente definición de aire: *Fluido que forma la atmósfera de la tierra. Es una mezcla gaseosa, que descontado el vapor de agua que contiene en diversas proporciones, se compone aproximadamente de 21 partes de oxígeno, 78 de Nitrógeno y 1 de Argón y otros gases semejantes a este, al que se añaden algunas centésimas de dióxido de carbono*(31). Inmediatamente después de definir lo que el aire es, el DRAE se muestra espléndido a la hora de registrar su polisemia: aire de familia, aire acondicionado, aire líquido, aire puro, comprimido, ocluso, malos y buenos aires, etc. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, no resulta mucho más elocuente: *(del gr. aér) mezcla gaseosa que forma la atmósfera terrestre, indispensable para la vida de todos los seres orgánicos, incolora, inodora, compuesta aproximadamente de una parte de oxígeno y cuatro de nitrógeno, en volumen, variando la proporción según las condiciones. Contiene también pequeñas cantidades de anhídrido carbónico, amoníaco, argón, nitritos y materias orgánicas* (8). Luego sigue el diccionario definiendo algunos conceptos médicos relacionados como aire alcalino, circulante, residual, complementario, comprimido, confinado, de reserva, enrarecido, estacionario, funcional, líquido y suplementario. Es evidente que la definición objetiva de la cosa que es el aire proporcionada por la ciencia positiva resulta insuficiente para comprender su significado. Aunque el aire no transporta símbolos para el animal, sí le trae mensajes. En la atmósfera vendrá el olor de la presa o del depredador que le aviva conductas innatas de agresividad y defensa, el mensaje de la hembra despidiendo sus feromonas que movilizan conductas de búsqueda y competencia por el apareamiento sexual, o la advertencia de los cambios climáticos que anuncian la urgencia de buscar cobijo y buen resguardo. El aire será entonces el gran vehículo para un colosal bucle de eco-comunicación que comienza a ensayar la naturaleza entre sus diversas especies y aún entre sus distintos reinos (28). Pero aún así, es cuando la cosa se cubre de significado que adquiere dimensiones humanas. Este significado, que sólo podrá encontrarse en el lenguaje, nos obligará a transitar el imponderable camino de la subjetividad y la búsqueda hermenéutica, que

Profesor Titular del Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo Valencia, Venezuela

son igualmente importantes para construir el saber de las ciencias de la salud. Será así como veremos que el aire es depositario simbólico de una gran cantidad de contenidos míticos, racionales, oníricos, estéticos, científicos y temporo-espaciales, que será necesario recorrer a través del tiempo para lograr una aproximación a lo que el aire representa en la complejidad de la psiquis humana.

AIRES DE GRECIA

Al parecer fue Laplace (1749-1827) el primero en proponer la palabra gas. La derivó de Khaos, que para los griegos era el estado informe del Cosmos antes de ser ordenado por el Demiurgo, y que en nuestra lengua ha quedado como sinónimo de confusión o desorden. Para Hesíodo, Homero y otros poetas de la antigüedad, el Caos venía de los abismos del tiempo y la materia, de donde surgieron Gea (La Tierra), la Noche (hija del Cielo y de la Tierra), El Erebo o Tinieblas Infernales, y el Tártaro, un espacio vacío similar a la Tierra, ubicado a la misma distancia del cielo, que luego fue transformado en la morada de los condenados en el Infierno(30). En la Biblia, para que el aire se transformara en lo que hoy denominamos atmósfera, fue necesario que Dios separase la luz de la oscuridad. La palabra atmósfera también es de origen griego (*atmós*: vapor, aire, y *sphaira*: esfera). Y es que los griegos no dejaron nada por fuera de su curiosidad, a tal punto, que sin visitar el diccionario se nos haría imposible conocer la etimología de los términos de la neumonología contemporánea. *Pneumon* significa pulmón y *pneo* respirar, pero la sorpresa que nos reserva Grecia es que *pneumata* también significa espíritu, de tal manera que Homero afirmaba que *la vida está en la respiración, que es portadora de todas las actividades vitales y de todas las pasiones. Asiento de la vida es el diafragma. El alma, que con la última respiración abandona el cuerpo en la hora de la muerte o sale de la sangre con las heridas, continúa su vida en el Hades* (17). A todo ello hay que añadir que *psykhé* también significa alma, aliento y mariposa y que deriva de *psykhen*, una forma menos frecuente de designar la respiración. A Eolo, el Dios griego de los vientos, hijo de Júpiter y de la ninfa Melanipa, se le representaba sobre un trono dorado y portando un odre del que parten los vientos. Hoy en día se llama energía eólica a la producida por los vientos, como la que se obtiene colocando un parque de molinos en lugares donde sople fuerte el viento (parques eólicos), con el objeto de transformarla en energía mecánica o eléctrica. Los griegos pensaban que el Aire era un Dios Bienhechor, esposo de la Luna y Padre del Rocío, siendo por lo tanto una deidad masculina; activa y creadora, como también lo era el Fuego, mientras que la Tierra (Gea) y el Agua lo eran femeninas (3).

Alcmeon de Crotona, discípulo de Pitágoras, y un poco después Empédocles, sostenían al filo de los Siglos VI y V a de C, que el fuego, el aire, el agua y la tierra, son eternos, y que se mezclan o separan entre sí, por acción del amor o la discordia, que son sus primeros principios y gobiernan sus movimientos. La salud resultaría del balance de las fuerzas (isonomía) de lo frío, lo seco, húmedo y caliente; mientras que la enfermedad sería producida por el predominio (monarkhía) de alguna de esas potencias. Veamos lo que Bruni Celli extrae del primer texto:

(el aire) para los seres mortales es causante de su vida y también de sus enfermedades, cuando están enfermos. Tan grande es la necesidad de aliento que tienen todos los cuerpos, que, si un hombre se viera privado de todo lo demás, comidas y bebidas, podría sobrevivir dos, tres,

e incluso más días, pero en cambio, si se le cortaran las entradas del aliento hacia el cuerpo, moriría en el transcurso de una pequeña parte de un día, porque es muy grande la necesidad de soplo que tiene el cuerpo (5).

Y ahora citemos, lo que el mismo Bruni Celli toma del segundo texto:

Quien quiera estudiar perfectamente la ciencia médica debe hacer lo siguiente: en primer lugar, ocuparse de los efectos que puede ocasionar cada estación del año, pues no se parecen en nada mutuamente, sino que difieren mucho no solo entre sí, sino también en sus cambios. Después ha de conocer los vientos, calientes y fríos, especialmente los que son comunes a todos los hombres, y además los que son típicos de cada país. También debe ocuparse de las propiedades de las aguas, pues, tal como difieren en la boca y por su peso, así también es muy distinta la propiedad de cada una (5).

El Hipócrates real, debió ser por lo tanto, un somatólogo y un meteorólogo, porque debía estudiar el sóma del enfermo y los meteóra que sobre el mismo pudieran influir. En la fisiología que nace en Grecia, el pneuma (al igual que el alma) hace parte de la physis, pues el cuerpo o microcosmos humano reproduce e imita el cosmos universal: apomimesis tou holou. En el CH se equipara el pneuma al resto de los sentidos sensoriales, pues por el hálito también llega el médico al conocimiento (gnosis). Con lo cual podemos afirmar que desde la antigua Grecia, el aire ha sido pensado como divinidad y como elemento de la naturaleza, porque es en su suelo donde ocurre el paso del mýthos al lógos y el aire comienza a ser entendido como parte de la phýsis en la naciente fisiología de Cos. El médico deberá aprehender la dynamis, el eidos, tropos y katástasis de la realidad estudiada (21). Siguiendo con Laín Entralgo, veamos como se expresa ese saber en el estudio del neuma.

En primer lugar hay que señalar que el neuma es un alimento, al igual que la comida (sita) y la bebida (potá). Cuando el soplo está dentro del cuerpo se denomina ventosidad o flato (phýsa) y aire (aér) cuando está afuera. El aire penetra a través de la boca y la nariz, pero también circula a través de las venas (phlébes) y la respiración cutánea (diapnoé, anapnoe). La idea de una inspiración que lleve el aire directamente a los pulmones, no es evidente en el CH, sino que el neuma llega en primer lugar al encéfalo donde produce diversas expresiones de la inteligencia (phronésis, xýnesis), y por la vía circulatoria, mezclado con la sangre, llega hasta los pulmones y al corazón, donde refresca el “calor implantado”. La traquea “es una vena que contiene mucho neuma y poca sangre” y llega hasta el corazón y los pulmones, pero proviene del encéfalo, al igual que el esófago, que baja el neuma hasta el vientre. Cuando el neuma es expulsado resuena en la cabeza y produce la voz. “El cerebro es el intérprete (hermeneús) de los efectos que el neuma produce en la phýsis del hombre”. “El alma (psykhé) es una realidad material, parte del cuerpo (moira sómatos)”. Las semillas masculina y femenina se mezclan por acción del calor uterino, que también transforma en neuma el aire que procede de la respiración de la madre que, más adelante, buscará entrar y salir a través del cordón umbilical. La respiración del embrión toma neuma frío y lo expulsa caliente, dando lugar a la formación de una membrana que lo envuelve durante su crecimiento. El CH habla de varios tipos físicos o biotipos que no siempre son definidos de igual manera, entre los cuales deben señalarse los flemáticos, biliosos, sanguíneos y melancólicos, y, como un tipo especial, relevante para esta comunicación, al tipo tísico, de

aspecto débil y flaco, con escápulas en alas de mariposa y vulnerable a la tisis, especialmente en otoño y primavera (21).

Aristóteles, hijo del médico Nicómaco de Estagira, tuvo un especial interés por la naturaleza. Escribió varias obras relacionadas con los animales y una que fue traducida al latín como *De respiratione*. Entre sus discípulos del Liceo se cuentan médicos notables como Diocles y Erasístrato “El dialéctico”. Aristóteles aceptaba la doctrina de los cuatro elementos, pero además propuso una quinta *essentia* que es el éter, en la que flotan los cuerpos celestes. También llamó al semen “*pneuma luminoso*”. Consideraba que los factores que determinan la vida son el *pneuma* y el calor implantado en el corazón, órgano donde residen las pasiones, y que ambos, podían ser *ingénitos*. Lo contrario pensaba Diógenes de Apolonia, para quien el recién nacido nacía muerto y sólo adquiría vida después de su contacto con el aire. El estagirita asumió para sí, las propuesta de los médicos sicilianos, para quienes la circulación venosa a través de la cava y la aorta partían del corazón (22). El médico Herófilo, de la Escuela Helénica que se desarrolló en Alejandría, sostenía que la inteligencia estaba en el cerebro y no en el corazón, como propuso Aristóteles (9). Una “Escuela Neumática” que quiso reponer las cosas en los términos hipocráticos mantuvo una notable influencia hasta el Siglo II DC, sus médicos llegaron a Roma, y entre sus figuras más destacadas se cuenta a Areteo de Capadocia. La huella hipocrática recorre la historia de la medicina toda (6). En el Siglo II d. C, la retomará Galeno, con singular maestría.

DESDE LAS CARGAS SIMBÓLICAS DE LA EDAD MEDIA AL PROGRESIVO DESENCANTAMIENTO DEL AIRE EN LA MODERNIDAD.

A la edad media le vino bien el pensamiento de Claudio Ptolomeo, nacido en Egipto por el año 85 y fallecido en Alejandría en el 165. La tierra era el centro del universo y el hombre la expresión máxima y criatura primordial de la creación divina. El universo entero resultaba un encanto de la creación. Con el cristianismo convertido en poder político a partir de los edictos de Justiniano, el aire sirve para muchas de cosas, además de respirar. El aire medieval se llena de *íncubos* de los que se vale el diablo, vestido de varón, para sostener comercio sexual con las mujeres o de *súcubo* para acometer la misma faena en dirección inversa y vestido de mujer. También porta efluvios malignos, que bajo la forma de miasmas desprendidos de las llagas y secreciones de los enfermos o del ambiente corrompido, viajan para inficionar los cuerpos sanos. La teoría miasmática de la enfermedad sirve para culpar a los judíos de envenenar las aguas y los ríos con propósitos inconfesables. Esos aires mefíticos pueden causar daños por su mera pestilencia, de la misma manera que los olores sulfurosos muy bien pueden representar las ventosidades del demonio. Quizás por ello el célebre San Ignacio de Loyola recomendaba en sus ejercicios espirituales, imaginarse envuelto en olores sulfurosos o en la fétida sentina de un barco para aprender a aborrecer al diablo (25), convirtiendo el olfato en una especie de radar divino. Durante las pestes negras europeas de los siglos XIV y XVII, se describe a los médicos con las caras cubiertas por una especie de tapaboca en forma de pico de ave en cuyo interior se filtraba el aire con algodones, para evitar contaminarse con los abundantes miasmas de su tiempo. Resulta interesante resaltar su tangencial relación con el tabaco procedente de América. Resulta ser que mientras que Walter Raleigh fue distinguido con el título de Sir por llevar el vegetal ante la Reina Isabel de Inglaterra, al pobre Rodrigo de Xerez, quien aprendió a fumar con los tahínos de Cuba,

tierra eterna de los famosos habanos, resultó condenado a morir en la hoguera por haber sido encontrado echando humo por las narices como un demonio, en una torre abandonada de su España natal (18). Por la vinculación del humo con el fuego y sus propiedades curativas, el tabaco luego fue recomendado para el tratamiento de la peste y los problemas respiratorios en el Siglo XVII, aunque seguramente nadie recordó la injusticia contra el conquistador de Xerez.

Fue poco lo que los árabes lograron añadir a la medicina griega, aunque grande fue su valor al conservarla. En la Europa semítica del Siglo XII debe mencionarse a Maimónides (1135-1204), médico judío que escribirá un “Tratado sobre el Asma”, que es el primero en la Historia de la Medicina sobre el tema. Su Tratado fue escrito para un hijo asmático del sultán Saladino, y en él advierte Maimónides de la incidencia de los trastornos emocionales y de la actividad sexual en el padecimiento de la enfermedad que estudia, recomendando como tratamiento más adecuado de la misma una dieta prolongada a base de sopa de pollo. Maimónides siguió el pensamiento aristotélico sobre el aire y la quinta esencia:

De igual modo dicho globo, en su totalidad, abarca las esferas y los cuatro elementos con sus componentes. No hay en él absolutamente ningún vacío: es un sólido pleno, cuyo centro radica en la bola terrestre; las aguas que envuelven la tierra, el aire a las aguas, el fuego al aire, el quinto cuerpo al fuego...

Por lo que se refiere al quinto cuerpo en su conjunto y en su movimiento circular, por su mediación se origina en los elementos una actividad constrictiva que los obliga a salir de sus regiones; es decir, el fuego y el aire son empujados hacia el agua y todos penetran en el cuerpo de la tierra hasta sus profundidades, originándose una amalgama de elementos....
...análogamente la esfera celeste, con su movimiento, gobierna las demás partes del universo y ella es la que envía a todo lo existente las facultades de que esto goza..(26).

Maimónides utiliza la palabra “Ruah” como un término polivalente que significa aire, espíritu vital, inspiración y voluntad. Hablando de los ángeles, dice que:

“la idea del vuelo se ha elegido para denotar que son seres vivos, porque es el más noble entre los movimientos locales de los animales irracionales, y en él contempla el hombre una gran perfección, hasta el extremo que desearía volar, a fin de huir fácilmente de todo cuanto lo daña y conseguir prontamente lo que le conviene, por lejos que esté” (26).

Maimónides no sólo sigue a Aristóteles, sino que también coincide con Claudio Ptolomeo, quien como ya se dijo, colocó a la tierra en el centro de un universo, que luego siguiera divinizado por los cristianos. Ese éter aristotélico es trabajado por nuestro contemporáneo José Saramago, inspirado en la “passarola” construída por el monje brasileiro Bartolomé Lorenzo de Guzmán en 1709, Capellán del Rey de Portugal, de la que se afirma que llegó a levantar vuelo por breve tiempo y escasa altura. Dice Saramago, en su novela “El memorial del convento”, que Guzmán rellenó unos globos de cristal que dispuso convenientemente en su barca en forma de pájaro, con el último aliento de los moribundos al que supuso compuesto de un éter cuyo bajo peso los eleva hacia el firmamento. Es por un sueño de esta naturaleza y no por un proceso racional de los de ahora, como supone Saramago que Guzmán inició la historia de la navegación aérea en el mundo (24, 33, 35).

Fue necesario llegar hasta Nicolás Copérnico (1473-1543) y Galileo Galilei (1564-1642) para colocar el universo tal y como lo conocemos ahora, con la tierra orbitando alrededor del sol. El aire y la atmósfera, sin embargo, no se movieron significativamente. El modelo naturalista puesto a andar desde la Grecia Antigua seguía dominando el pensamiento científico de los tiempos. Sin embargo, Paracelso (1493-1541) quiso revolucionar con sus conceptos alquímicos, la medicina de su tiempo. Basado en la tradición griega de los cuatro elementos y sus propiedades, propuso que todo lo existente estaba compuesto únicamente por tres principios fundamentales: azufre, mercurio y sal (o arsénico). En Paracelso el azufre corresponde a lo seco, que por enfriamiento produce el elemento tierra y por calentamiento el fuego. Por su parte, el mercurio representa la humedad, que al enfriarse produce el agua y al calentarse genera el aire. Por último, la sal sería el quinto elemento, el éter que cohesiona todo. Traducido a términos actuales, puede decirse que estos tres principios también equivalen a los estados de la materia (sólido, líquido y gaseoso). El mercurio es el elemento femenino, líquido y metálico; el azufre es el elemento masculino, que determina el color y la combustibilidad, mientras que la sal constituye el medio de unión entre los dos anteriores (27). Paracelso además, describió las enfermedades respiratorias de los mineros y llegó a postular que las denominadas “brujas” por la inquisición, eran en realidad enfermas. Propuso una fuerza primigenia que denominaba *misterium mágnum*, que operaba a través de condensaciones para producir diversos elementos. En Marguerite Yourcenar se lee que en sus tiempos se hablaba del “opus nigrum”, “una vieja fórmula alquímica que significaba la fase de separación y disolución de la materia”. Simbolizando igualmente “la prueba suprema del espíritu en su proceso de liberación” (38).

De las escuelas médicas del renacimiento, será la de los iatroquímicos, la que resulte más influenciada por Paracelso, pues los iatromecánicos lo están sobretodo por Descartes, quien consideraba al cuerpo como un mecanismo similar a un reloj, y también por Harvey y su descubrimiento de la circulación de la sangre. Los vitalistas por su parte, apelaban a un principio vital propio de los seres vivos, que los diferencia de la materia inanimada, al que George Stahl (1660-1734), autor de la teoría del flogisto, denominaba *ánima*. Barthez (1734-1806) hablaba de una fuerza de esencia desconocida, similar a la fuerza de gravedad de Newton (1642-1727), presente en los seres vivos. Por su parte, Francis Bacon (1561-1626), sostenía que las mareas eran una respiración de la tierra, con lo cual se adelanta a algunos ecologistas contemporáneos, que consideran la tierra como un organismo vivo.

Doña Oliva Sabuco de Nantes, un personaje del renacimiento español cuya existencia hoy se discute, publica por primera vez en 1587 su “Nueva filosofía de la Naturaleza del Hombre”. Allí podemos leer frases de notable influencia hipocrática, entre las que vamos a destacar las siguientes:

Confortar el cerebro es dar música, buen olor y alegría

Es admirable remedio para los viejos, secos, y enfermizos beber agua fría, dos o tres tragos en ayunas, y hace maravillosos efectos, hace deleznar, y bajar el manjar, rejuvenece, incita luego la cámara.

De manera que el aire que nos cerca con que respiramos, que es agua rara, es el principal alimento de la raíz que es el cerebro. Este alimenta por la parte interior con la respiración, y por la parte exterior, que es por la cute o el cuero.....El gran catarro, o peste fue quemazon ó sequedad del aire ambiente. Este renueva y toma salud con otro nuevo aire que sucede de las nuves como el agua con otra nueva que corre, y si esta renovación cesa, el agua y aire se

podrecen y matan las formas vivientes que cubren y cercan. Esta renovación del aire para la respiración no se debe quitar a los enfermos cerrando ventanas.

La mudanza de otra luna y del tiempo, cuando quiere llover, ó vuelve aire frío, ó contrario también en su proporción hace este daño en el mundo pequeño (que es el hombre) como en este mundo grande, porque todo cerebro tiene aspecto á la luna, aunque el hombre no siente esta mudanza y decremento, porque es en el cerebro donde no se siente á sí mismo.

Contrario mal olor, que hace este daño con vehemencia...

Del buen olor, que hace el contrario efecto (32)

El médico navarro Huarte de San Juan (¿1529?- ¿1588?), cuya formación realizó en Huesca o en la Universidad de Alcalá, es un naturalista de notable influencia hipocrática, galénica y pneumática, que además se interesa con asombrosa erudición en temas de política, retórica, poética y filosofía natural. Para Huarte, los pneumas o espíritus, son segregados por tres órganos. El hígado produce o sublima los pneumas físicos o espíritus naturales, de allí parten por las venas y llegan al corazón, donde son sublimados como espíritus vitales, los que a su vez son enfriados por el cerebro en contacto con el aire en las redes mirabiles, transformándose en espíritus animales que circulan por los nervios. El pneuma vital establece contacto entre el alma y el cuerpo, al pasar por los ventrículos cerebrales y al transformarse en pneuma animal, da lugar a la facultad hegemónica, que es el entendimiento, mientras que a la facultad de la fantasía la asocia con el phantastikon pneuma de Aristóteles (19). Un siglo más tarde, el sacerdote español Benito Jerónimo Feijoo (1676-1764), seguía con dedicación las ideas de los antiguos sabios de Grecia, sin ignorar las observaciones más recientes de su tiempo. En una especie de Tratadillo curioso de Física sobre los cuatro vulgares Elementos, entre otras cosas, dice lo siguiente:

¿El aire es perfectamente diáfano? Si se habla del aire que respiramos, o atmosférico, es cierto que no, pues en él padece reflexión, y refracción la luz; esto es, el aire prohíbe el tránsito a alguna parte de los rayos, como es claro entre los Filósofos. Esta es una de las causas por que el Sol alumbra menos en el Invierno, que en el Estío

¿Por qué siendo el Aire mucho más sutil, y delicado, que la agua, no penetra algunos cuerpos, que penetra la agua, como el papel, y el pergamino?

La mezcla, o inclusión del aire en la agua consta evidentemente por los experimentos hechos en la Máquina Pneumática (11).

Son estas las ideas y preocupaciones que llegan a América y que son divulgadas en las primeras cátedras médicas del continente. En las notas de clase de *Physiologia Prima* de Don Felipe Tamariz, dedica la “cuestión cuarta” a describir las características y propiedades del aire de manera bastante similar a los autores españoles anteriormente citados. Allí afirma “que toda la masa de aire se divide en tres regiones: la íntima, que está junto a la superficie de la tierra, del que respiramos y que se llama atmósfera, porque está mezclada de partículas terrestres, la media, en la que se forman los rayos, lluvias y demás de ese tipo; y la superior, que es más pura que las otras y se extiende hasta el cóncavo de la luna”. Más adelante aclara: “Pero no tratamos aquí del aire atmosférico, sino del elemental, que no es otra cosa que un cuerpo simplicísimo, fluido, ramoso, elástico en algunas partes flexibles” (34). Como podrá observarse, la ciencia del renacimiento quiere hacerse cargo de las propiedades materiales del aire, al mismo tiempo que insensiblemente se va desentendiendo de sus cargas simbólicas. Más visible aún será este proceso, si recorremos el itinerario que lleva

hasta el descubrimiento del oxígeno y termina con un acontecimiento trágico que será narrado más adelante.

En las Leyes de Indias, se recoge mucho de ese espíritu científico de entonces. Allí se recomiendan las pautas generales para la elección de los sitios más convenientes para asentar las poblaciones: “donde no hubieran cosas venenosas, y donde el cielo fuera claro, y el aire puro y suave”. De tal manera que:

No elijan sitios para poblar en lugares muy altos, por la molestia de los vientos y dificultad del servicio de acarreo, ni en lugares muy baxos, porque suelen ser enfermos: fúndese en los medianamente levantados, que gocen descubiertos los vientos del Norte y mediodía: y si hubiere de tener sierras, ó cuestras, sean por la de Levante y Poniente: y si no pudieren recusar de los lugares altos, funden su parte donde no estén sujetos a nieblas, haciendo observación de lo que mas convenga a la salud, y accidentes, que se pueden ofrecer: y en caso de edificar a la ribera de algún Río, dispongan la población de forma que saliendo el sol dé primero en el pueblo, que en el agua (10)

Como ya se dijo, el alemán George Sthal (1660-1734), propuso la teoría del flogisto, o principio fundamental que se libera rápidamente cuando arden las sustancias combustibles y durante la calcinación de los metales, o más lentamente, por su enmohecimiento. Según esto, el metal sería una sustancia compuesta que deviene elemental por la liberación del flogisto durante la combustión, siendo capaz de transferir calor cuando es desprendido de un vegetal hacia un mineral. Cavendish (1731-1810) lo consideró como el gas más ligero y altamente inflamable. Luego Rutherford (1749-1815) logró establecer su relación con la respiración, al comprobar que en una campana de aire saturada de flogisto, no lograba sobrevivir un ratón. Posteriormente Prestley (1773-1804), de Yorkshire, incorporó una planta al experimento de Rutherford, encontrando que ahora sí podía sobrevivir el ratón y el aire se tornaba más inflamable. En 1794 viaja a París y comunica sus descubrimientos a Lavoisier, quien replica la experiencia, y advierte que el aire no es un elemento inerte que reciba o entregue el flogisto, sino que es parte de la reacción química en la que resulta parcialmente destruido, incorporando elementos a la sustancia que ardió, de tal manera que la misma gana tanto en peso, como el que perdió el aire puro. Ese componente del “aire puro”, que se combina con los cuerpos durante la combustión, lo llamó oxígeno, y a partir de allí se desmorona la hipótesis del flogisto. En 1789 Lavoisier publica su “Tratado elemental de química”, y cuatro años más tarde un tribunal revolucionario lo acusa de sospechosos vínculos con reaccionarios recaudadores de impuestos, considerados instrumentos de corrupción de la depuesta monarquía, por lo que se le condena a morir decapitado junto a su suegro y otros compañeros, en la máquina infame reacondicionada y perfeccionada por nuestro colega Joseph Ignace Guillotin. Su verdugo dijo antes de ejecutarlo, que “la república no necesita científicos” (23).

Del éter aristotélico, la verdad es que ya nada queda. Ese fluido elástico, invisible, necesario para la física que comenzó con Newton, desapareció de los repertorios argumentales de la ciencia, desde que Einstein demostró que las categorías de tiempo, espacio y materia, no son absolutas sino interdependientes y relativas unas de otras. Ya no se requiere un nuevo tipo de materia para la difusión de las radiaciones electromagnéticas, ni tampoco una física especial para explicar el espacio vacío. Quedan el éter poético, el gas anestésico y los éteres químicos (15). Por otra parte, con el positivismo que propone la Ilustración a través de

Auguste Comte, la ciencia ya no se ocupará más que de investigar “hechos” comprobables y mensurables, alejándose cada vez más de cualquier reporte subjetivo que la entretenga. Ya veremos, en el próximo capítulo, cuánto se perdió con ese procedimiento.

EL AIRE Y LA SUBJETIVIDAD

Gaston Bachelard es una referencia obligada para cualquier trabajo que se proponga rastrear los registros simbólicos del aire. En su libro “El aire y los sueños” trata con un sentido “eminente lírico” el problema del aire imaginario, a través de temas como el sueño de vuelo, la poética de las alas, la psicología ascensional y la caída moral, el complejo de altura y los vehículos del viaje aéreo (las nubes, el cielo azul, la vía láctea y el árbol aéreo) (2). Nuestro interés está deliberadamente desplazado hacia lo que sobre salud, enfermedad, vida y muerte porta el aire en el imaginario colectivo, pero también a las rutas que escoge la psiquis profunda para expresarse a través del aire.

En la mayoría de las mitologías se considera al aire y al fuego, como símbolos masculinos, mientras la tierra y el agua aparecen como deidades femeninas. En ello no se puede olvidar la estructura androcática de las culturas de origen de los mitos. A menudo se le consideró como una especie de reino intermedio entre lo terrenal y lo espiritual (3). En las culturas precolombinas de América, los poderes del aire son a menudo representados por un águila. Es conocida la importancia de Quetzalcóatl, representante del aire y deidad suprema del panteón azteca. Se le considera descendiente del sol, quien al considerarlo conveniente, lo engendró por un soplo. Como deidad atmosférica, es intermediaria entre el cielo y los hombres. Al igual que el aire, y que el Hermes de los antiguos griegos, Quetzalcóatl transporta los mensajes y la luz, desde un lugar desconocido y misterioso. Es de observarse que los dioses educadores, Viracocha (en Perú) y Bochica (en Colombia) van “yéndose”, “abriendo caminos”, por lo que se los ha considerado peregrinos y hasta ‘predicadores’, para finalmente desaparecer de manera misteriosa como el propio Quetzalcóatl-Ehécatl (16). El pájaro-relámpago (thunderbird) de las culturas precolombinas de América del norte representa las potencialidades devastadoras del viento. Al aire se le identifica también con el hálito vital del universo. En las danzas rituales, el sonido dulce de las flautas y la quena, representan el viento, mientras que las maracas, los tambores y las percusiones fuertes, representan los ciclones y las tempestades. Nada debe extrañarnos este frecuente y terrible contrapunto. Decía Vicente Gerbasi: “El trópico es más favorable a lo demoníaco que a lo angélico. Aquí las fuerzas de la naturaleza están siempre cerca de la cólera. Aquí reina la violencia cósmica. América produce angustia, sobresalto y tristeza” (29). Tampoco se debe olvidar que en otros lugares el viento también porta malos presagios, como el “sirocco” de Venecia, tan bien novelado por Thomas Mann, como tampoco que el término malaria proviene del “mal aire” de otros tiempos.

Para las cosmogonías de los pueblos autóctonos de América, los aires tienen un valor fundamental en la propagación de enfermedades. En su interesante tesis doctoral y en otros trabajos de su autoría, Sergio Villaseñor estudia entre las comunidades nahuas del Estado de Guerrero, la eficacia simbólica y los contenidos prehispánicos en la interpretación de la enfermedad que aún se mantienen. En palabras de un entrevistado suyo, “un aire es un mal espíritu que anda en el viento y se posesiona de una persona, más fácil de los niños, los grandes ya podemos defendernos”. “Los aires son los espíritus al acecho de las sombras

perdidas”. Existen aires terrestres (rojos, corrosivos, suaves, entumecidos, torcidos, grises, oscuros, calientes, remolinos y hermanos mayores), moradores del cielo (cruz-estrella, remolino-estrella, siete cabrillo, lucero de la mañana, estrella huérfana, pie torcido, alacrán estrella) y moradores del agua (lagarto acuático, viejo acuático, vieja acuática, perro acuático, puerco acuático, tortuga, serpiente y alacrán acuático). Los aires pueden ocasionar trastornos mentales como el okitonaltikali o susto, en el que se pierde la sombra y se acompaña de manifestaciones ansioso-depresivas (37). Para los nahuas prehispánicos, la cabeza “era la región de la comunicación, de las relaciones de la sociedad con el cosmos. Allí se alojaba la capacidad de razonamiento. La palabra tzontecómatl: la cabeza en su totalidad, era sinónimo de ilhuícatl, o el cielo” (36). No es de extrañar entonces, que los tratamientos tradicionales y populares latinoamericanos para el asma y otras enfermedades respiratorias, contengan brebajes y sustancias, cuya eficacia se explique no sólo por sus eventuales propiedades terapéuticas, explicables desde la bioquímica farmacológica, sino por el valor simbólico de sus contenidos (7). En Gallegos se lee que las mujeres venezolanas de la etnia wayuu buscaban parir en el mismo sitio en que vivieron sus antepasados, porque en el aire habrá un espíritu familiar que se apodera del recién nacido con su primera respiración (13). Esa posibilidad de identidad que porta el aire, se demuestra en expresiones coloquiales, como “esto no es mi aire”, “aire de familia”, o “estar al socaire”, que hemos escuchado en algunas calles de América y España.

Decía Sigmund Freud que Leonardo da Vinci le daba al vuelo de las aves, la importancia de una prescripción del destino. Analiza un recuerdo infantil de Leonardo, en el que refiere:

Parece como si me hallara predestinado a ocuparme tan ampliamente del buitre, pues uno de los primeros recuerdos de mi infancia es el de que hallándome en la cuna se me acercó uno de estos animales, me abrió la boca con su cola y me golpeó con ella repetidamente en los labios” (12).

Freud llega a la acertada conclusión de que se trata de restos de fantasías infantiles, que luego son reordenadas por la psiquis del adulto. Propone que seguramente Leonardo leyó algunas fábulas sobre el antiguo Egipto en que las buitres, símbolos de la maternidad, se mantienen inmóviles en el aire, abren su vagina y son fecundadas por el viento. A partir de allí se atreve todavía a más, y propone que el buitre es un sustituto condensado de la madre y que la cola en la boca es un símbolo del miembro viril, por lo que se trata es de una “fellatio” simbólica, muy frecuente en las fantasías y sueños eróticos de hombres y mujeres. De allí pasa Freud al deseo de volar, proponiendo que se trata de la sublimación de un deseo distinto y de estirpe erótica (12). Independientemente del acierto o desacierto que pueda contener la interpretación de Freud, la verdad es que coincide con otras expresiones culturales de distintos lugares de la tierra. Para los lusitanos de otros tiempos, sus caballos eran más veloces que los romanos, porque sus yeguas eran fecundadas por el viento. Para los aztecas, las plumas como símbolos del aire también son fecundadoras, como puede verse en el mito del nacimiento de Huitzilopochtli, que fue parido por una virgen que recogió un montón de plumas en su regazo (16). Para Gaston Bachelard, el psicoanálisis no lo dice todo en relación al sueño de vuelo, especialmente las características estéticas y placenteras del acontecimiento, así como tampoco explica, cómo sigue persistiendo la idea de volar una vez despiertos, especialmente en los niños y jóvenes muy inteligentes (2).

La vivencia de ingravidez puede ser una experiencia especialmente emocionante. Los que planean en parapentes y paracaídas suelen hacerse adictos a esa experiencia placentera y entre ellos abundan los buscadores de sensaciones. En fecha reciente vimos flotar en un simulador de ingravidez, al físico británico Stephen Hawking, con lo cual quizás logró aligerar por un momento, el enorme peso que supone mover su cuerpo con la severa discapacidad motora que padece. Los niños disfrutaban de jugar al vértigo y de la emoción del tiotivo. Allí se produce una perturbación de la fisiología del laberinto que altera la vivencia del espacio y de la misma gravedad. Pero también algunos artistas plásticos proponen una crisis perceptiva similar, como en las estructuras penetrables del cinético Jesús Soto, los caballos flotantes de Alirio Palacios y la silueta del caballo de Salvador Dalí. Algunos estribillos de un rap cantado por músicos afroamericanos que pudimos ver por la TV hace algunos años, decían: *I wasn't gonna run from the cops but I was high....I messed up my entire life because I got high...I'm gonna stop singing this song because I'm high*". Estar alto o flotando en el aire resulta un símil de estar drogado. Siguiendo a Freud, diríamos que se trata de experiencias situadas más allá del principio del placer. El gran riesgo de la flotación indefinida y eterna es el de los astronautas desprendidos para siempre de su nave espacial, similar al vivido por el mítico Faeton de los griegos, quien empeñado en contemplar de cerca el firmamento, en un momento de descuido pierde el control del carro de fuego que le ha prestado su padre Helios y se precipita irremediabilmente hacia el vacío. Pero todavía hay una vivencia más común relacionada con el aire. Los claustrofóbicos sienten asfixiarse en los espacios cerrados. Si presienten que en el ascensor o el túnel escasea el oxígeno, rápidamente entran en una crisis de pánico. Sin embargo, ha sido el oxígeno simbólico y no el "aire-cosa" el que les ha hecho falta. En la psicopatología tradicional se habló del "olor a esquizofrenia" para describir la vivencia de extrañeza que tenía lugar en el clínico cuando se encontraba ante un enfermo, sobretudo, en sus fases iniciales. No era un problema de olfato, como sí lo eran las cacomias y otras alucinaciones olfativas de los pacientes. Curiosamente, se ha utilizado la cromatografía y la espectroscopia para la identificación del olor de los esquizofrénicos, aunque hasta ahora no se ha llegado más allá de la curiosidad académica (1). Por otra parte, hoy se dice que los esquizofrénicos podrían tener reducida su capacidad olfativa desde los períodos iniciales de la enfermedad, por lo que se está ensayando como un nuevo test de diagnóstico precoz, basado en ese descubrimiento (4). Así como hay olores desagradables, que pueden dar lugar a conductas de tipo escatológico, también los hay muy agradables, a los que se puede asignar valores simbólicos más importantes. La novela "El perfume", de Patrick Suskind, es un verdadero tratado de las posibilidades vivenciales del olfato.

CONCLUSIONES

Fue necesaria la llegada de Sigmund Freud en la Viena de finales del Siglo XIX y primeras décadas del XX, para que se le diera cabida a la subjetividad en la medicina, aunque apenas a través de una incómoda rendija conceptual. Luego, con la fenomenología de Jaspers y la analítica existencial de Binswanger, se termina de legalizar la situación de la subjetividad en esta ciencia. Desde entonces una corriente antropológica cada vez más vigorosa le da soporte al sujeto en el discurso de la medicina. Sigue siendo difícil, pues cada vez que aparece el sujeto, hay una tendencia a ordenarlo, pesarlo y medirlo, para ponerlo en la lógica cosificadora del positivismo que todavía dirige el pensamiento médico. Gaston Bachelard ha dicho

que la incapacidad para pensar lo absurdo y lo irreal es tan morbosa, como la incapacidad para pensar lo real (2), con lo cual denuncia una limitación de la lógica formal para soportar contradicciones en su seno.

No es posible contraer en un solo concepto o idea todo lo que el aire significa. Tampoco hay un único camino para llegar a su significado. Incluso es posible, que cada ruta sea un desvío. No basta con mirar su superficie, es necesario alojarse en lo irreal y absurdo que en su interior contiene, para luego dialogar con los hechos aportados por la ciencia positiva. Los símbolos míticos y su contenido arquetipal son una buena opción para explorar las tensiones de lo que con Téllez Carrasco podríamos denominar timofanías del aire.

En todo caso, se debe reconocer que la evolución histórica de la ciencia se desentendió progresivamente de la subjetividad. En ese proceso construyó un saber, cuyas “verdades”, hoy están haciendo aguas. Buena parte de la crisis planetaria actual se debe a que la ciencia ignoró toda relación con la ética, la estética y la cultura para proclamar sus grandes aciertos. Con la separación entre sujeto y objeto en el lenguaje de las ciencias, el aire quedó absurdamente reificado. Nuestra propuesta es recuperar y dialogar con el significado del aire, para al mismo tiempo, resemantizar la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allevato Miguel. El mal olor corporal. *Act Terap Dermatol.* 2006; 29: 44-53. Consulta en línea: http://www.atdermae.com/pdfs/atd_29_01_06.pdf. 4/04/2008.
2. Bachelard Gaston. *El aire y los sueños.* Fondo de Cultura Económica, SA de CV. México, DF. 1993
3. Becker Udo. *Enciclopedia de los Símbolos.* Ediciones Robinbook, SL. Barcelona. 1996.
4. Brewer, Warrick J, Word Stephen J, McGorry Patrick, Francey Shona, Phillips Lisa, et al. Impairment of Olfactory Identification Ability in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis Who Later Develop Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160:1790-1794, October 2003.
5. Bruni Celli Blas. *La Filosofía Griega en el Corpus Hippocraticum.* EN: *Filosofía en la Medicina.* Rojas Carlos (Dir). Ediciones del Rectorado. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. 1993(29-47).
6. Bruni Celli Blas. *Bibliografía Hipocrática.* Ediciones del Rectorado. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 1984.
7. Dao Luis. *Creencias populares y excentricidades en el tratamiento del asma y otras enfermedades alérgicas.* Fundación Luis Dao. Caracas. 1993.
8. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.* MASSON, SA. Barcelona. 2000.
9. El-Abbadi Mustafá. *La Antigua Biblioteca de Alejandría. Vida y Destino.* UNESCO y Asociación de Amigos de la Biblioteca de Alejandría. Madrid. 1994.
10. España. *Recopilación de Leyes de los Reinos de Indias.* Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. Madrid. 1998.
11. Feijoo Benito Jerónimo. *Biblioteca Feijoniana.* Consulta en línea: <http://www.filosofia.as/feijoo.htm>. 18/03/2004.
12. Freud Sigmund. *Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci.* En: *Obras completas.* Tomo II. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.
13. Gallegos Rómulo. *Sobre la misma tierra.* Editores Mexicanos Unidos SA. México DF. 1981.
14. García Ballester Luis. *Galeno.* En: *Historia Universal de la Medicina.* Tomo II. Laín Entralgo Pedro (Dir). Salvat Editores, SA. Barcelona. 1972(209-267).
15. González de Posada Francisco. *Reflexiones en torno al éter.* *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina.* Tomo CXVII, Cuaderno Primero: 43-77. 2001.
16. González Federico. *Apuntes para un diccionario de símbolos precolombinos.* Consulta en línea: <http://www.geocities.com/Athens/Atrium/9449/s8fgon.htm>. 23/03/2008
17. Hayward JA. *Historia de la Medicina. Breviarios del Fondo de Cultura Económica.* México. 1945.
18. *Historia del tabaco.* Consulta en línea: <http://www.publiboda.com/tabaco/tabaco.htm>. 22/03/2008.

19. Huarte de San Juan. Examen de Ingenios. Ediciones Cátedra S.A. Madrid. 1989.
20. Laín Entralgo Pedro. La Medicina Hipocrática. Ediciones de la Revista de Occidente. Madrid. 1984.
21. Laín Entralgo Pedro. La Medicina Hipocrática. En: Historia Universal de la Medicina. Tomo II. Laín Entralgo Pedro (Dir). Salvat Editores, SA. Barcelona. 1972 (73-115).
22. Lasso de la Vega JS. Los grandes filósofos griegos y la medicina. En: Historia Universal de la Medicina. Tomo II. Laín Entralgo Pedro (Dir). Salvat Editores, SA. Barcelona. 1972 (119-145)
23. Lavoisier Antoine. Consulta en línea: <http://www.geocities.com/alepeces/biografias/lavoisier.htm>.18/03/2008
24. Lorenzo de Guzmán. Consulta en línea: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-23-11-2003/abc/Toledo/lorenzo-de-guzman-del-cielo-a-toledo-pasando-por-la-inquisicion_222177.htm 19/03/2008.
25. Loyola Ignacio. Ejercicios espirituales. Consulta en línea: <http://www.vidasejemplares.org/sanignacio-deloyolaespanoleesp.htm>. 19/03/2008
26. Maimónides. Guía de perplejos. Editorial Trotta SA. Madrid. 1994.
27. Martín Abel. Paracelso, adelantado de su tiempo. Consulta en línea: <http://www.laotrainformacion.com/p7.htm> 20/03/2008.
28. Martínez NR. La herencia ambiental del hombre. Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto. Venezuela. 2002
29. Montejo Eugenio. Los espacios cálidos y otros poemas. Documento en línea: <http://laliebrelibre.com.ve/w/vicente-gerbasi/> 21/09/06.
30. Pérez-Rioja JA. Diccionario de Símbolos y Mitos. Editorial Tecnos, SA. Madrid. 1994.
31. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Editorial Espasa Calpe, SA. Madrid. 2001.
32. Sabuco de Nantes, doña Oliva. Nueva filosofía de la naturaleza del hombre. Imprenta del Colegio de sordo-mudos y ciegos. Madrid. 1847.
33. Saramago José. Memorial del convento. Ediorial Seix Barral. Barcelona. 1987.
34. Tamaríz Felipe. Physiologia Prima Medicinae. Tomada del cuadernillo: Physiologia prima medicinae/ Cuaderno de Medicina, comenzado el día 16 de Marzo de 1796, y perteneciente a/ Jossé Rafael de Jesús Rodríguez/ día 29 o 30/ Leído por el Dr. D. Felipe Tamaríz. Brunni Celli B, Muñoz García A (Eds). Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2001.
35. The New York Public Library. Utopia. Shaer R, Claeys R, Tower L (Eds). Oxford University Press. New York. 2000.
36. Villaseñor Bayardo SJ, Rojas-Malpica C, Berganza C. La enfermedad y la medicina en las culturas precolumbinas de América: la cosmovisión nahua. Investigación en Salud. Vol IV, N°3, Dic 2002 (163-172).
37. Villaseñor Bayardo, SJ. La eficacia simbólica de los métodos psicoterapéuticos nahuas. en: Encuentros franco-mexicanos de etnopsiquiatría y psiquiatría. Villaseñor SJ (Curador). Centro Científico y Técnico de la Embajada de Francia en México. Instituto Francés para América Latina. Revista del Residente de Psiquiatría. México. 1996: 79-90.
38. Yourcenar Marguerite. Opus nigrum. Alfaguara. Madrid. 1993.





Las raíces históricas de la psiquiatría de la persona.

DR. JEAN GARRABÉ

La Asociación Mundial de Psiquiatría ha desarrollado desde 2006 un programa institucional *Psychiatry for the Person*. En su presentación se distinguen *the psychiatry of the person*, luego *the psychiatry for the person* y por último *the psychiatry by the person*. Como creo que estas tres corrientes filosóficas se deducen una de otra me parece oportuno empezar por indagar sobre cuáles han sido las raíces históricas de la psiquiatría de la persona.

La historia de la psiquiatría está marcada por momentos en que personajes carismáticos protestan por el trato, en general un mal trato, que la sociedad en que viven reserva a los locos o a los enfermos mentales y luchan para que se respete su dignidad de personas humanas. Esto ha ocurrido a menudo después de guerras o de lo que se llama ahora catástrofes humanitarias que contribuyen a que se pierda la concepción de la locura como experiencia específica del ser humano.

LOS SANTOS PROTECTORES DE LA PERSONA DE LOS LOCOS.

Se fecha el inicio de los tiempos modernos en Occidente con el descubrimiento de América en 1492, que coincide con la conquista de Granada por los Reyes Católicos al fin de las largas guerras de la Reconquista. Aparecen entonces en varios puntos del mundo occidental unos personajes que dedican su vida a proteger a los locos. El más célebre es sin duda Juan Ciudad (1495-1550) que sufrió personalmente de ese cruel maltrato cuando, con motivo de la experiencia mística en que se identificaba con Cristo, le encerraron como loco en el Hospital de Granada, fundado precisamente por los Reyes Católicos. Cuando se curó, (a pesar del tratamiento infligido a base de bastonazos) emprendió una predicación consiguiendo la fundación de la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios, nombre bajo el cual le beatificó el papa Urbano VIII en 1630 y luego lo canonizaron Alejandro VIII e Inocencio XII en 1639. Estos acontecimientos corresponden en la historia de la medicina al desarrollo, especialmente en España de la medicina humanista en los dos sentidos de la palabra o sea basada en el estudio de las humanidades, latín y griego para leer directamente a Hipócrates y a Galeno, y respetuosa del ser humano como creatura divina.

Profesor honorario de la Universidad de Guadalajara.
Président de l'Evolution psychiatrique.

La Orden de San Juan de Dios ha fundado y sigue administrando numerosas instituciones para los enfermos que merecen un especial respeto, entre otros, los locos. La reina María de Médicis (1573-1642) hizo venir los Hermanos de Florencia a París en donde fundaron el hospital de La Charité en el solar en que está actualmente la Facultad de Medicina de la Rue des Saints-Pères. Se celebró allí la canonización de San Juan de Dios con grandes ceremonias, la reina Ana de Austria había traído de España una reliquia del santo cuando se casó con Luis XIII. En las afueras de París, en Charenton, los Hermanos fundaron el actual Hospital Esquirol.

En la Europa del Norte y central había precedido a San Juan de Dios, San Norberto (1080?-1184) fundador de una orden respetuosa de la regla de San Agustín, del que hablaré más tarde, la de los canónigos blancos o “prémontrés” ya que es en este lugar que San Norberto recibió el mensaje de ocuparse de los enfermos desamparados. Existe todavía en Prémontré, a unos cien kilómetros al noreste de París, un hospital psiquiátrico que organiza su jornada de estudios anual el día de la fiesta de San Norberto. Los congresistas del próximo Congreso mundial de Praga se apresurarán a visitar el convento de Strahov, fundado en 1140 en esta ciudad por el príncipe Vlastislav II, para los Prémontrés, convento que alberga una fabulosa biblioteca barroca, una de las mayores colecciones de libros humanistas del mundo.

Naturalmente hablando en México no puedo dejar de recordar a Fray Bernardino Álvarez, fundador del Hospital de San Hipólito, el primero dedicado en todo el continente americano a la atención de los enfermos mentales como lo señala en su *Breve historia de la psiquiatría en México* Héctor Pérez-Rincón que dedica varias páginas a la Orden de San Juan de Dios en Nueva España (1) a donde llegaron en 1596.

No me atreveré en cambio a hablar de Fray Antonio Alcalde ante sus hijos aquí presentes...

LA ILUSTRACIÓN Y LOS DERECHOS DEL HOMBRE Y DEL CIUDADANO.

La segunda época durante la cual médicos filántropos se hicieron en Europa los defensores de los insensatos va de la ilustración a la revolución francesa. Sus principales representantes han sido – en el ducado de Saboya (que entonces no formaba parte de Francia) Joseph Daquin (1732-1815) que publica su *Filosofía de la locura en donde se prueba que esta enfermedad debe tratarse más bien con métodos morales que físicos* como reza el subtítulo en 1791 (2)

- en Toscana cuyo gran duque Leopoldo había promulgado la primera ley liberal sobre los insensatos Vincenzo Chiarugi (1759-1828) publica su *Della Pazzia in genere, e in specie* (3) en 1771.

- y por último en París, Philippe Pinel (1745-1826) que mandó quitar los hierros que encadenaban a las locas en el Hospital de La Salpêtrière, acto que se considera como el que marca el nacimiento de la psiquiatría. Pero éste gesto legendario no debe ocultar la importancia del *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o la manía* que Pinel publicó en 1800 (4) seguido de una segunda edición muy ampliada en donde leemos : “los alienados lejos de ser culpables que hay que castigar son enfermos cuyo doloroso estado merece todos los cuidados que se deben a la humanidad sufriente y para los que se debe buscar cómo restablecer la razón perdida con los métodos más sencillos”. Para Pinel, y esto le valió la admiración de Hegel, la pérdida de la razón no es total, no es una sinrazón

absoluta, lo que permite, apoyándose en la parte conservada proceder al tratamiento moral del alienado. En un viaje a Japón el pasado mes de noviembre nos acogió en el hall del moderno hospital de Fukuyama un grabado del cuadro de T. Robert-Fleury (1937-1912) que representa este episodio de la historia de la psiquiatría. Dionisio Nieto hizo reeditar la traducción hecha en 1804 por Luis Guarnerio y Allavena del *Tratado médico-filosófico de la alienación del alma o manía* (4). Hemos presentado y anotado con Dora B. Weiner una nueva edición del tratado de la segunda edición de 1809, muy diferente de la primera. (5)

Esta revolución científico- filosófica coincide con la revolución política en que se vota la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, siendo el primero de ellos la libertad.

La Organización de las Naciones Unidas adoptará la Declaración Universal de los Derechos en Diciembre 1948, a pesar de la oposición de la Unión Soviética, de cinco de las llamadas repúblicas populares, de África del Sur y de Arabia Saudita. Notemos que varios de estos países fueron criticados en el VI° Congreso Mundial de Honolulu en 1977 por la utilización de la psiquiatría como método de represión contra los disidentes políticos; esto llevó a la Declaración de Hawái para determinar las reglas éticas que deben respetar los psiquiatras y de esta declaración nació en el X° Congreso, la Declaración de Madrid.

No me parece inútil recordar estos hechos en éste inicio del siglo XXI en que en muchos países no se respetan los derechos de los ciudadanos, incluso países miembros de la ONU, y a fortiori en esos países no se consideran a los enfermos mentales como seres humanos.

Señalaré también que la Declaración de la UNESCO sobre bioética es aun más reciente puesto que solo se ha adoptado estos últimos años.

EL PRIMER CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA DE PARÍS EN 1950

El Primer Congreso Mundial, en el que participó una nutrida delegación mexicana, tenía por objeto, en el espíritu de sus organizadores, entre otros Henri Ey (1900-1977) el reanudar a nivel internacional no solo los intercambios científicos, interrumpidos por la segunda guerra mundial, sino también la reflexión ética iniciada antes en algunos países.

Entre las dos guerras mundiales se había producido en psiquiatría una evolución tanto más inquietante cuanto que se hacía en nombre de la ciencia o de teorías presentadas como científicas. Especialmente la teoría decimonónica de la “degeneración” como causa de la alienación mental formulada primero por Bénédicte-Augustin Morel (1809-1875), el inventor de la demencia precoz, y luego en una perspectiva evolucionista por Valentin Magnan (1835-1916) ello había desembocado en la conclusión del carácter hereditario de numerosas enfermedades mentales. Creo que se ha comprendido mal lo que estos alienistas entendían por “degeneración” y que sin duda, los estudios de “antropología criminal” de Cesare Lombroso (1836-1909) han contribuido a esta interpretación equivocada.

Entre las enfermedades consideradas como hereditarias, por algunas escuelas, especialmente alemanas, y por lo tanto incurables, figuraba la esquizofrenia, a pesar de que Eugen Bleuler no haya dado ninguna indicación en este sentido cuando en 1911 describió este grupo de psicosis.

En Alemania la publicación del libro de Binding y Hoche (1865-1943), profesor de psiquiatría en Friburgo, contribuyó a esta funesta evolución y, ya en 1933 se promulgó la ley sobre “la prevención de la descendencia de las enfermedades hereditarias”. Según Horst Dilling, se esterilizaron, 350,000 personas o sea 0,5% de la población alemana.

En varios países democráticos se adoptaron leyes eugenésicas similares. Un autor de tanto prestigio como Robert Gaupp (1870-1953) pudo escribir, antes de la guerra, en un artículo publicado en los *Annales Médico-psychologiques*, que esto demostraba la superioridad científica de la psiquiatría alemana. Eugène Minkowski (1885-1972) protestó asegurando que lo que es contrario a la ética no es científico.

Ya había empezado, además, en Octubre de 1939, el plan secreto Aktion T4 para la “eutanasia activa” de las personas con enfermedades hereditarias, suspendido en parte cuando lo denunció en un sermón en la catedral de Münster el obispo Clemens- August von Galen (1876-1946), beatificado hace poco.

Alice Platten-Hallermund ha analizado la historia de éste exterminio en un libro dedicado a Viktor von Weisäcker (1886-1957), médico alemán que tenía otra visión de la persona del enfermo. (6) Pretendían los nazis justificarlo con las respectivas teorías científicas sobre la herencia de Ernst Rüdin (1874-1952) y sobre la esquizofrenia de Carl Schneider (1891-1946). Me sorprende ver aun citados estos autores, sin decir que habían escapado al Tribunal de Nuremberg para los crímenes de guerra, uno porque era suizo y otro porque se suicidó. Fernando Lolas director del programa de bioética de la Organización Panamericana de la Salud me ha incluso asegurado que el retrato de Carl Schneider está de nuevo expuesto en la Universidad de Heidelberg entre los de los investigadores que la honraron.

El crimen contra la humanidad era considerar estos enfermos no como personas sino como objetos sobre los que se podía hacer experimentos en nombre de la ciencia. Y lo más dramático era que varios de estos médicos eran científicos de alto nivel.

Los juicios pronunciados por el Tribunal de Nuremberg sirvieron de base para los textos jurídicos sobre ética en medicina, campo que hasta entonces se limitaba a la tradición humanista del Juramento de Hipócrates. Hay que notar que en muchos países no lo juran los médicos sino que juran fidelidad al estado sea cual sea su régimen político.

Durante la Segunda Guerra Mundial murió de hambre un gran número de enfermos mentales internados en los manicomios de los países ocupados. En Francia, se calcula que fueron entre 30 a 40,000, en los seis años de la guerra. La historiadora Isabelle von Buleltzinsloewen ha demostrado que no se trataba de un exterminio deliberado como el plan T4 sino, sin que esto constituya una justificación, un olvido por parte de las autoridades de estos enfermos como personas. Sin embargo, la aplicación de la ley del 30 de Junio de 1838 originalmente concebida por Esquirol para protegerlos, había provocado un ruptura total de los lazos sociales aislando su persona de su mundo. (7)

LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA

Entre las dos guerras mundiales varios filósofos europeos, se interrogaron de nuevo sobre la noción de “persona”, como si presintiesen y temiesen esta deshumanización de los enfermos mentales. Nacida en el contexto jurídico-político de Roma, por ejemplo cuando la emplea Cicerón (106 a. C.- 43 a. C.). Thomas Hobbes (1588-1679) propone la siguiente definición: “Una persona es quien se considera que sus palabras o acciones le pertenecen (*persona natural*) o representan las palabras o las acciones de otro (*persona ficticia*), o alguna otra realidad a las que se les atribuye por un atribución verdadera o ficticia”.

En 1928, Max Scheler (1874-1928) en su libro *Die Stellung der Menschen in Kosmos* traducido en español en el 2000 como: *El puesto del hombre en el mundo* propone definir

la persona como “el centro desde el cual el ser humano lleva a cabo los actos mediante los cuales objetiva al mundo, su propio cuerpo y su propio ser” (8).

El psiquiatra suizo Jacob Wyrsh (1892-1980) en su estudio *La persona del esquizofrénico* (9) que para mí marca el nacimiento de la psiquiatría de la persona se inspira en esta definición.

Debemos nombrar también a Günther Stern (1902-1992) más conocido en nuestros días, como el primer marido de Hannah Arendt (1906-1975) cuando vivían exiliados en París. Es en esta ciudad en donde publicó, con el pseudónimo de Anders en 1934, dos ensayos traducidos al francés, uno *El problema de la libertad en el animal y en el hombre* y otro sobre *La patología de la libertad*.(9)

Henri Ey (1900-1977) citará el segundo de ellos en sus *Etudes psychiatriques*, de los que hemos publicado el año pasado una nueva edición cuya traducción al castellano se acaba de publicar en la Argentina. Será el origen de la definición por Ey de la psicopatología como patología de la libertad.(10) Volviendo al primero para Anders-Stern si “el ser humano [al contrario] del animal “vient au monde”, como se dice en francés, es porque inicialmente está excluido de él. No está integrado y equilibrado, no está hecho para el mundo... Debe alcanzar el mundo que tiene un adelanto sobre él... El ser humano sabe, en cierta medida, compensar su extrañeza al mundo creando relaciones con él, que, sin avasallarle a las cosas, le permite dominarlas.” A Günther Stern, que vivió luego en Estados-Unidos, le horrorizó el empleo de la bomba atómica en Hiroshima, evento que consideró como marcando el fin de la humanidad y se convirtió en uno de los líderes del pacifismo anti-atómico hasta su muerte.

En Francia, el representante de esta corriente filosófica entre las dos guerras, fue Emmanuel Mounier (1905-1950) que intentó, con su “personalismo” hacer una síntesis entre socialismo y cristianismo. En 1932, fundó la revista *Esprit* que se ha seguido publicando hasta nuestros días y que ha tratado varias veces temas relacionados con la psiquiatría. En 1952 se publicó un número: *Misère de la psychiatrie*, que incluye un artículo de Henri Ey: *Antropología del enfermo mental*, en donde escribe: “el desconocimiento del “enfermo mental” procede necesariamente de una excesiva indiferenciación de las personas y de los valores en una sociedad... Es muy probable que en una sociedad presente o futura en donde no hubiese bastante libertad y consideración hacia los valores espirituales propios a cada individuo, el “enfermo mental” sería, como ya lo fué, olvidado y oprimido” (11)

La palabra “personalismo”, fue creada en 1799, por el teólogo Friedrich Schleiermacher (1768-1834) y empleada en 1865 en Inglaterra por Grote. Pierre Janet (1859-1947), tan conocido en México después de su gira de conferencias, la emplea ya en 1883 y por fin en Estados-Unidos, B.P. Brown en 1908. Sería interesante analizar cuál ha sido la evolución de su sentido durante más de cien años en estos países, comparándola a la más o menos paralela de “persona” hasta mediados del siglo XX.

LA PERSONA DEL ESQUIZOFRÉNICO (1949)

Con el libro publicado en 1949 por Jakob Wyrsh de Berna *Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise* (11) la psiquiatría de la persona alcanza su mayor desarrollo. Wyrsh desarrolla la tesis que la esquizofrenia es un enfermedad global de la persona que no se puede reducir a los elementos que la constituyen y que no existe ninguna

otra enfermedad en la que se observe una transformación comparable a la que se produce en el esquizofrénico en las relaciones de su persona con el mundo, en donde, como lo decía Max Scheler, objetiva su propio cuerpo y su propio espíritu. Henri Ey, publicó inmediatamente en *L'Evolution psychiatrique*, una reseña llamando la atención sobre la importancia de este texto y comparándolo con lo que se había dicho en el Primer Congreso de París al presentar el estado de la psicopatología de la esquizofrenia en los años cincuenta.

Nuestros amigos madrileños han tenido la excelente idea de hacer figurar este *A propósito de la persona del esquizofrénico* como prólogo a la reedición de la traducción hecha por los doctores Sacristan y Llopis de la obra de Wyrsh (11). Recordemos que éste fue uno de los vice-presidentes del Congreso de París y que presidió, como tal, la plenaria sobre la psicopatología de los delirios.

Hace cincuenta años, en 1957, el profesor Juan- José Lopez-Ibor (1901-1991) organizó en Madrid, para preparar el Segundo Congreso Mundial de Zurich un simposio sobre la esquizofrenia en el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*. Se invitó a Jakob Wyrsh a dictar dos conferencias; la primera sobre la esquizofrenia como entidad patológica y la segunda sobre la persona del esquizofrénico. En la segunda nos dice lo que debemos entender por "persona": "La concebimos como la portadora de las disposiciones que permiten que la inteligencia se desarrolle y sobre las que se estructura; en otras palabras, como constitución psico-física. Siempre es individual, única. Pero la persona es más que una mera participante en la constitución. La persona dispone de esta última en el sentido que hace que se desarrollen sus disposiciones en facultades y habilidades... Actúa reactivamente, respondiendo a estímulos y a obstáculos de todo tipo, y activamente, imponiendo ella misma estímulos y requiriendo respuestas del mundo en turno y de los demás...lo que nos hace sentir esta actividad como unidad, es la conciencia de que siempre y en cada caso el mismo yo es el que lleva a cabo esta actividad. Ésta es la primera condición previa para que la persona posea su estructura. La segunda condición previa consiste en que los actos psíquicos son intencionales, son trascendentes...

Estas dos cosas: el que los actos sean experimentados como procedentes de un yo siempre igual, y el que trasciendan, es decir, que sean intencionales, que estén dotados de sentido, nos permiten deducir tres conclusiones fundamentales. En primer lugar, usando una expresión de Ludwig Binswanger, que la persona tiene una historia vital interna.

La segunda consecuencia es que, gracias al acto intencional, es posible que surja el ser espiritual: primeramente como espíritu personal, después como espíritu objetivo y siempre vivo, finalmente como espíritu suprapersonal objetivado" (13 p.24) En este párrafo Wyrsh está citando a Nicolai Hartmann (1882-1950), que no hay que confundir con el autor de la *Filosofía del inconsciente* (1889) que hizo tal impresión en el joven Segismundo Freud.

"La tercera consecuencia es la particularidad del mundo de cada cual. No cabe duda de que sabemos del mundo circundante: sabemos del espacio geográfico mensurable, del tiempo cronométrico, de la estructura social, de los agrupamientos y mezclas de los pueblos. Pero una cosa es saber esto y otra el cómo vivimos dentro de éste mundo científico-natural... Por eso dicen los analistas existencialistas que no estamos en el mundo sino que tenemos mundo. Y, en efecto, cada uno tiene su mundo...

Viene pues a ser todo esto: constitución psicofísica, intencionalidad y contenido de los actos, historia vital interna, espíritu personal, mundo propio en cada caso, lo que entra dentro del concepto de persona. Por ello persona es algo más que individuo, y, ni qué decir tiene, más que miembro de una especie" (p.25)

Añade Wyrsh un cuarto punto: “La estructura de la persona no se agota con las funciones corporales y psíquicas y las influencias del mundo circundante. Hay algo aun previamente supuesto que no podemos seguir omitiendo en la psicología: algo metafísico y espontáneo, se llame espíritu o alma. Durante ciento cincuenta años los viejos psiquiatras acostumbraron a hablar despreocupadamente de ello. En la época en que comenzaba el materialismo se le llamó simplemente principio o fuerza vital; se creía que con ello se seguía anclado dentro del mar de las ciencias naturales. Luego se adoptó la costumbre de no mencionarlo siquiera. Y esto quizá estuviese perfectamente justificado, porque se sale del ámbito de la psiquiatría. Pero lo que no debemos olvidar es que en este punto, nuestro sistema psiquiátrico no está cerrado, sino todo lo contrario: el camino sigue por aquí” (p.25) concluye Wyrsh.

THE WPA INSTITUTIONAL PROGRAM ON PSYCHIATRY FOR THE PERSON

He oído ecos de esta filosofía de la existencia humana en el “ Programa institucional de la Asociación Mundial de Psiquiatría para la persona” que se ha desarrollado a partir de esta psiquiatría de la persona.

El primero, es la definición de la persona tal como nos la da el documento: “And the person in to be thought in a contextualized manner, in the words of the philosopher Ortega y Gasset: I am I and my circumstances”. Para José Ortega y Gasset (1883-1955) la circunstancia constituye el mundo personal que determina el ser.

El segundo, es la referencia bibliográfica a una de las primeras obras de Paul Ricoeur (1813-2005): *Tiempo y Relato*. En las ulteriores dedicadas a la filosofía de la memoria, especialmente *La memoria, la historia y el olvido* (14) Ricoeur se ha preocupado de las relaciones entre la memoria personal y la memoria colectiva insistiendo en la importancia del relato autobiográfico interior. Ve el origen de esta noción en la tradición de la “mirada interior”, que no creo pueda traducirse solo por “insight”, y cita sobre este punto San Agustín, John Locke (1632-1704) y Edmund Husserl (1859-1938) (cuando estuvo en cautiverio como prisionero de guerra en Alemania, Ricoeur tradujo al francés las obras de Husserl que estaban entonces prohibidas por el régimen nazi).

Se entiende porque son numerosos los psiquiatras y no solo en Francia que se consideran del pensamiento de Ricoeur especialmente en la relación psicoterapéutica, que es una relación de persona a persona. He tenido personalmente la ocasión de recordarlo en un “in memoriam” publicado en la revista *L'Evolution psychiatrique* (15) ya que este filósofo nos hacia el honor de pertenecer a nuestra asociación de psiquiatras.

PRINCIPALES REFERENCIAS

- 1.- Pérez-Rincon *Breve historia de la psiquiatría en Mexico*; Mexico:Fondo de cultura Economica.
- 2.- Daquin *Philosophie de la folie*. Paris;1792.
- 3.- Chiarugi V. *Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico- analitico (1791)* Reed. Roma : Vecchiarelli; 1991.
- 4.- Pinel Ph. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: Richet, Caille et Ravier; an IX.
5. Pinel F. *Tratado Médico-filosófico de la enajenación del alma o mania*. Madri;1804.
- 5.- Pinel Ph. *Traité médico- philosophique sur l'aliénation mentale (seconde éditon)* Paris:1809 . Nouvelle éd. Présentée et annoté par J. Garrabé et D. Weiner. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 2005.
- 6.-Platen- Hallermund *Die Tötung Geisterkranker in Deuchslan* Bonn:Psychiatrie-Verlag;1948. Trad. France-

- sa L'extermination de malades mentaux en Allemagne nazie. Ramonville Saint –Agen: Eres;2001.
- 7.-Bultzingsloewen I. Von - *L'Hécatome des fous*. Paris: Aubier, 2007.
- 8.-Scheler M.- *El puesto del hombre en el mundo*. Traducción española
- 9-Anders G.- *Essai sur la pathologie de la liberté* .Etudes philosophiques .Paris;1934.
- 10.- Ey H.- *Etudes psychiatriques* .(1950) Nouvelle édition: Perpignan: CREHEY; 2005. Traducción española: Buenos-Aires: Paris; Polemos.
- 11.-Wyrsh J. *Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie, Soseinweise*. Bern:Paul haupt;1949. Trad. esp. La persona del esquizofrenico Madrid:Triacastela;2001.
- 12.-Ey H. *A propos de la personne du schizophrène de J.Wyrsh*; Evolution psychiatrique,1951,XVI,181-189.
- 13.-Wyrsh J. *La persona del esquizofrénico* en Symposium sobre esquizofrenia. Bajo la dirección del Dr. Lopez-Ibor.Madrid:Centro Superior de Investigaciones científicas;1957.
- 14.-Ricoeur P. *La mémoire, l'histoire, l'oubli*.Paris : Le Seuil;2000.
- 15.-Garrabé J. *Souvenir. Paul Ricoeur (1913-2005)* Evolution psychiatrique. 71 (2006) 134-136.



Obsesividad y narcisismo. Los sorprendentes autorretratos de Julio Galán

PROF. HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN GARCÍA

Dentro del rico campo de la pintura mexicana contemporánea resalta con especial brillo la figura de Julio Galán, el artista coahuilense muerto a los 47 años en 2006. Su temprana desaparición, en plena actividad creadora y en la cúspide de su fama internacional, ha llamado la atención de un público más amplio del que hasta entonces conocía sus obras y ha generado nuevos estudios y nuevas exposiciones. Una nueva revaloración en el mercado del arte, también.

La obra de Julio Galán ofrece, independientemente del juicio que ha merecido por parte de la crítica de Arte que tiene sus propias leyes y enfoques, un especial interés para la psicología de la creatividad y la psicopatología de la expresión en vista de su especial temática. Los aspectos autoreferenciales, que constituyen el *leit motiv* de su producción, y el uso recurrente de ciertos elementos pictóricos obligan a recurrir necesariamente a conceptos de índole psicológica para tratar de comprenderla y explicarla. Como ha ocurrido para otros artistas plásticos, la presencia de un contenido aparentemente vivencial, narcisista a ultranza, ha llevado naturalmente a muchos críticos a intentar una aproximación patográfica, pero la evidencia monotemática que se muestra sobre el lienzo es aquí, como en otras producciones artísticas, una trampa y un peligro. Vida y obra no son en todo momento vasos comunicantes, y en el fenómeno complejo de la creación artística verdadera hay una libertad en la elección de la técnica y de la selección formal en la que el creador no depende mecánica y obligadamente de sus conflictos internos, de sus pasiones o de sus vicios. Ignorando todo de la vida y de la personalidad de un pintor, la obra concluida, por sí misma, en sí misma, adquiere un valor propio, independiente, completo, irreducible a otros criterios que no sean los estrictamente estésicos y estéticos. El espectador que se enfrenta a la obra de Julio Galán no puede permanecer impasible, aun sintiendo algún rechazo sobre su contenido. Hay frente a ella un choque emocional producto de la maestría de su técnica.

Ahora bien, como ha ocurrido con otros artistas, Julio Galán no permaneció ausente del espectáculo de su creación, no se ocultó tras ella, no obligó a buscar sólo en ella el secreto de su inspiración. Junto a una obra de suyo provocativa, emitió opiniones, se mostró como un personaje producto él también de su imaginación, posó para una serie de fotos ambiguas, equívocas,

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón
de la Fuente y Universidad Nacional
Autónoma de México.

decadentes, en una empresa tendiente a *épater le bourgeois* ya muy fuera de tiempo y de lugar, las que junto a la indudable fuerza de su creación pictórica adquieren una condición más bien triste y quasi clownesca, algo pueril y burda.

De la contemplación de la obra surgen temas de reflexión a los que pueden añadirse algunas opiniones expresadas por el propio artista y por sus estudiosos. El riesgo en este caso, como ha sido en el de Frida Kahlo, es la construcción de opiniones tan fáciles cuanto rígidas, superficiales, esquemáticas, que han conducido a enfoques banales que impiden ver a profundidad tanto la obra en sí como el proceso de su generación. No es ocioso repetir aquí que a diferencia de la crítica que estudia la obra en cuanto producto artístico, lo que la psicología y la psicopatología de la expresión pretenden es analizar el proceso de la creación y los elementos mentales que la obra encarna, sean éstos o no los que habitaban al artista. En este caso a veces está uno tentado a pensar que el Galán personaje público intentaba parecerse en esas fotos que de lejos evocan las de Yukio Mishima, al omnipresente Julio de sus cuadros, en un dramático juego especular en el que la “otra realidad”, la de la obra de arte, para usar el concepto proustiano, adquiere la primacía. Se establece así, entre ambos Julios, el diabólico juego de “El retrato de Dorian Grey”, pues sobre el lienzo su imagen idealizada permanecerá en un perenne estado de adolescencia congelada como el centro de su creación, origen y finalidad de la obra, a la vez inspiración y exorcismo.

Ya mencionamos al difundido, ubicuo y excesivo culto fridománico. ¿Habrà pronto también una galanomanía? A quienes encontraron similitudes entre ellos, el propio artista respondió con una frase que debería haber puesto en guardia a los psiquiatras y psicólogos: “Su obra es el resultado de sus sufrimientos físicos, la mía lo es de sufrimientos emocionales”. En guardia, sí, tanto para estudiarla cuidadosamente como para evitar la trampa del facilismo. En Frida Kahlo todo gira alrededor de un cuerpo martirizado, ¿hay un alma martirizada en Julio Galán? Aquí el cuerpo está presente, participando “y mucho”, como decía Santa Teresa hablando de su éxtasis. Una visión superficial ha descrito también en su producción la influencia del retablo popular o el exvoto que en Kahlo es innegable. Lo que en la coyoacanense es un válido recurso al arte popular en el de Múzquiz se trata de un voluntario uso de elementos *kitsch* con sentido irónico y autoflagelante.

La monotemática exhuberancia visual de esta obra hizo imposible a sus exegetas escapar a opiniones y correlaciones de índole psicológica. Por ejemplo, muchas de las opiniones de uno de sus estudiosos más conspicuos, Guillermo Sepúlveda, curador de algunas de sus exposiciones, son francos planteamientos diagnósticos: “El pintor vivía atormentado y se ahogaba en su propia imagen; siempre pensaba en él” [...] “Su pintura es vivencial, anímicamente autobiográfica, cargada de soledad y deseo, como una obra abierta con infinitas lecturas, paradojas y ambigüedades. Es un claro referente del momento actual y de la conducta humana, donde se reflejan los caóticos cambios en todos los ámbitos de su actividad”. Otros han señalado como sus características “La soledad, el dolor, los sueños, la fragilidad del ser humano, la capacidad de amar y el miedo a la realidad”, etiqueta algo genérica y ambigua que podría aplicarse a una buena parte de la pintura del siglo XX.

En una entrevista que le hizo Luis Mario Schneider en 1993, en la Ciudad de Monterrey, Julio Galán brindó algunas pistas interesantes que se deben tomar con precaución pero que han ayudado a construir un andamiaje interpretativo al uso de quienes creen, inocentemente, que un artista puede expresar y explicar cabalmente con palabras y conceptos la alquimia íntima de su proceso creativo. Esto quiere decir que mas allá de lo que el artista pueda decir

sobre su obra, hay un aspecto interno, neuropsicológico y motivacional que escapa a su comprensión (y a la de los críticos):

LMS: *Tus crisis fueron tan graves que en algún momento, en tu adolescencia por ejemplo, ¿Te llevaron a pensar en el suicidio como una posibilidad de evasión?*

JG: Sí, no sólo en la adolescencia sino desde la infancia fueron momentos cruciales que me hicieron pensar en esa idea y la angustia no me ha abandonado del todo. Desde entonces parece que caminara yo en el filo de una navaja. Cada cuadro que hago conlleva el sufrimiento del primero, sigo sintiendo el mismo temor, me afecta inclusive la selección del color, cómo mezclarlo, tengo dudas acerca de lo que quiero. Vivo en esa constante reiteración. Así es mi vida, aunque esto es natural cuando buscas cosas nuevas.

Siento que la gente que te conoce o la que te intuye a través de tu pintura tiene la impresión de que eres una persona misteriosa y enigmática. Aún hay otras que perciben en tu producción agresividad: ¿Qué opinas de ello?

Sí, lo creo, lo llevo conmigo desde que nací, para mí es natural. Puedo ser muy complicado o de lo más simple, al mismo tiempo soy muy adaptable, muy profesional, muy organizado. ¿La bronca podría ser conmigo mismo, no? Aunque siempre lucho contra esa parte de mi persona. Puedo ser disciplinado o me puedo ir al lado contrario y hundirme. Aunque creo estar en un buen justo medio, aplico un cierto control sobre mí. Donde deajo que aflore el 'descontrol' es en mi pintura. Acerca de lo enigmático y misterioso en ella pienso que la gente tiene razón, que mis cuadros son un reflejo de esa parte poco frenada de mi personalidad. Aunque aclaro, no estoy completamente seguro de ello.

[...]

¿Cómo calificarías tu pintura? Alberto Ruy Sánchez te incorpora en el "fundamentalismo fantástico", otros te unen directamente con el surrealismo. Hay críticos que te asocian inclusive con otras vanguardias. Vamos a tratar de dilucidarlo. ¿Te crees un pintor fantástico o surrealista?

No soy un pintor fantástico. Quizá de alguna manera esté un poco en la ruta del surrealismo. Probablemente en lo metafísico. Más que nada yo siento mi pintura, como me decías, muy autobiográfica. Lo que pasa es que está bien disfrazada, como me gusta disfrazarme a mí. La gente no tiene por qué saber tanto de mí. Sí hay una máscara, no sé como explicártelo, pero mucha gente también dice que mi plástica está hecha de una manera muy sofisticada. Yo veo muy crudos mis temas porque soy yo el que los hago, pero sí están disfrazados con colores, contrarrestados con colores suaves, con una armonía colorística para aminorar la dureza.

¿Entonces disimulas en la pintura?

Se oye extraño pero insisto en lo del disfraz. No quiero que sea tan obvio lo que estoy sintiendo ya que es muy fuerte, por ello recubro mi pintura de una especie de velo, sin embargo, permito que aún así se pueda intuir lo que siento, nada más un poco.

Tras estas confesiones que son las de una máscara podemos percibir el eco de la idea de Jorge Cuesta: el Arte es el arte de mentir...

En esa entrevista Galán deslizó a Schneider la siguiente confesión: "A la pintura debo el sentirme vivo, me ha dado la razón de mi existencia, algo que decirle a los demás". En otra ocasión había dicho: "No sé qué es querer, ni sé qué es ser querido. No tengo claro ese sentimiento. Lo único que tengo claro es mi pintura. Estoy sujeto a la inspiración, soy un instrumento".

El Arte como salvación, producto de una voluntad o floración de las partes oscuras del cerebro, pulsión de vida y pulsión de muerte, sublimación y destrucción, Verdad y disimulo, terapia y disciplina, exhibicionismo y escamoteo, comunicación y secreto, el pintor evoca la oscura dialéctica entre la experiencia inefable y el dominio de una técnica de la que brota toda creación artística. De manera obsesiva, circular, se impone a Julio Galán la temática del deseo imposible de satisfacer que surge de su narcisismo almibarado y su puerilidad *kitsch*, de la nostalgia de ese adolescente algo mofletudo y ambiguo que nunca quiso dejar de ser, de un erotismo entre estereotipado y sádico que en sí mismo se agota y a sí mismo se clausura. Un crítico mordaz y anancástico podría incluso aplicarle la *boutade* de Carlos Chávez a propósito de las más de 100 sinfonías de Joseph Hayden: “Pobrecito, escribió la misma sinfonía más de 100 veces”. El drama de la obra pictórica de Julio Galán (no me atrevería a asegurar que también el de su vida), se sitúa en otro nivel y su narcisismo merece la definición de Ovidio:

*Se cupit imprudens et qui probat ipse probatur,
Dumque petit petitur pariterque accendit et ardet.*

(“Se ansía, imprudente, y es aprobado el mismo que aprueba y mientras busca es buscado, y a la par incendia y se quema”).

Metamorfosis, III, 425.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Julio Galán. (Textos de Luis Mario Schneider, Julio Galán, Ida Rodríguez Prampolini, Guillermo Sepúlveda. Fotografías de Graciela Iturbide). Grupo Financiero Serfín. México, 1993.
2. Pérez-Rincón, H.: “Psicopatología de la expresión”, en: G. Vidal, R. D. Alarcón, F. Lolas Stepke (Directores) Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. T. II, pp. 169-171. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1995.



Susto and ataques de nervios: What kinds of culture-related specific syndromes they are?

WEN-SHING TSENG M.D.

CULTURE-RELATED SPECIFIC PSYCHIATRIC SYNDROMES: DEFINITION OF THE TERM

In certain ways, all the psychiatric disorders are more or less influenced by cultural factors in addition to biological and psychological factors for its occurrence and manifestation. Culture-related specific psychiatric syndromes, (also called culture-bound syndromes or culture-specific syndromes), refer to certain psychiatric syndromes whose occurrence or manifestations are significantly related to cultural factors and thus warrant understanding and management primarily from a cultural perspective. Furthermore, its presentation is usually unique, with “specific” clinical manifestations, it is called a culture-related specific psychiatric syndrome (Tseng, 2001, pp. 211-263). Such culture-specific syndromes are not easily categorized according to existing psychiatric classifications, such as DSM used in the United States, because the classification system is descriptively oriented and not suitable to include disorders that needs to be conceived dynamically and culturally.

Although the occurrence of culture-related specific syndromes is not very common, yet such syndromes provide the scholars and the clinicians the opportunity to examine how culture will impact on psychopathology, and which in turn guide us to understand the nature of culture-related psychopathology.

DIFFERENT WAYS CULTURE IMPACT ON PSYCHOPATHOLOGY OF CULTURE-SPECIFIC SYNDROMES

From a conceptual point of view, there are six different ways that culture can contribute to psychopathology of culture-related specific syndromes (Tseng, 2001, pp.178-183). They are:

a. Pathogenic Effects -Pathogenic effects refer to situations in which culture is a direct causative factor in forming or “generating” psychopathology. Cultural ideas and beliefs contribute to stress, which, in turn, produces psychopathology (*koro* or *dhat* syndrome as examples).

b. Pathoselective Effects - Pathoselective effects refer to the tendency of some people in a society, when encountering stress,

Department of Psychiatry, University of
Hawaii School of Medicine

to select certain culturally influenced reaction patterns that result in the manifestation of certain psychopathologies (*amok* or family suicide as examples).

c. Pathoplastic Effects - Pathoplastic effects refer to the ways in which culture contributes to the modeling or “plastering” of the manifestations of psychopathology. Culture shapes symptom manifestations at the level of the content presented (*taijinkyofusho*, brain fog syndromes as examples).

d. Pathoelaborating Effects - While certain behavior reactions (either normal or pathological) may be universal, they may become exaggerated to the extreme in some cultures through cultural reinforcement (*latab* as example).

e. Pathofacilitative Effects - Pathofacilitative effects imply that, although cultural factors do not change the manifestation of the psychopathology too much—that is, the clinical picture can still be recognized and categorized without difficulty in the existing classification system—cultural factors do contribute significantly to the frequent occurrence of certain mental disorders in a society (massive hysteria or substance abuse as examples).

f. Pathoreactive Effects - Pathoreactive effects indicate that, although cultural factors do not directly affect the manifestation or frequency of mental disorders, they influence people’s beliefs and understanding of the disorders and mold their “reactions” toward them. Culture influences how people perceive pathologies and label disorders, and how they react to them emotionally, and then guides them in expressing their suffering (*hwabyung*, *susto*, ataques de nervios as examples).

Any culture-specific syndrome can be influenced by culture in multiple aspects in different combination of ways as described above. The examples listed are merely to illustrate what is the most cardinal way of contribution from culture.

VICISSITUDE OF THE CULTURE-RELATED SPECIFIC PSYCHIATRIC SYNDROMES:

The existence of culture-related specific syndromes are not static and they will change in terms of prevalence when there is socio-cultural background. Also, they are not bound to any particular society and can be observed in multiple societies which may share some characteristic cultural traits which contribute to the occurrence of specific syndromes. Following are some examples:

a. Group Suicide: Family Suicide and Net-suicide in Japan – When adults encounter severe difficulties (such as financial debt or a disgraceful event), there are many ways to deal with such problems. Japanese parents, may decide to commit suicide together with their young children. This stress-coping method is based on the cultural belief that it would be disgraceful to live after a shameful thing had happened, and that the shame would be relieved by ending one’s life. This is coupled with the belief that the children, if left as orphans, would be mistreated by others. Therefore, it would be better for them to die with their parents. Therefore, this unique way of solving problems was under the influence of psychoselective effect of culture, namely to select certain reaction patterns under cultural influenced (Tseng, 2001, pp. 234-235). It has been observed often in Japan in the past, however it is becoming less at present time.

In stead, there is a new phenomenon of group suicide arising in Japan recently. It is called *net-shinju* (internet group suicide). It refers to the situation that a group of people, who are strangers to each other, but learn through the internet about their intent to end life,

get together at certain places and commit suicide collectively. This kind of group suicide was reported for the first time in media in the fall of 2000. According the police department's report, there were 19 events in 2004, and 34 events in 2005 with tendency of increasing (Katsuragawa, 2007).

Many of the people who join the net-*shinju* are young people, of both gender, but some are middle-aged persons. The most important fact is that they are not related to each other before the suicide-event, only connected by the internet. They all feel hopeless in life, feeling lonely, or tired of living, considering suicide as the way to deal with their situation. After they found others facing similar circumstances through internet communication, they, as a small group, decide the place to get together and to die together. It reflects the fact that they feel lonely in the present life, without relating to their own family members or any close friends. It is the reflection of the modernized society which is associated with the broken family system, losing the close, interconnected, interpersonal life that was observed in the traditional society in the past. In this regard, it can be said that, associated with the loss of tight family relations and bounding the traditional phenomena of family suicide is declining while *net-shinju* appeared as the product of the new culture (Tseng, et al., 2009).

b. *koro* (Genital-Retraction Anxiety Disorder) in China -- *Koro* is a Malay term which means a turtle head" and, thus, used to referring to the shrinkage of penis. Clinically it refers to the psychiatric condition in which the patient is morbidly concerned that his penis is shrinking excessively and dangerous consequences (such as death) might occur. Chinese address it as "*suoyang*," literally means shrinking of yang (male organ). The manifested symptoms may vary from simple excessive concern to intense anxiety, or a panic condition. Such genital-retraction anxiety disorder can occur in individuals as sporadic cases, but occasionally it may develops collectively as an endemic or epidemic *koro*. According to scientific reports, epidemic *koro* has been observed in several areas in southern Asia such as Thailand (Suwanlert & Coates, 1979), Singapore (Ngu, 1969) and in India (Chakraborty, 1984), but it was reported more frequently in South China. According to Chinese psychiatrists (Mo et al., 1995; Tseng, et al., 1988), the episode of such endemic has been reported in local records since 130 years ago, but recurrent instances of *suoyang* epidemics had been noted on Hainan Island and the neighboring Leizhou Peninsula of Guangdong in South China, during the past half century. Namely: five major epidemics were noted in Hainan, in 1952, 1962, 1966, 1974, and 1984, almost within a decade each time. The commonly shared folk belief that excessive shrinking of the penis into the abdomen may result in death, cause them to become panic, and anxiously seek for life-saving remedies. Thus, culture is considered to be a causative factor, because culturally shared specific beliefs or ideas contribute directly to the formation of a particular stress, which, in turn, induces a certain mode of psychopathology. It is through psychogenic effect. However, it seems also that a specific social tension including economic hardship was related to the occurrence of each *suoyang* epidemic observed in South China. Recently, associated with the socio-economic improvement, no more epidemic episode has been reported since 1985 for almost two decades.

c. *Amok* from Indonesia to USA -- *Amok* is a Malay term that means to engage furiously in battle." Clinically it has been defined as an acute outburst of unrestrained violence

associated with (indiscriminate) homicidal attacks, preceded by a period of brooding and ending with exhaustion and amnesia (Yap, 1951). *Amok* homicides are distinct from other murders, namely: the killer chooses an extremely destructive weapon, a crowded location, and insanelly and indiscriminately kills a large number of people (Westermeyer, 1972).

Running *amok* has been noticed in Malay since the past. There has been much speculation as to why *amok* behavior tends to occur in Malay society. One explanation is its connection to the religious background of the people. Muslims are not permitted to commit suicide, which is considered a most heinous act in the Mohammedan religion. From a psychological point of view, an extraordinary sensitivity to hurt and the tendency to blame others for ones own difficulties are considered possible causes for the phenomenon. Loss of social standing, by way of insult, loss of employment, or financial loss, has been posited as a precipitating event for *amok* (Westermeyer, 1982). Indiscriminate homicidal attack is culturally considered as one of the ways in which to choose to resolve the problems they encounter. Thus, culture plays the psychoselective effect.

The outburst of aggressive (mass) homicidal behavior is not necessarily confined to one cultural area, but can potentially be observed elsewhere; such as the Territory of Papua and New Guinea (Burton-Bradley, 1968); or Laos, Thailand, the Philippines, and Indonesia (Westermeyer, 1973). By reviewing the occurrence of *amok* in many societies, Westermeyer (1973) challenged the previous view that *amok* occurs endemically within a particular society. He indicated that *amok* could happen in a fashion by a communicability and through a transmission from one population to another. He also pointed out that *amok* homicide tends to wax and wane in epidemic proportions over time. During periods of momentous political, social, and economic upheaval there could be increased rates of *amok* in a society.

During the past decade in the United States, there have been increasing episodes of massive (and aimless) killing of people in neighborhoods, workplaces, and of teachers/students in schools by deadly military weapons. The episodes are occurring so frequently, in such a fashionable manner, that they have caused anxious concern in many communities.

REVISION OF UNDERSTANDING OF DIFFERENT WAYS OF CULTURAL IMPACTS

Associated with more investigation of particular specific syndrome, the understanding of the nature of the mental phenomena and the ways culture contribute to the specific syndromes may be revised. Following are some examples:

a. *Latab* (Startle-Induced Dissociated State) in Indonesia - *Latab* is a Malay word referring to the condition in which a person, after being startled by external stimuli, such as being tickled, suddenly experiences an altered consciousness and falls into a transient, dissociated state, exhibiting unusual behavior (such as echolalia, echopraxia, or command automatism), including explosive verbal outbursts, usually of erotic words that are not ordinarily acceptable (Ellis, 1897). The phenomenon has been observed in other places around the world with various folk names given: in Burma (*yaun*), Indonesia, Thailand (*bab-tsche*) (Suwanlet, 1988), the Philippines (*mali-mali*), indigenous tribes in Siberia, Russia (*myriachit*), and among the Ainu people living in Hokkaido in Japan (*imu*) (Daiguji & Schichida, 1998). However, this phenomenon has been found more frequently among the people in Malay.

Although initially the *latab* condition was regarded as a culture-related mental disorder by Westerners, but later, there has been a debate among scholars that it is merely an unusual behavior response that has been elaborated in some cultures. In other words, local people as well as community healers do not view this condition as a problem or an illness. It has been pointed out (Woon, 1988) that it is mainly Western physicians, unused to observing dissociative episodes in daily life, who categorize and report the condition as a mental disease.

After carrying out intensive fieldwork in Malay, Simons (1980, 1996), hypothesized that most of all human populations contain individuals who can be easily and strongly startled. However, in some cultures, such a hypersensitive startle response is sanctioned and utilized for social purposes. The condition is frequent in populations whose cultures notice, expect, shape, and elaborate on such behavior, and rare but not absent in populations that do not pay special attention to it.

As pointed out by Chiu and colleagues (1972), the traditional polygamous Malay extended family structure is male dominated. Within this cultural system, *latab* is socially accepted as a female attention-seeking response, one of the few permissible overt, excitable, aggressive and/or sexual demonstrations. In other words, *latab* is a culturally sanctioned emotional outlet for females. Thus, the understanding of this special phenomena has changed. It should not be regarded as peculiar psychiatric syndromes (Bartholomew, 1994). It is better to be regarded as transient dissociative attacks provoked by startling for social amusement

b. *Hwabyung* (Fire Sickness) in Korea -- *Hwa-byung* in the Korean language literally means fire (*hwa*) sickness (*byung*). Based on a traditional Chinese medical concept, being still prevalent in Korea, that an imbalance among the five elements within the body (metal, wood, water, fire, and earth) may cause physical disorders, laypeople in Korea use the folk term fire sickness to describe ill conditions. This is a folk idiom of distress characterized by a wide range of somatic and emotional symptoms. According to Korean psychiatrist (S. H. Lee, 1977), three-fourths of the patients that complained of *hwabyung* were women, who linked their conditions to anger provoked by domestic problems, such as their husbands extramarital affairs and strained in-law relationships. As pointed out by Pang (1990), the occurrence of *hwabyung* was interpreted when distressed emotions developed in association with intolerable and tragic life situations.

Therefore, it had been considered previously that it is better to understand *hwabyung* merely as a cultural interpretation of suffering (through pathoreactive effects.) Cultural factors may indirectly contribute to the occurrence of particular psychological problems that are encountered by Korean women, but they do not contribute to the formation of particular psychiatric syndromes (pathogenetically) with unique manifestations (pathoplastically). Almost any emotional reaction was labeled by laymen as an indication of fire sickness (*hwabyung*).

However, recently Korean cultural psychiatrists (Min, 1991; Min et al., 1997) explained that male chauvinism has always been dominant in Korean society, and women tend to suffer from their vulnerable status. When a housewife is mistreated by her husband or is having troubles with her in-laws, according to Korean culture, she has to suppress her emotional reactions so that there will be no disturbance in the stability of the family. As a woman, she is taught to accept defeat, bear frustration, and suppress her hatred. As a result,

accumulated resentment (*hahn* in Korean) becomes a major issue for some women. This has been interpreted as the core dynamic for understanding *hwabyung* (Tseng et al., 2009). Therefore, *hwabyung* is not to be regarded merely as psychoreactive effect of culture. The psychogenetic effect comes in significantly beyond simply psychoreactive effect. This revises recent scholars' view and understanding of such specific syndrome.

CULTURE-RELATED SPECIFIC PSYCHIATRIC SYNDROMES IN LATIN CULTURES

From literature, there are two kinds of syndromes that have been described among people with Latin culture. They are *susto* and *ataques de nervios*. It deserves to examine whether they are in strict sense actually of culture-related specific syndromes? and, if they are, in which ways culture contribute to such syndromes?

a. Susto - *Susto* is a Spanish word that literally means "fright." The term is widely used by people in Latin America to refer to the condition of loss of soul (Rubel, 1964, Rubel et al., 1985). It is based on the folk belief that every individual possesses a soul, but, through certain experiences, such as being frightened or startled, a person's soul may depart from the body. As a result, the soul-lost person will manifest certain morbid mental conditions and illness behavior. The remedy for such a condition, naturally, is to recapture the soul through certain rituals.

Cultural anthropologist (Murdock, 1980), based on the study of a world sample of 139 societies from his Ethnographic Atlas (Murdock, 1967), identified 13 theories of natural and supernatural causes of illness. Among them, one theory of the cause of sickness was attributed to fright, resulting in soul loss. Thus, it is not surprising that the concept of loss of soul as a cause for sickness is prevalent around the world, and that terms similar, or equivalent, to *susto* are found widely distributed across many different cultural groups, such as *el miedo* (fright) in Bolivia (Hollweg, 1997), *lanti* in the Philippines (Hart, 1985), or *mogo laya* in Papua New Guinea (Frankel, 1985).

It should be pointed out that, although the cause is uniformly attributed to spiritual-psychological reasons relating mostly to a frightening experience or misfortune, from a clinical point of view, the manifested syndrome described is quite heterogeneous, without a commonly shared syndrome (Gillin, 1948). The victim may manifest loss of appetite, sleep disturbance, reduced strength, absent-mindedness, headache, dizziness, or many other somatic symptoms, as well as emotional symptoms of depression, anxiety, or irritability. Therefore, strictly speaking, it is not a culture-related "specific syndrome" derived from psychogenic or psychoplastic effects. It is culture-related only in the sense that the morbid condition is "interpreted" after the fact according to folk concepts of "etiology" and certain ways of regaining the lost soul, such as rituals, are offered. Unless there are more studies indicating that culture plays a more significant impact on the cause of occurrence of such mental condition, through psychogenetic effect, the role of culture is simply the interpretation of and reaction to the illness.

b. Ataques de nervios (Attack of Nerves) - The folk name, *ataques de nervios*, literally meaning attack of nerves, refers to a stress-induced, culturally shaped unique emotional reaction with mixed anxiety-hysterical features (Guarnaccia, Rubio-Stipec, & Canino, 1989; Oquendo, Horwath, & Martines, 1992). This is an illness category used

frequently by Hispanic people. Initially observed among Puerto Rican army recruits, it was also labeled Puerto Rican syndrome (Fernández-Marian, 1959; Mehlman, 1961).

According to Guarnaccia and associates (1989), this condition typically occurs at funerals, in accidents, or in family conflicts, and calls forth family or other social supports. Commonly experienced symptoms include shaking, palpitations, a sense of heat rising to the head, and numbness, symptoms resembling a panic attack (Liebowitz et al., 1994). The individual may shout, swear, and strike out at others, and finally fall to the ground, manifesting convulsion-like movements.

Based on their clinical samples, Salmán and colleagues (1998) reported that most of the patients (about 80%) were female. From a clinical, diagnostic point of view, according to DSM-III-R criteria, the condition belongs to many subtypes of disorders, including panic disorder (41.3%), recurrent major depression (19.3%), generalized anxiety disorder (8.3%), nonspecific anxiety disorder (8.3%), and others. Because the clinical picture is of a mixed, rather than a specific, nature, it may be interpreted simply as a folk label for an emotional reaction of various kinds of mental disorders.

Guarnaccia (1993) stressed that *ataques de nervios* refers to an acute episode of social and psychological distress related to upsetting or frightening events in the family sphere. Focusing on symptoms alone misses what is most salient and meaningful about illness categories. It suggests that there is a need for more theoretical exploration and explanation in which way culture may contribute to the formation of psychological stress and occurrence of such emotional break down beyond psychoreactive effect, namely, labeling such condition simply by folk term for nervous attack.

FINAL COMMENTS

a. Culture Bound or Related Issues – Even though it is recognized that every psychopathology is influenced by culture to a certain degree, the general term of culture-bound syndromes does not apply to many syndromes described by scholars or clinicians because such syndromes are not necessarily “bound” specifically to any one cultural system or culture region but could be found in many societies which may share certain common cultural traits or cultural features. Thus, the term of culture-related specific psychiatric syndromes would be more accurate to use (Tseng & McDermott, 1981), and the definition of such term needs to be modified as a collection of signs and symptoms that is restricted to a limited number of cultures, primarily by reason of certain of their psychosocial features (Prince & Tchong-Laroche, 1987).

b. “Specific” or “Mixed” Syndromes – For medicine, in general, certain set of signs and symptoms are observed for nosologically recognized disease. This is no exception for mental disorders, when we intend to classify them under certain disorders or syndromes. However, certain syndromes are manifested by more well-defined specific cluster of signs and symptoms while others more scattered symptomatology with mixed or non-specific feature; the latter make diagnosis questionable, if not difficult, as a disorder entity (Tseng, 2001. p. 218.)

When the culture-related psychiatric syndromes are manifested with more “specific” and well-clustered symptoms, it becomes easier to accept that it is a unique syndrome, and that

which is induced and shaped by culture through psychogenic and psychoplastic effects. The cultural impact for formation of such syndromes become more reasonably comprehended and accepted. *Koro*, *amok*, *taijinkyofusho*, family suicide or net-suicide are some of these examples. However, when the manifestations are not well-defined and tend to be a mixture in nature, it brings the question of whether they belong to the same clinical condition; whether they are direct results of cultural impact for its formation; or merely reflecting the interpretation given or labeling applied by folk people for certain mental conditions.

c. Different Ways Culture Impact on Psychopathology Subjects to The Level of Investigation and Analysis of Cultural Impact – Although six different ways culture may impact on psychopathology for various syndromes are described here, it is not absolute and not unchangeable. It depends on the level of sophistication of cultural investigation and understanding is made. It will be subject to revision pending the further studies to be made. Based on new information and as cultural insight is obtained, revision is always possible. This is true for *susto* and *ataques de nervios* or any other syndromes that have been claimed. It is welcome to have further investigation to advance our cultural understanding and comprehension beyond folk labeling and interpretation that we are having.

REFERENCES

- Bartholomew, R.E. (1994). Disease, disorder, or deception? Latah as habit in a Malay extended family. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 182(6), 331-338.
- Burton-Bradley, B.G. (1968). The *amok* syndrome in Papua and New Guinea. *Medical Journal of Australia*, 1, 252-256.
- Chakraborty, A. (1984). An epidemic of *koro* in West Bengal (India). *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21(1), 59-61 [Abstracted by W.G. Jilek].
- Chiu, T.L., Tong, J.E., & Schmidt, K.E. (1972). A clinical and survey study of latah in Sarawak, Malaysia. *Psychological Medicine*, 2, 155-165.
- Daiguji, M., & Shichida, H. (1998, October). *Imu* phenomena observed among the Ainu people in northern Japan: Past and present. Presented at Second Pan Asia-Pacific Mental Health Conference, Beijing.
- Ellis, W.G. (1893). The *amok* of the Malays. *Journal of Mental Science*, 39, 325-338.
- Ellis, W.G. (1897). Latah: A mental malady of the Malays. *Journal of Mental Science*, 43, 33-40.
- Fernández-Marian, R. (1959). The Puerto Rican syndrome: Its dynamic and cultural determinants. *Psychiatry*, 24, 79-82.
- Frankel, S. (1985). *Mogo laya*, a New Guinea fright illness. In R.C. Simons & C.C. Hughes (Eds.). *The culture-bound syndromes* (pp. 399-404). Dordrecht, The Netherlands: Reidel.
- Gillin, J. (1948). Magical fright. *Psychiatry*, 11, 387-400.
- Guarnaccia, P.J. (1993). *Ataques de nervios* in Puerto Rico: Culture-bound syndrome or popular illness? *Medical Anthropology*, 15, 157-170.
- Guarnaccia, P.J., Rubio-Stipec, M., & Canino, G.J. (1989). *Ataques de nervios* in the Puerto Rican Diagnostic Interview Schedule: The impact of cultural categories on psychiatric epidemiology. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13, 275-295.
- Hart, D.V. (1985). Lanti, illness by fright among Bisayan Filipino. In R.C. Simons & C.C. Hughes (Eds.). *The culture-bound syndromes* (pp. 371-397). Dordrecht, The Netherlands: Reidel.
- Hollweg, M.G. (1997). Main culture bound syndromes in Bolivia. *Curare*, 20(1), 23-28.
- Katsuragawa, S. (2007). -- Family and group suicide in Japan: Cultural analysis. Presented at the *Cultural Psychiatry Conference*, Kamakura, Japan. May
- Lee, S. H. (1977). A study on the *Abwabyung* (anger syndrome). *Journal of the Korean General Hospital*. 1, 63-69.
- Liebowitz, M.R., Salmán, E., Jusino, C.M., Garfinkel, R., Street, L., Cárdenas, D.L., Silvestre, J., Fyer, A.J., Carrasco, J.L., Davies, S., Guarnaccia, P., & Klein, D.F. (1994). *Ataque de nervios* and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 871-875.

- Mehlman, R.D. (1961). The Puerto Rican syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 118, 328-332.
- Min, S.K., & Lee, H.Y. (1988). *A clinical study on hwabyung*. Presented at the Fourth scientific meeting of the Pacific Rim College of Psychiatry, Hong Kong.
- Min, S.K. (1991). Hwabyung and the psychology of haan. *Journal of Korean Medical Association*, 34, 1189-1198.
- Min, S.K., Lee, J.S., & Hahn, J.O. (1997). A psychiatric study on haan. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 36, 603-611
- Mo, G.M., Chen, G.Q., Li, L.X., & Tseng, W.S. (1995). Koro epidemic in Southern China. In T.Y. Lin, W.S. Tseng & E.K. Yeh (Eds.), *Chinese societies and mental health* (pp 231-243). Hong Kong, Oxford University Press.
- Murdock, G.P. (1967). *Ethnographic atlas*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Murdock, G.P. (1980). *Theories of illness: A world survey*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Ngui, P.W. (1969). The koro epidemic in Singapore. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, Special Issue II, on Anxiety, 3, 263-266.
- Oquendo, M., Horwath, E., & Martines, A. (1992). Ataques de nervios: Proposed diagnostic criteria for a culture specific syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(3), 367-376.
- Pang, K.Y.C. (1990). *Hwabyung*: The construction of a Korean popular illness among Korean elderly immigrant women in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, 495-512.
- Prince, R., & Tchong-Laroche, F. (1987). Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 3-19.
- Rubel, A.J. (1964). The epidemiology of a folk illness: *Susto* in Hispanic America. *Ethology*, 3, 268-283.
- Rubel, A.J., ONell, C.W. & Collado, R. (1985). The folk illness called *susto*. In R.C. Simon 's & C.C. Hughes (Eds.). *The Culture-bound syndromes* (pp. 333-350). Dordrecht, The Netherlands: D.Reidel.
- Salmán, E., Liebowitz, M.R., Guarnaccia, P.J., Jusino, C. M., Garfinkel, R., Street, L., Cárdenas, D.L., Silvestre, J., Fyer, A. J., Carrasco, J. L., Davies, S. O., & Klein, D. (1998). Subtypes of ataques de nervios: The influence of coexisting psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 231-244.
- Simons, R.C. (1980). The resolution of the latah paradox. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(4), 195-206.
- Simons, R.C. (1996). *Boo! -- Culture, experience, and the startle reflex*. New York: Oxford University Press.
- Suwanlert, S. (1988). A study of *latah* in Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 33(3), 129-133.
- Suwanlert, S., & Coates, D. (1979). Epidemic koro in Thailand -- Clinical and social aspects. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 15, 64-66.
- Tseng, W. S. (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry*. San Diego: Academic Press.
- Tseng, W.S., & McDermott, J.F., Jr. (1981). *Culture, mind and therapy: An introduction to cultural psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- Tseng, W. S., Min, S. K., Nakamura, K., & Katsuragawa, S. (2009). Culture-related specific psychiatric syndromes observed in Asia. In E. Chang (Ed.), *Handbook of Adult psychopathology in Asia: Theory, Diagnosis, and Treatment*. New York: Oxford University Press. (in preparation).
- Tseng, W.S., Mo, G.M., Hsu, J., Li, L.S., Ou, L.W., Chen, G.Q., & Jiang, D.W. (1988). A sociocultural study of koro epidemics in Guandong, China. *American Journal of Psychiatry*, 145(12), 1538-1543.
- Uchimura, V.Y. (1956). Imu, eine psychoracktive Erscheinung der ainu-Frauen [*Imu*, a psychoactive phenomenon of *ainu*-women]. *Nervenarzt*, 12, 535-540.
- Westermeyer, J. (1972). A comparison of *amok* and other homicide in Laos. *American Journal of Psychiatry*, 129(6), 703-709.
- Westermeyer, J. (1973). On the epidemic of *amok* violence. *Archives of General Psychiatry*, 28, 873-876.
- Westermeyer, J. (1982). *Amok*. In C.T.H. Friedmann & R.T. Faguet (Eds.), *Extraordinary disorders of human behavior*. New York: Plenum Press.
- Woon, T.H. (1988). The latah phenomena. Presented at the annual meeting of Pacific Rim College of Psychiatry, Hong Kong.
- Yap, P.M. (1951). Mental diseases peculiar to certain cultures: A survey of comparative psychiatry. *Journal of Mental Science*, 97, 313-327.





Cultural Competence in Assessment and Treatment of the Psychiatric Patient

ROBERT KOHN, M.D.
RONALD M. WINTROB, M.D.

ABSTRACT

Culturally competent care is aimed at decreasing inequities in health care, as well as improving the care of patients. Cultural competence is a requirement for all clinicians regardless of the extent of ethnic diversity of the region or country where they practice. There are five elements of cultural competence in psychiatry: cultural sensitivity, cultural knowledge, cultural empathy, culturally relevant relations and interactions, and cultural guidance. The principles of cultural competence apply to every clinical encounter. The culturally competent psychiatrist needs to be proficient in the cultural formulation; have an understanding of mental health issues related to immigration, acculturation, and acculturative stress; be able to conduct a psychiatric assessment of immigrants and refugees; and have an appreciation of cultural issues related to psychiatric treatment of culturally diverse individuals and families. Not only should individual psychiatrists become cultural competent, but organizations that provide mental health services also need to become culturally competent.

Culturally competent care is aimed at decreasing inequities in health care, as well as improving the care of patients. As Tseng and Streltzer (2004) have clearly stated, "To be clinically competent, every clinician needs to be culturally competent." Even encounters with patients from a similar cultural background can be considered to be transcultural, since it is inevitable that some differences will exist in ethnic background and life experience between clinicians and patients. Therefore, cultural competence should be a requirement for all clinicians regardless of the extent of ethnic diversity within any society.

Culture is defined as a set of meanings, norms, beliefs, values and behavior patterns shared by a group of people. These values include social relationships, language, nonverbal expression of thoughts and emotions, moral and religious beliefs, rituals,

Robert Kohn, M.D. Associate Professor of Psychiatry and Human Behavior, the Warren Alpert Medical School of Brown University, Department of Psychiatry and Human Behavior; Director of Psychiatric Epidemiology Research; Director of the Brown University Geriatric Psychiatry Fellowship Training Program; Director of Geriatric Psychiatry, Miriam Hospital, Providence, Rhode Island, USA.

Ronald M. Wintrob, M.D. Clinical Professor of Psychiatry and Human Behavior, the Warren Alpert Medical School of Brown University, Department of Psychiatry and Human Behavior; Chair, World Psychiatric Association Transcultural Psychiatry Section; Butler Hospital, Providence, Rhode Island, USA.

technology, and economic beliefs and practices, among other items. Culture has six essential components: 1) culture is learned; 2) culture can be passed on from one generation to the next; 3) culture involves a set of meanings in which words, behaviors, events and symbols have meanings agreed upon by the cultural group; 4) culture acts as a template, to shape and orient behaviors and perspectives within and between generations, and to take account of novel situations encountered by the group; 5) culture exists in a constant state of change; and 6) culture includes patterns of both subjective and objective components of human behavior. Culture shapes how and what psychiatric symptoms are expressed. Culture influences the meanings that are given to symptoms. Culture also impacts on the interaction between the patient and the health care system, as well as between the patient and the physician and other clinicians with whom the patient and family interact.

Race is a concept, the scientific validity of which is now considered highly questionable, by which human beings are grouped primarily by physiognomy. Its impact on individuals and groups, however, is intense, due to its reference to physical, biological and genetic underpinnings, and because of the intensely emotional meanings and responses it generates. Ethnicity refers to the subjective sense of belonging to a group of people with a common national or regional origin and shared beliefs, values and practices, including religion. It is part of every person's identity and self-image.

In the medical setting there are three types of culture. 1) the culture of the patient (Tseng and Streltzer, 2004). The culture of the patient contributes to the patient's understanding of illness, perception and presentation of symptoms and problems, and reaction and adjustment to illness. In addition, the patient's expectations of the physician, motivation for treatment, and compliance with treatment recommendations are influenced by culture. 2) the culture of the physician. The physician's culture will shape the pattern of interaction and communication with the patient. The physician's attitude toward the patient, understanding of the patient's problem, and approach to care is affected by his or her culture. 3) the medical culture. The medical culture comprises those traditions, regulations, customs, and attitudes that have developed within the medical service that are beyond matters of knowledge and theory. Most physicians and other clinical staff members have become accustomed to living within the invisible medical cultural system, and may be unaware of its influence on their practice.

THE FIVE ELEMENTS OF CULTURAL COMPETENCE IN PSYCHIATRY

There are five elements of cultural competence in psychiatry: 1) cultural sensitivity, 2) cultural knowledge, 3) cultural empathy, 4) culturally relevant relations and interactions, and 5) cultural guidance. *Cultural sensitivity* is the recognition that individuals and groups of people have a diversity of viewpoints, attitudes, and lifestyles. This includes the recognition that groups of people experience stress differently and have distinct coping mechanisms. *Cultural knowledge* refers to the need to have basic knowledge and appreciation for how societies vary in their habits, customs, beliefs, value systems, and illness behavior. *Cultural empathy* is the ability to understand on an emotional level the patient's own cultural perspective, beyond just an intellectual or theoretical understanding. *Culturally relevant relations and interactions* involve the cultural background of both the patient and clinician, and include the issues of cultural transference and countertransference. *Cultural guidance*

is the ability to use one's cultural knowledge in a clinically therapeutic manner. When the therapist and patient have different cultural backgrounds, therapy involves the interaction of at least two value systems.

The culturally competent psychiatrist needs to be proficient in the cultural formulation; have an understanding of mental health issues related to immigration, acculturation and acculturative stress; be able to conduct a psychiatric assessment of immigrants and refugees; and have an appreciation of cultural issues related to psychiatric treatment.

CULTURAL CASE FORMULATION

Culture plays a role in all aspects of mental health and mental illness; therefore, a cultural assessment should be a component part of every complete psychiatric assessment. The outline for cultural formulation found in Appendix I of DSM-IV-TR is intended to give clinicians a framework for assessing the role of culture in psychiatric illness. Its purposes are: 1) to enhance the application of DSM-IV-TR diagnostic criteria in multicultural environments; 2) to provide a systematic review of the individual's cultural background; 3) to identify the role of the cultural context in the expression and evaluation of psychiatric symptoms and dysfunction; 4) to enable the clinician to systematically describe the patient's cultural and social reference groups and their relevance to clinical care; and 5) to identify the effect that cultural differences may have on the relationship between the patient and family and the treating clinician, as well as how such cultural differences affect the course and the outcome of treatment provided (Ton & Lim, 2006).

The outline for cultural formulation consists of five areas of assessment: 1) cultural identity of the individual; 2) cultural explanations of the individual's illness; 3) cultural factors related to psychosocial environment and levels of functioning; 4) cultural elements of the relationship between the individual and the clinician; and 5) overall cultural assessment for diagnosis and care.

Cultural Identity of the Individual Cultural identity refers to the characteristics shared by a person's cultural group. Identity allows for a self-definition (GAP, 2002). Factors that comprise an individual's cultural identity include race, ethnicity, country of origin, language use, religious beliefs, socioeconomic status, migration history, experience of acculturation, and the degree of affiliation with the individual's group of origin. Cultural identity emerges throughout the individual's life and in social context. It is not a fixed trait of an individual or of the group of which the individual is part. An individual may have several cultural reference groups.

The clinician should encourage patients to describe the component aspects of their cultural identity. Evaluating the cultural identity of the patient allows identification of potential areas of personal strengths and supports that may enhance treatment effectiveness, as well as vulnerabilities that may interfere with the progress of treatment. Eliciting this data permits identification of unresolved cultural conflicts that may be addressed during treatment. These conflicts can be between the various aspects of the patient's identity, and between traditional and mainstream cultural values and behavioral expectations affecting the individual. Knowledge of the patient's cultural identity allows the clinician to avoid misconceptions based on inadequate background information or stereotypes related to race,

ethnicity and other aspects of cultural identity. In addition, it assists in building rapport, because the clinician is attempting to understand the individual as a person and not just a representative of the cultural groups that have shaped the patient's identity.

Cultural Explanations of the Individual's Illness The explanatory model of illness is the patient's understanding of and attempt to explain why they became ill. The explanatory model defines the culturally acceptable means of expression of the symptoms of the illness or *idioms of distress*, the particular way individuals within a specific cultural group report symptoms and their behavioral response to them that are heavily influenced by cultural values. The cultural explanations of illness also may help define the sick role or illness behavior the patient assumes. The explanatory model of illness includes the patient's beliefs about their prognosis and the treatment options they would want to consider. The patient's explanatory model may be only vaguely conceptualized or may be quite clearly defined, and it may include several conceptual perspectives that could be in conflict with one another. Formulation of a collaborative model that is acceptable to both the clinician and the patient is the sought-for end point, which would include an agreed-upon set of symptoms to be treated, and an outline of treatment procedures to be used.

Difficulties may arise when there are conceptual differences in the explanatory model of illness between clinician, patient, family and community. Conflicts between the patient's and the clinician's explanatory models may lead to diminished rapport, or treatment non-compliance. Conflicts between the patient's and the family's explanatory models of illness may result in lack of support from the family and family discord. Conflicts between the patient's and the community's explanatory models could lead to social isolation and stigmatization of the patient.

Examples of the more common explanatory models of illness include the moral model, religious model, the magical or supernatural explanatory model, the medical model and the psychosocial stress model. The moral model implies that the patient's illness is caused by a moral defect such as selfishness or moral weakness. The religious model suggests that the patient is being punished for a religious failing or transgression. The magical or supernatural explanatory model may involve attributions of sorcery or witchcraft as being the cause of the symptoms. The medical model attributes the patient's illness primarily to a biological etiology. The psychosocial model infers that overwhelming psychosocial stressors cause or are primary contributors to the illness.

Culture has both direct and indirect effects on help-seeking behavior. In many cultural groups an individual and their family may minimize symptoms due to stigma associated with seeking assistance for psychiatric disorders. Culture affects the patient's expectations of treatment, such as whether the clinician should assume an authoritarian, paternalistic, egalitarian, or non-directive demeanor in the treatment process.

Cultural Factors Related to Psychosocial Environment and Level of Functioning The focus of this section of the cultural formulation includes an assessment of socio-cultural stressors and supports. It has to do primarily with the type, strength, scope, and consistency of the patient's support system. An understanding of the patient's family dynamics and cultural values is integral to assessing the patient's psychosocial environment. The definition of what constitutes a family and the roles of individuals in the family differ across cultures. This includes an understanding of the patient's cultural group and its relationship

to the mainstream culture or cultures. It includes the patient's life experience of racial and ethnic discrimination. For immigrants and refugees, it includes the individual and family's perceptions of the openness of the host society toward people of their country and region of origin, their racial, ethnic, religious, and other attributes. The patient and family may identify strongly or weakly with communal sources of support familiar from their country or region of origin, or they may identify along the same gradient with communal sources of support in the host culture. For example, middle age and older immigrants may experience familial and communal role reversals and erosion of self-esteem in situations in which the older generation becomes dependent on the younger generation, due to the younger members' greater language fluency and conceptual ability to deal with the institutions of the host culture, such as hospitals and government agencies.

Cultural Elements of the Relationship Between the Individual and the Clinician

The cultural identity of the clinician and of the mental health team has an impact on patient care. The culture of the mental health care system influences diagnosis and treatment. Clinicians who have an understanding of their own cultural identity may be better prepared to anticipate the cultural dynamics that may arise in interactions with people of diverse cultural backgrounds. Unacknowledged differences between the clinician and patient's cultural identity can result in assessment and treatment that is unintentionally biased and stressful for all.

Culture influences transference and counter-transference in the clinical relationship between people seeking psychiatric care and their treating clinicians. Transference relationships and dynamics are affected when the patient and clinician have different cultural background characteristics. A perceived social power differential between the patient and clinician could lead to over-compliance, to resistance in exploration of family and social conflict situations, or to the clinician being conceptualized as cultural role model or stereotype.

When the patient and clinician are of different genders, culturally ingrained role assumptions may pose difficulties. For example, male patients from cultures where men are assumed to have higher status than women may feel that expressing their emotional problems to a female therapist is evidence of weakness and is culturally humiliating. Conversely, females may view it as culturally inappropriate to discuss with male clinicians interpersonal issues and emotions that are only considered proper to talk about with females of their age group and within the setting of their extended family.

Overall Cultural Assessment for Diagnosis and Care. The overall assessment reviews and highlights the key issues noted in the other sections of the cultural formulation. Treatment planning should provide opportunities to address these key issues. In making a psychiatric diagnosis the clinician should take into account principles of cultural relativism and not fall prone to category fallacy; that is, using classification systems such as DSM-IV-TR, developed for one culture and applying it unquestioningly to another culture where its relevance may not be comparable. Many psychiatric disorders show cross-cultural variation. Objective evaluation of the multiple possible effects of culture on psychopathology can be a challenging task for the clinician. Diagnostic dilemmas may arise in dealing with patients of diverse cultural backgrounds. Some of these dilemmas may include problems

in judging distortion from reality, problems in assessing unfamiliar behaviors, and problems in distinguishing pathological from normal cultural behavior.

MIGRATION, ACCULTURATION, AND ACCULTURATIVE STRESS

As world-wide communication and interaction has become easier and more universal, nearly all societies have experienced immigration of individuals from diverse cultures into their society. Most immigrants have the wish to assimilate, to become part of the *melting pot*. This process of acculturative change can be seen as unidirectional, as individuals who identified themselves as part of immigrant, indigenous, and other minority groups both reject and progressively lose distinctive aspects of their cultural heritage, in favor of becoming part of the mainstream majority culture of the host country. In countries that encouraged this outcome of acculturation, people were expected to progress from un-accultured, through the gradient of minimally, moderately, and fully acculturated. However, this model of acculturation generally overlooked the issues of prejudice and discrimination within the majority host population that stood in opposition to immigration and strongly resisted the cultural assimilation of immigrant, indigenous, and other minority groups. In reaction to such negative pressures, groups that were discriminated against often formed, or were forced into communities of their own, for mutual support and protection. Those ghettoized communities generated fear and resentment, both within the isolated community and in the perceptions and behaviors of the external community toward the minority groups.

The intensity of acculturative stress experienced by immigrant and other minority groups, and the individuals comprising those groups, has been directly proportional to the openness of the host government and population. The central issue is; to what extent are immigrants' and other minority groups' customs, values, and differences from the majority population of the host country accepted, encouraged and welcomed as an enrichment of the host country, as opposed to being seen as alien and unwelcome. The *acceptance position* encourages the cultural integration of immigrants, whereas the *rejection position* encourages either cultural exclusion or cultural assimilation.

During the past 30 - 40 years, as the societal ideals of cultural diversity and multiculturalism have favored cultural integration rather than cultural assimilation. From this perspective, the acculturation process is conceptualized as progressive and dynamic, continuing over several generations. It involves acquisition and retention, as well as relinquishing, of values, thought patterns, and social behaviors of both majority and minority population groups as their interactions are modified by circumstances and over time.

Acculturation and the outcomes of acculturative stress for groups, as well as for the individuals who comprise those groups, are both social and psychological phenomena. The outcome of acculturative stress is not a finite end point, but rather a continuous process, with periods of greatly intensified intra-familial, inter-generational and individual intra-psychic stress alternating with periods of comparative calm, insight and successful adaptation to unanticipated change.

In order to assess the outcome of acculturative stress, for groups and their component individuals, two determining factors need to be considered. The first is the extent to which the group and its members value and wish to preserve their cultural uniqueness, including the language, beliefs, values, and social behaviors that define the group. The second factor is

the mirror-image issue of the extent to which the group and its members value and wish to increase their contact and involvement with other groups, particularly the majority culture. This conceptual framework leads to four possible outcomes of acculturative stress that are not conceptualized along the unidirectional gradient from un-acculturated to completely acculturated.

The four possible outcomes are separation, integration, assimilation and marginalization (Berry, 2003). *Separation* is characterized by individuals' wishes, both conscious and intuitive, to maintain their cultural integrity, whether by actively resisting the incorporation of the values and social behavior patterns of another cultural group or groups with whom they have regular contact, or by disengaging themselves from contact with and the influence of those other cultural groups.

Integration, as an outcome of acculturative stress, derives from the wish to both maintain a firm sense of one's cultural heritage and not abandon those values and behavioral characteristics that define the uniqueness of one's culture of origin. At the same time, such individuals are able to incorporate enough of the value system and norms of behavior of the other cultural group with which they interact closely, to feel and behave like members of that cultural group, principally the majority host culture. Accordingly, the defining feature of integration is psychological: it is the gradual process of formulation of a bicultural identity, a sense of self that intertwines the unique characteristics of two cultures. Psychological integration of two cultural traditions is neither easy to accomplish nor conflict-free. That is what accounts for the great intra-group variation among members of any cultural group during the process of acculturation over decades and generations.

Assimilation is the psychological process of the conscious and unconscious giving up of the unique characteristics of one's culture of origin in favor of the more or less complete incorporation of the values and behavioral characteristics of another cultural group, usually, but not always, the majority culture. Examples include involuntary migration, when war and social upheaval necessitate such changes for purposes of survival. However, there are many other life circumstances, including racial, ethnic and religious discrimination, that motivate people to overlook, suppress or deny aspects of their cultural heritage and wish to have a seamless fit within another group. The price of such an effort, in terms of intra-psychic conflict, can be high.

Marginalization is defined by the psychological characteristics of rejection or the progressive loss of valuation of one's cultural heritage, while at the same time rejecting, or being alienated from, the defining values and behavioral norms of another cultural group, usually that of the majority population. This is the psychological outcome of acculturative stress that is closest to the concept of identity diffusion. As such, it is most often exemplified by the angry, lost and anguished youth and young adults of many groups, those whose intense intra-psychic conflicts are reflections of substantive intra-familial, intergenerational, intra-communal and inter-communal conflict.

The rate of acculturative change, and the circumstances that influence it, vary greatly both between and within groups. For these reasons, studies of groups experiencing acculturative change often divide the groups between first, second, and third generation immigrants.

During the past two decades the political ideal of *multiculturalism* or cultural diversity has been adopted in a large number of host countries. There has also been serious consideration of the concept of *bi-national* as well as *bicultural identity*, the notion that individuals can be active participants in, and feel equally involved in the cultural, economic, community,

and even the political and religious life of two countries, or of two distinctly and uniquely different cultures in one country.

Finding ways to operationalize the concept of bicultural families and bicultural individuals has been the focus of much recent research. Scales have been developed to measure the nature and extent of individuals' identification with their culture of origin and with the majority or host culture. This has led to current efforts to describe and validate the concept of *bicultural competence*, including the cognitive, emotional, and behavioral characteristics of people who are capable of feeling comfortable and functioning effectively in two distinct cultural contexts. One approach has been the development of a framework for investigating individual differences in *bicultural identity integration*, focusing on bicultural individuals' subjective perceptions of how much their dual cultural identities intersect or overlap.

PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF IMMIGRANTS AND REFUGEES

Migration History Mental illness among immigrants and refugees may have been present before migration, may have developed during the immigration process, such as during months or years living in refugee camps, or presented for the first time in the country of immigration. The immigration process and pre-migration trauma may precipitate the manifestation of underlying symptoms, or result in exacerbation of a preexisting disorder. Obtaining a thorough migration history will assist in understanding background and precipitating stressors and help guide development of an appropriate treatment plan. The components of the migration history include the pre-migration health and mental health status, pre-migration planning, the migration experience, and the resettlement phase.

The pre-migration history includes inquiry about the patient's social support network, social and psychological functioning, and significant pre-migration life events. Information about the country and region of origin, the family history in the country of origin - including an understanding of family members who may have decided not to immigrate - educational and work experiences in the country of origin, and prior socioeconomic status should be obtained. Additionally, pre-migration political issues, trauma, war and natural disaster faced by the patient and family in the country or region of origin should be explored. For those who had to escape persecution, warfare or natural disaster, what were the means of escape and what type of trauma was suffered prior to and during migration? Traumatic life events are not limited just to refugees. Immigration may result in losses of social networks, including family, and friends; material losses, such as business, career and property; and loss of the cultural milieu, including their familiar community and religious life. Pre-migration planning includes reasons for immigrating, duration and extent of planning, pre-migration aspirations and beliefs about the host country.

A history about the migration experience includes the duration, difficulties, and dangers encountered in the migration process. For example, refugees may spend years in camps where they are exposed to additional psychological disorientation, distress and trauma, such as prolonged and enforced dependency, exploitation, isolation, overt discrimination and loss of hope.

The resettlement phase raises issues of acculturative stress and adaptation to the host country institutions and ways of doing things. Immigrants often start their new lives in host countries living in unfamiliar types of housing, in crowded and sometimes dangerous neighborhoods, unfamiliar with social cues and sources of support that could make their

adaptation less stressful. Immigrants in the host country not only find themselves in a minority status, but often face prejudice and discrimination and their psychological consequences. The clinician needs to assess the extent to which immigrants' pre-migration aspirations and expectations regarding their life in the host country are being realized or frustrated.

The Mental Status Examination As with any patient, conducting a mental status examination is a central component of the psychiatric examination. However, its interpretation in culturally distinct groups and among immigrant populations requires caution, as it may be culturally biased. The patient's response is molded by their culture of origin, educational level, and type of acculturative adaptation. The components of the standardized mental status examination are; cooperation, appearance and behavior, speech, affect, thought process, thought content, cognition, insight and judgment. Cultural differences are wide and varied in dress and grooming. Facial expressions and body movements used in the expression of affect may be more reflective of normal cultural manifestations than pathology. If the clinician is unfamiliar with the individual's culture, and the patient's fluency in the language of the host country is limited, the clinician must use caution in interpreting disturbances of speech and thought process, perception and affect. The presence of hallucinations, for example, can be easily misinterpreted, such as hearing encouraging or clarifying comments from deceased family members, normative experiences in many cultures. The clinician should not assume that the patient understands what the clinician is trying to communicate, and miscommunication involving use of interpreters is a common problem. The cognitive examination may be particularly tricky. Education and literacy have an important and biasing role. The patient may need adequate time to fully express themselves, through repeating questions and restating questions in the effort to reduce miscommunication. Asking about the meaning of proverbs unfamiliar to the patient may not be an appropriate means of determining abstract thinking. An accurate mental status examination can be accomplished when one allows additional time for clarification of concepts.

Language Differences between clinician and patient A barrier that may need to be overcome in the patient clinician relationship is language differences. For a sensitive clinician words are a critical, but not the only means of communication. Body language, ease or difficulty of establishing rapport, demeanor during the interview, spontaneity of speech and affective range are other helpful indicators of the patient's mental state.

The clinician can utilize a number of methods to establish rapport during the clinical interview. These techniques include demonstration of interest; facilitating the patient's story; clarifying the patient's explanatory models; and ensuring that the clinician is understood, by having the patient restate questions and comments. Treating the patient's symptoms with respect and concern, including those that do not fit into the clinician's own explanatory models, facilitates rapport. The clinician should carefully review the patient's complaints, including an exploration of precipitant, ameliorating and aggravating factors.

The bilingual therapist has the opportunity to conduct an assessment in either language. Patients should be given the choice of which language they prefer to use. Not infrequently patients prefer to try to speak in the host country's language rather than in their native language. This may be a reflection of that individual's acculturation process. However, at

times this is due to the bilingual clinician speaking a dialect different than the patient's, or the language not being the clinician's mother tongue. Communication includes both verbal and nonverbal components and is highly influenced by cultural nuances. Therefore, basic proficiency of a language may not be sufficient to communicate the kinds of emotional and social distress that a psychiatric interview should elucidate.

Use of Interpreters An interpreter often is necessary to properly conduct an evaluation, and later for continued care. This raises special issues, both in doing an initial assessment interview and in conducting on-going therapy. An interpreter can create complications that may comprise treatment; therefore, if the patient speaks enough of the clinician's language, even if it is broken, one should perhaps first try to obtain as much information as possible without the use of an interpreter and then later invite the interpreter in to clarify and confirm details of the history. No matter how good the interpreter is an artificial barrier of indirect communication exists. The patient may not be as open if a friend or family member is asked to function as their interpreter. Interpreters who are not accustomed to mental health issues may be embarrassed to ask certain questions, and actually not even ask the question, but give their own answer instead, or make the patient seem normal when they are not. They may only paraphrase what the patient said, resulting in the interviewer missing the emotional content and affect. The interpreter may not know how to explain the affect and may not provide this information. Transference and counter-transference issues may exist between the interpreter and the patient, which the clinician cannot sort out or is unaware of.

The patient should be made to realize that the clinician is in command of the interview process, not the interpreter. The clinician is legally and ethically in charge of the interpreter. In addition, particularly for the refugee who has undergone trauma or torture, the interview room should not be threatening, small, dark, or closed in. Neither the clinician nor the interpreter should come across as interrogating the patient, which may create an unpleasant, or even a frightening atmosphere.

There are several models for using an interpreter (See Figure 1). The triangle model is the most accepted, creating a therapeutic triad, where there is a dialog between the patient and clinician, interpreter and patient, and therapist and interpreter.

More recently, many institutions are using telephone translation services. This offers the clinician access to translation services in multiple languages at a moments notice. The telephone translation service does offer a greater sense of privacy, especially in communities with small cultural groups where an available interpreter may know the patient or their family. However, it may be awkward, as the interpreter on the telephone becomes a focal point for both the patient and the clinician. Additionally, assessment of the relevant cognitive and affective issues may not be possible using this method. Another method being used with increasing frequency and effectiveness is tele-psychiatry, which enables clinicians to work with patients who are both culturally distinct and geographically distant. These advances in technology raise issues not only of translation, but also the influence of the cultural background of the patient on their comfort with the technological techniques utilized. (Shore et al., in press).

Allowances for additional time will be needed for an evaluation when using an interpreter. An experienced interpreter also can provide a cultural context to the patient's statements, in addition to the verbatim translation. The interpreter can act as a cultural informant

providing the clinician a better sense of the norms and values of the patient's ethnic or cultural group. Table 1 provides competency criteria for interpreters.

CULTURAL ISSUES IN TREATMENT

Issues in Psychopharmacological Treatment Patients from multiethnic societies or in different countries may respond differently to psychopharmacological agents, in addition to the variations across individual patients (Tseng, 2001). These differences include the therapeutic dose of psychopharmacological agents required and the severity of side effects manifested by the patient. Genetic factors due to polymorphisms in genes governing pharmacokinetics and pharmacodynamics may in large part explain both the inter-individual variations and the cross-cultural variations in drug response. For example, significant polymorphisms exist in the cytochrome P450 enzymes (CYP). The allele CYP2D6*4, which leads to the production of defective proteins, is found in about 25% of Caucasians, but rarely in other ethnic groups. This mutation is responsible for the high rate of poor metabolism of psychopharmacological agents in 5 to 9% of Caucasians, resulting in their being very sensitive to drugs metabolized by the enzyme CYP2D6. The enzyme CYP2C19 is involved in the metabolism of tertiary tricyclic antidepressants, some benzodiazepines, and certain serotonin reuptake inhibitors. It has been shown that 20% of individuals from China, Japan, and Korea are poor metabolizers, compared to 3 to 5% of Caucasians. The cause of the higher rate among East Asians is due to the presence of a mutation CYP2C19*3, together with a higher rate of the CYP2C19*2 mutation. Higher frequencies of the enzyme CYP2D6*17 are found among individuals of African origin and of enzyme CYP2D6*10 among those of Asian origin. Both alleles are involved with lower enzyme activities and slower metabolism of CYP2D6 substrates. In other words, knowledge of cultural and ethnic differences in metabolism of agents provides evidence-based data to assist the clinician in developing the patient's individualized psychopharmacological treatment.

Non-genetic biological factors also play an important role in psychopharmacological response across ethnic groups. For example, with age the activity of cytochrome P450 enzymes declines, making the elderly more sensitive to certain psychotropic agents.

Psychotherapy in a Multicultural Context Therapists need to be aware of when their values and assumptions contrast with their patients'. In conducting cross-ethnic psychotherapy an attempt should be made to share the patient's worldview without negating its legitimacy (Tseng, 2001). When this is not possible the therapist should try to understand their origins and cultural context enough to explore them empathically and non-judgmentally, in order to establish an effective therapeutic alliance. The therapist's ability to form an alliance is possibly the most crucial determinant of effectiveness of therapy. There are two types of therapeutic alliances that the patient and therapist can develop that may achieve optimal outcome. The first type is a helping alliance that depends on the patient experiencing the therapist as understanding, helpful, and supportive. The second type is a working alliance based on the sense of working together in a joint effort against whatever is impairing the patient's functioning and sense of well-being. The therapist's ability to listen openly in an empathetic, non-critical manner and to mutually decide with the patient the goals of therapy is fundamental to any psychotherapeutic treatment, regardless of the

particular patient's ethnic group. Such skills in cross-cultural psychotherapy are not natural but learned requiring the clinician to be consciously aware of these issues.

Psychotherapy implies that intimate conversations occur between socially distant individuals. In most cultures such relationships are reserved for close family members or revered friends. Formal, polite, non-revealing patterns of conversations are used outside this closed circle, and possibly with the therapist as well. The patient in cross-cultural psychotherapy may, as a result, establish a transference relationship with the therapist based on earlier formal relationships where self-disclosure is kept to the minimum. In addition, body language may carry culturally specific meanings that can be easily misinterpreted and warrants exploration and knowledge. The more knowledgeable the therapist is of the vocabulary, communicative gestures, expressions of distress, and culturally based values the stronger will be the therapeutic alliance.

CULTURAL COMPETENCE IN MENTAL HEALTH SERVICE ORGANIZATIONS

Not just physicians, but health care systems, including psychiatric facilities, are frequently ill prepared to meet either the patient assessment or the treatment needs of minorities and immigrant populations (Shaw-Taylor, 2002). The Office of Minority Health of the United States Department of Health and Human Services developed standards on the culturally and linguistically appropriate services in health care that can be applied and utilized by psychiatric service provider organizations (US Department of Health and Human Service, 2001). The aims of these 14 recommendations are to ensure that patients receive effective, understandable, and respectful care, that is provided in a manner compatible with their cultural beliefs and practices and in their preferred language.

CONCLUSIONS

Cultural competence has been criticized as being too abstract and general (Qureshi et al. 2008), and not well grounded in evidence-based practice. Cultural competence should be viewed as complimentary to evidence-based medicine (Whitley, 2007). Cultural competence can ensure that evidence-based practices do not become a "one-size-fits-all, mindless technical application". Simultaneously, evidence-based medicine needs to ensure that cultural competence does not result in disintegration of psychiatric care into reinventions of treatment for every individual. Unfortunately, research on training in cultural competence is limited, despite the wide acceptance of the need to train all physicians in cultural competency (Bhui et al. 2007). The future direction of research should include culture competence becoming more evidence-based, and evidence-based medicine becoming more culturally competent.

The culturally competent psychiatrist should be able to acknowledge, accept and value the cultural differences in others (Bhui, 2007). That is, he/she would appreciate and value similarities and differences between and among culturally diverse groups. The development of cultural competence involves moving from cultural awareness to improved cultural knowledge and improved skills through encounters (Bhui et al., 2007). At the same time, culturally competent psychiatrist would maintain a cultural humility by not oversimplifying, stereotyping and having a false sense of expertise (Qureshi et al. 2008). Ultimately the

principles of cultural competence apply to every clinical encounter as we treat individuals as unique human beings, and not as examples of sub-populations or particular ethnic groups.

REFERENCES

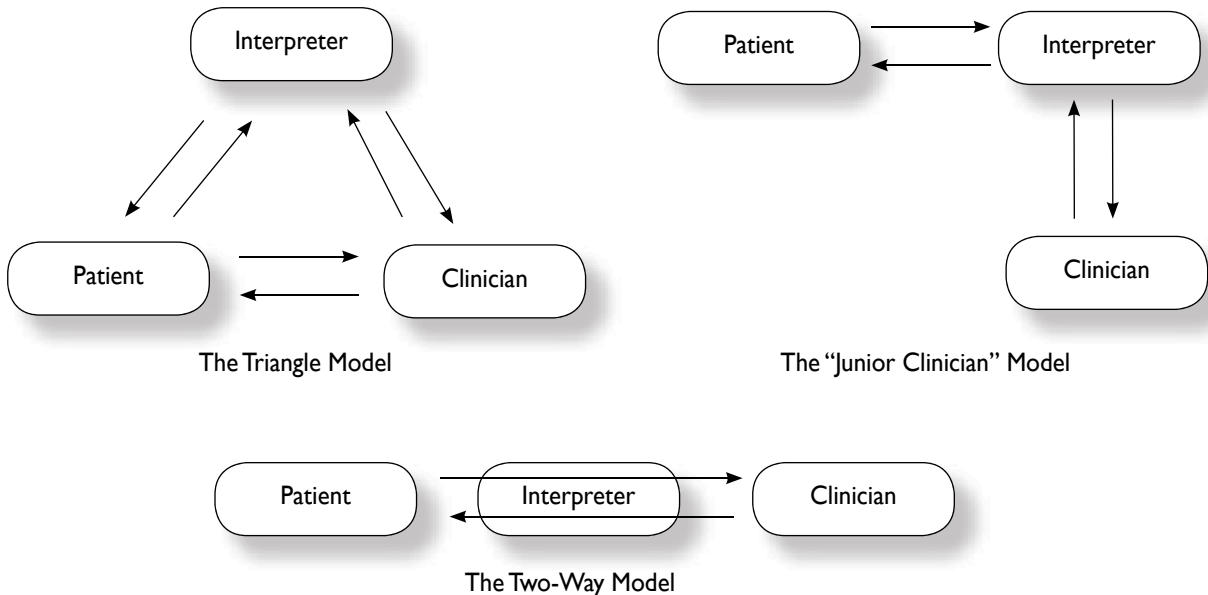
- Berry JW. Conceptual Approaches to Acculturation. In: *Acculturation; Advances in Theory, Measurement and Applied Research*. Chun KM, Organista PB, Marin G (ed). Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
- Bhui K, Wafa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res*. 2007;15
- Committee on Cultural Psychiatry Group for the Advancement of Psychiatry. *Cultural Assessment in Clinical Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
- Lee E. Cross-cultural communication: therapeutic use of interpreters. In: *Working With Asian Americans: A Guide for Clinicians*. Lee E (ed). New York: Guilford Press; 1997.
- Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2008; 23 Suppl 1:49-58.
- Shaw-Taylor Y. Culturally and linguistically appropriate health care for racial or ethnic minorities: analysis of the US Office of Minority Health's recommended standards. *Health Policy*. 2002; 62:211-221.
- Shore JH, Shore JH, Manson S. American Indian healers and psychiatrists: building alliances. In: *Traditional Healers and Psychiatrists*. Incayawar M, Wintrob R, Bouchard L (eds.). London: Wiley-Blackwell; in press.
- Ton H, Lim RF. The assessment of culturally diverse individuals. In: *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. Lim RF (ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
- Tseng WS. *Handbook of Cultural Psychiatry*. New York: Academic Press; 2001.
- Tseng WS, Steltzer J. *Cultural Competence in Clinical Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
- United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. *National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care, Final Report*. Washington, DC: United States Government Printing Office; March 2001.
- Warfa N, Bhui K. Refugees and mental health. In: *Textbook of Cultural Psychiatry*. Bhugra D, Bhui K (eds). Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- Whiteley R. Cultural competence, evidence-based medicine, and evidence-based practices. *Psychiatr Serv*. 2007; 58:1588-1590.

Table I. Competency Criteria for Interpreters

Technical	
	Good command of spoken and written Japanese and language of the patient including dialectical nuances
	Ability to translate fine shades of meaning and nonverbal communication
	Familiarity with psychiatric terminology and procedures
Cultural	
	Intimate knowledge of his or her ethnic community, including illness models, social/power structures, cultural values
	Familiarity with cultural mainstream society and mental health services
	Ability to act as a cultural broker
Interpersonal	
	Ability to get along with peers and staff and deal with conflicts arising from unrealistic expectations from clinician or patient
	Understanding of own communication style and awareness of personal values, attitudes, and bias
	Ability to assess areas of incompatibility with clinician or patient and react accordingly
Ethical	
	Ability to maintain a code of ethics that includes confidentiality, impartiality and professional conduct
Other	
	Ability to effectively advocate for the patient
	Fine attention to detail and good memory
	Flexibility in handling diverse situations

Adapted from: Lee E: Cross-cultural communication: therapeutic use of interpreters. In: *Working With Asian Americans: A Guide for Clinicians*. Lee E. New York: Guilford Press; 1997.

Figure I. Three Model of Use of Interpreters





Simposia
Naturaleza y cultura





Proceso turístico: lugar de encuentro entre micromigraciones y macropatologías

ENRIQUE ALBERTO AVILÉS-ACEVES

INTRODUCCIÓN

Los viajes de negocios, placer o convenciones –como éste– se están haciendo cada vez más frecuentes, implica el traslado de millones de personas en el mundo, que dejan transitoriamente su lugar de residencia –territorio conocido y asegurador– por destinos muchas veces desconocidos y de los que sólo se tiene una idea vaga o cuando mucho una fantasía.

Aunque la transitoriedad del viaje implica un retorno a casa y por lo tanto al nicho ecológico familiar, hay un lapso de tiempo en que el viajero es un extranjero al sitio, un desconocido de los habitantes y cuando bien le va no pasa de ser un “cliente”, huésped, pasajero o comensal. Ser un extraño en un sitio extraño por sí solo determina que el viajero deba contender con diversos estresores como el autor ha señalado desde hace 15 años (1).

Llega también a ser “paciente” por diferentes circunstancias: una infección gastrointestinal, una insolación, la fractura de un tobillo por resbalarse alrededor de la alberca, una inesperada apendicitis, una trombosis venosa por las largas horas de transporte, el efecto del “jet lag” que según señala Robert Spitzer et al. (2) “aunque el jet lag dura pocos días, sus síntomas pueden ser muy disruptivos, dificultando el desempeño laboral o interfiriendo con las actividades vacacionales”. Pero como observa Monden (3) al señalar el incremento de las intervenciones psiquiátricas de emergencia en turistas holandeses en el extranjero, el número de problemas de salud de esta índole va en aumento.

El alejamiento del lugar conocido, de las redes de apoyo ya probadas es un reto que obliga a la adaptación, tal vez en escala “micro” si se le compara con el reto de migrar. Por tanto los viajes podrán considerarse como micromigraciones, son sin duda breves en tiempo, pero pueden ser profundas en repercusiones y los procesos maladaptativos que dan por resultado, originan respuestas y cuadros patológicos que descontextualizados al medio en que se encuentra el individuo, a menudo se intensifican, generando macropatologías, por la escasa presencia o franca ausencia de redes familiares y sociales que den contención a un individuo foráneo, sin raíces, sin contactos y sin refuerzos locales, cuyo único vínculo con su mundo real es en muchas ocasiones, el representante de la agencia de viajes o algún empleado del hotel que lo alojó o la línea

Médico psiquiatra. Catedrático. Universidad La Salle Cancún.

aérea que lo ha transportado. Así es posible compartir con ustedes el caso de una paciente española en la tercera década de la vida, que en el vuelo nupcial empezó a desarrollar una crisis paranoide tan severa, que al llegar el avión a Cancún, ya le estaba esperando una ambulancia que la trasladó al hospital donde pasó junto con su recién casado esposo toda su “luna de miel”, frustrando cualquier propósito de diversión o esparcimiento que pudieran haber tenido al decidir viajar desde Europa hasta el paradisíaco Caribe Mexicano.

DESARROLLO

Volviendo al asunto de las micromigraciones. El fenómeno migratorio es cada vez mayor en volumen y en territorios involucrados, cada vez hay mas gente que viaja a grandes o pequeñas distancias, a lugares remotos o exóticos o tan conocidos como las raíces de sus familias, en lapsos tan breves como un par de días o tan extensos como semanas o aún meses. Pero todos ellos tienen un punto en común, el alejamiento del territorio propio, del terreno conocido, de las redes sociales y del ámbito de la confianza básica.

Independientemente de la distancia, la duración y el propósito es posible reconocer que el viaje va mucho más allá de subir o bajar de un medio de transporte, de registrarse en un hotel o llegar finalmente de regreso a casa, las etapas y fases del viaje requieren de una serie de experiencias, capacidades y disposiciones que ponen a prueba a todo viajero, a todo turista. Esto es tan complejo que ha ameritado el desarrollo de un modelo tridimensional con el que el autor pretende demostrar los diversos elementos que hacen del viaje un proceso psicoturístico (4). Por otro lado es ineludible poner atención a Vingerhoets (5) y considerar los riesgos que los viajeros, especialmente internacionales, corren de enfrentar problemas menores o mayores de salud y en particular los relacionados con estresores y los cambios fisiológicos que retan a su capacidad de adaptación al nuevo ambiente vacacional.

Esto determina una condición de mayor o menor vulnerabilidad en todos aquellos que viajan, que se intensificará, si haciendo caso a lo que señala Ruiz de Chávez (5) debemos reconocer que quienes han tenido dificultad para desarrollar adecuadamente sus relaciones objetales, requerirán de personajes cercanos que les brinden el apoyo deficitario en su desarrollo. Estos viajes adquieren características de verdaderas migraciones transitorias, breves, pero que modifican la familiaridad, la identidad y el apego, como señala Fullilove (6) pues ya no es su territorio.

Los cuadros psicopatológicos que se presentan en los turistas, sea con antecedentes o sin ellos, podría afirmarse en cierta manera que es patología más o menos común, pero que adquiere una dimensión especial, magnificada, macropatológica, a partir de las circunstancias en que estas se presentan.

Aquí vale la pena revisar todas las perspectivas posibles:

- 1.- El cuadro aparece en un ámbito más o menos extraño para el turista enfermo.
- 2.- El destino turístico puede proporcionar de inmediato el apoyo profesional especializado para resolver el problema o no tener siquiera los recursos para trasladarlo a un sitio medianamente apropiado.
- 3.- Es frecuente que la barrera cultural, tanto de idiomas como de costumbres, entorpezca o imposibiliten una adecuada comunicación y empatía del turista enfermo con quienes le rodean o viceversa.
- 4.- Es frecuente que el turista viaje solo y represente una labor titánica y de verdadera investigación cuasi policial el encontrar a familiares o conocidos en su lugar de origen.

- 5.- Es muy frecuente, si el enfermo es crónico y viaja solo, que nadie -ni su propia familia- esté dispuesto a intervenir para solucionar el problema.
- 6.- La atención del trastorno psicopatológico rebasa los límites clínicos y exige intervenciones en ámbitos tan diversos como:

Contactar a los consulados o embajadas, modificar vuelos comerciales, definir planes de repatriación, contactar seguros de viaje, realojar a la familia, custodiar documentación tan importante como pasaportes, tarjetas de crédito, boletos aéreos, artículos de valor como relojes, alhajas, dinero en efectivo, equipaje. Coordinar labores con gerentes de hoteles, líneas aéreas, transportadoras, instancias de seguridad pública, tránsito, etc. Todo ello mientras debe observarse estrechamente la evolución del paciente, su respuesta al tratamiento establecido y la posibilidad de que se cumplan los tiempos previstos en una primera aproximación, para efectuar la repatriación con la mayor garantía de seguridad.

Todo ello permite concatenar tres componentes de este singular proceso:

Micromigraciones. Macropatologías. Megatratamientos.

Dado que los dos primeros conceptos ya fueron discutidos en los párrafos anteriores, sólo me detendré en el último.

Megatratamientos

Es posible redefinir la dimensión de las intervenciones terapéuticas, porque estas no se limitarán al abordaje clínico con el paciente. Es frecuente requerir la aplicación de maniobras de contención con quienes viajen con él, y si viaja solo con un grupo de desconocidos, con sus compañeros de viaje. Debe de considerarse además el estrés adicional que puede estar viviendo el paciente por ser atendido en un lugar desconocido, por profesionales desconocidos, con medicamentos desconocidos y en hospitales desconocidos... a veces no hay un solo indicio para él que le dé certeza, seguridad o al menos un mínimo de confianza... El turista enfermo desconfía más del tratamiento, del equipo terapéutico y del sitio donde se encuentra, lo que requiere de un esfuerzo adicional paraclínico que busca rescatar la confianza del turista enfermo, como intentar buscar que pueda hablar con su familia, o con su médico de cabecera, con algún amigo de confianza o alguien que le “conecte con su realidad cotidiana” en ese momento tan alejada de su experiencia. En algunas ocasiones puede ser suficiente, al menos de inicio, conseguir a alguien que aunque sea desconocido hable su idioma y lo sienta su aliado y todo ello debe lograrse en forma simultánea a buscar el efecto terapéutico psicofarmacológico adecuado para cada caso en particular;

CONCLUSIONES

No es recomendable minimizar la experiencia turística, ni mucho menos cuando es un paciente psiquiátrico quien la va a realizar.

Es importante hacer una revisión detallada de las condiciones del paciente, para determinar si es adecuado que viaje considerando los siguientes aspectos:

- 1.- Está en posibilidades o no de viajar solo.
- 2.- Si no puede viajar solo, está en posibilidades o no de viajar acompañado.
- 3.- Si es recomendable aplazar el viaje, buscando que éste se dé en mejores condiciones.

- 4.- Cuántos husos horarios cruzará.
- 5.- Qué tipo de travesía realizará, analizando las probables experiencias y complicaciones o contratiempos que tendría que enfrentar.
- 6.- Si el empleo de algún medio de transporte en particular le podrá eventualmente someter a una tensión extraordinaria.
- 7.- Si tendrá posibilidades de comunicarse fácilmente con los habitantes del destino y prestadores de servicios turísticos; si tendrá facilidades adecuadas para comunicarse con sus seres significativos en su lugar de origen o residencia.
- 8.- Que porte consigo suficiente cantidad de medicamento al doble de lo que necesitaría para el tiempo estimado de viaje y no empacándola en el equipaje a documentar.
- 9.- Llevar consigo los datos de familiares cercanos así como los de su médico tratante.
- 10.- Llevar consigo, si es posible, los datos de algún especialista de referencia en el destino que va a visitar, o al menos de alguna asociación profesional de la región o país que visitará.

Tomando en cuenta todas estas medidas, muy diferentes a la frase trillada “vete de viaje te hará bien”, es muy probable que nuestro paciente salga de viaje yendo bien protegido y tenga menos riesgos de complicarse durante la travesía, porque estaremos previniendo en la medida de nuestras posibilidades, que en su experiencia turística aparezcan, los “efectos secundarios” de este “tratamiento relajante”.

Cuando todos los profesionales de la Salud Mental comprendamos que nuestros pacientes puede experimentar un viaje como una verdadera micromigración; vivan una recaída o la aparición de un trastorno como una macropatología y requieran de una intervención terapéutica que se convierte en un megatratamiento, podremos encontrar la verdadera dimensión de la complejidad del proceso turístico dentro de la experiencia vital de un paciente psiquiátrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avilés-Aceves E. A. (1994). *Touristic Psychiatry: Attempt of Analisis and proposal of solution*. En Past, Present and Future of Psychiatry. IX World Congress of Psychiatry. Río de Janeiro, Brasil. June 1993. Editors: Beigel, López Ibor Jr, Costa e Silva. World Scientific. Singapore. 1994.
2. Spitzer R.L., Terman M., Williams J.B.W., et al. Jet Lag: Clinical features, validation of a new syndrome-specific scale, and lack of response to melatonin in randomized, double-blind trial. *AM J Psychiatry* 1999; 156: 1392-1396.
3. Monden M. A. H. Development of Psychopathology in International Tourists (pp 229-242). En van Tilburg M. A. L.; Vingerhoets A. J. J. M. (Editors). (1997) *Psychological Aspects of Geographical Moves: Homesickness and Acculturation Stress*. Tilburg University Press. Tilburg, The Netherlands.
4. Avilés-Aceves E.A. (1997) El viaje: Etapas y fases en el Proceso Psico-Turístico. 1er Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América. 27 julio- 2 agosto. México, D.F.
5. Vingerhoets A., Sanders N., Kuper W. Health Issues in International Tourism: The Role of Health Behavior, Stress and Adaptation (pp. 213-228). En van Tilburg M. A. L.; Vingerhoets A. J. J. M. (Editors). (1997) *Psychological Aspects of Geographical Moves: Homesickness and Acculturation Stress*. Tilburg University Press. Tilburg, The Netherlands.
6. Ruiz de Chávez P. E. (2006) *Psicoturismo. Aspectos psicosociológicos y filosóficos*. 1ª Edición. Universidad Intercontinental. Plaza y Valdés. Editores. México, D.F.
7. Fullilove M.T. Psychiatric Implications of Displacement. *Contributions from the Psychology of Place*. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1516-1523.



Misión “Negra Hipólita”. Un espacio para el discapacitado psicosocial venezolano

JOYCE ESSER DIAZ

INTRODUCCIÓN

Para estudiar la *existencia precaria* y su condición concomitante de *discapacidad psicosocial* en el marco de la sociedad venezolana contemporánea, es preciso realizar un análisis del origen y situación actual de la pobreza en América Latina y más específicamente en Venezuela.

La idea de *pobreza* ha cambiado en el transcurso de la historia. Las diversas sociedades, épocas, siglos, revoluciones, culturas, religiones, le han dado distintos sentidos, es por ello que una definición del término pobreza que se mantenga en el tiempo es prácticamente imposible de encontrar. Si a esto se añade la categoría *pobre*, la conexión entre la concepción de pobreza y pobre se hace más difícil de identificar. Gramaticalmente la pobreza es “*la cualidad del pobre*”; y pobre es el “*necesitado, que no tiene lo necesario para vivir*” (1, p. 1790). Cabe reflexionar si *lo necesario* es una idea reduccionista, limitada a los elementos materiales que requiere el individuo para sobrevivir, o se debería ampliar hacia otros requerimientos afectivos, existenciales, culturales, recreativos, sanitarios y educativos.

A propósito de la pobreza y el pobre, Rivero C., refiere que “*las personas así designadas tienen entre ellas, muchas más diferencias que puntos en comunes. Existe en todos los lenguajes del mundo una competencia por producir una increíble variedad de palabras y de locuciones, para designar lo que ellos consideran como sus “pobres” y a todas esas condiciones y estatus asociados, a las múltiples percepciones de la pobreza*” (2, p.62). Para corroborar la anterior reflexión, refiere la autora, que entre los persas existen 80 palabras y en La Tora 8, para designar los términos que pueden ser utilizados para nombrar al pobre.

Por muchos siglos, la pobreza y quienes vivían en ella fueron considerados como un hecho natural, una situación igual que cualquier otra que no representaba un problema y por lo tanto no merecía ser objeto de estudio y mucho menos debate. En este sentido, cabe mencionar alguna referencia bíblica: las bienaventuranzas rezaban que de los pobres sería el reino de los cielos. En el mismo sentido de la religión católica, Santo Tomás de Aquino, manifestaba que no poseer lo superfluo era ser pobre.

Profesora Titular-Investigadora. Doctora en Ciencias Sociales. Coordinadora de la Unidad de Estudios en Calidad de Vida y Salud. Universidad de Carabobo, Venezuela.

En tiempos medievales, a los mendigos fueron los usuarios de los primeros Hospitales, que hoy consideraríamos Hospicios; en ellos recibían una porción de alimento y un techo donde pernoctar.

La pobreza o la mendicidad, son situaciones que no llegaron a representar problemas graves para las sociedades ni para los jefes políticos y religiosos que las gobernaban, hasta bien entrado el siglo XVIII, con la Revolución Industrial y la Revolución Francesa. Posteriormente, en el Siglo XIX con las Tesis de Marx y Engels y luego en el Siglo XX, con las dos Guerras Mundiales, la aceleración de la Industrialización, la Globalización y las migraciones intercontinentales, entre otros, se fue desarrollando una conciencia por debatir, teorizar y dar respuesta al problema de la pobreza y de los pobres a nivel mundial.

Es así como a finales del siglo XX y comienzo del XXI, se han celebrado reuniones de alto nivel, como las llamadas “Cumbres Presidenciales”, donde, Jefes de Estado y de Gobierno, junto con representantes de organismos humanitarios y económicos mundiales, se han visto en la necesidad de presentar sus mejores propuestas y realizaciones en aspectos como el Desarrollo Social, Medio Ambiente, Infancia, Nutrición, Derechos Humanos y Desarrollo y crecimiento de la población; y en última instancia, rubricar, entre otras la *Declaración del Milenio* en el año 2000 (4), con la finalidad de alcanzar una serie de objetivos para el año 2015 con miras a superar la situación de pobreza y hambre que afecta a todos los países del planeta, aunque de manera muy diversa y en distintos niveles de gravedad.

Para introducirnos en el colectivo de individuos en *existencia precaria* que se ha generado en Venezuela en el período contemporáneo de su historia, se hace necesario dar una mirada en torno al problema de la pobreza en el contexto latinoamericano y nacional.

El continente europeo a partir del siglo XV irrumpió en nuevas regiones a través de la conquista y la colonización, imponiendo actividades de extracción e intercambio mercantilista, esclavitud, servidumbre y muerte. España y Portugal ejercieron su influencia en lo que hoy se denominan América Latina y que van desde los actuales territorios de la República Mexicana, en América del norte, hasta la austral Patagonia en América del Sur. El continente americano y sus habitantes se convirtieron en la otra cara de la moneda de la Modernidad, empujados por prácticas económicas, políticas, culturales y religiosas que les eran completamente extrañas y que fueron el fermento de profundas desigualdades, miserias y exclusiones que luego de más de cinco siglos no se han resuelto, sino por lo contrario, se han agudizado y se evidencian en terribles y constantes expresiones de racismo, intolerancia, desprecio y rechazo hacia vastos sectores de la población.

Es así como la modernidad, que no se ha gestado en las entrañas de la Nación, se impulsó desde fuera. Los movimientos independentistas, las ideas de la revolución francesa, el pensamiento de los grandes intelectuales de la Ilustración, los vínculos y formas de relaciones sociales y hasta la estructura familiar cristiana tradicional, todas características de la modernidad, no estuvieron presentes en la matriz cultural predominante de lo venezolano de los primeros siglos de la Colonia, solo conocían de ella aquellos minúsculos grupo privilegiados, constituidos por los Europeos y sus descendientes Criollos.

Superada la Colonia y con los procesos revolucionarios de todo el siglo XIX e inicios del siglo XX, ibero y luso América obtuvieron su “independencia política”. Este período dejó como secuelas de guerra: más guerras, miseria, enfermedades y muerte, desolación en los campos y en las haciendas, ruina económica, diatribas políticas y más desigualdades sociales. Dicho panorama propició una situación de minusvalía en las noveles naciones que las condujo a lo que posteriormente se conoció con el nombre de *subdesarrollo*, entendida

por Samir (6), como la situación de algunos países no industrializados, con poco crecimiento económico, basados en una economía extractiva o de producción de materias primas, con situaciones de atraso tecnológico, con altos índices de morbilidad, mortalidad, natalidad y analfabetismo, que en última instancia los hace vulnerables de ser dependientes de otros de mayor desarrollo.

Del Búfalo (7), se refiere a Latinoamérica de los siglos XIX y XX, como una región con países que se debaten entre un sector capitalista moderno y uno tradicional atrasado. Con De Viana (5), asumimos que la modernización de la región pareciera un proceso extraño o extranjero a nuestra idiosincrasia.

El proceso histórico-social venezolano, desde la República (1830), hasta la actualidad, bien podría verse bajo la perspectiva de los diversos intentos de implantación de la modernidad desde las élites mercantilistas extranjeras en la Colonia, la burguesía nacional en los comienzos de la vida Republicana y desde el Estado, en la actualidad.

Pero lejos de los beneficios de la modernidad, lo que se evidencia, es una deplorable *calidad de vida* expresada en la pobreza material del pueblo, en un muy bajo nivel educativo o de instrucción, ambiente natural deteriorado, valores culturales destruidos, acervo histórico olvidado, un núcleo familiar y comunitario desestructurado, un sistema sanitario asistencial que se resiste a morir, pero que se mantiene agónico desde hace muchos años. La calidad de vida es considerada indicador de salud y bienestar individual y colectivo. El mismo debe ser analizado más allá de los parámetros que marca la salud pública, los protocolos médicos y los estudiosos de indicadores económicos para determinar el nivel de crecimiento y desarrollo de una nación. La calidad de vida ha de ser comprendida superando los convencionalismos que remiten a la escasez o abundancia de recursos con los que cuenta un individuo o su núcleo familiar, introduciendo la mirada en la miseria existencial y la en la penuria cultural, al igual que la autodecepción que los sujetos tienen de sí mismos, de su vida, sus expectativas o visión de futuro. Por lo tanto, se hace necesario considerar las limitaciones a que ha sido sometido el ser humano, para tener acceso al pensamiento, la autocrítica, la esperanza, y plantearse salidas plausibles a una situación de indignidad. Además de tener la posibilidad de conocer que tiene derechos humanos y ciudadanos, individuales y colectivos que lo acreditan para exigir lo que por ley le corresponde.

Para los efectos de esta investigación, el discapacitado psicosocial, es el individuo que proviene del sub-mundo de la existencia precaria, marcada por un sin número de sufrimientos acumulados generacionalmente y que llega al siglo XXI en plena crisis existencial, ante la indiferencia de un Estado rico con una población depauperada y desasistida.

Entre los *sufrimientos*, que conllevan a la minusvalía psicosocial del individuo, se pueden enumerar: catástrofes naturales, violencia social, violencia doméstica, maltrato familiar y laboral, narcotráfico, alcoholismo, discriminación social, sexual y racial, machismo, intolerancia, niños abandonados en la calle, prostitución infantil y juvenil, misogenia, desestructuración y abandono familiar, aculturación, problemas ecológicos, políticos y alteraciones ocasionadas por los medios de comunicación social. Cada uno de estos sufrimientos aporta su monto en la problemática de la discapacidad psicosocial que encontramos en la condición más precaria de la miseria del venezolano.

Por lo anteriormente expuesto, la discapacidad no ha sido asumida sólo como una patología que se determina a través de un protocolo de evaluación biomédica, sino que son consideradas igualmente, diversas condiciones humanas que muchas veces producen rechazo, y hasta sentimientos xenofóbicos, en lugar de solidaridad y tolerancia. Aguado Díaz (10),

afirma que en todas las culturas ha habido y habrá personas diferentes, denominadas de diversas formas, con lenguaje de compasión, burla o menosprecio, lo que a su vez se ha reflejado en el trato que han recibido por parte de instituciones políticas y religiosas o hasta del ciudadano común. Cada momento histórico y contexto socio-cultural, sobre la base de ciertos valores y necesidades, ha determinado quien tiene condiciones adecuadas y quién no las posee, que será el diferente. Habrá un experto que es el encargado de catalogar a los sujetos diferentes, la función social que pueden desempeñar y el tratamiento que deben recibir. Tradicionalmente es la figura del médico, en sus distintas acepciones, al que se le asigna tal tarea y se le confiere ese poder.

Es por ello que este individuo “el discapacitado psicosocial”, no puede ser diagnosticado desde los convencionales criterios clínicos, ni debe recibir atención en los espacios tradicionales de la red sanitaria pública o privada de la Nación, porque la complejidad de la discapacidad psicosocial ha de ser asumida y asistida en espacios que trasciendan los esquemas disciplinarios de los Hospitales Psiquiátricos, albergues para transgresores o asilos para discapacitados físicos o mentales. Por lo tanto, nos planteamos disertar sobre las posibilidades que la Misión Social “Negra Hipólita”, adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Participación Social, pueda llegar a ser ese espacio de cobijo, atención, recuperación y quizá de reinserción del discapacitado psicosocial venezolano.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente estudio, se asumió la metodología del paradigma cualitativo, por considerar que ésta es el camino más idóneo para comprender a profundidad la situación problemática de un colectivo de excluido. La metodología cualitativa permite un enfoque multifactorial, tomando en cuenta la realidad socio-económica-cultural, la vida cotidiana, los aspectos de la esfera afectiva y existencial del objeto de estudio.

La hermenéutica o arte de interpretar fue el método seleccionado para el abordaje teórico del tema. Esta es fundamental en el análisis de contenido de los postulados teóricos pertinentes. Se revisaron e interpretaron los aportes documentales en la hermenéutica crítica-dialéctica, con base a las teorías sobre la pobreza, la psicología existencial y del discurso biomédico clasificador de las discapacidades. Martínez Migueléz (22), precisa que toda investigación lleva de forma implícita la labor hermenéutica: en la selección de la corriente metodológica, en la búsqueda de las evidencias empíricas y en el análisis de la información recabada.

En primera instancia se realizó la selección de bibliografía pertinente para su lectura, relectura, comprensión y análisis. Lo referente a la pobreza y el pobre, fueron abordados mediante las teorías que la han estudiado en el ámbito mundial, latinoamericano y particularmente referido al caso venezolano. Conjuntamente se retomaron los postulados de la filosofía y de la psicología existencial de Heidegger, haciendo especial énfasis en el análisis del “sentido de la vida” de Víctor Frankl, y la teoría de la resiliencia de Rutter M. 1993, a fin de introducir el elemento psicológico-existencial de la vida en precariedad y de la discapacidad psicosocial. El discurso biomédico de la discapacidad, orígenes, evolución y clasificación por la Organización Mundial de la Salud, además de la Legislación Venezolana de Salud y Seguridad Social y en especial, la referida a las personas con discapacidad a fin de contrastar como los Estados y sus políticas asumen la discapacidad desde la visión biomédica exclusivamente.

Además de la relectura e interpretación teórica de los documentos disponibles, el presente estudio se apoyó en la reflexión histórica, en un ejercicio de comprensión y análisis que permite superar las conexiones ingenuas entre los enunciados teóricos y los datos, cuyo paradigma es el mundo natural. Trabajar con el análisis crítico documental, diría De Sousa (27), constituye un esfuerzo de proteger no sólo el objeto de las ciencias sociales, sino también de salvaguardar los propios procedimientos científicos contra la amenaza de la atomización de los procesos tecnocráticos del conocimiento. Al respecto, postula, que en el proceso de conocimiento no hay consenso ni punto de llegada; lo que hay es un límite de nuestra capacidad de objetivación y la certeza de que la ciencia se hace en una relación dinámica entre razón y experiencia que no admite la reducción de un término a otro.

Cierto es que la hermenéutica está implícita en todo proceso de investigación; pero explícitamente, con Wilhelm Dilthey asumimos la hermenéutica como "...un método de sistematización de procedimientos formales..."; y que cuando toma en cuenta elementos psicosociales, permite aceptar que "el comprender" es transportarse a la vida del otro. (22).

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

La situación de las personas consideradas en condición de discapacidad psicosocial se identifica con: la extrema pobreza hasta el punto de la mendicidad y la depauperación que ocurre en la vida de la calle; una tasa elevada de desempleo; acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros; en general, su posición social y cultural es marginada y de aislamiento.

Alrededor de 50% de la población con discapacidad en la Región tiene edad para trabajar (entre 2.250.000 y 2.956.000 personas). Sin embargo, los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, así como la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, hacen que la situación de las personas con discapacidad en la Región sea muy grave, ya que la mayoría están desempleadas o excluidas del mercado laboral. Las tendencias demográficas y los indicadores sociales, tales como la pobreza y la salud, indican que el número de personas discapacitadas y los efectos de la discapacidad sobre el individuo, su familia y su comunidad están en aumento. Las consecuencias generales que la marginación de esas personas tendrá sobre la situación política, económica y social de la sociedad son muy serias. Esa exclusión está inexplicablemente relacionada con la infraestructura política, social y económica de la sociedad. Vasquez Armando (2005)

Con Gómez-Jarabo (1998) se coincide en que la actitud social ante el discapacitado, basada en estereotipos que responden a una imagen social rígida de lo bello, perfecto y normal, conducen a la marginación y automarginación del discapacitado, generando dicha situación a su vez otras discapacidades asociadas a las ya existentes como lo son las que corresponden al ámbito existencial, cultural, social, laboral y afectivo. Esta situación requiere de una integración comunitaria plena que esté sustentada en una normativa legal y una sensibilidad política y social; además de todo un marco metodológico y técnico interdisciplinario y multidimensional para afrontar una rehabilitación desde el propio discapacitado.

La legislación venezolana en materia de Seguridad Social y Salud, responde al tema de las discapacidades con una fuerte impronta del discurso biomédico tradicional; pero en la concepción integral de la salud y en la sensibilidad social que manifiestan sus disposiciones

con respecto a los discapacitados, se perfilan espacios que apuntan a la superación del biologicismo, y que permiten complejizar el concepto de discapacidad a través de una mirada transdisciplinaria y un ejercicio dialógico, donde será posible construir el concepto y las respuestas oportunas a la condición de Discapacidad Psicosocial.

Es en el marco del protagonismo que el Estado Venezolano-Bolivariano, le ha querido otorgado a los menos favorecidos, se encuentran las Misiones Sociales, de las cuales la más conocida y difundida a nivel nacional, es la Misión Barrio Adentro, destinada a mejorar el nivel de salud del pueblo. La Misión “Negra Hipólita”, nombrada así en recuerdo de la esclava que amamantó y crió al Libertador Simón Bolívar, pretende insertar de manera gradual a personas jóvenes, adultos y/o adultos mayores que se encuentran en condición de calle, en estado de miseria y deterioro económico, sanitario, familiar, existencial. Dicha Misión, depende del Ministerio del Poder Popular para la Participación Popular y tiene por propósito derrotar la peor de las exclusiones: la de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres en estado de pobreza extrema, en situación de calle, sin hogar ni proyectos de vida o en franco riesgo de llegar a tal situación.

En su meta está la atención de venezolanos y venezolanas excluidos por muchos años, y la asistencia mediante el reclutamiento o incorporación voluntaria a los puntos de concentración, que inicialmente suelen ser espacios abiertos de las ciudades en donde comúnmente los indigentes se agrupan para pernoctar; como por ejemplo plazas o parques abandonados, zonas bajo puentes o en las áreas subterráneas de estacionamientos, túneles, etc. El reclutamiento se hace para asear al individuo y darle algún tipo de atención primaria en salud. Si la persona así lo desea puede quedarse a convivir con el grupo de acogida, en plan abierto. Igualmente puede marcharse en el momento que así lo decida sin ningún tipo de coerción. Si supera esta primera etapa de “acogida en la calle”, pasa a un centro o casa de atención de forma más permanente, en donde el régimen de permanencia se hace más estricto (con normas y pautas de convivencia que se deben cumplir) y posteriormente es incorporado a alguna otra “Misión” que le facilite un aprendizaje o formación para el trabajo. Paralelamente, se le re-identifica (gestión de documentos personales de identificación), se trata de localizar a su núcleo familiar y si es posible se organizan reuniones de re-encuentro y se facilita la posibilidad de reinserción al ámbito familiar originario.

El abordaje de los problemas sociales se hace brindando atención médico social inmediata, registrando las características más importantes de la población en pobreza extrema, e informando sobre estadísticas vitales y necesidades de las personas en situación de calle atendidas por la Misión. Esta atención se hace en carpas equipadas para realizar triajes médicos y en unidades móviles se brinda alimentación a los indigentes en proceso de captación. La misión dispone de centros donde los indigentes con problemas de Salud Mental son remitidos o incluidos en condición de habitantes de casas de reposo.

Por: Prensa Presidencial

Fecha de publicación: 10/10/06

En rueda de prensa el Ministro García Carneiro hizo un balance positivo tanto de la Misión Negra Hipólita como de la Misión Guaicaipuro y los Consejos Comunales, que incluso calificó como exitosos. Para el 2007 los presupuestos de cada proyecto serán incrementados a fin de continuar la tarea que vienen desempeñando.

A un año y un mes de activarse el Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social, el titular de este despacho, Jorge Luis García Carneiro, informó que las metas previstas para el

año 2006 fueron superadas y de manera exitosa. Tal anuncio lo realizó en la sede del Minpades, en rueda de prensa, donde explicó a detalle los logros obtenidos en cada uno de los programas sociales que preside.

Particularmente con la Misión Negra Hipólita, García Carneiro dijo que es uno de los proyectos más destacados en el Minpades por el gran impacto social que ha tenido el mismo, logrando que 992 venezolanos se hayan reencontrado con sus familiares y reinsertado a la sociedad, destacándose cada uno de ellos en trabajos que van en beneficio del colectivo.

En este sentido, el Ministro explicó que hace algunos meses no se sabía cuál era la manera más adecuada para atacar el problema de las personas en situación de calle, lo que quiere decir que la metodología y herramientas empleadas en la Misión Negra Hipólita son propias de Venezuela. “Caminamos entre el ensayo y el error, pero siempre estuvo bien definida nuestra política”, agregó el alto funcionario.

De esta manera son 79 mil 147 venezolanos los que han sido atendidos por esta misión en sus cuatro ámbitos de acción: prevención integral, abordaje, centros de atención integral y reinserción socio productiva. De este total, 9 mil 453 personas pertenecen al área metropolitana de Caracas. Pero esta misión también ha llegado a aquellos lugares donde la esperanza parecía perdida, y son los centros penitenciarios.

Para García Carneiro, más que anunciar el número de personas beneficiadas, lo más importante es destacar la labor de prevención que vienen realizando a través de la Negra Hipólita. “Para nosotros es importante atender a un poblador de calle, bien sea un niño, una niña o un adulto, pero más importante es ir a la prevención, porque de que vale estar recogiendo niños, niñas, adolescentes y adultos todos los días cuando existe una fábrica de consumidores de drogas en los barrios, en las familias y cuando hay falta de afecto y de cariño en el hogar. Es aquí donde estamos haciendo nuestro mejor esfuerzo”, dijo el Ministro de Participación Popular y Desarrollo Social.

También puntualizó los casos que se registran en los niños en situación de calle en la que son manipulados por delincuentes que los sumergen en el mundo de la drogadicción y que ahora gracias a la Misión Negra Hipólita, ya no es posible. Así fue como 2 mil 600 niños que no estaban escolarizados, y que permanecían en los vertederos de basura, fueron reinsertados al sistema educativo, de los cuales mil 752 han sido becados.

Entre los estados que se destacan por número de becas otorgadas, se encuentran: Miranda, Lara, Distrito Capital, Mérida y Táchira. Los hijos de las personas que se encuentran privadas de su libertad también han sido beneficiados con estos proyectos. Mientras que otros 20 mil 240 niños, niñas y adolescentes fueron incorporados al Sistema de Orquestas Infantiles y Juveniles para alcanzar un total de 275 mil niños a nivel nacional que participan en las sinfónicas.

Y no se puede dejar de mencionar que mil 67 ciudadanos han ingresado recientemente a la Misión Negra Hipólita por sus propios medios, a través de la carpa de recepción que se encuentra en las adyacencias de la Plaza Parque Carabobo. Otro logro es la activación de 90 casa de protección y apoyo familiar que se encuentran ubicadas en los diferentes barrios del país. Adicionalmente, 415 viviendas han sido entregadas a familias que también se encontraban en situación de calle y pobreza extrema, gracias al aporte de la Fundación para el Desarrollo de la Comunidad y Fomento Municipal (Fundacomun). En el 2006 el presupuesto para la misión fueron destinados 110 mil millones, para el 2007 está previsto que se triplique la cantidad, ya que a juicio del presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez, el programa ha sido eficiente y satisfactorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española (2001) Diccionario de la Lengua Española Tomo II. Vigésima Segunda Edición. Madrid: Espasa Calpe, s.a.

2. Rivero, Carmen (2005) Un enfoque teórico interpretativo de la pobreza desde la complejidad. Hacia una epistemología de la pobreza. Tesis Doctoral en Ciencias Sociales. Universidad de Carabobo. Mimeo. Valencia. Venezuela.
3. Banco Mundial (2004) Informe sobre el desarrollo mundial. Bogotá: Banco Mundial; Mundi Prensa Libros.
4. Amin, Samir (1973) El Capitalismo Periférico. México: Nuestro Tiempo
5. Del Búfalo Enzo (2002) El Estado Nacional y la Economía Mundial. La Economía Política de la Globalización. Caracas: Universidad Central de Venezuela
6. De Viana Mikel (1.997). La Sociedad Venezolana y su resistencia al cambio. SIC. Centro Gumilla de Caracas. Año LX. N° 600. (568 – 571)
7. Rojas Malpica Carlos; Esser Joyce (1999). Trabajo Precario y Salud Mental. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. Vol. 45. N° 93 (44-47).
8. Aguado Díaz A. L. (1995) Historia de las Deficiencias. Madrid: Escuela Libre. Madrid.
9. Esser Joyce & Rojas Carlos (2006) Representaciones Sociales de la Discapacidad. En Investigación en Salud. Vol. VIII N.3 (158-164) Universidad de Guadalajara. Jalisco. México
10. Martínez Mígueles (2004) Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México D. F.: Trillas
11. De Sousa Minayo M. C. (1993) O'Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
12. Gómez-Jarabo G. (1998) Marco Jurídico Legal de la Discapacidad. Una guía para el afectado, profesional y empresario. Valencia. España: Promolibro.
13. Vásquez Armando. (2005). Aprender a Convivir con las Diferencias Ponencia. V Congreso Mundial de Educación Inclusiva y I Simposio Internacional de Educación Especial, (AELAC) Barquisimeto, Venezuela.
14. República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional (2007). Ley para las personas con discapacidad. www.assembleanacional.gov.ve
15. Organización Mundial de la Salud (2002) Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF-10). Ginebra: OMS
16. Ministerio del Poder Popular para la Participación y el Desarrollo Social. (2007) La Misión Negra Hipólita. www.misionesociales.com
17. Agencia Bolivariana de Noticias. Informe del Ministro del Poder Popular para la Participación Popular. Caracas: En Prensa Presidencial. Fecha de publicación: 10/10/06. Sin página)



Simposia
*Aspectos psicopatológicos de la migración en
Cataluña y Andorra*







Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

DR. JOSEBA ACHOTEGUI

...y Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente...

Odisea, Canto V, 150

me preguntas cíclope cómo me llamo... voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos...

Odisea Canto IX, 360

Las relaciones entre el estrés social y la salud mental constituyen un tema cada vez más relevante en la investigación y en la atención clínica (mobbing, burn-out...) pero si existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativamente relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental, esa área es la de las migraciones del siglo XXI

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). El conjunto de síntomas que conforman este Síndrome constituyen hoy un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes. En nuestro trabajo en la atención en salud mental a los inmigrantes desde los años 80 hemos percibido claramente en los últimos años un gran empeoramiento de los estresores que afectan a esta población

En este trabajo se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental (ámbito que es más amplio que el de la psicopatología, tal como analizaremos en el apartado 3 .4)

Psiquiatra. Profesor Titular de la Universidad de Barcelona. Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona. Vila i Vilá 16. Barcelona 08004. Director del Postgrado "Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, refugiados y minorías" de la Universidad de Barcelona.

Entendemos por estrés “una relación particular entre la persona y su entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar” (Lazarus 2000) y por duelo “el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto”. Podríamos establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que “el duelo es un estrés prolongado e intenso”.

Tal como planteamos (Achotegui 2000) consideramos que existirían 7 duelos en la migración:

- 1- La familia y los seres queridos, sobre todo si se dan separaciones forzadas de hijos pequeños
- 2- La lengua,
3. La cultura (costumbres, valores...),
4. La tierra (paisajes, colores, luminosidad, olores...),
5. El estatus social (acceso a oportunidades, vivienda, sanidad...),
6. El contacto con el grupo de pertenencia (en relación a los peligros de xenofobia y racismo),
7. Los riesgos para la integridad física (en el viaje migratorio, accidentes laborales, persecución...)

Estos duelos se darían, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas.

Consideramos que habría que diferenciar desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo, y por lo tanto en su potencialidad psicopatológica, tres tipos de duelos:

- el duelo simple: es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
- el duelo complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo
- el duelo extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises)

Así, en relación al duelo por la familia que se vive en la migración, 1) el duelo simple se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar a los familiares. 2) el duelo complicado sería aquel en el que se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos,... y 3) el duelo extremo se daría cuando se emigra dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles.

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semidios, que sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vió sometido, pero las personas que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son seres de carne y hueso, sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea. Soledad, miedo, desesperanza,.. las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero “...y Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente...(Odisea, Canto V, 150), ó el pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo le dice “preguntas cíclope cómo me llamo...voy a decírtelo. Mi nombre es Nadie y Nadie

me llaman todos...” (Odisea Canto IX, 360). Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental

Mientras en las migraciones de los años 60 ó 70 nos encontrábamos ante la existencia de duelos complicados, en las nuevas migraciones del siglo XXI nos encontramos ante duelos extremos. Partiendo de la conceptualización de que habría 7 duelos de la migración, que serían la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos (Achotegui 2000) señalaríamos que en las nuevas migraciones el estrés aculturativo en relación a la lengua y la cultura, aún siendo muy importante ha sido superado ampliamente por el estrés de tipo psicosocial y de tipo personal en relación al estatus social, las rupturas afectivas y la integridad física.

Habría que diferenciar tres aspectos en el debate sobre la problemática en salud mental de estos inmigrantes, en situación extrema, y así hemos estructurado este trabajo: por un lado

- el estudio de los estresores, que son los que delimitan el Síndrome
- por otro lado el estudio de los síntomas (Síndrome es conjunto de síntomas)
- y en tercer lugar el diagnóstico diferencial de la sintomatología que presentan con otras alteraciones psicológicas que se dan en los inmigrantes

DELIMITACIÓN DE LOS ESTRESORES Y DUELOS DE LOS INMIGRANTES EN SITUACIÓN EXTREMA

Haremos referencia en este apartado a los estresores que delimitan y definen el Síndrome que estamos abordando. Ya hemos señalado que el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se define precisamente por sus estresores (tal como su propio nombre indica) por lo que consideramos muy importante delimitarlos, dado que si no, carecemos de criterios para identificar el cuadro. Por otra parte, es importante señalar que no se trata tanto de describir los estresores de los inmigrantes del siglo XXI (dado que son conocidos, y en nuestro medio son muy relevantes los trabajos de Aparicio 2002, Arango 2002,) sino de delimitarlos específicamente desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental. Estos estresores serían

a. La soledad. La separación forzada de la familia y los seres queridos

En primer lugar el duelo por la familia que tiene que ver con la soledad y la separación de los seres queridos, especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños (o padres ancianos y enfermos) a los que no puede traer consigo, ni ir a visitar porque habría la imposibilidad del retorno a España al no tener papeles. Por otra parte, el inmigrante, tampoco puede volver con el fracaso a costas de no haber podido salir adelante en la migración. Sin embargo, esta situación no tan sólo afecta a los sin papeles, ya que también hay inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas, como por ejemplo porque aunque tengan papeles no tienen los requisitos económicos básicos que se requieren para autorizar la reagrupación familiar: si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de vida y de vivienda que se requiere para que el notario autorice la llegada de los familiares. Y aún podemos añadir que tenemos constancia de casos en los que poseyendo papeles, teniendo el nivel de vida requerido se ponen a los inmigrantes de todo tipo de pegas para evitar la reagrupación familiar.

La soledad forzada es un gran sufrimiento. Se vive sobre todo de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, los miedos... Además los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas y en las que las personas, desde que nacen hasta que mueren, viven en el marco de familias extensas que poseen fuertes vínculos de solidaridad, por lo que les resulta aún más penoso soportar en la migración este vacío afectivo.

Este duelo tiene que ver con los vínculos y el apego, con el dolor que producen las separaciones.

b. duelo por el fracaso del proyecto migratorio

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante al tener dificultades de acceso a "los papeles", al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel económico, de riesgos físicos, esfuerzo...) ver que no se consigue salir adelante es extremadamente penoso. Por otra parte ligando lo que señalamos con el apartado anterior, hemos de decir que el fracaso en soledad aún es mayor. Y además si el inmigrante decidiera regresar, la vuelta siendo un fracasado resultaría muy penosa: hay incluso zonas de África en las que se considera que quien ha fracasado en la migración lo ha hecho porque es poseedor de algún maleficio por lo que sería visto con temor, como alguien peligroso si regresara

c. La lucha por la supervivencia

El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia. Habría dos grandes áreas:

c. 1. -La alimentación: muchas veces estas personas se hallan subalimentadas. Además, se ha de tener en cuenta que, en general los inmigrantes son un colectivo que se alimenta mal, ya que envían casi todo el poco dinero que tienen a sus familiares en el país de origen (lo cual no deja de ser una muestra de su generosidad y de la intensidad de sus vínculos). El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas... A esto se le ha de añadir que, con frecuencia, no les es fácil reproducir en la sociedad de acogida los hábitos alimentarios saludables que tenían en la sociedad de origen. También se ha de tener en cuenta que puede existir una interrelación entre subalimentación y fatiga, cefaleas... síntomas a los que más adelante haremos referencia

c. 2. La vivienda. Este es otro gran problema de este colectivo de personas. No es extraño encontrar casos de viviendas en las que se hacinan muchos inmigrantes a precios abusivos. El hacinamiento se sabe que es un factor de tensión y de estrés. (Se calcula que el espacio vital que necesita una persona no debe ser inferior a 15 metros cuadrados, espacio que va mucho más allá de lo que viven estas personas) A estas situaciones habría que añadir el relevante colectivo que habita en infravivienda (vivienda a la que le faltan elementos básicos como techo, alguna pared, etc) o sencillamente vive en la calle (al menos durante cierto tiempo)

d. El miedo

- y en cuarto lugar el duelo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los yolos, los camiones, etc), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución,

etc. Además, en todos los casos el miedo a la detención y expulsión (en España se expulsa a un inmigrante cada 5 minutos, según datos oficiales), a los abusos...

Se sabe que el miedo físico, el miedo a la pérdida de la integridad física tiene unos efectos mucho más desestabilizadores que el miedo de tipo psicológico, ya que en las situaciones de miedo psíquico hay muchas más posibilidades de respuesta que en las de miedo físico. A nivel biológico sabemos que el miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a una atrofia del hipocampo (en veteranos de la guerra de Vietnam o en personas que han sufrido en la infancia abusos sexuales se ha detectado hasta un 25% de pérdida). También habría pérdidas neuronales en la corteza orbitofrontal. Sabemos que a través de un circuito están interconectada la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza prefrontal, áreas muy importantes en la vivencia de las situaciones de terror. (Sendi 2001)

Además se sabe que el estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras. Este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

Una de las situaciones de miedo más visibles y conocidas actualmente en España por la opinión pública es el viaje en pateras en la zona del estrecho y en Canarias. La asociación de amigos y familiares de las víctimas de la inmigración clandestina (AFVIC) habla de unos 4000 muertos en el Estrecho de Gibraltar desde 1994 en que llegó la primera patera. Como se ha dicho a veces el estrecho se ha convertido en una gran fosa común. Recientemente los colectivos que llegan en patera se han ampliado incluso a inmigrantes de Latinoamérica y Asia. Sin embargo, situaciones de peligro se dan también en otras zonas del mundo y así, por ejemplo, en América, en la frontera México-USA, la situación es aún mucho peor y se calcula que mueren al menos 1000 personas al año, unas 3 al día

De todos modos sabemos que la mayoría de los inmigrantes llegan por otras vías. Podríamos decir que no vienen muchos en patera, pero que sí muchos mueren así. Otros inmigrantes llega en grupos organizados, "demasiado" organizados, podríamos decir: son recluidos en pisos, lonjas... Viven amenazados, con documentación falsa, chantajeados por las mafias, las "contection man".

Tal como señala J. Vázquez y el SAMFYC (2005) en sus trabajos en Almería, en la atención primaria el paciente que se atiende con más frecuencia no es el inmigrante que acaba de llegar en la patera, sino ya familias de origen inmigrante instaladas en España y que se encuentran en otra fase del proceso migratorio.

El miedo es perceptible también en los niños inmigrantes cuyos padres no tienen papeles. Vemos incluso niños asustados porque sus padres se retrasan apenas un rato en llegar a casa ya piensan que quizás los han deportado y que se quedarán solos aquí. Y en este caso obviamente no estamos hablando de fantasías infantiles de abandono y persecución en el sentido kleiniano, sino de realidades bien objetivables, es decir de auténticas situaciones traumáticas.

El miedo se halla relacionado con la vivencia de situaciones traumáticas, con los peligros para la integridad física. De todos modos, la desesperación puede más que el miedo y estas personas, siguen llegando.

Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises).

Factores que potencian el efecto de los estresores del Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises).

Pero además estos estresores se hallan potenciados por toda una serie de factores:

- a. - La multiplicidad: no es lo mismo padecer uno que muchos estresores. Los estresores se potencian. Ya hemos señalado en el apartado anterior: soledad, fracaso, miedo...
- b. - La cronicidad: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días ó unas semanas que padecerla durante meses o incluso años. El estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años. Podemos decir que más que tener un mal día, tienen una mala vida
- c- La intensidad y la relevancia de los estresores: lógicamente hacemos referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo. No es lo mismo el estrés de un atasco de tráfico, o de unos exámenes (que son algunos de los estresores que suelen utilizarse como referencia en los medios académicos) que la soledad afectiva, las vivencias de terror..., que son estresores de una gran intensidad y relevancia emocional
- d- La ausencia de sensación de control: si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso. Hay un experimento clásico en el que se somete a una situación de ruido intenso a dos grupos de personas: un grupo con la posibilidad de controlarlo cuando lo desea y el otro sin poder controlarlo. Obviamente, el grupo que podía controlar el estrés tenía menos alteraciones a nivel de la ansiedad, tensión arterial, etc. (Vander Zanden 1994)
- e- La ausencia de una red de apoyo social. Porque, qué organismos se hacen cargo de estos inmigrantes? (Cebrian J. A y colab 2000) Dado que estas personas no existen a nivel legal, hay muchas más dificultades para que puedan ser sujetos de ayudas. Por otra parte, como es sabido, a mayor cronicidad de una problemática también hay un menor mantenimiento de las redes de apoyo. De todos modos, tal como han señalado J. Aguilar (2003) o E. Gómez Mango (2003), estos pacientes en realidad son más viajeros que inmigrantes, porque en la situación en la que se encuentran aún no han acabado de llegar al sociedad de acogida. Aún no se han instalado, siguen de viaje.
- f. Hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se le han de añadir los estresores clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje....magníficamente estudiados por Francisco Calvo (1970), Jorge Tizón y colab (19939, León y Rebeca Grinberg (1994)... entre otros. En definitiva, los duelos clásicos de la migración, que por supuesto siguen estando ahí, y que son también fundamentales para el bienestar psicológico de la persona que emigra, pero que en la migración actual a la que estamos haciendo referencia, han quedado relegados en segundo lugar a pesar de su importancia por los nuevos estresores límite a los que hemos hecho referencia.

Como ejemplo de esta nueva situación, un inmigrante al que preguntábamos acerca del aprendizaje de la nueva lengua nos decía: cuando se vive escondido, en el trabajo clandestino se habla muy poco, sabe Vd? No es fácil responder cuando te dicen algo así. Habría que señalar también que hay dos palabras que estas personas utilizan con mucha frecuencia: sufrimiento y vida.

- g- El círculo se cierra si además la persona comienza ya a tener una serie de síntomas como ocurre al padecer este Síndrome y las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallarle. Se halla inmerso en un terrible círculo vicioso. Como señala Z. Domic (2004) estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos y lo comienzan a perder.
- h- Y a toda esta larga cadena de dificultades se ha de añadir por desgracia aún una más: el sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas no siempre los atiende adecuadamente:
- hay profesionales que por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan la sintomatología de estas personas (lo cual desgraciadamente tampoco es tan sorprendente si vemos que la propia Organización Mundial de la Salud no tiene programas de salud mental para los inmigrantes)
 - otras veces esta sintomatología es erróneamente diagnosticada como trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos... padeciendo tratamientos inadecuados o incluso dañinos y siendo sometidos a todo tipo de pruebas, incluso cruentas y con efectos secundarios (aparte del gasto sanitario innecesario que conlleva)

Consideramos que estos inmigrantes viven una de las peores pesadillas imaginables: estar sólo, en peligro, sin recursos, sin ver salida a la situación, encontrarse mal, pedir ayuda y que no entiendan ni sepan ayudarte. Seguro que hay pesadillas peores, pero nos falta imaginación para describirlas. En nuestro trabajo en salud mental con población inmigrante desde 1980 no habíamos visto nunca las situaciones de estrés límite que hemos visto en los últimos 5 años.

SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ULISES

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores que ya hemos señalado y de toda una serie de síntomas que describiremos a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología. La descripción clínica que realizamos se basa en el trabajo en salud mental con la población inmigrante que hemos desarrollado desde el año 1982, primero en la Fundació Cardenal Vidal i Barraquer, y posteriormente en el SAPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver, ambos en la ciudad de Barcelona.

Sintomatología del área depresiva

Los síntomas que veríamos con más frecuencia serían:

- tristeza: expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, de desistimiento ante los duelos extremos a los que debe hacer frente el inmigrante en situación límite. Dado que sabemos desde los trabajos de Ekman en los 70 que la expresión facial de las emociones básicas es universal, la tristeza es fácilmente perceptible en la anamnesis de personas de cualquier cultura, aunque este mismo autor señala que hay casos como, por ejemplo el de la cultura japonesa, en la que es más difícil de valorar ya que en esta sociedad se considera que no sonreír es una descortesía social por lo que se oculta mucho la expresión facial de la tristeza.

-llanto: en estas situaciones límite lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres ha sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Una expresión de esta dificultad de los hombres de estas culturas sería que a veces se refieren a llorar eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. Por otra parte en la tradición islámica el llanto no está bien visto y el dolor se expresa más en forma de gemidos. La interpretación de que el llanto se da tanto en hombres como en mujeres radicaría en que ante una situación tan límite, incluso las barreras de tipo cultural quedarían en segundo lugar.

-culpa: se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales, en las que no se considera que el ser humano es el centro del mundo, sino que forma parte todo el conjunto de la naturaleza. Desde la perspectiva kleiniana (1957,) podríamos decir que en las culturas tradicionales se daría más una culpa del tipo paranoide, ligada al temor al castigo. En la culpa paranoide la persona no está preocupada por el daño que ha infligido al otro, por el mal que ha causado, sino que está afectada por el temor al castigo que teme recibir por su acción inadecuada. (En la culpa depresiva el sentimiento básico es el sufrimiento por haber hecho daño al otro, el remordimiento, el sentimiento de pena por el mal que se ha causado). Tal como señalaremos posteriormente esta culpa paranoide se relaciona con el pensamiento mágico y la hechicería

Se sabe que se da el doble de sentimiento de culpa en los pacientes depresivos occidentales que en los pacientes de otras culturas. Los pacientes pakistaníes te miran asombrados (a veces hasta sonríen) cuando se les preguntan si tienen sentimientos de culpa. Sin embargo, no es extraño que un latinoamericano se considere muy culpable de casi todo lo que le está pasando, en el otro extremo del péndulo del sentimiento de culpa

-Ideas de muerte: a pesar de la gravedad de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes en estos inmigrantes. En general, el inmigrante posee una gran capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo. Una ecuatoriana nos decía: pero cómo voy a tener ideas de muerte si tengo dos hijos pequeños esperándome en América. Esta persona estaba llena de sentimientos de vida. Sin embargo, en los menores adolescentes, dada su mayor impulsividad, sí que se darían con más frecuencia ideas de muerte e intentos de autólisis, en determinados momentos de gran desesperación que viven.

Un factor que protege de modo muy significativo de las ideas de muerte en los inmigrantes es la intensidad de sus sentimientos religiosos. Y en este punto hemos hallado una gran similitud entre los inmigrantes de religión cristiana (en su mayoría católicos) y los inmigrantes de religión musulmana

Sintomatología del área de la ansiedad

La sintomatología del área de la ansiedad es una de las más importantes de este cuadro clínico. Entre sus síntomas destacaríamos:

- tensión, nerviosismo: es un síntoma muy frecuente que expresaría el enorme esfuerzo, la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos estos estresores
- preocupaciones intrusivas y recurrentes: se hallan en relación a la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran estos inmigrantes extracomunitarios.

Hay un enorme acúmulo de sentimientos contrapuestos, que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad de insight para entender tantas emociones. El inmigrante ha de tomar muchas y graves decisiones, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis, lo cual conlleva una enorme tensión.

Como decía muy gráficamente un paciente: “es como si tuviera la centrifugadora dentro de la cabeza, trabajando todo el día”. Obviamente estas preocupaciones recurrentes y obsesivas favorecen la aparición del insomnio, ya que para conciliar el sueño es básico lograr un estado de relajación.

-irritabilidad: La irritabilidad no es un síntoma tan frecuente como los anteriores. De todos modos se ha de tener en cuenta que tiende a expresarse menos en inmigrantes procedentes de culturas orientales que controlan más la expresión de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros), de suyo, la cultura occidental es una de las más asertivas. Este síntoma se ve más en menores. La irritabilidad se frecuente en las bandas juveniles. Se ponen “bravos” que dicen los ecuatorianos.

-Insomnio: Las preocupaciones recurrentes e intrusivas dificultan el dormir. La noche es el momento más duro: afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente. No hay estímulos externos que puedan distraer a la persona de sus preocupaciones, recuerdos, etc. Además, se pone en marcha la ansiedad de anticipación que favorece que el inmigrante que comienza a tener problemas para dormir asocie el acostarse con una situación de tensión y por lo tanto no se relaje lo suficiente como para poder conciliar el sueño, y de ese modo se va instaurando el insomnio, con lo que se crea un círculo vicioso, un condicionamiento. A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés favorece el arousal, la excitación que impide la relajación para poder dormirse.

El insomnio de los inmigrantes se agrava además por las pésimas condiciones de las viviendas que habitan: ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc. Todo esto cuando no están simplemente en la calle, claro. Entonces se ha de añadir el miedo a los robos, las agresiones, la policía que los puede expulsar etc. La noche en la calle es insegura. Así, el año 2002, en Almería un grupo de inmigrantes que se guarecía en la estación de autobuses fue atacado por grupos xenófobos con el resultado de un muerto y varios heridos

Sintomatología del área de la somatización

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo no están separados. En las culturas de los inmigrantes lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica, no son por lo tanto pacientes alexitímicos, que rehuyan lo emocional, a pesar de que tienen una fuerte expresión somatizada.

Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas (al igual que el insomnio) suelen presentarse a más edad.. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular. En menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían en relación a las contracturas musculares que

aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones, o como dicen muy gráficamente algunos hispanoamericanos en “las coyunturas”.

- cefalea: es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. En un estudio reciente (Achotegui, J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D, 2005) el 76,7% de los pacientes con el Síndrome padecían cefalea. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas intensas en que el inmigrante se halla sumido. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienas. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades.
- Fatiga. La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación hay una tendencia a que disminuyan las fuerzas. Este síntoma se da en todos los pacientes que sufren el Síndrome aunque en menor grado en aquellos que llevan poco tiempo en el país de acogida.

Es evidente que con este gran cansancio estos pacientes difícilmente puedan ser diagnosticados de maníacos. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea,...

Estos síntomas somáticos pueden cambiar, no son radicalmente fijos. Sobre todo el insomnio que suele ser el primero que remite cuando el inmigrante mejora con el tratamiento. El síntoma más rebelde suele ser la cefalea.

A nivel psicosomático es importante también observar que estas personas están casi siempre envejecidas por todo el sufrimiento que padecen.

También es importante tener en cuenta que la expresión somática de los síntomas se halla modulada por factores culturales: así hemos visto, en la línea de lo señalado por Gailly, una mayor tendencia de los pacientes de origen magrebí a expresar molestias torácicas, de los pacientes subsaharianos a expresar molestias digestivas y de los asiáticos a expresar síntomas relacionados con la sexualidad

Sintomatología del área confusional

Hay sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc..

Habría numerosos aspectos que favorecerían la aparición de sintomatología de tipo confusional. La confusión podría estar ligada a con el tener que esconderse, hacerse invisibles, para no ser retenidos, repatriados (en definitiva el famoso episodio de la Odisea en que Ulises le dice a Polifemo que su nombre es Nadie). Así no es infrecuente encontrar casos de menores que han pasado por numerosos centros tutelados en los que dan un nombre diferente en cada lugar. ¿Cuál es el verdadero? Al final quizás ya ni ellos lo saben. Estos pacientes hacen comentarios muy expresivos. Un paciente decía “no sé si voy o vengo” y otro “no sé lo que quiero, pero lo quiero ¡ya!”.

También en la migración en situación extrema favorece la confusión la existencia de muchas mentiras o medias mentiras, fabulación...en las relaciones familiares. El inmigrante apenas explica la verdad a los suyos para que no sufran por él. Y sus familias también se

guardan de explicarle los problemas que van surgiendo en el país de origen. Al final todo ello potencia la confusión y la desconfianza.

También desde una perspectiva cultural se ha de tener en cuenta que en las culturas en las que ha habido más control sobre los ciudadanos se ve menos sintomatología confusional y más de tipo paranoide. Así, por ejemplo, hemos observado que los inmigrantes que proceden de los países de la antigua Unión Soviética suelen tener menos tendencias confusionales y más de tipo paranoide.

Sin embargo no es fácil evaluar estos síntomas confusionales a nivel transcultural, recordemos que hay culturas que tienen una idea del tiempo más circular que propiamente lineal. Un ejemplo de las dificultades culturales que se pueden dar en la exploración de estos síntomas es que la despersonalización es difícil de valorar en culturas que poseen otra imagen del yo, del sujeto, como las orientales, donde las terapias se plantean “contra el yo”.

Desde una perspectiva psicoanalítica la confusión se hallaría relacionada con la frecuente utilización de la defensa de la negación en situaciones extremas, que como señala M. Klein (1957) favorece la fragmentación de los objetos. Desde una perspectiva biológica puede explicarse la confusión desde la perspectiva de la respuesta al estrés crónico ya que el cortisol actúa sobre el hipocampo (produciendo alteraciones de la memoria) así como sobre las áreas corticales (Sendi 2001).

Interpretación cultural de la sintomatología.

En muchos casos el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional de su país de origen lo que le va ocurriendo en la migración. Los inmigrantes interpretan sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería, etc. Hemos atendido muchos casos de personas que interpretaban sus síntomas como castigos por incumplir normas sociales de sus grupos: haber rechazado casarse con la pariente designada por la familia, no estar presente en la muerte de los padres, etc. En la medicina tradicional se considera que quien ha ofendido a alguien o infringido una norma puede ser víctima de la brujería por parte de las personas que se ha sentido ofendidas.

Sin embargo, no por ello estos inmigrantes dejan de ver la importancia que tienen los factores sociales y políticos en su situación. Como nos dijo una vez un africano: “mire Vd, a mí el mal de ojo también me lo han echado las leyes que tienen en este país”.

El psicoanálisis relaciona la magia con la omnipotencia del pensamiento. Freud (1912) planteó que se halla ligada a funcionamientos de tipo obsesivo y maniaco como respuesta primitiva a la ansiedad.

Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva de las tradiciones mágicas conllevará que la intervención psicológica deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente obligando al terapeuta occidental a “descentrarse” culturalmente a la hora de efectuar la intervención terapéutica. Es muy importante acercarse a estas vivencias del paciente con respeto y atención. Pero no es fácil explorarlas porque estas personas se sienten rechazadas por la cultura autóctona y esconden este tipo de vivencias. Una buena forma de acercarse a estos temas es preguntarles si creen que han tenido mala suerte. A partir de este punto es posible continuar el diálogo y profundizar en el tema.

Finalmente y para terminar este apartado de clínica señalaremos que desde la perspectiva de la evolución del cuadro hemos visto que estos pacientes presentan variabilidad temporal

en sus síntomas. Hay temporadas en las que están mejor y luego recaen, seguramente en relación al contexto cambiante en el que se encuentran, a la ayuda que reciben y a las defensas que utilizan (así, por ejemplo, a veces, la defensa de la negación puede disminuirles la ansiedad temporalmente).

En nuestra experiencia, el Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple, tendría algunas variantes: así según el número o la intensidad de los síntomas se podría clasificar como parcial o completo, y según los estresores se podría clasificar en mayor, si se dan todos los estresores del cuadro, y en menor, si tan sólo se dan algunos. (Achetegui 2003, 2004).

DISCUSIÓN. UBICACIÓN DEL CUADRO EN LA PSICOPATOLOGÍA

Un aspecto muy importante de la delimitación clínica de un cuadro es su diferenciación con otros cuadros de la psicopatología con los que posee elementos en común o que son próximos. Obviamente no es fácil ubicar esta sintomatología a nivel nosológico. A nivel del diagnóstico diferencial más elemental es evidente que el cuadro no tendría nada que ver con el Trastorno por Estrés Agudo porque su característica definitoria (va en el nombre) es que es crónico. Tampoco se trataría de un cuadro de duelo según el DSM-IV-TR porque no tiene que ver con elaboración de la muerte de un ser querido.

Desde la perspectiva de la diferenciación con otros cuadros ya he señalado también que no se trata de un trastorno depresivo (por la ausencia de apatía, ideas de muerte, culpa, baja autoestima, etc), ni por supuesto se trata de una psicosis, Tampoco sería un trastorno adaptativo. Es decir, estamos en el área de la salud mental más que en el área de la psiquiatría. El área de la salud mental es más amplia que el área de la psicopatología y la psiquiatría. Veamos con más detalle estos planteamientos.

Diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos

Tal como hemos señalado, en el Síndrome de Ulises, aunque hay sintomatología del área depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión standard. La sintomatología depresiva presente en el cuadro es ante todo la tristeza y el llanto. De todos modos, fenomenológicamente, no es la tristeza de un cuadro depresivo estándar, es más la tristeza de un duelo extremo, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación, magníficamente descrita por San Ignacio de Loyola, que no la tristeza del depresivo en el sentido clínico.

En estos inmigrantes faltan síntomas muy importantes en la depresión, como la apatía, ya que es consustancial con el concepto mismo de depresión el hecho de que la persona no tiene ganas de ir adelante. Estos inmigrantes quieren hacer cosas, están deseosos de luchar pero no ven ningún camino (y no por que deformen la realidad). En el episodio depresivo, como describe el DSM-IV-TR “casi siempre hay pérdida de intereses”.

Y también se dan con menos frecuencia los pensamientos de muerte. Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de pensamientos de muerte. Piensan en sus hijos, sus familias... Sin embargo, también el DSM-IV-TR señala que en la depresión “son frecuentes los pensamientos de muerte” Asimismo mantienen la autoestima.

Por todo ello consideramos que difícilmente se puede catalogar este cuadro como un cuadro depresivo, a no ser que lo incluyamos en la categoría de atípico, pero la ausencia de

algunos síntomas básicos de los trastornos depresivos hace poco rigurosa dicha adscripción. Aparte de que este tipo de categorías son de muy poca utilidad.

Podemos decir que estas personas están caídas, pero no vencidas.

Diferenciación con los trastornos adaptativos

Autores como Beiser (1996) han hecho referencia a que existe un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes. Y este planteamiento, que ya resultó polémico en su momento, podía quizás ser cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a los que se les permitía la reagrupación familiar..., pero consideramos que la situación de la mayoría de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que no encajaría en este diagnóstico. En la línea de los trabajos de Beiser se hallarían los planteamientos realizados en los años 60 denominados “Trastornos de desarraigo en el inmigrante” pero que en nuestra opinión ni cuantitativa ni cualitativamente tienen comparación con el estrés que viven actualmente muchos inmigrantes extracomunitarios, y que hemos detallado en el apartado 1 de este texto.

En relación a los estresores el DSM-IV-TR señala que los Trastornos adaptativos se caracterizan por “un malestar superior al esperable dada la naturaleza del estresor identificable”. En el caso de los inmigrantes a los que hacemos referencia en primer lugar no habría un estresor sino muchos y además se caracterizan por poseer una dimensión fenomenológica radicalmente diferente: lucha por la supervivencia, terror... Es decir estamos haciendo referencia a unos estresores de gran intensidad y de otra dimensión cualitativa. Hay, en nuestra opinión, una clara diferenciación entre el Trastorno adaptativo y el Síndrome de Ulises ya que evidentemente el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite puede decirse sin ningún temor a equivocarse que es todo menos “superior al esperable”. Es obvio que es más normal estar mal en dichas circunstancias, cuando todo falla alrededor, que ser insensibles a lo que se vive. Podríamos decir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma... pues como son. Diagnosticar estos cuadros como trastorno adaptativo sí que nos parece psiquiatrizar, ya que se considera que el sujeto está fallando ante el estresor, algo que no es cierto, ya que supera su capacidad de adaptación.

En nuestra opinión la situación de estrés crónico y múltiple que hemos descrito en los inmigrantes no formaría parte de los Trastornos adaptativos porque el estrés que padecen va más allá de lo adaptativo. Cuando alguien no tiene papeles, acceso al trabajo, contacto con los seres queridos.... qué más quisieran estas personas que poder adaptarse. Por desgracia no tienen medios para superar los problemas a los que se enfrentan.

Estas personas no pueden adaptarse porque se hallan fuera del sistema, “out” viviendo situaciones extremas de supervivencia. Desde esta perspectiva son sugerentes las aportaciones de Alain Touraine que sostiene que mientras antes la sociedad se dividía en los que estaban arriba y los que estaban abajo, cada vez más la sociedad actual se divide entre los que están dentro del sistema y los que están fuera. Y obviamente los candidatos a padecer el Síndrome que describimos se hallan claramente fuera del sistema. Es por ello que pocas posibilidades de adaptarse tienen. Podríamos hablar en este sentido más bien de un Síndrome A-adaptativo. De un trastorno A-adaptativo.

Otra característica diferencial sería que mientras en el Trastorno adaptativo se da “un deterioro significativo de la actividad social o laboral” en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad.

De todos modos sí que nos podemos plantear que existe un continuum entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises. Porque hay un punto en el que los problemas básicos de adaptación, a base de añadir más y más dificultades “pasan de rosca” y se convierten en situaciones extremas. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar.

Diferenciación con el Trastorno por Estrés Post-traumático

El cuadro que hemos descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el Trastorno por Estrés Post-traumático. Siguiendo al DSM-IV-TR vemos que “la característica esencial de este trastorno es la aparición e síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”. Cuando hemos hecho referencia al estresor miedo, terror, es evidente que en los pacientes con síndrome de Ulises este se da. Pero el DSM-IV-TR no añade todos los otros estresores, y además de gran intensidad que padecen los inmigrantes. Así la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia no tienen nada que ver con el concepto de trastorno de estrés post-traumático en sí mismo y sin embargo, son factores esenciales en el Síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que en el Trastorno por estrés post-traumático, a diferencia del Síndrome que describimos, hay apatía y baja autoestima.

La parte común al Trastorno por estrés post traumático proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante, tal como ya hemos señalado.

Discusión sobre el diagnóstico diferencial. El Síndrome de Ulises se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología

Consideramos que tener en cuenta los factores ambientales, las situaciones de estrés crónico, (tal como se está haciendo actualmente con otros cuadros como el burn-out, el mobbing, etc) es muy positivo porque el estrés es sin duda una de las problemáticas básicas en salud mental, aunque aún es poco tenida en cuenta. A pesar de que es casi un lugar común hacer referencia a los planteamientos biopsicosociales en los discursos oficiales de la psiquiatría, a la hora de la verdad lo social sigue siendo la cenicienta de la psicopatología.

Consideramos, tal como hemos señalado en la introducción, que existe una relación directa e inequívoca entre los estresores límite que viven estos inmigrantes y la sintomatología del Síndrome de Ulises. Además el diagnóstico por causas, etiológico (el típico de la medicina, por ejemplo), es de mucha más calidad que el diagnóstico por síntomas ya que en general estos son inespecíficos y comunes a numerosas alteraciones.

De todos modos la ubicación nosológica de los Síndromes ligados al estrés crónico es un tema de debate que ya fue planteado en la redacción del DSM-IV y actualmente hay también una comisión que lo trabaja de cara al DSM-V (Philips, K et al. 2004). Como señala esta autora, y es una opinión ya muy extendida actualmente, en las clasificaciones en vigor tan sólo son recogidos como causantes de alteraciones psicológicas algunas situaciones de estrés, pero no todas. Los estresores recogidos actualmente son:

- los estresores vinculados a la violencia explícita que se hallan recogidos en el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post-traumático

-las situaciones de estrés muy intensas puntuales que son recogidas en el diagnóstico denominado Trastorno por estrés agudo

Sin embargo existen otras muchas situaciones de estrés de tipo crónico y muy intenso ó situaciones de violencia soterrada, larvada, ó no explícita que no están recogidas en estas dos categorías del DSM a pesar de que se sabe que dan lugar a una amplia sintomatología psicológica. En este campo consideramos que se incluiría el Síndrome de Ulises. De todos modos consideramos que deberíamos plantearnos si estos cuadros no se ubicarían más en el área de la salud mental que propiamente en el área de la patología psiquiátrica ya que son respuestas con numerosos síntomas psicológicos a situaciones extremas, y no enfermedades, o en todo caso estos cuadros se hallarían en el límite entre ambas áreas.

En relación a la denominación de Síndrome con la que hacemos referencia al Síndrome de Ulises (Achotegui 2002) se ha de señalar que se basa en la definición de Síndrome conjunto de síntomas. No es preciso recurrir a la clásica definición de de la OMS que entiende la salud como “estado de bienestar físico, mental y social”, para entender que estos inmigrantes en situación extrema y con un amplio número de síntomas se hallan bien lejos de gozar de un estado de salud. Sin embargo, ante el reconocimiento de los problemas psicológicos de los inmigrantes ocurre algo muy parecido a lo que ocurre con los padecimientos de la mujer, o de las minorías: se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizadora de esta sintomatología desde ciertos planteamientos de la psiquiatría que carecen de sensibilidad ante estas realidades sociales. Así, a nivel de género existe una clara discriminación hacia la mujer desvalorizándose cuadros como la fibromialgia, la fatiga crónica...

Como señala Foucault (1973, 2003) el diagnóstico psiquiátrico no es algo objetivo, neutro, sino que se halla vinculado a las estructuras de poder y forma parte de lo que denominó “biopolítica”.

Una objeción que se puede hacer a nuestro planteamiento es que denominar Síndrome a este cuadro puede suponer una psiquiatrización de esta población. Como respuesta diremos que ya se ha señalado que la denominación de Síndrome es ante todo descriptiva (como conjunto de síntomas)... Es decir no se está planteando que estos inmigrantes padezcan propiamente una enfermedad mental. Así estos inmigrantes tienen un resultado negativo en el cuestionario de Hamilton tanto de ansiedad como de depresión. Se señala que padecen toda una serie de síntomas que pertenecen al ámbito de la salud mental que es un ámbito más amplio que el de la psicopatología, a la que abarca.

Más bien al contrario pensamos que al plantear la delimitación y denominación de este Síndrome de Ulises estamos contribuyendo a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como depresivos, psicóticos... al no existir una denominación a su padecimiento (convirtiéndose estos errores diagnósticos en nuevos estresores para los inmigrantes, a lo que hay que añadir los efectos adversos de los tratamientos, los gastos sanitarios, etc). Por otra parte tampoco estamos de acuerdo en decir que a estas personas no les pasa nada a nivel psicológico: sostener esto sería no aceptar la realidad de sus numerosos síntomas y discriminarles una vez más. Es decir creemos que el intento de nombrar una realidad, que nadie niega, es positivo (otra cosa es que nuestro planteamiento, como todo en ciencia, sea discutible y muy mejorable). Y por otra parte, lo que sí nos parece psiquiatrización, y se hace con mucha frecuencia en la clínica, es el diagnosticar como trastornos adaptativos a estos inmigrantes que viven estresores Ulises: de este modo se considera que son los inmigrantes los que están fallando, los que tienen déficits (sólo así se considera que hay trastorno)

cuando la realidad es bien otra: están viviendo estresores inhumanos ante los que no hay capacidad de adaptación posible.

Consideramos que El Síndrome de Ulises es a la vez Síndrome y “Pródromos”, constituye una puerta entre la salud mental y el trastorno mental. Porque este Síndrome sería una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano (vivir permanentemente en soledad, sin salida, con miedo....). Pero si esta situación no es resuelta existe un gran riesgo de que se acabe franqueando el umbral de la enfermedad. Es como si en una habitación se subiera la temperatura hasta los 100 grados. Tendríamos mareos, calambres.... Estaríamos enfermos por tener estos síntomas ¿No? Estos síntomas se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica temporal a esa elevada temperatura ante la que fracasa la capacidad de termorregulación, lo cual da lugar a una serie de síntomas para intentar compensar, disminuir los efectos fisiológicos de la elevación de la temperatura. De todos modos cuando la temperatura descendiera los síntomas desaparecerían. Pero si la situación persistiera indefinidamente el riesgo de enfermar se iría incrementando. Lo mismo ocurre con los síntomas en el Síndrome de Ulises.

Es decir, el Síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención tendrá por objeto evitar que estas personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental Standard (por lo que el trabajo sobre el Síndrome atañe no tan sólo a psicólogos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermería educadores sociales....etc). Sin embargo, tal como señalan los estudios de Gónzález de la Rivera (2005) en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, una gran parte de los inmigrantes que acudían a visitarse en la red asistencial lo hacían a través del servicio de urgencias y con graves síntomas, es decir en las peores condiciones asistenciales, las más alejadas de la prevención.

Es obvio que ante las situaciones de estrés a las que han de hacer frente estos inmigrantes es previsible que haya un mayor riesgo de alcoholismo, psicosis....y tratar a un inmigrante psicótico, con déficits de apoyo social, dificultades de comunicación lingüística, cultural etc.... es muy difícil, por lo que la prevención es fundamental con estas personas que padecen situaciones extremas.

Nota: el concepto “Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises” fue descrito el año 2002 por el Dr. J. Achotegui en el libro “La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural” de Editorial Mayo de Barcelona

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achotegui, J. 2000. Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En *Medicina y cultura*. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona
2. Achotegui, J. 2002. *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Editorial Mayo. Barcelona
3. Achotegui, J. 2002. *Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales*. Suplemento Temas candentes. Jano. Barcelona
4. Achotegui, J. 2003 (compilador). *Dossier de la reunión internacional sobre el Síndrome de Ulises celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo el 5 de Noviembre del 2003*.
5. Achotegui, J. 2004 (compilador). *Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso “Movimientos humanos y migración” del Foro Mundial de las Culturas*. Barcelona 2-5 de Septiembre del 2004

6. Achotegui J. 2004. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. Volumen V, Nº 21. pag 39-53
7. Achotegui J, Lahoz S. Marxen E. Espeso, D. 2005. Study of 30 cases of inmigrantes with The Immigrant Síndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome). Cairo. *Communication in the XVIII^o World Congress of Psychiatry*
8. Aguilar, J. 2003. Comunicación personal Sesión clínica Hospital de Sant Pere Claver. Barcelona
9. Aparicio, R. 2002. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Las novedades de las actuales migraciones. En "La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño F,J, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales,
10. Arango, J. 2002. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. En "La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño F,J, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales,
11. Beiser, M. 1996. Adjustment Disorder in DSM-IV: Cultural Considerations. In "Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM_IV perspective. Edited by J. Mezzich, A. Kleimman. American Psychiatric Press. Inc. Washington. USA
12. Benegadi, R. 2005 Medical Anthropology and migration. XVIII^o World Congress of Psychiatry. Cairo 2004
13. Bilbeny . 2002. Per una ética intercultural. Editorial mediterránea. Barcelona
14. Bon D. 1998. L'animisme. Edtions de Vechi. París
15. Calvo, Francisco. 1970 *Qué es ser inmigrante*. Laia. Barcelona
16. Cebrián J. A, Bodega M.I, López- Sala A. M. 2000. Migraciones internacionales: conceptos, modelos y políticas estatales. *Revista Migraciones*. Instituto Universitario de estudios sobre migraciones. Número 7. pag 137-153.
17. Domic, Z. 2004 Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. Congreso
18. Movimientos humanos y migración. Foro Mundial de las Culturas. Barcelona
19. D'Ardenne P, Mahtani A. 1999. Transcultural counseling in action. Sage publications. London
20. Devereux G. 1951. *Psychotérapie d'un indien des plaines*. Fayard. París
21. Eliade M. 1972. El mito del eterno retorno. Alianza editorial. Madrid
22. Eliade M. 1977. *Ocultismo, brujería y modas culturales*. Paidós Buenos Aires
23. Fannon, F. 1970. *Escucha blanco*. Nova Terra. Barcelona
24. Fernando, S. (Edit.) 1995. *Mental Health in a Multi-ethnic Society*. Routledge. London and New York
25. Foucault, M. 1973, 2005. *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
27. Freud, S. 1912. *Tótem y Tabú*. Alianza Editorial. Madrid
28. Freud, S. 1930. *El malestar en la cultura*. Alianza Editorial. Madrid
29. Gailly, A. 1991. Symbolique de la plainte en le culture. *Le Cahiers du Germ*. II, nº 17, páginas 4-19
30. Gómez Mango 2003. Comunicación personal. *Colloque International*. París
31. González de la Rivera, J. L. 2005. Migración, cultura, globalización y salud mental. II Jornadas de salud mental y medio ambiente. Conferencia de Clausura. Lanzarote.
32. Grinberg, L y R. 1994. *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Alianza editorial. Madrid.
33. Guerraoui Z, Troadec B. 2000. *Psychologie interculturelle*. Armand Colin. París
34. Hofstede G. 1999. *Culturas y organizaciones*. Alianza editorial. Madrid
35. Kareen J, Littlewood R. 1992. *Intercultural Therapy*. Blackell Science. Oxford
36. Klein. M. 1957. *Envidia y gratitud*. Paidós. Barcelona
37. Jenkins R and Üstün B. 1998. *Preventing Mental Illnes*. Wiley. New York
38. Milne D. 1999. *Social Therapy*. Willey. New York.
39. Nathan, T. 1999. *Médecins et sorciers. Les Empêcheurs de penser en rond*. París
40. Lazarus R. 2000. *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Bouvier. Bilbao
41. López-Cabanas M, Chacón F. 1999. *Intervención psicosocial y servicios sociales*. Síntesis psicología. Madrid
42. Luong Càn Liêm. 2004. *De la psychologie Asiatique*. L'Harmattan. París
43. Ortigues M. C. y E. Edipo africano. 1974. *Tiresias*. Ediciones Noé. París

44. Páez D, Casullo M. (comp.) 2000. Cultura y alexitimia. Paidós. Barcelona
45. Pardellas. J.M. 2004. Héroe de ébano. Editorial. Tenerife
46. Phillips, K et. Al. 2004. Avances en el DSM. Masson. Barcelona
47. Roheim G. 1982. Magia y esquizofrenia. Paidós. Buenos Aires
48. Sendi, C. 2001. Estrés, memoria y trastornos asociados. Ariel. Madrid
49. Sow I. 1978. La folie en Afrique Noire. Payot. París.
50. Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Achotegui J, Sainz F, 1993. Migraciones y salud mental. PPU. Barcelona.
51. Zanden, J.W. 1994 Manual de psicología social. Paidós Básica. Barcelona
52. Vázquez, J. Grupo de Atención al Inmigrante SAMFYC. 2005. Estudio de la Salud mental de una población en un área de Atención primaria en Almería. Ponencia en el VIII ° Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Almería



Flujos asistenciales y problemas diagnósticos en población inmigrante de Cataluña

DR. ANTONI COROMINAS
DRA. MYRIAM CAVERO

INTRODUCCIÓN

En España, y más concretamente en Comunidades como Catalunya, se ha producido en la última década un drástico incremento de la inmigración. Las desigualdades económicas a escala mundial y la mayor oferta de trabajo en el mundo occidental probablemente estén en la base los grandes flujos migratorios, pero en esta zona el fenómeno ha adquirido dimensiones extraordinarias. Se ha pasado de ser un país de emigrantes (como en la oleada migratoria en la posguerra española, especialmente desde España al resto de Europa) a ser receptores de personas procedentes de las más diversas culturas. Sin embargo, el caso concreto de Catalunya comporta la peculiaridad de ser un territorio que ya experimentó la recepción de grandes flujos migratorios, pero a nivel interno del Estado español, pues la migración de la España de la segunda mitad del siglo XX significó un desplazamiento masivo de gentes del sur del país hacia el norte (especialmente Catalunya, aunque también el País Vasco), gracias al fuerte tirón económico de estas Comunidades. En el momento actual, la amalgama de lenguas y costumbres distintas que supone la diversidad de la población inmigrante (especialmente magrebí y sudamericana, aunque también subsahariana, asiática y del este de Europa) complica su acogida, genera reacciones de diversa índole en la población autóctona¹ y requiere, en el ámbito de la sanidad, una agilidad y capacidad adaptativa que pasa por una mayor dotación de recursos y aspectos tan relevantes como una mayor competencia cultural de los profesionales². En 10 años hemos pasado del 1,9% de población nacida en el extranjero a más del 12%. Las dificultades en el diagnóstico y manejo de los casos derivadas de las diferencias en idioma y cultura alertan hacia posibles desajustes en el abordaje de la patología psiquiátrica de los pacientes inmigrantes. Diversos estudios apuntan a una mayor prevalencia de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en inmigrantes respecto a la población autóctona^{3,4,5}, aunque estos datos y sus posibles causas son aspectos controvertidos y la mayoría de trabajos se centran en pacientes hospitalizados.

Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psiquiatría,
Fundación Privada Hospital de Mollet
(Barcelona).

Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría, Funda-
ción Privada Hospital de Mollet.

OBJETIVOS

Este estudio pretende analizar las diferencias en las tasas diagnósticas de pacientes que siguen tratamiento ambulatorio para trastorno mental: determinar la distribución diagnóstica entre pacientes inmigrantes (nacidos fuera de España) y autóctonos (nacidos en España) atendidos en un recurso asistencial ambulatorio de salud mental. Se analizarán asimismo las diferencias de acceso a la red asistencial especializada entre ambas poblaciones, así como las dificultades en el establecimiento del diagnóstico definitivo.

MÉTODO

Análisis retrospectivo (3 años; n=3619) de los diagnósticos de todos los pacientes atendidos de forma consecutiva en un recurso ambulatorio de salud mental que cubre un área de 92.234 habitantes. Comparación de las tasas de prevalencia de trastornos mentales en tratamiento entre población inmigrante y autóctona, tanto sindrónicamente como por categorías diagnósticas, mediante la prueba de Ji cuadrado y el cálculo de la Odds Ratio con el correspondiente Intervalo de Confianza. Se analizarán las diferencias demográficas (edad, sexo) entre ambas poblaciones mediante la prueba de ji cuadrado (variable sexo) y la prueba t de Student (en caso de cumplirse las condiciones de normalidad de las muestras y homogeneidad de varianzas para la variable edad) o U de Mann Witney (en caso de no poder aplicarse las pruebas paramétricas). Se utilizará el programa SPSS, versión 12.0. Se compararán las tasas migratorias en la zona de estudio y la tasa de atención a pacientes inmigrantes en el recurso asistencial. Se calculará el tiempo en establecer el diagnóstico definitivo en aquellos pacientes con diagnóstico inicial aplazado.

RESULTADOS

La muestra estudiada se compone de 3619 pacientes (133 inmigrantes y 3486 autóctonos). Así, entre la población atendida en el Centro de Salud Mental, los inmigrantes constituyen únicamente el 3,7%, mientras que en el área y período de estudio representan más del 12% de la población general. No hay diferencias en la distribución por sexos y sí en la edad, siendo más joven la submuestra inmigrante. Las diferencias diagnósticas entre población autóctona e inmigrante que acude (o es derivada) solicitando tratamiento ambulatorio se presentan en la tabla I (variables demográficas), II (diferencias en cuanto a cada categoría diagnóstica) y III (diferencias por síndromes). Se observa una tasa superior de trastornos psicóticos entre la población inmigrante que acude al Centro de Salud Mental respecto a la autóctona, tanto para esquizofrenia como para el global de los trastornos psicóticos (14.3% vs 4.4%, $p < 0.001$, χ^2 ; OR=3.6, 95% IC=2.1-6), así como porcentajes inferiores de trastornos adaptativos y ansiosos, aunque en este caso las diferencias sólo alcanzan la significación estadística para el trastorno de angustia sin agorafobia (0.8% vs 3.7%, $p < 0.05$, χ^2). Destaca la constatación de que los diagnósticos de trastorno no especificado y diagnóstico aplazado se realizan con mayor frecuencia en los pacientes inmigrantes, aunque las diferencias sólo son estadísticamente significativas para el grupo de trastornos psicóticos y bipolares no especificados (tabla IV). En los pacientes con diagnóstico aplazado o no especificado se

realiza el diagnóstico definitivo tras una media de 26 semanas, aunque el 50% de esta submuestra se desvinculó por traslado o sin motivo conocido.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio sugieren en primer lugar una dificultad de acceso de los inmigrantes al sistema de atención especializada, ya que esta población está infrarepresentada en el Centro de Salud Mental con respecto a la autóctona. Puede plantearse la hipótesis de una menor capacidad de detección de estos casos por parte del médico de cabecera (que es quien deriva a la atención especializada en nuestro circuito asistencial), ya que parece que además se da un proceso de filtro o derivación selectiva de los casos graves en detrimento de la patología "menor": mayor proporción de trastornos psicóticos en la población inmigrante que acude a tratarse y menor representación de trastornos ansiosos y adaptativos. Pero esta dificultad diagnóstica es equiparable al psiquiatra, por cuanto la proporción de diagnósticos no especificados o aplazados en el paciente inmigrante una vez accede al recurso especializado también es mayor. La detección y tratamiento de patologías supuestamente menores, así como la correcta orientación de trastornos graves a partir de diferencias lingüísticas y culturales se beneficiaría de una mayor competencia cultural tanto por parte de la atención primaria como de la especializada. La movilidad de esta población complica aún más su vinculación adecuada a los circuitos asistenciales.

Tabla I. Variables sociodemográficas

	Inmigrantes	Autóctonos
Sexo (n, % de mujeres)	83 (62.4)	2272 (65.2)
Edad (media, DS, rango)	39.57* (12.34, 21-83)	44.49* (16.08, 18-98)

* $p < 0.001$, t-test

Tabla II. Diferencias según categorías diagnósticas más representadas (criterios DSM-IV)

	Inmigrantes	Autóctonos
Depresión mayor (n, %)	35 (26.3)	985 (28.3)
Trastornos adaptativos (n, %)	21 (15.8)	716 (20.5)
Distimia (n, %)	6 (4.5)	152 (4.4)
Trastorno de angustia con agorafobia (n, %)	5 (3.8)	144 (4.1)
Trastorno de angustia sin agorafobia (n, %)	1* (0.8)	128* (3.7)
Trastorno de ansiedad generalizada (n, %)	1 (0.8)	75 (2.2)
Trastornos de la conducta alimentaria (n, %)	2 (1.5)	75 (2.2)
Trastorno obsesivo-compulsivo (n, %)	0 (0)	65 (1.9)
Trastornos relacionados con el alcohol (n, %)	0 (0)	53 (1.5)
Esquizofrenia (n, %)	5# (3.8)	51# (1.5)
Trastornos somatomorfos (n, %)	3 (2.3)	50 (1.4)
Delirium, demencia, trastorno mental orgánico (n, %)	0 (0)	50 (1.4)
Trastornos por consumo de otros tóxicos (exc. alcohol) (n, %)	2 (1.5)	41 (1.2)
Trastorno bipolar I (n, %)	2 (1.5)	37 (1.1)

$p < 0.05$, ji cuadrado

* $p = 0.053$, ji cuadrado

Tabla III. Diferencias según grandes síndromes diagnósticos

	<u>Inmigrantes</u>	<u>Autóctonos</u>
Trastornos psicóticos (n, %)	19* (14.3)	154* (4.4)
Trastornos afectivos (n, %)	49 (36.8)	1278 (36.7)
Trastornos ansiosos (n, %)	17 (12.8)	593 (17)
Trastornos adaptativos (n, %)	21 (15.8)	716 (20.5)
Trastornos por uso de sustancias (n, %)	2 (1.5)	94 (2.7)

*p<0.001, ji cuadrado

Tabla IV. Diferencias en cuanto a diagnósticos aplazados y no especificados

	<u>Inmigrantes</u>	<u>Autóctonos</u>
Trastorno psicótico no especificado (n, %)	7* (5.3)	34* (1.0)
Trastorno bipolar no especificado (n, %)	4# (3.0)	9# (0.3)
Trastorno depresivo no especificado (n, %)	2 (1.5)	65 (1.9)
Trastorno ansioso no especificado (n, %)	5 (3.8)	72 (2.1)
Diagnóstico aplazado (n, %)	6 (4.5)	90 (2.6)

*p<0.001, ji cuadrado

p<0.001, ji cuadrado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corominas A. El repte de la integració: narcisisme, paranoia, seducció i diglòssia en la immigració del nou mil·lenni. Colección Textures, nº 14. Ediciones Bromera. Alzira (España), abril 2006.
2. Diller JV, Moule J. Cultural competence: a primer for educators. Thomason Learning, Belmont, California, 2005.
3. Sharpley MS, Hutchinson G, McKenzie K, Murray RM. Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. Br J Psychiatry 2001; 178(suppl 40):S60-S68.
4. Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W, Oolders J, van der Velden M, Hoek HW, Vlădar Rivero VM, van der Graaf Y, Kahn R. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. Br J Psychiatry 2001; 178:367-372.
5. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: A Meta-Analysis and Review. Am J Psychiatry 2005; 162:12-24.



Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) en población infanto-juvenil

DRA. SALVADORA ESPESO MONTAGUD

Las muy difíciles condiciones en las que está llegando a Europa la población inmigrante en los últimos años, está haciendo que tengan que soportar a menudo niveles de estrés superiores a la capacidad humana de adaptación. En el caso de los niños y adolescentes, una población ya de por sí muy vulnerable, se ha de añadir la situación de desarraigo o exclusión social que pueden llegar a soportar durante años. Dicho estrés afecta de modo particularmente negativo a la salud mental de dicha población. Los hijos de los inmigrantes sin papeles, sufren pues las consecuencias de la situación de sus padres.

Pero, además, durante los últimos años estamos asistiendo en España a un aumento de la migración infanto-juvenil clandestina no acompañada.

La situación de desamparo que proporciona la minoría de edad, supone para ellos una garantía legal de permanencia en nuestro país. Esto ha llevado a un incremento considerable de la población infanto-juvenil, de una media de 15 años de edad (aunque se observa un descenso de estas edades últimamente) que se embarcan en la aventura de cruzar la frontera en los bajos de camiones y autobuses, como polizones en barcos o bien en pateras a través del Estrecho de Gibraltar en busca de un futuro mejor.

La Convención y la Carta Europea de los Derechos del Niño así como la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor garantizan al menor extranjero que se encuentre en España, el derecho a la asistencia sanitaria y a los demás servicios públicos, aún cuando no resida legalmente en España.

Pero aunque los menores están protegidos por ley, de poco sirve si sus padres no están en una situación similar, pues cabe la posibilidad de que éstos sean repatriados, con lo que la situación de indefensión para los pequeños es evidente.

En el caso de los menores no acompañados, declarados en desamparo por la Administración y que no reúnen condiciones para ser repatriados, se les facilita un permiso de residencia, hasta su mayoría de edad, pasando a ser tutelados por la Dirección General de Atención al Menor, en Centros de acogida o residenciales, tras ser cotejada su edad biológica con los exámenes médicos pertinentes.

La gran mayoría de los menores no acompañados provienen del continente africano, de Marruecos y África subsahariana, con gran predominio de los primeros (el 39 % de la población marroquí tiene menos de 18

años). Muchos entran de modo irregular, con riesgo para su vida, su integridad física. La gran mayoría huyen de una situación socio-económica precaria o bien de guerras y conflictos políticos. Estos últimos serían los potenciales solicitantes de asilo, que son los menos en el caso de nuestro país.

A éstos habría que añadir los que vienen traídos por redes de prostitución, redes de mendicidad, en condiciones de esclavitud, en el servicio doméstico. Aquí predominaría la población femenina que en la mayoría de los casos permanece oculta, silenciada, por lo que no le es fácil acceder a los servicios públicos socio-educativos o sanitarios.

Según el tiempo de estancia en nuestro país, podemos diferenciar entre los recién llegados por un lado y por otro, los que han sufrido maltrato institucional, han sido retornados y han vuelto de nuevo, los indocumentados, marginados, sin arraigo social, sin familias de referencia en sus países de origen, que viven en la calle y que constituirían la generación perdida.

El fenómeno que describo se extiende por toda Europa de modo tan imparable como poco visible, con tendencia a una mayor infantilización.

Según un estudio reciente de la Fundación Pere Tarrés de la Universidad Ramón Llull de Barcelona, se contabilizaban unos 6.329 menores no acompañados, en España durante el año 2002. (En el año 1998 entraron 1.785 menores, lo que supone un incremento del 354% en cuatro años). La ONG Save the Children elevaba a unos 100.000 la cifra de menores en la Unión Europea en ese mismo año 2002, aunque la cifra por supuesto es muy difícil de objetivizar dada la gran movilidad e itinerancia de esta población así como, en muchos casos, la silenciamiento del fenómeno en los casos de mafias.

A esta cifra habrá que añadir los niños que sí tienen una familia o al menos un progenitor o cuidador de referencia conviviendo con ellos, aunque en situación de ilegalidad, sin papeles y a quienes, por lo tanto, resulta difícil o imposible acceder al empleo o a los recursos sanitarios, de vivienda, formación laboral, aprendizaje del idioma, alimentación, movilidad, que la sociedad ofrece, además de estar continuamente en peligro de ser extraditados con la consiguiente inseguridad para el niño que está a su cargo.

En el caso de los niños tutelados o que hacen uso de un permiso de residencia por ser menores de edad, hay que tener en cuenta la incertidumbre que les supone su llegada a la mayoría de edad, en una etapa ya de tantas ambivalencias como es la adolescencia, pues pasarán directamente a engrosar el grupo de los ilegales, de los sin papeles. En el caso de estar junto a su familia de origen, existe a partir de entonces la posibilidad de ser extraditados, separados de su familia ya que pierden el derecho que hasta entonces regía a estar junto a ella por el criterio de la reunificación familiar. Por otro lado, según las normativas vigentes, sólo se les asegura la educación de la etapa obligatoria y hasta los 18 años, con toda la carga desmotivadora que ello supone ya que los estudios posteriores no les serían reconocidos legalmente al no tener papeles.

Es en este contexto de tan graves dificultades en el que ha surgido el concepto de Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises (Achoategui 2002), haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros, lejos de sus seres queridos.

El síndrome abarcaría un amplio conjunto de síntomas del área depresiva, de la ansiedad, de la somatización y de tipo confusional, asociados asimismo a una expresión cultural de los síntomas.

Este cuadro clínico diferiría de los trastornos adaptativos, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, de estrés postraumático etc. y provendría de la respuesta del sujeto a intensas situaciones de estrés crónico vinculadas a la soledad, el miedo, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia... en la que se hallan inmersos muchos de los inmigrantes actuales que se encuentran sin papeles.

Las características de los estresores del Síndrome de Ulises serían:

- su multiplicidad
- su cronicidad
- la ausencia de control sobre los estresores
- su gran intensidad y relevancia, pues afecta a todas las esferas vitales básicas
- la ausencia de redes de apoyo social
- a estos estresores se les añaden los duelos clásicos de la migración (la lengua, la cultura, el paisaje, la xenofobia...)

Los estresores, afectarían de modo crónico a las funciones más básicas:

- la soledad**. El no poder estar con la familia, con los suyos, el que aquellos no puedan venir, el no poder regresar. Muchos ocultan su pasado, no pueden bajar la guardia, por el peligro de expulsión que les podría suponer el dar datos acerca de su familia de origen. Se trata de una población frágil, en proceso de maduración, con necesidad de vínculos afectivos que crean sin embargo un muro de protección ante la cercanía.
- la lucha por la mera supervivencia**, es decir, dónde comer, dónde dormir, en quién confiar, hacia dónde dirigirse.
- el fracaso**. Graves dificultades con los papeles, con la escolarización, sus deseos de encontrar un trabajo. No desean volver a su país. Si son retornados, lo volverán a intentar, entrando en un círculo vicioso de deterioro físico y psicológico (su proyecto migratorio sería vivir sin vuelta).
- el miedo, el terror**, los peligros en el viaje migratorio (pateras, camiones...), control y amenaza de las mafias, temor a ser expulsados. A mayor cierre de fronteras (SIVE, muros...) mayor riesgo en los viajes.

Los síntomas que se han descrito en el cuadro del Síndrome de Ulises de los adultos, presentarían sus propias especificidades en la población infantil así como en la población adolescente. En todo caso, nuestra hipótesis es que se trataría de un trastorno de diferente índole que los meros trastornos adaptativos, dada la cronicidad y multiplicidad de los estresores que hacen difícil la adaptación en estas circunstancias, así como de los cuadros de simple ansiedad o de estrés agudo, tipo postraumático, o de las depresiones, que tendrían una naturaleza diferente.

Las características fundamentales de los estresores que sufren serían su naturaleza penetrante y duradera. A esto se debe añadir su riesgo acumulativo.

Teniendo en cuenta que se trata de una población frágil, en proceso de integración de las defensas psíquicas, con inmadurez afectiva, capacidades cognitivas en desarrollo y socialización en curso, algunos estudios revelan que a mayor número de factores de riesgo se aumentaría hasta dos o tres veces la probabilidad de un menor estado de desarrollo, de trastornos de conducta así como de menores competencias o habilidades sociales en relación con los que tienen un solo factor de riesgo (Rutter, 1985-Modelo del riesgo acumulado).

Entre las adversidades crónicas cabrían señalar las vivencias de desarraigo, la desorganización, la baja estimulación, la inconsistencia del entorno, la impredecibilidad, el

sentido permanente de peligro, la dureza, la desprotección, así como las puramente físicas como la falta de alimentos, de cobijo, de abrigo.

Estos factores hacen que disminuya en el niño su sentido de seguridad emocional, interrumpiendo sus relaciones de apego, fomentaría su disregulación emocional modificando su maduración fisiológica y distorsionando sus representaciones internalizadas y sus valoraciones cognitivas.

En comparación con las adversidades crónicas, los acontecimientos agudos, infrecuentes o singulares pueden ser más fácilmente asimilados como aberraciones y es menos probable que influyan en la regulación emocional.

Ante una situación de estrés se estimularía el sistema hipotálamo-glándula pituitaria-adrenal que nos ayuda a movilizar y modular la respuesta fisiológica al estrés. La hiperactivación crónica de este sistema por una exposición continuada a la adversidad conduciría a la disregulación del funcionamiento del sistema (Hart et al., 1996).

Los síntomas relacionados con el estrés crónico estarían pues en relación con las dificultades tanto a nivel de

1. La modulación de las respuestas fisiológicas al estrés en general (Trastornos de ansiedad, somatizaciones)
2. La calidez emocional, capacidad de crear y mantener vínculos (Trastornos de la esfera depresiva)
3. Las representaciones cognitivas distorsionadas (síntomas del área confusional)

Así encontraremos, según las franjas de edad y sus predisposiciones inherentes (sexo, carga genética, salud física, temperamento...) así como sus circunstancias personales, diferentes síntomas de las categorías que citamos. Así encontraremos temores obsesivos, fobias escolares, alteraciones del sueño, hipervigilancia, tendencia al llanto, falta de entusiasmo, impulsividad, déficit de atención, hiperactividad, agresividad excesiva, conflicto con los compañeros, diversas quejas psicósomáticas, enfermedades o accidentes frecuentes, fracaso escolar, trastornos de conducta, abuso de sustancias, psicosis reactivas, etc.

Junto a ello habría asimismo una idiosincrasia en la expresión de los síntomas propia del grupo cultural con que se identifique.

El no tener en cuenta las características clínicas que describimos puede conducir (y tenemos ejemplos al respecto) a intervenciones médicas incorrectas o bien a prescripciones de antidepresivos o antipsicóticos demasiado altas o demasiado duraderas o innecesarias.

En el otro polo de la vulnerabilidad habría que tener en cuenta la capacidad de resiliencia del niño facilitada por las posibles experiencias de calidez, baja conflictividad y cohesión que en el entorno del niño se hayan podido dar y que actuarían como elemento facilitador. Parece, en todo caso, que en niños con experiencias de estrés crónico en fases más tardías del desarrollo así como en la adolescencia hay más posibilidades de desarrollar resiliencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes .Una perspectiva transcultural.Barcelona,Editorial Mayo;2002.
2. Espeso Montagud D."Estrés crónico y salud mental en los menores inmigrantes ".Rev.Psiquiatría Inf.-Juvenil,N.1, 2007.
3. Rutter and Taylor.Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell publishing; 2002.
4. Herbert M. Clinical Child and Adolescent Psychology. Wiley; 2006.
5. Cyrulnik B. Los patitos feos.Gedisa ed.; 2002.



Actitudes ante la población inmigrante en Andorra

DR. JOAN OBIOLS LLANDRICH

Andorra es un pequeño país, –microestado–, situado en la cordillera de los Pirineos, entre Francia y España. Andorra ha conseguido mantener su independencia entre sus dos poderosos vecinos desde la Edad Media y, a partir de su moderna constitución del año 1993, ha sido reconocida internacionalmente como un país soberano.

La población se mantuvo durante siglos sobre la cifra de unos 5.000 habitantes. Un rápido proceso de desarrollo económico basado en el turismo ha llevado en los últimos 50 años a un crecimiento exponencial de su población. Así, se ha multiplicado 16 veces el número de habitantes, de modo que actualmente hay más de 80.000 habitantes en su territorio. Por supuesto, este crecimiento se ha hecho a expensas de un fuerte aporte migratorio. Es insólito el hecho de que los andorranos suponen solo el 36 % de la población actual. El resto de la población está constituido por españoles, portugueses y franceses, por este orden, y un 7% de otros orígenes. A través de una serie de encuestas, se describen las actitudes de la población andorrana frente a la población migrante y se comenta el proceso de integración de dicha población

La superficie de Andorra es totalmente montañosa, es de 468 kilómetros cuadrados. La población total es de unos 80,000 habitantes. Pertenece al área cultural catalana: su lengua oficial es el catalán, sus tradiciones, sistema jurídico y otros aspectos culturales están emparentados con los propios de Cataluña, si bien mantiene ciertas peculiaridades que le son propias. Desde la Edad Media ha conservado su independencia en un sutil equilibrio entre sus dos poderosos vecinos. Curiosamente, ni el imperio español ni el imperio colonial francés contaron nunca, entre sus inmensos territorios distribuidos por varios continentes, con el minúsculo territorio andorrano que queda incrustado entre la frontera franco-española. El analizar el porqué de esta peculiar situación nos alejaría del propósito de este trabajo.

Es cierto que durante siglos, el estatus jurídico del estado andorrano ha sido un tanto incierto. Oficialmente llamado Principado de Andorra, sus dos jefes de estado son los dos co-príncipes, el obispo de la Seu d'Urgell, pequeña población catalana vecina de Andorra, por el lado español y el presidente de la República Francesa, por el lado francés. Mucha gente pensaba por ello que el país era una especie de protectorado de sus dos

Doctor en Medicina, Licenciado en Antropología, Especialista en Psiquiatría Director de los Servicios de Salud Mental de Andorra.

vecinos. Por ello, los habitantes de Andorra, inquietos por la falta de definición de un aspecto tan esencial de su país, decidieron en 1993 dotarse de una constitución moderna que especificara que Andorra era realmente un país soberano y plenamente independiente. Esto le permitió convertirse en miembro de pleno derecho de grandes organizaciones internacionales como la ONU, la UNESCO, el Consejo de Europa, entre otras, y establecer relaciones diplomáticas con el resto de países del mundo.

Andorra fue, durante siglos, una sociedad rural que malvivía de sus escasos recursos ganaderos y agrícolas, unos valles pirenaicos aislados y semi-olvidados, con una escasa población, 5,000 habitantes, parte de la cual se veía obligada a emigrar a zonas vecinas de Cataluña, al sur o de Francia, al norte.

Durante siglos, la población se mantuvo en torno a esta cifra que, posiblemente, nos indica – si nos referimos a un concepto tan actual como la sostenibilidad- el techo que permitía el modo de vida tradicional.

Durante la primera mitad del siglo XX, Andorra inicia un lento proceso de mejora de las comunicaciones, fundamentalmente carreteras, sobre todo hacia el lado español, más accesible, de electrificación y de modernización global. Estas son las bases del gran salto que se produce en los años 50 y que se puede plasmar en una palabra: turismo. Andorra percibe un futuro deslumbrante en el turismo que empieza a acudir atraído por dos factores: los bajos precios de los productos de todo tipo, gracias al peculiar sistema fiscal de Andorra, y las estaciones de esquí que se van abriendo en atención a la demanda creciente. La población – que era de 6,189 habitantes en 1955- pasa a los 35,460 en 1980, llega a los 65,844 en el 2000, hasta los 80,000 actuales.

Como se puede deducir con facilidad, este crecimiento casi exponencial de la población no se debe a una natalidad desbordada, sino a un fuerte movimiento migratorio que se ha ido produciendo en el país, conforme la presencia de un turismo masivo requería servicios de hostelería, comercio y de todo tipo que la población indígena no podía asumir por sí sola. En los últimos años, Andorra está recibiendo la increíble cifra de 11 millones de visitantes anuales. Si bien la mayoría de estos visitantes ni siquiera pernocta en el país y se limita a la excursión de un día, esta cifra permite deducir la compleja red de hoteles, comercios, estaciones de esquí y otros servicios que se ha ido desarrollando en Andorra en los últimos 50 años.

El importante flujo migratorio experimentado por Andorra en estos años explica el hecho insólito de que, en la actualidad, la población andorrana es minoritaria respecto al total de población dado que representa solo el 36,7 % de la misma, según estadísticas del 2004 (1). La gran mayoría entre los inmigrantes la constituyen los españoles –38,3 % de la población- por razones obvias: proximidad geográfica y cultural, especialmente con los catalanes que, de hecho, son mayoría entre los españoles. Curiosamente, el grupo de franceses, tradicionalmente el tercer grupo nacional, es ahora solo el 6,5 % y se ha visto superado por un grupo que ha crecido enormemente en los últimos años, cual es el de los portugueses que alcanza ya el 11,5 % de la población total. El 7,1 % restante de población queda repartido entre los provenientes de países europeos, fundamentalmente el Reino Unido, Alemania, Italia, Holanda y Bélgica, con un perfil de mayor edad y clase económica alta (muchos de ellos jubilados) y los que provienen de países no europeos como Marruecos, Filipinas, Argentina u otros. Hay que tener en cuenta que en Andorra encontramos individuos provenientes de más de 100 países distintos. Andorra constituye, por tanto, una peculiar mezcla de culturas, donde la población indígena ha acabado siendo

minoritaria y que por este simple hecho ya merece ser objeto de estudio desde el punto de vista socio-antropológico.

Si tenemos en cuenta esta importante proporción de población inmigrante, llama la atención el hecho de que esta situación no sea vivida como un problema por la población andorrana. Si revisamos la encuesta *Eurobarometer* realizada en otoño de 2007 (2) en todos los países de la Unión Europea (de la cual Andorra no forma parte), comprobamos que, al preguntar sobre los problemas que más afectan al país, la inmigración merece un 24 % de las respuestas en España, un 14 % en Francia, un 1% en Portugal y una media del 15 % en el conjunto de Europa. En Andorra, según la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (3), tal problema merece ser citado solo por un 1.6% de la población andorrana, algo sorprendente en un país con más del 60% de población inmigrante. Cabe explicar esta distinta percepción, si nos limitamos a comparar con el caso de España, por el hecho de que en este país, en los últimos cuatro años, la inmigración ha crecido de forma exponencial y, aunque en el total de habitantes, la proporción está entre el 8-10 % de inmigrantes, la percepción social es que constituye un auténtico problema. No olvidemos que España había sido tradicionalmente un país de donde la población emigraba. El cambio de dirección de los flujos de población es, en el caso español, importante. Por el contrario, Andorra lleva 40 años recibiendo inmigrantes y el crecimiento de la población extranjera a expensas de la andorrana ha sido un lento proceso que ha sido asimilado perfectamente.

Así, ante la pregunta de si la inmigración en Andorra es positiva o negativa, en la misma encuesta, comprobamos que el 76 % de la población andorrana (no olvidemos, en su mayoría, inmigrantes) la consideran positiva. Un 10 % no la ven ni positiva, ni negativa. Solo un 8 % la considera negativa y el 6 % no opina.

La afirmación de que los inmigrantes han hecho posible el desarrollo económico de Andorra suscita la aprobación del 91.5 por ciento de la población y solo el 6.4 % disiente. Incluso el 93 % está de acuerdo en que los inmigrantes son necesarios para el funcionamiento de la economía andorrana, frente a un escaso 4.6 %. También es cierto que el 72.8% reconoce que los inmigrantes ocupan puestos de trabajo que no quieren los andorranos, frente al 20.7 %.

En lo que se refiere a los derechos políticos y sociales de esta población inmigrante, hay que reconocer que a Andorra le queda un buen trecho para avanzar y asimilarse a sus países vecinos. De entrada, la nacionalidad andorrana es muy difícil de obtener. Hasta hace bien poco, el simple hecho de haber nacido en Andorra no confería este derecho, si los padres no eran andorranos. Actualmente, se admite esta posibilidad para hijos de inmigrantes con ciertos condicionantes. Los inmigrantes con más de 25 años de residencia en el país pueden también optar a la nacionalidad andorrana, así como aquellos cuyo cónyuge es andorrano o andorrana.

En el aspecto de derechos laborales, existen deficiencias. Los sindicatos están legalmente reconocidos pero su funcionamiento tiene que sortear trabas importantes y el derecho de huelga es más teórico que real. No existe subsidio de desempleo por considerarse que hay siempre empleos vacantes y, en general, las prestaciones son menos avanzadas que en los países vecinos, Francia y España.

Como parece lógico, esta población residente no andorrana carece de derecho de voto, como pasa en todo el mundo. Andorra funciona como una república, con distintos partidos y elecciones periódicas para elegir de forma democrática los representantes del pueblo y constituir el parlamento andorrano (el *Consell General*). Es deseo mayoritario de

la población, 57.5 %, que en las elecciones generales pudieran votar todos los residentes. Esta cifra aumenta hasta el 76.8 % en el caso de elecciones locales para constituir los siete ayuntamientos del país (*Comuns*). De momento, estos deseos parecen de difícil realización, si bien algunos partidos proponen flexibilizar la obtención de la nacionalidad.

Esta pequeña, pero compleja, sociedad multicultural sobrevive sin que se hagan perceptibles conflictos de importancia entre los distintos culturales yuxtapuestos. Algunos sociólogos (4) señalan que esta convivencia pacífica puede ser debida a que, por un lado, los inmigrantes aceptan la forma de vida, las instituciones y los símbolos de la sociedad receptora pero, por otro lado, también reclaman –y obtienen– el reconocimiento de sus características étnicas y culturales. El aspecto de la lengua es básico. Recordemos que la única lengua oficial de Andorra es el catalán. En este sentido, el 92 % de la población considera que el hecho de conocerlo es una condición necesaria para la integración. También es cierto que el castellano se habla tanto o más que el catalán actualmente. También tienen una fuerte presencia el portugués y el francés. Tradicionalmente, el andorrano ha tendido a adaptarse a los idiomas de sus visitantes, sean turistas o inmigrantes.

Hay encuestas que analizan el grado de simpatía que genera cada una de los distintos colectivos en el conjunto de la sociedad. Así, en una escala del 1 al 10, los que obtienen una mejor valoración, superior a 7, son los andorranos, los catalanes y el resto de españoles. En torno al 6, se sitúan portugueses, sudamericanos y franceses. Los británicos, filipinos, indios se quedan entre 5 y 6 y los marroquíes obtienen la puntuación más baja, inferior al 5.

La misma encuesta, pregunta un concepto parecido, si bien más rico ya que permite una doble valoración: positiva y negativa, acerca de estos mismos grupos. Sorprendentemente, los resultados difieren acerca de algunos grupos respecto a la encuesta anterior. Los porcentajes más altos de evaluación positiva corresponden a Andorra, Cataluña, resto de España, Francia y Reino Unido, por este orden. En cambio, las valoraciones son más negativas respecto a filipinos, indios, sudamericanos, portugueses y marroquíes, siendo éstos últimos los que salen peor parados.

En conjunto, es evidente que las opiniones de la población andorrana se mueven por estereotipos culturales. La vieja rivalidad hispano marroquí se pone aquí de manifiesto, aunque no sea en tierras estrictamente hispanas. También juega un peso importante en estas evaluaciones la posición laboral y el rol social que suelen corresponder a estos distintos grupos. El situarse peor en la escala social suele generar opiniones más negativas sobre estos grupos. Finalmente, la distancia cultural es otro factor que tiende a explicar las valoraciones más negativas. De todas formas, la explicación total vendría dada seguramente por una conjunción de todos los factores citados.

En conjunto, hay que insistir en la baja conflictividad interétnica que se da en Andorra. Resulta oportuno citar aquí las conclusiones de la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia que en su informe (5) considera que los problemas de racismo y discriminación son muy poco frecuentes y que la sociedad andorrana es especialmente tolerante como consecuencia de su situación geográfica, su historia y su condición de país de inmigración y de turismo. También es cierto que existen prejuicios acerca de algunas comunidades, como puede ser la portuguesa y, en especial, la marroquí. En este último caso, la diferencia religiosa, en concreto, el hecho de ser musulmanes, es fuente de mayor discriminación.

Podemos pues decir que, en conjunto, la integración del inmigrante no es mala en Andorra pero también es cierto que es mejorable.

Un análisis que no se limite a lo más superficial pone de relieve que el primer nivel de integración es el laboral. Esto queda claro si sabemos que el 59 % de los inmigrantes viene a Andorra para trabajar. La gran mayoría de ellos son legales lo cual, como es lógico, facilita la integración. Por el contrario, aquellos que están al margen de la ley son víctimas posibles de la marginación social. Los que llevan un tiempo trabajando de forma legal pueden acceder a la reagrupación familiar. Esto implica la llegada de la pareja y, quizá, de hijos con todo lo que conlleva: es posible que la pareja también se ponga a trabajar, se requiere alojamiento mayor para toda la familia, los hijos van a necesitar escuela, etc.

Una vez ha ido cuajando, en mayor o menor tiempo, la integración laboral, se puede plantear la integración sociocultural, lógicamente, más deseable. Por lo expuesto hasta ahora, queda claro que este tipo de integración en Andorra es más fruto de la unión de diversidades culturales que de un proceso de uniformización. Hasta cierto punto, se produce una cierta asimilación cultural y lingüística en algunos casos, no en todos. A la vez, es interesante comprobar la fuerte tendencia que se da en algunas de las comunidades presentes en Andorra a constituir entidades culturales. Así, el 45 % de los portugueses y el 72 % de los británicos pertenecen a asociaciones propias donde desarrollan todo tipo de actividades. A la vez, estas entidades constituyen para sus miembros una red de ayuda mutua y solidaridad.

Algunos analistas sociales han querido ver en las redes solidarias de estas comunidades un mecanismo de compensación: los inmigrantes que no se pueden asociar políticamente lo hacen a través de las asociaciones culturales. Quizá este fenómeno puede ayudar a explicar la inexistencia de conflictos abiertos entre las distintas comunidades que conviven en Andorra.

CONCLUSIONES

Andorra es un país atípico por la constitución de su población ya que unos dos tercios de la misma son de origen extranjero. El hecho de que la porción mayoritaria de esta población inmigrante provenga de la vecina España facilita la integración, como parece lógico. Esto es especialmente cierto de la población de origen catalán, dentro del conjunto de inmigrantes españoles, por su identidad cultural y lingüística con el pueblo andorrano.

Por el fuerte desarrollo socio-económico que se ha dado en Andorra, basado en el turismo, los inmigrantes han sido y siguen siendo necesarios. Por ello, al menos hasta ahora, han sido bienvenidos. Los eventuales conflictos que puedan producirse entre los andorranos y los inmigrantes no han sido, hasta ahora, relevantes. Globalmente, la sociedad andorrana es tolerante si bien existen prejuicios hacia algunos grupos concretos. El tamaño reducido del conjunto de esta población, 80,000 habitantes, facilita, sin duda, la integración y la baja conflictividad de los distintos grupos culturales que allí conviven.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VV.AA. Andorra en cifras. Andorra, Govern d'Andorra; 2005. 71 págs.
2. Eurobarometer. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb68
3. VV. AA. L'Observatori CRES-IEA, 2007,5 :(11) 1.4
4. Batalla, J., Casals, M. y Micó, J. *La immigració a Andorra*. Lleida, Institut d'Estudis Andorrans y Editorial Pagés, 2004.
5. Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia (ECRI), *Segundo informe sobre Andorra*, junio 2002.





Simposia
Medicina tradicional mexicana







Diagnostico y tratamiento de la enfermedad mental en el contexto Wixárika

DRA. ANA CECILIA LARA ZARAGOZA

Según datos de la Unesco (Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas), la población indígena en el mundo es de 300 a 500 millones de personas repartidas en más de 70 países, las cuales representan más de 5 000 lenguas y culturas.

El Inegi (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) reportó, en su II Censo de Población y Vivienda del año 2005, que en México existen un poco más de 6 millones de indígenas, repartidos en 24 estados de la República, los cuales integran 62 grupos étnicos y representan el 8% de la población total de nuestro país.

Cuatro etnias agrupan casi el 50% de los hablantes indígenas en México: náhuatl, maya, mixteco y zapoteco.

Los grupos indígenas mayoritarios en Jalisco son Nahuas, Coras y Wixaritari (huicholes). Los wixaritari representan el 0.5% de la población indígena de México.

Este fascinante grupo indígena ha logrado conservar gran parte de su patrimonio cultural prehispánico debido a su difícil acceso geográfico.

Su territorio está constituido por cinco comunidades separadas:

1. Tateikie (San Andrés Cohamiata), en Mezquitic, Jalisco.
2. Tuapurie (Santa Catarina Coexcomatitlán), en Mezquitic, Jalisco
3. Wa+t+a (San Sebastián), en Mezquitic, Jalisco
4. Tutsipa (Tuxpan de Bolaños), en Bolaños, Jalisco.
5. Guadalupe Ocotán, en La Yesca, Nayarit.

El 80% de la morbi-mortalidad en la población Wixárika corresponde a enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales (1).

El conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad entre los wixaritari tiene una explicación basada en lo sobrenatural, al igual que en la mayoría de los grupos indígenas del mundo.

Existe la creencia de que algunas deidades ofendidas envían enfermedades por haber faltado a un ceremonial obligado o por haber revelado o hecho algo que su religión le prohíbe.

El Mara'akame es el mediador entre los dioses y el hombre. Es quien conoce las plantas medicinales y realiza actos religiosos

Residente de cuarto año de psiquiatría, SALME Estancia Breve.

(ritos, ofrendas, ayunos, viajes a lugares sagrados, sacrificios de animales, fiestas, etc.) para apaciguar la ira del dios ofendido.

La comunicación con los dioses se establece por medio del trance. Este puede inducirse mediante el consumo de Híkuri (Peyote) y ser mantenido por la música, el canto y el ambiente de la ceremonia wixárika.

Para tratar al enfermo, lo primero que hace el mara'akame es rastrear la causa de la enfermedad (a pesar de que ésta haya sido tratada eficazmente por un médico alópata), pues es esencial para su verdadera curación y su continuo bienestar que el último origen sobrenatural de la enfermedad sea identificado y corregido.

Una vez identificado el origen de la enfermedad, el mara'akate procede a hacer la curación mediante el paso del Muwieri (flecha emplumada de carácter sagrado) generalmente sobre el abdomen del paciente, previa palpación profunda y repetida (sobada) que se hace frecuentemente con saliva. El movimiento acostumbrado de las plumas se realiza como "sacudiendo la enfermedad" desde las cuatro direcciones hacia el centro, donde la enfermedad se materializa y es extraída por medio de la succión (la enfermedad se materializa en un grano de maíz, una piedra, cabellos u otros objetos).

El mara'akate también sueña al dios que ha "mandado" la enfermedad, el cual se le manifiesta como un objeto: el dios del fuego puede representarse como un carbón, la diosa del mar como arena, la diosa de los pescados (Uteanaka) como una espina de pescado, el sol como una piedra cristalina, el dios del rayo o el Bisabuelo Cola de Venado como una piedra negra o una brillante, Urianaka la diosa de la tierra como tierra, el Híkuri como un pelo de peyote, Rapa el dios de la laguna de Chapala como agua...

En todos los casos el mara'akame debe hacer un objeto religioso como una flecha, una jícara o una vela para implorar la ayuda de los dioses. Por lo general se mata un animal y la sangre sirve para sacralizar las ofrendas. Al recobrar la salud, los familiares deben llevar dichas ofrendas a la morada del dios cuyo enojo ha provocado la enfermedad (2).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ENTRE LOS WIXARITARI

Los wixaritari no conciben la enfermedad mental aislada del cuerpo, pues para ellos el ser humano no es un objeto fragmentado. Sin embargo, existe una palabra que podemos interpretar como equivalente a "locura": Mayaxiákame.

"Una persona puede nacer mayaxiákame, otra puede padecerla debido a traumatismo en la cabeza o por haber cometido una falta ante "el costumbre". También puede ser transitoria como en el caso de que un dios ha elegido "al paciente" para ser cantador o chamán, o por intoxicación por Kieri (datura) o alcohol" (3).

El comportamiento que identifican en un mayaxiákame se puede dividir arbitrariamente en tres grandes aspectos.

1. El discurso: dicen incoherencias, platican lo que se imaginan o de las visiones que tienen. En ocasiones hablan solos o no pueden contestar a lo que se les pregunta.
2. El comportamiento: caminan conforme son guiados por sus pensamientos, huyen, corren, andan desnudos, no se bañan, persiguen a los niños y con esto pueden provocar accidentes.
3. El afecto: sensaciones de rareza y de persecución, además de vergüenza.

Otras manifestaciones de la enfermedad son referidas como: la muerte, convulsiones, estar "mal en sus pensamientos", o como "la pérdida del sentido".

ENFERMEDADES MENTALES CLASIFICADAS SEGÚN LA ETIOLOGÍA (2):

- 1.- Niérikaxiyá. Es la enfermedad del niérika, responsable del poder de la visión sobrenatural: El individuo pierde la capacidad de “ver” y cree en una imagen falsa de si mismo. Esta enfermedad es producida por el hechizo de un mal espíritu (Iteuqui). En este padecimiento hay tristeza, no le “cae bien” la gente. El enfermo cree que los demás “andan mal” cuando en realidad es él quien “anda mal”.
- 2.- Kierixiyá. Consiste en ser “poseído” por kieri. Según la mitología, el kieri ha intentado quitarle la supremacía al peyote, y su uso esta asociado a la hechicería. Existe la creencia de que llevándole ofrendas al kieri otorga poderes o cualidades privilegiadas en cuanto al desempeño de alguna actividad, especialmente a violinistas, bordadoras y tejedoras. Varios wixaritari, incluyendo algunos mara’akate, en ocasiones abandonan el uso del peyote para seguir el del kieri (4). Se cree que si sus adeptos no le “cumplen” bien al kieri se “vuelven locos” (“hablar del kieri es hablar de locura, remolinos, animales salvajes, ebriedad, el desorden, el exceso, la hechicería, la enfermedad, la muerte, la noche y todo cuanto alude al inframundo” (5). El Kierixiyá aparece frecuentemente de manera endémica, prevaleciendo en mujeres adolescentes. Las personas “poseídas” entran a un estado de agitación y amnesia. Puede ser transitorio o crónico-intermitente sin regreso al estado de salud previo.
- 3.- Irixiyá. Es una enfermedad producida por el irikame de algún familiar. El irikame es una piedrita en donde se cristaliza el alma de una persona cinco años después de haber muerto. Existe la creencia de que esta enfermedad aparece principalmente por no realizar la fiesta acostumbrada a los cinco días de haber fallecido un familiar, o por no hacerla adecuadamente. En este padecimiento el afectado presenta fiebre por las mañanas al salir el sol. El enfermo tiene el deseo de estar entre venados, como si lo estuvieran invitando telepáticamente para estar con ellos. El irikame los enferma así porque quiere que los familiares vayan a cazar un venado y de esta manera reparar la falta. Esta enfermedad se da principalmente entre gente de edad mediana y en la vejez.
- 4.- Niwemama mepucaxiri. Significa literalmente “se le cayeron sus hijos”. En la creencia wixárika el kúpuri (alma) se encuentra situado en el “remolino” de la cabeza. El kúpuri está compuesto por cinco hijos que se encuentran en armonía. El mara’akame puede ver estos cinco hijos como cinco nubecitas. Cuando una persona se golpea la cabeza entran en desarmonía, se dispersan. Las manifestaciones clínicas conductuales son diversas, puede haber confusión, miedo, llanto. El mara’akame, con su Muwieri, restablece su armonía.
- 5.- K+purixiyá o kupuricuiniyá. Consiste en el robo del alma por un espíritu malévolos (iteuqui). Esta patología esta escrita como “susto” o “espanto” en otras culturas. Sus síntomas son ambiguos e incluyen: escalofríos, náuseas, astenia, adinamia, pueden presentarse vómitos, diarrea, mareos, vértigo, palidez generalizada, terrores nocturnos o pesadillas, cefalea y múltiples dolores músculo-esqueléticos inespecíficos. El mara’akame materializa el kúpuri robado en una gotita de agua que se pone sobre la cabeza del enfermo. Si no se hace esto se muere el paciente.
- 6.- Tawekame. Es también el Kakauyari (deidad de la “borrachera”). El alcoholismo es un castigo de esta deidad. Si el gobernante tradicional (tatowani) o los mara’akate no “cumplen con sus deberes” se les presenta esta enfermedad por castigo.

- 7.- Cuitapurixiyá. Proviene de la palabra cuitapuri (mayate). Existe una estrecha relación entre el mayate y la epilepsia en muchas culturas. Esto se debe a que durante una crisis convulsiva el enfermo se mueve como un mayate en posición supina. La epilepsia se presenta en la infancia porque el padre o el abuelo del niño no cumplen con “el costumbre”. Cuando aparece una crisis convulsiva es porque Nariwame (diosa madre de las Aguas y deidad responsable de la epilepsia) está molesta.

CONCLUSIONES

Como se puede observar, a excepción de la dependencia al alcohol y la epilepsia, el resto de las entidades nosológicas solo se encuentran explicadas por fenómenos culturales y su tratamiento efectivo se encuentra también dentro de ese ámbito, pues es bien conocido que a pesar de recibir un tratamiento relativamente exitoso con las intervenciones alópatas, el problema quedará latente hasta no actuar conforme “al costumbre”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aedo A., “La región más oscura del universo: el complejo mítico asociado al Kieri de los Huicholes y al Toloatzin de los antiguos Nahuas”. En Jáuregui y Neurath. *Flechadores de estrellas* México. Co-edición Instituto Nacional de Antropología e Historia / Universidad de Guadalajara. 2003. 496 págs.
2. Casillas-Romo A. *Nosología mítica de un pueblo. Medicina tradicional huichola*. México. Editorial Universidad de Guadalajara. 1990. 160 págs.
3. Fernando Benítez. *Los Indios de México*. México. Editorial Era. 1968. 605 págs.
4. López-López JL et al. Aproximación a la salud en la zona huichol de Jalisco. México, Co-edición Universidad de Guadalajara, UNICEF y Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de Jalisco; 1997. 135 págs.
5. Villaseñor-Bayardo; “*La conception de la “maladie mentale” chez les Huicholes*”. *Annales Médico Psychologiques* 161 (2003), 41-48.



Curanderismo urbano e indígena: procesos de curación física y mental

HÉCTOR CAMILO SÁNCHEZ BELTRÁN Y EVA ESTHER AVELAR GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo contribuir a ampliar el universo explicativo de la curación chamánica. El aporte singular se despliega sobre el espacio urbano cultural y cotidiano como locus de reorganización de la vida del enfermo. Se trata de penetrar lo más profundo que se pueda en lo que de ordinario se llama tiempo y espacio profano para demostrar que, al contrario de lo que comúnmente se piensa, la esfera de lo sagrado no se constituye en “drama estelar” de una manera exclusiva. Junto con el drama ritual coexiste el silencioso drama de la vida cotidiana, del cual el chamán obtiene un sinnúmero de recursos que le permiten que la terapia no se aleje del tiempo y del espacio en los cuales hay que vivir siempre.

Esta retroalimentación entre lo ritual sagrado y el recurso de lo cotidiano cultural forman el eje alrededor del cual gravita el proceso de curación.

El Chamán y los procesos de curación

Si el chamanismo ha perdurado a lo largo de milenios, ello seguramente se debe a que es un sistema de pensamiento singularmente flexible. La diversidad de sus formas de expresión en todas las latitudes constituye el testimonio de su capacidad de adaptación a las distintas situaciones sociales y a los diferentes modos de vida. En la medida en que deja un amplio margen a la interpretación individual y a la experiencia vivida, es una ideología dinámica y abierta que nunca se deja apresar por grilletes. (Costa, 2003)

Debido a sus aplicaciones pragmáticas en beneficio de la comunidad, se encuentra directa e inmediatamente (“terrenamente”, dirían algunos) inmerso en la vida cotidiana. Así los chamanes son hombres y mujeres carismáticos, activos y generosos, que están acostumbrados a manejar las situaciones de crisis de las que depende su destino. Y es que en tierra chamánica no se titubea para desterrar, e incluso eliminar, a quienes no alcanzan el éxito que se esperaba de ellos. (Costa, 2003)

El chamanismo y su lógica de curación es un sistema destinado a tratar el infortunio: enfermedades, problemas económicos, climáticos o políticos, plagas, hambre, desastres naturales. (Perrin, 1990)

Se ha clasificado el chamanismo como un sistema de creencias o como una religión. Sea lo que fuere vemos que su papel ha sido necesario a través de la historia, ya que el chamán es un mediador simbólico entre su grupo y la realidad sobrenatural. (Lagarriga, 1995) Pero en si es un fenómeno socio-místico-cultural profundamente enraizado en una espiritualidad ancestral. (Diana, 2004)

En sociedades como México, los elementos chamánicos han pervivido desde la época prehispánica. Su presencia en el medio indígena y rural no puede sorprendernos, pero recientemente han aparecido en los ámbitos urbanos (sobre todo ante el avance de lo que se conoce como mancha urbana y que ha incorporado a esta a pueblos que anteriormente se les consideraba como área rural).

Los migrantes provenientes del campo, muchos de ellos de diferentes etnias indígenas, encuentran a su arribo a la ciudad una situación de grave enfrentamiento con lo urbano. La transición a las nuevas formas de vida no se hace con facilidad y rapidez. Por lo común, prolongan su vida indígena en la ciudad. (Lagarriga, 1995)

Con la presencia de estos personajes entre los ciudadanos, su atracción hacia ellos se hizo común así como sus prácticas.

De esta forma la presencia del chamán en la ciudad permite:

- a) La mediación tradicional entre lo sagrado y lo profano o la realidad ordinaria y la alternativa, mediante el trance y el éxtasis logrado a voluntad.
- b) La orientación, en su carácter de vidente y profeta.
- c) La interlocución con los espíritus y la conducción de los mismos, impidiendo con ello que irruman en la realidad ordinaria. (Lagarriga, 1995)

Para llevar a cabo lo anterior se necesita:

- a) Que la personalidad del chamán, así como sus poderes excepcionales, se consideren una elección de los dioses y el elegido.
- b) En los ámbitos físicos y mentales, el chamán presenta características neuróticas o epilépticas, generalmente acompañadas con algún defecto físico, ligero pero visible y una personalidad sensible, intuitiva, pero a menudo inconstante y explosiva.
- c) El chamán debe demostrar que es perfectamente capaz de comunicarse con el mundo superior o trascendental para convocar y solicitar la ayuda de deidades protectoras para curar, adivinar y viajar en el tiempo y en el espacio.
- d) Debe tener la capacidad de caer en éxtasis a voluntad para poder comunicarse con los espíritus, ya como interprete de sus palabras o abandonando su cuerpo para penetrar en el mundo superior en un vuelo extracorpóreo.
- e) El chamán debe de saber usar los “instrumentos” esenciales para llevar a cabo una curación, que por lo regular comprende ropa, atuendos ceremoniales, tambores, sonajas, maracas, máscaras, bastón, cetro o vara mágica y por supuesto el escenario. (Gagan, 2002).

Los elementos para la curación

Para un chamán es preciso conocer la intimidad, el mundo interior que los pacientes manifiestan bajo la presión de un trastorno. Clasifica las enfermedades como un estado de desajuste producido de varias formas:

- 1- Intrusión de espíritus o de objetos de “poder” malignos.
- 2- Pérdida del espíritu, del alma o de su animal de poder.

3- Ruptura de algún tabú o regla del grupo, que puede producir una de las situaciones anteriores.

4- Intervención de un brujo o mago para producir algún tipo de intrusión o pérdida. (Diana, 2004)

La enfermedad llega a tener un valor simbólico y puede significar algo o dar señales de que alguien esta tratando de hacerle daño o ponerlo a prueba.

Para enfrentar lo anterior el chamán realiza varias actividades que buscan curar al paciente, teniendo entre otras:

- 1- Orientan a los demás, aconsejan, guían con sabiduría.
- 2- Se comunican con el mundo de los espíritus y se manejan en éste como en un lugar físico en el cual se puede transitar como en el de todos los días.
- 3- Perciben procesos, mensajes, señales que los demás no captan.
- 4- Vuelven a reconciliar a las personas con su entorno natural para que puedan sentirse de nuevo parte de él.
- 5- Están al tanto de las relaciones de las personas con su grupo social.
- 6- Interpretan sueños y visiones. Viajan a la región onírica (ensueño) para encontrar respuestas. (Diana, 2004)

Llegado el momento, el chamán interviene, en cuatro grandes áreas:

- 1- Prescripción de hierbas; recolección de plantas; preparación de mezclas; pócimas, etc.
- 2- Actuaciones sobre las relaciones interpersonales; dietas; formas de intervención corporal, como masaje.
- 3- Interpretación de situaciones fuera de lo común o extraordinarias, interpretación de visiones, interpretación de los sueños, creación y diseño de amuletos y talismanes.
- 4- Movilización de “energías espirituales” en forma de “canalizaciones o incorporaciones de espíritus; experiencias de viajes a lo desconocido. (Gagan, 2002).

A su vez, estas actividades se clasifican en cuatro niveles o clases de experiencia, entre los que todo mundo fluctúa espontánea o inconscientemente, pero que los chamanes desarrollan a conciencia;

- El sistema físico/objetivo (mundo ordinario)
- El sistema emocional/subjetivo (mundo psicológico)
- El sistema cognitivo/simbólico (mundo de los sueños)
- El sistema holístico/espiritual (mundo existencial) (Diana, 2004)

La curación se inicia con el canto del chamán en donde pide a los dioses le den fuerzas para ayudar a quién está enfrente de él. Posteriormente coloca a la persona dentro de un círculo que esta demarcado con el color blanco; utiliza el tambor el cual toca alrededor de su paciente. Después toma un manojo de hierbas con las cuales empieza a pasar por todo el cuerpo del paciente y al mismo tiempo realiza una “oración” aunque es inteligible. Paso siguiente, toma de una botella de bebida alcohólica su liquido (creo que es agua, aunque algunos dicen que es ron) y lo arroja desde arriba hasta abajo al cliente. Enseguida toma un huevo de gallina y lo pasa por todo el cuerpo, para recoger los malos espíritus que aquejan a la persona y a través de él, eliminarlos.

Con estas actividades el chamán realiza su curación invitando a la persona que regrese para reforzar su trabajo y a la vez entrega un objeto (amuleto) que le servirá de protección contra los espíritus malos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El trabajo del chamán se ve favorecido por las circunstancias que viven un gran número de personas que acuden a él para buscar una solución a sus problemas, en particular los relacionados con enfermedades físicas y mentales, sin darse cuenta que están perdiendo un tiempo valioso para que se pudieran atender de manera más efectiva y en verdad curar sus enfermedades.

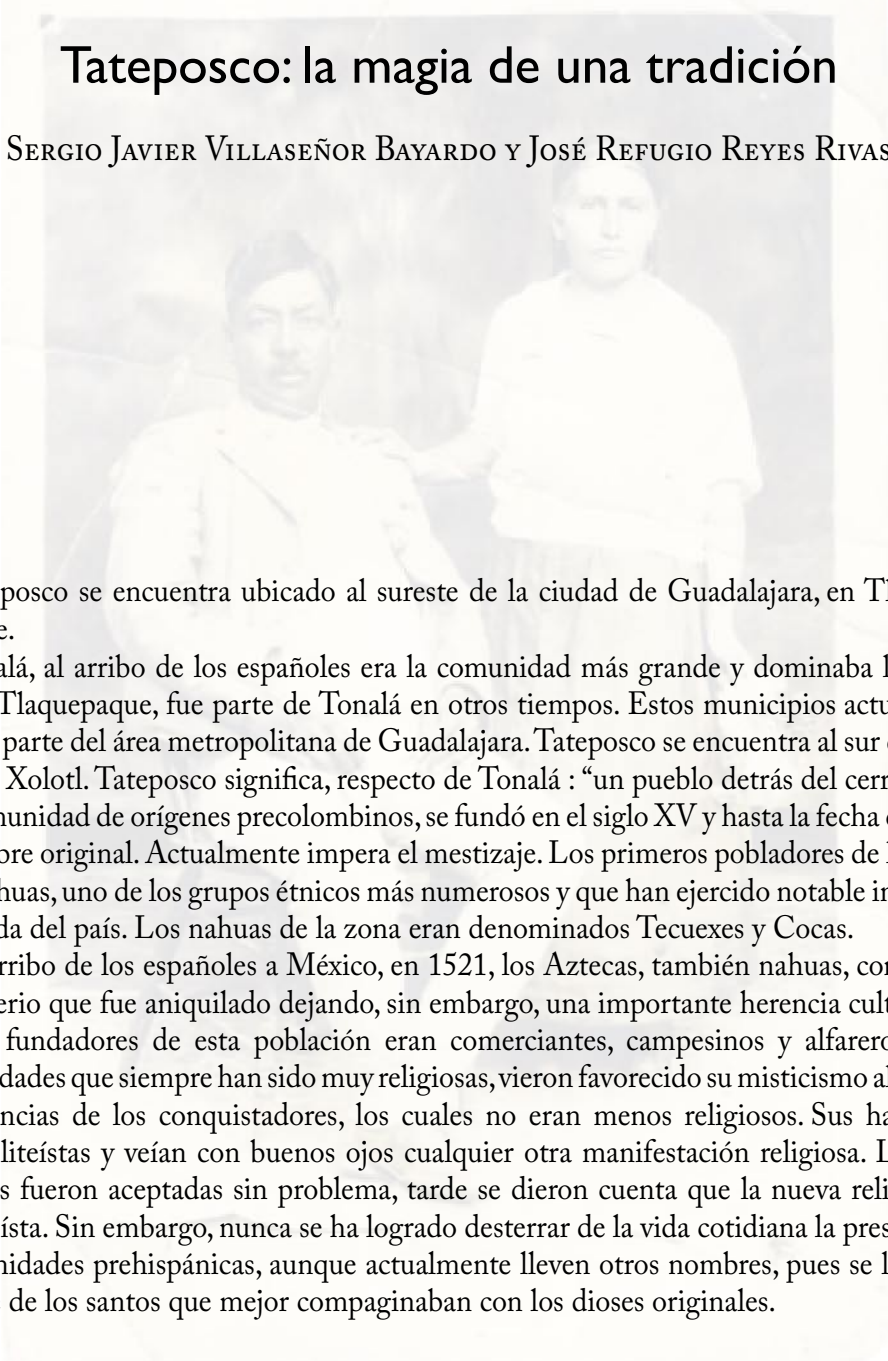
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa, Jean-Patrick: LOS CHAMANES AYER Y HOY. Editorial Siglo XXI, 2003. México, D.F
2. Diana, Julio. CHAMANISMO: SANACIÓN Y CONOCIMIENTO. Editores Mexicanos Unidos. 2004. México D.F
3. Gagan, Jeannette M. VIAJANDO DONDE EL CHAMANISMO Y LA PSICOLOGIA SE ENCUENTRAN. Editorial Tomo, 2002. México, D.F.
4. Hartmann, Frantz: METAFISICA, MEDICINA Y SANACIÓN. Editorial Kier, 1998. Buenos Aires, Argentina.
5. Lagarriga Attias, Isabel. INTENTO DE CARACTERIZACIÓN DEL CHAMANISMO URBANO EN MÉXICO CON EL EJEMPLO DEL ESPIRITUALISMO TRINITARIO MARIANO. En: Lagarriga, Isabel, et al: CHAMANISMO EN LATINOAMERICA. Editorial Plaza y Valdez y Universidad Iberoamericana. 1995. México D.F.
6. Perrin, Michel. LÓGICA CHAMANICA. En: Lagarriga, Isabel, et al: CHAMANISMO EN LATINOAMERICA. Editorial Plaza y Valdez y Universidad Iberoamericana. 1995. México D.F.



Tateposco: la magia de una tradición

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO Y JOSÉ REFUGIO REYES RIVAS



I

Tateposco se encuentra ubicado al sureste de la ciudad de Guadalajara, en Tlaquepaque.

Tonalá, al arribo de los españoles era la comunidad más grande y dominaba la región entera. Tlaquepaque, fue parte de Tonalá en otros tiempos. Estos municipios actualmente forman parte del área metropolitana de Guadalajara. Tateposco se encuentra al sur del cerro del Rey Xolotl. Tateposco significa, respecto de Tonalá : “un pueblo detrás del cerro”.

Comunidad de orígenes precolombinos, se fundó en el siglo XV y hasta la fecha conserva su nombre original. Actualmente impera el mestizaje. Los primeros pobladores de la región eran nahuas, uno de los grupos étnicos más numerosos y que han ejercido notable influencia en la vida del país. Los nahuas de la zona eran denominados Tecuexes y Cocas.

Al arribo de los españoles a México, en 1521, los Aztecas, también nahuas, constituían un imperio que fue aniquilado dejando, sin embargo, una importante herencia cultural.

Los fundadores de esta población eran comerciantes, campesinos y alfareros. Estas comunidades que siempre han sido muy religiosas, vieron favorecido su misticismo al adoptar las creencias de los conquistadores, los cuales no eran menos religiosos. Sus habitantes eran politeístas y veían con buenos ojos cualquier otra manifestación religiosa. Las ideas católicas fueron aceptadas sin problema, tarde se dieron cuenta que la nueva religión era monoteísta. Sin embargo, nunca se ha logrado desterrar de la vida cotidiana la presencia de las divinidades prehispánicas, aunque actualmente lleven otros nombres, pues se les dio el nombre de los santos que mejor compaginaban con los dioses originales.

II

Las pastorelas en América Latina, fueron empleadas por los frailes o religiosos para (hacer la verdadera conquista, la cultural) inculcar la fe católica en los nativos. Una vez cubierto este objetivo los participantes comenzaron a recrear la tradición enriqueciéndola constantemente. La pastorela, está integrada por personajes de diversas edades, (todos representan personajes que son adultos, dentro de la trama pastoril) cuyo

objetivo, como en la tradición católica, es llegar a Belén a adorar al niño Dios, pero en su camino se tropiezan con las representaciones del mal. Los pastores, ayudados por el arcángel Miguel, salen bien librados de esta situación logrando cumplir su objetivo.

La “pastorela” es un género literario que escenifica la eterna lucha entre el bien y el mal. El Arcángel San Miguel que representa al poder de Dios en la tierra, y el mal corresponde a Luzbel y a Asmodeo (Asmodeo, un desdoblamiento de Luzbel) que representan a ángeles caídos. Además participa la “tentación” que representa el poder de seducción femenino. Estas fuerzas luchan por convencer a los humanos de su verdad.

III

El ritual anual: La pastorela tiene por integrantes a los organizadores. Los actores, el ensayador y los músicos en el escenario.

Los organizadores son llamados “capitanes”. Los cuales la mayoría de las ocasiones, adquieren el compromiso de manera aleatoria, a veces bajo el influjo de la levadura de cerveza o de un destilado de agave. En otros casos, los capitanes se auto-eligen de manera premeditada aunque siempre cuenta la experiencia previa que ellos o sus familiares tengan. Actualmente están programados capitanes por lo menos para los siguientes tres años.

Tradicionalmente son 16 organizadores, los cuales tienen un año para cumplir su compromiso, motivo de orgullo, pues indica que son personas importantes de la localidad. Los capitanes patrocinan la celebración y opera en ellos un profundo sentimiento religioso que los insta a no escatimar tiempo ni gastos. En ocasiones llegan a sacrificar su propio empleo con tal de sacar delante de manera digna esta ceremonia. Los capitanes y la población en general, están convencidos de que este gran gasto, en realidad significa un ahorro pues ni ellos ni su familia enfermarán de gravedad durante el año venidero. La comunidad considera que esta maniobra profiláctica la garantiza el poder protector del niño Dios.

IV

Los actores. Ardua tarea es escoger “pastores”. Siempre los mejores. Estos son niños de entre 8 y 12 años de edad. Se escogen para representar personajes de adultos con la intención de que sus cantos sean agudos y entonados. No así para los personajes cuyo valor en la pastorela es más teatral como “el rancho”, “el ermitaño”, Luzbel, Asmodeo y La tentación; de quienes se requiere una voz fuerte por lo que son representados por adultos. Los pastores son: dos niñas llamadas Gilas, (Estas son las primeras voces, el resto, incluso los adultos son el coro) una india y un indio, un “bato”, individuo que representa a la pareja de una de las Gilas quienes escenifican los problemas cotidianos de una pareja de Tateposco, un “bartolo” que representa a un anciano flojo que sólo desea comer y dormir, y finalmente 6 niños que representan a los jóvenes pastores que hacen el trabajo pesado. Todos juegan y se divierten tomando partido en los problemas de “bato” y “gila”. Las dos “gilas” símbolo del matriarcado encabezan la caravana, indican cuando se ha de descansar, preparan comida y dan órdenes de cuándo partir. Sus diálogos siempre versan sobre la marcha, con un andar sugerido, teatral. Escenográficamente los pastores se organizan en dos filas iguales, dirigidas cada una por una “gila”, con 7 personajes a la usanza tradicional de las representaciones

teatrales donde el público puede observar desde cualquiera de los puntos cardinales como en el teatro romano.

El “ranchero” es un personaje típico que todavía en el extranjero se identifica como el prototipo de mexicano aunque los mexicanos no lo creamos así. El ermitaño es el personaje esquizoide que está en íntimo contacto con lo místico y que sin embargo también se siente tentado por la seducción de la dama denominada la “tentación” pero gracias a su sapiencia distingue el bien del mal.

Los “toros” representados por dos adultos, muchas veces son designados por el capitán primero y en otras ocasiones, ellos solicitan al capitán primero su anuencia, para pagar una “manda” representando a alguno de estos. Los “toros” se encargan de la disciplina de los pastores, puesto que éstos últimos, aun en la representación de su personaje, siguen siendo niños inquietos. También se encargan de proveerles de alimentos ya que durante ocho días desde las 8 de la mañana hasta las 6 de la tarde los actores representan la “farsa” tres veces al día. Si se enferman les administran medicamentos. Su vestimenta es peculiar.

Los “toros” traen múltiples campanas atadas a la cintura que al andar hace evidente su presencia, además portan una vejiga de bovino, inflada y desecada que utilizan constantemente como instrumento musical divirtiendo a chicos y a grandes con su singular sonido de tambor. Los toros en el ambiente de la farsa son llamados con un: ¡Oh! Un sonido de este tipo, para detenerlos, les indica a ellos, que alguien les requiere para servir comida o alguna bebida a los integrantes de la pastorela o al público asistente.

V

El compromiso inicia la noche del día primero del año. Sus familiares y amigos les tienen preparadas un par de velas a cada uno. Las velas serán encendidas al caer la noche y con ellas en mano caminarán por las calles de la comunidad alumbrando la oscuridad en una romería de inicio de año, (El calendario de Rodríguez en su guía de festividades religiosas comienza con la romería nocturna de San José de Tateposco) acompañados de tiernos villancicos y añejos a la vez, improvisada música vernácula y la armonía de cascabeles y campanas múltiples. Al decir múltiples nos referimos a los cascabeles y campanas que utilizan los actores: en los pies de los “indios”, en los báculos de los “pastores” y en las correas de los “toros” que incesantes suenan animados por la kinesia de la mística local. Esta mística particular tiene que ver con las creencias judeo-cristianas del orbe entero pero se colorea con el sincretismo religioso de la localidad de San José Tateposco y también de las poblaciones del oriente de la ciudad de Guadalajara, a saber: San Martín de las Flores, San Gaspar, Coyula, Zalatitán, Tetlán, Santa Cruz de las Huertas y el Rosario. Esta parte de Jalisco tan próxima a la ciudad, nutre cotidianamente, una tradición ancestral que no escatima costos ni tiempo. La tradición y los personajes huelen a barro y saben a cántaro nuevo.

Mientras unos cumplen con un compromiso, otros lo adquieren perpetuando de esta manera la tradición.

Los dos principales; capitán primero y capitán segundo embriagados todos, (unos de misticismo otros de etanol) escuchando el cantar de los “pastores” que se ganaron un lugar por su fama de ser los más eufónicos de la región. Los “pastores” van engalanados con sus sombreros de lana, otrora adornados con plumas de pavo, mismos que unos días antes, apenas los indispensables, estaban gorjeando en los caminos y los corrales vecinos. Los

pastores llevan atuendos de vivos colores, adornados por las manos amorosas de costureras hábiles, casi siempre madres de los pastores que robándole tiempo al sueño, bordan con chaquira o lentejuela las ilusiones que atadas a los trajes serán lucidas cada día.

Desde la noche de Navidad hasta el día de Año Nuevo.

¡Más fervor no se puede ver!

VI

El ritual. La pastorela tiene una culminación grandiosa: el día 24 de diciembre la imagen del niño Dios es llevada de la capilla antigua del pueblo, a la casa del capitán por todos los miembros de la comunidad; encabezados por capitanes, pastores y toros, acompañados por música en vivo.

Después de la primera representación de la pastorela, la única que se hace en la noche, la comitiva y la imagen regresan a la media noche a celebrar una “misa de gallo”, en la capilla, sede del Niño dios.

Las representaciones de “la farsa” inician en la capilla todas las mañanas, a las 8:00 horas entonando los villancicos que se cantan durante toda la representación, que dura aproximadamente 2.5 a 3 horas. En la iglesia se entonan solo los cantos.

De la capilla parten a la casa del capitán encomendado para invitar el desayuno, después hacen la primera representación.

El capitán que otorga el desayuno, es gratificado con una representación, el que ofrece la comida, por ese hecho se hace acreedor a dos representaciones. Por la tarde allí donde comen vuelven a representar la pastorela. Esta es más entretenida y preferida por los capitanes y el público. Frecuentemente les alcanza la noche. Al terminar la función los toros vigilan que los niños lleguen a sus casas con bien.

La noche del primero de Enero, una romería por el perímetro de Tateposco, entonando cantos navideños y alumbrándose con velas recorre las calles del pueblo llevando orgullosa y devotamente a la imagen del niño dios. Esta imagen sólo puede ser cargada por el primer y el segundo de los 16 capitanes que han sabido ganarse ese honor. Incluso las personas que han emigrado a otros países en busca de trabajo solicitan con anticipación el privilegio de ser capitanes.

Al acercarse la comitiva a la entrada del templo es sorprendente ver a una gran cantidad de personas de todas las edades que humildemente solicitan al niño dios sus favores. Esta parte del ritual ya ha sucedido durante todo el trayecto, solo que aquí la solicitud es más densa. Diríase que es el pueblo entero de hinojos. La comunidad cree que si la imagen es pasada sobre ellos, ésta los protegerá de todos los males y de las enfermedades, purificándolos una vez más. La gente se coloca acostada en el suelo o de rodillas, frente a la iglesia en una larga fila que será recorrida por el niño dios y sus bendiciones. Para la comunidad no hay nada comparado a esta protección contra las enfermedades. Este ritual sobrepasa cualquier diferencia entre la medicina alópata y la tradicional.

VII

Respecto a los itinerarios terapéuticos, existe una marcada división entre los que solicitan atención médica moderna y los que piden asistencia de los renombrados médicos tradicionales del poblado. La fama de los médicos tradicionales se debe a la oportuna y eficaz respuesta que ofrecen ante una demanda favorecida por la herencia ancestral de estos recursos y a su accesibilidad.

Entre las principales enfermedades que los médicos tradicionales tratan se encuentran: El “susto”, el “mal de ojo”, el “empacho” y los embrujos. También contra estas enfermedades puede protegerse la gente gracias al ritual mencionado puesto que tales enfermedades son consideradas como parte del mal y el niño Dios representa el bien.

Lo anterior es un claro ejemplo de cómo la experiencia de la enfermedad está estrechamente vinculada con la cultura y la religión.

Es evidente una capacidad organizativa innata que no se da en otras circunstancias, por ejemplo; con fines políticos.





Simposia
Cultura y desastres







Migración y guerra: los costos psiquiátricos para Latinoamérica

DR. MOISÉS ROZANES TASSLER

Las intervenciones militares de Estados Unidos en diversas regiones del mundo han generado efectos importantes en la salud mental y patología psiquiátrica en la sociedad norteamericana. Los atentados del 11 de septiembre de 2001 modificaron la percepción de la guerra al demostrar la vulnerabilidad ciudadana frente al terrorismo. Esta novedad resultó traumática y sus consecuencias parecen irreversibles.

El gobierno de George Bush se vio obligado a reconocer una demanda apremiante y creciente de servicios psiquiátricos entre sus fuerzas militares.

Mientras tanto el flujo migratorio de hombres y mujeres provenientes de Latinoamérica en busca del “sueño americano” no se detiene. La condición de “ilegal” lleva a muchos a buscar la residencia enlistándose en el ejército de ese país. Habitualmente, los soldados de más bajo rango son asignados a misiones de combate de alto riesgo y no siempre con la mejor preparación. Las probabilidades de sufrir daños graves a la salud física y mental son muy elevadas.

En el presente trabajo se hace una revisión bibliográfica y tiene como principal objetivo señalar los riesgos y costos psiquiátricos para Latinoamérica consecuentes a las guerras de Estados Unidos. Un segundo objetivo es plantear estrategias de prevención, atención y rehabilitación para las personas afectadas y sus familias.

Es fundamental que la psiquiatría en las Américas adopte un papel activo para contender con los costos derivados de la migración expuesta a los efectos traumáticos de la guerra.

Eve of Destruction
The eastern world, it is exploding
Violence flarin', bullets loadin'
You're old enough to kill, but not for votin'
You don't believe in war, but what's that gun you're totin'
And even the Jordan River has bodies floatin'
But you tell me
Over and over and over again, my friend
Ah, you don't believe
We're on the eve
of destruction.

1.- Ningún grupo étnico ha engrosado tan rápidamente las filas del ejército de Estados Unidos en los tiempos recientes como el llamado “latino o hispanico”. Aún cuando los latinos tienen una baja representación en las fuerzas armadas norteamericanas, ésta ha aumentado un 30% en los últimos quince años, al tiempo que el conjunto del personal militar ha disminuido en 23%. Cabe destacar que la mayoría de residentes temporales reclutados por el ejército norteamericano recientemente es de origen mexicano.

Desde que el presidente de ese país en 2003 ofreció la legalización migratoria de aquellos reclutas que hubieran combatido en los frentes de Irak o Afganistán los efectos no se hicieron esperar. A partir de entonces, el porcentaje de latinos reclutados se elevó ostensiblemente (15.2%) alcanzando la cifra de 23,190 nuevos combatientes en 2004. Ese mismo año, mil trescientos soldados hicieron solicitud para obtener la ciudadanía, mientras que durante el período previo solo se presentaron trescientas solicitudes.

En el ejército uno de cada diez soldados contabilizados es latino, mientras que en la fuerza aérea donde se recibe el mejor adiestramiento la participación latina es ostensiblemente menor (5.6 %). Entre los Marines, quienes son los encargados de las operaciones más riesgosas, los latinos conformaron - ni más ni menos - que el 14% del total.

Hay que resaltar que uno de los “beneficios” de la oferta presidencial es que cuando un soldado es abatido en combate, puede recibir la ciudadanía norteamericana – aunque sea de manera póstuma -, al tiempo que sus familiares cercanos dejan de ser ilegales. Tan sólo en 2005, cincuenta y nueve cadáveres obtuvieron la ciudadanía con honores militares. Ese mismo años 39,000 soldados combatieron siendo inmigrantes ilegales.

Desde el inicio de la guerra en Irak y Afganistán los medios de comunicación mostraron evidencias de que fueron soldados latinos los primeros prisioneros y también los primeros en caer combatiendo.³

En un estudio periodístico (2003) en que se analizó un centenar de muertes identificadas por el Departamento de Defensa de E.U., se reportó que “los hispanicos caídos pudieran estar sobre-representados en estas guerras”. De acuerdo a un “balance étnico” quedó claro que mientras el 14.3% de los soldados fallecidos tenía apellido latino, solamente 9% de los militares norteamericanos se identificó como tal, mostrando la sobre-exposición al peligro de los latinos aún cuando representan únicamente el 13% de la población civil de aquel país. Estos datos llaman la atención pues contrastan con el hecho de que durante la Segunda Guerra Mundial, fueron pocos los latinos enviados al frente.²

En 2003 el Departamento de Defensa de E.U. realizó un sondeo para conocer la motivación de la incorporación militar. Los jóvenes latinos entre 18 y 24 años de edad, mostraron “mayor propensión para ir a la guerra”, en comparación con jóvenes afro-americanos y blancos.¹ También destacaron un orgullo nacionalista y adujeron motivos de “honor, patriotismo, servicio a la patria y cumplimiento del deber”. Los padres y las madres de los soldados latinos encuestados, en su mayoría aseguraron haber recomendado a sus hijos “cumplir con el servicio militar como una forma de combatir el terrorismo”.

Los asiáticos en contraste, de manera pragmática, decían estar interesados en adquirir destrezas laborales y los afro-americanos solicitaban el pago de colegiatura universitaria, mientras que los blancos sentían atracción por la aventura.

2.- ¿Cuántos veteranos de la guerra actual de Irak y Afganistán, hombres y mujeres jóvenes, cuyas raíces étnicas y culturales se encuentran al sur del Río Bravo, decidirán en un futuro radicar temporal o definitivamente en algún país latinoamericano? ¿Están preparados los

servicios de salud de las Américas para contender con las muy probables crisis de salud mental personales y familiares que pudieran presentarse? ¿Resulta prematuro o exagerado hacer esta consideración?

A finales de 2006, aproximadamente 631,000 soldados norteamericanos recibieron licencia para regresar a casa. Más de un tercio presentó enfermedades mentales importantes; es decir, alrededor de 200,000 veteranos fueron diagnosticados con algún problema de salud mental, siendo el estrés postraumático (TEPT) y los síndromes afectivos los trastornos más comúnmente identificados. Sin embargo, muchos otros soldados que no recibieron diagnósticos psiquiátricos específicos presentaron varios síntomas típicos de estrés.

Es común que los veteranos presenten problemas de salud mental varios meses después de su regreso a casa, y no al poco tiempo de abandonar el campo de batalla. Con el paso de los días aumentan al doble las probabilidades de sufrir alteraciones emocionales graves. Al principio los soldados suelen sentirse felices de estar de regreso. Sin embargo, al cabo de algunas semanas, mientras buscan restablecer las relaciones familiares y sociales, el estrés cotidiano comienza a mezclarse con el impacto psicológico de la guerra.

En los casos más severos del TEPT los síntomas pueden extenderse durante períodos extremadamente prolongados. Las manifestaciones clínicas más comunes son: insomnio, ansiedad intensa ante señales que recuerdan o sugieren el evento traumático, aparición súbita de ideas, imágenes, sonidos y sensaciones muy perturbadoras, irritabilidad desproporcionada, dificultad para lograr la concentración, disminución en el interés hacia actividades previamente significativas, pesadillas recurrentes vinculadas con el trauma, conducta de evitación hacia situaciones y lugares relacionados con los eventos traumáticos, empobrecimiento o falta de expectativas vitales hacia el futuro, aislamiento social, esfuerzo por evitar pensamientos y conversaciones sobre temas vinculados, inapetencia, estado permanente de suspicacia, sobresaltos frecuentes, sensaciones repentinas en que se revive la experiencia del trauma, aplanamiento generalizado del afecto, incapacidad o dificultad para recordar los eventos, etc.. También es común que estas personas se sientan tristes, sin deseos sexuales, con labilidad afectiva y abusen de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas. 6 Eso sin contar con el rechazo del resto de la sociedad, la dificultad para adaptarse a la vida cotidiana, la sensación de no pertenencia y el sufrimiento pertinaz ante la imposibilidad de modificar el pasado reciente.

Sin dejar de comprender y asumir la diferencia entre causalidad y correlación es importante señalar el elevado riesgo que existe, entre personas con TEPT, a presentar conductas sumamente disruptivas relacionadas con sus experiencias de guerra. En este sentido resulta importante la investigación publicada por *The New York Times* acerca de 121 casos jurídicos de homicidios cometidos en años recientes en los que participaron veteranos de la guerra en Irak y Afganistán. Pero más importante aún, resulta para los latinoamericanos, constatar que del total de crímenes analizados una sexta parte, al menos, compromete a ciudadanos norteamericanos cuyo apellido es latino. He aquí algunos:

- Jorge Aguilar recibió entrenamiento con los Marines. En noviembre de 2006, Mr. Aguilar se declaró culpable de haber asesinado a su pequeño hijo golpeándole la cabeza. Aunque este hombre ya había sido acusado por abuso infantil, su proceso legal fue postergado en virtud de que el ejército decidió enviarlo - por segunda ocasión - a combatir.
- Ricardo Cortez de 24 años, se desempeñaba como practicante médico en la armada. A inicios del año pasado se dio de baja y participó en algunas protestas contra la guerra. En

una ocasión previa aceptó ante el juez su culpabilidad por haber golpeado a su esposa quien había declarado que Ricardo padecía depresión y estrés postraumático a raíz de la guerra en Irak. Hoy ella está muerta y Mr. Cortez acusado de haberla asesinado. Ella tenía veintiún años, estaba embarazada y además era sobreviviente de un largo tratamiento por leucemia. Ricardo Cortez hasta la fecha se ha declarado inocente.

- Raúl Rojo García combatió en Afganistán con los Marines donde usó armas de alto poder exclusivas del ejército norteamericano. Hace cuatro años, en medio de una discusión, le disparó a su compañera un tiro en el cuello. Mr. Rojo tenía antecedentes de violencia doméstica. Ahora tendrá que pasar los próximos cuarenta años en prisión.
- David Ponce Ledezma después de haber combatido en Irak fue enviado de regreso a su hogar en California, a pasar una temporada. Días antes de ser trasladado nuevamente al frente, impactó su auto contra otro en el que viajaban dos muchachas adolescentes de apellidos Benavides y Luján. Ambas fallecieron debido al choque. Mr. Ponce, sin embargo, se ha declarado inocente ante la corte por el cargo de homicidio bajo los efectos del alcohol.
- Eusebia Aragón Estrada, madre de 27 años, murió en un accidente automovilístico en Texas hace poco más de un año. El conductor del otro vehículo era Eric Mercado quien había estado combatiendo en Irak en tres ocasiones consecutivas. Su abogado defensor, Héctor Villareal, declaró que su cliente acostumbraba “auto-medicarse” con bebidas alcohólicas con el fin de atenuar los síntomas de TEPT que padecía. Por su parte, Mr. Mercado se declaró inocente de homicidio en estado de intoxicación.
- Hace poco menos de seis años Rigoberto Nieves, miembro de las Fuerzas Especiales regresó a su país precipitadamente con el fin de arreglar asuntos personales. Dos días después a su arribo, asesinó a su esposa Teresa de un tiro y con la misma arma se quitó la vida. En un lapso de tan solo seis semanas, éste fue uno de los cuatro asesinatos de mujeres casadas con soldados en el mismo cuartel militar. Tres de ellos habían regresado de Afganistán.⁵

3.- Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial (2007), México es el líder mundial en expulsión de emigrantes. En las últimas décadas han cruzado la frontera norte cerca de doce millones de mexicanos. Esta cifra representa aproximadamente el 11% de la población, a razón de 644,361 individuos que abandonan anualmente nuestro país.⁸

Para un número considerable de personas lo complejo de la experiencia migratoria aumenta el riesgo de desencadenar comportamientos riesgosos y disruptivos, los cuales van de la mano con el desmantelamiento progresivo de las redes familiares y sociales. El costo interno, en términos de salud mental, para una sociedad que continuamente desaprovecha y pierde buena parte de su población joven en edades productivas, ya es significativo.

¿Pero qué sucede con aquellos individuos que ya son inmigrantes, legales o ilegales, dentro de la sociedad norteamericana?

Un estudio epidemiológico encontró que los inmigrantes recientes en Estados Unidos tienen menos trastornos mentales que sus hijos e hijas nacidos en ese país; y particularmente, entre los inmigrantes latinos, los problemas por abuso de drogas, los trastornos mentales y el uso de servicios psiquiátricos son menores, sobre todo entre aquellos cuyo nivel en el dominio del inglés es pobre. Estos datos apuntan hacia un incremento en el riesgo en salud

mental en la medida en que los emigrantes van experimentando el proceso de aculturación con el paso del tiempo y la etapa generacional.

Sin embargo, otro estudio señala que casi la tercera parte de los mexicano-norteamericanos abandonan los estudios en el nivel secundario, mientras que entre el grupo de nuevos inmigrantes la deserción escolar se eleva al doble. De ahí que la falta de una buena educación y la consiguiente desventaja a la hora de competir por los empleos mejor remunerados sean algunos de los factores que impulsan al sector latino hacia las carreras militares, a sabiendas del peligro que implica la guerra.

En una encuesta realizada a población latina en Estados Unidos, hace un par de años, se encontró que más de la mitad considera que las intervenciones en Irak y Afganistán son un error y además desea que las tropas norteamericanas regresen a casa. No obstante, la cuarta parte de los encuestados declaró estar de acuerdo con la participación de sus tropas en esa guerra, lo cual muestra actitudes ambivalentes y confusas.⁷

4.- Si se toma en cuenta que tan solo durante el año 2005, más de 300,000 veteranos de guerra fueron internados en hospitales psiquiátricos, que además otros 50,000 solicitaron consulta debido a trastornos psiquiátricos y que casi uno de cada diez de los veteranos latinos presentó algún problema mental importante,⁴ no debiera sorprender que en un futuro próximo los países latinoamericanos estarán expuestos a los probables comportamientos disruptivos de emigrantes veteranos de guerra, que tal vez regresen a sus comunidades de origen con trastornos psiquiátricos severos y en donde actualmente no existe la capacidad de servicios de salud mental para contender con dicha situación.

Por ello resulta apremiante abrir espacios a la capacitación de personal especializado en salud mental para casos de veteranos de guerra en los países de la región de las Américas. Sería un error creer que dicho problema solamente afecta a la población que vive dentro de Estados Unidos y, que por tanto, únicamente a sus autoridades compete lidiar con el problema de los costos psiquiátricos de una guerra promovida por el gobierno norteamericano, pero librada en parte a expensas de las vidas y la salud de cientos de miles de jóvenes latinoamericanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defense Department; print edition of U.S. News & World Report; April 14, 2003.
2. Hargrove T.: "Conflict with Iraq: Study shows 20 percent of war deaths are blacks"; Scripps Howard News Service; April 12, 2003.
3. Pew Research Center for the People & the Press: Survey Reports; February 20, 2003
4. Smith T: Trauma's Toll: Mental-health providers work to get veterans care for PTSD; Media General News Service; Sept. 25, 2007
5. Sontag D.; Alvarez L.: War torn; The New York Times; January-February, 2008
6. Sutker PB, Allain AN Jr, Winstead DK. Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. *Am J Psychiatry* 1993;150(2):240-5
7. www.pewhispanic.org: Fact Sheet: Latinos and the War in Iraq; Jan. 4, 2007
8. www.worldbank.org/prospects/migrationandremittances





Simposia
Depresión, adolescencia y cultura







Les scarifications : la douleur de devenir femme

MANUELLA DE LUCA, PIERRE CHENIVESSE, SANTIAGO RIASCOS



INTRODUCTION

Les scarifications se rencontrent principalement chez des jeunes filles adolescentes ou jeunes adultes. Elles font l'objet d'un intérêt croissant tant au niveau scientifique que médiatique en raison notamment de l'énigme dont elles sont porteuses, qui nous met face à la question de notre propre destructivité.

L'acte de se scarifier conduit à réaliser une incision suffisamment profonde pour provoquer un saignement. Les scarifications sont définies dans le grand dictionnaire Robert comme une "incision superficielle de la peau ou des muqueuses, pratiquée pour provoquer un écoulement de sang ou de sérosité". Elles appartiennent au cadre plus général de automutilations qui sont "toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes". Il existe plusieurs types d'automutilation. Les scarifications font partie des automutilations déviantes, de la sous catégorie d'automutilation de type modéré et superficiel. [1]

Aux USA, les scarifications font l'objet de nombreuses publications car elles sont fréquentes dans la population féminine dans laquelle on estime que plus de 3 millions de jeunes femmes ont régulièrement recours aux scarifications [1].

En France, l'intérêt pour les scarifications est moindre et il se focalise sur des investigations dans des populations spécifiques : population carcérale, population psychiatrique chez l'adulte, population psychotique ou autiste chez l'enfant et enfin chez les adolescents. Des études épidémiologiques en population générale ont été réalisées dans les pays anglo-saxons, aux USA la prévalence dans la population varie de 1 à 4%, en France les seules études épidémiologiques disponibles concernent des populations d'adolescents hospitalisés et la prévalence varie de 30 à 61% [2]. La prédominance féminine est retrouvée dans presque toutes les études et oscille entre 70 et 97% selon les auteurs [3].

Les scarifications, qui sont des attaques du corps post-pubère nous apparaissent, chez certaines jeunes filles comme la manifestation d'une difficulté, voire d'une douleur à intégrer le féminin dans la construction de leur identité de femme. Après un bref rappel concernant la place de l'économie narcissique et masochique chez les jeunes femmes ayant recours aux scarifications, nous présenterons une partie des premiers résultats, d'une recherche sur les scarifications, réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat de psychopathologie clinique

menée sous la direction de Madame le professeur C. Chabert à l'université de Paris V, mettant en avant la douleur à intégrer psychiquement le féminin et la difficulté à devenir une femme.

Quelques repères théoriques: Narcissisme, masochisme et pulsion de mort ...

Le corps de la femme, dans les cultures occidentales où l'image occupe une place prépondérante apparaît particulièrement exposé notamment médiatiquement. Les troubles des conduites centrées sur le corps apparaissent comme une réponse à une surexposition qui vient faire effraction et dépasser les capacités d'adaptation de certaines adolescentes. Les scarifications s'inscrivent dans cette dynamique au même titre que les troubles des conduites alimentaires.

Les scarifications constituent des attaques corporelles répétées. Il s'agit de provoquer une incision, incision assez profonde pour permettre un écoulement sanguin. Il doit être suffisant pour apporter un soulagement qui permet l'arrêt des scarifications. L'incision a également pour conséquence de laisser une marque, cicatrice blanchâtre plus ou moins nette en fonction de l'objet utilisé pour se couper.

Le passage à l'acte apparaît au cœur de l'acte scarificatoire, il s'agit d'attaques contre le corps et plus particulièrement contre un corps post-pubère féminin. La lecture psychopathologique des scarifications ainsi, ne peut pas être dissociée du moment où elles surviennent. Il faut donc intégrer dans nos hypothèses les contraintes spécifiques du passage au statut de femme et à celui d'adulte.

Le moment privilégié de survenue de ces conduites à l'adolescence, met en avant la fragilité narcissique de ces jeunes filles qui doivent faire face à l'accroissement pulsionnel pubertaire. La puberté, du fait de la fragilité narcissique qu'elle va d'ailleurs accroître, met à jour la question de l'identité féminine : comment supporter la passivité, comment se connaître et se reconnaître comme femme ? Le narcissisme, qui met en tension le corps et la psyché, apparaît comme un élément central dans la compréhension des scarifications. L'atteinte corporelle y est double : une incision faite sur la peau qui permet d'avoir accès à « l'intérieur » du corps, l'écoulement sanguin étant la manifestation de cette atteinte en profondeur, et une cicatrice, marque laissée de manière définitive sur le corps. De nouveau l'enjeu est narcissique : il s'agit de voir, de se voir, de voir pour exister, de voir pour se trouver, voire pour se retrouver. Tel Narcisse se penchant à la surface de l'eau, les jeunes femmes peuvent se reconnaître à travers leurs scarifications, pour finalement se perdre dans une contemplation à l'infini.

Le narcissisme est porteur d'une double polarité pulsionnelle qui s'exprime en termes de narcissisme de mort chez A. Green [4] ou d'anti-narcissisme chez F. Pasche [5]. Les scarifications s'inscrivent elles aussi dans cette double polarité : mouvement de liaison induit par Eros qui s'accompagne d'une figuration de la douleur sur le corps, d'un marquage identitaire, d'un passage du narcissique à l'objectal comme le propose Freud [6] et à l'inverse mouvement de déliaison, où Thanatos se manifeste dans une répétition, sans figuration ni inscription.

La menace narcissique est évitée et le masochisme dans sa capacité à faire diversion (la ruse masochiste qui le fait devenir gardien de la vie selon B. Rosenberg [7]) peut être un recours, recours temporaire car tout aussi dangereux à terme. Les scarifications, à travers la problématique masochiste qui les sous-tend, rendent compte d'une lutte entre pulsions de vie et de mort. Plusieurs dimensions du masochisme vont être à l'œuvre dans les scarifications.

Le masochisme originaire, selon la terminologie de J. Laplanche [8], masochisme sous le primat de l'autre et de l'effraction par les premiers soins maternels et le masochisme moral et féminin décrit par Freud [9] qui vont rendre compte des liens complexes qui existent avec la douleur dans les scarifications.

Dans la plupart des cas, se scarifier, pour ces jeunes femmes, ne génère pas de douleur. La douleur physique est absente au moment de la coupure, elle apparaît à distance, lors des soins. Se rejoue alors l'effraction subie lors des premiers soins maternels, qui en raison de leur dépendance à l'objet primaire, les a laissée dans un état de détresse. Il s'agit ici de s'en affranchir en investissant le percept ce qui renforce les limites corporelles et le Moi, et le protégé de la désintégration.

Certaines jeunes femmes recherchent la douleur à travers ces conduites auto vulnérantes, tout en déniaient souffrir au moment des incisions. La douleur est recherchée, car source d'apaisement : il s'agit d'une douleur érotisée par l'action du masochisme moral. Dans un mouvement de double retournement contre soi et en son contraire, elles s'engagent dans des conduites d'autodestruction, pour mieux attiser les foudres du surmoi et ainsi obtenir une punition où la douleur est érotisée. On peut à l'occasion d'entretiens psychothérapeutiques retrouver les fantasmes décrit par Freud dans « Un enfant est battu » [10], où être battu équivaut à être aimé.

Le masochisme féminin est par essence à l'œuvre dans les scarifications d'une population majoritairement féminine. L'hypothèse que nous développerons, lie les scarifications à l'acceptation de la féminité. Les premières psychanalystes, M. Bonaparte [11], H. Deutsch [12] notamment, faisaient de la douleur une condition de la vie des femmes. Ces douleurs commençaient avec les règles pour se poursuivre avec les rapports sexuels et finir avec l'accouchement. On peut alors voir dans ces incisions sanglantes à la fois un simulacre de féminité où sang et douleur se mêlent étroitement, preuve manifeste d'une féminité refusée par ailleurs (ces jeunes femmes rejettent leurs règles avec force), mais aussi un mouvement de sortie de cette représentation archaïque de la féminité.

En effet, le masochisme féminin se caractérise aussi par une tendance à la passivité [9]. En se coupant ces jeunes femmes agissent, elles sortent d'une passivité qu'elle subissent douloureusement, elles tentent d'être une femme en provoquant douleur et saignement.

Les modalités masochistes, à l'œuvre dans les scarifications, peuvent aussi jouer ce rôle de « gardien de la vie » et déboucher sur un changement psychique. En effet, elles permettent à certaines jeunes femmes de renforcer leur narcissisme fragilisé, de faire émerger une nouvelle identité et enfin de mettre à distance un objet oedipien et une culpabilité trop menaçants dans une liaison « bien tempérée » entre un narcissisme secondarisé et un masochisme gardien de la vie [7].

DU FÉMININ À LA FÉMINITÉ ENTRE LEURRE, MASCARADE ET CHANGEMENT

Les scarifications s'intègrent pour la majorité des auteurs, au cadre plus général des automutilations ou des conduites auto-vulnérantes. Elles sont très largement prédominantes chez des jeunes femmes en fin d'adolescence et dans les premières années de leur vie d'adulte.

On peut faire l'hypothèse comme nous le disions précédemment, que cette surreprésentation féminine de même que les modalités opératoires particulières des scarifications, rendent compte à fois d'un refus du féminin et d'une tentative d'accès à la féminité.

La plupart des jeunes femmes ayant recours expriment un dégoût, une honte voire une horreur de leur féminité. En se coupant et en faisant apparaître un sang propre, non souillé, contrairement à celui du sang règles du fait de la proximité cloacale, on peut voir à la fois un renversement du passif en actif, et une tentative de « faire la femme » à défaut de pouvoir accepter d'en « être une ». Cette opposition s'appuie sur ce que Winnicott [13], définit comme le « féminin pur » qui se traduit pour le bébé dans sa capacité à être sa mère, et qui sera suivi du « masculin pur », capacité à avoir ce qu'il n'a pas, mais cette fois en agissant.

La féminité peut se comprendre comme une modalité défensive. La féminité se construit comme un leurre pour détourner le regard de l'homme de la béance du sexe de la femme et lui donner à voir un corps, un objet total de séduction, rehaussé de vêtements, de maquillage, de bijoux. Les scarifications vont avoir cette fonction pour la jeune femme, attirer et détourner son regard de la béance de son sexe qu'elle perçoit comme une menace à son intégrité. Les incisions et les coupures sont autant d'artifices qui parent le corps d'une dimension esthétique permettant un renforcement narcissique qui éloigne la menace d'une béance sur un intérieur non représentable.

Les jeunes filles qui pratiquent régulièrement les scarifications mettent en avant leur aspect esthétique : les coupures sont régulières, localisées à des endroits facilement visibles pour elles et facilement cachées au regard des autres. Elles s'accompagnent aussi de tatouages et de piercings qui complètent la transformation vers un corps plus beau que l'on peut enfin faire sien.

Cependant, il ne s'agit que d'une modalité défensive pour tenter d'accepter l'inacceptable, un corps châtré qui n'est pas pensé comme un corps de femme. J. Rivière, attribuait à la féminité cette valeur défensive qu'elle qualifiait de mascarade parce que « la féminité est utilisée comme moyen de limiter l'angoisse plutôt que mode primaire de jouissance sexuelle » [14].

Les jeunes femmes se scarifiant, ont des relations, avec leur mère, complexes et douloureuses. Elles sont construites sur un mode de dépendance fusionnelle, d'emprise totale, empreintes d'un idéal maternel démesuré. Tout comme pour les dynamiques narcissiques et masochistes, les relations entre féminité et scarifications sont porteuses d'une double potentialité. Une potentialité destructrice évidente, dans un refus massif du féminin, pour mieux rester sous l'emprise de leur mère : le saignement ne sera le signe que d'une mascarade de la féminité par laquelle on dissimule coûte que coûte les traces du châtré, de la béance du féminin.

Le danger sera alors une rigidification des identifications, principalement narcissique, à une imago maternelle tout puissante, danger qui peut conduire à un fonctionnement psychopathologique manifeste de type état limite et inconsciente de type féminin mélancolique.

On peut, également, faire l'hypothèse de la valeur essentielle de la cicatrice comme assomption identitaire, comme modalité de sortie de l'emprise maternelle dans la matérialisation d'un corps qui n'est plus celui donné, construit par la mère, car porteur d'une marque choisie et revendiquée. Les modifications corporelles induites par la puberté fragilisent certaines adolescentes. Elles vont les refuser dans une nostalgie de leur corps d'enfant indifférencié. Certaines vont mettre en acte ce refus en s'engageant dans la voie de l'anorexie mentale, d'autres vont se tourner vers les scarifications, d'autres encore auront recours aux deux. L'entrée dans l'âge adulte est porteur d'un travail spécifique qui poursuit le

travail d'acceptation engagé à l'adolescence, accepter son corps comme objet total donnant accès à la jouissance.

QUELQUES RÉSULTATS

La population de notre recherche, dans la suite d'une première recherche menée en 2006 [15] se compose de jeunes femmes âgées de 16 à 28 ans, hospitalisées ou suivies en psychiatrie, ayant recours de manière privilégiée aux scarifications.

La population de référence se compose d'un groupe 15 sujets, et de deux autres groupes afin d'analyser les similitudes et les différences de fonctionnement : un premier sous-groupe de 7 garçons âgés de 17 à 27 ans et un deuxième de 6 femmes adultes âgées de plus de 35 ans. La taille des échantillons est conforme avec les données de la littérature : les scarifications se rencontrent de manière prédominante chez les adolescentes et les jeunes femmes adultes, elles existent aussi à l'adolescence et en fin d'adolescence chez les garçons et peuvent persister chez les femmes adultes.

Dans notre hypothèse principale du master recherche que nous voulons confirmer avec une population élargie, les scarifications rendent compte d'une diversité de constellations psychopathologiques, elles offrent une voie d'accès au fonctionnement psychique, ainsi qu'une scène qui permet de matérialiser les remaniements induits par la puberté, et les exigences du travail psychique à l'œuvre dans ce passage vers l'âge adulte. La dépressivité dans un contexte de fragilité narcissique est le fonctionnement psychique dominant dans la population de jeunes filles, suivi par les organisations limites de la personnalité et les structures psychotiques. Dans la population masculine les structures psychotiques sont surreprésentées, seulement un garçon présente une fragilité narcissique avec un tableau dépressif. De même pour les femmes adultes, la structure principale est la psychose.

Notre propos est de souligner la spécificité des scarifications chez les jeunes femmes, dans leur fonctionnement psychique et dans l'organisation symptomatique accompagnant le diagnostic psychiatrique, mais surtout de souligner leur difficulté à l'entrée dans l'âge adulte, à accepter le féminin et la passivité qui l'accompagne. Les modalités de réalisation des scarifications sont différentes dans les trois groupes : les jeunes filles utilisent préférentiellement un rasoir alors que les garçons choisissent un couteau, les femmes adultes utilisant des couteaux ou des aiguilles.

D'un côté chez les jeunes filles, l'objet choisi doit pouvoir couper facilement mais surtout provoquer un écoulement sanguin suffisant et laisser une marque, la cicatrice, qui soit esthétique, de l'autre chez les garçons il s'agit avec le couteau d'éprouver sa virilité et la résistance face à la douleur et à la peur. Quant aux femmes adultes, elles utilisent préférentiellement des aiguilles afin de dissimuler à leur entourage familial et professionnel leurs conduites, deux utilisent un couteau pour provoquer un saignement abondant et une ouverture profonde, mais seulement depuis qu'elles ont recommencé à se scarifier, alors que dans leur adolescence elles utilisaient exclusivement des aiguilles ou des épines de rose.

Les scarifications sont des attaques du corps. Le corps n'est pas attaqué de la même manière dans les différents groupes, même s'il existe une constance dans la coupure de l'avant bras gauche pour les droitiers. Chez les jeunes filles, les organes représentant la féminité comme les seins, le ventre et les cuisses sont principalement attaqués, ce qui se retrouve peu chez les femmes adultes et chez les garçons. Ceux d'entre eux qui se scarifient

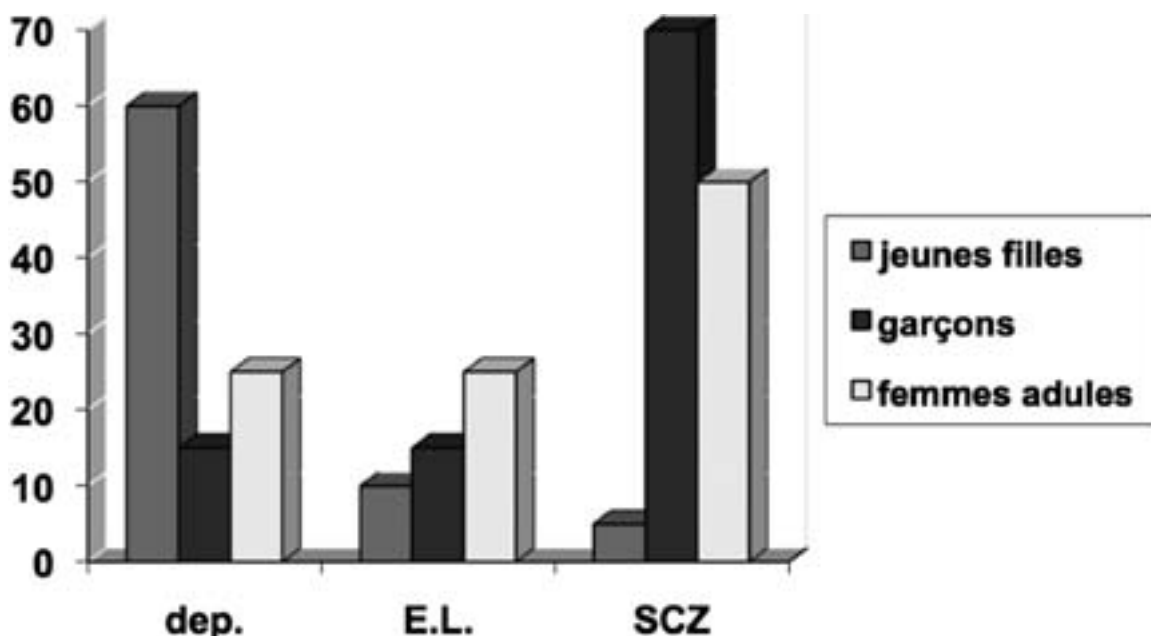


Figure 1 Fonctionnement psychique

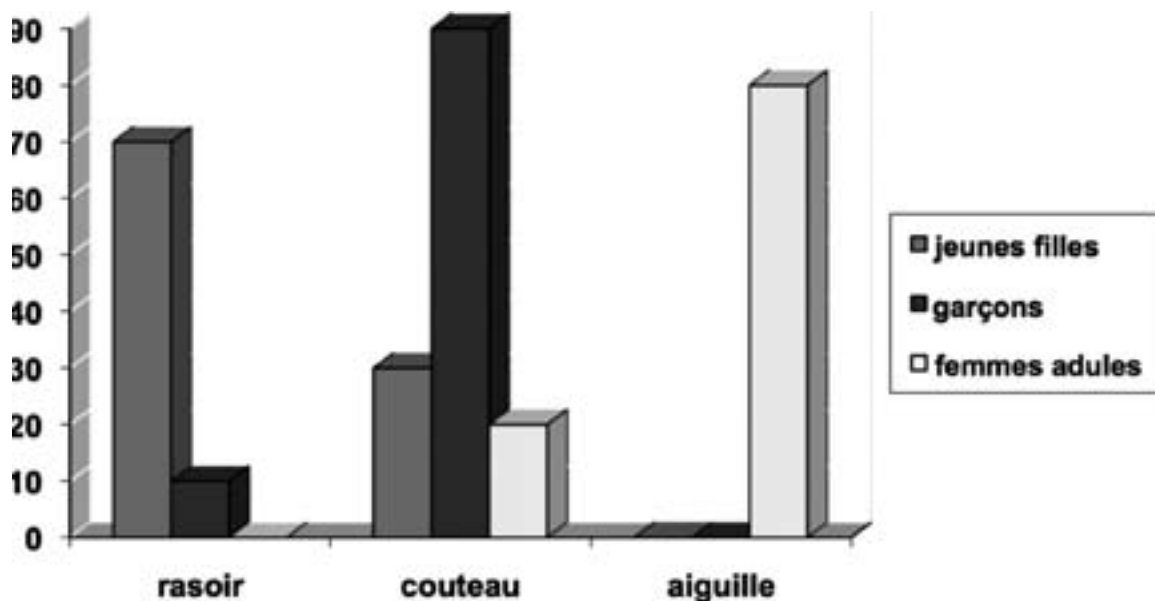


Figure 2 Objet utilisé préférentiellement pour les scarifications

ailleurs que sur les avant-bras, le font sur l'ensemble du corps de manière indifférenciée (l'un deux s'est scarifié la cheville).

Chez les jeunes filles, on retrouve une volonté affichée d'attaquer les signes de féminité, de se punir et d'attaquer des parties jugées comme honteuses de leur corps notamment pour celles qui ont présenté des troubles du comportement alimentaire.

Pour le groupe des jeunes filles, le saignement est important tout comme la douleur qui est recherchée mais paradoxalement n'est pas présente au moment de la coupure : elle arrive

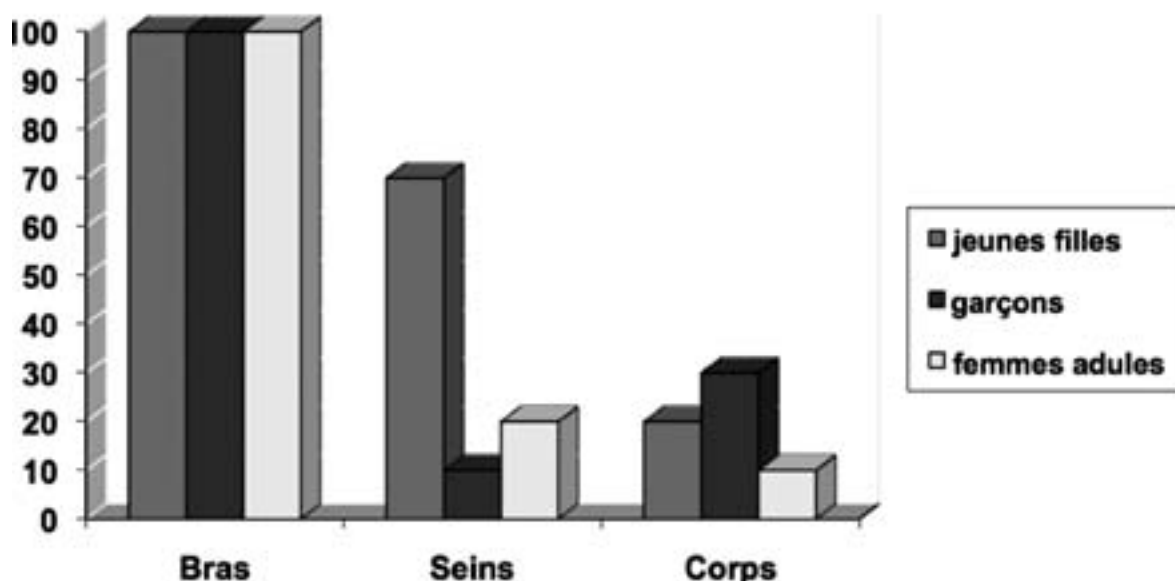


Figure 3 Localisation des scarifications

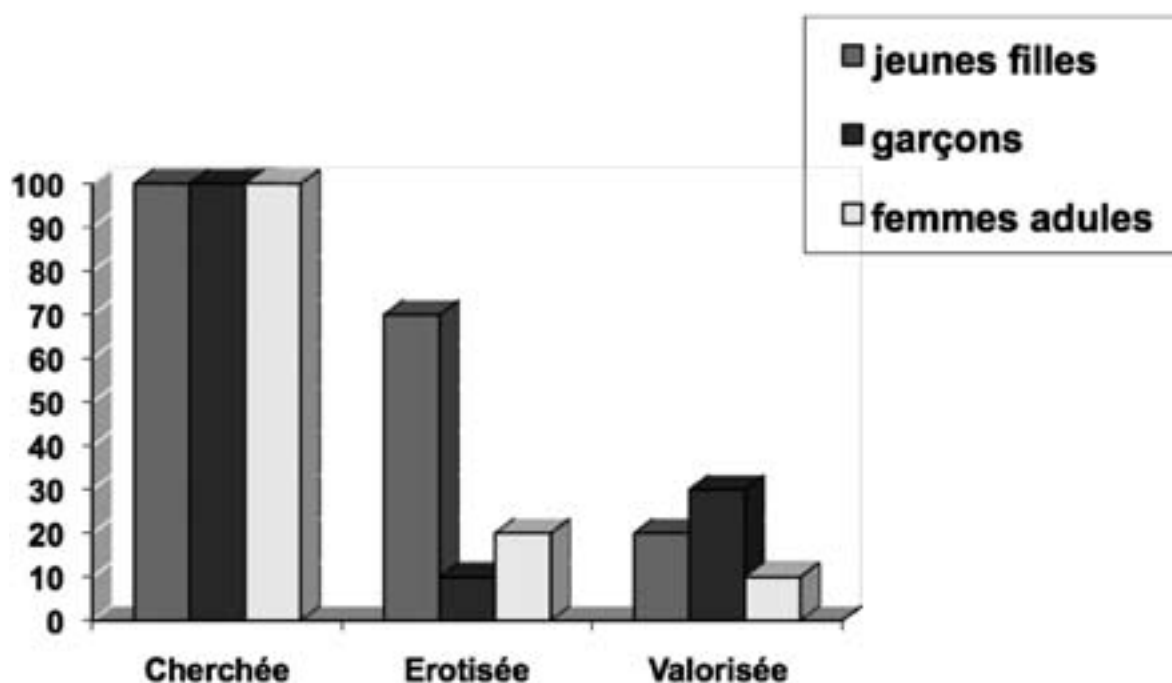


Figure 4 : Statut de la douleur dans l'économie psychique

au moment des soins prodigués, même si ceux-ci sont très rudimentaires. Chez une grande majorité des filles, la douleur est érotisée dans un fonctionnement masochiste typique avec une recherche de la punition : il faut punir ce corps qui se transforme.

Le recours en acte permet également de sortir de la passivité induite par la puberté et l'émergence du féminin : les scarifications traduisent un retournement du passif à l'actif, en de coupant, les jeunes filles sortent d'une passivité menaçante pour leur moi fragile. Le masochisme joue alors son rôle de renforcement narcissique.

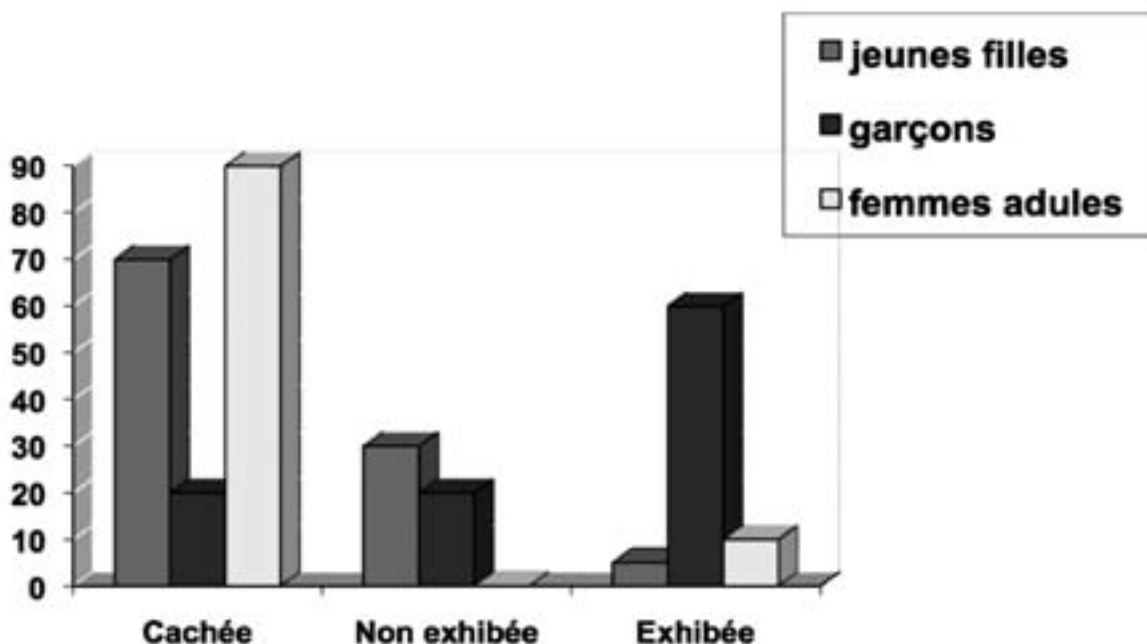


Figure 5 : Statut de la cicatrice

Chez les garçons, la douleur n'est pas érotisée dans un fonctionnement de type masochisme érogène ou moral, mais elle garde sa valeur de renforcement narcissique, les garçons voulant affirmer leur virilité en montrant leur supériorité face à la douleur. Pour la plupart d'entre eux il s'agit aussi de faire face aux voix qui les menacent : ils luttent contre les hallucinations en utilisant un fonctionnement archaïque de figuration sur le corps d'un sentiment de malaise interne. On retrouve chez les femmes adultes un fonctionnement similaire à celui des jeunes femmes.

La cicatrice dans les scarifications joue un rôle essentiel dans la dynamique psychique des jeunes filles. En effet, celle-ci est investie tout particulièrement, d'abord dans une dimension esthétique. L'objet qui la provoque est choisi (une jeune fille dit éviter le compas qui laisse des cicatrices épaisses et inesthétiques pour lui préférer la lame de rasoir), de même comme nous l'avons vu, la partie du corps attaquée permet la figuration d'un malaise psychique.

Le renforcement narcissique est de nouveau au centre de la conduite, non seulement pour l'aspect esthétique mais parce que la cicatrice est la marque, la preuve de la souffrance passée et vaincue.

La cicatrice inscrit la jeune fille dans une dimension historique, dimension historique subjective qu'elle construit et qu'elle tente de maîtriser pour mieux se sortir de l'emprise maternelle. Le corps marqué par la cicatrice est un corps différent du corps infantile entièrement dépendant et sous la coupe de la mère. La cicatrice doit être cachée au regard des autres, mais elle doit pouvoir être contemplée dans une valorisation spéculaire narcissique. Pour les garçons, la cicatrice est exhibée car elle est preuve de virilité mais aussi de victoire sur les hallucinations.

Pour les femmes adultes la cicatrice est cachée à l'entourage, en raison du risque de rejet qu'elle pourrait provoquer. Quand elle est montrée, c'est dans un contexte de relation privilégiée, d'un autre qui sert de support narcissique en renvoyant une image valorisée.

CONCLUSION

Les scarifications sont des conduites en augmentation dans les pays anglo-saxons et en Europe. Même si elles sont principalement l'œuvre de jeunes filles adolescentes elles se rencontrent également chez les garçons et chez les femmes adultes. Elles sont la marque d'une fragilité narcissique qui peut être temporaire en raison des effets de la transaction narcissique [16] à l'adolescence, mais qui peut être beaucoup plus marquée comme dans les organisations psychotiques.

La surreprésentation de ces conduites chez les jeunes filles et les femmes nous a conduit à faire l'hypothèse d'une douleur à accepter le féminin et la passivité qui l'accompagne. L'intrication narcissique et masochique au cœur de ces conduites, rend nécessaire l'analyse du fonctionnement de ces jeunes femmes. En effet, comme nous l'avons vu les scarifications sont porteuses d'une dynamique de renforcement narcissique et identitaire, elles permettent par le travail de figuration qu'elles portent d'accéder à un statut de sujet à part entière, dégagé de l'emprise maternelle.

Cependant, pour celles qui échouent dans cette dynamique psychique, les scarifications deviendraient une ruse, conduisant à une mascarade de la féminité centrée autour de la passivité, du masochisme et du sang, les laissant face à leur cruauté et à l'emprise maternelle.

La recherche que nous menons dont nous avons présenté les premiers résultats doit se poursuivre, à la fois pour confronter ces résultats à des populations non suivies en psychiatrie mais aussi pour proposer des modalités thérapeutiques afin de favoriser les processus de symbolisation et ainsi limiter le recours à l'agir et les attaques contre le corps [17].

BIBLIOGRAPHIE

1. Favazza A. Favazza B., Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry, The John Hopkins University Press, 1987
2. Richard B. Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005 ; 53 : 134-141.
3. Favazza A., Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psy Scand*. 1989 ; 79: 283-289.
4. Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris ed. de Minuit, Paris Gallimard.
5. Pasche F. (1964), L'antinarcissisme, in *A partir de Freud*, Payot, Paris, 1969
6. Freud S. (1914) Pour introduire le narcissisme, in *La vie sexuelle*, Paris PUF, 1985, p. 81-106
7. Rosenberg. B. Masochisme mortifère, masochisme gardien de la vie, *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 1991.
8. Laplanche J. Masochisme et théorie de la séduction généralisée, in *La révolution copernicienne, inachevée*, Aubier, 1992.
9. Freud S. (1924) « Le problème économique du masochisme », in *Œuvres complètes*, t. XVII, Paris, PUF, 1992, p.9-25.
10. Freud S. (1919) « Un enfant est battu. Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles » in *Œuvres complètes*, t. XV, Paris, PUF, 1996, p.115-149.
11. Bonaparte M. Passivité, masochisme et féminité, *Revue française de psychanalyse*, 8, 2 ; 1935.
12. Deutsch H. *La psychologie des femmes*, (2 vol.), PUF, 1949.
13. Winnicott D.W. (1945) Le développement affectif primaire, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot 1969.
14. Rivière J., La féminité comme mascarade, in *Féminité Mascarade, Etudes psychanalytiques réunies par M.C Hamon*, Champ Freudien, Seuil, Paris, 1994.
15. De Luca M., (2006) Les scarifications : approche psychopathologique, mémoire de MASTER II. R., sous la direction de Mme le Professeur C. Chabert, Université Paris V, centre H. Pieron, 131 pages.



16. Marty F. et al. Transactions narcissiques à l'adolescence, Dunod, coll. « Inconscient et culture », Paris, 2002.
17. Chabert C. Le passage à l'acte, une tentative de figuration ?, Adolescence, Monographie, ISAP, 2000, 57-62.



Simposia
Enfermedades crónicas, cultura y psiquiatría







El artista como paciente, como doliente*

JOSÉ REFUGIO REYES RIVAS

El Artista como paciente como doliente es la persona misma, con todas sus virtudes y sus defectos. Goza de una calidad de vida tal, que solo un desequilibrio mental le resta calidad a su vida, y aún así, tiene esa sensibilidad que estremece: Elena Garro, al volver de su autoexilio y ver que la ciudad de México no era la misma exclama: “Qué te han hecho...”. Ella era una enferma que volvía de un continente que lo tiene todo, aunque ella solo tenía gatos.

Las siguientes líneas las enfocaré a Jaime Sabines, particularmente a sus trabajos: *Mal tiempo, los poemas de doña Luz y Algo sobre la muerte del mayor Sabines*.

En casi todos sus libros, Sabines habla de la muerte.

Es Jaime, un poeta que quiere convencernos de que “es un hombre común y corriente...” (Guadalupe Flores Liera, prologando su antología del Fondo de Cultura Económica. 1994.)

Jaime Sabines, vive todas las emociones, las disfruta, las sufre, las burla, las aniquila. Sabines con su obra, no pone al hombre frente a frente, lo enfrenta a si mismo.

Quando tengas ganas de morirte
esconde la cabeza bajo la almohada
y cuenta cuatro mil borregos.
Quédate dos días sin comer
y veras que hermosa es la vida:
carne, frijoles, pan.
Quédate sin mujer: verás.
Quando tengas ganas de morirte
no alborotes tanto: muérete
y ya.

El lector de Neruda, sabe que quienes leemos su poesía; nosotros los de entonces ya no somos los mismos.

Uno puede llorar... si tiene ganas de llorar

En lento amargo animal, Sabines, reconoce su finitud de género, (Oral 1950.)

Lento, amargo animal
que soy, que he sido,
amargo desde el nudo de polvo y agua y viento
que en la primera generación del hombre pedía a Dios.

Amargo como esos minerales amargos
que en las noches de exacta soledad
--maldita y arruinada soledad
sin uno mismo--
trepan a la garganta
y, costras de silencio,
asfixian, matan, resucitan.

Amargo como esa voz amarga
prenatal, presubstancial, que dijo
nuestra palabra, que anduvo nuestro camino,
que murió nuestra muerte,
y que en todo momento descubrimos.

Amargo desde dentro,
desde lo que no soy,
--mi piel como mi lengua--
desde el primer viviente,
anuncio y profecía.

Lento desde hace siglos,
remoto --nada hay detrás--,
lejano, lejos, desconocido.

Lento, amargo animal
que soy, que he sido.

En "Así es", también de Oral; se alecciona a sí mismo y de paso a los que deseen tomar la lección

Ustedes no conocen la muerte todavía
Cuando la conozcan ya no hablarán de ella,
Se dirán que no hay tiempo sino para vivir

Como creador, el artista es la poesía misma: Sabines, refiere de sí mismo. "Me hice poeta, con el dolor, la soledad y la angustia". "que putas tiene mi rodilla" ante un dolor que finalmente se vuelve intolerable. "Va apoyado en una sola muleta... Nuevamente -después

de seis años y cuatro meses de encierro, de 34 operaciones clínicas, y cuatro iatrogenias-, Jaime Sabines está en pie”.

“La señal” (1951). Del dolor y de la muerte. Nos remite a un sentimiento ontológico:

Había sido escrito en el primer testamento del hombre: no lo desprecies porque ha de enseñarte muchas cosas.

Hospédalo en tu corazón esta noche.

Al amanecer ha de irse. Pero no olvidarás.

Lo que te dijo desde la dura sobra.

Enterradla

*Hay muchos hombres quietos, bajo tierra,
que han de cuidarla.*

No la dejéis aquí.

Enterradla.

De dios con su irreverencia, nos recuerda a otros poetas que abordan el tema como Alfredo R. Plasencia:

Dios, Es un viejo magnífico que no se toma en serio. A él le gusta jugar y juega, y a veces se le pasa la mano y nos rompe una pierna o nos aplasta definitivamente.

A él le rompió una pierna, mejor dicho la cadera. Convaleciente escribe: “Me encanta dios” “no le tengo miedo a la muerte, le tengo miedo a la enfermedad. Me espanta la enfermedad, lo que he pasado con mi cadera y todo lo que me trajo después...”

En una entrevista televisada para un día de muertos Dice que; -Algo sobre la muerte del mayor Sabines 1973. “es un lamento”-. El duelo de un hombre que trabaja, tras el mostrador de una tienda de telas en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. El llanto le sale por los ojos y por el puño sanando su alma: Antes, de la enfermedad que aquejó a su ascendiente dijo; “mi padre tiene el ganglio más hermosos del cáncer”. Como doliente también vive grados de dolor, el mismo Sabines dice en “mi tia Chofi”: ante el presentimiento de su muerte:

“Amanecí triste el día de tu muerte tía chofi

hiciste bien en morirte tía Chofi..”

¡Hiciste bien!

El artista es depositario de los sentimientos más altos pero también el que tiene la licencia literaria de dramatizar incluso. Como Shakespeare o Lope de Vega, Juan Rulfo o Susan Sontag.

Por eso es menester traer a colación el sufrimiento mismo del autor como doliente y como ser humano que no alcanza a superar el dolor. La enfermedad le arranca la vida o el la ofrenda: Como Gabriel Flores y Sabines o Alfonsina Storme y Horacio Quiroga.

Un día Tarumba, dices:

¿A dónde vas hermano?

¿De qué vergüenza huyes?

¿De qué muerte te escondes?

Pero no lo sorprendes:
Te dice, Tarumba.

Viene un golpe de sangre
desde mis pies de barro,
vienen canas en busca de mi edad,
tablas flotando para mi ataúd.
Viene abuelita Chus,
Me visitan Tony, Chente, mi tía Chofi,
Y otros amigos enterrados.

Y
Te lo deja todo, Tarumba. Tarumba hoy me di cuenta que Tarumba, Tarumba somos:
El, tú, yo. Todos

Finalmente de este pueblo. Tarumba.
Jaime, se fue por un subterráneo
al mar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores Liera Guadalupe. Jaime Sabines. Antología Poética. Tierra firme FCE 2ª. Reimpresión 1997.
2. Entrevista concedida a Martha Anaya y Patricia Ruiz el 24 de Marzo de 1996 en la Ciudad de México.
3. <http://www.jornada.unam.mx/1999/mar99/990320/cul-sabines.htm>
4. <http://www.sololiteratura.com/sab/sablasenalde.htm>



Subculturas del Rock y psicopatología en jóvenes mexicanos

ALEXANDRA KITAZAWA OHTOMO, JUAN CARLOS ROSEL PALACIOS, FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN,¹ RAFAEL SALIN-PASCUAL²

INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio transcultural de la morbilidad emergente en los jóvenes ha crecido en los últimos años, en un estudio realizado en Inglaterra, se encontró que la automutilación y el intento suicida está relacionado con la auto-identificación con la subcultura Gótica (1). Es bien sabido que la identificación grupal en los adolescentes es un fenómeno normal, sin embargo, ¿hasta que punto ese fenómeno puede impactar en la salud mental? Bajo el planteamiento de esta pregunta decidimos realizar la investigación que se expone al final de este capítulo. Cabe destacar que es un estudio preliminar y es el primer reporte psiquiátrico realizado en el país en este tipo de población (2).

ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período de la vida que tiene su exteriorización característica dentro del marco cultural-social en el cual se desarrolla; debemos considerarla como un fenómeno específico dentro del desarrollo del ser humano y estudiar su expresión circunstancial de tipo geográfico y temporal histórico-social. Está caracterizada por ser un período de transición entre la pubertad y la edad adulta y en las diferentes sociedades puede variar cómo diverge el reconocimiento de la condición adulta que se le da al individuo; como base de este proceso existe una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez. Soreson dice que la identidad es una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otro, que es el “saber quién soy”. Erikson llama “identidad negativa” a las identificaciones con figuras negativas pero reales, es preferible ser malo y perverso a no ser nada (pandillas, conductas sexuales fuera de la norma, adictos, etc.). La búsqueda de la uniformidad puede brindar seguridad y estima personal, es la base del espíritu del grupo. Hay un proceso de sobre-identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno; a veces el proceso es tan intenso que

1. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI
2. Departamento de Salud Mental, UNAM

el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al grupo familiar. Los adolescentes eligen amigos con quienes compartir sus conductas, aptitudes, intereses e identidades. Sin embargo, también pueden elegir a sus amigos en otros sentidos, incluyendo aquellos en los que perciben virtudes o aspectos que el adolescente conscientemente repudia o siente que le hacen falta (3).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES

Existe controversia en relación a la prevalencia de trastornos depresivos en la adolescencia.

Esta detección se dificulta debido a que los instrumentos que evalúan los síntomas de depresión en el adulto no reflejan el espectro sintomatológico del adolescente (irritabilidad, impulsividad, desesperanza, abuso de sustancias, problemas de identidad, minusvalía, conductas de riesgo, etc.). Aparentemente, existe una tendencia mundial hacia el incremento de la conducta suicida en este grupo de edad. En otros estudios, sin embargo, se ha visto que sólo un pequeño porcentaje de los adolescentes presentan un trastorno afectivo; más que eso, la adolescencia parece estar marcada por un incremento en la labilidad emocional, ánimo depresivo y emociones negativas (ansiedad y timidez) poco más de un tercio de los adolescentes en una muestra no clínica reportaron altos niveles de ánimo depresivo. Las alteraciones en el estado de ánimo se relacionan con eventos negativos en la vida. Spear ha propuesto que los cambios relacionados a la edad con respecto al equilibrio de la dopamina a nivel del córtex prefrontal relacionada al sistema mesolímbico provoca cambios en el incentivo y la motivación de los reforzadores, él propone un estado transitorio de “síndrome de recompensa deficiente” o “anhedonia del adolescente” lo que provoca que una actividad que antes resultaba placentera se convierta en menos satisfactoria y conduzca a la búsqueda de nuevas y más intensas formas de estimulación (cómo la búsqueda de la novedad, conductas de riesgo e incremento en las conductas autodestructivas, cómo las drogas). Es importante distinguir entre aquellas conductas ocasionales experimentales y patrones permanentes de las conductas de riesgo. Algunos estudios sugieren que la neurobiología del cerebro adolescente los hace más vulnerables al abuso de sustancias, de hecho, el uso crónico de alcohol y tabaco durante la adolescencia puede provocar deterioro cognitivo a largo plazo (4).

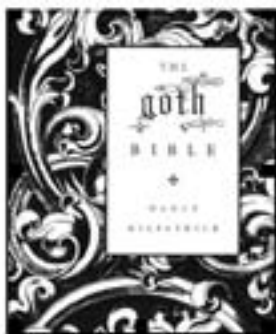
ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

En México, según lo reportado por la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas de 2003 (4) el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10 alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). (Medina-Mora, ENEP, 2003).

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES MEXICANOS

La Encuesta Nacional de Adicciones en 2003 encontró que cerca de tres millones de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo. El consumo en la población urbana alcanza 35% de la población masculina y 25% de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor 14.4%, 18% en los varones y 9.9% (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observó entre los hombres rurales (4.1%). Más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años (215,634) han usado drogas. De este grupo de usuarios, sólo el 55.3% continúa usándola en el último año y de éstos, un 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta. La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer, proporción muy similar a la observada en la población de 18 años en adelante (3.31 hombres por cada mujer). Como en el caso de la población adulta, los índices mayores de consumo se encuentran entre los habitantes de poblaciones urbanas 86%. Sin embargo, es notorio que en la población rural el 1.87% de los adolescentes hayan consumido alguna vez en la vida y 1.03% lo haya hecho en el año previo al estudio. Para los adolescentes, la edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. La primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. Por sexo, se observa que entre los adolescentes varones y mujeres la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia, en los varones los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar de preferencia. En las mujeres el orden de preferencias es un tanto diferente, la marihuana es el primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, ocupan del segundo al cuarto lugar con porcentajes de consumo muy similares (4).

Para el Distrito Federal se encontró que el 65.8% de los adolescentes había usado alcohol alguna vez en su vida y un 35.2% lo había consumido en el último mes. La prevalencia total de consumo de drogas fue del 15.2%, porcentaje ligeramente mayor al del 2000 en un 0.5%. Al ver el consumo en el último año y en el último mes, las cifras fueron de 8.4% y 4.6%, respectivamente. Los hombres, fueron el subgrupo más afectado por el consumo actual (5.7%), en comparación con las mujeres (3.6%). El consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, fue mayor para los hombres (16.9%). De la población total, el 10.5% era usuario experimental, y el 4.7% era usuario regular (ha probado drogas en más de 5 ocasiones). En cuanto a las drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes), su consumo es mayor en las mujeres. En tanto, el consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables y heroína) es mayor en los hombres. Con relación a la edad, se observa a los inhalables como la principal sustancia antes de los 14 años y después decrece el número de usuarios. En tanto, para la marihuana, este porcentaje se incrementa notablemente a partir de los 15 años. En relación a otras sustancias en las que se ha reportado un incremento en su consumo, los datos de la encuesta indicaron que el 2.9% de los adolescentes han probado éxtasis, 0.1% refractil, 0.4% flunitrazepam y 0.3% nalbufina (4).



Existen diferentes textos sobre la subcultura gótica.

SUBCULTURAS DEL ROCK

El término “gótico” se refiere tanto a un estilo de música como a un movimiento cultural, el cual ha presentado gran crecimiento desde los años 80's, los pertenecientes a esta cultura pueden ser identificados por la utilización de pelo lacio largo (negro) vestidos voluminosos, pantalones ceñidos o grandes chaquetas, todos de color negro. En un estudio realizado en Inglaterra por Young se encontró una fuerte asociación entre la subcultura gótica y los intentos suicidas y autolesiones a los largo de la vida, con una prevalencia de 47% y 53% respectivamente (1).

Debido a los asesinatos ocurridos en Columbine en EEUU, la prensa enfatizó una aparente relación entre los asesinos y la subcultura gótica, sin que existiera un estudio científico acerca de esto, sin embargo publicaciones relacionadas a dicha subcultura afirman que la violencia, el fascismo y el racismo nunca han sido tolerados dentro de dicha subcultura. Los miembros de la subcultura gótica pueden autolesionarse ya sea cortándose, rasguñándose o marcándose, sin llegar a métodos extremos como heridas profundas o envenenamientos; dichas prácticas no necesariamente reflejan un trastorno psiquiátrico, puede haber otras razones, por ejemplo, en algunas subculturas pueden utilizarse como parte de la decoración del cuerpo, mucho mejores que sólo tatuarse o colocarse un piercing. Uno de los problemas que encuentran los que practican dicha subcultura es que la medicina y la salud mental tienden a describir estas prácticas como una forma de automutilación o autolesión, sin tomar en cuenta que puede tratarse sólo de un intento por modificar su imagen corporal (5).

El término “cultura dark”, también llamado cultura oscura o escena dark alternative es un término amplio, usado para describir de manera resumida a numerosas subculturas. En este término se entiende como un ambiente social, en el cual se encuentran inmersos humanos con intereses y preferencias similares. Parte de las subculturas inmersas en la cultura dark son el dark wave, subcultura electro con géneros como electro-industrial, aggrotech, dark electro, partes del neofolk y subcultura post-industrial y parte de la subcultura de metal (con géneros como el gothic metal, o dark metal).

El emo es un género musical derivado del hardcore punk nacido a finales de los años 80 y que se diferencia de éste por su sonido más lento y melódico. También está considerada una corriente del rock alternativo, aunque el ritmo y la música del emo suelen ser más intensos y contundentes. El término emo es un apócope de emotional hardcore o emo-core y hace referencia a las letras de los grupos del género, caracterizadas por abordar variadas emociones y estados de ánimo, buscando asimismo generar estas mismas emociones en el oyente. Para lograr una mayor expresividad utilizan en su música cambios de ritmo y crescendos, combinando en una misma canción estallidos de furia heredados del hardcore, con sonidos más apacibles. Una persona que se considere “emo”, fuera del ámbito musical, son personas que con su estética intentan parecer personas tristes y amargadas, basan todo su físico en “problemas emocionales”. Algunos partícipes de las nuevas generaciones seguidoras del punk clásico se refieren con el término “emo-punk” o “pink punk” a todo aquel que adopta una versión estética suavizada del punk o del goth, y siendo un enfoque estético es indistinto que compartan o no los ideales culturales de estas corrientes, que tampoco están claramente definidos (5).

Distribución de género musical



1. Punk, movimiento contracultural inglés, basado en la anarquía y el “no futuro”, 1974-1980.

2. Gótico (*Goth*), subcultura postpunk, nacida en Alemania y el Reino Unido a principios de los ochenta, influenciada por la cultura gótica y tendencias sadomasoquistas que buscan la estética corporal (*sic*).

3. Hard Core Punk, nació en Inglaterra a principio de los ochenta, tendencia hacia la creación de un futuro industrial, ritmos pesados, de donde surgen las ramas del metal oscuro.

4. Dark, (*Schwarze Szene*), también surgido en Alemania a principios de los ochenta, esta subcultura encuentra en la búsqueda del verdadero amor a través de la muerte y se ha relacionado con ritos vampíricos.

5. Emo, (de *Emotional hard core*), subcultura nacida en Estados Unidos en la que se busca hacer un derroche de emoción por medio de las letras y sonidos pesados.

PROCEDIMIENTO

Se entrevistaron 100 jóvenes durante los meses de Julio y Agosto de 2007 en el Tianguis Cultural del Chopo, con una versión auto aplicable de la Entrevista Internacional neuropsiquiátrica (MINI). El Tianguis Cultural del Chopo es un sitio de reunión de la población adolescente desde hace treinta años, donde se intercambia, vende, compra material literario, musical y vestuario relacionado con la cultura Rock.

RESULTADOS

Rango de edad de 19-37 años, media 19, 54% hombres. Se detecto depresión en un 36% de la población, (20% mujeres), con alteraciones en el patrón de vigilia sueño en 15% (8% hombres). 23% refirieron ideación, 22% planeación y 14% actos suicidas (11 mujeres). 21% presentaron Comorbilidad de síntomas depresivos y patrón de abuso en el consumo de alcohol (11% mujeres). Tolerancia a alcohol y depresión en 11% (8% hombres). 9% de los jóvenes identificados con la cultura Dark presentaron síntomas depresivos, asimismo, 5% en jóvenes Emo y Goth respectivamente.

La automutilación como medio de control de eventos estresantes se presento en 28% (20% mujeres). Por genero se encontró los siguiente: Emo (5%), Goth y Rocker 4% respectivamente, 3% en Darks, Hippies y Punks.

50% de la población refirió haber consumido al menos una droga ilícita en los últimos tres meses. La principal droga consumida fue marihuana (31%) seguida por estimulantes de tipo anfetaminico (17%), alucinógenos (16%), cocaína (11%) e inhalantes (10%). Se encontró también farmacodependencia múltiple (hasta con 7 sustancias diferentes) en 23%. 9% comento patrón de tolerancia a sustancias.

Se encontraron 40% de casos de anorexia, 23% de tipo purgativo en comorbilidad con bulimia, 6% confirmados por falta de menstruación, 19% de los casos presentaron Comorbilidad con depresión. 6% de genero Dark, 4% Punk y Emo, 3% Rocker y 2% Skate y reggeton.

9 % presentaron conflicto de identidad sexual (6% mujeres).

Se encontró que el 50% de la muestra consumen al menos una droga ilícita, 9% presento patrón de tolerancia, 25% presento consumo de más de 3 sustancias. El patrón de abuso en consumo de alcohol fue de 54%, con tolerancia de 25%. La mayor proporción de depresión, riesgo, planeación e intentos suicidas las presentaron los jóvenes auto identificados con los géneros Dark, Gótico y Emo (60, 50 y 55%) así como índice de auto mutilación como medio de control de eventos estresantes.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados concuerdan con lo reportado con los estudios de prevalencia de la Dra. Medina Mora, asimismo, en base a los resultados encontrados en los estudios de Inglaterra, los grupos que se auto identifican con las subculturas rockeras tienen mayor porcentaje de trastornos depresivos, automutilación y trastornos de alimentación. Dentro de las limitantes de nuestro estudio fue el tamaño de la muestra, por lo cual no realizamos un análisis de correlación entre variable, así como evaluación de estrato socioeconómico. Una de las críticas

al artículo de Young es la falta de correlación entre subculturas, ya que prácticamente son indistinguibles la cultura Dark y Gótica, en el caso de nuestro estudio los mismos jóvenes fueron los que se identificaron con dichas culturas. Un caso especial es la población Emo, ya que propiamente no son una subcultura, sino más bien una tendencia musical. El problema radica en que dicha población también presenta porcentajes elevados de trastornos psiquiátricos. En base a la observación, documentación y convivencia durante el estudio, inferimos que la identificación de las letras así como la estructura musical pueden predisponer a dichos hallazgos. Puede parecer muy aventurada esta afirmación, sin embargo, una pregunta de investigación que conlleva es: La identificación con estas tendencias es por a) el joven está deprimido y por lo tanto se une al grupo, b) al unirse al grupo, el joven se deprime o c) es una combinación de ambas variables. Son muchos los factores que intervienen en la génesis de la psicopatología, lo cual incluye aspectos culturales, dinámica familiar, predisposición genética entre otras, de tal suerte que resulta difícil establecer una correlación, sin embargo se requieren nuevos estudios para poder identificar las causas, factores presentes y características sociales para crear intervenciones en este tipo de poblaciones.

Cabe destacar que el hecho de que un joven se identifique con una subcultura o tendencia musical no es sinónimo de trastorno psiquiátrico.

CONCLUSIONES

Las principales tendencias identificadas fueron dark, punk, emo, rock y gótico.

Abuso de sustancias, consumo de alcohol, trastornos de alimentación y depresión se detectaron con más frecuencia.

Los índices de depresión, suicidio, y consumo de sustancias se relacionaron con los géneros Dark, Gótico y Emo, así como abuso de alcohol, sustancias, trastornos de alimentación y auto mutilación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buchanan, C.M., Eccles, J.S., Becker, J.B. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activation effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychol Bull*, 111, 62-107.
2. Kilpatrick Nancy, *The Goth Bible*, 1997.
3. Kitazawa A, Rosel JC, Mondragón J, Vázquez Estupiñán F, Salin-Pascual R. Tendencias Oscuras del Rock y trastornos psiquiátricos en jóvenes mexicanos. *Psiquiatría* (2) vol. 23 No S-4. Nov 2007.
4. Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 4, 1-16.
5. Robert Young, Helen Sweeting, Patrick West Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38790.495544.7C (published 13 April 2006)





La cultura y el manejo de la diabetes.

Efectos del género e interacciones entre pacientes y proveedores

FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

La diabetes mellitus, junto a la obesidad, la enfermedad cardiovascular y el cáncer es uno de los más importantes problemas de salud a los que se enfrenta el mundo. Se estima que en México el 10% de la población adulta la padece. La diabetes es una enfermedad conductual por excelencia ya que se requieren una serie de conductas no saludables para padecerla y otra serie de conductas saludables para controlarla.

La alimentación y la actividad física son determinantes en la prevención y control de la diabetes mellitus. Estas conductas se dan en un contexto familiar y cultural específico.

Con el fin de conocer las barreras para el autocuidado del paciente latino con diabetes que vive en Estados Unidos, Bob Anderson y cols. Realizamos en 1998 un estudio con grupos focales con 42 participantes (81% mujeres) con una edad promedio de 57 años, 10 años de promedio de vivir con la enfermedad. Se inyectaban insulina el 45% de los pacientes y tomaban hipoglucemiantes el 52%. El tema que mayor puntaje obtuvo entre los mencionados por las pacientes fue la dificultad que tienen las mujeres para seguir su plan de alimentación debido a que cocinan para el resto de la familia, y otros miembros de la familia prefieren los alimentos tradicionales más que los alimentos recomendados. En el segundo lugar, aparece la falta de apoyo de otros miembros de la familia y amigos debido a que no entienden adecuadamente la diabetes. En el tercer sitio, se encuentran las barreras para realizar ejercicio que incluyen otras enfermedades, falta de recursos financieros o barreras ambientales como el clima o las responsabilidades familiares. La familia habitualmente no es involucrada en los procesos educativos y en el plan de tratamiento, lo que se traduce en una falta de apoyo para el paciente. Otras barreras que se han identificado en este estudio son la negación al inicio de la enfermedad. La creencia en los remedios tradicionales que lleva a la suspensión de los medicamentos es otro fenómeno frecuente entre los pacientes que padecen diabetes. Las actividades de autocuidado en ocasiones se ven interferidas por el número de personas que comparten la casa, las limitaciones económicas o de transporte, el escaso control sobre las compras o lo que se cocina. Por otra parte, existe escasa información básica acerca de la naturaleza de la enfermedad y la importancia de las actividades de autocuidado. Muchos alimentos tradicionales altos en calorías y grasas son más atractivos para los pacientes que las alternativas recomendadas bajas en calorías y en grasas. El apego a estos alimentos puede

Hospital Bernardo Sepúlveda Gutiérrez,
Instituto Mexicano del Seguro Social

hacer difícil lograr cambios en los hábitos de alimentación. Otros aspectos que influyen en el autocuidado son la presencia de depresión, ansiedad, frustración y un deterioro general de la calidad de vida asociado a vivir con la diabetes. En la mujer, el cuidado de la diabetes es percibido en competencia directa con el cuidado de los demás (hijos y nietos). El descuido de la diabetes se considera una alternativa altruista para permitir el cuidado de los demás. En el caso del hombre el cuidado de la salud compite con las actividades laborales, de tal forma que el tiempo y la energía requeridos para el cuidado de la diabetes están limitados por las demandas del trabajo.

LA INTERACCIÓN ENTRE PROVEEDORES Y PACIENTES

Una barrera cultural que limita el desarrollo de habilidades de autocuidado y la toma de decisiones informadas es el mantenimiento de una actitud paternalista hacia el paciente con diabetes por parte de los miembros del equipo de salud. De acuerdo al modelo médico tradicional el profesional de la salud debe decidir lo que es mejor para el paciente e indicárselo con la esperanza de que el paciente cumplirá con las órdenes. A este cumplimiento se le conoce como adherencia terapéutica. Sin embargo, de acuerdo al modelo de Edward Wagner el control exitoso de la enfermedad crónica se logra como el producto de la interacción de pacientes participativos, activos e informados con equipos de salud proactivos que han realizado una planeación de las intervenciones adecuada.

Los pacientes con cualquier enfermedad crónica, habitualmente defienden su autonomía y su poder de decisión. De acuerdo a esto, el equipo de salud necesita renunciar a la ilusión de que externamente podemos “controlar” la conducta de nuestros pacientes. Sin duda, los resultados en salud dependen de una manera decisiva en lo que hace el paciente el 99.99% del tiempo que no está con nosotros en el consultorio y del grado en el que maneja la información y las habilidades necesarias para tomar decisiones y ejecutarlas para lograr un adecuado “automanejo” de la enfermedad y con ello mantener su calidad de vida.

La atención centrada en el paciente que privilegia la consideración de los intereses, necesidades y valores de los pacientes es congruente con modelos de cambio conductual contemporáneos en los que están incluidos el modelo de empoderamiento de Robert M Anderson de la Universidad de Michigan en Ann Arbor y la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick. Ambos modelos enfatizan la necesidad de trabajar en relaciones empáticas con los pacientes promoviendo el cambio “desde adentro” es decir, fomentando que a través de las preguntas abiertas el paciente resuelva sus cuestionamientos, metas, valores, deseos, necesidades y con ello establezca un compromiso consigo mismo más que con el profesional de la salud, a fin de avanzar en la dirección saludable.

El cuidado diario de la diabetes, el sitio de control y la toma de decisiones recaen en el paciente; el profesional de la salud debe enfocarse a proporcionar conocimientos, experiencias y apoyo a los enfermos de manera que puedan tomar decisiones informadas acerca de su vida y el cuidado de su diabetes. Es conveniente abandonar los términos cumplimiento y adherencia, ya que la cultura hace al lenguaje y el lenguaje a la cultura. Es más útil ayudar a las personas a entender el impacto de sus acciones de autocuidado sobre el control de la diabetes y su calidad de vida.

Sin duda, las escuelas de medicina deben incluir en su currículum el estudio de los paradigmas de atención de la enfermedad crónica, la atención centrada en el paciente, la calidad de la atención y los enfoques contemporáneos de cambio conductual.

El modelo de empoderamiento de Bob Anderson es una filosofía de la relación profesional-paciente. Busca despertar y aprovechar los recursos que un individuo tiene para manejar adecuadamente su enfermedad, de acuerdo a sus valores, preferencias y estilo de vida.

Existen diferentes enfoques culturales sobre el concepto de aprendizaje. En el cuidado de la diabetes el paciente, con su familia y el equipo de salud han de realizar experimentos conductuales que más allá de su éxito o fracaso derivan en aprendizajes útiles con los que se desarrolla la creatividad para la resolución de problemas. El aprendizaje activo de la persona adulta por encima del aprendizaje bancario pasivo es más efectivo en el logro de modificar conductas necesarias para el autocuidado.

El fortalecimiento de los servicios de atención primaria, sin duda, es necesario para mejorar el control de la enfermedad entre los millones de personas que la padecen en nuestro país. La integración de equipos eficientes de trabajo en donde se complementen las actividades preventivas, de diagnóstico, educación y detección con un enfoque centrado en el paciente pueden hacer una diferencia sustancial. Para este fin, algunos de los cambios culturales necesarios en las instituciones de salud son: 1) la integración de los equipos de salud, 2) la renuncia a la ilusión de control, 3) la capacitación en filosofías y técnicas de trabajo con pacientes para la aplicación de los modelos de empoderamiento y entrevista motivacional, 4) la ampliación de las habilidades de los cuidadores primarios para la aplicación de guías clínicas actualizadas, uso de insulina, y superar la inercia terapéutica, 5) la alineación de las agendas políticas con el fin de impulsar la actualización tecnológica y el desarrollo de las capacidades de autogestión de las comunidades para favorecer un ambiente en el que la alimentación saludable y la actividad física sean promovidas.

Desde una perspectiva cultural, es importante seguir avanzando en la investigación cualitativa de las conductas de autocuidado y en la adecuación cultural de los modelos educativos y de cambio conductual requeridos para mejorar los resultados de las interacciones del individuo con el medio ambiente y con los proveedores de los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Anderson RM, Goddard CE, García R, Guzmán R, Vázquez F. Using Focus Groups to Identify Diabetes Care and Education Issues for Latinos With Diabetes. *Diabetes Educator* 1998;24:618-625.
2. Lifshitz A, Arreola F, Castro G y cols. A propósito de la diabetes en México. *Rev Méd IMSS* 1996; 34: 343-4.
3. Anderson RM. Patient Empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care* 1995; 18: 412-5.
4. Phillips LS, Branch WT, Curtiss BC y cols. Clinical Inertia. *Ann Int Med* 2001; 135: 825-834.
5. Wagner EH, Austin BT, Davis C. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001; 20: 64-78.





Simposia
Neurología y cultura







La mente del escritor

BRUNO ESTAÑOL

Para mis amigos:
Russell M. Cluff
Eduardo Jiménez Mayo
José Sánchez Carbó

LA ESCRITURA DE FICCIÓN NO SÓLO ES UNA VOCACIÓN SINO UNA FORMA DE VIVIR

Para los antiguos filósofos griegos la filosofía no sólo era una reflexión sobre el universo y la naturaleza humana sino una forma de vivir. Sócrates lo dijo admirablemente: una vida no examinada no vale la pena de vivirse. La literatura no es sólo una profesión o una vocación libremente elegida entre todas, sino, y sobre todo, una manera de vivir. Una forma muy especial de vivir. El escritor de ficción vive para contar sus historias y cuenta sus historias para vivir. El escritor tiene la esperanza de que exista un arte de vivir, así como existe un arte de escribir. A veces quiere vivir más intensamente que otros con el afán, quizá, de ganar experiencias para poderlas contar. Tal es el caso de Hemingway, Antoine de Saint Exupery, André Malraux, y Malcolm Lowry. Estos escritores aventureros y viajeros preferían vivir intensamente para tener historias intensas que contar; ya que como dijo Hemingway es mejor que se “melle la pluma” y no carecer de algo interesante que contar. Homero dijo: “Los dioses tejen desdichas para que a los seres humanos no les falte algo que contar”. Hay aventureros sedentarios como Borges y Alfonso Reyes cuyas únicas aventuras hayan sido acaso extraños encuentros con extraños libros. Son los aventureros intelectuales o aventureros del espíritu, como Denis Diderot, editor de la Enciclopedia en Francia en el siglo dieciocho. Para Borges la teología es una forma apasionante de la literatura fantástica. Todos los escritores de ficción son, en fin, aventureros con una curiosidad desmesurada. No obstante la aventura real e imaginaria tiene que tener un fin: todos los escritores, en algún momento, tienen que sentarse ante el papel en blanco y pergeñar una historia. En ese acto decisivo e irreversible de sus vidas están completamente solos. Largas horas de soledad en la lectura y la escritura son el pago del escritor a la vida. Con frecuencia esto implica el sacrificio de la vida familiar y social y, a veces, de otros placeres. Este sacrificio está presente también en otras ramas de la ciencia y del arte.

Esta visión de la escritura como una forma de vivir contrasta con la visión del escritor como un testigo de su tiempo o como un espejo de su tiempo. Esta visión fue encarnada por Stendhal quien dijo que el novelista era un hombre que caminaba por el mundo cargando un espejo sobre su cabeza. Esta aparente objetividad del escritor es probablemente un mito. El escritor no es un testigo imparcial de su tiempo. La visión de la escritura como una forma de vivir la vida también contrasta con la idea de que el escritor de ficción deba ser un educador o incluso un luchador. Puede serlo, pero su primera obligación es con su arte y consigo mismo.

La concepción del arte como una forma de escapar de la realidad intolerable del mundo ha sido expresada en varias ocasiones por diversos autores. Pienso que tiene mucho de cierto y que valdría la pena explorar la historia de esta idea. El pintor mexicano Leonardo Nierman la ha expresado así: la pintura no es completamente inútil, ni completamente necesaria, el pintor se entretuvo más en pintarla que el resto de los hombres en verla. Algunos seres humanos gozan viendo una pintura y esto les alivia sus penas. Lo mismo se puede decir de la danza, de la música y desde luego de la literatura.

He sentido varias veces que la literatura es una de las pocas verdaderas vocaciones. Ser un escritor profesional sólo significa que uno le ha dedicado a la escritura una parte muy importante del tiempo que le tocó vivir.

Al asumir la escritura se asume una forma de vida; tal vez ni mejor ni peor que otras. El escritor acepta la escritura como una forma de estar en el mundo, como diría Heidegger.

EL CEREBRO DEL ESCRITOR DE FICCIÓN ES UN CEREBRO ESPECIALIZADO.

La creación literaria es un misterio. Queremos entender este misterio sólo con nuestra inteligencia y no también con nuestros sentimientos y emociones. No sé si exista una mente de escritor o una mente literaria como lo ha propuesto Mark Turner. Este es un concepto platónico. Existen, sin duda, diversas mentes que corresponden a los diversos escritores. No sé si comparten características universales. Tal vez las mentes de los escritores son singulares e irrepetibles. Hablo aquí de la mente del escritor de ficción. La palabra ficción viene del latín FICTIO, de FINGERE, fingir y los diccionarios la definen como creación de la imaginación. El diccionario de la lengua española tiene dos acepciones: 1) acción y efecto de fingir; 2) invención, cosa fingida. El narrador es así definido escuetamente como un mentiroso. Es posible. El narrador mexicano Federico Campbell ha dicho que la paradoja del narrador es que dice más verdades con sus mentiras que las verdades que leemos habitualmente en los periódicos.

Las siguientes propuestas reflexionan sobre la mente narrativa. Algunas propuestas vienen de la psicología cognitiva y de la neurofisiología y otras vienen de cómo he vivido mi propia vida de narrador.

Mi primer supuesto es que el escritor de ficción tiene un cerebro especializado y que esta especialización la ha adquirido a través de varios años de arduo trabajo con la ayuda de ciertas cualidades innatas. El músico, el matemático, el ajedrecista, el pintor, la bailarina de ballet, el deportista profesional, tienen un cerebro especializado que ha tomado, de acuerdo con ciertos autores, en promedio unos diez años de cotidiana práctica. El violinista y el pianista, y para el caso todo tipo de músico, tienen una especialización cerebral que se ha iniciado desde la infancia temprana. El caso opuesto de la especialización cerebral

podía ser ejemplificado por aquellos sujetos que han sido capaces de ser creativos en diversos dominios de la ciencia y el arte como en la música, los idiomas, las matemáticas, la danza, el ajedrez, etcétera. Ejemplos de estos individuos incluyen a Leonardo Da Vinci, científico, ingeniero y artista, Ludwig Wittgenstein, matemático, músico, filósofo, ingeniero aeronáutico, arquitecto, Emmanuel Lasker, campeón mundial de ajedrez por veintiocho años, filósofo y matemático, Blaise Pascal, matemático, filósofo, ensayista, pensador religioso. Varios ejemplos se pueden aducir de físicos y matemáticos que también eran músicos.

Es concebible la hipótesis de que un cerebro especializado en un único dominio se haría a expensas de otras funciones cerebrales; mientras que en la mayoría de los individuos y en las personas con talentos múltiples, existiría una relativa menor especialización de las diversas áreas cerebrales, que así se tendrían que repartir entre numerosos dominios. De esta manera la súper especialización podría ser un inconveniente para la creatividad en otros dominios que no sean aquél en que el cerebro se ha especializado. Un ejemplo puede ser el caso de mnemonista ruso Shereshevsky estudiado por Luria a quien su prodigiosa memoria no le confirió ninguna ventaja adaptativa. Fue incapaz de vivir como violinista y también como periodista y al final de su vida tuvo que trabajar en los circos desplegando su memoria para asombro de los asistentes.

La opinión de que el cerebro especializado es el que tiene mayores posibilidades de ser creativo ha sido expresado por diversos autores. El matemático de Cambridge, G. H. Hardy fue quien expresó esta idea en su mayor contundencia en su libro *A Mathematician's apology*. En este texto declaró que el cerebro de las personas creativas sólo es creativo en un solo dominio y que la mayoría de las personas no tienen ningún talento. Léase, la mayoría de las personas no tienen ninguna especialización cerebral. La idea de Hardy sólo puede ser apreciada cuando aprendemos que él mismo toda su vida fue un matemático profesional con un cerebro especializado. El descubrió a un matemático excepcional de la India: Ramanujan. El mismo no supo si el talento de Ramanujan era adquirido o innato.

Sin embargo resulta congruente el hecho que la edad de inicio de aprendizaje es fundamental para un mejor desarrollo de capacidades cerebrales ya que el cerebro de los niños es más plástico y existe de acuerdo con Lenneberg, un "periódico crítico de aprendizaje del lenguaje en la infancia" que termina posiblemente alrededor de los 7 años. A los adultos que no han aprendido a leer y a escribir de niños les es extraordinariamente difícil aprender estas destrezas. Los concertistas de piano y violín inician sus estudios musicales antes de los 7 años de edad para poder obtener un oído absoluto (el pianista chileno Claudio Arrau inició sus estudios de piano antes de los 4 años de edad y aprendió a leer música antes que a leer palabras). Sin embargo el aprendizaje de la música y de las matemáticas tiene muy probablemente un periodo crítico mayor que el del lenguaje. Lo mismo se puede decir de las bailarinas de ballet. Así la especialización cerebral es temprana y empieza en los primeros años de la infancia. Otro ejemplo de especialización temprana que se puede aducir son los sordomudos, quienes son mudos de manera secundaria a su sordera y tienen que aprender a leer los labios o el lenguaje de signos para acceder a la estructura simbólica del lenguaje; lo mismo se puede decir de los ciegos quienes tienen hipertrofiado los sentidos del tacto y de la audición lo que les permite "sustituir" de alguna manera el sentido perdido de la vista. Para consuelo de muchos, la especialización que se ha adquirido con tanto esfuerzo durante la infancia y la adolescencia, persiste a lo largo de la vida. Es probable que un individuo creativo lo sea durante toda su vida y los llamados en inglés "late bloomers" probablemente pertenezcan a la misma categoría sólo que la han expresado más tarde.

Los niños menores de 7 años de edad son los que pueden aprender un idioma extranjero con el acento original y quienes han ganado el premio Nobel de Física o su equivalente en matemáticas (la medalla Fields), lo han logrado con una teoría pensada antes de los 25 años de edad (ej. Albert Einstein). Otros individuos que requieren una especialización cerebral temprana, además de los músicos y matemáticos, incluyen a las bailarinas de ballet, los ajedrecistas (José Raúl Capablanca empezó a jugar ajedrez a los cuatro años de edad) y los poetas (casi todos los poetas empiezan tempranamente su aprendizaje y su producción artística). Los jugadores de ajedrez han sido los más intensamente estudiados y de ellos hemos aprendido más sobre la mente experta.

La hipótesis alterna es que la superespecialización del cerebro pudiese dotar al individuo de una actividad creativa mayor no sólo en su dominio sino en otros dominios. Un ejemplo que se puede aducir en este sentido es precisamente la sinestesia, tan común en los cerebros especializados, ya que ésta es un ejemplo de cómo otras áreas cerebrales pueden ser estimuladas por un sentido distinto.

Los cerebros especializados tienen una gran memoria en su dominio: los grandes ejemplos son Mozart y Mendelsohn, pero parece poco probable que los cerebros muy especializados tengan una gran memoria en todos los dominios. Un ajedrecista puede reconstruir una jugada en otro tablero con sólo una ojeada. Sin embargo si las piezas están distribuidas al azar y no forman un patrón no son mejores que otras personas sin entrenamiento en el ajedrez. La memoria visuo-espacial general de un ajedrecista “grand master” no es mejor que la de un inexperto en el ajedrez. Un músico no puede reproducir ruido o notas dispuestas al azar. La memoria de Mozart, quien pudo escribir *El Miserere* de Gregorio Allegri, habiéndolo escuchado un viernes santo, una sola vez en el Vaticano, a la edad de catorce años, con todas las voces, ha sido motivo de asombro a lo largo de los años. Sin embargo la memoria de los grandes virtuosos, que tocan de memoria varios conciertos, no es mejor que la de otras personas en diferentes áreas del conocimiento, como la memoria visual y numérica. Esta memoria “contextual”, que se aplica en un sólo dominio, es la que es importante para el narrador como veremos.

Si un cerebro especializado aplica su talento con éxito en otros dominios podría deberse a la gran disciplina que se impone al individuo con un cerebro especializado desde pequeño y a que diversas estrategias que se aplican en un dominio pueden ser utilizadas en otros. Sin embargo verificar esta hipótesis requiere de más estudios.

Es importante hacer énfasis en que el cerebro de todos los hombres modernos, en cierto sentido, es especializado porque si bien todos los hombres son capaces de hablar (lo cual en sí ya constituye un gran enigma) la mayoría son también capaces de leer y una minoría de escribir bien; esto último constituye ya un metalenguaje para el cual el cerebro humano no estaba preparado evolutivamente. Existen áreas visuales para decodificar los códigos escritos (ideográficos y fonéticos) en todas las lenguas y la escritura es un metalenguaje que no sólo ha servido para guardar memoria de nuestra historia sino que ha hecho posible el almacenamiento de la información cultural fuera del cuerpo: la información extrabiológica. Así la relación dialéctica mente-cerebro se trastoca por la relación también dialéctica biología-cultura o si se quiere cerebro-cultura. Nature and Nurture son las dos caras de Jano de la naturaleza humana; pero si queremos avanzar en el perfeccionamiento de las ciencias y las artes y de nuestra condición humana tendremos que dar el mayor número de oportunidades a nuestros niños, sea para que logren una especialización temprana, o bien para que su cerebro tenga acceso al mayor número de estímulos y pueda desenvolverse en diversos dominios.

El escritor de ficción empieza como todos los seres humanos a aprender a leer y a escribir desde los primeros años de vida. En cierto sentido todos los seres humanos tenemos un cerebro diferente al cerebro del resto de los animales (sin embargo tenemos el mismo tipo de células y el mismo tipo de conexiones). Sin embargo el ser humano sólo ha leído y escrito por escasos cinco mil años. Es muy posible que antes de ese tiempo pudiera hablar o articular algunas frases pero no sabemos desde cuando lo hizo. No sabemos qué forma de lenguaje oral tenía ni su alcance; probablemente muy escaso, en términos de vocabulario. La escritura, en particular, es un metalenguaje muy reciente en la historia del hombre. No obstante, debe existir una diferencia entre los escritores de ficción y otros seres humanos y probablemente sea el grado de especialización en los escritores.

Esta especialización tiene dos vertientes. La primera tiene que ver con los aspectos formales del lenguaje; el eje semántico y el eje sintáctico, y también con la prosodia o entonación y con la ortografía y el uso de los signos de puntuación. En los afásicos el eje semántico, el eje sintáctico y la prosodia pueden ser disociados, así que cada uno de estos ejes esté a cargo de diferentes partes del cerebro. La entonación del lenguaje, la prosodia, que tiene mucho que ver con los sentimientos y probablemente con la poesía y con la prosa lírica, se afecta principalmente con las lesiones del hemisferio derecho.

La competencia en el lenguaje por el escritor en ciernes se ha debido iniciar muy temprano y se fue perfeccionando con el paso de los años, probablemente con la escritura de diversos ensayos escolares y con las variadas lecturas. De tal suerte que en la juventud temprana el escritor potencial domina ya varios aspectos técnicos básicos de la escritura y a partir de los cuales puede innovar.

La segunda vertiente de la mente especializada del escritor tiene que ver con las historias que cuenta. El escritor de ficción se encuentra acaso de manera fortuita y aleatoria con diversas historias y cuentos. Acaso también se encuentre y crezca dentro de una familia que considere importante la lectura de cuentos e historias desde edades muy tempranas o tenga familiares que les guste contar historias. La experiencia de los comics y del cine es crucial para muchos niños, como lo fue para mí, por ejemplo. Si un futuro escritor de ficción se encuentra con una biblioteca familiar más o menos rica, esto puede ser determinante para escoger la carrera de narrador de historias. Las historias que son más interesantes para ese posible escritor pueden ser las que adquieran más peso a lo largo de los años. En general serán aquellas historias que le deparen más placer. Cuando el escritor joven o adulto escoja, invente o descubra las historias que le gusta contar, éstas tendrán una cierta afinidad con las historias que le gustaron de niño.

Borges es quizá el mejor ejemplo del escritor de ficción con un cerebro especializado. Habló dos idiomas desde pequeño. Tuvo acceso, de niño, a una vasta biblioteca y encontró allí a los grandes autores y a los grandes contadores de historias. Además tuvo la motivación extrínseca, es decir la aprobación del padre, quien siempre lo apoyó para que se convirtiera en escritor de ficción. El cerebro del escritor de ficción es comparable al cerebro de un virtuoso en la música. Es un virtuoso no sólo en los aspectos formales de la lengua, que no son pocos, sino en el aspecto más misterioso que es la invención, el encuentro o la recreación de las historias.

Se ha escrito bastante sobre la memoria musical, la memoria matemática y la memoria de los jugadores de ajedrez, pero sabemos muy poco sobre la memoria del narrador. El narrador debe tener también una memoria selectiva. Al igual que los músicos y ajedrecistas su memoria está probablemente confinada a su oficio y sea una memoria contextual y en

patrones. La memoria en patrones le permite guardar información en grandes pedazos. El narrador, como el poeta, puede tener una gran memoria de palabras y frases y seguramente puede citar grandes párrafos de textos y poemas. El filósofo o el ensayista tienen una memoria de ideas y conceptos y pueden citar párrafos y palabras claves de su oficio. El escritor tiene una memoria sobre la narración en patrones y no en estructuras atómicas. Frases que le han conmovido, palabras que han sido claves, giros sintácticos y prosódicos, capacidad para retratar el habla popular, palabras en otros idiomas, nombres de personas, países, ciudades y toda la minucia que se requiere para armar una narración: los nombres de las calles, de las personas, de los licores, de la ropa, de la arquitectura, etc. Seguramente la memoria del narrador abreva en muchas otras artes y ciencias porque el narrador es un sujeto que lee sobre variadas cosas de artes y ciencias. La adquisición del oficio de narrador toma muchos años y no es de extrañar que los narradores sean mucho más tardíos que los poetas. Miguel de Cervantes escribió la segunda parte del Quijote cuando ya tenía sesenta años.

Por otro lado la memoria del narrador está saturada con historias: anécdotas que ha escuchado en su familia y de sus amigos, historias que ha modificado, cuentos que ha leído, historias dentro de otras historias, patrones para iniciar un cuento, patrones para terminar un relato, patrones de sorpresa, cuentos del doble, cuentos policíacos, etc.

Sabemos muy poco todavía de la mente del narrador pero es probable que aprendamos algo por estos caminos.

EL ESCRITOR SE ENCUENTRA CON SUS HISTORIAS: ¿INVENCION, ENCUENTRO, REVELACION, DESCUBRIMIENTO, RE-CREACION, CATARSIS?

Algunos escritores inventan de novo sus historias. Estos quizá sean los menos y se cree que son los más imaginativos. Inventar una historia nueva, creo yo, es algo casi inconcebible. La novedad las más de las veces se encuentra en la forma de contarla. Ciertos narradores las encuentran durante su vida en los relatos familiares o en los de sus comunidades. Así, muchos escritores relatan historias que han oído o vivido en relación a sus familias o a sus pequeñas comunidades o pueblos. Me pregunto si las historias de las pequeñas ciudades o pueblos son más numerosas que las de las grandes ciudades. La Biblia es quizá el mejor ejemplo de este tipo de historias. Tal vez porque en las pequeñas ciudades todos se conocen y además se conocen las historias de los abuelos y bisabuelos. Abundan los escritores que han escrito sobre sus familias y sobre sus pequeñas comunidades: William Faulkner, Gabriel García Márquez y Juan Rulfo son evocados con facilidad por la memoria. Ciertos escritores continúan narrando durante toda su vida estas experiencias cruciales de la infancia.

Algunos descubren historias en situaciones en que la mayoría de las personas no habrían visto nada de interés. Uno de estos grandes escritores fue el ruso Antón Chekov. El descubrimiento de una historia en una situación aparentemente anodina es una característica del cerebro del narrador. James Joyce llamó al descubrimiento de una historia una epifanía, una revelación de Dios al hombre. Esta revelación o epifanía es algo, que de alguna u otra manera, han sentido todos los escritores en algún momento y es precisamente la tesis de la musa.

Probablemente influya en el descubrimiento de la historia el estar pensando en ella durante un largo tiempo. Este sea probablemente el mecanismo más común de la creación

de una historia y, paradójicamente, uno de los menos estudiados. Quizás porque muchos escritores quieren tener un elemento sobrenatural o inexplicable en la creación. Algunos narradores piensan que las historias lo eligen a uno. Es posible pero improbable; creo que la elección conciente y deliberada de una historia es poco probable. En la escritura de la historia interviene mucho el oficio y la inteligencia, pero no así en la elección o invención de la historia. La demasiada famosa historia del té y la madeleine de Marcel Proust probablemente revela que la elección de la historia es un fenómeno inconciente. Esta se nos muestra de manera fortuita e incidental y no buscada. A este fenómeno Proust lo llamó memoria involuntaria y hay quienes han pensado que es la base de la ficción. Así el elemento fortuito aparece en la literatura como en la ciencia. A pesar de todas estas conocidas hipótesis, no se debe descartar que la aparición de la historia en la mente del narrador pueda ser el resultado de una búsqueda intensa, como ocurre con algunos descubrimientos científicos.

La re-creación es el otro gran mecanismo de la mente del escritor de ficción. Un gran grupo de escritores encuentra sus historias en las narraciones de otros escritores. Así, las historias del doble han sido contadas por casi todos los narradores con variantes menores. Las historias de amor, de celos, de deseo, de venganza, de desamor, de traición, de muerte, han sido y seguirán siendo los temas de los narradores. Esto permite sugerir que hay un mecanismo universal en la elección de los temas narrativos que comparten, de alguna manera, la mayoría de los narradores y quizás de los seres humanos.

Y tal vez la invención de la historia puede implicar un proceso catártico. Quizás quien ha escrito mejor sobre este proceso es Julio Cortázar. Cuando se encuentra o se inventa la anécdota del cuento, ya sea por una experiencia, por una lectura, por el sueño o por la pura imaginación, se convierte en una obsesión. Para quitarse esta obsesión se tiene que sentar a escribirla y abandonar todo lo demás. Es como “quitarse una alimaña de la cabeza”. El cuento aparece como algo independiente del autor, como un fenómeno autónomo, como una autarquía. El cuento viene en forma involuntaria a la mente del narrador que no puede sino echarlo hacia afuera. Esta tesis es semejante a la tesis de Proust de la memoria involuntaria como base de la narración. También invoca a la pesadilla como en el caso de Kafka y Edgar Allan Poe. Esta tesis se emparenta con la teoría de la epifanía Joyceana y es también la idea de la inspiración y de la musa y tiene que ver con la tesis psicoanalítica de la simbolización y la condensación en la génesis de los sueños.

Es obvio que para muchos escritores la génesis de un verdadero cuento tiene que ver con los conflictos internos del escritor que se resuelven por complejos mecanismos de simbolización inconciente que a su vez hablan al inconciente del lector. Esto revela que el inconciente del autor y del lector dialogan en un lugar oscuro y quizás con lo que no se dice. Pertenecen al proceso primario, atemporal y atópico. Es necesario reconocer que estas alimañas que rondan a la mente del narrador no podrían convertirse en cuentos, o en narrativa, si no fuese por la capacidad del escritor de darles forma a través de un oficio o de un proceso secundario racional y lingüístico.

La tesis de que el proceso racional crea el cuento únicamente a través de un proceso puramente intelectual es menos satisfactoria. Los cuentos demasiado intelectuales son, tal vez, los menos interesantes. La tesis de Poe de la unidad de efecto se refiere, pienso, sólo al aspecto técnico de la escritura del cuento y no al fenómeno de cómo se impone el tema al narrador.

En otras palabras la imaginación, el sueño, la inspiración, la asociación libre, la distorsión deliberada de la memoria, es posible que generen el tema o la anécdota del cuento pero no

puede ser usada para la escritura del mismo. La escritura solo la puede dar el oficio. Los temas de Poe son ciertamente terribles y es dudoso que los hubiera escogido por un proceso conciente. Un cuento bien escrito o incluso escrito con brillantez si no contiene una verdad oculta no vale gran cosa. No se trata de catarsis o de un mecanismo neurótico sino de algo que surge y nos sirve para vivir. No en vano muchos cuentos no son sino elaboraciones de pesadillas que a muchos seres humanos nos rondan. Pienso que los cuentos tienen una función más allá de la estética. Nos ponen en contacto con lo más profundo de nosotros mismos y nos permiten una comunicación con los otros que de otra manera sería imposible. Los cuentos nos ayudan a vivir. A lo largo de los años he leído y releído cuentos de varios autores y he encontrado que cada uno de los cuentos lleva el sello del autor pero cada uno de los cuentos es diferente y sigue sus propias reglas. Al cuentista sólo le es concedida la fábula pero no su significado. A veces la musa y el alto ingenio le conceden la magia de la realización.

LA CREACIÓN CIENTÍFICA Y LA CREACIÓN LITERARIA Y ARTÍSTICA. LA FICCIÓN COMO UN EXPERIMENTO MENTAL

No hay duda que entre la creación científica y la creación artística hay ciertos paralelismos y semejanzas y ciertas diferencias. Los científicos han hablado en diversas ocasiones sobre las situaciones que generaron algunos descubrimientos científicos.

Tres imágenes acuden a mi mente sobre la creatividad en la ciencia. La primera es de Newton. Es fama que Newton, una de las mentes más privilegiadas que ha dado la humanidad, no quería escribir sobre sus descubrimientos. El astrónomo Halley lo impulsó a que publicara su gran libro *Philosophia Naturalis Principia Mathematica*. Cuando a Isaac Newton se le preguntó sobre como había llegado a la admirable conclusión de que la misma fuerza que hacía que una manzana cayera del árbol era la misma que propulsaba a los astros alrededor del sol contestó en latín: *nocte dieque incubando*: pensando en eso día y noche. Aquí el descubrimiento científico ocurre como una consecuencia de la actividad obsesiva del pensamiento que no cesa de reflexionar en todo momento sobre su tema. El descubrimiento ocurre porque el pensamiento gira sobre si mismo y sobre su tema e inevitablemente encuentra la solución. Newton supo desde el primer instante que su teoría era únicamente descriptiva del fenómeno de la gravitación universal. Cuando le preguntaron en qué consistía exactamente dicha fuerza contestó también en latín: *hypotheses non fingo*: yo no hago hipótesis. La mente de Newton tendía no sólo al análisis sino también a la síntesis. En tres fórmulas describe las leyes de movimiento y en una sola fórmula la ley de la gravitación universal. Esta forma de descubrimiento científico parece la más natural y la más lógica. Un científico dedica gran parte de su tiempo a reflexionar sobre las hipótesis que se ha planteado. Newton trabaja sobre los descubrimientos de la gravedad de Galileo; a saber la aceleración gravitatoria y la ley de la isocronía del péndulo. Newton hace pocos experimentos y en realidad la mayoría de sus experimentos son mentales, algo que va a marcar en forma definitiva la física.

El experimento con el prisma y el descubrimiento de que la luz blanca está compuesta por el espectro de colores es clásico en la física. La concentración de Newton en diversos problemas de la física disminuyó con el tiempo y asimismo su creatividad. Creo que es justo decir que sin la concentración en el tema es difícil la creatividad científica y artística.

El experimento mental ha sido de primera importancia en los descubrimientos científicos. Propongo que la ficción sea también considerada como un experimento mental.

Los físicos alemanes llamaron a los experimentos mentales: *Gedanken Experimenten*. En sentido estricto todas las historias son experimentos de la mente tanto en su aspecto formal como en su contenido. Un experimento mental de la ficción es: si hubiera pasado esto, entonces, el resultado sería esto otro. Es evidente que hacemos experimentos mentales todo el tiempo durante nuestra vida cotidiana y que el cerebro humano es, como lo ha dicho el neurofisiólogo Llinás, una máquina de predicción. La máquina predictiva que es nuestra mente es, no obstante, falible y en este juego entre la predicción del autor y la predicción del lector ocurre el momento mágico de la narración. La predicción en la ciencia es acaso menos imperfecta.

La segunda imagen es la del fisiólogo alemán Otto Loewi. Él piensa que existe una sustancia que el nervio vago produce y que hace que el corazón lata más lento. No sabe cómo demostrar que esta sustancia existe. Un día sueña un experimento. Despierta y trata de escribir su sueño. Al otro día encuentra que la escritura que realizó durante la noche es indescifrable. Tiempo después vuelve a soñar. Ahora sí puede escribir en detalle el sueño y al otro día realiza el experimento. Un corazón de rana al que se le ha estimulado el nervio vago deja un residuo en el líquido en el que se mantiene el corazón. Cuando este líquido es puesto en contacto con otro corazón de rana este otro corazón también late lentamente. De esto deduce que una sustancia producida por el vago, la *vagusstoff*, es la que ha producido este enlentecimiento del ritmo cardíaco. Este trabajo secreto del inconsciente ha sido aducido como una de las grandes fuentes de la creatividad. Es decir se postula que la creatividad tiene un elemento inconsciente que se va gestando inclusive sin que la persona tenga conciencia de su saber. Esta génesis de la creatividad desde luego es de gran atractivo para el psicoanálisis.

Varios científicos han soñado su descubrimiento sin embargo me impresionan más los escritores que han soñado su obra. El gran poema lírico *Kubla Kan* de Samuel Taylor Coleridge fue soñado en su integridad así como la novela corta *Doctor Jekyll and Mister Hyde* de Robert Louis Stevenson. Los cuentos de Kafka tienen la estructura de los sueños y pesadilas. No hay duda que el elemento inconsciente es crucial para la génesis de diversas obras científicas y artísticas. El escritor de ficción, tiene acceso, así sea de manera parcial y momentánea a ciertas áreas secretas de su mente. El enigma persiste porque no sabemos cómo algunos escritores lo logran.

La tercera imagen es la que nos dice es que el descubrimiento científico tiene un gran componente del azar. En la vida uno conoce de manera fortuita o accidental a sus amigos. El hallazgo científico es en ocasiones fortuito o incidental como el descubrimiento de la penicilina por Fleming. El fisiólogo francés Claude Bernard descubrió que el jugo pancreático tenía una acción disolvente sobre la grasa animal porque, por serendipia, se estaba alumbrando con una vela de sebo mientras examinaba el páncreas de un perro. En este caso si no hubiera existido una vela de sebo cerca del maestro Bernard, éste no habría puesto en contacto el jugo pancreático con el sebo animal de la vela. De estos descubrimientos está llena la ciencia, la literatura y también la vida. Quizá todos estos factores influyan en el descubrimiento científico y en la creación narrativa: el hallazgo fortuito o al azar, el pensamiento deliberado y obsesivo, la gestación inconsciente: como en el sueño o en la revelación súbita.

Considero que en el descubrimiento científico y la creación literaria tiene también una parte importante el placer. Esta dicha creativa es lo que hemos llamado motivación intrínseca. Tiene dos componentes: el disfrutar el trabajo y el saberse competente en su actividad.

Creo que todos los grandes escritores han amado su trabajo creativo y esto les ha permitido trabajar mucho tiempo y con intensidad.

Finalmente, creo que la creación literaria es un gran acto de libertad. Uno de los pocos actos de libertad, que el destino, el azar, o Dios concede a veces a los seres humanos.

LOS ORÍGENES DE LA CREATIVIDAD. ¿A QUÉ LLAMAMOS TALENTO?

Entender los mecanismos de la creatividad en el arte y en la ciencia es algo importante para todos los seres humanos ya que ella depende en gran parte nuestra supervivencia como individuos y como especie. ¿Es el talento una especie de facilidad con la que uno nace? ¿Es el resultado de muchas horas de arduo trabajo y entrenamiento? ¿Intervienen ambos factores en dosis desconocidas?

En el admirable libro de Robert Sternberg *Handbook of Creativity* (Cambridge University Press, 1999) se discuten las diversas teorías científicas que intentan explicar el origen de la creatividad. Existen teorías psicoanalíticas, teorías biológicas, teorías cognitivas, teorías evolutivas, teorías de la motivación humana y también se ha hablado mucho de la personalidad del creador.

Las diversas teorías psicoanalíticas hablan de la actividad creativa artística o científica como una sublimación de impulsos sexuales o agresivos. Las teorías psicoanalíticas también han hecho énfasis en el elemento inconsciente como motor fundamental de la creatividad y al que Nietzsche ya había aludido en *El Origen de la Tragedia* en los elementos antinómicos apolíneos y dionisiacos. No hay duda que el elemento inconsciente, el llamado proceso primario siempre está presente en la génesis de toda actividad creativa. El proceso secundario, la parte ejecutoria consciente, permite la realización artística o científica de la intuición generada por el inconsciente. Las teorías psicoanalíticas siguen fascinando en su interpretación de la creatividad.

Las teorías cognitivas, actualmente muy estudiadas, ponen énfasis en la capacidad del creador de asociar ideas u objetos previamente no relacionados y el proceso de pensamiento llamado “divergente” o lateral y la capacidad del investigador de tolerar la incertidumbre.

Las teorías de la motivación humana hablan de la motivación intrínseca y extrínseca. La motivación intrínseca, es decir, aquellas actividades que se realizan porque le dan placer al artista o al científico son las más conducentes a la creación, mientras que aquellas actividades que se realizan para lograr algún resultado económico, de prestigio o de posición producen menos obras creativas.

Se ha hablado mucho de la personalidad de los individuos creativos, de su independencia, energía, confianza en sí mismos, capacidad para estar solos y también se ha dicho que los individuos creativos tienen una mayor incidencia de trastorno afectivo bipolar.

La teoría biológica de la creatividad es una de las más antiguas y fue postulada por Francis Galton, primo de Darwin en Inglaterra en el siglo diecinueve en su libro: *Hereditary Genius: an inquiry into its causes and consequences*. En este libro Galton postula que de acuerdo con estudios estadísticos por él realizados la mayoría de las personas creativas en

Inglaterra se agrupaban en familias. Galton mismo fue un genio creativo que inició el estudio de la estadística, descubrió las huellas digitales e hizo otros múltiples descubrimientos. Desgraciadamente no estudió sus propias habilidades creativas.

Todas estas teorías tienen algo que decir con respecto a la creatividad humana pero no existe una sola teoría que las incluya a todas.

En todo ser humano se conjuntan tres historias. Una historia genética, una historia personal y una historia cultural. Los diversos factores están en ocasiones tan mezclados que son inextricables.

La mayoría de los creadores muestran desde pequeños una notable independencia de espíritu que les permite disentir de los profesores y cuestionar a la realidad. En forma temprana también descubren temas y áreas que son una *terra incognita* y reconocen que hay muchas cosas que no se saben. Tienen también otra virtud: les gusta estar solos. Este aliento solitario, esta capacidad de darse cuerda a sí mismos, es propia de los seres creadores. Tal vez exista una concordancia entre la elección de una profesión y un talento innato. Gerald Edelman ha propuesto la tesis de la selección neuronal para explicar el talento o la facilidad innata: en el preciso sentido de que la interacción entre un cerebro específico y la atmósfera cultural que lo rodea, selecciona las redes neuronales en las que ese cerebro es más capaz. Aunque muchos autores piensan que un elemento biológico es necesario en las matemáticas, la música, el dibujo y quizá en las lenguas no está claro que la mera aplicación pueda resultar en un individuo creativo. El viejo dilema de la naturaleza humana permanece vigente. Tenemos una naturaleza biológica y una naturaleza cultural. Nuestra naturaleza biológica es muy antigua mientras que nuestra naturaleza cultural es relativamente reciente.

La naturaleza biológica es el producto de la evolución biológica de millones de años y es claramente visible en la conducta del hombre moderno: tanto en sus instintos agresivos y como en sus instintos altruistas. La naturaleza biológica del ser humano está almacenada en el código genético del DNA. La naturaleza cultural es el resultado de la adquisición y almacenamiento de información extrabiológica hecha posible por el desarrollo de la agricultura y la escritura. La información cultural de los seres humanos está almacenada fuera de su cuerpo principalmente en los libros. La evolución cultural empezó con la invención de la agricultura y la escritura. La evolución cultural ha crecido a un ritmo sin paralelo en los últimos años. Sin embargo hay que hacer notar que el desarrollo cultural es el producto de la actividad biológica y particularmente de la actividad del cerebro; por lo tanto no es improbable que ciertos elementos de la organización biológica estén presentes en las organizaciones culturales. Hay una relación dialéctica entre la naturaleza biológica y cultural del ser humano. La cantidad de información genética almacenada en el DNA es enorme. La cantidad de información cultural actualmente disponible es vastamente superior a la capacidad de almacenamiento de cualesquier individuo. La muy grande cantidad de información almacenada extrabiológicamente ha inducido el crecimiento de las especialidades y los especialistas. La sociedad moderna ha optado por los especialistas, pero no sabemos todavía el resultado de esta elección.

El hombre moderno confronta varios problemas en relación a su naturaleza biológica y cultural. La información disponible está fragmentada, dispersa y tiene poca probabilidad de convertirse en un cuerpo orgánico y sintético. El “ruido” informativo está ampliamente distribuido y amenaza la naturaleza antientrópica de la información. Existe una gran asimetría de la información: las naciones desarrolladas tienen gran cantidad de información

mientras que las naciones pobres tienen cada vez menos. La cultura no ha promovido una disminución en los impulsos agresivos de los seres humanos. El hombre es todavía un animal semidomesticado.

LECTURAS SUGERIDAS

Hadot Pierre. *Philosophy as a way of life*

Borges JL *Ensayo autobiográfico*

Hardy G.H. *A Mathematician's apology*

Sternberg RJ. *Handbook of Creativity*

Ross P.E. *The expert mind*. *Scientific American*, August 2006

Lechevalier B. *Le cerveau de Mozart*

Levitin D.J. *This is your brain on music. The science of a human obsession*. Dutton 2006

Oliver Sacks. *Musicophilia*.



Simposia
*Sección de Literatura y Psiquiatría de la Asociación
Mundial de psiquiatría (WPA)*







Un caso de dislalia en la *Divina comedia* y el fugaz episodio de los demonios chocarreros

PROF. HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN GARCÍA

Cuando Dante ingresa conducido por Virgilio en el IV círculo del Infierno, donde peñan las almas de los avaros y los pródigos, que es el tema del Canto VII, los recibe un demonio llamado Plutón quien lanza una oscura interjección cuyo significado cabal escapa a los especialistas, sobre la que hay diversas hipótesis, y de la que la mayoría de sus traductores se ha cuidado de encontrar equivalentes en otras lenguas:

Plutón exclama: “Pape Satàn, pape Satàn aleppe!”

Así dice el verso completo:

Pape Satàn, pape Satàn aleppe!
cominciò Pluto con la voce chioccia;
e quel savio gentil, che tutto seppe,

disse per confortarmi: “Non ti nocchia
la tua paura; ché, poder ch’elli abbia,

non ci torrà lo scender questa roccia.”

“Pape Satán, Pape Satán Aleppe”
comenzó a gritar Plutón con ronca voz.
Y aquel sabio gentil, que lo conoce todo,
para animarme dijo: -No te inquiete
el temor, pues a pesar de su poder,
no te impedirá que descieras a este círculo.”

(Dante Alighieri, *Divina Commedia* – Infierno, VII, vv.1-6)

De entre las muchas explicaciones que se han dado acerca de esta oscura frase en los últimos 200 años, señalo las siguientes:

1. Se trata de una exclamación de sorpresa, semejante al italiano “Accidenti!”, que equivale en español más o menos a: “¡demonios!”, aunque la única palabra reconocible:

Satán, muestra que la invocación se dirige precisamente a él. Para algunos comentaristas, equivaldría a “Oh Satán, oh Satán Dios”; por lo que se trataría de una interjección ciertamente paradójica para el lugar, opuesta a aquella, más frecuente en la tierra y el Cielo, de: “¡Ave María Purísima!”.

2. Lo que Plutón manifiesta es su estupor al ver a esos inusuales viajeros, por lo que otros comentaristas interpretan, con más imaginación y libertad: “¿Cómo Satanás: cómo Satanás príncipe del infierno! ¿Un audaz mortal se atreve a entrar aquí?”.

3. La invocación diría más bien: “Papa Satán, ¡aleph!”. Según esta hipótesis, Plutón menciona aquí la primera letra del alfabeto hebreo para significar la primacía de su señor: “Papa Satán, tu eres el número Uno”, o como dicen los etólogos: “El macho alfa”, o como diría Cantinflas: “El mero mero”, lo que implicaría que los demonios utilizan cotidianamente la lengua hebrea. Pero si esto es lo que Plutón quiere decir, hay aquí un evidente problema de pronunciación. Este defecto se manifiesta también en otras tres explicaciones:

4. Plutón mezcla en su sorpresa el latín, el griego y el hebreo:

“papae”, genitivo de Papa; “Satán”, que en griego significa adversario, y otra vez la primera letra del alfabeto hebreo, lo que vendría a ser: “Primer enemigo del Papa”, frase por lo demás fuera de lugar como sorpresa, bienvenida o rechazo a los visitantes.

5. La lengua en la que se expresa el demonio dislábico no es el hebreo sino el árabe: “Bâb al-shaytân. Bâb al-shaytân. Ahlibu!”: “La puerta de Satán, la puerta de Satán. ¡Prosigan su descenso!” (Algo así como: “¡Viene, viene!, quebrándose a la derecha”), lo que tendría más sentido que la hipótesis anterior.

6. Plutón intenta hablar en lengua francesa. Para los autores que sostienen esta hipótesis, hay dos posibilidades: una sería “Pas de paix Satán, pas de paix Satan, à l'épée” (“Nada de paz Satán, nada de paz Satán, ¡a la espada!”), y la otra, más acogedora: “Paix, paix, Satan, paix, paix, Satan, allez, paix” (“Paz, paz, Satán, paz, paz, Satán, vayan, paz”).

En cualquier caso, Plutón, aunque tal vez versado en lenguas, da muestra de sufrir serias dificultades fonéticas. No queda excluida, empero, la hipótesis de que Dante haya querido mostrar que en el Infierno se habla un idioma neológico, mezcla quasi jergonofásica de diversas lenguas, o que los demonios sufren de cierto retraso mental que los obliga al lambdacismo o la dislalia. Así parece haberlo entendido Gustave Doré que lo representó sentado, gigantesco, a la entrada del círculo a su cuidado, en plena dígito succión.

Ahora bien, ¿Que objeto tiene esa avernícola puerilidad para las necesidades narrativas de la obra? La explicación tal vez se encuentre 14 Cantos más adelante, en el XXI, cuando el Poeta y su Maestro penetran en el quinto foso del octavo círculo, el de los malversadores y los estafadores, la mañana del 9 de abril de 1300, para algunos comentaristas, o la del 26 de marzo de ese año, Sábado Santo, para otros, lo que finalmente, después de 708 años, no tiene la menor importancia. Aquí se encuentra una escena grotesca que los estudiosos del Dante califican también de cómica o de inesperado ridículo. En contraste con el resto del relato, cuyo tempo suele ser parsimonioso y grave, surge de pronto un movimiento acelerado y los personajes que encarna un pelotón de 13 diablos, I Malebranche (los Malas garras) empiezan a utilizar un lenguaje popular y picaresco. Dante le da nombre a doce de ellos en una sorprendente, rica e imaginativa creación neológica:

Malacoda (cola maldita), es el jefe de la banda,
 Scarmiglione (desgreñado o chapucero),
 Barbariccia (barba erizada),
 Alichino (que hace inclinar a los otros),
 Calcabrina (que pisa la escarcha),
 Cagnazzo (perrazo),
 Libicocco (deseo ardiente),
 Draghignazzo (veneno de dragón),
 Ciriatto-Sannuto (puerco o jabalí),
 Grafficanne (perro que araña),
 Farfarello (diablillo pilluelo),
 Rubicante (inflamado, colorado o rabioso).



Ante tal elenco el lector descubre que se trata de una especie de intermezzo de la *Commedia dell'Arte* en la que los parlamentos están en un lenguaje descarado, de extracción vernácula medieval que los diablillos debitan sin cuidar mucho la dicción, y que contrasta con la pureza y elegancia del resto del gigantesco poema que funda la sublime lengua toscana, por lo que un lector ítalo parlante actual necesita, para entenderlo, numerosas explicaciones de pie de página, en tanto que para los traductores el fragmento constituye una auténtica pesadilla dantesca.

Los diablillos de esta patrulla se muestran amenazantes pero sus acciones no tienen finalmente nada de espantoso, se trata más bien de una especie de juego o broma adolescente, e incluso se permiten ofrecer a los dos peregrinos algunas informaciones de índole turística:

“-¿Quieres que le pinche en la rabadilla?” se decían unos a otros. Y respondían: “Sí, sí, clavale”. Pero aquel demonio que estaba conversando con mi Guía se volvió de pronto, y gritó: “Quieto, quieto, Scarmiglione”. Después nos dijo: -Por este escollo no podréis ir más lejos, pues el sexto arco yace destrozado en el fondo. Si os place ir más adelante, seguid esta costa escarpada; cerca veréis otro escollo por el que podréis pasar. Ayer, cinco horas más tarde que en este momento, se cumplieron mil doscientos y sesenta y seis años desde que se rompió aquí el camino. Voy a enviar hacia allá varios de los míos para que observen si algún condenado procura sacar la cabeza al aire; id con ellos, que no os harán daño.

Entonces, el innominado interlocutor de Virgilio gira sus órdenes en una rápida y festiva coda que pierde todo su brillo en las traducciones:

“Tra’ti avante, Alichino, e Calcabrina,”
 cominciò elli a dire, “e tu, Cagnazzo;
 e Barbariccia guidi la decina.
 Libicocco vegn’oltre e Draghignazzo,
 Ciriatto sannuto e Grafficanne
 e Farfarello e Rubicante pazzo.
 Cercate intorno le bogliente pane:
 costor sian salvi infino all’altro scheggio
 che tutto intero va sopra le tane.”

-Adelante, Alichino y Calcabrina –empezó a decir-; y tú también, Cagnazzo; Barbariccia guiará a los diez. Vengan además Libicocco y Draghignazzo; Ciriatto, el de los grandes colmillos, y Graffiacane y Farfarello, y el loco de Rubicante; rondad en torno de la pez hirviente; éstos deben llegar salvos hasta el otro escollo que atraviesa enteramente sobre la fosa.

Dante exclama entonces:

-¡Oh Maestro! ¿Qué es lo que veo? [...], si conoces el camino, vamos sin escolta; yo, por mí, no la solicito. Si eres tan prudente como de costumbre, ¿no ves que rechinan los dientes y se hacen guiños que nos amenaza algún mal?

-No quiero que te espantes– me contestó; deja que rechinen los dientes a su gusto. Si lo hacen, es por los desgraciados que están hirviendo.

Per l'argine sinistro volta dienno;
ma prima aveva ciascun la lingua stretta
coi denti verso lor duca per cenno;
ed elli aveva del cul fatto trombetta.

Se pusieron en camino por la margen izquierda; pero cada uno de aquéllos de antemano se había mordido la lengua en señal de inteligencia con su jefe, y éste se sirvió de su ano a guisa de trompeta.

En medio del eterno dolore y la descripción de las penas de tanta perduto gente, el Poeta se permite ese inesperado intermezzo jocoso, grotesco y chusco cuyo sentido oculto podría ser el de señalar, que junto a las lecciones de teología y al esfuerzo literario al servicio de la venganza y la saña hacia sus enemigos políticos, hay un momento en el que la condición estulta y pueril de los demonios de baja estofa permite la emergencia de lo carnavalesco, portador, a su vez, de una verdad demasiado humana que habrán de encarnar los locos, poseedores de una sabiduría que no es de este mundo, y que el Renacimiento y el Humanismo se encargarán de precisar más tarde. O también, que frente a todas las formas de la maldad humana, representadas por medio de esa multitud sin esperanza, las burlas del pelotón chocarrero que su jefe dirige con ruidos corporales, son una forma de distanciamiento irónico para quienes ahí laboran y que son una expresión del otro yo del propio Poeta que se otorga, a sí mismo y a sus lectores sorprendidos, un terapéutico momento de inesperada risa.

Héctor Pérez-Rincón
San Lorenzo Huipulco. Abril de 2008.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dante Alighieri: "La Divina Commedia", Testo critico della Società Dantesca Italiana riveduto, col commento scartazziniano rifatto da Giuseppe Vandelli. XXI edizione (completa). Ristampa. Ulrico Hoepli, Milano, 1979.
2. Dante Alighieri: "La Divina Comedia". XVIII edición. Col. Austral. N. 1056. Espasa-Calpe Mexicana, México, 1990.
3. Wikipedia: "Pape Satàn, pape Satàn, aleppe". Categoría: Espressioni della Divina Commedia.



Susan Sontag ante el dolor...

JOSÉ REFUGIO REYES RIVAS

Una esquila me recuerda a Sontag (1933-2004). En uno de los textos de cuidados paliativos que consulto, aparece una cita, un fragmento de un texto suyo. La enfermedad y sus metáforas. No me dijo nada. Solo una reseña mayor, aparecida en un diario, unos días después de su muerte ha sacudido mi conciencia. Una amiga, me ha dicho que la admira por sus comentarios sobre artes visuales. La fotografía, uno de sus fuertes.

He sentido la responsabilidad de saber sobre Sontag. Ella sin que yo lo supiera aún; sin ser médico, indagó sobre el dolor físico y sobre el dolor del alma, lo que aqueja a los enfermos ante un médico hermético, que pareciera que es el miedo el que lo hace ser hosco. Vivió en carne propia las propuestas ante la enfermedad de Elizabeth Kubler Ross: aceptación, negación, trueque, ira, impotencia. A más de 30 años de la publicación. La enfermedad y sus metáforas se ha visto rebasada. De El sida y sus metáforas, es interesante saber que la información clínica de su tiempo la dominó como un profesional de la salud.

Ha sido de gran ayuda que su formación no médica, facilite al público general la información que de ella obtiene.

Sin embargo en su libro *Ante el dolor de los demás*, el que hoy me atrae. Este texto sobre la guerra, toma como referencia; *Tres Guineas*, de V. Woolf. 1938. Un texto que no deja bien parados a los simpatizantes de la guerra. También el libro menos bien recibido de Wolf. *Tres Guineas*, respuesta tardía de una pregunta que un abogado le hace a Wolf: “Cómo hemos de evitar la guerra en su opinión”. “A los hombres les gusta la guerra, para ellos hay una necesidad una satisfacción. Que las mujeres no sienten ni disfrutan”. Crudamente refiere que la guerra tiene género y es masculino. La mujer no puede estar de acuerdo con la guerra. Allí hay ya una polémica. Como Género humano, todo somos responsables de la guerra y otras atrocidades. Aunque sea sólo por omisión.

Sontag, contra la guerra, en su país, se antepone a la autoridad, que no sabe, o ya olvidó, lo que Yourcenar pone en boca de Adriano; “El dinero de la guerra va a la guerra.”

El hombre siempre ha hecho la guerra, pareciera que es su estado natural. Cuando menos, los pacifistas aspiran a evitar el genocidio. Sontag reseña como la tecnología, ha servido también para difundir la guerra. Y quizás sirva también para limitarla, detenerla, cuestionarla. En la historia los periodistas vieron rebasada su palabra con las imágenes que la moderna cámara fotográfica permite (hasta 36 exposiciones). La fotografía, medio que dota de realidad a asuntos que los privilegiados prefieren ignorar.

“Las fotografías dicen mira esto es lo que hace la guerra, y aquello. La guerra rasga, desgarrar. Rompe, destripa. La guerra abraza. La guerra recuerda, La guerra arruina”.

Se espera que la fotografía fomente el repudio de la guerra. También las fotografías incitan el odio enemigo. Pero la guerra también se perfecciona. Y el morbo también acecha. Como las fotografías que Sontag refiere del *The New York Times*. Sobre todo de quienes imaginan las muertes que no se están mostrando.

Ernest Friedrich, publicó *Guerra contra la guerra*. El lector emprende un atormentador viaje fotográfico a través de ruinas, matanzas y degradaciones. Pero eso no es todo... En la última parte del libro: un actor dice en más de un idioma: “levantaos muertos de Verdún”. “Vuestros sacrificios fueron en vano”.

Al año siguiente llegó la guerra.

Gustavo Moynier, presidente de la Cruz Roja, dice que las imágenes que los periodistas muestran en los periódicos, como si mostraran a los agonizantes en los campos de batalla. Y sus gritos resonaran en los oídos del lector.

Para Simone Weil. El centro de la *Iliada* es la fuerza. La manifestación del ego mismo.

Se enfrenta al dolor. Una vez que lo asimila, lo intelectualiza y comienza a documentar lo que está a su alcance sobre la literatura y el dolor o la literatura y la enfermedad. Sobre todo lo relacionado con tuberculosis y cáncer. Diez años más tarde retoma el tema y le suma su visión del sida bajo la misma perspectiva. Me parece una analogía con “el laberinto de la soledad” y “posdata”.

Un libro sobre un tema y su reabordaje tiempo después.

En el dolor de los demás. Un tema de actualidad publicado apenas un año antes de su muerte.

Su muerte acaecida también por un segundo cáncer que no superó. Del primero salió invicta y con gran enseñanza.

La guerra y la muerte masiva, cómo contribuyen a esto los medios de comunicación.

Sobre todo los visuales. Desde luego también una actitud comprometida.

REFERENCIAS

La enfermedad y sus metáforas 1978

El sida y sus metáforas 1988

El dolor de los demás 2003



Othello's perplexity

PR. YVES THORET

This tragedy was first performed in sixteen hundred and four, five centuries ago. On one hand, William Shakespeare describes a typical clinical case of paranoid psychotic reaction, leading the patient, victim of a delusional access of jealousy, to stifle his wife to death and commit suicide.

On the other hand, this play reveals itself as one of the most complex of his tragedies, driving the reader or spectator to an intense perplexity.

I / THE PLOT

In Venice, a Moor, Othello, wooed and got secretly married with Desdemona, against her father's will. The Duke of Venice sends Othello to defend Cyprus against the Turks. Othello chooses Cassio as his new lieutenant, and his oldest officer, Iago, grows very jealous of him and plots away to destroy both of them.

In Cyprus, the Turkish fleet is destroyed by a wreck in the tempest, and the just-married couple arrives triumphantly for its honey-moon in the Citadel. Iago plots a mutiny among the soldiers and Othello degrades Cassio of his officer's office.

Iago suggests that Desdemona might already have a love affair with Cassio and he recommends to her to plead for Cassio's rehabilitation in Othello's army.

Desdemona loses her first gift from Othello, a handkerchief. Iago places it in Cassio's chamber. He suggests to Othello that Desdemona might have given it to Cassio and he arranges a conversation with Cassio, overheard by Othello, about Cassio's mistress, Bianca, making the conversation appear to be about Desdemona.

Othello has an evidence-based proof that Desdemona committed adultery with Cassio and gave him her handkerchief.

Full of rage, Othello stifles to death Desdemona in their wedding-bed.

When Iago's wife, Emilia, proves to him that his new bride was innocent, he kills himself and dies in an ultimate kiss with his young white wife.

2/ THE PERPLEXITY

I shall center my comment on this play on some Othello's words, at the end of the play, when he realizes, after having killed his wife, that she was innocent.

To the Venitians coming to put him under arrest, he says:

Speak of me as I am. (...)
Of one that lov'd not wisely, but too well;
Of me not easily jealous, but being wrought,
Perplex'd in the extreme."

(5.2. 340, 342-4)

This word, perplexity, comes from the Latin per-plexus, supine of the verb plectere, meaning to fold or to be involved, same radical as plicare, to fold.

Maybe, we may suppose that Othello felt himself involved in a secret mission, tightly fold in his hand, brain and heart.

In English, Perplexity means to be entangled, embarrassed or puzzled with difficulties or intricacies, bewildered, interweaved or confused;

This state of perplexity may be produced by two means:

- first, by a work of dis-idealisation,
- secondly, by the poisoning instillation of ideas of jealousy.

This word, jealousy, comes from the Greek word "Zelos", meaning zeal, passion, ardour.

The combined work of both these actions leads its victim to a state of cynicism associated with a strong narcissistic wound.

3/ DIS-IDEALISATION

Everything had begun well for Othello, nevertheless.

Mostly admired for his military victories, the Duke of Venice sends him to Cyprus in command of the Citadel.

He had also conquered the heart of the fair Desdemona, daughter of a most respected citizen of the city and got secretly married with her.

His jealous officer, Iago, will not already suggest to the Moor ideas of cuckoldry.

He first creates ambiguity, shuffles the cards, unbends the strings of Othello's soul, recalls him that he will always remain a stranger for the society of Venice, a black soldier, still a bit primitive, yet useful as a general to fight against other Arabian tribes.

In a monologue wit the audience, Iago confesses his first project:

O, you are well tuned now: but I'll set down
The pegs that makes this music, as honest
As I am."

(2.1. 197-9)

Iago's name means Santiago, Saint James, the Spanish godfather of Spain Reconquista by the Christians against the Moors, a Matamoros, a Moor-killer.

He is very jealous of Othello who chose his rival, Cassio, an Italian fashionable young gentleman from Florence.

Iago mocks the loving couple of Othello-Desdemona with the most racist archetypes, presenting them to the girl's father, as a loathsome primal scene, announcing his descendants as a demonic and bestial misdegeneration:

Even now, very now, an old black ram
Is tugging your white ewe! (...)
You'll have your daughter covered with a Barbary horse;
You'll have nephews neigh to you,
You'll have coursers for cousins and jennets for Germans."
(1.1. 97-98, 109-112)

It is only in a second time that Iago will suggest to him suspicions of unfaithfulness of his wife. A first stage of depreciation of all cathexis, all values, all attachments is necessary to prepare the passionate delusion on a back-ground of perplexity.

4/ THE FIRST LAYER OF JEALOUSY DESCRIBED BY S. FREUD

In an article dated 1922, "Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality", Freud describes three levels of jealousy:

- the first one, normal or competitive jealousy,
- the second one, projected jealousy,
- and the third one, delusional jealousy.

The normal layer associates grief (of having lost the loved object) and anger (both against the successful rival and against the subject himself, in a movement of self-criticism).

This type of jealousy is never completely rational, because rooted to the archaic unconscious affects of Oedipus positive and negative complex, and of brother-and-sister rivalry. We all know this type of experience.

Iago expresses this competitive jealousy when he evokes the ancient rumor of his own supposed cuckoldry that had been spread in the Citadel: his wife Emilia was supposed to have had a love affair with Othello and Cassio as well; Iago's deepest rancor lies in his own jealousy, even though we are never shown in the play that he had genuine ground for suspicion.

He was told that Othello had "done his office" of husband in his "twixt sheets" and that Cassio had worn his "nightcap" in Iago's bed.

5/ THE SECOND LAYER OF JEALOUSY, PROJECTIVE ONE.

It affects strongly the supposed cuckold and turns his inner psychic life to the exterior world.

Emilia, Iago's wife, recalls this terrible effect of this rumor on her and Iago, criticizing sharply the bad guy who diffused it in the most closed world of the military barracks of Cyprus:

O fie upon him! Some such squire he was
That turn'd your wit with the seamy side without,
And made you to suspect me with the Moor."

(4.2. 147-9)

Freud esteems that this type of jealousy is linked to the repressed wishes of adultery, once somebody gets married and the projective mechanism attributes to one's partner the same impulses or temptations of unfaithfulness.

When Desdemona prepares with Emilia for her last night, she recalls a song of her mother's servant, a betraided woman, called Barbara, who wept singing this desperate song till her death :

"My mother had a maid called Barbary,
She was in love, and he she loved proved mad
And did forsake her. She had a song of "willow",
An old thing t'was, but it expressed her fortune
And she died singing it. This song tonight
Will not go from my mind. I have much to do
But as to hang my head all at one side
And sing like poor Barbary. Prithee dispatch."

(4.3. 24-31)

This funeral song said in endeavour of consolation this cynical recommendation of unfaithful husbands to their wife:

"I called my love false love: but what said he then?
If I court moe women, you'll couch moe men."

(4.3. 54-56)

Freud quotes this last verse as an example of this second layer of projective jealousy, "If I court moe women, you'll couch moe men".

In fact, earlier in the play, Othello wondered whether he was right to dismiss the freedom of celibacy:

"For know, Iago,
But that I love the gentle Desdemona,
I would not my unhous'd free condition
Put into conscription and confine
For the seas' worth."

(1.2. 24-28)

Nevertheless, jealousy cannot reach its highest peak unless the subject lives an intense and endless love relationship.

As after the tempest, when Othello thought he might accept to die of this immense joy to fulfil such a love relationship, he transfers all his narcissistic values into this so desirable object:

“Excellent wretch! Perdition catch my soul,
But I do love thee! And when I love thee not,
Chaos is come again.”

(3.3. 90-92)

But, when the suspicion appears, the dilemma is still very present, because this love is so strong that it coexists with distrustfulness.

So, we are in the specific field of tragic, when hate and love are fixed together onto the same object:

“O, beware of jealousy!
It is the green-ey’d monster, which doth mock
The meats it feeds on. That cuckhold lives in bliss,
Who, certain of his fate, loves not his wronger:
But O, what damned minutes tells he o’er
Who dotes, yet doubts, suspects, yet strongly loves.”

(3.3.167-172)

As long as Othello is caught by the net that Iago, like a spider, placed around him, he realizes that it will be driven to a “frenzy of jealousy”.

He will then fulfil the secret intention of revenge of Iago:

“For that I do suspect the lusty Moor
Hath leap’d into my seat, the thought whereof
Doth like a poisonous mineral gnaw my inwards,
And nothing can nor shall content my soul
Till I am even with him, wife for wife,
Or failing so, yet that I put the Moor,
At least into a jealousy so strong,
That judgement cannot cure.”

(2.1. 293-300)

Freud stresses this argument. This is the last stage in which a possibility of interpretation is still possible, unless this jealousy becomes delusional.

“The jealousy that arises from such a projection has, it is true, an almost delusional character; it is, however, amenable to the analytic work of exposing the unconscious phantasies of the subject’s own infidelity. The position is worse as regards jealousy belonging to the third layer, the true delusional type.”

The transition between projective jealousy and delusional one is when the hypothesis of adultery or the mere suspicion or it, becomes an evidence-based proof, a rock of certitude, a postulate around which the delusion will develop itself.

Iago chooses this issue in full conscience of what he does:

“I hate the Moor,
And ‘tis thought abroad that ‘twixt my sheets

He's done my office; I know not if't be true....
 Yet I, for mere suspicion in that kind,
 Will do it as if for surety."
 (1.3. 385-9)

6/ THE THIRD LAYER, THE DELUSIONAL JEALOUSY

This stage of jealousy is irreversible and irrevocable.

As a sailor, Othello expresses this strong current of passionate persecution with a metaphor of navigation in a place where the Black Sea rushes itself into the Aegean Sea, in the Dardanelles strait, near Turkey and Istanbul:

"Iago:
 "Patience, I say: your mind perhaps may change."
 Othello:
 "Never Iago? Like to the Pontic Sea,
 Whose icy currents and compulsive course,
 Ne'er feels retiring ebb, but keeps due on
 To the Propontic and the Hellespont,
 Even so in my bloody thoughts, with violent pace,
 Shall ne'er look back, ne'er ebb to humble love,
 Till that a capable and wide revenge
 Swallows them up."
 (3.3. 451-460)

What are the psychoanalytical interpretations of this delusional jealousy?

There are a good number of them but, in this paper, I shall quote only the most classical one, proposed by Freud.

He recalls the case of President Schreber and affirms that this type of jealousy "has too its origin repressed impulses towards unfaithfulness; but the object in this case is of the same sex as the subject. Delusional jealousy is what is left of a homosexuality that has run its course, and it rightly takes its position among the classical forms of paranoia."

In the play, we may check this pattern in the famous scene when Othello and Iago make a solemn oath to take revenge against Desdemona and Cassio, invoking the powers of the nature and of the cosmos:

"Othello, kneeling:
 "Now by yond marble heaven
 In the due reverence of a sacred vow
 I here engage my words."
 Iago:
 "Do not rise yet."
 Iago kneels:
 "Witness, you ever-burning lights above,
 You elements that clip us round about,
 The Execution of his wit, hands, heart,

To wronged Othello's service. Let him command
 And to obey shall be in me remorse
 What bloody business ever."
 (3.3. 463-472)

Everything is ready now for the crime to come and the night of disaster for all of them.

But, as a pun of conclusion, I propose to recall one of the last verses of Iago, offering to Othello's service his own sources of action:

"The execution of his wit, hands, heart..."

Let us take this as a charade, emblematic of this delusional jealousy:

- my first part is "hands",
- my second is "heart", said in French like the English could say "Richard Coeur-de-lion", Coeur,
- my third is "wit", meaning the brain, the head, or the chief, "chief",
- my answer to this charade will be composed with these three words :
- Hand-Coeur-chief
- Handkerchief.

BIBLIOGRAPHY

1. Shakespeare W. *Othello, the Moor of Venice*. Ed. by Neill M., Oxford World's Classics; Oxford, New York: The Oxford Shakespeare, Oxford University Press; 2006.
2. Shakespeare W. *Othello*; French transl. by Bonnefoy Y. Paris: Gallimard, Folio-théâtre; 2001.
3. Shakespeare W. *Othello*. ed. by Honigmann EAJ. 3rd. ed. London: Arden Shakespeare; 1997.
4. Shakespeare W. *Othello*. Tr. fr. de JM Déprats, présentation de G. Venet. In Shakespeare W. *Tragédies*, volume 1; Paris : Gallimard, bibl. de la Pléiade; 2002.
5. Freud S. Some mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality. [1922]. Standard Edition. Vol; 16; pp. 221-232.
6. Jacobs M. Much deceived: Leontes and Othello, in Jacobs M. *Shakespeare on the Couch*. London: Karnac books; 2008. pp. 11-26.
7. Green A. *Othello, une tragédie de la conversion* ; in Green A. *Un œil en trop, le complexe d'OEdipe dans la tragédie*. Paris: Minuit; 1969. pp. 109-164.
8. Adelman J. Iago's alter ego. *Shakespeare Quarterly*, summer 1997; 48 (2): 125-144.
9. Rosenberg M. In defense of Iago. *Shakespeare Quarterly*. 1955; 6(2): 145-158.
10. MacDonald R. Othello, Thorello and the problem of the Foolish Hero. *Shakespeare Quarterly* 1979; 30 (1): 51-67.
11. Cook A.J. The design of Desdemona: doubt raised and resolved. *Shakespeare's Studies*. 1980; 13: 187-196.
12. Adamson WD. Unpinned or undone? Desdemona's critics and the problem of sexual innocence. *Shakespeare's Studies*. 1980; 13: 169-186.
13. Stoll EE. Slander in Drama. *Shakespeare Quarterly*. October 1953; 4 (4): 433-450.
14. Finemann J. The sound of « O » in Othello. The real of the Tragedy of desire. In Finemann J. *the subjectivity effect in Western Literary Tradition*. Cambridge (Mass.), London: The MIT Press, an october book, 1991. pp. 143-164.
15. Dubu J. Shakespeare, Ambroise Paré et la « mumie », in Marienstrass R., Goy-Blanquet D. (eds), *Autour d'Othello*. Amiens: Presses de l'Université de Picardie, collection Sterne: pp. 9-13.
16. Jorgensen P. Perplex'd in the extreme: the role of Thought in Othello. *Shakespeare Quarterly*; 1964; 15 (2): 265-275.
17. Neil M. Unproper Beds: race, adultery and the Hideous in Othello. *Shakespeare Quarterly*. Winter 1989; 40 (4): 383-412.

18. Tincq H. L'or de Byzance, 13 avril 1204. III Le sac de Constantinople. *Le Monde*. 02-août 2007: p. 14.
19. Nathan N. Othello's marriage is consummated. *Cahiers Elisabéthains*. Montpellier (France). 1988; 34: 79-82.
20. Boose L. Othello's handkerchief, the recognizance and pledge of love. *English Literary Renaissance*. 1975; 5: 360-374.
21. Everett B. Spanish Othello: the making of Shakespeare's Moor. *Shakespeare's Studies*. 1982; 35: 101-112.
22. Glaz A A. Iago or Moral Sadism. *American Imago*. 1962; 19: 323-348.
23. Pollard D. Iago's wounds. In Mason V., Cartwright K. (eds), *Othello, new perspectives*; Rutherford, Madison and Teaneck (NJ): Farleigh Dickinson univ. Press. London, Toronto; Associated University Press; 1991. pp. 89-96.



Simposia
Psiquiatría transcultural







Emigración internacional y enfermedad mental

ALBERTO CONTRERAS LOZANO

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo estudia el efecto de la migración internacional como posible factor de riesgo para psicosis, en el contexto de probable comorbilidad con adicciones, en pacientes psiquiátricos con episodio agudo internados en el Centro Integral de Atención a la Salud Mental de Guanajuato, México.

OBJETIVOS

Evaluar la posible asociación entre el antecedente de migración internacional y la enfermedad psiquiátrica aguda que requiera hospitalización especializada. Así como evaluar el efecto modulador de la adicción a drogas estupefacientes, probablemente asociada ésta a la migración internacional, en la presentación de la enfermedad mental aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño observacional comparativo a través de entrevista directa con usuarios o familiares y/o búsqueda en expedientes del antecedente de emigración internacional antes de su primera manifestación de enfermedad mental severa y de su diagnóstico actual por el que fue hospitalizado, así como los antecedentes de adicciones y enfermedad mental en la familia, en una muestra de 110 pacientes con más de 15 días de internamiento, con enfermedad aguda, estratificados subsecuentemente por género, cantidad que representa el total de pacientes agudos internados en el Centro Integral de Atención a la Salud Mental de Guanajuato durante el mes de Julio de 2007.

RESULTADOS

De los 110 pacientes estudiados la mitad son hombres y la mitad mujeres, en conjunto el 16% cuenta con antecedentes de emigración internacional antes de la primera manifesta-

ción de la enfermedad mental, contra el 4% de frecuencia del mismo antecedente migratorio en la población general de la zona de donde los usuarios provienen. (Guanajuato, Altos de Jalisco) Se realizó prueba de diferencia de proporciones siendo la diferencia estadísticamente significativa con una $p=0.000$

Dado que la conducta migratoria es ya conocida como diferente en los hombres que en las mujeres en esta área geográfica, se separaron por estratos de género para su análisis. En el estrato de las 55 mujeres estudiadas cerca del 13% tienen antecedentes de migración internacional antes de su enfermedad, contra el 1.1 % del mismo antecedente en la población femenina general de su área de procedencia. La prueba de diferencia entre las proporciones fue estadísticamente significativa con una $p=0.004$

En el estrato de los hombres, en los 55 pacientes agudos estudiados el 20% tiene antecedentes migratorios internacionales antes de su primera manifestación psicótica, contra el 6.1% del mismo antecedente migratorio de la población masculina general de su área de procedencia. La prueba de diferencia de proporciones es estadísticamente significativa con una $p=0.01$

El principal trastorno psiquiátrico encontrado en los pacientes agudos internados fue el trastorno bipolar con una frecuencia de 39%. en los pacientes con antecedente de emigración internacional y de 18.4% en los no emigrantes. La diferencia aunque es de el doble en los primeros en relación a los segundos, no fue estadísticamente significativa $p=0.104$ la no significancia es seguramente un efecto matemático causado por el tamaño pequeño de ambas muestras.

Suponiendo la emigración como una posible predisponerte para la exposición a el consumo y adicción a estupefacientes se investigó el antecedente de consumo habitual de drogas antes del desencadenamiento de la psicosis en quienes emigraron comparados contra los enfermos que no tienen el antecedente de emigración internacional y se encontró un antecedente de consumo similar en ambos grupos en cerca de una tercera parte de pacientes (32%) sin haber diferencias significativas tampoco en el tipo de sustancias adictivas.

Un dato importante en la génesis de enfermedad mental son los antecedentes psiquiátricos familiares, en la muestra estudiada se encontró que de los pacientes que emigraron el 33% tenían antecedentes de este tipo proporción muy similar a los no emigrantes 32.8%

En el resto de las variables estudiadas como varios episodios migratorios, edad y estado civil, no hubo diferencias significativas.

DISCUSIÓN

La proporción de emigrantes internacionales entre los pacientes internados por enfermedad psiquiátrica aguda es significativamente mayor¹ que la proporción población general de su misma área geográfica de procedencia 3.27 veces mayor en los hombres y 11.57 veces mayor en las mujeres, estos resultados sugieren la posible relación de la enfermedad mental como derivación del stress de Aculturación descrito por Muiño² (2007) y por otros estresores derivados del trauma de separación Castaldo³ (2007) y no mediado por la exposición a drogas como categoría que explicara el desencadenamiento del brote psicótico^{4,5,6}, esto sustentado en la frecuencia similar de consumo de drogas en ambas poblaciones similar a lo señalado por Zamora en población similar⁷. Por igual un antecedente fuertemente ligado a la enfermedad mental es el de padecimientos mentales en la familia que dado que

fue similar en ambos grupos no es por consiguiente una categoría explicativa, por lo que el antecedente migratorio surge como un antecedente de importancia para ser considerado como un factor de riesgo

CONCLUSIONES

Se encontró que existe una frecuencia mayor de antecedentes migratorios en los pacientes enfermos mentales agudos, siendo mucho mayor en las mujeres comparadas con la población femenina en general.

La migración puede ser considerada como un posible factor de riesgo para psicosis, por lo que debe continuarse y ahondarse sobre esta línea de investigación en ambos lados de la frontera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castaldo Cossa Miriam., *Locura y migración: el caso de una comunidad nahua de Puebla*. Anuario del Centro de Estudios Superiores de México y Centro América 2002
2. Escobar, Javier I.; Vega, William A. *Mental Health and Immigration's AAAs: Where Are We and Where Do We Go from Here?* Journal of Nervous & Mental Disease. 188(11):736-740, November 2000..
3. Grzywacz J et al., *Leaving family for work, ambivalence and mental health among migrant latino farmworkers center for Latino health research N.C.* 2004
4. Vargas-Mendoza Jaime Ernesto, Aguilar-Morales Jorge Everardo, Vásquez Laura y Aguilar-Morales Edgar Omar. *Emigración y disfunción familiar en Oaxaca un estudio piloto en dos comunidades de valles centrales*. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. /Centro Regional de Investigación en Psicología.
5. Kinzie. *Immigrants and Refugees: The Psychiatric Perspective*. Transcult Psychiatry 43 (4): 577 2006.
6. Muiño Luis *Salud Mental e inmigración "Documento de trabajo, La merced"*. 2007.
7. Zamora A. *Comorbilidad en pacientes psiquiátricos Tesis de Maestría U de Guanajuato*. 2007





Psicología y psicopatología en movimientos milenarios: los cultos de “cargo” en Nueva Guinea

DR. WOLFGANG G. JILEK,¹ DRA. LOUISE JILEK-AALL²

Cargo cults are the Melanesian version of millenarian movements. Millennialism, from the Latin word “1000”, is derived from the concept of the Millennium in Christian eschatology, the 1000-year period predicted in the New Testament Book of Revelation as the time in which the rule of righteousness upon earth is finally realized.

What differentiates Melanesian cargo cults from millenarian movements elsewhere is the cargo ideology which is shared by many people in New Guinea, and comprises the following ideas: (a) the prospect of this-worldly salvation in a concrete material way upon obtaining the magic secret of access to industrial goods, the “cargo” hitherto concealed by the “Whites”; (b) the return of the ancestors; (c) the restoration of a dignified status for all Melanesians in a new life of abundance.

This cargo ideology developed on the basis of (a) traditional Melanesian myths; (b) Christian missionary teaching of biblical revelations; and (c) witnessing the influx of cargo for the “Whites”.

Cargo expectation was activated during World War II when Melanesians observed the enormous amounts of American supplies and equipment arriving by sea and air in the South Pacific. As the indigenous people had never seen the production of industrial goods, they concluded that these foreigners acquired through a magic “secret” the cargo which Christ and the ancestors had intended for the Melanesians.

Cargo cult prophets are typically inspired by dream-visions which in New Guinean cultures are trusted as valid communications from the supernatural world and widely used for divination and diagnosis.

They then announce the imminent advent of cataclysms followed by the return of the ancestors, the coming of Christ or of a traditional culture hero and the arrival of cargo; the beginning of the golden age of abundance, social equality and harmony for the Melanesian people. Cult prophets are often seen as messiah types. For a time they exert an irresistible suggestive fascination over their followers who react to the prophetic pronouncements with general excitement and sometimes with symptoms of altered state of consciousness leading to collective dissociation and bizarre behaviour. Daily work ceases while the people’s energy is channeled into the ritual activity prescribed by the

1. M.D., M.Sc., M.A., FRCP(C); Clin. Professor Emer. of Psychiatry.
2. M.D., M.A., Dipl.Trop.Med., FRCP(C); Clin.Professor Emer.of Psychiatry

prophet, and into the preparation of landing facilities for the expected ships or airplanes filled with cargo.

Since the European colonial intrusion began in the 19th century, first by the Dutch in the western half of New Guinea, later by the Germans and by the British and Australians in the eastern half, more than 200 cargo cult movements are on record (1; 2; 3; 4; 5; 6).

In contrast to the large social science literature on cargo cult movements in New Guinea, clinical studies of cult prophets and activists by psychiatric experts familiar with Melanesian cultures are lacking, except for the work of Burton-Bradley, an Australian psychiatrist who spent three decades as mental health specialist in Papua New Guinea. While stating that the vast majority of followers appear to be in a normal state of mental health before and after the period of acute cult excitement, Burton-Bradley found evidence of well-defined psychopathology among some of the messianic figures who initiated cult movements through prophetic dreams or hallucinations and projected megalomaniac ideas about their divine mission (7; 8; 9; 10; 11).

We were introduced to the phenomenon of cargo cultism when we assisted Dr Burton-Bradley during our first sojourn in Papua New Guinea in 1976. Together with Dr Burton-Bradley we interviewed at the LeHunte Clinic in Port Moresby a would-be cargo cult prophet, a youngish man who was brought to the clinic because of causing public disturbance in the main market of Port Moresby when attracting crowds by loudly proclaiming his dream revelation that all kinds of “American cargo” would arrive. He also announced that the ancestors would return from “heaven” with more cargo for the people, so everybody would have a “good time”. In the interview he gesticulated excitedly and made grandiose statements.

During 1984 and 1985 I was on assignment as WHO Consultant in Mental Health to Papua New Guinea. In this capacity I visited all provinces of the country, often accompanied by Dr. Louise Jilek-Aall. In three of the provinces we visited, recent cult movements and their leaders had attained nationwide publicity. These are presented here, based on personal communications and on published reports.

(I) EAST SEPIK PROVINCE

The Mt. Turun Movement is a classic paradigm of a millenarian movement, a syncretistic mixture of indigenous mythology with Judaeo-Christian eschatology (12; 13; 14; 15; 16; 17).

The Mt. Turun movement was the achievement of two men, Matias Yaliwan and Daniel Hawina.

Matias Yaliwan, born 1928, the prophet-leader of the movement, held the popular reputation of possessing supernatural powers. It is reported that throughout his life he had periods of withdrawing into seclusion, alternating with periods of ceaseless activity. One day in the mid-1960s Yaliwan had his religious key experience, literally speaking. At a Catholic Mission he found an old tabernacle key with the image of angels on it which he immediately associated with the picture of an angel in the Book of Revelation of the New Guinea pidgin bible, the angel holding a key and a chain to lock up Satan in the abyss for the Millennium. He became convinced God had sent him the “key to heaven” with which he would open a new world for the black man of New Guinea.

Guided by mythical dream visions, Yaliwan saw himself as the religious and political saviour of his people, and soon found many adherents. He made grandiose public claims to national leadership, but when official recognition failed to materialize he became perturbed and harbored paranoid suspicions. However, he never gave up his conviction that he was the divinely chosen leader of his country.

Daniel Hawina, the younger deputy leader of the Mt. Turun Movement, became known as eloquent orator and organizer of the movement's Peli Association which gained nationwide appeal in the 1970s with up to 200 000 dues paying members. It was named after a hawk, peli, the totem animal of the local clans which became associated with the eagle depicted in the Book of Revelation of the New Guinea pidgin bible.

In the late 1960s, Yaliwan and Hawina focused on the cement markers that a U.S. Air Force team had for surveying purposes placed on top of Mt. Turun, an ancestral spirit ground sacred to the local population. Yaliwan and Hawina proclaimed that this was a trespass committed by White strangers who had put a magic curse on the indigenous people's livelihood. In 1969 they removed one of the markers and waited two days for the expected cargo to come out of the mountain. Instead, they were arrested by Australian police and sentenced to prison, where Yaliwan experienced dream visions of himself as the coming Messiah of Papua New Guinea. After release from jail, Yaliwan and Hawina, now of national fame, succeeded in gathering a large following determined to have all "foreign" markers removed from the sacred mountain in order to open the door for the return of the ancestors and the arrival of cargo. In 1971 they led 300 followers on top of Mt. Turun and dug out the remaining cement markers, while thousands awaited the landing of many American planes with cargo on the nearby air strip. This did not happen but the event, widely advertised in the media, made the Mt. Turun movement and the Peli Association known throughout Papua New Guinea. Hawina kept the general excitement alive by having the Peli Association members trying various magical money-making schemes with features of traditional fertility rites; such as the building of numerous "power houses" in which male and female teenagers spent long hours pouring coins back and forth from one dish to the other to magically increase the amount. In 1972 Yaliwan's charismatic reputation won him a seat in the House of Assembly where he announced that he was the "leader of Papua New Guinea", only to be ignored by other politicians. This rebuff caused Yaliwan to feel mentally affected through sorcery and incapable of continuing his mandate. However, after spending some time in seclusion he resumed his role as prophet-messiah.

As for Hawina, he succeeded in the 1980s to have himself and most of the Peli Association members co-opted by the New Apostolic Church, a Western fundamentalist millenarian Christian sect. He organized mass meetings where hundreds of new converts, together with their dead ancestors, were baptized and "sealed". Hawina was ordained "District Evangelist" of the New Apostolic Church.

During my visit to Ambakanja village, Mt. Turun region, East Sepik Province, in February 1984, Matias Yaliwan stated:

"In 1971 I removed the markers from Mt. Turun. The White Man had desecrated Mt. Turun, a holy mountain which belongs to our people. Adam and Eve came out of Mt. Turun. I removed the markers and we got independence but we did not yet get the good times. The White Man has everything but after some time we shall also have these things. They are hiding from us the things that rightfully are due to us. The trumpet shall sound and all dead people will come to life again. All mankind will gather on Mt. Turun.

All will have only one kind of skin, the same kind of skin that you have. Our skin is black; we are not happy, we must work hard. In the good times we shall have everything, we need no longer work then... To get the good times one man of Papua New Guinea must die on the cross.

I am the leader of the people of Papua New Guinea, I am the only leader of Papua New Guinea. I have been Member of Parliament for six months. Some people were jealous of me. So a chicken scratched the ground [idiomatic for "somebody made sorcery"] and I became sick in the head. So I gave my seat up. They keep me away, but many people come to see me, they all know that I am the leader of Papua New Guinea."

During my visit to Marambanja village in February 1984, Daniel Hawina stated:

"I have gone to most of the churches. I was not happy with them but I am happy with the New Apostolic Church... We see the ancestors in our dreams and talk to them in our dreams. The ancestors reveal in dreams who is going to rise again. I am called Prophet Daniel. In my dreams the angels bring the messages from the ancestors to me. Because I also do the work of Prophet Daniel, so the people call me Prophet Daniel. I was put into jail but God helped me to get out, like Daniel from the lions' den; that's when I realized I was like Prophet Daniel. I am Prophet Daniel, but also District Evangelist... When Christ comes again, all the good people will be in the New Heaven, New Earth. New Heaven New Earth means no more work, you get everything free, you are happy. You don't have to work for anything, you get free provisions. White man and Black man will be one colour, all the same as Adam and Eve in paradise, one colour, the same as yours..."

All the peoples of the world started from Mt. Turun here, Adam and Eve came from Mt. Turun, the beginning of mankind started here, it is a holy mountain. Because we removed the markers from Mt. Turun and put an end to spoiling its history, because of that Papua New Guinea got the independence...

Jesus held the Key to the Kingdom of Heaven. He gave it to Peter. If that Key had been given to anybody in Papua New Guinea all the good things would have come to Papua New Guinea.

Before the Key is given to Papua New Guinea, one fellow from Papua New Guinea has to die on the cross and undergo pain, then we would get the Key for Papua New Guinea. Then the good times will come."

(II) GULF PROVINCE

Among the Toaripi people of the Gulf of Papua prophetic cult movements with millenarian and cargo expectation have been coming and going in waves since they and other Gulf populations were involved in the frenzied excitement of the so-called Vailala madness of the 1920s (18; 19).

In 1984 reports of a new cult movement among the Toaripi of Mailovera Constituency appeared in the media. The Chief of the National Mental Health Service suggested that we visit the area with one of his officers to gauge the psychosocial situation. By landrover and canoe with traveled to the Papuan Gulf region in July 1984 and stayed at Moveave village to obtain information from important local persons and to interview Mr Erekofo Torea, the presumed cult leader. We heard that Torea, now in his sixties, was a respected elder who had earned a reputation for himself as a healer possessing miraculous curing

powers. In the 1950s and 1960s he was at the head of a cult movement, prophesying the arrival of Jesus and the ancestors while the Whites would have to leave. Torea announced that cargo would come out of a sacred mountain. Eventually the Australian authorities ordered Torea arrested. The cultists expected Torea to die as martyr like Jesus, as their prophet's death would usher in the great change when indigenous people become "like the Whites" and enjoy the "good life" with Western cargo. Subsequently, Torea's following further increased. He constructed a big house which had secret rooms for Torea's curing sessions and a "conference room" where he met with bereaved family members and talked to the spirits to determine the cause of death - perhaps sorcery or poisoning - and advised the family what should be done.

At the time of our visit we saw that graveyards were cleaned and decorated and food for the ancestors left there, also water believed to be charged over night with healing power.

During our visit to Moveave village Erekofo Torea stated:

"Our people are now living a mixed life, the traditional life of our grandfathers and modern life. Because of this mixed life that's where all sort of sicknesses come from. Sometimes young people get sick through various worries...they live in an environment of lots of riches in town.

If they get sickness from this type of worries, modern medicine cannot help. Then I suggest to make arrangement for the elders of the patient's family to advise him of traditional values and traditional culture."

In this statement Torea referred to the pathogenic effects of rapid sociocultural change on the young generation of the Toaripi, which could be generalized to most populations of New Guinea. The "sick making worries" he mentioned are very similar to the psychosocial syndrome generated through imposed rapid Westernization of some aboriginal populations in North America, which I described as anomic depression characterized by anomie, relative deprivation and cultural confusion, in the particular context of the Amerindian-White relationship (20).

Torea continued:

"In the past we had the young people living in a certain building, the eravu. The young people were advised by the elders about the values and traditions. Now there are no more eravu. People are all mixed and there are a lot of problems coming up. In our traditional living we did not face the problems we face now. We tried to introduce the old type of system whereby young people gather in these buildings and then older people could advise them. We have tried to help the young generation in the hope of helping them to live properly like we used to live before, but this has been ignored...At one stage I tried to lead the people to combine their efforts together and be like one people. But I do have enemies who try to destroy the good work I have been trying to do in this community."

(III) NORTH SOLOMONS PROVINCE

The cult movement on Buka Island in the North Solomons (6; 21; 22) was started by Sawa Korachi, a respected elder who with his followers worshipped the sun and the ancestors. They were inspired by expectations of cargo sent by the ancestors but hitherto stolen by the "White Man" before it reached the indigenous people. In 1955 Sawa Korachi initiated the creation of the "Hahalis Welfare Society". His nephew John Teosin, born 1938, was

educated at the Catholic mission and then attended Technical School in Rabaul, a westernized town far away from Buka Island. Upon his return home, his uncle presented him to the people as one who had learned the cargo “secret” of the Whites. Under the charismatic leadership of John Teosin the Hahalis Welfare Society developed into a socio-economic organization, guided by an ideology of nativistic revival and nascent New Guinean nationalism, combined with a cultural-religious ceremonial, independent of the established missions. In 1962, Australian government police officers were dispatched to get hold of Teosin. Confronted by hostile crowds the officers had to retreat. Eventually Teosin and his associates were arrested and sentenced but soon released. This boosted the prestige of the Hahalis Welfare Society. The Society revived some traditional customs, such as fertility rites, to propitiate the cargo-creating ancestors.

In “Club Houses”, young girls volunteered to receive male visitors, preferably Society members. Traditional dances and “sing-sings” were organized. Babies born to these young women belonged to the Society acting as collective parent. The girls could stay at the “club houses” until they decided to marry one of the visitors. Nationwide labeled “Baby Gardens”, these houses were in operation in the 1960s and aroused the ire of the church missions. To the missionaries Teosin responded by quoting the biblical command “Go and multiply!”. In the 1970s, Teosin revealed a neo-Melanesian form of religion, a syncretistic-nativistic faith promoting united worship by indigenous people, centered on a traditional culture hero as the New Guinean messiah.

During my visit to Hahalis on Buka Island in June 1985, John Teosin stated:

“In 1955 we organized the Hahalis Welfare Society. We refused to pay tax to the [Australian] government. We, the Welfare Society, collected the tax amount from every man and used the money to build the road and water tanks. We developed our own worship according to traditional custom, we prayed together; outside, not in a church building. We made our own Melanesian worship because our fathers had the principles and ideas of Christianity before the missionaries came; the idea of God and the idea of an evil spirit...

We did away with the bride price; it got too high. We brought boys and girls from the villages to Hahalis to learn the traditional customs from the elders. The youngsters were kept in separate houses here. Some also got married during that time, custom way. The church was against teaching the young people the heathen customs, as they called it. They called it a ‘baby garden’, this was their name for our school that was teaching traditional customs. Our custom school went on from 1964 to 1969, for five years. Now we have our local language school here where the children learn our traditions, we don’t need the custom school anymore...

When independence came [in 1975], I was elected Member of the Constituent Assembly and helped work out the constitution.”

CONCLUSIONS

(I) The cargo cult movements in New Guinea emerged during the era of rapid socio-cultural change from Stone Age to Modernity. Although these cult movements developed against the background of traditional Melanesian mythology, there can be no doubt that they received essential impulses from the missionary teaching of biblical revelations, and also from the spectacle of modern Western opulence.

(II) The cult movements in New Guinea may seem bizarre but they are not very different from the millenarian movements that have historically occurred in Europe, and among non-European populations under culture change and influence of Judaeo-Christian eschatology.

The New Guinean cult movements also have significant features in common with fundamentalist religious sects, and with political ideologies proclaiming a secularized millenarian utopia, such as the “Classless Society” or the “Thousand Year Reich”.

(III) The leaders of the three major cult movements we interviewed, impressed us as intelligent individuals possessing a charismatic personality with certain grandiose tendencies. The information we obtained on the main prophet of the Mt. Turun Movement indicated a history of psychopathological symptoms of the affective disorder type. In the other cult leaders we found no reason to assume manifest psychopathology.

(IV) Burton-Bradley demonstrated psychopathology in certain cargo cult prophets. However, the prophetic role of these pathological cases was short lived, and did not lead to a significant social movement, unless other leaders emerged to organize it. The Mt. Turun Movement reveals the decisive role of a capable deputy leader mobilizing the followers of a mentally vulnerable messianic prophet, and successfully transforming the movement into an organization. The historian will find parallel examples of such developments in Western religious movements.

BIBLIOGRAPHY

1. Guariglia, Guglielmo (1959) *Prophetismus und Heilserwartungs-Bewegungen als voelkerkundliches und religionsgeschichtliches Problem*. Horn, Wien: Ferdinand Berger.
2. Worsley, Peter (1968) *The trumpet shall sound: A study of 'cargo' cults in Melanesia*. New York: Schocken Books.
3. Christiansen, Palle (1969) *The Melanesian cargo cult: Millenarianism as a factor in cultural change*. Copenhagen: Akademisk Forlag.
- Cohn, Norman (1961) *The pursuit of the millennium*. New York: Harper & Row.
4. Burridge, Kenelm (1970) *Mambu: A study of Melanesian cargo movements and their ideological background*. New York: Harper & Row.
5. Strelan, John G. (1978) *Search for salvation: Studies in the history and theology of cargo cults*. Adelaide (South Australia): Lutheran Publishing House.
6. Steinbauer, Friedrich (1979) *Melanesian cargo cults: New salvation movements in the South Pacific*. St. Lucia (Queensland): University of Queensland Press.
7. Burton-Bradley, Burton G. (1975) *Stone age crisis: A psychiatric appraisal*. Nashville: Vanderbilt University Press.
8. Burton-Bradley, Burton G. (1970) *The New Guinea prophet: Is the cultist always normal?* In: *The Medical Journal of Australia* 1: 124-129.
9. Burton-Bradley, Burton G. (1972) *Human sacrifice for cargo*. In: *Medical Journal of Australia* 2: 668-670.
10. Burton-Bradley, Burton G. (1973) *The psychiatry of cargo cult*. In: *Medical Journal of Australia* 2: 388-392.
11. Burton-Bradley, Burton G. (1976) *Cannibalism for cargo*. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 163: 428-431.
12. Hwekmarin, L., Jamenan, J., Lea, D., Ningiga, Wangu, M. (1971) *Yangoru cargo cult 1971*. In: *Journal of the Papua and New Guinea Society* 5: 3-27.
13. Stent, W.R. (1977) *An interpretation of a cargo cult*. In: *Oceania* 47: 187-219.
14. May, R.J. (1982) *The view from Hurun: The Peli Association*. In: R.J. May (ed.) *Micronationalist movements in Papua New Guinea*. Canberra: Research School of Pacific Studies, Australian National University, 31-62.

15. Camp, Cheryl (1983) The Peli Association and the New Apostolic Church. In: W. Flannery and W. Bays (eds.) *Religious movements in Melanesia today* (1). Goroka (Papua New Guinea): Melanesian Institute.
16. Gesch, Patrick F. (1985) Initiative and initiation: A cargo cult-type movement in the Sepik against its background in traditional village religion. St. Augustin (Germany): Anthropos Institut.
17. Gesch, Patrick F. (1990) The cultivation of surprise and excess: The encounter of cultures in the Sepik of Papua New Guinea. In: G. Trompf (ed.) *Cargo cults and millenarian movements*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter, 213-238.
18. Williams, Francis E. (1977) *The Vailala madness and other essays*, ed. by E. Schwimmer. Honolulu: University Press of Hawaii.
19. Ryan, Dawn (1969) Christianity, cargo cults, and politics among the Toaripi of Papua. In: *Oceania* 40: 99-118.
20. Jilek, Wolfgang G. (1982) *Indian healing: Shamanic ceremonialism in the Pacific Northwest today*. Surrey, B.C.: Hancock House.
21. Ouellette, Mary (1971) The Hahalis Welfare Society and the baby garden. In: *Papua and New Guinea Medical Journal* 14: 3-6.
22. Trompf, Garry (1984) What has happened to Melanesian cargo cults? In: W. Flannery and G. W. Bays (eds.) *Religious movements in Melanesia today* (3). Goroka (Papua New Guinea): Melanesian Institute, 29-51.



Simposia
Salud mental y aspectos culturales de los desastres







El sismo en Pisco. Efectos en el estado emocional de los niños

NÉLIDA TANAKA,¹ YU ABE,² KATIUSKA ALIAGA GIRALDO³

Tal vez no exista nada que supere a los desastres naturales en términos de pérdidas humanas, daños, incontabilidad e imprevisibilidad para el ser humano. Basoglu, M et al. (2003) nos dicen que en 20 años de investigación con sobrevivientes de trauma masiva, el miedo y la pérdida de control sobre las fuentes del estrés son los factores que más influyen en el estrés traumático.

El sismo que sacudió la región de Ica el 15 de Agosto de 2007, fue de una magnitud de 7.0 grados en la escala Richter (ML), 7.9 en la escala de “magnitud de momento”, con epicentro a 60 kilómetros al Oeste de Pisco, destruyendo la mayoría de las casas de adobe y dejando más de 500 muertos y 1366 heridos.

Más que la actual magnitud del sismo, Goenjian et. al ('94) indicó que la multiplicidad de experiencias relacionadas al desastre contribuyeron a altos niveles de estrés traumático en los niños de Armenia. También Carr, et. Al, 1997 sugiere que el miedo a peligros actuales o hipotéticos es un factor de riesgo para la ocurrencia de trastornos post-traumáticos.

Pisco está ubicada a unos 250 kilómetros al sur de Lima, Perú y esta zona estuvo libre de temblores unos 50 años, por lo que no estaba preparada para hacer frente a tal desastre. Réplicas del sismo continuaron por un período largo, lo cual intensificaba el miedo y la sensación de incontabilidad. La gente dormía en carpas al lado de sus casas semi-destruidas, temiendo que un siguiente temblor las destruyese por completo, y aparte, el temor a sufrir robos no les permitía alejarse del lugar. (McCaughy, et. Al. 1994).

Otro factor agravante en este sismo fueron las bajas temperaturas de la temporada. El equipo médico de AMDA. Multi-national Medical Mission (AMMM) que llegó a la región el 18 de Agosto para proveer asistencia médica, reportó que debido al crudo frío y al polvo surgiendo por la limpieza de los restos, la mayoría de los niños sufría de problemas respiratorios.

El sismo se registró a las 18:41 (23:41 GMT), hora en que ya había oscurecido. La imposibilidad de poder ver por la oscuridad reinante después del desastre habrá sido otro factor contribuyente al miedo y sentimiento de incontabilidad.

Fuera de los daños concretos que ocurrieron, se infiere que el hecho de que más de 140 personas hayan muerto dentro de una

1. Clinical psychologist Yotsuya Yui Clinic. Japón.
2. Psychiatrist Universidad Meijigakuin. Japón.
3. Clinical psychologist . INSM “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Perú

iglesia, habrá tenido un enorme impacto emocional, especialmente a nivel simbólico, agravando el temor y el sentido de desolación.

Por otro lado, el hecho de que la mayoría de los niños menores haya estado en la casa con sus padres habrá sido un alivio para ambos, aun cuando los niños hayan tenido que ser testigos de la impotencia de los padres y adultos frente a la magnitud del desastre. Se estima que todos estos factores contribuyeron al sentimiento de impotencia, incontabilidad y desamparo en los niños.

Terr (1979, 1981), realizando un estudio extensivo de los niños secuestrados en Chowchilla, identificó síntomas específicos a los niños frente a experiencias traumáticas como es el miedo a la muerte, miedo a la separación, amnesia traumática, sensación de un acortamiento del futuro, etc. Por otro lado, Shannon, et al (1994), Garbarino y Kostenly (1986), Chen, S.H., et al (2002) indicaron que los niños pequeños son más afectados por eventos traumáticos que los mayores.

Estudios realizados sobre la influencia de los desastres naturales en Armenia (Goenjian, et al, '05, Pynoos, '93, Azarian, '98), En Hanshin, Japón (Sakano, '96, Nishizawa, '07), en Grecia (Giannopoulou, '99, Roussos, '05), en Taiwan (Hsu, '02), en Sur Tailandia (Warunee, '06) indican la prevalencia de reacciones post-traumáticas a un largo plazo después del evento traumático, resultados que indican la importancia de intervenciones terapéuticas para los afectados.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue evaluar el estado mental de los niños de Pisco, tres meses después de haber experimentado el sismo, con el propósito de evaluar la necesidad de apoyo posterior en caso requerido.

Método: Se aplicaron los tests proyectivos del dibujo de la familia y el dibujo de la casa, el árbol y la persona sintético (S-HTP synthetic House, Tree Person) (Misawa, 2002) y un cuestionario adaptado del Self-reporting Depression Scale de Zung (SDS) para niños. Los sujetos fueron 274 niños, 154 varones y 120 mujeres de una escuela primaria de Pisco, epicentro del sismo.

Para lograr una evaluación más completa, como grupo control se usaron los datos de 120 niños de una escuela privada peruano-japonesa en Lima, quienes completaron los mismos tests para otra investigación. Aunque las condiciones de ambos grupos son diferentes, se consideró que comparaciones con un grupo control durante el mismo período y lugar próximo serían más adecuadas para llegar a algunas conclusiones. Los niños de la escuela en Lima fueron 60 varones y 60 mujeres de la primaria.

Se obtuvo la autorización de la administración de ambas escuelas para la ejecución de estos estudios.

Luego de conducir los tests se realizó una intervención terapéutica cognitiva en cada clase de la escuela de Pisco dirigida a los alumnos, con la presencia de los profesores para que posteriormente puedan utilizar la técnica, y una sesión de orientación a los padres de familia. Además se dieron consultas privadas a algunos padres.

Material: Papel bond tamaño A4 (210x297mm) y lápiz negro HB.

Procedimiento: Los tests fueron aplicados en forma grupal para cada grado.

Instrucciones: Para dibujar el S-HTP, los alumnos fueron instruidos a utilizar el papel horizontalmente y a "dibujar como deseen, incluyendo un árbol, una casa y una persona".

Los niños podían dibujar libremente con tal de satisfacer las condiciones mencionadas. Para el test del dibujo de la familia, el papel también fue utilizado en forma horizontal y se instruyó que “dibujen a la familia”.

El cuestionario se adaptó del test Self-reporting Depression Scale (SDS) de Zung para aplicarlo a los niños, con un scoring del 1 a 4, con las alternativas de “nunca”, “algunas veces”, “con frecuencia” y “siempre”. Del test SDS de los adultos se omitieron los items de: 7 pérdida de peso, 9 taquicardia, 14 esperanza en el futuro, 16 facilidad de decidir, 18 Incontrolabilidad y 19 deseo de suicidio. Para la presente versión infantil se intercambiaron con las siguientes preguntas: 14 miedo a la oscuridad, 15 miedo a dormir solo(a) 16 incomprensión de los adultos 18 aislamiento 19 agresividad y 20 pesadillas, manteniendo el número de preguntas a 20 para que sea aplicable a niños pequeños. A través de las preguntas añadidas, se sondearon varios síntomas que no necesariamente reflejan estados depresivos, por lo que se evaluó cada ítem individualmente.

Este cuestionario fue aplicado grupalmente y se asistió individualmente a responder las preguntas en los grados inferiores. Para comparaciones estadísticas se utilizó el test Chi cuadrado (X^2).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Comparación entre los niños de Pisco y de Lima

La comparación de los resultados del cuestionario adaptado a los niños del Self-reporting Depression Scale (SDS) a través del test Chi(X^2), mostró diferencias significativas entre las respuestas de los niños de Pisco y de Lima en los índices de tristeza, buen ánimo matinal, ganas de llorar, falta de apetito, concentración, estar contento, capacidad de estudiar, irascibilidad, miedo a la oscuridad, miedo a dormir solo, aprecio de los amigos y aislamiento.

En comparación a los niños de Lima, en los niños de Pisco se observó un porcentaje más alto de niños con síntomas emocionales depresivos como tristeza y ganas de llorar. Sin embargo, si tomamos en cuenta el porcentaje de los que reportaron síntomas severos, es decir aquellos que sienten tristeza “con frecuencia” y “siempre”, (tristeza: Pisco 12.1%, Lima 1.7%), (ganas de llorar: Pisco 9.1%, Lima 2.5%), vemos que la cifra no es muy alta en síntomas emocionales, pero si alto en lo que se podría llamar apatía, es decir un 42.6% de los niños en Pisco no se sienten contentos comparado al 20.1% de los niños en Lima.

En el último mes, en Pisco, el 42.6% niños no se sienten contentos, 42.5% sufre de cansancio crónico, 41.3% no se siente apreciado por sus amigos, 39.6% no siente la capacidad de estudiar “nunca” o “algunas veces”, un 39% tiene miedo a la oscuridad, un 39% a dormir solo, un 34.8% no tiene apetito, 34% no puede concentrarse, 31.5% prefiere estar aislado, 28.5% sufre de insomnio y 22.4% ve pesadillas “siempre” o “con frecuencia”.

En comparación, el porcentaje de niños de Pisco que reportaron altos índices emocionales de tristeza (12.1%), ganas de llorar (9.1%), agresividad (7.7%) e irascibilidad (9.2%) es muy bajo. Las cifras son sumamente bajas considerando que vivieron una experiencia tan devastadora. Mas y Fernández ('99) indican que pacientes padeciendo trastorno por estrés postraumático (TEPT) tienen un embotamiento afectivo o anestesia emocional. Podemos observar que este embotamiento emocional también es prevalente en los niños, (criterio C, DSM-IV) tal vez como un mecanismo de defensa ante eventos traumáticos que desbordan su capacidad de control y comprensión.

Considerando el porcentaje de niños que reportaron síntomas severos, se puede observar una alta cifra en síntomas físicos como ser falta de apetito (Pisco 34.8%, Lima 23.5%) y cansancio (Pisco 42.5%, Lima 23.5%).

Otra característica notoria en los niños expuestos al sismo es lo que se podría llamar un aislamiento de relaciones sociales, un 31.5% prefiere estar aislado (Lima 14.3%) y un 41.3% (Lima 30.3%) no se siente apreciado por sus amigos

Bastante pronunciados se observaron síntomas conductuales como ser miedo a la oscuridad (Pisco 39%, Lima 14.9%) y miedo a dormir solo, lo que también podría identificarse como ansiedad de separación. (Pisco 39%, Lima 14.3%). Estos síntomas regresivos podrían tipificar algunos síntomas característicos de la infancia como fueron identificados por Terr ('79, '81)

Comparación entre grados inferiores y superiores

La comparación entre grados inferiores (1ro – 3ro, n=124) y superiores (4to – 6to, n=150) de Pisco revela diferencias significativas en el índice de miedo a dormir sólo, insomnio, pesadillas, indicando que los niños de grados inferiores se encuentran más afectados por el sismo. Sumando el porcentaje de niños respondiendo “con frecuencia” y “siempre” en el índice de “pesadillas”, tenemos un 29.9% en los niños de grados inferiores y un 16.1% en los niños de grados superiores, es decir el porcentaje de niños con alteraciones severas en el sueño. Estas cifras se aproximan a lo que se estimaba durante las intervenciones terapéuticas que se realizaron en cada clase. Preguntando quienes tenían pesadillas, observamos que alrededor de un tercio levantaba las manos en afirmación, especialmente en los grados inferiores. La pesadilla que muchos niños reportaban, era que el mar se les venía encima. Ciertamente Pisco es una ciudad costera y el mar está tan cerca que es visible desde la escuela, a unas dos cuadras de distancia, con una autopista que la separa de entre medio. Aunque no hubieron mayores daños por el tsunami en este sismo, tal vez la influencia de haber presenciado los estragos del tsunami en Indonesia a través de la televisión haya afectado a los niños, haciéndoles temer el mar, en especial que estaba tan cerca a ellos (Roussos et al '2005).

Según observaciones de dibujos del S-HTP (Tanaka, '07), un porcentaje de niños dibuja características del medio ambiente en el que viven, por ejemplo, las montañas de los Andes y el Illimani son muy visibles en la ciudad de La Paz y un 17.4% de los niños incluyó montañas en el S-HTP. También 10.4% de niños extranjeros en escuelas japonesas dibujaron montañas que eran prominentes en las cercanías.

Por otro lado en Pisco, donde todavía había gente que vivía en carpas, es interesante que 9.1% de los niños en Pisco dibujó carpas en el S-HTP en vez de casas, reflejando la situación en la que se encontraban. No se observaron carpas en los dibujos de Lima, La Paz o de los niños extranjeros en Japón; el único caso que se identificó dibujando una carpa en vez de una casa, fue un adolescente extranjero en el Japón cuya familia tenía una vida sumamente inestable, la carpa pareciendo ser el reflejo de esa situación.

Viendo que el porcentaje de los que dibujaron carpas es más alto que la cifra de 5.5% de los que dibujaron el mar siendo que Pisco es una región costera, llama la atención. Mas bien un 10.9% dibujó una carretera en forma horizontal en el dibujo del S-HTP y algunos niños de grados inferiores enfatizaron que la carretera los separaba del mar. A través de estos comentarios se infiere una evasión consciente de evocar el mar, considerado como una amenaza cercana. La carretera puede haber tenido un significado simbólico para los

niños en Pisco, como una barricada protegiéndoles de la amenaza del mar y también era también la “línea de vida” que los conectaba con otros lugares para recibir víveres y apoyo. Los dibujos de los niños muestran como el desarrollo cognitivo y emocional a medida del paso de la edad ayuda a concretizar y a definir mentalmente un miedo. Otro dibujo de un niño del 1r grado comentando que el mar no se veía gracias a la carretera. Observando el dibujo de un niño de 4to grado, realizamos que la carretera es dibujada como una barricada contra el mar protegiendo la ciudad. Es interesante que las pesadillas mostraban lo que los niños evitaban conscientemente. De todos modos los resultados indican que los niños de grados inferiores tenían mas síntomas de alteración del sueño en comparación a los niños de grados superiores.

Por otro lado, también se observó una diferencia significativa entre los grados inferiores y superiores de Pisco en el índice de irascibilidad. Aunque en general, se observa una baja expresión de aspectos agresivos en los niños de Pisco, esta tendencia es mucho mas acentuada en los niños de grados inferiores, con diferencias significativas al compararse también con los niños de grados inferiores en Lima.

Mas bien en los niños de la primaria superior, se ven diferencias significativas en comparación a los de la primaria inferior en los índices de concentración y capacidad de estudiar. Analizando por grado de severidad, un 40.6% de los niños mayores no puede concentrarse “nunca” o “algunas veces” en comparación al 25.8% de los niños menores. Asimismo el 44.7% de los mayores no puede estudiar bien en comparación al 33.4% de los menores.

Además de las diferencias significativas en ambos grados al comparar niños expuestos al sismo (Pisco) con los niños no expuestos (Lima), se encontraron diferencias significativas exclusivas a los grados superiores en el índice de concentración, comparando el porcentaje de los niños con síntomas severos, es decir aquellos que no pueden prestar atención a sus estudios “nunca” o tan solo “algunas veces” es 40.6% en Pisco comparado al 18.4% en Lima. En otras palabras, en grados superiores, un mayor porcentaje de niños expuestos al sismo sufren de síntomas de concentración y rendimiento escolar en comparación a los niños que no fueron expuestos.

Con respecto a la mayor vulnerabilidad de los niños pequeños en comparación a los niños mas grandes como señalan también los resultados de Shannon ('94), Garbarino ('96) y Chen ('02), podemos inferir que, además del mayor grado de dependencia en los menores, la capacidad de identificar un miedo y de expresarlo a través de imágenes o verbalmente que se desarrolla con el crecimiento psico-cognitivo y emocional, ayuda a los niños mayores a que sientan mas control de la situación. En este sentido es comprensible que cuanto mas pequeños sean los niños, mas vulnerables e indefensos se sientan frente a desastres naturales de tal magnitud. Sin embargo, este estudio muestra que los niños mayores tienen reacciones post-traumáticas en el área de la concentración.

Diferencias entre sexos

La comparación por sexos entre los niños de Pisco mostró diferencias significativas en los índices de miedo a la oscuridad, las niñas mostrando mas miedo que los varones. Este índice también mostró una diferencia significativa al comparar a las mujeres de Pisco y de Lima. Por otro lado no se vieron diferencias entre los varones de ambas escuelas. Pynoos et al ('93) y Goenjian et al ('95) también vieron diferencias entre sexos, y las niñas reportaron

más miedos y pesadillas en comparación a los varones, Sin embargo, los autores no estaban seguros si estos resultados reflejaban que las niñas sufrían mas síntomas relacionados al sismo o eran diferencias porque ellas estaban mas prestas a expresar lo que sentían. Analizando los resultados de esta investigación, comparando a los niños de Pisco y Lima por sexos, se vieron diferencias significativas tanto los varones como en las mujeres en el índice de miedo a dormir solo. Comparando a los niños y a las niñas muestran un perfil similar, mientras que un 32% de los varones en Pisco reporta que “no quiere dormir solo” “siempre”, en el caso de los varones en Lima el porcentaje es de 12.5%. En el caso de las mujeres, un 40.3 % de las niñas en Pisco reporta que “no quiero dormir sola” “siempre”, el porcentaje de las niñas en Lima es de 13%. Considerando el alto porcentaje de varones en la zona afectada por el sismo respondiendo “no quiero dormir solo” “siempre”, se infiere que dependiendo del contenido de la pregunta, los varones también expresan lo que les inquieta. Además, estos resultados muestran que el índice de temor a dormir solo en los niños afectados por el sismo es bastante pronunciado, tanto en varones como en mujeres.

Otro índice con diferencias significativas la comparar los niños y las niñas de Pisco fue el de agresividad. Aunque en ambos sexos se vio un bajo nivel, esta tendencia fue mas acentuada en las niñas. No se vieron diferencias significativas al compararlos entre los niños de Pisco y de Lima.

Viendo los dibujos, se vio una diferencia significativa particular a las mujeres en el tamaño de la familia, es decir, el porcentaje de las niñas en Pisco que dibujaron a la familia en un espacio menor que 1/4 de la superficie del papel fue de 39.2%, en Lima el porcentaje fue de 14.5%.

Por otro lado, comparando los dibujos de personas de los varones y de las mujeres en Pisco, 27.3% de los niños dibujó personas con ojos sin pupilas, 16.7% en el caso de las niñas, con una diferencia significativa.

Tests de los dibujos

La comparación de los dibujos de los niños de Pisco y de Lima mostró diferencias significativas en el dibujo del suelo, un 57.7% de los niños afectados por el sismo no dibujó el suelo en el S-HTP, en comparación al 28.3% de los niños en Lima. Los niños vivieron la experiencia de que el suelo mismo se destruía delante de ellos; en este sentido, no es de extrañar que los niños de Pisco omitieran dibujar el suelo. Según Leibowitz ('99) y Fernández ('05), el dibujo del suelo significa el contacto con la realidad, la sensación de continuidad y permanencia, la estabilidad interna, una base psicológica, un sentimiento de arraigo. Un sismo que destroza todo desde el suelo virtualmente, afecta profundamente en la sensación básica de confianza en sí mismo, en el otro y en la naturaleza.

A propósito, haciendo una comparación con el S-HTP de 124 niños bolivianos de la primaria (2006) que no experimentaron el sismo (Tanaka,'07), un 30.6% de los niños en La Paz, no dibujó el suelo en el S-HTP, mostrando un porcentaje similar al de los niños en Lima (28.3%). Luego, comparando los datos de 77 niños extranjeros asistiendo a escuelas japonesas en un estudio del S-HTP que se realizó el año 2005 (Tanaka,'07), el 50.5% de ellos no dibujó el suelo en el dibujo del S-HTP, un porcentaje que se asemeja al de los niños de Pisco. Estos niños fueron ciertamente desarraigados de su tierra natal y la omisión del suelo en sus dibujos claramente expresa ese sentimiento de desarraigo, esa falta de contacto con la nueva realidad que les rodea.

Luego, comparando el tamaño de los dibujos con respecto al papel utilizado, tanto en el caso del S-HTP como el de la familia, un significativo porcentaje de niños en Pisco utilizó menos del 1/4 del área del papel en comparación a los niños de Lima. Realizando comparaciones más detalladas por grados, se vio que mientras la omisión del suelo en los niños expuestos al sismo fue significativamente mayor tanto en la primaria inferior como en la superior en comparación a los niños de Lima, el tamaño del dibujo, tanto del S-HTP como de la familia fue significativamente pequeño (menos de 1/4 de la superficie del papel) tan solo en los grados inferiores de Pisco.

Comparando por grados entre Pisco y Lima se vio que mientras la omisión del dibujo del suelo era significativamente mayor en los niños de Pisco, tanto en grados inferiores como en superiores, el tamaño del S-HTP y de la familia en grados superiores no mostró diferencias.

Comparando los dibujos de grados inferiores y superiores de la escuela en Pisco se vio que en comparación a los niños mayores, un significativo porcentaje de los niños pequeños omitieron dibujar el suelo (inferior: 75.8%, superior: 42.7%), dibujaron personas sin las manos (inferior: 25.8%, superior: 7.5%) y familias de tamaño menor que 1/4 del papel (inferior: 54.8%, superior: 22.6%). El porcentaje de niños de grados inferiores que dibujaron personas de palo (inferior: 16.3%, superior: 4.1%), omitieron dibujar el techo (inferior: 8.1%, superior: 0.7%), las puertas y/o ventanas de la casa (inferior: 20.2%, superior: 10.0%) fue significativamente más alto que de los grados superiores. Por otro lado, el porcentaje de los niños de grados inferiores que dibujaron el S-HTP de tamaño menor que 1/4 del papel (17.7%) fue significativamente más alto que el de los niños de grados superiores (1.4%). Estos dibujos muestran vividamente el sentimiento de impotencia, incontrabilidad y desolación que estaban abrigando los niños frente a este desastre natural, tres meses después de la ocurrencia del sismo e indican la necesidad de un abordaje terapéutico para aminorar estos sentimientos.

Conclusión: Los resultados de este estudio, comparando a los niños de la primaria en las ciudades de Pisco y de Lima, señalaron la proximidad al epicentro del sismo como un factor de riesgo para el grado de severidad de síntomas post-traumáticos como señalaron Pynoos, et al ('93). También se observó que los niños pequeños son más vulnerables al efecto negativo del sismo, pero se verificaron otro tipo de manifestaciones de estrés en niños mayores.

Además, los resultados mostraron diferencias sexuales en la reacción al sismo, no explicables por la disposición de expresar.

A tres meses del sismo, este estudio mostró efectos perdurables del sismo que respaldan la necesidad de intervenciones de apoyo psicoterapéutico para los niños damnificados. Finalmente se esperan estudios posteriores con condiciones más controladas para verificar estos resultados.

Agradecimientos: Los autores agradecen infinitamente al Dr. José López Rodas, sin cuya iniciativa no se hubiese podido realizar este estudio, a la psicóloga Srta. Ysela Ayay con quien formamos un buen equipo, al ingeniero Sr. Nicolás Barrionuevo por todo su apoyo y coordinación, a nuestras familias que siempre nos mostraron su apoyo y comprensión y a la Universidad Meiji Gakuin por su respaldo financiero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMDA Multinational Medical Mission: Bulletin III: AMDA Multi-national Medical Mission (AMMM) for the Earthquake in Perú. August 31, 2007. <http://blog.livedoor.jp/epiblog01432/>
2. Armen, M., Morikawa, A. et al Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia. Implication for policy. 2000. *Acta Psychiatry Scandinavia* 102, 58-64.
3. Azarian, A, Skriptchenko-Gregorian, V.: "Children in Natural Disasters- An Experience of the 1998 Earthquake in Armenia" 1998 American Academy of Experts in Traumatic Stress
4. Basoglu, M., Mineka, S. The role of uncontrollable and unpredictable stress in post-traumatic stress responses in torture survivors. In Basoglu, M (eds), *torture and its consequences: current treatment approaches*, 1992, UK
5. Basoglu, M. Salcroglu, E. & Lavanou, M.: Traumatic Stress responses in earthquake survivors in Turkey 2002 *J. Traumatic Stress*, 15, 269-276
6. Basoglu, M. et al. A brief behavioral treatment of chronic post-traumatic stress disorders in earthquake survivors. Results from an open clinical trial. *Psychological Medicine*. 2003. 33(49): 647-654.
7. Bland, S.H., O'Leary, E.S., et al. Long-term psychological effects of natural disasters 1996. *Psychosomatic Medicine*, 58, 18-24
8. Bulur Sefa: Comparing the earthquake exposed and non-exposed Turkish children's Post Traumatic Stress Reactions. *Anales Psicología* 2006, 22 (1), 29-36.
9. Carr, V.J., Lewin, R.A., et al. Psychological sequelae of the 1989 New Castle earthquake II. Exposure and morbidity profiles during the first two-years post disaster. 1997 *Psychological Medicine* 27, 167-178
10. Chen, S. H., Lin, Y.H. et al: Post traumatic stress reactions in children and adolescents one year after the 1999 Taiwan Chi Chi earthquake. 2002 *J. Chinese Institute Engineers* 25, 597-608.
11. Di Leo, Joseph *Interpreting Children's Drawings* Mark Paterson and Associates 1983, 243 pags.
12. Giannopoulou, I., et al. Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children exposed to earthquake. *Personality and Individual Differences*. 2002 40, 1027-1037.
13. Fernandez L: *Le test del' arbre: Un dessin pour comprendre et interpreter* (traducido al japonés por Abe, K.) Tokyo 2005.
14. Goenjian, A.K., Pynoos, R.S., Steingberg, A.M. et al. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia 1995. *J American Academy Child & Adolescent Psychiatry* 34(9):1174-1184
15. Garbarino, J. & Kostelny, K. The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model. *Child Development*, 1996, 67, 33-45.
16. Goenjian, A. A., Steinberg, A.M., Najarian, L.M., Steinberg, A.M., et al: Prospective study of post traumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence 2000. *J. American Academy Child & Adolescent Psychiatry* 157, 911-916
17. Gokler, I The predictor variables of post-traumatic stress symptoms in children and adolescents following 1999 Marmara earthquake. Exposure to traumatic experiences and coping 2001 Master thesis, Dpt. Psychology Middle East Technical Univ. Ankara
18. Hsu, C., Chong, M, et al. Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *J. American Academy Child & Adolescent Psychiatry*. 2002, 41, 875-881
19. Leibowitz Martin: *Interpreting Projective Drawings A Self Psychological Approach*, PA 1999
20. Machover, K. *Personality projection in the Drawing of Human Figure*. C.C. Thomas, 1949.
21. Mas, E, & Fernández, M.S. trastorno por estrés postraumático craneoencefálico: presentación de un caso clínico. *PSICOLOGIA.COM*. 1999. 3(2) 1-5
22. Mikami N., S-HTP method- Clinical-developmental approach by the synthetic HTP method Tokyo, 1995
23. Misawa, N. *Crisis in the soul of children as expressed in drawings tests*. Tokyo; 2002
24. McCaughey, B., Hoffman, K.J., Llewelyn, C.H the Human experience of earthquakes: In R.J. Ursano and B.G. McCaughey (eds) *Individual and community responses to trauma and disaster; the structure of human chaos*, N.Y, 1994
25. Moro, M.R.: Earthquake in Armenia: Establishment of a psychological care center. In Colette Chiland & Gerard Young (eds) *Children and Violence* (1994) 125-144. N.J.
26. Musse, J. Epicentro de Terremoto fue Pisco DESASTRES.org 15/08/2007 <http://desastres.org/noticias.php?id=15082007-20>

27. Nishizawa S. Psychological care after disasters: Post traumatic stress disorder *Noticiero Sanidad Familiar*, 2007, 55, 84-88.
28. Sakano, Y. Shimada, Y., et.al.: Psychosomatic problems after the Great Hanshin Earthquake in January 1995 (1) Symptoms of post-traumatic stress disorders and psychological stress responses *Japanese J. Psychosomatic Medicina* 1996, 36, 649-656.
29. Pynoos, R.S. & Eth, S. Post traumatic stress disorder in children. *The progress in psychiatry series*. Washington. 1985.
30. Pynoos, R.S., Goenjian, A., et al. "Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake". *British J. Psychiatry*, 1993, 163:239-247
31. Roussos, A., Goenjian, A.K., Steinberg, A.M., et.al.: Post traumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Laosia, Greece, *American J. Psychiatry*, 2005, 162(3):530-537
32. Shannon, M.P., Lonigan, J., Finch, A.J. Jr, & Taylor, C.M: Children exposed to disaster: Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profile. *J. American Child & Adolescent Psychiatry*, 1994, 33, 80-93
33. Tanaka, N., Abe, Y, Inoue, T., Iwaki, E. Psychological Aspects of Foreign Children living in Japan as seen from the Synthetic-House-Tree-Person test – Comparison with Bolivian Children. *Bulletin of the Psychology Department Center. University of Meiji Gakuin*. 2007.5:15-31.
34. Terr, L.C.: Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1979 34, 547-62. *American J. of Psychiatry* 1979, 134, 547-623.
35. Terr, L.C. Psychic trauma in Children: Observation following the Chowchilla School Bus Kidnapping. *American J. Psychiatry*. 1981, 138, 14-19
36. Warunee, T., et al Symptoms of post-traumatic Stress Disorder and depression among Children in tsunami-Affected areas in Southern Thailand, *JAMA* 2006, 296, 549-559





A religião como recurso complementar na terapia social

MARCOS DE NORONHA¹

INTRODUÇÃO

As religiões também desempenham o papel de acolhimento e tratamento das “doenças da alma” diversamente em muitos países. Nesta classificação está incluída grande parte das doenças psiquiátricas, cuja causa é atribuída a ataques de espíritos de ancestrais, ataques de feiticeiros por encomenda, e vícios da alma. No Brasil, tanto religiões cristãs, como animistas, ampliam sua legião de convertidos com práticas de cura constituindo-se referência para a população local.

O Espiritismo ou Kardecismo (referência a Alan Kardec, organizador da doutrina), amplamente difundido no Brasil, tem a caridade como atividade central, mas é reconhecido pelos centros de cura e pela atuação de alguns médiuns curandeiros. Acredita na existência e persistência da alma mesmo após a morte e explica os males nos processos de reencarnação. Não possui o panteão de deuses das religiões afro-brasileiras e o médium, como é chamado o sacerdote desta prática, recebe os espíritos de pessoas falecidas, com ou sem prestígio na sociedade.

Outras religiões recebem influência africana. Dos cerca de 600 orixás africanos, 50 devem ter vindo para o Brasil, onde 16 permaneceram no Candomblé e na Umbanda foram reduzidos a apenas 8. Tratam-se de divindades representadas por diabo (Exu), senhor da guerra (Ogum), senhora do mar (Yemanjá), patrono da medicina (Ossâim), protetor da caça (Oxossi), entre outros. A Umbanda recebe ainda a influência do Espiritismo e as suas divindades sofrem sincretismo com os santos romano católicos.

Independente das ofertas de assistência psiquiátrica o brasileiro procura um ambiente místico para seu amparo ou tratamento. A Terapia Social e outras técnicas etnopsiquiátricas, ao invés de desprezar os recursos místicos dos pacientes, como comumente acontecem nos consultórios valoriza e tenta compor com este recurso o ambiente de proteção e tratamento.

Dentro deste espírito, o de somarmos à outros conhecimentos para suprir as lacunas deixadas pela abordagem exclusivamente “medicalizada”, recorreremos ao estudo de outras etnias, observando

1. Psiquiatra Titulado pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina Psicoterapeuta e Psicodramatista reconhecido pela FEBRAP, Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Cultural, Membro da Associação Mundial de Psiquiatria Cultural e da Seção de Psiquiatria Transcultural da Associação Mundial de Psiquiatria

as manifestações e soluções encontradas para a doença mental. A doença mental não é, sem dúvida, um processo unicamente individual; ela incide sobre a coletividade com seus sistemas de valores, suas representações e sua cultura. Daí termos as diferentes manifestações da doença conforme as características culturais de uma determinada coletividade. Na busca de encontrar soluções para seus problemas psiquiátricos, as sociedades vão constituindo diferentes formas de se relacionar com o doente, que pode tanto facilitar, quanto tornar impossível a sua recuperação (Collomb, 1974).

A Parapsicologia Científica, que surgiu no Brasil nos anos 70, tenta entender de forma objetiva, alicerçada nos métodos de pesquisas científica, os fenômenos ditos paranormais, desprezados pela medicina e psicologia e vistos com misticismo ou preconceitos pela sociedade em geral. Quando esta ciência se aproxima da Etnologia, contextualizando fenômenos paranormais de cura ou manifestações ritualísticas, o que esta em jogo não é mais desvendar charlatões, ou o entendimento em si desses fenômenos. Na aproximação destas disciplinas a atenção se volta para a eficácia da ação destes curandeiros e paranormais sobre a população e a importância de seu papel na sociedade. A aproximação da Etnologia (antropologia Cultural) e psiquiatria (psicologia) resulta no que denominamos Etnopsiquiatria, denominada atualmente de Psiquiatria Cultural. Embora se atribua o aparecimento da Etnopsiquiatria aos trabalhos de Georges Devereux, segundo alguns autores (Laplantine, 1973), o termo foi criado por Ellemberger (Collomb, 1974). De fato Devereux, já em 1953, fez elaborações teóricas, considerando os aspectos “sócios genéticos” da doença mental, mas quem realmente se utilizou dos conhecimentos da Etnopsiquiatria na prática, para a compreensão e tratamento foi o médico francês Henri Collomb, inicialmente no Senegal. Portanto, atribuo a ele a fundação da Etnopsiquiatria Clínica. Vale ressaltar que a união das duas disciplinas, etnologia e psicologia remonta ao início do século XX, se considerarmos o trabalho de Wilhelm Wundt, que em 1900 fundou a psicologia dos povos ou a Etnopsicologia (Hollweg, 2005). Este professor de filosofia de Leipzig e Zurique exerceu grande influência em sua época e foi considerado o fundador da psicologia moderna.

A DOENÇA MENTAL E A IGREJA

Uma nova Igreja surgiu em Florianópolis há cerca de seis meses com o nome Livre em Jesus. Seu principal sacerdote é o conhecido Bitá, surfista que se tornou popular e iniciou em Santa Catarina o Surfista de Cristo e depois Atleta de Cristo levando muitos jovens a Igreja. Jovens que buscavam sentido para suas vidas e outros que se encontravam perdidos com drogas e outros vícios. Quando eu comecei minha atividade psiquiátrica em Florianópolis o Bitá já atuava e passei a ter com ele alguns pacientes em comum. Um deles de forma anedótica me contou que uma fila seguia até o pastor na Igreja. Este colocava suas mãos sobre suas cabeças e os seguidores se atiravam para trás se libertando de satanás. Quando chegou sua vez ele se viu sob o olhar de todos os presentes e nada do seu corpo se atirar. Incomodado com a situação e para ajudar o pastor se jogou para trás nos braços de outros fiéis. O meu paciente, com quadro grave de adição, não obteve nenhum sucesso no tratamento psiquiátrico e nem em nenhuma de suas buscas religiosas, mas fala com respeito do pastor Bitá. Na época outros pacientes com problemas semelhantes conseguiam ampliar seu período de abstinência e admiravam o jovem surfista que falava de Jesus se utilizando de

gírias e aproximação com a galera. Em 2008 Bitá é o vice-prefeito da cidade e, segundo um velho seguidor da Igreja e seu amigo, deixou a Igreja Renascer após os recentes escândalos, para fundar sua nova religião num antigo cinema. Ainda há muito o que fazer no espaço, como a reforma para melhorar o som, onde colaboradores, tocam e cantam músicas falando de amor e de Jesus. Sua esposa Cláudia é uma das principais cantoras e as letras das músicas são projetadas num telão para que todos também cantem; depoimentos cotidianos são prestados pelos pastores provando a existência de Deus para uma platéia mista, onde as crianças são acolhidas num outro ambiente durante o culto. O som alto desperta emoção em alguns e o pastor de gravata e camisa de manga comprida pede contribuições espontâneas dos fiéis para as despesas com a locação do imóvel de R\$ 13.000,00 por mês e para comprar equipamentos de som. Seu discurso ininterrupto e em bom tom não é só de pedidos. Ele lê e interpreta parte da Bíblia Sagrada, traz notícias que em breve serão divulgadas pela mídia, como o reconhecimento da Igreja Católica e Anglicana da existência de dois mundos, o de Deus e os das Trevas, como os Neo-pentecostais já admitiam.

Naquele dia não vi nenhuma ação de exorcismo, mas é comum naquele ambiente uma linguagem objetiva induzindo o pobre e desamparado a largar suas relações extraconjugais e seus vícios para obter prosperidade. A religião de Bitá busca ajuda espontânea dos fiéis, enquanto sua concorrente induz o pagamento de 10% do salário e uma outra consegue recursos para se manter com a venda de suas publicações que o seguidor paga o valor que puder. Um paciente meu, cujo quadro eu descreverei a seguir, não sabe dizer o nome da nova Igreja que vem seguindo, porque é em inglês. Diz que também a contribuição, dizimo, é espontânea e ressalta a inteligência e ambição do pastor que um dia ira fundar uma filial na Inglaterra, juntamente com a sua esposa.

A enfermeira Renata Cerqueira, mestre em Ciências na Área da Saúde Pública e trabalhadora do Hospital-Dia do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro concluiu em seu trabalho de dissertação de mestrado (*Religiosidade e os Espaços de Produção de Sentido: Um Olhar Sobre o Território da Saúde Mental*) afirma que:

“...A emoção que perpassa o culto transforma o indivíduo em alguém que é capaz de orar e produzir algo através disso. A emoção e o acolhimento que as pessoas buscam e compartilham nas igrejas é o que as motiva a continuar freqüentando os espaços religiosos. Há um momento inexplicável que é o grande atrativo da Igreja Pentecostal e independe da manipulação dos pastores na condução do culto. A emoção, a glossolalia, a presença do Espírito Santo, são características marcantes do culto Pentecostal onde se “renovam as forças””

PACIENTES PROBLEMAS E A RELIGIÃO

Em Terapias de Grupo é freqüente a presença de “pacientes problemas”, ou seja, participantes que acabam, de alguma forma, prejudicando o andamento da terapia. Nesses momentos, além de ninguém lucrar com a sessão, pode despertar no grupo sentimentos hostis e desagradáveis. Pode também haver evasão do grupo e em situações mais graves o seu desaparecimento. Uma dessas figuras é o paciente monopolizador, relacionado muitas vezes ao quadro maníaco de um distúrbio bipolar. Yalon (2005), com sua vasta experiência e notoriedade, procura trabalhar a contrapartida do grupo trazendo a questão de como este contribuiu para o aparecimento de um monopolizador. Com isso chama atenção de que a

solução não é uma reação de exclusão do membro que não dá espaço aos outros. O monopolizador, que para todos os casos é o que levanta a mão tendo sempre uma experiência pessoal para contribuir e tomando todo o tempo das sessões com detalhes de sua história ou com discurso exaltando o seu conhecimento também é um paciente e precisa ser tratado. Por outro lado, membros do grupo podem ficar em posição confortável não tendo que se expor, graças a postura do membro falante.

Usando nomes fictícios gostaria de exemplificar este tema com dados cotidianos e atuais de minha experiência. Paula, numa sessão de grupo, contribuía com satisfação com uma outra participante, a esposa de um paciente com quadro semelhante ao dela. Paula é uma paciente falante, mesmo depois de compensada de seu quadro bipolar, que no passado lhe trouxe perdas significativas, Preferia continuar em tratamento e se mantinha desde há 7 anos em grupos de terapia. Ela justificava que assim não teve mais *dês*compensações significativas, ou perdas semelhantes a que teve no passado. Para reforçar seu tratamento fazia uso de dois tipos de estabilizadores, *divalproato* de sódio, sua medicação básica e *topiramato* em baixa dosagem, com objetivo temporário de perder peso. Mesmo assim insistia em mantê-lo por mais tempo apesar de minha insistência em retirá-lo. Kátia, a esposa do paciente em provável reaparecimento de um surto maníaco relatava sua crise conjugal, sua recente decisão de separar-se de fato e o comportamento do marido, que em conflito com quase todos da família se abrigava algumas vezes na casa de um pastor que recentemente conheceu. O pastor, solidário com seu marido, ajudava-o a consolidar a opinião de que esposa e filhos o exploravam e desejavam o seu mal. Gravou inclusive por iniciativa própria a conversa que teve com o filho do paciente e interpretou convicto, compactuando com o paciente, as más intenções do rapaz, que tinha apenas interesse financeiro pelo pai. O pastor não se comportava pedindo recursos materiais para si ou para a Igreja. Hélio, o marido em questão no provável surto maníaco explicava que as contribuições dos fiéis na sua nova igreja eram de forma espontânea. Kátia, apesar de insistir em conversar com o marido, não tinha claramente explicações sobre seus negócios e ficava preocupada supondo que o mesmo estava sendo explorado. Dizia que o pastor e a pastora não trabalhavam e que provavelmente seu marido estava os sustentando. Hélio confirmava que havia alugado uma casa e passou a morar com o casal, mas dividia o aluguel. Dizia que o referido pastor tinha excelentes qualidades e a ambição de abrir uma igreja na Inglaterra. Em conflito, marido e esposa tinham discursos contraditórios a respeito dos fatos. A esposa que extorquia o patrimônio do marido e o pastor que só queria o dinheiro dele.

Hélio, em sua casa e não durante as sessões, falava em nome de Jesus e disputava a veracidade dos fatos e se defendia da manobra persecutória da família. Ao ouvir a história dramática daquele casal, Paula, a paciente bipolar, também convicta, lembrava de sua fase maníaca em que “espontaneamente” se viu obrigada a comprar vários eletrodomésticos e emprestar dinheiro para o pastor e a família dele. Ela mentia sobre seus atos para sua família, até que entrou em falência financeira e depois numa crise depressiva. Na época foi difícil perceber que estava sendo enganada, e a família não pode ajudar em tempo.

O conflito, o desamparo, a busca de recursos, inclusive místico e a dificuldade de aceitar integralmente as prescrições do médico são situações comuns que o doente mental passa na nossa sociedade. Dificuldades éticas e as manipulações, não é monopólio de Igrejas pequenas. Mesmo as que possuem tradição e um aparato institucional para seu funcionamento e formação de seus sacerdotes também enfrentam problemas éticos. Essas manipulações,

mesmo inibidas pela estrutura organizacional das grandes Igrejas ou pelos conselhos de sociedades de classes se estivermos falando de medicina ou psicologia, podem, num grau menor ainda ocorrer. Quando não há a inibição institucional para esses desvios a ação ética do profissional ou sacerdote depende praticamente de seu caráter e dos mecanismos sociais fazendo frente a manipulação. Um curandeiro bem integrado em sua comunidade é controlado, de certa forma, pelo seu grupo étnico como acontece em algumas tribos.

O marido em questão é médico passando novamente por um longo quadro de euforia, misto com labilidade emocional, desorganização do pensamento, diminuição do sono e uso de medicações não autorizadas para emagrecer. Fazia também, eventualmente, uso de álcool e energético e já não conseguia, nos últimos meses, resultados terapêuticos, além de prejudicar o andamento de seu grupo monopolizando ou chegando tarde nas sessões e cochilando em algumas delas. Mantinha ainda seu vínculo comigo como seu psicoterapeuta, mas resistia às minhas tentativas de convocar sua esposa e sua filha para uma reunião familiar. Durante uma grave crise no passado foi possível fazer essa reunião. Explicava sua labilidade, choro incontido e frequente, pela tensão com o fechamento da clínica onde trabalhava, ou diante do sofrimento pela doença e conseqüente morte de sua mãe, ou ainda, pelas dores decorrentes da recente lesão em seu braço. Brincava nas sessões, pois era sua característica comum e às vezes chorava quando alguém tentava lembrar seus valores para aumentar sua auto estima. Desde há 3 meses freqüentava a jovem Igreja cujo nome não sabia pronunciar, procurava se abster de bebida e de farra e aguardava a iniciativa da esposa para consumir a separação. Não queria ele próprio tomar a iniciativa. Numa sessão onde uma jovem participante contatava que usava a doutrina espírita como recurso espiritual, afirmou categoricamente que aquilo a prejudicaria. A participante viu em Hélio a mesma postura de seu pai logorreico, absoluto reagindo em silêncio, como quem diz que com este não se pode discutir.

O que deveria fazer um religioso, em sua função, diante de conflitos como este? Proporia uma mediação? Tentaria ouvir a versão da esposa para tentar a reconciliação do casal? As doutrinas religiosas encarariam diversamente a possibilidade de uma ruptura daquele casamento? Os recursos culturais e religiosos na sociedade daquele casal poderiam prever aquele conflito e encontrar soluções para o mesmo? Se for verdade a abstinência do paciente, uso correto de estabilizadores, neurolépticos e benzodiazepínicos eventuais, além de sua participação nas sessões de psicoterapia, o que mais estaria lhe faltando então para seu restabelecimento?

Enquanto o drama de Hélio se estendia eu tentava valorizar seus vínculos com a filha mais nova e o citado pastor. Na suspeita da manipulação do pastor, sugeri sua presença e também da filha mais nova, que havia optado pelo pai e em nada dava mais satisfações a sua mãe. O médico, que no passado, em função das dificuldades acarretadas pelo quadro bipolar aceitou deixar toda sua vida e clientela no interior do Estado e se mudou para a capital onde haveria recursos para o tratamento, desta vez estava resistente a uma reunião com a presença da esposa e filhos. De seu quadro, com crises repetitivas, onde tínhamos que recorrer à hospitalização, alternando euforia com grave depressão, pensamento suicida e auto prescrição, passou por um período longo de paz quando aceitou novas medicações e dosagens recomendadas por mim, além de iniciar a psicoterapia. Entregou à filha mais velha e à esposa a administração das suas contas e começou de novo as atividades profissionais cujos recursos sustentavam a família. A mulher não trabalhava, embora investisse em sua formação, mas fazia bicos com a mãe em atividade de baixa remuneração. Hélio, durante as

sessões reconhecia a necessidade de manter vínculos de troca e confidências e de se impor limites para poder prevenir seus novos surtos. Compensado, atuava como um participante ativo, sem invadir o espaço dos outros nas terapias de grupo. Era agregador, prestativo, sensível e à medida que melhorou, decidiu reaver a administração de sua vida financeira sem passar por uma discussão com seu terapeuta. Escolheu também uma psiquiatra para a prescrição de suas medicações, mas não abandonou seu grupo de terapia.

É bem possível que Hélio esteja passando por uma severa crise hipomaniaca. Crises menos graves durante o tratamento produziam-lhe sintomas que alternava em labilidade, sono durante as sessões e inflexibilidade de seu discurso. Coincidentemente a sua descompensação foi à mesma época em que passou a usar Acomplia (rimonabanto), recente lançamento para emagrecer. Outro paciente de seu grupo e a esposa, por sua indicação, fez também o uso desta medicação. A esposa desenvolveu um quadro de descontrole e agressividade. Sendo chamada a atenção para os efeitos colaterais ainda em estudo, ambos interromperam o uso, mas os sintomas do paciente médico não retrocederam com a interrupção. Depois de anos de psicoterapia e com sucesso nos resultados, nesse momento os recursos do paciente não lhe eram suficientes para perceber a crise e se livrar do quadro. Usava parte de seu aprendizado como defesa, para afirmar que não estava em crise e desenvolvia um grande poder de persuasão, convencendo até mesmo sua psiquiatra, responsável por sua prescrição, a tomar o lançamento para emagrecer. Considerando que já se passaram 6 meses sem que o paciente aceitasse plenamente as propostas terapêuticas para esse novo momento, a internação involuntária num hospital psiquiátrico não poderia abreviar os transtornos advindos do longo quadro descompensatório?

○ FENÔMENO RELIGIOSO

Podemos entender o fenômeno religioso, como um desejo do homem em crer no poder superior, elegendo no seu curandeiro a presença dessa força. Algo misterioso e sobrenatural, incomparável com os poderes do homem certamente criou o mundo. Os homens têm acesso a parte dessa força, se merecerem ou se treinarem. O curandeiro Antonio de Oliveira Rios, no interior de Goiás, em transe de possessão por uma entidade já morta, explica que a pessoa que ele incorporou foi escolhida e preparada pelos espíritos durante anos, antes de praticar as curas. O Frei Hugolino Back, curandeiro em Santa Catarina, disse ter treinado muito, pois não bastava só o dom e a crença.

Sinais de que o homem, desde há 100.000 anos já desenvolvia pensamentos simbólicos podemos ver nas reconstituições do homem pré-histórico dos museus baseados nos achados paleontológicos. Somos a única espécie de animais capaz de prever a morte e sofrer por antecipação? De que forma as religiões participam nesse processo de adaptação do homem ao mundo onde ele sucumbirá? O que explica a diversidade dessa prática e as adesões em cada comunidade? Como se dá o nascimento de um mito, um santo ou uma entidade?

A civilização nasceria através da organização religiosa para fazer frente as incertezas do nosso destino? Ou a civilização nasceria diante de nossa necessidade de sobrevivência frente aos perigos terrenos e imediatos? Assim como as doenças tem em sua etiologia a contribuição oriunda do meio, tem também um fator genético que não pode ser descartado. E o comportamento humano? E o tipo de espiritualidade? O que mais influencia é a genética ou o meio? Quanto mais estudo o tema encontro mais dúvidas, mais indagações

pois seguramente esse campo é vasto e necessita da contribuição de diversas disciplinas. Especificamente para este artigo vou recorrer as alterações no organismo, considerando a fisiologia da emoção humana, as representações socioculturais do homem e sua relação com seu meio.

Durante o ato de fé sentimos os efeitos da ação de nossos neurotransmissores. A sensação de conforto é memorizada e nos incita a recorrermos a ela sempre que desamparados, ou simplesmente pelo desejo de proteção. Podemos comparar com os exercícios físicos, que depois de estabelecidos o organismo sente sua falta, ou seja, da atividade em si e o que ela representa, mas também a falta de endorfinas. O alcoólico diz gostar da bebida e por isso a usa, mesmo com os transtornos que ela pode lhe provocar. Considera que a bebida também aumenta sua capacidade de se expressar e é motivado por isso. Quando sua situação é caótica ele é obrigado a recorrer a abstinência. Muitas vezes se adapta substituindo a compulsão pelo álcool por um ambiente religioso. Neste local além do acolhimento dos irmãos ele é estimulado a se expressar num transe místico, ao som de música em seu templo, onde ele dança e canta.

EXPERIÊNCIA PARANORMAL

Num periódico brasileiro (Revista Veja, 07/02/07 – assinada por Okky de Souza) “Como a Fé Desempatou o Jogo” mostra a postura radical de cientistas pertencentes a “National Academy of Sciences”, onde somente 3% acreditam em Deus. Atribuem a religião, de forma pejorativa, de ser o “ópio popular” privando a sociedade do uso da razão. Outros, mais ponderados, amenizam o conflito dizendo que não se deve misturar religião e ciência. Ora, entender a dimensão simbólica do homem, em suas diversas culturas e no decorrer de uma longa jornada é reconhecer disciplinas como antropologia e psicologia. São disciplinas consagradas para o conhecimento humano e que contemplam trabalhos de pesquisas reconciliando a metodologia científica. O conhecimento sobre o funcionamento do cérebro, descrito na mesma reportagem citada acima, onde alterações em determinadas áreas cerebrais explicam certas percepções humanas, ainda não esclarecem completamente o fenômeno dito paranormal. Ou, se explicam a percepção, ainda não são suficientes para contextualizar a experiência.

Eu me lembro de quando jovem, uma experiência que tive por acaso, eu tentando relaxar, depois de um dia cansativo, entrei num estado modificado de consciência que me causava a impressão de estar flutuando no ar. Neste momento percebi que não podia interromper o processo e voltar ao normal. Não tenho idéia de quanto tempo durou e me emocionei durante o processo. Com o tempo aprendi voluntariamente a fazer a “viagem”, evocando sempre um lugar ou uma pessoa que me interessava. O movimento Hare Krishna, na euforia dos anos 70 com a fundação do primeiro templo no Brasil, lançava livretos que descreviam essas experiências como uma “viagem astral” e dos riscos de ocorrer uma ruptura do “cordão de prata”. Meu primo psiquiatra me alertou que poderia ocorrer uma desagregação da personalidade. Eu cheguei a testar se realmente meu corpo levitava, fixando bem o cobertor na cama e verificando seu estado após a experiência onde eu sentia meu corpo levantar e voar para qualquer lugar que queria, sem me importar com a distância. O cobertor sobre o meu corpo permanecia intacto após a tal viagem, ou seja, meu corpo não saiu do lugar. O mais incrível desta época foram os resultados analisados por parapsicólogos. Disseram que

se tratava de um fenômeno hiperstésico indireto. Na minha experiência forma envolvidas duas pessoas, muito íntimas para mim e que não se conheciam. Possivelmente, através do processo produziram algo em comum. Uma delas fez e me entregou uma poesia para que eu transformasse numa canção. A outra, tempos depois da canção ter ganhado um festival de música, ficou admirada e mostrou-me a letra em seu caderno de escola, onde há muito tempo havia copiado a antiga poesia como sua preferida. Quando foi questionada por mim pelo plágio a pessoa que havia me oferecido a poesia ficou ofendida e afirmou que nunca havia ouvido falar de seu autor. Na “viagem astral” eu estive também em lugares diversos, como num sítio no interior de São Paulo ou na casa das referidas meninas, combinando com elas de dormirmos juntos, já que somente dessa forma eu teria este tipo de permissão. Elas sabiam da experiência e eu nunca havia estado antes em sua casa. Quando estive pela primeira vez na casa de uma delas, eu parecia conhecer o quarto dela e fui certo onde estava um objeto que eu havia lhe presenteado.

Se a explicação da neurologia, como a do suíço Olaf Blanke do Hospital Universitário de Genebra é de que o giro angular do meu lobo parietal estava sendo estimulado no momento, ela ainda não me esclarecia os fenômenos associados. Eu sei que para entrar voluntariamente nesse estado era preciso muita concentração, relaxando parte por parte do meu corpo, até atingir um completo relaxamento e evocar a viagem. Depois de um tempo treinando, passei a fazer isso com mais facilidade. Tinha experiências também, nesta mesma época, de acordar e encontrar meu corpo paralisado sem atender ao meu comando. Nunca encarei essas experiências de forma mística, e só agora, pude ler o anúncio na referida reportagem, que se trata de um mecanismo cerebral. Esse mecanismo natural paralisa a musculatura do nosso corpo procurando manter o sono, fazendo com que o corpo não acompanhasse os sonhos com movimentos involuntários. Nesta mesma época fazia a experiência de programar-me para acordar exatamente num determinado momento, por exemplo, 7h05min, anotava num papel e conferia de manhã no meu despertar espontâneo praticamente sempre com resultados positivos. Havia um relógio dentro do meu cérebro, ou este percebia o relógio no criado mudo? Hoje faço minhas sessões de psicoterapia, todas elas, sem olhar no relógio, mas acordado e consciente compreendo que se trata de um condicionamento, uma experiência de medir o tempo. Mas como entender esse fenômeno dormindo?

○ PAI DE SANTO

Ele havia deixado o Rio de Janeiro, de onde dirigia suas empresas e levou sua família para morar em Florianópolis com intuito de protegê-los da violência carioca. No Rio procurava andar com um carro simples, sem ostentar posses que despertaria interesses em assaltantes e seqüestradores, enquanto que em Florianópolis usufruía de seu Alfa Romeo novo. Um empresário tenso, exigente e dedicado aos seus negócios e sua família, com eventuais crises de ansiedade e reações físicas, como alteração da pressão arterial do seu corpo acima do peso. Num Reveillon que passamos juntos, ao fazer as oferendas para Yemanjá na Avenida Beira Mar Norte em Florianópolis e depois de saber sobre o meu trabalho em Etnopsiquiatria arriscou em me dizer que era também Pai de Santo atuante e com uma vasta experiência de 35 anos. Usava um pseudônimo de Pai Jeremias de Ogum em seu consultório, onde, juntamente com sua equipe, atendia os irmãos e necessitados. Também tinha um programa

na Rádio, 2500 filhos de santo no Brasil e 14 barracões (ilês). No momento em que escrevia este artigo para a publicação nos anais do Congresso em Guadalajara de 2008, evento este apoiado pela Associação Mundial de Psiquiatria Cultural, tentei entrar em contato com o Pai Geremias. Como não consegui através de seus telefones tentei pesquisar pela internet e descobri no site da Polícia Civil do Rio de Janeiro que o referido pai de santo foi preso em 2005 acusado de lesar instituições financeiras depois de 4 meses sob investigação. O mesmo também estava com sua prisão decretada pela Justiça do Estado de São Paulo onde se passava por padre, e de Santa Catarina por se passar por pastor evangélico, mas respondia por crimes em outros estados brasileiros, segundo a publicação deste do citado site.

No livro que o Pai Geremias publicou com a jornalista e escritora Maria Helena Farelli, pesquisadora de religiões, explicava que a Umbanda e o Candomblé não são seitas, mas sim uma religião milenar. Ambos escreveram pretensiosamente a “Bíblia Sagrada da Umbanda & Candomblé (Farelli, 2002) onde, numa retrospectiva histórica falam da tradição, dos primeiros pais de santo, dos importantes terreiros, do fenômeno da mediunidade e temporalidade. Reportaram ao Candomblé da Bahia, fundado por africanos angolas, congos, gêges, nagôs, iniciados pelos antigos cultos e no Brasil, pela tradição oral (muitos iletrados), foram passando a estrutura doutrinária aos novos adeptos. Na Bahia terreiros tornam-se importantes e dão nomes aos bairros onde se localizam como o de Gantois (uma casa nagô) pesquisado por Nina Rodrigues (1862-1906), psiquiatra e antropólogo brasileiro. Este médico, de múltiplas facetas, também se dedicou ao estudo da influência africana no Brasil e seus ritos, escrevendo de 1890 à 1905 o livro “Os Africanos no Brasil”, que só foi publicado postumamente em 1932. Maria Escolástica da Conceição Nazaré (1894-1986) era a Mãe Menininha do Gantois, e filha de Oxum, sendo a quarta Iyálorixá daquele terreiro, mas a mais famosa de todas. Foram as canções que ajudaram também a tornar conhecido no Brasil os santos e costumes das religiões africanas, como a Oração da Mãe Menininha cantada por Maria Betânia: ...” Olorum¹ quem mandou, Essa filha de Oxum, Tomar conta da gente, E de tudo que há...”

Sabemos da importância dos africanos na formação étnica do povo brasileiro, e estudando essa sociedade em seu meio natural observamos que a África é um vasto continente formado por diversas etnias com características peculiares e distintos troncos lingüísticos. Trazidos ao Brasil em meados de 1850, os africanos foram obrigados a misturarem seus deuses, impedidos de serem cultuados, aos santos da Igreja Católica, religião predominante entre os “senhores de escravos”. Nesta sincretização, onde o culto aos orixás parecia subordinado a Igreja dominante, surgiram a Umbanda e o Candomblé.

A EXPERIÊNCIA NA FAVELA

Na favela do morro Nova Trento, no centro de Florianópolis, perto do Mc Donalds, instalamos no ano 2000 uma assistência em Terapia Comunitária, para possibilitar um local de estágio para os alunos do curso que coordenei organizado com apoio da Pastoral da Criança. Eu e os alunos semanalmente estávamos lá para as sessões, no meio da favela e num terreiro tradicional de Umbanda. A primeira reunião em agosto de 2000 contou com 12 participantes e seriam destacados para realização do estágio dois terapeutas comunitários e dois massagistas. Uma das estagiárias, Maria de Fátima Machado é professora, massagista e também mãe de santo. O ter-

1. Na mitologia Yoruba é o Deus criador pai de tudo e de todos

reiro, “Tenda de Maria Padilha”, e não uma Igreja foi o local escolhido por ser, naquele morro, praticamente a única instituição existente e pela influência da mãe de santo naquela comunidade carente. Os problemas eram imensos, de pobreza, violência e adição. Mãe cujos filhos estavam foragidos da polícia, usuários irrecuperáveis que moravam por ali e só aceitaram de comparecer ao tratamento pelo pedido da mãe de santo Elizabete de Araújo. Esta incorporava a “pomba gira”² Maria Padilha, “rainha dos 7 cruzeiros da Kalunga, das 7 encruzilhadas”, como repetia ela nos rituais induzidos por goles de álcool e cigarro.

Elizabete é uma das seguidoras daquela que é considerada fundadora, em 1947, da Umbanda em Santa Catarina, a mãe de santo Malvina Ayroso de Barros (1910/1988). Cristina Tramonte (2001) realizou por quatro anos uma pesquisa etnográfica onde todos fazem referências históricas a Malvina. Segundo Maria de Fátima, Malvina adotou Elizabete desde pequena lhe proporcionando uma vasta experiência e credibilidade nesse campo. Elizabete incorporada de Maria Padilha tinha suas contas, guias ou miçangas vermelhas e pretas e gostava de receber rosas também vermelhas e cigarrilhas, além de bebidas. Eu filmei uma festa na tenda de Maria Padilha para as pombas giras ao som de ataques e agogôs e no caminho um policial preocupado não queria que eu subisse no morro de noite. Tudo se passou sem nenhum problema, pois eu visitei naquela noite um ambiente respeitado do morro.

A Terapia Comunitária que implantamos no terreiro de Elizabete tinha como maiores frequentadores os próprios seguidores da seita. Curiosamente, após uma sessão onde o tema foi adição e onde foi falado que a Umbanda estava no topo do ranking das que mais consumiam álcool para a condução de seu culto teve em o comportamento de um de seus membros mudou. Maria de Fátima em transe fez questão de mostrar-me, enquanto eu registrava as cenas para um trabalho, que o seu whisky não era whisky, mas sim guaraná, bebida não alcoólica brasileira. Nas sessões seguintes outros se manifestaram que conseguiam incorporar sem o uso do álcool.

A entidade Maria Padilha solicitou um ritual de iniciação para seus seguidores que foi realizada numa cachoeira perto de Florianópolis, o habitat da “senhora deusa das águas Mamãe Oxum”. O ritual, geralmente restrito aos sacerdotes e aspirantes foi presenciado por mim, autorizado a filmar e por filhos e mães de santo que logo providenciaram um “peji”³, espécie de altar onde foram colocadas as imagens de Xangô e Iansã (na tradição esta foi mulher de Ogun, roubada por Xangô). Tratando-se de uma religião animista são evocados aos deuses, identificados como elementos da natureza (floresta, cascata, pedreiras), os pedidos de proteção. A Oxum, deusa da água doce, dono dos rios, foi feito oferendas de pó de arroz, pente, sabonete, frasco de cheiro (perfume), ou seja, tudo para agradar a vaidosa deusa, conforme o relatório de estágio da “babalorixá” (mãe de santo) Maria de Fátima. Para cada orixá há um passo de dança diferente, canto e toque de atabaque. Para os sacerdotes iniciantes houve na cachoeira uma sessão de batismo e purificação nas águas límpidas e geladas.

2. Fêmea do Exu, um orixá cheio de poder e muitas vezes relacionado ao diabo, cuja principal função é levar a mensagens entre seres humanos e os orixás.

3. Na Umbanda é dado esse nome, sinônimo de “congá”, para altares onde são colocadas as imagens de santos católicos no salão principal da casa onde são realizadas as cerimônias públicas.

A CONTRIBUIÇÃO AFRICANA

Neste Brasil do passado, a socialização da criança branca pela “ama de leite” africana era um ato corriqueiro. Desta condução, deste relacionamento herdamos, em nossa cultura, a sensibilidade para

conduzirmos nossos afetos e a curiosidade pelos hábitos africanos. Surgiram desse envolvimento de africanos e europeus no Brasil o samba (ritmo), a capoeira (luta disfarçada em dança) e a feijoada (prato típico). Ao povo brasileiro é atribuído um temperamento coletivista; tendência a se divertir; sistemas religiosos peculiares (inclusive particularidades no catolicismo) que os negros africanos foram um dos principais a influenciar.

Diferentemente de outros países da América que sofreram imigração do negro, no Brasil observa-se maior facilidade de mistura das raças. No Brasil não se observa uma cisão étnico-religiosa como a da separação da igreja para brancos e negros como nos Estados Unidos. A intimidade existente entre senhores e escravos no Brasil era assegurada considerando as várias categorias de negros, com posições sociais diversas, pois alguns eram escravos antigos, outros recentes. Também o gradativo processo de abolição, onde os nascidos a partir de uma data eram livres, não resultou como nos Estados Unidos, em uma violenta guerra civil e um racismo insuperável até os nossos dias. Quando houve a abolição da escravatura no Brasil, muitos negros livres já interagiam com os brancos. Vale ressaltar, que os índios, mais difíceis de serem submetidos ao regime da escravatura, puderam mesclar com os negros suas crenças (DaMatta, 1987).

Para problemas emocionais em nosso país, não é de se estranhar, que independente da classe sociocultural, se recorra a “terreiros” de Umbanda ou Candomblé, ou a outras práticas espirituais. A corrente religiosa baseada na mediunidade faz do Brasil o maior país espírita do mundo. Surgido através de pesquisa de um educador francês, o espiritismo Kardecista ou de “mesa branca” - pois se costumavam reunir os médiuns à volta de mesas habitualmente cobertas por toalhas brancas - iniciou tentando explicar os fenômenos, como aparição de fantasmas, levitação e estranhas movimentação de objetos. Ao médium, muitas vezes perseguido pela sociedade, é atribuído o poder de entrarem em comunicação com os mortos para confortá-los, como também atender os anseios de parentes. Muitos ficaram famosos pelas experiências espetaculares, ou ações bondosas para com a sociedade como Chico Xavier distribuindo gratuitamente mensagens psicografadas e alimentos para os pobres.

Por sua vez, na África, durante a colonização, o psiquiatra ocidental se viu diante de um povo cujos problemas emocionais eram entregues quase que totalmente ao trabalho dos curandeiros, (Bastide, 1972). Em contraste com este, o psiquiatra ocidental é um médico, e pela sua formação faz da loucura uma doença individual, que torna o doente, provisória ou definitivamente inapto para uma vida social. Já o curandeiro, psiquiatra tradicional, parece reconhecer a complexidade psico-social do problema, quando mostra ter consciência da agressividade e do conflito obrigatório que envolve a doença mental, e num sistema simbólico próprio, lidar amplamente com o doente. Enquanto no sistema ocidental geralmente se aborda a doença dando uma conotação de responsabilidade e culpa exclusivamente ao doente, o sistema africano localiza fora desse a agressão que o levou ao quadro. Tanto pode estar em questão a agressão de um indivíduo, feita direta ou indiretamente pelas feitiçarias, quanto pela agressão de um espírito ancestral. Dentro deste modelo, como a culpa não é a principal questão, há facilidade de aceitação e participação, tanto do doente, como de sua família, no processo de recuperação (Collomb, 1972).

Um outro fator que implica numa verdadeira participação de todos no tratamento é que a linguagem do curandeiro não é de sua exclusividade, ou seja, é compreendido e utilizado por toda a comunidade. Esse curandeiro exerce uma função de mediador e suas decisões são sempre um reflexo do que pensa e sente a comunidade. O paciente nunca tem que ser

manipulado com o pretexto do tratamento, preservando-se com isso a autenticidade da relação, o que facilita o papel do psiquiatra tradicional para a possibilidade de reunião entre o doente e o grupo (Collomb, 1972).

No Senegal 80% dos doentes são tratados por métodos tradicionais e quase a totalidade faz pelo menos um contato com o curandeiro. Entre esse povo há uma idéia que o médico, de formação ocidental, acalma e o curandeiro cura. Diminui-se a eficácia do tratamento do curandeiro com o esfacelamento cultural e o processo de urbanização ambos fragmentando a vida coletiva (Devereux, 1977). Mas vamos discorrer sobre o modelo cultural africano para entendermos melhor o grande desfalque provocado pela aculturação.

OS SISTEMAS DE REPRESENTAÇÕES DOS AFRICANOS

A Etnopsiquiatria, ou seja, neste caso a psiquiatria das etnias africanas, se articula estreitamente com a cultura africana; muito mais que isso, faz parte dessa cultura. O curandeiro não somente detém conhecimentos técnicos de como utilizar plantas, gestos, palavras do ritual, como também, muitas vezes é dotado de sensibilidade capaz de detectar o problema e maturidade que o permite lidar e respeitar a ansiedade de toda a coletividade. Está nessa relação, ou seja, na adesão da coletividade ao problema do paciente, a condição para a eficácia do sistema africano (Collomb, 1974).

Esse sistema reconhece e se utiliza da tradição cultural para combater e resolver problemas. Portanto a ação etnopsiquiátrica é a atuação do curandeiro (psiquiatra tradicional) somando-se a:

um conjunto de conceitos e representações próprios de toda a comunidade, que torna a doença mental compreensível para todos;

a forma coletiva de vida onde o contato é facilitado e conseqüentemente a comunicação se dá entre o doente e a comunidade e vice-versa.

Os procedimentos terapêuticos contam necessariamente com a utilização destas representações, acima citadas, e a comunidade comporta-se, em relação ao doente, de uma forma a não reduzi-lo e nem excluí-lo do grupo, mantendo com ele os canais de comunicação e respeito.

Na tradição africana crê-se que uma doença é decorrente do ataque de um feiticeiro, e quando esse ataque não leva a morte da vítima, estaríamos diante de um distúrbio mental ou psicossomático. Doenças ditas crônicas, como a esquizofrenia, são raras nesse meio, prevalecendo crises ansiosas agudas, distúrbios somáticos, fenômenos alucinatorios ou até mesmo bouffées delirantes da nomenclatura francesa (Collomb, 1974 em "Le Fou et La Société ou La Defense Sociale Contre Le Fou").

Apesar das diferentes etnias que formam as sociedades africanas, podemos considerar que as sociedades primitivas têm unificadas algumas características desse sistema. Dentre elas, considera-se que nem a família ou mesmo o doente são responsáveis exclusivamente pelo problema, então o agressor veio de fora; a agressão pode estar relacionada a causas afetivas ou materiais, do passado ou da atualidade, porém o agressor é um homem vivo ou um espírito ancestral.

As formas de ataque são diversas:

1. Ataque de um indivíduo para o outro

- diretamente: consiste numa devoração imaginária da vítima. Denominamos sistema feitiçaria-antropofagia e todos sabem que tanto podem ser vítimas desse ataque, como também podem tornar-se feiticeiro-antropófagos, embora este último, geralmente, está ligado à herança familiar (Collomb, 1978).
- indiretamente: nesse sistema uma terceira pessoa é mobilizada, como o macumbeiro, ou marabu dos muçulmanos. A macumba no Brasil é denominada de quimbanda, ou seja, feitiçaria a serviço do mal, e poderia exemplificar esse tipo de sistema. Enquanto que o candomblé utiliza Exu como mensageiro entre deuses e homens, o Exu da macumba é verdadeiramente diabólico. Nesse sistema o feiticeiro é solicitado pelo seu cliente para fazer um trabalho (despacho) contra determinado indivíduo. Nem sempre é uma solicitação para um trabalho maléfico, podendo o macumbeiro realizar benefícios a pedido, como para combater um outro feitiço, fazer ganhar sua equipe de esporte, para conquistar pessoas, ou sucesso econômico e profissional (Queiroz, 1983).

2. Ataque pelos espíritos: varia conforme a religião utilizada. O espírito esta ligado a lei social e sua intervenção surge quando alguma coisa ameaça esta lei. Ele pode ser tanto um falecido morador daquela comunidade, como espírito de determinada crença religiosa. Sua ação é procurar lembrar o indivíduo com tendência a desrespeitar a lei, ou a tradição do grupo, através do adoecimento do seu corpo. As vezes a lei geradora do conflito é apenas a lei religiosa ameaçada (Collomb, mars, 1974).

O reconhecimento do saber, ou da tradição popular por esses sistemas, faz com que se extrapolem os limites da doença e se embrenhe em toda dinâmica social. Não se trata aqui de um sistema simplesmente imaginário, mas de uma vivência de cada um, que permite uma real elaboração do problema, tanto para o paciente como para os de seu meio. Em comparação com a psiquiatria ocidental que visa exclusivamente detectar os sintomas para definir a doença e tratá-la de forma paliativa ou individual, as diferenças são grandes em relação a psiquiatria tradicional africana, que utiliza dos sintomas para detectar a causa e amenizá-la, para integrar o paciente comprometido.

OS RITOS

Como instrumento de Terapia Sociológica os ritos, que se diferenciam das festas tradicionais, podem ser formas distintas de acordo com a etiologia do problema a ser trabalhado:

Terapêutica biológica: através do uso de extratos de plantas somados ao encantamento do curandeiro (simpatia – benzimento – fitoterapia);

Terapêutica psicológica: o aconselhamento ao enfermo; a criação de um espaço que venha a facilitar a expressão dos conflitos reprimidos, permitindo o indivíduo reorganizar suas relações;

Terapêutica sociológica: quando os doentes são assistidos por uma comunidade, incluindo a participação dos familiares envolvidos, além do curandeiro e seus assistentes;

Ritos simbólicos: para reintegração do indivíduo doente ou expulsão da violência para fora do grupo, para restabelecer a ordem e a paz. Podemos aqui reconsiderar a função curativa do sistema feitiçaria-antropofagia sobre o indivíduo e a prevenção das tensões do grupo com a expulsão da violência através do rito;

Ritos de passagens: que visam proteger o grupo da ansiedade, diante de mudanças significativas previstas como o nascimento, o batismo, o desmame, a circuncisão, iniciação sexual, o casamento e a morte. Essa tensão sobrevém da insegurança do indivíduo ao deixar seu antigo “status” para passar a um novo.

Na concepção dos selvagens africanos, por exemplo, o recém nascido acaba de deixar o mundo dos espíritos, porém ainda não faz parte do mundo dos vivos. O adolescente que partiu para a escola após a circuncisão (Senegal) para ser iniciado, deixou de ser criança, mas ainda não é considerado um adulto. Nestes ritos há um processo de formação onde o indivíduo deverá aprender a se comportar na sua nova posição e para o grupo, de encará-lo respeitando seu novo “status” (Collomb, mars, 1974).

A penetração do homem branco nestas sociedades e o enfraquecimento das tradições; a desvalorização ou abandono dos ritos pelas comunidades selvagens, afetam os mecanismos existentes para o reequilíbrio social. A Etnopsiquiatria tem por objetivo resgatar a tradição esfacelada, ou então, permitir a criação de outros mecanismos de acesso amplo, quanto a compreensão e participação, que permita a auto-regulação da sociedade comprometida.

A RELIGIAO E A PLASTICIDADE DOS SINTOMAS

Experiências da Universidade de Minesota, nos anos 70, mostraram em gêmeos uni vitelinos, comparados com bi vitelinos, que a espiritualidade é herdada, mas que o tipo de prática religiosa é simplesmente cultural. Por outro lado, as pessoas que possuem uma religião, ou tem desenvolvida sua espiritualidade, parecem tirar mais proveito para sua saúde. Um estudo avaliando cerca de 2.287 estudantes de escolas em Campinas no Brasil (Dalgalarondo, 2004) perceberam que o uso intenso de qualquer tipo de droga estava relacionado àqueles que não tiveram nenhuma educação religiosa na infância. O aspecto negativo do envolvimento religioso pode ser o fanatismo e a restrição das relações somente dentro do grupo religioso e um estado depressivo decorrente do recalque. Uma adolescente seguidora da religião Testemunha de Jeová, desenvolveu depressão com sintomas psicóticos quando seu interesse sexual afetivo conflitou com sua ideologia. A menina tinha como referência os pais, rígidos seguidores da religião e na assistência psicoterápica que recebeu compreendeu que havia uma outra forma de seguir sua seita, assim como lidar com seus impulsos sexuais. Trazia-me publicações da revista Sentinela, de sua Igreja, sobre os efeitos negativos da masturbação. Sua irmã, por exemplo, continuava a participar das cerimônias dessa religião, namorava e se mantinha saudável. No caso, mesmo que o terapeuta se depare com aspectos radicais de uma determinada religião, o caminho não necessariamente é trabalhar contra sua religião, onde o paciente, tendo que abrir mão de sua doutrina, ganha em liberdade, mas perde em estrutura social e apoio familiar.

Os que possuem fé possuem também uma rede de apoio social e encontram maior sentido na vida. Na nossa história a verdade estava atrelada a posição da Igreja dominante e os que não compactuavam desse pensamento iam para a fogueira. Com o desenvolvimento da ciência, a vingança se estabeleceu, onde a verdade era a que obedecia a seus métodos de verificação indo para descrédito as afirmações baseadas no misticismo. Agora chegou a hora de um novo paradigma para encarar essas duas disciplinas que parece, em alguns momentos serem contraditórias. Um levantamento com 2.000 médicos, de diferentes especialidades,

publicado recentemente no *Journal of The American Medical Association* mostra que a metade acredita na influência da fé e espiritualidade sobre nossa saúde. Herbert Benson (1998), professor da Faculdade de Medicina de Harvard nos EUA funda um Instituto Mente/Corpo e publica livros e artigos sobre o tema contando histórias de algumas pessoas e os resultados de algumas pesquisas comprovando o poder da fé. Em meu livro *Terapia Social* (Noronha, 2007) eu reservo um capítulo sobre o cérebro e a mente e não deixo de fora os aspectos socioculturais da religião e nem as explicações que arriscamos sobre estes fenômenos.

Muito interessante as experiências do pesquisador Carlos Eduardo Tosta da Universidade de Brasília (médico e especialista em Imunologia Clínica com vários livros e artigos publicados) reunindo 52 estudantes de medicina. Os resultados mostraram que um dos principais mecanismos de defesa do nosso organismo (por exemplo a fagocitose) pode ser influenciado por preces feitas à distância. As fotos dos voluntários eram encaminhadas a dez sacerdotes de diferentes credos que faziam as orações semanalmente. Foi destacado um grupo controle e nem o pesquisador e nem os alunos sabiam quem era beneficiado pelas preces. Os alunos respondiam regularmente o questionário sobre estresse e ofereciam seu sangue, onde os que recebiam as preces tinham maior estabilidade dos fagócitos, em comparação com os que não recebiam. O biólogo Ricardo Monezzi da Universidade Federal de São Paulo preferiu usar ratos numa experiência de impostação das mãos. Dividiu em três grupos, onde o primeiro recebia a impostação, o segundo apenas luvas eram colocadas sobre as gaiolas e o último nenhum tipo de tratamento. Os que receberam o tratamento tiveram aumento do número de linfócitos e monócitos, condições sugestivas do aumento da resistência imunológica.

Membros da Sessão de Psiquiatria Transcultural da Associação Mundial de Psiquiatria, como Thomas Stompe (2003) da Clínica Universitária de Viena liderou pesquisas multi-regional sobre esquizofrenia e observou a plasticidade dos delírios religiosos. Numa mostra aproximada de 1.000 pacientes esquizofrênicos os delírios religiosos eram mais comuns em seguidores de religiões animistas sincréticas e em católicos. Africanos seguidores de religiões que contemplam os orixás sobrepunham aos católicos, que sobrepunham aos protestantes, que sobrepunham os seguidores das religiões islâmicas na incidência de delírios místicos dentre esquizofrênicos pesquisados. Sabemos da existência de síndromes que ocorrem numa determinada cultura e não aparecem em outras. Quadros clássicos são descritos como referenciais destas síndromes que se constituem como uma prova da influência da cultura na plasticidade dos sintomas das doenças psiquiátricas (Noronha, 1993). Novos quadros vão surgindo com o tempo, outros se modificam e outros vão sendo descobertos. Eles recebem a atenção dos Etnopsiquiatras devido a sua forte conotação da influência social e cultural. Num esforço para refinar a classificação do CID 10 da Organização Mundial da Saúde se atendo aos aspectos socioculturais das doenças mentais foi formulado em 2004 um Guia Latino-americano de Diagnóstico Psiquiátrico. Esse esforço de considerar fatores regionais para elaboração do diagnóstico é ao mesmo tempo um reconhecimento das observações empíricas realizadas por diversos profissionais com achados que não se encaixavam nas classificações atuais. No século XIX o aparecimento de uma psicologia experimental nos trabalhos de Wilhelm Wundt (1832/1920) já dava importância não só aos aspectos subjetivos da conduta anormal, mas o contexto onde ela se desenvolvia. Explicações fenomenológicas atribuem a cultura influência tanto na etiopatogenia como na etiopatoplasticidade das doenças mentais.

Quanto ao fenômeno religioso, os diferentes tipos de transe dos diversos sacerdotes, além dos quadros que respondem verdadeiramente ao tratamento dos curandeiros merecem ainda uma atenção dos estudiosos da classificação das doenças mentais. Mesmo que muitos fenômenos ainda permaneçam sem explicações, a construção de um sistema nosológico, diferenciando, pelo conjunto de sintomas em seus respectivos contextos cada quadro é um passo para futuros esclarecimentos. Caminhar de uma classificação universal das doenças para aspectos regionais é uma condição complementar, visando a capturar aspectos culturais, que poderiam ser considerados, tanto para o entendimento como o tratamento das doenças.

DIRETRIZES PARA O NOVO MILÊNIO

Eu gosto da sensatez e da sabedoria de Sua Santidade o Dalai Lama. Pela difusão de suas obras em várias partes do mundo, onde ele fala da felicidade e da ética deve haver muitas pessoas que gostariam de um mundo melhor de paz e compreensão entre os homens. Nesse mundo as diferenças como a religião, a língua, a cultura e a própria etnia seriam consideradas superficiais. Todos os homens seriam iguais aspirando à felicidade. Estaríamos felizes não somente por nossas conquistas materiais, tão evidentes na descompensação de um quadro maníaco, mas por conquistarmos nossa paz interior. Na qualidade e satisfação de um relacionamento. Na construção da felicidade do outro.

Nesse mundo ideal inspirado por Dalai Lama a religião, não somente aquela que ele pertence, mas todas elas seriam fontes espirituais e de sentido para a vida. Algumas vezes acolheria os homens em seus momentos de desamparo. Em outros acalmaria nossas reações de ódio e de vingança para nos proporcionar uma ação de sabedoria com maiores perspectivas de paz. Ainda em outros, nos acordaria do sono proporcionado pelo nosso egoísmo e comodidade para estendermos a mão. Até mesmo os valores éticos, capazes de qualificar o nosso convívio seria contemplado, não cedendo as forças da competitividade tão comum na sociedade moderna. O mundo de hoje, que busca satisfação imediata para tudo e que contempla o avançar da tecnologia, saberia que há outras formas de satisfação do que aquela proporcionada pelos sentidos. A mesma ciência que desacreditou a religião como fonte da verdade, não cometeria o mesmo erro da dogmatização e a partir dela, da exclusão. Continuaremos num mundo de diversificado, com diferentes tradições, mas compreendendo sempre o que é melhor pra mim deve ser reconciliado com o que é melhor para o outro e para toda comunidade.

Embora a maioria dos homens não pratique a religião, mesmo que tradicionalmente dizem pertencer a alguma, é inquestionável seu valor para muitos. Os que não praticam comumente recorrem a ela no avançar da idade ou num momento grave de suas vidas. É preciso considerar que haverá um crescimento da doença mental e neurológica e no futuro, o que matava ou incapacitava 12% em 1998 aumentará para 15% em 2025. De dez causas principais de incapacidade do homem cinco são doenças mentais. É preciso que o trabalhador em saúde mental considere, no mundo globalizado, as causas psicossociais, além do estigma e da discriminação sobre o doente mental. A necessidade de uma postura ética que faça frente a interesses econômicos visando lucros ou vantagens em detrimento da saúde do paciente. A pobreza aumenta para grande parte da população na terra devido a políticas econômicas internacionais e nacionais injustas.

O novo papel da psiquiatria nesse mundo globalizado é então harmonizar a educação de novos psiquiatras e trabalhadores de saúde mental com dados sobre aspectos psicossociais envolvendo a doença mental. Respeitar aspectos sócio-culturais do paciente que possam complementar as ações terapêuticas. Promover a tolerância frente as diferenças étnicas, religiosas, de poder aquisitivo e de gênero cada vez mais comum no mundo globalizado. E por fim, fazer congressos, publicar artigos e livros e trocar suas experiências com os demais colegas. Promover informações também, ao público em geral para fazer frente as informações tendenciosas do mercado sobre prevenção e tratamento da doença mental. Na China, alguns quando questionados por mim sobre a situação do Tibet, respondiam que o povo de lá estava satisfeito e que o governo estava para inaugurar uma linha de trem trazendo ainda mais progresso para a região. Para os que responderam assim, o progresso era a referência. Dalai Lama, por sua vez faz uma revolução de forma pacífica, embora um tumulto toma conta da região numa China se preparando para as Olimpíadas. Mas a política da santidade representante dos tibetanos não é de provocar revolta. Ele publica livros que falam, por exemplo, que o Budismo é o melhor para ele. E que as pessoas e as tradições são diferentes e, portanto, porque não o surgimento de religiões novas e diferentes para atender a diversidade. Mesmo com a falta de estrutura de novas religiões e seus riscos em questões éticas, diferentes desejos e necessidades espirituais seriam atendidas com elas. No nosso mundo, de profissionais trabalhando com a saúde, o que necessitamos para bem conviver com tantas disciplinas diferentes atuando e agora, objeto deste artigo, com os recursos socioculturais de cada sociedade?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTIDE, R., "Le Rêve, la Transe et la Folie", Flammarion, Paris, 1972.
2. BENSON, H. ; STARK, M., "Medicina Espiritual", Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1998.
3. COLLOMB, H., "La Psychologie Sociale en Afrique : Le Point de Vue du Psychiatre"; Ver. Int. Sc. Soc.; vol XXIV, n 1 ; 1972.
4. COLLOMB, H., "La Sorcellerie-Anthropophagie (Génese et Fonction)"; Evolution Psychiatrique, tome XLIII, III, 494-520; 1978.
5. COLLOMB, H., "Psychiatrie Traditionnelle en Afrique"; Conference à La Havane, mars 1974 (Rev. de Psiquiatria - Cuba - ms, 18p.).
6. DALGALARRONDO, P e col., "Religião e Uso de Drogas por Adolescentes", Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(2):82-90.
7. DAMATTA, R., "Relativizando - Uma Introdução à Antropologia Social" - (Rocco - Rio de Janeiro - 1987).
8. DEVEREUX, G., "Essais d'Ethnopsychiatrie Générale". Gallimard, Paris, 1977.
9. FARELLI, M.H., "Bíblia Sagrada da Umbanda & Candomblé", Ed Mec, Rio de Janeiro, 2002.
10. HOLLWEG, M.G., "Hacia Uma Psicobiologia Antropológica". Division Imprenta, Santa Cruz de la Sierra, 2005.
11. LAPLANTINE, F., "L'Ethnopsychiatrie", Ed. Universitaire, Paris, 1973.
12. NORONHA, M., "Terapia Social", Letras Contemporâneas, Florianópolis, 2007.
13. NORONHA, M., "Distúrbios Específicos De Culturas", J. bras. Psiq. 42(5): 279-284, 1993.
14. QUEIROZ, M.I.P., "Roger Bastide". Ática, São Paulo, 1983.
15. STOMPE, T. e col., "Old Wine in New Bottles? Sability an Plasticity of the Contents of Schizophrenic Delusions". Psychopathology 2003;36:6-12.
16. TRAMONTE, C., "Com a Bandeira de Oxalá! - Trajetória, Prática e Concepção das Religiões Afro-brasileiras na Grande Florianópolis", Ed. Univale, Itajaí, 2001.
17. YALOM, I.; LESZCZ, M., "Psicoterapia de Grupo - Teoria e Prática"; Artmed, Porto Alegre, 2005.





Simposia
Psicoterapia y cultura







La pareja transcultural, emigración y conflicto

SERGIO GORJÓN CANO

En la medida que el mundo se ha transformado en una comunidad global, un número creciente de relaciones de pareja se forman con miembros de diferentes antecedentes culturales, raciales y étnicos, los cuales incluyen tanto diferentes concepciones acerca del tiempo, patrones respecto a su marcha, horarios, puntualidad, perspectiva y expectativas.

Las razones por las cuales las parejas transculturales acuden a terapia pueden ser diversas, pero dentro de las más frecuentes son: conflictos acerca de la religión, el género, la crianza y educación de los hijos, matrimonio y prioridades comparativas respecto a profesiones y relaciones personales y familiares.

Los matrimonios transculturales obligan al terapeuta a adquirir un mayor conocimiento de los usos y costumbres de otros ámbitos para entender las múltiples barreras en la comunicación que surgen cuando dos individuos de diferente nacionalidad se unen para formar una pareja. Pero también es necesario comprender los aspectos psicodinámicos más subjetivos de los participantes en el fenómeno de la emigración si se les quiere ayudar profundamente (Gorjón, 2004)

Cuando dos personas de diferente cultura deciden formar una pareja se produce la confluencia de dos mundos distintos: uno es el mundo del “matrimonio”. En occidente, el concepto moderno de “matrimonio” se encuentra sustentado en forma central en “el amor”. Bajo esta formulación, el matrimonio es el resultado de una libre elección. Se trata de una decisión privada hecha por la pareja, cuyos propósitos son promover al menos idealmente: la felicidad, intimidad y mutua auto-realización. En este ámbito, cada miembro de la pareja requiere una separación o aflojamiento de los vínculos a la tradición familiar.

El otro mundo, es el mundo de los orígenes: raza, religión, cultura y/o nacionalidad con sus respectivas responsabilidades y lealtades. Este otro mundo al cual se puede llamar “inter” tironea fuertemente contra el carácter moderno de la ideología del amor. “Inter” se encuentra gobernado por la noción de una conexión reticular dentro de la cual un individuo es parte de una historia y tradición familiar. En este ámbito, el matrimonio no es simplemente entre dos individuos, sino entre dos familias. En este mundo las necesidades comunales se sitúan por encima de las individuales.

Si el mundo del “matrimonio” describe a Romeo y Julieta, “Inter” describe a los Capuletos y los Montesco. (Papp, 2000)

Las reacciones en los países occidentales ante los matrimonios transculturales en el último siglo, gravitan entre dos polos: de bienvenida o Xenofobia. En un polo se encuentra la perspectiva de la unión como testamento del poder del amor capaz de trascender las fronteras tradicionales. En el otro polo existe una visión “alarmista” de estas uniones como amenaza a la identidad nacional prevalente y un destino inevitable hacia el divorcio.

(Hall, 1999) propone un modelo cultural comunicativo aplicable a otras áreas de las relaciones humanas de diversas culturas, agrupándolas en dos diferentes tipos bajo los cuales gravitan la mayor parte de ellas, a las cuales llama de alto o bajo contexto, términos que pueden referirse a individualismo o colectivismo.

En las sociedades de bajo “contexto” a las cuales pertenecen la mayor parte de los países sajones, los individuos separan sus relaciones y el trabajo, predominan las relaciones a corto plazo, es estimulada la expresión verbal, es valorada la autonomía y la privacidad, el tiempo es importante, el cambio es una virtud, la pareja es el centro de las decisiones, el matrimonio es entre dos individuos, son pragmáticas, la emotividad es irracional y embarazosa, prevalece el pensamiento inductivo, el hombre y la mujer manifiestan mayor flexibilidad de roles, la mujer es más independiente económicamente y más segura de sus derechos.

Las sociedades de “contexto alto” tienen un carácter más rural y menos industrializado que las sociedades de bajo contexto y a ellas pertenecen la mayor parte de los países latinoamericanos, africanos, del mundo Árabe, países mediterráneos, India, China e Indonesia.

En estas sociedades, la colectividad es más importante, se valoran mayormente los intereses del grupo sobre los individuales, el tiempo es disfrutable, se respeta más la edad, el énfasis es mayor en la afiliación que en la autonomía, los eventos suceden como consecuencia del destino, la suerte o determinantes sobrenaturales, la lealtad a la familia extensa es importante, el matrimonio es entre dos familias, existe particular respeto a los ancianos y ancestros, la comunicación va más allá de las palabras, la evitación de conflictos tiene preeminencia sobre la confrontación, el pensamiento tiende a ser más deductivo, tienen prioridad los valores morales, los roles genéricos son fijos, claras diferencias entre los sexos y distribución del poder, la mujer se define sobre todo en relación a un hombre.

Los conflictos conyugales entre Erika nacida en Alemania y Juan Manuel Mexicano, amenazaron su unión cuando establecieron su residencia en México después de haberse conocido en Alemania mientras Juan Manuel hacía un postgrado en este país. Los pleitos surgieron por la negativa de Erika a participar en las comidas sistemáticas dominicales de toda la familia de Juan Manuel y la intrusión repetida de la madre de éste en la vida de la pareja.

CARÁCTER Y EMIGRACIÓN

¿Por qué algunas personas cruzan culturas para casarse, en tanto otras permanecen con parejas en su propia cultura? Este es un interrogante que necesariamente nos lleva a abordar al mismo tiempo el análisis de la génesis del fenómeno emigratorio.

Las causas por las que emigran los individuos o buscan unirse a personas de diferente cultura son de distinta índole, algunas son de carácter externo, y otras de carácter interno, pero ambas producen diversas reacciones psicológicas tanto en los que emigran como en su entorno, pero sobre todo, en el que emigra, una conmoción importante en su sentimiento de identidad (Grinberg 1980)

La migración propiamente dicha, es decir, la que da lugar a la calificación de las personas como “emigrantes” o “inmigrantes”, es aquella en la cual el traslado se realiza de un país a otro, o de una región a otra suficientemente distinta o distante, por un tiempo suficientemente prolongado como para “vivir” en otro país, y desarrollar en él las actividades de la vida cotidiana.

Existen emigraciones “voluntarias” y emigraciones “forzadas” ambas con un carácter relativo, aunque la mejor representante de la última categoría la constituye el exilio.

También es importante distinguir entre los “trabajadores extranjeros” y los “inmigrantes” propiamente dichos.

Los primeros tienen el pensamiento más puesto en la vuelta que en la ida. Saben o suponen que su separación de su lugar de origen y sus familias tiene una limitación temporal, que les ayuda a enfrentarse con las vicisitudes presentes en las experiencias con el nuevo ambiente. En los segundos, se produce un enorme sentimiento de pérdida de todo lo dejado atrás, porque sienten, aunque luego pueda no ser así, una ruptura de sus vínculos con un carácter más definitivo (Ginberg 1984)

En el caso de los matrimonios interculturales, la emigración puede haberla hecho ya alguno de los cónyuges antes del matrimonio o bien la emigración se ha dado como consecuencia del mismo.

En el segundo caso, ante la intensidad del lazo amoroso, el que emigra por la decisión del cónyuge de regresar a su país de origen puede sentir dicha emigración más forzada, sobre todo si se han engendrado hijos en el país del primero, dando lugar posteriormente a conflictos de la pareja, quien puede vivir como injusta dicha emigración.

Para muchos, unirse a alguno de otra cultura significa ampliar una experiencia vital y la perspectiva de la misma. Pero también personas de este tipo han sido descritas como rebeldes, aventureros, escapistas, distantes. Un motivo común encontrado por May Keung Ho (1990), es la necesidad de escapar de sus antecedentes políticos, religiosos o familiares los cuales ha experimentado represivos o frustrantes.

Frecuentemente quien se casa fuera de su cultura suele ser un primogénito, en forma paradójica, pues casi siempre es el hijo quien más lealtad manifiesta hacia la familia y más involucrado está en la relación con sus padres. Pero en familias donde existe un grado intenso de emocionalidad no siempre grata, es fácil confundir estos aspectos familiares indeseables con la cultura, y una forma de distanciarse de sus parientes es distanciarse de su cultura de origen aunque luego como defensa ante el duelo por la pérdida de sus raíces, la persona tienda a ser extremadamente crítica ante la nueva cultura de adopción.

Puede definirse el concepto de “emigrabilidad” como la capacidad potencial del emigrante de adquirir en el nuevo ambiente, en forma gradual y comparativamente rápido, una cierta medida de equilibrio interno que es norma para él – siempre y cuando el nuevo ambiente lo haga razonablemente posible- y que, al mismo tiempo, pueda integrarse en el nuevo contexto sin ser un elemento perturbado o perturbador dentro del mismo (Ginberg 1984).

En términos generales podríamos clasificar a los individuos, en cuanto a su tendencia migratoria se refiere, en dos grandes categorías: aquellos que necesitan estar siempre en contacto con gentes y lugares conocidos, y los que disfrutan cuando tienen la posibilidad de ir a lugares desconocidos e iniciar relaciones nuevas.

En este sentido, Balint acuñó dos términos, el de “ocnofilia” y “filibatismo” para referirse a dos tipos opuestos de actitudes: una con tendencia a aferrarse a lo seguro y estable, y

otra orientada hacia la búsqueda de experiencias nuevas y excitantes, actitudes aplicables también a situaciones y lugares (Balint 1982)

De esta manera, los individuos pertenecientes al primer grupo son los más arraigados en sus sitios de origen y si deben emigrar tienen mayor dificultad en adaptarse al nuevo país y sus costumbres, incluyendo el matrimonio.

En cambio los del segundo grupo son más proclives a emigrar, a enfrentar riesgos, buscar nuevas relaciones fuera del país donde nacieron y constituir matrimonios transculturales.

IDENTIDAD Y EMIGRACIÓN

Uno de los riesgos que debe afrontar en mayor o menor medida el emigrante, es la soledad. La capacidad de estar solo es uno de los rasgos más importantes de madurez en el desarrollo individual (Winnicott 1981) Para poder estar solo dice este autor, es importante haber aprendido a estar solo en la infancia en compañía de una madre capaz de brindar seguridad, empatía y afecto, es decir una madre “suficientemente buena”.

Para que esta capacidad se mantenga durante el curso de la evolución hasta la vida adulta, es necesaria la existencia de objetos buenos instalados en la realidad psíquica del individuo. La relación del individuo con esos objetos internos, junto con la confianza que ellos le proporcionan y la integración alcanzada, constituirán la base primordial para que pueda tolerar las separaciones y la ausencia de estímulos y objetos externos conocidos.

En la experiencia migratoria, el individuo si ha adquirido esta capacidad, se encuentra en mejores condiciones para enfrentarse con la pérdida de los objetos familiares como con la inevitable exclusión que sufrirá durante los primeros tiempos de su instalación en el nuevo ambiente.

La migración es un cambio, sí, pero de tal magnitud que no solo pone en evidencia, sino también en riesgo, la identidad.

Se puede definir la identidad, como una estructura psíquica de carácter intrasubjetivo, pero también ínter subjetivo, la cual nos permite reconocernos a nosotros mismos y en relación con los demás.

El término fue introducido en la literatura psicoanalítica por Tausk desde 1919 y elaborado una y otra vez a partir de entonces, incluyendo a Freud quien lo empleó pocas veces en sus escritos, pero es al analizar el fenómeno de la emigración que se ha vuelto de nuevo de indudable actualidad.

La identidad surge en el ínter juego más temprano del temperamento del niño con las actitudes de la madre, desarrolla estructura a través de primitivas introyecciones, se define a través de identificaciones selectivas posteriores y adquiere filiación y continuidad generacional a través del paso del complejo edípico y llega a su forma más o menos final a través de la síntesis de identificaciones contradictorias durante la adolescencia, aunque es sujeta a posteriores modificaciones y refinamientos a través de la juventud, edad media y senectud.

Una identidad cohesiva se encuentra conformada por: una imagen realista del cuerpo, la experiencia subjetiva de reconocimiento de sí mismo y no de enajenación. (Winnicott (1981) acuñó el término de falso Self en contraposición al Self verdadero, para referirse a la absorción total de la identidad del individuo por las actitudes y maneras sociales). Individuos que han adquirido una identidad saludable demuestran actitudes y conductas

consistentes. Revelan también la capacidad de mantener continuidad temporal en medio de cambios y el paso del tiempo. Son personas auténticas, definiendo la autenticidad como esa posibilidad de conformarse de acuerdo a la realidad y no a la falsedad o imaginería, ser verdadero para uno mismo y los demás con capacidad para la originalidad. Sujetos así poseen claridad subjetiva respecto al género en sus diferentes áreas: identidad genetal, rol genérico u orientación sexual; tal identidad genérica sólida emerge del juego mutuo entre lo constitucional y factores culturales. En una identidad integrada existe consciencia de etnicidad, lo cual se refiere a la cultura determinada de un pueblo e incluye: valores, prácticas de crianza de los hijos, modos de expresión y patrones de conducta interpersonal internalizados y consistentes a lo largo del tiempo e invulnerables a la manipulación por demagogos o sectas esotéricas (Aktar 2003)

Perturbaciones de la identidad sugieren psicopatología, asociándose condiciones más severas entre mayor sean las perturbaciones de la identidad, tales como trastornos de la personalidad, personalidad múltiple o psicosis.

La valoración de los diferentes aspectos constitutivos de la identidad cobra importancia especial cuando nos encontramos ante una persona que ha emigrado, quien lucha inevitablemente con diversas amenazas a su identidad y si ha constituido una pareja intercultural, el desconocimiento de esta área por el clínico, limitará sus intervenciones terapéuticas individuales o en relación a la pareja.

IDIOMA EMIGRACIÓN Y PAREJA

Cuando intervenimos ante una pareja transcultural además debemos tomar en cuenta otros aspectos comunes generadores de conflictos frecuentes:

En primer lugar: el idioma, generalmente ante una emigración voluntaria a otro país con una lengua distinta, la persona que ha emigrado ha aprendido o está en vías de aprender el idioma del nuevo país donde piensa residir ya sea temporal o definitivamente, pues ya había contemplado con cierta antelación la posibilidad de emigrar, sobre todo si ha establecido previamente una relación de pareja o si ésta se encuentra en vías de constituirse o consolidarse. Aunque el amor encuentra siempre vías menos racionales para expresarse, la diferencia de idioma origina toda una serie de malentendidos y conflictos en la comunicación sobre todo si es necesario abordar el aspecto abstracto de una interacción, esto durante la “luna de miel” puede introducir un elemento chusco o humorístico del malentendido, pero generar una fricción seria si existen otros conflictos o ha disminuido la idealización.

El lenguaje crea la imagen que nos hacemos de la realidad, a la vez que nos impone esa imagen. Se trata de un producto social, en vinculación genética y funcional con el conjunto de las actividades prácticas del hombre en la sociedad; es para él uno de los elementos más tradicionales de la cultura, el más resistente a las mutaciones. Lo cual explicaría las enormes dificultades del emigrante para mutar su idioma, producto de la cultura que ha “mamado” y que le ha servido desde pequeño para crear y asimilar la imagen del mundo circundante. Pero ahora deberá aprender un lenguaje nuevo para comunicarse apropiadamente en una realidad distinta y son seres distintos de esa realidad.

Para Lacan (1953) el lenguaje preexiste a la aparición del sujeto y también lo engendra. Sostiene que el medio propiamente humano no es biológico ni social: es lingüístico y se inscribe en el inconsciente. Suministra un punto de apoyo fundamental para la construcción de la identidad.

Si el inmigrante constituye una pareja, en el nuevo país, ésta constituirá un puente importante que ayude al primero a superar las dificultades de la asimilación del nuevo idioma y del nuevo ambiente en general capaz de revivir las ansiedades más tempranas de tipo depresivo o persecutorio, a la manera de una “madre empática que ayuda al niño a dar los primeros pasos o estimular su balbuceo. Frente al idioma nuevo, no comprendido, el inmigrante puede llegar a sentir el mismo tipo de exclusión que siente el niño ante el idioma no comprendido utilizado por sus padres y vivido como lenguaje secreto llenándose luego de celos, odio y desesperación dada la situación regresiva en la que se ve envuelto el inmigrante, quien puede vivirse como un infante sin cabida en el mundo de los adultos.

Cecile de origen Francés encontró en un amante la posibilidad de ser escuchada y auxiliada con el idioma español ante la incapacidad de Ernesto el marido de atender sus necesidades afectivas, por su falta de empatía, distancia, inmersión en el trabajo y con quien se comunicaba solo en Inglés, la lengua que ambos podían hablar mejor, y a través de la cual habían establecido su relación amorosa.

La sensibilidad del recién llegado, como del recién nacido, es grande. La necesidad de sentirse bien acogido es tal que cualquier persona que le demuestre algún interés, o manifieste cordialidad, empatía, o cualquier gestión que se resuelva favorablemente, le hace sentirse querido, así como cualquier contrariedad puede hacerle sentir rechazado por el nuevo hogar.

TRABAJO

Otro de los problemas con que se encuentra el inmigrante es la dificultad de encontrar “su lugar”, “su sitio” dentro de la nueva comunidad, recuperando la posición social y el status profesional de su país nativo. En este sentido el trabajo puede ayudarle a compensar el sentirse un desconocido y en el caso de formar una pareja en el nuevo país, resulta indispensable, sobre todo si se trata de un hombre para quien la dependencia económica del cónyuge puede hacerle revivir ansiedades infantiles de castración y en la pareja generar sentimientos de rabia por la carga real representado por el otro, pero también por las frustradas fantasías de no haber encontrado el príncipe ideal de los cuentos de hadas en ese otro.

Esperanza Mexicana y Fernando Español se conocieron a través del “Chat” en Internet, formaron una pareja y decidieron tener un hijo a los pocos meses de conocerse. Fernando emigró desde España su país de origen para reunirse con su nueva familia, pero sin un trabajo estable. A Esperanza una profesionista a punto de concluir sus estudios de postgrado le resultó difícil sostener económicamente a los tres miembros de la familia e intolerable la dependencia de Fernando, quien revivía en ella la antigua dependencia de su propia madre depresiva, pues realmente Fernando sufrió ante la emigración un profundo cuadro depresivo, situación toda que al final produjo la ruptura de la pareja.

LOS HIJOS

La presencia de los niños para la pareja transcultural es generalmente complicada y emocionalmente volátil. La pareja se encuentra ante el dilema de sintetizar dos mundos diversos en uno solo en el cual pueda crecer el hijo.

Los hijos simbolizan la continuidad de los valores y tradiciones familiares. Ellos concretizan las diferencias de los antecedentes de la pareja en forma dramática y para el inmigrante, la irrupción inevitable del nuevo mundo al cual se ha llegado.

Si bien al inicio de una relación pueden planearse arreglos o promesas en relación con el crecimiento y la educación de los hijos, cuando el hijo nace parecen imposibles de llevarse a cabo, por ejemplo si deben vivir o crecer en la religión o el país de uno u otro. En los padres puede producirse el temor frecuente de distanciarse del hijo si es educado en una cultura o religión diferente de la cultura de origen del propio padre, así como sobre él pueden proyectarse los aspectos desagradables rechazados o persecutorios del país al cual dicho padre ha emigrado.

Marlene de origen alemán y casada en México, empezó a maltratar al hijo nacido de la unión con Jorge, al ver en ese niño el representante de los problemas con el marido Mexicano y su familia, pero también como consecuencia de su rabia surgida de el sinnúmero de frustraciones experimentadas al emigrar a nuestro país y el duelo por un país al cual no podía ya regresar dados los cambios sociales de la región de donde procedía. Por otra parte, el hijo la obligó a dejar su trabajo y colocarse en una situación de dependencia del marido.

Para un hijo su desarrollo será más favorable si el padre o los padres que han emigrado han resuelto en forma satisfactoria el duelo de la separación de su país de origen. Cuando esto no ha sucedido, la identidad del niño puede verse seriamente afectada y los trastornos de su personalidad representar los propios trastornos de los padres.

Los niños, necesitan una socialización consistente en la cual la cultura sea incorporada en la construcción del Self, para lo cual los padres necesitan resolver un sinnúmero de cuestiones relacionadas con su crianza, muchas de ellas giran alrededor de la disciplina o la participación de la familia extensa durante el crecimiento del hijo.

En una sociedad donde la independencia del individuo es central, es factible encontrar mayor estímulo a la auto-expresión como estilo educativo. En una sociedad donde la familia adquiere preeminencia sobre el individuo, un padre puede promover mayores valores comunitarios.

Algunas de las reyertas, de Marlene y Jorge se suscitaron por los intentos de la madre de Jorge de tomar decisiones respecto a la educación del hijo de la pareja demandando además mayor presencia del niño en la casa de los abuelos.

GENERO

Expectativas acerca de los roles genéricos es con frecuencia un asunto de potencial explosivo en la pareja transcultural, enmascarado a veces por diferencias en la personalidad o problemas de comunicación.

Tales expectativas respecto a los roles del hombre o la mujer se encuentran profundamente enraizados en el centro de un cúmulo de valores fundamentales de la cultura en forma semejante a la religión o el idioma por su antigua instauración en la evolución de la cultura y no es de sorprender, la capacidad de generar conflictos cuando alguno de los miembros desafía dichas expectativas, conflictos en los cuales puede participar toda la comunidad, sobre todo en aquellas comunidades donde existe una organización paternalista o "machista". Tales conflictos son muy evidentes entre matrimonios mixtos en sociedades musulmanas o judías ortodoxas donde hombres y mujeres tienen sus roles perfectamente definidos. En

menor medida, todavía en la actualidad en México y otras sociedades latinas y grupos familiares muy tradicionales, también suelen darse estos conflictos.

Antonio e Ilse de origen Alemán se separaron cuando Antonio se consiguió una amante Mexicana, más tierna, sumisa y hacendosa la cual satisfacía más los ideales de feminidad de él y su familia extensa, que su emprendedora y auto afirmativa esposa.

RELIGIÓN

Con los matrimonios de religión distinta es todavía más difícil subsanar diferencias, pues es más difícil aceptar certezas religiosas como relativas.

Como las creencias religiosas son inculcadas en la infancia, puede experimentarse la fuerza de la tradición, pero ser difícil articularla y tan difícil como describirla cuando se adquirió por primera vez.

Esto explica porque la gente capaz de un pensamiento abstracto sofisticado, escuchas desprejuiciados y comprometidos en otras áreas de su vida revierten su discurso a un lenguaje simple, concreto e infantil cuando hablan de religión. Por eso para Freud entre más fuerte es la identificación o el sentimiento religioso, más difícil es de articularlo.

De esta manera, el sentimiento de pérdida puede ser muy grande cuando alguien en función de una unión con alguien de diferentes creencias religiosas, debe renunciar a su fe o modificarla al educar a los hijos, a tal grado como para conmovir los cimientos de su identidad y ocultar su verdadero sentir y resentimiento ante el cónyuge como debían hacerlo los antiguos conversos frente a la inquisición.

Aunque en este trabajo hemos hecho énfasis en algunos de los conflictos capaces de afectar una relación de pareja intercultural, el terapeuta que la atiende, no debe dejar de lado tantos otros problemas que pueden subyacer a los conflictos de la pareja, y poner todo el énfasis de su intervención en las diferencias culturales y de emigración, descuidando otros elementos disruptivos originados en las diferencias de personalidad, poder, comunicación o psicopatología capaces de afectar a cualquier pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktar, S. (2003) *Immigration and Identity*. New Jersey, Edit. Jason Aronson.
- Andolfi, M. (1999) *Psicoterapia con la Familia*. Edit. Cortina, Milano
- Balint, M. (1982) *La falta básica*. Edit. Paidós. Buenos Aires, Barcelona.
- Freud, S. (1926) *Discurso a los miembros de la sociedad B, NAI B, RITH*. Obras completas. Edit. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Gorjón, S. (2004) *La crisis de la pareja y las vicisitudes de la globalización*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Terapia Familiar. CRISOL, México.
- Grinberg, L. (1980) *Identidad y cambio*. Edit. Paidós, Buenos Aires.
- Grinberg, L. (1984) *Psicoanálisis de la emigración y de el exilio*. Alianza Editorial, Madrid.
- Papp, P. (2000) *Couples on the Fault Line*. The Guilford Press, New Cork, London.
- Winnicott, D.W. *El proceso de Maduración en el niño*. Edit. Laia, Barcelona.



Atención en salud mental a la población de inmigrantes incorporados a la clase social media en Madrid en el año 2007

EUTIQUIANA TOLEDO RUIZ, SUSANA BARRADAS, NURIA MORENO ALONSO

INTRODUCCIÓN

España ha experimentado en los últimos 7 años un cambio fundamental en el comportamiento de su población: de ser un país tradicionalmente de emigrantes ha pasado a ser uno de los de mayor inmigración en la Unión Europea. En comparación con otros países del mundo, la experiencia española es sólo equiparable a la de EEUU en velocidad y crecimiento. La estadística actualizada producida por el INE sitúa en 45.200.737 la población total de España y en 4.519.554 el número de inmigrantes.

El número de extranjeros afincados en España alcanza ya el 10% de la población total del país. Por nacionalidades, Marruecos sigue siendo el país del que proceden más personas (582.923 -un 12% del total de extranjeros-), pero destaca el hecho de que la población rumana (527.019 -11,6%-) es la que experimenta un mayor crecimiento, y se confirma en el hecho de que a partir de junio de 2007 desplazó de la segunda posición a la comunidad ecuatoriana (427.099 -9,4%-).

En la Comunidad de Madrid se asientan 1.036.554 extranjeros que representan el 16,32% del total de la población madrileña, que es 6.349.540. Las características de dicha población son heterogéneas, debido a la diversidad de procedencias, aunque el 50% proviene de Latinoamérica, no hay diferencia en la proporción de mujeres y hombres (45,59% contra el 50,41%). El 83,48% de los inmigrantes está en edad de producir (16 a 64 años), sólo el 14,49% son menores de 16 años. El modelo de inmigración predominante es económico, por lo que son jóvenes con deseos de estabilizarse en el país de acogida, una alta concentración en Madrid Capital pero con alta tasa de variabilidad dependiendo del empleo. Entre los grupos representados en Madrid, se encuentra en primer lugar Rumania, luego Ecuador, Marruecos, Colombia, Bolivia, Perú, China, República Dominicana, Bulgaria y Polonia en orden de importancia. La importancia del colectivo rumano en Madrid se explica por la incorporación de este país a la Comunidad Europea, con lo cual ya no se requiere de visado, además de la relativa facilidad de desplazamiento por vía terrestre (1).

Respecto a la incorporación de los colectivos antes mencionados al sistema de salud, en España todo inmigrante puede acceder a todos los servicios de sanidad pública de forma gratuita. Desde el año 2000

Psiquiatra y Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid,

y con el único requisito del empadronamiento, cualquier inmigrante en situación regular o irregular puede tener acceso a la tarjeta sanitaria y a la atención médica pero, paradójicamente, se registra un alto porcentaje de inmigrantes que prefieren recurrir directamente a un especialista cuando así lo requieren. Esta población es el objeto del presente trabajo.

POBLACIÓN Y MUESTRA OBJETIVO DE NUESTRO ESTUDIO

La población con la que trabajamos fueron 2000 usuarios de consulta privada externa de psiquiatría que asistieron en el año 2007, y de esta población extrajimos la muestra de nuestro trabajo (n=113 (5.65%)) estando esta definida por dos grupos:

El de adultos denominados de clase social media, formado por profesionales liberales o profesionales universitarios al servicio de la Institución, industriales o sus esposas y altos funcionarios.

El segundo grupo se trata de 10 niños adoptados por familias españolas de clase social media.

CORRELACIÓN ENTRE LOS PAÍSES DE INMIGRANTES Y LOS SÍNDROMES CLÍNICOS

La distribución de los Síndromes Clínicos, que se hizo según criterios CIE-10 de la O.M.S. (2), por países corresponde a:

África Se atendieron a 14 pacientes.

Egipto 2 pacientes: - Depresión: 1 - Psicosis tóxica: 1

Marruecos 6 pacientes: - Psicosis tóxica: 2 - Depresión: 2 Reacción adaptación: 2

Guinea 4 pacientes: - Reacción paranoide: 1 - Depresión: 1 - Demencia: 1 - Trastorno de personalidad histriónico: 1 - T.O.C.: 1

Mali 2 pacientes: - Duelo: 1 - Depresión: 1

El grupo africano tiene procedencia social alta, estando en España un promedio de 4 años en puestos consolidados socialmente o altos funcionarios. El origen de la inmigración es la representación social.

Europa del Este Se atendieron a 17 pacientes.

Rusia 6 pacientes: - Alcoholismo: 2 (varones) - Toxicomanía.: 1 (hembra) - Trastorno personalidad paranoide: 1 (hembra) - Depresión: 1 (hembra)

Polonia 4 pacientes: - Trastorno anancástico: 1 (hembra) - Depresión: 2 (hembras) - Esquizofrenia paranoide: 1

Rumania 4 pacientes: - Depresión: 1 - Reacción adaptación: 1 - Duelo: 2

Alemania 3 pacientes: - Trastorno psicopático: 1 (hembra) - Alcoholismo: 1 (hembra) - T.O.C.: 1 (hembra)

Los inmigrantes de Europa del Este son universitarios en su origen que trabajan en empresas españolas a nivel de mandos intermedios. El promedio de estancia es de 5 años. La inmigración tiene su origen en necesidades económicas.

Europa Oeste Se atendieron a 7 pacientes.

Inglaterra 2 pacientes: -Ciclotimia: 1 (varón) -Alcoholismo: 1 (hembra)

Italia 3 pacientes: -Depresión: 2 (hembras) -T.O.C.: 1 (varón)

Francia 2 pacientes: -Intento autolítico con ingreso: 1 (hembra) -Trastorno dependiente de la personalidad: 1 (hembra)

Los europeos del Oeste se trata de bien jubilados que viven en España o bien jóvenes que terminan sus estudios. El promedio de permanencia de los jóvenes es de 3 años y la causa de emigración es el progreso profesional por mejorar el idioma.

Asia Se atendieron a 12 pacientes.

Japón 5 pacientes: -Brote psicótico con ingreso: 1 -Depresiones: 3 -Trastorno P. Borderline con inestabilidad: 1

China 3 pacientes: -Síntomas depresivos: 3 (varones)

Arabia (Asia Menor) 4 pacientes: -T.E.P.T.: 1 (varón) -Brote psicótico: 1 (hembra) -Crisis de pánico: 1 (hembra) -Depresión: 1 (hembra)

La inmigración asiática procede en su mayoría de esposas de empresarios españoles cuyo promedio de estancia en España es de 5 años. La razón de la inmigración es el vínculo amoroso.

Los árabes (Asia Menor) tienen una permanencia media de 4 años y emigran a causa de la Representación de alto funcionariado.

Iberoamérica Se atendieron a 63 pacientes.

Argentina 25 pacientes: -Duelos: 5 -Divorcio: 4 (3 hembras y 1 varón) -Muerte: 1 (Hembra) -Síntomas Ansioso Depresivos: 10 -Trastorno Narcisista de Personalidad: 2 -Reacción de adaptación: 1 -T.E.P.T.: 2 -Depresión mayor con síntomas psicóticos: 1 -Reacción de adaptación: 5

Colombia 11 pacientes: -Reacción de adaptación al divorcio: 5 -Duelo por muerte: 2 -T.P. Borderline con predominio del control de impulsos: 3 -Reacción de adaptación: 2 -Demencia: 1

Chile 3 pacientes: -Brote psicótico: 1 -Reacción de adaptación: 2 -Demencia: 1

Haití 1 paciente: -Síntomas ansioso depresivos 2 ríto a estrés: 1

Perú 6 pacientes: -Reacción Depresiva: 2 -Divorcio -Duelo -Reacción de adaptación: 2 (niños) -Depresión con síntomas psicóticos: 1 -Trastorno paranoide de la personalidad: 1

Mejico 7 pacientes: -T.O.C.: 2 -Brote psicótico: 1 -Trastorno bipolar II: 1 -Síntoma ansioso 2 ríto a Estrés: 2 -Reacción depresiva 2 ríto a divorcio: 1

Venezuela 9 pacientes: -Trastorno Borderline P.I.: 1 + Reacción adaptación -Trastorno de personalidad Histriónico P.: 1 + R. adaptación -Síntomas ansioso depresivos: 5 -Depresión mayor: 1 -Demencia: 1

Ecuador 1 paciente: -T.O.C.: 1

En el grupo Iberoamericano, los de mayor tiempo de migración les corresponde a los Argentinos, estando un grupo de ellos asentado en España tras la 1ª inmigración en los

años 70. Las razones de la inmigración eran ideológicas. Otro grupo procedía de los años 90 y las razones eran económicas. Así mismo un pequeño grupo de inmigración reciente. La causa de su inmigración también es económica.

Las razones para la inmigración de los colombianos son económicas y de estabilidad social, todos profesionales universitarios que ejercían en España su profesión en el ámbito laboral. La mayor parte de la población era femenina. Los casos masculinos pertenecían al ejército y se trataba de T. P. Borderline.

El grupo de Perú se corresponde con empresarios que llevan un promedio de residencia en España de 5 años y 2 niños adoptados.

El grupo de México corresponde a hijos o nietos de españoles nacidos en México que han regresado por vínculos matrimoniales. También incluía este grupo 2 profesionales de Master de Dirección y Gestión.

En la población de procedencia venezolana, la causa de la inmigración es económica y se trata de jóvenes incorporados a las fuerzas armadas.

En Ecuador la inmigración es muy frecuente, pero en este estudio sólo aparece 1 paciente con T.O.C. La procedencia social en el país de origen como el trabajo que ejercía era de alto nivel. Llevaba 7 años en España.

La muestra de los 10 niños adoptados de entre 6 y 14 años se divide en:

Perú 2 niños: -Trastorno desarrollo: 1 -Fracaso escolar: 1

Bolivia 1 niño: -Trastorno de conducta: 1

Rusia 4 niños: -Trastorno desarrollo: 1 -Fracaso escolar: 2 -Alteración comportamiento: 1

China 3 niños: -Depresión: 1 -Fracaso escolar: 1 -Alteración del comportamiento: 1

Las razones de la inmigración eran haber sido adoptados por familias de clase social media española.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

La realizamos teniendo en cuenta 2 variables distintas: Migración y salud mental y Nivel socio-económico, género y salud mental.

Migración y salud mental

El efecto de las migraciones sobre la salud mental ha sido ampliamente reseñado por los servicios de salud de la Comunidad de Madrid. Trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión y somatización son los diagnósticos más frecuentes. La patología psicósomática parece tener un gran peso específico. Sus manifestaciones pueden ser en forma de dolores osteomusculares repetidos y sin respuesta al tratamiento, dolores abdominales de etiología no filiada, impotencia y signos y síntomas mal definidos (3), (4).

Nuestros resultados concuerdan con el diagnóstico más frecuente de ansiedad y depresión (18 casos), pero no encontramos ningún caso de somatización. Quizás se deba al alto grado intelectual de la muestra o a que recurrieron a nivel de medicina general y fueron tratados en estos servicios.

Compartimos con Beirutí (2006) (5) que las enfermedades mentales más frecuentes son las reacciones adaptativas y que son muy similares a los de la población receptora, pero aún están matizadas por el estrés migratorio y los factores culturales, concepción de salud y

enfermedad y la expresión del padecimiento físico y mental. Las más frecuentes suelen ser las pertenecientes al síndrome ansioso-depresivo y el trastorno por el estrés crónico y las menos frecuentes son los trastornos relacionados con la esfera afectiva (depresión tardía o melancolía -en nuestra población sólo existía 1 paciente con cuadro bipolar-).

Los delirios pueden aparecer como consecuencia de la simultaneidad de cambios en la esfera de los valores, la crisis de identidad, pérdida de la red social de apoyo, entre otros. Aunque existen discrepancias en los estudios en cuanto a la aparición y desarrollo de trastornos psicóticos en los inmigrantes, sí debe señalarse que se diagnostica más entre los inmigrantes que en la población no inmigrante (en nuestro caso existían 5 personas delirando, de ellas 3 requirieron ingreso siendo éste involuntario).

Las drogodependencias, conducta delictiva y prostitución descritas por otros autores como muy frecuentes, si tenemos en cuenta que son la consecuencia de la exclusión social y la vida marginal, no debe de extrañarnos que dadas las características de nuestra muestra sólo encontramos 4 pacientes drogodependientes (3 con psicosis tóxica y 1 con toxicomanía). Pero aún así, nosotros consideramos que este dato no es fidedigno, ya que la población española tiene un consumo mayor de tóxicos, pero el tipo de muestra con el que estamos trabajando, pensamos que silenciaron datos. Nadie contestó positivamente para prostitución ni problemas delictivos.

El alcoholismo se centraba en inmigrantes Europeos del Este y del Oeste. Se trataba de 4 casos, 2 hombres y 2 mujeres. La prevalencia del 4% encontrada en nuestro estudio es inferior a los resultados descritos internacionalmente por Kessler y cols. en 1994 (6) que se corresponde con el 14.1% en hombres y el 5.3% en mujeres. En nuestro trabajo, los casos descritos se trataban de alcohólicos crónicos y no de consumidores habituales de fin de semana. El sesgo de nuestro estudio posiblemente podemos argumentarlo porque se silenciaron datos al tratarse en gran parte de una población joven con consumos esporádicos de alcohol los fines de semana y que además se ubicaban profesionalmente en las fuerzas armadas.

Entre los trastornos de la personalidad distintos autores opinan que predominan las conductas defensivo-agresivas y el trastorno paranoide. En nuestra muestra los trastornos de personalidad estaban centrados principalmente en la población venezolana y en la colombiana, ubicándose estos en los profesionales de las fuerzas armadas, y se correlacionaban con reacciones de adaptación y duelos patológicos.

Beirutí en 2006 habla de los síndromes vinculados a la cultura (Koro, Latah, posesión, derrame de bilis, mal de ojo...) Nosotros hemos tenido en cuenta la clasificación de APAL del 2004 en su capítulo de S. Culturales Iberoamericanos (7), refiriéndose a aquellos trastornos en los que se manifiesta claramente las creencias mágicas, religiosas, éticas, símbolos y prácticas culturales de las sociedades de origen (queremos reseñar que no hemos encontrado ningún caso).

Aunque los factores culturales afectan a todos los trastornos mentales, hay algunos menos influenciados que otros (8). La esquizofrenia es fácil de detectar en cualquier cultura mientras que el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos alimenticios son más difíciles de identificar. Nosotros diferimos en esta opinión, puesto que en las culturas orientales y africanas fue difícil diagnosticar psicosis, mientras que con T.O.C. fue fácil, en nuestro estudio encontramos 6 pacientes. Los trastornos alimenticios no se detectaron en nuestra muestra, pero estuvimos muy alerta por si estaban enmascarados por el alto nivel de ejercicio físico que efectuaban las pacientes, sobre todo del área Iberoamericana, bajo la

excusa de mantener el estándar Europeo de belleza y estética que las hacían, junto a su cultura, socialmente muy exitosas.

En cuanto a las demencias, en nuestro trabajo encontramos 4 pacientes, que se corresponden con el 1%, prevalencia inferior a la encontrada en la población española (8.1% en varones y 14.2% en mujeres). Esto no es de extrañar dado que la edad media de nuestra muestra no correspondía con las edades en las que aparece esta patología.

Queremos hacer especial referencia a las reacciones de adaptación al divorcio (6 casos), pues se trataban de cuadros muy intensos de descompensación de la personalidad de base y síndromes depresivos.

En los niños y adolescentes, destacan las alteraciones del comportamiento, las depresiones, retraso en el desarrollo general y el fracaso escolar, probablemente relacionados con la falta de estimulación tanto en la escuela como en el entorno familiar y social. En nuestro trabajo, en el que sólo se atendieron 10 niños adoptados, las patologías encontradas han sido las mismas que en la población de niños adoptados españoles por padres españoles, y se trataba de niños muy bien estimulados e insertados en colegios privados.

Género, nivel socioeconómico y salud mental

Teniendo en cuenta los sistemas de regulación de la inmigración de los países receptores de inmigrantes, la configuración de los mercados de trabajo y la actitud general de la población hacia la inmigración, encontramos que la consecuencia más probable que se deriva de ellos es que los inmigrantes queden relegados, o limitados, en sus posibilidades de integración a las de sectores de población más desfavorecidos social y económicamente, siendo las mujeres el 81% de la población más desfavorecida. Con el paso del tiempo y grandes esfuerzos por parte de la persona inmigrante (incorporación a estudios de segundo y tercer nivel de la segunda generación), solo algunos de ellos conseguirán alcanzar una movilidad social ascendente. En nuestro caso encontramos un 80% de inmigrantes universitarios, siendo la mitad de esta población mujeres.

Leal en el 2007, en su Tesis Doctoral, concuerda con Feldman (1999) (9) que la situación de las trabajadoras inmigrantes del ámbito doméstico en todos los países, se caracteriza generalmente por muchas horas de trabajo, bajos salarios y limitados beneficios. Además, las trabajadoras del servicio doméstico podrían encontrarse física y emocionalmente aisladas, y siendo objeto de abusos. Muchas de estas mujeres han dejado en sus países de origen familia e hijos, quienes dependen económicamente de sus ingresos. En nuestra muestra no hemos encontrado estas mujeres, por el contrario, todas eran universitarias (dentistas, médicos, arquitectos, esposas de empresarios), unas solteras y otras que han logrado rehacer su vida afectiva y laboral en España e incorporar a los hijos habidos en el primer matrimonio en su entorno actual español.

La precariedad laboral tiene consecuencias negativas para la salud mental. En una revisión efectuada por Porthé, Amable y Benach (2007) (10), se evidencia que los inmigrantes tienen mayor predisposición a padecer trastornos de ansiedad o mostrar un alto nivel de pesimismo sobre el futuro si son trabajadores temporales o informales dado que tienen un estatus inferior que los formales, una menor seguridad en el empleo y menos control sobre su salario y condiciones de trabajo. En nuestra muestra si encontramos profundas quejas en el sector masculino de desarrollar su nivel profesional en estatus inferior al del país de origen así como de las jornadas laborales tan largas, y mostraron reacciones de adaptación

y depresión crónica. Dicha situación es igual para los profesionales españoles debido al alto nivel de cualificación laboral y crisis socio-laboral de la población española actual.

Respecto a esta variable de nivel socioeconómico, algunos estudios han señalado que un cambio a niveles inferiores tiene efecto negativo sobre la población autóctona pero aún mayor sobre la población inmigrante. El nivel socioeconómico tiene un mayor efecto sobre la salud mental de los inmigrantes si su percepción de la situación económica actual es considerada peor en comparación a la de cinco años atrás. La percepción que encontramos referente a una peor situación económica consistió en una disminución de su autoestima y, consiguientemente, aumentó el nivel de los síntomas depresivos, como resultado del costo psicológico derivado del estrés económico y movilidad descendente.

Especialmente ilustrativo nos parece el trabajo de Vargas M., Aguilar M. y cols. (2007) (11), en el cual se estudian 150 familias de Guadalajara (México) clasificadas en 3 niveles sociales (bajo, medio y alto). Los porcentajes de migración en familias de nivel bajo son mayores que en las de nivel medio y alto, sin embargo, en los tres niveles ocurre la migración: en los primeros por razones económicas y en los otros por situaciones específicas que habría que detectar en cada familia. El hallazgo contundente es que el efecto psicológico de la inmigración en la familia, medido por la presencia de depresión, ansiedad, baja socialización de los adolescentes y problema de conductas en niños, se presenta con mayor énfasis en las clases media y alta que en la baja, con lo cual los beneficios económicos compensan muy poco el esfuerzo de las familias de niveles medios y altos. La clase media es, al parecer, la que menos se beneficia de sus inmigrantes. Determinar la dinámica de estas familias y las razones por las que se presentó la migración puede esclarecer estas diferencias.

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO PRESCRITO

Cabe destacar que en nuestra muestra el tratamiento psicofarmacológico prescrito fue seguido por el 100% de la población. Si bien en el caso de la población árabe se requirió de una 2ª opinión clínica con psiquiatras de sus países de origen.

Los ingresos psiquiátricos que se hicieron fueron siempre involuntarios, requiriendo la intervención de la Justicia.

En cuanto a la aceptación de psicoterapia queremos reseñar que el modelo psicoterapéutico que se ofreció fue un modelo cultural judeo cristiano, bien de psicoterapia individual, de pareja o grupal (12), (13), (14), en el que se tenía en cuenta la entidad y la lengua materna del psicoterapeuta y la comunicación no verbal (15), (16), (17), (18).

Los resultados encontrados en nuestro trabajo se corresponden con:

El 100% de la población Árabe y Asiática rechazó la psicoterapia.

Asistencia a 3 ó 4 sesiones de contacto por parte de la comunidad Iberoamericana y abandonos del tratamiento, a excepción de los duelos.

Los Europeos del Este, de 17 inmigrantes que se prescribió, 7 aceptaron psicoterapia y recibieron 10 sesiones.

100% de los Argentinos van al tratamiento y terminaron las 40 sesiones prescritas (generalmente se prescriben 20 sesiones/año).

100% de los Europeos del Oeste aceptaron y siguieron el tratamiento psicoterapéutico, de 20 sesiones.

Tuvimos problemas con la psicoterapia de los divorcios, pues se trataban de ajustes económicos muy duros, ya que la economía era la razón de su vínculo para aceptar la migración en común.

Para los niños inmigrantes el estatus social es un factor de riesgo. En los Estados Unidos, se han encontrado que la persistencia de desventajas sociales está estructurada a través de las líneas raciales, donde los niños afroamericanos y los que se identifican con identidades contraculturales, presentan un mayor número de problemas. Los niños asiáticos presentan menos problemas y pertenecen a clases sociales más altas (Kao y Tienda, 1995; Rumbaut, 1995). Los niños de nuestro estudio fueron 10 adoptados y todos recibían tratamiento psicoterapéutico privado con un nº ilimitado de sesiones. Se pone especial interés en mantenerles su identidad cultural.

CONCLUSIONES

El tamaño de nuestra muestra es pequeño, ya que sólo de 1.036.554 inmigrantes que se asientan en la ciudad de Madrid vimos 113, que se corresponde con el 5.65% del total de población atendida en salud mental en nuestro centro privado en el 2007, que fue de 2000 personas.

Se trata de inmigrantes incorporados a la clase social media.

Las patologías encontradas diferían claramente en lo referente a S. psicósomáticos en comparación con poblaciones de bajo estatus, no así con los datos procedentes de la bibliografía de distintos autores en otras patologías.

Si encontramos clara relación con S. depresivos en pacientes masculinos que trabajaban en trabajos menos cualificados que su formación en el país de origen (fenómeno muy actual hoy en España).

Encontramos un aumento de S. ansioso en mujeres que trabajando en su estatus entraban en conflicto con otros roles (igual que ocurre con la mujer española de clase social media).

Una gran parte de la inmigración se centraba en las fuerzas armadas y en estos pacientes si repercutía la situación económica sobre su familia de origen y eran más frecuentes las reacciones de adaptación, la drogadicción y los trastornos de personalidad.

El divorcio, en su negociación tenía clara vertiente económica.

Los ingresos psiquiátricos fueron involuntarios.

No fue difícil diagnosticar T.O.C.

Pensamos que los T.C.A. quedaron camuflados bajo hábitos deportivos a fin de mantener el modelo actual estético europeo.

No encontramos patologías propias de las distintas culturas que atendimos (koro, antropofobia, susto, derrama de bilis, mal de ojo, S. de la nevada, brujería,...).

El tratamiento psicofarmacológico se siguió al 100%.

El tratamiento psicoterapéutico que se ofreció se basaba en un modelo judío-cristiano y fue seguido por los inmigrantes en cuyo origen existe cultura en dichas técnicas: Argentinos, Europeos Occidentales y el 50% de los Europeos Orientales. Fue rechazado por asiáticos y africanos.

Llama la atención la urgencia en la demanda de psicoterapia y la rapidez en el abandono psicoterapéutico en las mujeres iberoamericanas (2-4 sesiones/20).

Los niños adoptados del estudio tienen igual demanda psiquiátrica que los niños españoles de igual edad adoptados por familias españolas. El 100% sigue tratamiento psicoterapéutico privado sin limitar el nº de sesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. "Instituto Nacional de Estadística". Avance del Padrón Municipal. Disponible en "http://www.ine.es" www.ine.es
2. "CIE-10: Clasificación de Enfermedades Mentales". Editorial Masson 1992.
3. Rothe, Eugenio M. "La salud mental de los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos". Revista Latinoamericana de Psiquiatría, Vol. 6. Enero-Diciembre 2006.
4. Colectivo IOE en España, 2000. "Mujer, inmigración y trabajo" (ioe@colectivoioe.org)
5. Sabed-Ahmad Beirutí (2006). "Inmigración y salud mental". Córdoba: Cuadernos Técnicos. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.
6. Kessler R.C.; McGonagle D.A.; Zhao S.; Nelson C.B.; Hughes M.; Eshleman S. y cols. "Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey". Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.
7. "APAL: Guía Latinoamericana de Diagnóstico y Clasificación". Universidad de Guadalajara. 2004.
8. Zarza, María J., Sobrino Prados María I. "Estrés de adaptación socio-cultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en EE.UU. vs. España: Una revisión bibliográfica". Anales de Psicología, Vol. 23, nº 1, 2007. Págs. 72-84.
9. Leal Leal, Carlos M. (2007) "Estrés Psicosocial: Migración. Monografía inédita para el Doctorado en Psicología". UNED, España.
10. Porthé V., Amable, M. Benach, J. "La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber?". Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 2007, Vol. 10, nº 1. Págs. 34-39.
11. Vargas Mendoza, Jaime E.; Aguilar Morales, Jorge E.; García-Cortez, Hernán; Romero García, Erendira. "Inmigración, salud mental y disfunción familiar del inmigrante urbano oaxaqueño. El nivel económico como variable".
12. Jordan J.V. "Un modelo relacional-cultural: Curación a través de empatía mutua". Bulletin of the Menninger Clinic. 65(1) (págs. 92-103), 2001.
13. Kirmayer L.J. "Psicoterapia y el concepto cultural de la persona". Transcultural Psychiatry. 44(2) (págs. 232-257), 2007.
14. Erim Y., Senf W. "Psicoterapia para una minoría de pacientes. Cruces culturales en psicoterapia". 47(6) (págs. 336-346), 2002.
15. Michel L. "Identidad del psicoterapeuta a través de una lente intercultural: Comentarios y resultados de un taller experimental". Psychotherapies. 21(3) (págs. 133-139), 2001.
16. Orlinski D. "Psicoterapia desorden-específica, persona-específica y cultura-específica. Evidencia de la Psicoterapia de investigación y de la ciencia social". Psychotherapeut. 48(6) (págs. 403-409), 2003.
17. Rechtman R. "Cultura estándar, poder y subversión en psicoterapia intercultural". Transcultural Psychiatry. 43(2) (págs. 169-180), 2006.
18. Laungani P. "Asesoramiento y terapia en un sistema multicultural". Counselling Psychology Quarterly. 17(2) (págs 195-207), 2004.





El arquetipo de la gran madre o el retorno de Coatlicue

ALFREDO ALCÁNTAR C.

En la práctica clínica de la Psicoterapia Analítica advertimos en nuestro tiempo el incremento del número de pacientes que periódicamente desarrollan condiciones emocionales como el miedo (desde el terror al horror) expresado en el discurso verbal, en los sueños o en vivencias durante las andanzas por las calles de la ciudad. Se asocian estas emociones con dudas, desconfianza hacia las personas, rechazo a los extraños, repliegues a refugios solitarios o exclusivos y hostilidad hacia los otros en los medios de trabajo o sociales. Asocian estas alteraciones a la exacerbación de la violencia en la ciudad, en el país y en el mundo; a la decadencia moral y el desarrollo a gran escala del crimen, la destrucción del medio ambiente y otras formas de delincuencia como el fraude y la corrupción generalizada. El incremento del miedo se comprende por el aumento interno de la propia hostilidad y el odio hacia los demás que no es advertido clara mente sino en forma de desconfianza y temor a lo que pudieran hacerle al que relata sus emociones.

Ante el temor, la inseguridad, la violencia y el crecimiento interno de la hostilidad o agresividad propias el sujeto vive una condición ansiosa y regresiva en la que se ve impelido a invocar la protección de las figuras trascendentes de poder. El psiquismo en regresión invoca la protección materna de formas y estilos muy distintos. Y lo pide a configuraciones poderosas de diferente origen, cualidades y características de manifestación en lo comunitario y social. Las peticiones de ayuda y protección se despliegan en amplia variedad desde la magia ritual, los talismanes, medallas milagrosas, hasta las expresiones verbales como las jaculatorias, las promesas solemnes, o la erección de altares a figuras sacras que garantizan protección.

La invocación de la madre es un recurso infantil cuando se tiene miedo y se necesitan límites a la amenaza causal y al miedo mismo. Una defensa psíquica ante el peligro y el miedo es la introyección de objetos y figuras representativos de poder benévolo que amparen al yo amenazado por las fuerzas internas desintegrativas, a la propia violencia u odio incrementándose y proyectada al exterior volviendo más amenazantes y poderosos los enemigos de fuera, el entorno peligroso y prepotente. Estas consideraciones psicoanalíticas permiten explicarnos las reacciones de suspicacia y desconfianza ante el peligro y el temor del entorno sociohistórico según las líneas teóricas del psicoanálisis desde Freud a Klein.

Los fenómenos sociales que vivimos en la actualidad: la violencia en diferentes formas, matices e intensidades, el miedo, la desconfianza y el sentimiento de inseguridad, no han sido estudiados de manera sistemática y científica. Las declaraciones políticas difundidas profusamente en los medios de comunicación de masas no permiten comprender la raíz de los hechos y menos aún contemplar las posibles soluciones. Parcialmente se hacen comentarios de pensadores que enfatizan los aspectos axiológicos, culturales, religiosos y económicos sin comprender cabalmente los procesos.

Desde la perspectiva psicoanalítica proponemos el estudio profundo del sentido de las condiciones emocionales que inciden en la convivencia social, en la funcionalidad de la familia y en la calidad de los vínculos humanos. Es necesario asomarnos al fondo del problema desde el punto de mira del psicoanálisis y de la Psicología profunda. Para lograr este intento proponemos el acercamiento a los conceptos de C.G.Jung.

Se concibe al inconsciente colectivo como el depósito de las huellas mnésicas latentes, heredadas del pasado ancestral del ser humano. Es el residuo psíquico del desarrollo evolutivo humano a través de las generaciones. Es universal y es incluyente para todos los seres humanos. En el psiquismo individual es el sistema más influyente y poderoso que en ocasiones domina al yo y al inconsciente personal.

Para Jung la psique humana comprende dos regiones inconscientes, la personal y la colectiva. El inconsciente dispone de todos los contenidos subliminales, de cuanto ha sido olvidado o soslayado, así como de la sabiduría y la experiencia de las generaciones anteriores a través de los siglos. Estos elementos de saber, esta gran riqueza está depositada en los órganos arquetípicos del inconsciente colectivo.

Los arquetipos del inconsciente colectivo son los componentes estructurales del mismo. Pueden llamarse también imágenes primordiales, imagos, imágenes mitológicas o patrones de conducta elementales. El arquetipo es una forma de pensamiento universal con intensa carga emocional que suscita la creación de imágenes o visiones que se corresponden con la experiencia real consciente en el estado de vigilia normal. Un claro ejemplo sería el del arquetipo de la madre. El cual produce una imagen psíquica de una figura materna que enseguida se identifica con la madre real. El modelo arquetípico ancestral es adaptado a la imagen de la propia madre concreta.

El arquetipo de la madre induce, por decirlo de ese modo, la formación de la imagen materna que un lactante configura. El concepto preformado heredado se adapta a la propia madre biológica o quien desempeñe la función. La imagen heredada es genérica e influye para la percepción de la madre, modificada por la naturaleza de ésta y por la experiencia del niño como lactante vinculado a ella. La experiencia del lactante resulta de articular la predisposición interna a percibir la realidad de cierto modo con la naturaleza particular de esa realidad. El arquetipo moldea la percepción y condiciona así la experiencia del mundo.

Se considera que los arquetipos en el inconsciente colectivo actuando sobre el psiquismo individual y colectivo, funcionan como centros autónomos altamente cargados de energía que tienden a producir, en cada generación, la repetición y la elaboración de las mismas experiencias. Los arquetipos no están necesariamente aislados unos de otros sino que se penetran y fusionan.

El arquetipo de la madre se integra progresivamente en base a la experiencia de las actividades maternas, su naturaleza, lo que ellas hacen, lo que ha permanecido casi sin alteraciones a través de los milenios de existencia de la raza humana. La procreación en el vientre, la lactancia, el abrazo, la contención en el regazo, el consuelo, el alivio del miedo y

de la ansiedad con el contacto físico, la mirada, la sonrisa y la voz amorosa, son componentes básicos del comportamiento materno integrados en el arquetipo. Si se agregan otras experiencias como la ira, la prepotencia, el poder de dar, o quitar la vida, de suspenderla en su desarrollo inicial, la amenaza de ser abandonado y perecer de hambre o de frío, agregan otras características de poder terrible a la configuración arquetípica de la madre. El antiguo poder del matriarcado se esboza como una amenaza insuperable sobre la psique.

Otro arquetipo jungiano de interés para el presente trabajo es la "sombra". Está formado por los instintos animales heredados por el ser humano en el transcurso de su evolución desde las formas inferiores de vida. Es la tipificación del aspecto animal de la naturaleza humana. Da lugar a la aparición en la conciencia y en el comportamiento, de pensamientos, sentimientos y actos desagradables y socialmente reprobables que se intentan ocultar o enviar al inconsciente personal. Da lugar en la cultura occidental a la concepción del pecado original y la culpa de la bestialidad innata. Si la sombra se proyecta hacia el exterior, en la lucha por librarse de ella, se convierte en el diablo, la bruja, el nahual maligno, o la Santa Muerte.

Desde el punto de vista moral la sombra es el ser inferior que llevamos en el interior de nosotros mismos soterradamente. Aquella fuerza que quisiera hacer idealmente todo cuanto no nos permitimos y que es todo cuanto no somos. Se encuentra en lo profundo del inconsciente personal, a resguardo de la conciencia, ya que es la suma de todos aquellos deseos, emociones, impulsos incivilizados e incompatibles con los principios sociales de convivencia y nuestra personalidad ideal. Es todo lo que nos avergüenza, todo lo que no queremos saber de nosotros mismos.

En la historia de la civilización el hombre ha vivido una etapa arcaica de dominio matriarcal de las comunidades sociales. J. J. Bachofen, en el siglo XIX estudió en la cultura europea los residuos de la etapa matriarcal que sobreviven en restos arqueológicos de pintura y escultura. Pero también en comportamientos, mitos y rituales o creencias ancestrales. En Europa se dio un deslizamiento cultural desde un sustrato o fondo matriarcal autóctono de origen mediterráneo, hacia un estrato posterior organizado en forma patriarcal y originado en las influencias indoeuropeas y semíticas sobre los grupos de la cultura mediterránea original.

Con el dominio del poder matriarcal absoluto se generó la configuración arquetípica de la Gran madre que todo lo puede y todo lo posee: Ella da la vida y el amor. Hace crecer al hijo y al marido y le da fuerza propia. Pero también sucede que subyuga, somete y hace depender al hijo y al hombre para siempre de su sobreprotección poderosa. Estos aspectos arcaicos de la cultura europea se filtran en los significados míticos de las culturas antiguas: egipcias, semíticas, griegas y célticas principalmente.

En la cultura prehispánica de Mesoamérica, en especial la civilización tolteca y sus derivaciones como la mexicana, los mitos y las configuraciones llamadas deidades, destacan el poderío femenino sobre la vida de las comunidades primitivas y sobre el alma de los integrantes humanos de esas civilizaciones. Los mitos de otros grupos del norte y del centro del país contienen figuras arquetípicas de mujeres guerreras (Cihuacoátl), mujeres fundadoras ligadas a la fecundidad y a la permanencia de la vida (la abuela crecimiento de los wurrárica) por nombrar algunas.

Bachofen observó el deslizamiento desde el matriarcado primitivo hacia el patriarcado de los invasores semíticos e indoeuropeos. En Mesoamérica es posible advertir un deslizamiento semejante desde el matriarcado remoto en las culturas más antiguas que produjeron las

construcciones de nociones como la Madre de los Dioses, la bestia o monstruo de la tierra que habita una cavidad húmeda y es el origen de la vida y el paso hacia el inframundo. La madre de los dioses en el mundo náhuatl se llamó Coatlicue. Y el monstruo de la tierra en palabra náhuatl es Tlaltecuhltli. Los pobladores posteriores impusieron deidades o cultos a figuras con poder masculino: Huitzilopochtli, Quetzalcóatl, Tezcatlipoca, Mictlantecuhtli, Tlalocantecuhtli, derivados de Ometéotl concepción de la unicidad doble integrada.

Conocemos en México una escultura antigua de la cultura Mexica hallada en el ámbito sagrado del Templo Mayor en el atrio de la actual Catedral, que representa con gran fuerza simbólica y plástica los atributos arquetípicos de la Gran Madre. Según la descripción de Robelo quien a su vez cita a Chavero, la escultura: “representa a la diosa tierra: esa deidad es Cihuacoatl, la mujer culebra, progenitora del primer par de donde desciende la humanidad; es Coatlicue, la de la enagua de culebras; es Cihuateotl, el dios mujer. En efecto, representa el ídolo a una mujer, como se manifiesta por sus pechos, y así es el dios mujer Cihuateotl. La parte superior es la cara de una culebra, cuyo cuerpo se enreda en el de la mujer, terminando su cola en la parte inferior. La culebra enroscada en la mujer nos da el otro nombre de la diosa tierra, Cihuacoatl. La enagua está elegantemente adornada de borlas y plumas, y puede decirse que es un tejido de culebras, lo que nos expresa el otro nombre, Coatlicue, la de la falda de culebras. Las bolsas de copal que se ven en esta estatua significan el sacrificio y la adoración: se encuentran también en el dios Quetzalcoatl, pero nunca en los dioses que representan al sol. Parece que se ha querido expresar con esto que la tierra y la estrella de la tarde son los sacerdotes del astro padre, del creador Ometecutli. Las muchas manos que tiene la figura son símbolos del gran poder productor de la tierra, Chimalma. La tierra es, además, como Oxomoco, representación de la noche, y como Mictlancihuatl lo es de la muerte, es el seno amoroso de una madre en que van a dormir el sueño eterno sus criaturas; de aquí los adornos de calaveras que tiene la estatua. En la noche, el sol, al hundirse en la tierra, se convierte en Mictlantecutli, señor de los muertos; queda debajo de ella: esto se expresa en el relieve que está debajo de la diosa. Así, pues, Coatlicue es la tierra en la noche, cuando el sol está hundido, y aparece Quetzalcoatl en el horizonte ya como estrella de la tarde, ya como lucero de la mañana, lo que se manifiesta con las dos cabezas de culebra que se ven una a cada lado sobre un tecpatl, símbolo de aquel dios. De esta manera Coatlicue se confunde con Mictlancihuatl, diosa de la mansión de la muerte” (A. Chavero, citado por C. Robelo. 1905. 1982). Agrega el citado autor que: “en los calpulli, barrios, de Yopico y de Coatlan, en México, adoraban a Coatlicue bajo la advocación de Coatlantonan, y le ofrecían flores los Xochimanque, los artifices de ramos de flores”. La diosa Coatlantonan, adorada en el templo de Coatlan, edificio 65 del conjunto del templo Mayor de Tenochtitlan, era venerada con ofrendas de flores y cantos; se le llamaba “nuestra señora madre de Coatlan”.

Estos antecedentes descriptivos de los sabios del siglo XIX y principios del XX son muestra del profundo interés que despertó la imagen desde que fue encontrada en el siglo XVII. El hecho rotundo hasta la actualidad es que la Gran Madre representada en piedra por los mexicas se encuentra ahí. De pie en el suelo, en contacto con el inframundo y la obscuridad. Es portadora de los atributos de muerte y de humedad, pero también del potencial primigenio de la vitalidad y la reproducción. Las serpientes cara a cara, en lugar de la cabeza de mujer, representarían una pareja o par conceptual: el tiempo corriente y la perennidad, la oposición constante, el día y la noche, el sueño y la vigilia, el hombre y la mujer, el amor y la destrucción, la protección y la persecución, el cielo y la tierra y todos los opuestos complementarios del pensamiento nahuatl.

La escultura de Coatlicue en su conjunto tiene un aspecto ovoide. Es impactante su figura, su efecto poderoso ante quien la mira. El aspecto ovoide hace referencia en la simbología inconsciente a los atributos de la madre originaria. El huevo representa a la madre gestante, la gestación, poder materno. Las serpientes expresan simbólicamente el movimiento en la naturaleza. En la imagen representarían la oposición en movimiento de lo masculino patriarcal contra el poder matriarcal de la mujer. Las calaveras sugieren formas ovoides terribles alusivas a un poder y dominio fatal e inevitable: el de la muerte-madre. La imagen de Coatlicue es pues un condensado arquetípico que expresa en el huevo y la serpiente la quietud y el movimiento, la tierra y el abismo contra el movimiento y sacrificio guerrero.

Para E. Neumann (1994) la Gran Madre es un arquetipo que surge de la conciencia femenina reprimida en el curso de la historia humana. Persiste en un fondo ignorado que tiende a emerger y es fuente de la virtualidad creadora del inconsciente. Es el fundamento de la cultura en cuanto es la tierra madre generadora. Es el fondo en el que laten los arquetipos, carentes en sí de figura propia y definida, pero que rigen toda configuración en la imaginación, el sueño, el mito, el arte en todas sus formas.

La conciencia matriarcal es lo originario en el desarrollo de la mente y de la humanidad. Sus configuraciones se encuentran en todas las culturas y expresadas de distinta forma. Constituye la primera derivación del Uroboros indistinto y fusionado, el punto de partida, la totalidad originaria. (Neumann, 1994). Para los antiguos mexicanos la entidad urobórica es Ometéotl: la deidad conceptual doble que da origen a los principios masculino y femenino; la pareja unida productora del género humano y del universo.

Otro acercamiento a la Coatlicue nos permite verla como un bulto mortuorio enterrado de pie envuelto en un petate como mortaja. Es sepultado el bulto en tierra húmeda, lugar de serpientes y tulares; ciénaga en cuyo fondo late el principio vital universal. Lleva en el pecho fragmentos de cuerpos humanos, piezas tomadas del lugar del sacrificio, corazones, manos amputadas, cráneos descarnados. En la base de la estatua se marcan en la piedra los signos del monstruo de la tierra: garras y colmillos que expresan el principio viejo y olvidado del tiempo, el origen de la vida y el destino humano señalados a través del drama de la muerte.

En la actualidad, y desde hace varias décadas, en el valle de México, especialmente en el Distrito Federal, en las cercanías de Tlatelolco, Tepito, La Lagunilla y la Colonia Morelos, han surgido altares dedicados a venerar a una imagen descarnada vestida con cuidado y llena de ofrendas. Es la representación de la Santa Muerte, la Niña Blanca, la Soberana Señora, la Poderosa Señora. Las imágenes de un ser descarnado, una calavera vestida con atuendos de mujer de colores rojo, blanco, negro y de costosa hechura, han proliferado en las calles, en las casas habitación en las cuales se le dedican altares y se le rinde culto. En las oficinas de transportes, en los puestos de policía y separos de judiciales. La Santa Muerte se ha colocado en el lugar de veneración suplantando progresivamente el culto católico a la Virgen de Guadalupe.

La imagen descrita es temida y temible. Se cree que protege del peligro, de ser víctima de asaltos, robos, violaciones y homicidio, pero cobra un alto precio en servidumbre dependiente. También puede exigir que se le pague con otra vida respetar alguna. Se ha colocado su culto y representación proliferante en la línea del riesgo social más acuciante. Sus principales adeptos son personas que viven al filo de la muerte violenta: asaltantes, sicarios, policías, traficantes de todo tipo. Pero también personas que viven el miedo como algo constante y cotidiano empeorado por periodos de terror.

Este fenómeno social y cultural puede ser comprendido desde la Psicología Profunda como la activación del arquetipo de la Gran Madre, que se hace acompañar en ocasiones por el arquetipo de La Sombra conjuntando una condición poderosa y temible. Las condiciones socioculturales producen y generan violencia, terror, incertidumbre. En la conciencia razonable no existen recursos suficientes para atenuar la potencia de las emociones suscitadas por la realidad externa que a su vez activan e impulsan la movilización de las profundas y reprimidas emociones subjetivas en lo individual y en lo colectivo.

El individuo temeroso siente crecer el miedo, su defensa débil la activación de la propia violencia es insuficiente contra el dominio de lo real externo. Por lo tanto la búsqueda mágica, mítica y religiosa, es acogerse al amparo virtual de una configuración protectora. Qué mejor que la Gran Madre que posee el poder de la vida y de la muerte para atenuar la fuerza creciente del resentimiento, el odio, el pavor y conservar la esperanza de ser protegido. Si es una madre surgida de la tradición propia en el barrio, la colonia, el ambiente comunitario su poder totémico es sentido realmente y se vuelve confiable y propio. Es una posesión individual, familiar y grupal. Un seguro talismán contra lo adverso.

La proyección de emociones y atributos humanos en la Santa Muerte se observa en las prácticas de sus creyentes y en los estilos o modalidades de poder de la representación. Según el color de su vestimenta y el tipo de ofrendas que exige, son las características e intensidades de lo temible que pueda ser. Ella recibe, contiene e incrementa los deseos de venganza, las tendencias homicidas, los sentimientos y pasiones humanas que en su contención alivian la carga al alma individual y dan forma y sentido en el imaginario colectivo a las inquietudes de las masas.

El proceso de sincretismo que se observa en las creaciones colectivas y que aparecen como advocaciones de la antigua Diosa Madre en distintas épocas y culturas, en México toma formas jerárquicas en cuanto a los niveles de lo sagrado y lo profano. Manifestaciones que oscilan entre lo reverencial y lo festivo y hasta cómico. En esta línea de producción de imágenes y representaciones de la madre, de la muerte y sus poderes, se encuentran las diosas prehispánicas, incluyendo La Llorona, las Cihuateteotl, Quilaztli, la diosa águila guerrera, Tlazoltéotl y Xochiquétzal. En la época virreinal las vírgenes católicas cubrieron ampliamente las necesidades expresivas y de representación y persisten hasta la actualidad en diferentes regiones del país. La imagen más reconocida y reverenciada es Tonantzin Guadalupe.

Los usos y costumbres populares crearon las calaveritas de azúcar, las ofrendas a difuntos, las bromas rimadas. José G. Posada y D. Rivera crearon las catrinas: famosas representaciones de esqueletos vestidos de elegantes damas de sociedad que caracterizan distinguidas obras de los famosos artistas plásticos. La fuerza del arquetipo de la Gran Madre impulsa la creatividad germinando en la imaginación representaciones variadamente ricas como en los sueños y en los relatos míticos. En nuestro tiempo, orgullosamente hipermoderno, el retorno de Coatlicue en sus diversas manifestaciones es evidente, palpable, comprobable a simple vista. Los altares en las calles de la ciudad de México, las figuras de la Santa Muerte profusamente difundidas y a la venta en los tianguis y mercados, la dedicación a su culto de un viejo templo católico abandonado y fuera de uso oficial, el uso de calaveras, guadañas, figuras completas para usar cual reliquia o medallas milagrosas es observable en personas que deambulan por todos los ámbitos ciudadanos. Especialmente, como se ha mencionado ya, en los lugares de concentración de las personas expuestas a la violencia y la muerte.

El consuelo protector ante el peligro inminente del exterior y la contención de las

fuerzas hostiles y destructivas internas subjetivas se garantiza mágicamente al portar los talismanes, venerar las imágenes, consagrar los altares, difundir el culto de la Santa Muerte. Es Coatlicue-Mictecacíhuatl que ha vuelto una vez más expuesta claramente entre la sombra y la luz. El arquetipo, dice Fordham (1955) tiene un poder compulsivo. Por lo tanto puede dominar al individuo y este hacer extensiva su influencia hacia los demás que lo sienten intuitivamente y que no les es fácil resistir. Su acción y sus efectos son fascinantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bachofen, J. J. (1988) "Mitología arcaica y derecho materno". Anthropos. Barcelona.
- Fordham, F. (1955) "Introducción a la Psicología de Jung". Editorial Alameda. México.
- Hall, C.S. y G. Lindzey (1975) "Las grandes teorías de la Personalidad". Paidós. Buenos Aires.
- Kerényi, K., E. Neumann, G.S. Scholem & Hillman J. (1994) "Arquetipos y símbolos colectivos". Anthropos. Barcelona.
- Robelo, C. (1982) "Diccionario de Mitología Nahoá". Editorial Porrúa. México.
- Rojo, M. (1982) "Exposición metódica de la Psicología de los complejos de Carlos Gustavo Jung". EUNIBAR. Editorial Universitaria de Barcelona. Barcelona.
- Rosas Contreras L. A. (2008) Tesis recepcional en proceso. Borrador. Segunda versión. Fes. Zaragoza. UNAM.
- Solares B. (2007) "Madre terrible". La diosa en la religión del México Antiguo. UNAM. ANTHROPOS. Barcelona.





Simposia
*Hacia la des-estigmatización de las enfermedades
psiquiátricas: su impacto en las celebridades*







Celebrities and schizophrenia

JOAN OBIOLS-LLANDRICH

Although stigma is pervasive on all mental illnesses, schizophrenia seems to attract the worst negative opinions in all societies. It is crucial, therefore, to make a special effort to fight stigma on schizophrenia. Some programmes seem to have had some success on that matter (Scotland, Holland, Finland, etc)

The analysis of the metaphoric use of the word schizophrenia in the media shows how this word conveys all kinds of negative aspects (ambivalence, incongruity, disaster, to name a few).

Some sort of pedagogical action seems indispensable in this field, requiring an alliance or partenariat with the mass media.

A campaign intended to value famous people who suffered schizophrenia might be helpful in this direction.

A short biography of several famous writers, artists, musicians or other professionals will be presented showing how their severe psychotic pathology did not restrict them to contribute with important works to art or science. The question whether creativity is either blocked or enhanced by psychosis will be raised.

STIGMA AND SCHIZOPHRENIA

One of the main problems in dealing with mental illness in general, lies in the strong stigmatisation existing around these diseases. No doubt about that schizophrenia, of all the mental disturbances, supports the worst load of negative views. The social image of schizophrenia is still that of a wicked illness, unfairly associated to such concepts like danger, violence, incurability or chronicity.

We find, therefore, at the world global level, with a population that might go up to 50 million people at least, suffering probably all-life long from this disease and enduring a terrible social segregation. Schizophrenia is one of the main causes of work capacity loss. So, in the statistics about the concept Disability Adjusted Life Years (DALY), - to mention just one parameter- schizophrenia comes always in the first positions (1).

Beyond statistics, as a clinician, I am confronted everyday to very concrete problems concerning my patients. A short history – of course, absolutely true- might reflect the

situation. A young patient, diagnosed as schizophrenic, explains me her adventure: she just took out some money from an automatic cashier when a guy suddenly appears, knife in hand, yelling "gimme your money, I'm a junky!". She instantly reacts: "OK, I'm a schizophrenic". The guy, terrified, throws his knife and runs away. It is a sad history but it shows the level of the social image of this disease.

There have been many attempts of anti stigmatisation campaigns like "Open the Doors", some years ago, supported by WHO or other institutions. Some countries, like Scotland, Finland, the Netherlands have produced very good programs on this matter. These directions should be continued, but global results seem quite limited.

SOME NOTABLE PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

Society tends to react in a positive way when a celebrity unveils his or her personal illness. It is a form to support the fight against stigmatisation that has successfully been used in many kinds of diseases. It happened with a disease like AIDS (for example with the actor Rock Hudson or the singer Freddy Mercury) or, in the field of mental disease, with a great number of painters, musicians or writers affected by depression or bipolar disease. It is not so easy to find a celebrity publicly stating that he or she suffers from schizophrenia. Nevertheless, they do exist.

Let us see some cases, even getting back to the XVIII century.

Emmanuel Swedenborg (1688-1772) has been one of the most distinguished scientists from Sweden. He excelled in a wide range of scientific disciplines and had an encyclopaedic knowledge. He was a friend of Newton, Leibniz and many other intellectual celebrities of his time. At age 56, after a brilliant academic life where he developed a scientific production of the highest quality, he experimented a mystic revelation that was a signal for a radical shift. He then pretends that he has Jesus himself having tea with him at home, renounces to the scientific method and embraces a very particular theology and religious philosophy. He even creates a new church, dialogues with God, the angels and writes a great number of books fed by his delusions and hallucinations. The diagnosis might be a matter of discussion. He has even nowadays a great number of disciples denying any psychopathology. But for many psychiatrists it seems a clear case of late schizophrenia, maybe a paraphrenia, according to some conceptions.

The case of Hölderlin (1770-1843) seems clearer. Nobody discusses the proven fact that this romantic poet, one of the greatest in German, falls in the last period of his life in schizophrenia and remains isolated, living in a manual worker family willing to accommodate him. The poems written in this period are far from his earlier production but do have, nevertheless, some interest.

August Strindberg (1849-1912), another noted Swedish man. Play writer, novelist, he is considered one of the fathers of modern theatre, but his personality has been described as schizoid, paranoid, always untrusting and feeling prosecuted. From 1894 on, when he stayed in Paris, he fell in a severe psychotic crisis that he managed to describe in pieces like *Inferno* or *Alone*. Schizophrenia, schizoaffective disorder? In any case, in the schizophrenic spectrum.

Unica Zürn (1916-1970) a German writer and painter, linked to the surrealist circle in Paris. She published only two novels but her short written work was original enough to attract the attention of the avant-garde criticism. These novels are a beautiful example of schizophrenic discourse full, at the same time, of creativity and originality. She spent years in psychiatric hospitals and ended up with suicide.

Her biography coincides in some aspects with Robert Walser's. Walser (1878-1956) was a Switzerland-born German language writer. Among other works, he wrote, in an almost microscopic hand-writing, on small pieces of paper what he called "Microgrammes". After a difficult reconstruction, several books have been published containing these texts, as charming as schizophrenic.

Antonin Artaud (1896-1948), born in France, was a very peculiar character. A poet, an essayist, a playwright, an actor... a full artist. He was considered the more surrealist of all the members of the surrealist circle and this might be the reason why he was expelled from it. Many people think nowadays that he is one of the fathers of modern theatre. He spent most of his life in psychiatric institutions. Undoubtedly, a great creator, not in spite of his schizophrenic disease, but maybe due to it.

Jack Kerouac (1922-1965), the American writer, might be a case for discussion about his diagnosis, but we know that he was dismissed from the military service with the diagnosis of Dementia Praecox. One of the most famous writers of the "Beat generation" he had severe alcohol problems too. He progressively stayed away from this literary group and spent his last years isolated in a narrow family circle.

Vaslav Nijinski (1889-1950), Born in Kiev, Ukraine, one of the most recognized dancers in the ballet history. His schizophrenic disease disrupted his professional career and his personal life but, at the same time, maybe enhanced his creativity.

John Nash (1928), the American mathematician who was awarded with the Nobel Prize for his contribution to the Game Theory. He spent many years in psychiatric centers because of his schizophrenic crisis. The film "A Beautiful Mind" made his biography very popular.

Brian Wilson (1942), leader of the Californian pop group The Beach Boys, is a musician fully recognized as a great composer in the pop music world. He has publicly talked about his schizoaffective disorder that maintained him in semi-retirement for years. He has made a successful comeback in the music scene.

Syd Barrett (1946-2006), another rock musician. British born, he has been considered the psychedelic soul of the well-known group Pink Floyd. He was expelled from the group, because of his erratic behaviour, after recording the first two albums, where his creative contribution was essential. His abusive LSD experiences probably helped in developing schizophrenia.

Besides these internationally famous persons, let me include the Spanish poet Leopoldo Panero. He has spent most of his life living in psychiatric hospitals and he is well-known all over Spain by his great poetry and by suffering from schizophrenia. As a Catalan, I want to mention also Miquel Bauçà, a writer highly praised by the critics. He died recently in Barcelona, in solitude, and had declared to be schizophrenic.

It would certainly help to fight stigma to diffuse the work of all these creators, stressing the fact that they suffered from schizophrenia or related diseases.

THE TERM “SCHIZOPHRENIA” IN THE MEDIA

One of the interesting aspects in analyzing the stigma associated to the word “schizophrenia” itself concerns its use in the mass-media. It is not new, of course, the metaphorical use of many illnesses in literature or journalism as the bright essay of Susan Sontag (2) showed. But the wide abuse of the term “schizophrenia” or “schizophrenic” in a derogatory, always negative meaning, goes beyond any limit.

For years, I have been collecting from spanish and catalan newspapers the cases I found of this metaphorical use. I also have some examples from french, british or american press, as this phenomenon is common in all the Western world. From more than four-hundred items I will just quote three of them, to give an idea.

The french philosopher Alain Touraine, in a catalan newspaper (3), declared:

“France is a schizophrenic country because of politics developed by Mr. Mitterrand”.

A very famous writer in Spain, Manuel Vázquez Montalbán described, in the top-selling spanish newspaper (4), the football/soccer teams Real Madrid and Barcelona as schizophrenic.

The same newspaper, El País (5), transcribed the declaration of the Cardinal of Buenos Aires about the argentinian tour of the pop artist Madonna:

“Madonna...a prostitute, famous pornographic and blasphemous person, part of a group of psychopathic and schizophrenic artists trying to steal the money from argentinian people”.

Those samples might be enough to show that we need to do something to stop this negative use of the word “schizophrenic”. How can we dare to give this diagnose to a person, when the media constantly refer to it in such a shameful way?

A POSSIBLE SOLUTION IN THE JAPANESE STYLE?

The term coined by Bleuler (6) in the early years of the XX century can be appreciated as a beautiful one. But “schizophrenia” has no longer its original beauty and has, unfortunately, become a degraded term, associated to the worst aspects of human behavior, as it has been shown.

In Japan, the greek meaning of “schizophrenia” as “split mind” had been exactly translated with the term “Seishin bunretsu byo” meaning brain divided disease. This term had acquired a very catastrophical and stigmatizing semantic load and even the japanese psychiatrists were reluctant to use it (7). An increasing pressure developed little by little with the help of family and users organizations, in the direction of finding an alternative way to name the disease (8). Finally, a new name emerged: “Togo shitcho sho” which means something like integration trouble. The term is related to the theoretical model of vulnerability to stress and is certainly more acceptable both for users and mental health professionals. From 2002 on, it has been diffused in Japan in a very successful way. It is certainly very useful for destigmatisation related to schizophrenia. So, maybe it is time in Western psychiatry to make a step in this direction and end with the painful present situation.

FINAL RECOMMENDATIONS

It would be very helpful to lower stigma associated with schizophrenia to consider changing the name for a less pejorative and more neutral term, as it has been done in Japan.

In the meanwhile, we need to exert a combined action on mass media. Fair information on mental illness, specially about schizophrenia, is urgently needed. The metaphorical use of the word should be avoided.

We should widely diffuse the remarkable contributions to literature, art, music and other fields made by different persons, stressing the fact that they suffered from schizophrenia.

BIBLIOGRAPHY

1. WHO Mental Health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO Ministerial Conference. Copenhagen, World Health Organization, 2005
2. Sontag, S. *Illness as a metaphor*, New York, Vintage, 1978
3. News report, *Avui*, Barcelona, March 22nd, 1996
- 4- Vázquez Montalbán, M., *El País*, Madrid, September 3rd, 2001
- 5- News report, *El País*, Madrid, October 25th, 1993
6. Bleuler, E. Die Prognose des Dementia Praecox- Schizophreniegruppe. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1908, 65: 436-464
7. Kim, Y., Kita, H., Koishikawa, H., Mizukawa, R., Iwasaki, S., A survey of the current status of the informed consent in psychiatric patients and their family members. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, 1997, 99:1259
8. Ono, Y., Satsumi, Y., Kim, Y., Schizophrenia: Is it time to replace the term? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1999, 53:335-341





Time to Rethink Stigma in Mental Illness

SOMA GANESAN

INTRODUCTION

Stigma and the resultant discrimination it produces are recurrent themes in the treatment of people with mental illness. Indeed they are two of the most persistent and insidious barriers that affect proper treatment and integration with the larger community and are representative of a larger systemic problem (1). This is not surprising since the majority of people suffering from mental illness do not seek professional help (2). While 20% of people with mental illness or addiction problem perceive their needs as being unmet (2). The word 'stigma' itself has its origins in Greek meaning 'to prick a mark' which was pricked onto slaves to show ownership and their inferior status in society (3). In modern times, stigma has come to reflect the inferior social status and attitudes of society towards a group of people (4). Stigma and discrimination do not simply occur on an individual, one-to-one basis, but instead are manifested at many different levels.

At the individual level, the stigma associated with mental illness can not only cause deep feelings of shame, powerlessness, helplessness, and anger in the individual fighting mental illness, but also in the immediate support network of the person such as family, friends and service providers (5). Families and friends often attribute the blame for the mental illness on themselves directly or indirectly (6).

At the media level presentations of people with mental illness have also reinforced stereotypes which have furthered stigmatization. Wahl reported on media presentations of mental illness between 1950 and 1991 (7). His results showed that there was a consistent negative presentation of people with mental illness as unlikable, socially lacking and dangerous (7). Cloverdale conducted a review of 600 newspaper and editorial articles portrayed people with mental illness as dangerous (62%), or as criminals (47%). Positive portrayals occurred in only 27% of articles reviewed (8).

At the community level, perceptions of people with mental illness has often been discriminatory and inflammatory which can influence help seeking (table 2)(9). In Canada, the issue of stigma and discrimination associated with mental illness and the delivery of mental health care services are particularly salient in multiethnic groups where there are over 200 reported ethnic groups (10). Chinese and South Asians are two of the largest

immigrants groups in Canada and by 2017 these two groups are projected to account for almost half of all visible minority persons. Several studies have shown that immigrants under utilize mental health services in comparison to non-immigrants (11-13).

Explanations have ranged from linguistic and societal barriers such as limited English skills or financial limitations, to cultural barriers associated with stigma and discrimination. Chen, for example, analyzed the immigration and health care records of 150,000 Chinese who immigrated to Canada between 1995 and 2000 (14). Results showed that mental health service utilization as measured by psychiatric visits and hospitalization was low. In a similar vein, Abe-Kim investigated rates of mental health service use, subjective satisfaction, and perceived helpfulness in US-born and immigrant Asians. Results showed that immigrant Asians showed lower rates of service use compared to US-born Asians and lower overall use compared to other ethnic groups (15).

Finally at the treatment level mental illness lags far behind that of other illnesses in terms of awareness and funding (table 1). Indeed politicians consistently under fund mental health issues and give them low priority compared to other health conditions (16) The federal and provincial governments of Canada, for instance, allocate approximately 4% of the health care budget to mental health care which represents the same percentage allocated in 1984 (17). In addition, only 1% of health care funding was directed to community-based mental health care services. Taken together, these discrepancies in funding, community perception, and under utilization of mental health care services are indicative of the larger issue of mental health care reform.

MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA

In view of the continuing stigma associated by people with mental illness and the chronic lack of funding, the Mental Health Commission of Canada (MHCC) was formed in 2004. The MHCC was the result of a 2004 governmental committee report on mental health, mental illness and addiction lead by former senator Michael Kirby. One of its mandates was to develop a national mental health strategy and lead a national campaign to erase the stigma of mental illness and was granted \$55 million in federal funding (18). Specifically it advocates a national education and public awareness campaign to better educate people about mental health and mental illness (18). Its focus is to develop and implement specific strategies for reducing stigma and discrimination associated with mental illness that can be applied across various settings (e.g. health, community, workplace, school) (18).

The creation of the MHCC is a welcome step in the combating of the stigma associated with mental illness, yet there are some short-comings which remain to be addressed. Some of which include how to balance the information presented to the larger community with the interests of people with mental illness, and what evaluative component will be included to insure that a reduction in stigma is being met (19). To date these have not been clearly spelled out. However, there is a single more pressing issue that is commonly overlooked and that is leadership.

LEADERSHIP

The MHCC initiative lead by senator Kirby to develop a national mental health strategy and eliminate the stigma of mental illness was welcome a welcome step. However, the

consistent negative perceptions of mental illness by the Canadian public and media as a result of stigma, coupled with a chronic lack of funding are indicative of a more serious lack of leadership. Few politicians in Canada have advocated for mental health while in office, while none have taken on a leadership role. As Goar pointed out, “the stakes are so high and the stigma is strong, only a handful of brave public figures have talked about their battles with mental illness. Most have waited until the twilight of their careers”(20). The list is exceedingly small. But this is not surprising. In a recent US survey, 30% of respondents stated that they would not elect a candidate with a mental illness, while 50% thought that a candidate should disclose if he/she had a mental illness (21).

Yet, given the prevalence of mental illness it is inevitable that the politicians themselves or their family members will ultimately be affected. Of course there are some politicians who have spoken out about mental illness and the stigma associated with it, but for the most part they have waited until they have left office (20).

Oddly enough it has been through the entertainment and sports world where a new voice for mental health advocacy has emerged. These popular figures have come forward as spokespersons and advocates for mental health in the hopes of reducing stigma and bringing attention to the importance of proper treatment. As welcome as this may be for providing greater awareness of mental illness by society, these same celebrities also run the risk of alienating the larger community, especially if the person is not credible or appealing (22).

CONCLUSION

Overall, leadership and advocacy for mental illness at a national level in Canada remains in the shadows; particularly in the realm of politicians and policy makers. Leadership is required if Canada is to eliminate the stigma of mental illness and its resultant marginalization. Stigma must be eliminated so that mental illness is simply an issue of ordinary people facing any other health care issue.

TABLE I – COMPARISON OF EXPENDITURES BY PREVENTION STRATEGIES

Diabetes Prevention Strategy	\$23 million
AIDS Prevention Strategy	\$42.2 million
Breast Cancer Prevention strategy	\$10 million
Mental Health Promotion Initiative	\$250,000

TABLE II – PERCEPTIONS OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS BY COMMUNITY

Dangerous and violent	88%
Low IQ or developmentally challenged	40%
Cannot hold a job or contribute to society	32%
Lack will power, weak and/or lazy	24%
Unpredictable	20%
Responsible for their own condition / illness	20%

BIBLIOGRAPHY

- World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization 2001
- Statistics Canada. Canadian Community Health Survey: Mental health and well-being. <http://www.statcan.ca/Daily/English/030903/d030903a.htm> 2002
- Falk G. Stigma: How we treat outsiders. New York: Prometheus Books; 2001.
- Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1963.
- Smith M. Stigma. *Advances in Psychiatry Treatment* 2002;8:317-25.
- Gullekson M. Stigma: Families suffer too. In: Fink P, Tasman A, editors. *Stigma and Mental Illness*. Washington: American Psychiatric Press; 1992.
- Wahl OF, Kaye AL. Mental illness topics in popular periodicals. *Community Ment Health J* 1992 Feb;28(1):21-8.
- Cloverdale J, Nairn R, Classen D. Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002;36(5):697-700.
- Canadian Mental Health Association: Ontario Division. Mental health anti-stigma campaign public education strategy. 1994.
- Statistics Canada. Canada's ethnocultural portrait: The changing mosaic. www12.statcan.ca/english/census01/products/analytic/companion/etoimm/canada.cfm 2001
- Sadavoy J, Meier R, Ong AY. Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Can J Psychiatry* 2004 Mar;49(3):192-9.
- Shin JK. Help-seeking behaviors by Korean immigrants for depression. *Issues Ment Health Nurs* 2002 Jul;23(5):461-76.
- Whitley R, Kirmayer LJ, Groleau D. Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Can J Psychiatry* 2006 Mar;51(4):205-9.
- Chen AW, Kazanjian A. Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia. *Can J Public Health* 2005 Jan;96(1):49-51.
- Abe-Kim J, Takeuchi DT, Hong S, Zane N, Sue S, Spencer MS, et al. Use of mental health-related services among immigrant and US-born Asian Americans: results from the National Latino and Asian American Study. *Am J Public Health* 2007 Jan;97(1):91-8.
- Kendell R. Why stigma matters. In: Crisp A, editor. *Every family in the land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Royal Society of Medicine Press; 2004.
- Hyndman B. Mental Health Promotion: Overcoming the challenges to 'focusing upstream'. *The Health Communication Unit Bulletin* 324[August 22]. 2003. Ref Type: Magazine Article
- Mental Health Commission of Canada. Key Initiatives. <http://www.mentalhealthcommission.ca/keyinitiatives.html> 2008
- Arboleda-Florez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry* 2003 Nov;48(10):645-50.
- Goar C. Mental illness needs a trailblazer. <http://www.thestar.com/comment/columnists/article/261351> 2007
- Peters S. Survey: mental illness stigma persists for politicians. *Clinical Psychiatry News* 30[11], 67. 2002. Ref Type: Magazine Article
- Rosen A, Walter G, Casey D, Hocking B. Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry* 2000;8(1):19-26.



Simposia
Somatización y cultura alrededor del mundo







A Medical Pain Management “Culture” in the United States

JON STRELTZER

Culture has been conceptualized as representing the totality of behavior patterns, customs, values, and beliefs that make a group of people unique from other groups (1). Culture influences the presentation and scope of illness, as well as being important in the doctor-patient relationship. It is common to consider culture as only belonging to the patient. If we are particularly sensitive, we may recognize that culture influences our own conceptualization of the patient’s condition. In addition, medical cultures exist and vary among countries and among specialties. Medical cultures reflect the underlying societal culture to varying degrees. They are influenced by, but are not determined by, evidence based medicine, and can actually produce medical practices inconsistent with evidence-based medicine. This appears to be the case with the recent chronic pain management movement in the United States and some other countries, and may be partly responsible for the rapidly increasing problems of chronic pain, prescription drug abuse, and diversion.

Much of the literature that recognizes cultural differences in medical practice emphasizes differences in orientation between Eastern and Western societies. For example, a comparative study revealed that 95 percent of U.S. internists would inform patients with terminal cancer of their diagnosis in contrast to 0 percent of the Chinese internists surveyed (2). This study also revealed that when family members’ wishes conflicted with the desires of the patient regarding chemotherapy for advanced cancer, Chinese internists were likely to follow the family’s preferences in two thirds of cases. American internists would do so for only five percent of cases.

Medical culture can change over relatively short periods of time. In a United States survey published in 1961, most practitioners responded that they would not tell a dying patient of his cancer diagnosis (3). This is similar to the current practice in China and many other countries. In the short span of 18 years, however, U.S. physicians overwhelmingly indicated that they would inform the cancer patient of the terminal diagnosis (4), reflecting a dramatic change in American medical culture that persists to this day. In both studies, physicians did not perceive their responses as being due to the culture of the times, however. The physicians reported that they based their decision to tell or not tell on their clinical experience of what was best for patients.

Doi has contrasted the Western value on individuality and autonomy with the Eastern value on benevolent dependence among family or group members (5). Consistent with this concept are differences in the treatment of myocardial infarction patients in Japan and in the United States. Hospital lengths of stay are three times longer in Japan, although days in the coronary care unit are identical at three days. Hospital costs are much lower in Japan despite the increased length of stay. In the United States a significant period of post hospital rehabilitation is the usual. In contrast, in Japan most of the rehabilitation takes place in the hospital and the patient is much closer to returning to normal function at the time of discharge. In Japan, the discharge decision is more flexible and family members contribute a great deal to determining that date (6).

In recent years, a pain management culture has influenced American medicine and that of some European countries. It may be considered a culture because it has specific values, beliefs, and practices with regard to the use of opioids for chronic pain. It minimizes or discounts any scientific evidence that does not conform to this belief system.

This new pain management culture developed as a reaction to the undertreatment of acute pain that was prevalent during the 1960's and 1970's in the United States, which itself probably was a reaction to the epidemic of drug abuse at the time (10,11). As this undertreatment became recognized, developments led to greatly improved management of acute pain and terminal pain, utilizing such technologies as epidural and patient controlled analgesia.

Chronic pain patients were known to have very different characteristics, however, and psychological and behavioral factors were recognized as extremely important in the development and maintenance of chronic syndromes. Pain clinics that usually prescribed detoxification from dependency producing drugs developed to care for these patients, and they reported success (12).

Then in the mid 1980's, it was suggested that patients with chronic pain could do well if maintained on opioids. Cases appeared in the literature briefly described, usually on low maintenance doses of opioids (13). This ushered in a new approach to chronic pain in the 1990's, involving maintenance opioids, which were prescribed in increasingly higher doses. Problematic cases began being seen in ever greater frequency by consultation liaison psychiatrists (14).

Pain medicine became a subspecialty in its own right. In the United States, this subspecialty was originally certified only by the American Board of Anesthesiology beginning in 1993, but in recognition of the complexity and frustrations in treating chronic pain patients, the subspecialty became multidisciplinary in the year 2000, with certification available in physical medicine and rehabilitation, psychiatry, and neurology.

A review of opinions from the medical literature, internet discussion groups, pain societies, and patient advocacy groups in the United States reveals a widespread belief that opioids are efficacious analgesics even when given chronically on a daily basis (15), despite the lack of good evidence that this is the case. This belief requires that one accept a number of other propositions to be consistent. One such belief is that tolerance does not occur in the face of pain, or at least only to a certain point, and that higher doses mean that there is more pain, not that the opioids are losing their effectiveness. If pain becomes a problem again, the solution, therefore, is to raise the dose, or switch or rotate to another opioid. There is said to be "no upper limit" to opioid dose, and consequently maintenance with

ultra high doses of opioids is being increasingly seen in problem patients referred to the consultation-liaison psychiatrist, usually after a period of several years of escalating doses.

Another belief is that “dependence” on opioids is OK, but “addiction” is not (16 <http://www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.htm>; www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.htm). Dependence is being defined as a physiological condition that means that sudden cessation of opioids elicits a physiological withdrawal syndrome, but otherwise causes no problems, and does not interfere with the efficacy of chronic opioids for pain. “Addiction” is being defined as problematic behavior, such as lying, forging prescriptions, and buying drugs illegally. Addiction in this belief system, however, does not mean that opioids are ineffective for pain, only that the problematic behaviors make treatment with opioids too difficult. Even these behaviors may be rationalized as “pseudoaddiction”, defined as undertreated pain causing the behaviors. The implication of the term “pseudoaddiction” is that by giving these patients opioids freely, they will be relieved of pain, and they will stop lying and going to other sources for their opioids. Thus, to the practitioner in this new pain management culture, prescribing more opioids is the solution for those who continue to seek more opioids from whatever source.

Scientific evidence is weak in support of these beliefs, however, and in fact there is much evidence contradicting them. In particular, chronic intake of opioids results in a cascade of cellular adaptations, such that physiological responses to chronic opioids are quite distinct from responses to acutely administered opioids (17). The chronic adaptation includes tolerance, hyperalgesia, and probably craving, all by distinct mechanisms. Thus, chronic opioids actually enhance sensitivity to pain, let alone induce tolerance to analgesia (18). The phenomenon of hyperalgesia and chronic opioid intake has been the subject of several recent reviews with the conclusion that there is scant evidence of efficacy for the use of opioids chronically for pain, and certainly not in high doses (56-58).

CASE EXAMPLE

A 44 year-old man was admitted to the hospital after passing out in a shopping mall. Naloxone briefly revived him and, and after 36 hours he was awake and lucid. He acknowledged previous episodes of passing out, which he blamed on attacks of severe back and neck pain, which caused his whole body to be in agony. For the pain, he was using prescribed methadone daily, approximately 2500 mg. He would take 14 of the 10 milligram tablets at a time every two to three hours. He dated his pain to an injury at work 13 years previously. An MRI of the lumbar spine had originally shown minimal degenerative changes common to his age, and there were no consistent neurological deficits. Because of failure to improve with medical management that included physical therapy, massage, acupuncture, and medication, a surgical consultant had performed a diskectomy with fusion. The post operative pain was severe and resulted in his daily opioid pain dose continuing to increase, and over the years this dose gradually reached remarkable levels. Any attempts to decrease his dose were met by complaints of uncontrollable pain, and sometimes a change of doctors.

This case is extreme because of the high dose of medication involved, an unheard of amount until recently. Each methadone dose would be lethal to an ordinary person (not tolerant to opioids), yet this patient was taking 10 to twelve of these huge doses per day! He lost his family, was dependent on government disability payments, had been homeless on

several occasions, but had never used street drugs. Despite his lack of objective findings, he believed that he was doomed to suffer chronic pain for the rest of his life, and only opioid medications offered a bit of temporary relief. Indeed, some of his doctors had told him such, and one of them told him that he need not worry about the dose, that there was no upper limit, and that the proper dose should be “titrated” to relieve the pain.

What are the consequences of this medical pain culture? Narcotic pain pills are being prescribed in huge quantities. Diversion of prescription drugs into illegal channels has become a major problem (19). Deaths from overdoses of prescription medications have been highly publicized and have led to prosecutions of pain doctors. Workers’ compensation costs have become huge for chronic pain patients. Problems of chronic pain in patients have not improved, and are getting worse.

Multiple lines of evidence indicate that when opioids are taken on a daily, long-term, basis, they are not analgesic, but actually hyperalgesic. They enhance pain sensitivity. Despite this, it is very difficult for chronic pain patients to stop taking opioids. If they are stopped suddenly, the withdrawal effects are stressful on the body and a mental craving for them is induced. Thus, the subjective response is that despite ongoing and increasing pain, and often disability, the patient thinks that he or she would be worse off without the opioids. The patient will stay with and often express appreciation to the doctor that prescribes the opioids, and may be unhappy with the doctor that tries to stop them. Thus, despite the increasing evidence that chronic opioids in high doses are not effective or safe for chronic pain [20], many physicians believe that this is an effective treatment.

The problem of prescription drug dependence in chronic pain patients varies widely by country. It appears to be common in not only the United States and Canada, but also in Australia and several European countries. Perhaps the best data comes from Denmark, where opioids are prescribed very liberally for chronic pain and increasingly so over 2 decades. A large community study recently reported that opioids fail to fulfill the goals of chronic pain management, and lead to more pain and disability [21]. Movements by influential pain societies are trying to counter undertreatment of pain by encouraging opioid use, often without differentiating acute from chronic pain. Thus, countries not having problems with chronic pain epidemics can be subject to such in the future.

BIBLIOGRAPHY

1. Tseng WS. Handbook of Cultural Psychiatry. San Diego: Academic Press; 2001.
2. Feldman MD; Zhang J; Cummings SR. Chinese and U.S. internists adhere to different ethical standards. *J Gen Intern Med* 1999;14:469-73.
3. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961;175:1120-1128.
4. Novack DH, Plumer R, Smith RL, et al. Changes in physicians’ attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979;241:897-900.
5. Doi T. The Anatomy of Dependence. Tokyo: Kodansha International; 1973.
6. Muramatsu N, Liang J. Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients. *Int J Health Serv* 1999;29:189-209.
7. Green CR, Anderson KO, Baker TA, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med* 2003;4:277-94.
8. Zborowski M. Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues* 1952;8:16-30.
9. Bates MS, Edwards WT. Ethnic variations in the chronic pain experience. *Ethnicity and Disease* 1992;2:63-83.
10. Streltzer J, Wade TC. The influence of cultural group on the undertreatment of postoperative pain. *Psychosom Med* 1981;43:397-403.

11. Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Int Med* 1973;78:173-181.
12. Malec J, Cayner JJ, Harvey RF, Timming RC. Pain management: long-term follow-up of an inpatient program. *Arch Phys Med Rehabil* 1981;62:369-72.
13. Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: Report of 38 cases. *Pain* 1986;25:171-186,
14. Streltzer J. Consultation-liaison psychiatry 1980-90 - the Hawaii experience. In: Leigh H, ed. *Consultation-Liaison Psychiatry: 1990 and Beyond*. New York: Plenum Press; 1994:175-180.
15. Streltzer J. Controversies about addiction in chronic pain: findings on the internet. Poster presentation, American Academy of Addiction Psychiatry Annual Meeting, Phoenix, AZ: December 2000.
16. American Pain Society: Definitions Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain: HYPER-LINK "<http://www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.htm>" www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.htm
17. Borgland SL. Acute opioid receptor desensitization and tolerance: is there a link? *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2001;28:147-54.
18. Vanderah TW, Suenaga NM, Ossipov MH, et al. Tonic descending facilitation from the rostral ventromedial medulla mediates opioid-induced abnormal pain and antinociceptive tolerance. *J Neurosci* 2001, 21:279-86.
19. Von Korff M, Deyo RA. Potent opioids for chronic musculoskeletal pain: flying blind? *Pain* 2004;109:207-9. nonmalignant pain: a review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage* 1996, 11:203-17.
20. Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. *N Engl J Med*. 2003, 349:1943-53.
21. Eriksen et al. Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: an epidemiological study. *Pain*, 2006, 125:172-9.





Simposia
Aspectos culturales de los trastornos del ánimo







La enfermedad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar: la influencia de los modelos explicativos de la enfermedad sobre la relación médico-paciente

INGRID VARGAS HUICOCHEA Y LAURA HUICOCHEA GÓMEZ

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TBP) es un trastorno psiquiátrico mayor que por lo general inicia en la tercera década de la vida, es crónico, recurrente, con síntomas que reflejan alteraciones en el afecto, pensamiento, comportamiento y sensopercepción; está asociado con un alto costo social, disminución de la productividad y de la calidad de vida, así como a un aumento en la frecuencia de suicidio sin un diagnóstico y tratamiento adecuados (Goodwin FK, 1990; Murray CJ, 1997). Tiene una prevalencia en la población general que se ha calculado entre 0.4 y 1.6%, pero que llega a ser hasta de 5% si consideramos todo el espectro bipolar. La recurrencia de episodios en este trastorno permanece constante durante décadas y desafortunadamente, el deterioro funcional del paciente está relacionado con el número y la severidad de episodios agudos de la enfermedad, así como con la sintomatología residual interepisódica (Murray CJ, 1997; Lish JD et al, 1994; Suppes T et al, 2001; Kupfer DJ et al, 2002), es decir, aquellos síntomas subclínicos de la enfermedad que persisten entre un episodio afectivo y otro en el curso del TBP.

Al TBP se le ha ubicado en el lugar número 22 de los DALYs a nivel mundial, lo cual se traduce en una pérdida alrededor de 14.3 años de vida productiva debidos a la discapacidad de este trastorno (Murray CJ, 1997).

Es poca la información específica referente al TBP en México, sin embargo, dentro de lo registrado se sabe que su prevalencia en el país es de 1.2% en mujeres y 1.6% en hombres (muy similar a lo descrito para la población mundial general). También se documenta que sólo 33% de los trastornos afectivos (incluyendo el TBP) accedió en algún momento a un servicio de salud y que, de dicho porcentaje, 19% contó con tratamiento y únicamente 14% tuvo acceso a un tratamiento que diera control a su enfermedad (Medina-Mora ME, 2003).

Hablar de un tratamiento que proporcione una mejoría sintomática en el paciente bipolar, que favorezca la disminución o remisión de los episodios de crisis y que promueva el mantenimiento de un funcionamiento psicosocial de la persona afectada, se antoja difícil, ya que el tratamiento del TBP, al igual que en muchos padecimientos psiquiátricos, debe ser individualizado pero también dinámico porque hablamos de una enfermedad con

fluctuaciones anímicas constantes y con una variedad de presentaciones sintomáticas que nos obligan como médicos a mantenernos muy de cerca en la evolución del paciente y a realizar aquellas intervenciones médicas, sociales y psicológicas necesarias; para ello, el paciente debió acudir o solicitar ayuda, situación que no siempre se da y que, desafortunadamente, también es frecuente que, de hacerlo así, no se otorgue de forma “adecuada” (Goodwin FK, 1990; Murray CJ, 1997; Kessler RC et al, 1998; Morselli PL, 2000). Lo anterior plantea la interrogante acerca de los factores que determinan las diferentes actitudes del enfermo bipolar frente al problema que lo aqueja, los aspectos que influyen en que un paciente busque una determinada vía de atención y a mantenerse o no ellas.

El paciente percibe el mundo y su enfermedad dentro de un contexto personal y familiar, esto lo lleva a buscar o no atención y a comprender de una forma sociocultural su problema de salud; y es aquí donde se ve necesario el surgimiento de estrategias que apoyen al paciente una vez que se hace evidente la reacción personal y social ante el trastorno mental, con la finalidad de expresarlo, comprender lo que acontece, dialogar con su terapeuta e identificar los caminos y tratamientos que lleven a un equilibrio y bienestar para su salud. Si la relación con el médico se ve deteriorada, es probable que exista poca satisfacción con la conducta de tratamiento elegida; y la evidencia empírica sugiere que los pacientes están más satisfechos con aquellos psiquiatras que entienden sus experiencias y sensaciones durante el proceso de salud-enfermedad (Callan A, 1998).

Es preciso entonces enfatizar que este proceso clínico de la relación médico/paciente se compone de una serie de intercambios con diferentes orientaciones cognoscitivas; esto es, hay un proceso comunicativo en el que se da una traducción de los diferentes lenguajes entre médico y paciente, que articulan la enfermedad como una experiencia cultural para cada parte del binomio.

Los modelos explicativos (Mes) del paciente tienden a expresar vivencias y experiencias subjetivas, formas de sentir y vivir el dolor y el sufrimiento, los cuales construye a partir de su contexto e historia como persona (Martínez CF, 1995); en el médico las explicaciones de la enfermedad pueden venir en dos versiones: una articulada en un nivel científico profesional y otra (con frecuencia tácita) que comparte muchas características con el modelo del paciente (Kleinman A, 1978).

Los Mes (como parte de un complejo proceso de percepción) y las prácticas de atención, desde una concepción médico-antropológica, son los responsables de la forma cultural de una realidad clínica, es decir, de la interacción de dos personas que por medio del padecer y de la enfermedad intentan llegar a la mejoría del problema de salud y atención (Kleinman A, 1978; Bhui K y Bhugra D, 2002).

Ante la información de las líneas anteriores que dan prueba de la realidad individual y social de estos padecimientos, se hace palpable la necesidad de tener un mayor conocimiento de las percepciones y por tanto de las actitudes y de las prácticas de atención a la salud de la población -incluyendo los pacientes psiquiátricos, sus familiares y los diferentes prestadores de salud que con ellos interactúan- alrededor de la patología mental; dada la posibilidad de que un conflicto entre las percepciones de los diferentes actores del proceso de atención a la salud de un determinado problema de enfermedad, puede representar fallas en el proceso de salud-enfermedad-atención. Es entonces que, a partir de este marco referencial adecuamos la Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI) (Lloyd K, 1998) con la finalidad de explorar en una primera etapa, las percepciones de la enfermedad de los pacientes en una muestra de sujetos con TBP.

OBJETIVO

Describir las percepciones de la enfermedad en los pacientes con diagnóstico de TBP que son atendidos de manera subsecuente en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, por medio de la aplicación de la Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio (mismo que previamente se sometió a la evaluación y aprobación por parte de los comités de ética e investigación del INPRFM) se llevó a cabo en cincuenta pacientes subsecuentes de la consulta externa del INPRFM, a los que se solicitó consentimiento informado por escrito. En los sujetos participantes se corroboró el diagnóstico de bipolaridad (por medio del SCID-I), al igual que su estado de eutimia (con la aplicación del Ham-D y el YMRS). Una vez adaptada para la población mexicana, se les aplicó la SEMI, la cual se empleó a manera de guía en el proceso de indagación de las percepciones que los sujetos entrevistados tenían alrededor del TBP. Las entrevistas se escribieron directamente en el papel y después se sometieron a un proceso de transcripción y limpieza, con la finalidad de contar con datos que permitieran el manejo cuantitativo (con análisis de frecuencias) y cualitativo (por medio de la categorización de significados).

RESULTADOS

La muestra de cincuenta pacientes bipolares eutímicos de la consulta externa del INPRFM tuvo una media de edad de 35.2 años (tabla 1) y la mayor parte de los individuos fueron mujeres (n=31, 62%). Una cuarta parte de la muestra (n=12, 24%) aún eran estudiantes y se detectó que 20% (n=10) no tenía ocupación alguna. La mayoría (n=32, 64%) eran originarios y residentes del Distrito Federal. Veinticuatro por ciento (n=12) tenía hasta el momento de la entrevista catorce años de estudio; el 2% (n=1) 22 años y sólo el 2% (n=1) tenía 2 años de estudio. La mayor parte de la muestra se caracterizó por no contar con pareja (n=33, 66%). La media para el número de hospitalizaciones fue de 1.58 (tabla 1). El tiempo mínimo transcurrido entre el inicio del problema y el diagnóstico del mismo fue de 0 días (n=15, 30%) y el máximo de 3741 días (n=1, 2%); así también, el tiempo mínimo de eutimia fue de 10 días (n=4, 8%) y el máximo de 1825 días (n=1, 2%) (Tabla 1). A la pregunta de si habían recibido algún tipo de psicoeducación, encontramos que el más frecuente fue por folleto (n=16, 32%) y en los familiares fue por un curso externo al Instituto (n=8, 16%).

El subtipo de trastorno bipolar más frecuente en la muestra fue el TBP1 (n=27, 54%) tanto en hombres (n=11, 57.9%) como en mujeres (n=16, 51.6%) y el subtipo menos frecuente fue la ciclotimia (n=3, 6%), en donde al menos por dos años, hay numerosos síntomas de elevación del ánimo (sin manía) y depresivos (sin depresión). El mayor número de hospitalizaciones (n=22, 44%) fue en los pacientes con TB1, y fueron los pacientes con TBP2 los que tuvieron mas psicoeducación.

Causas atribuidas al trastorno bipolar:

Los problemas familiares y de pareja (n=14, 28%) fueron las causas que detonaron el inicio del problema de salud que ahora viven los entrevistados, sobre todo en mujeres y

amas de casa. Sólo un porcentaje pequeño consideró que su estado actual había iniciado debido a la brujería, dificultades económicas o cuestiones esotéricas (Tabla 2).

En cuanto a la causa de origen, el 30% de la muestra (n=15) dijo que el TBP era de etiología biológica, mientras que, para la menor parte, el problema había sido causado por brujería, por problemas económicos o por soledad (Tabla 3).

En general, los pacientes de la muestra no creen que su problema actual tenga un origen interno (52%) pero sí que la causa sea externa (50%).

Síntomas

La denominación más frecuente del problema de salud que estaban experimentando los pacientes fue: enfermedad (69.6%). La edad de inicio del TBP fue entre los 15 y los 20 años, de acuerdo a la descripción de los entrevistados (44%). Más de la mitad de la muestra (54%) dijo no haber tenido problemas de salud en el último año; de aquellos que dijeron haber tenido alguno, los problemas mentales (17.4%) y gastrointestinales (17.4%) fueron los más frecuentes.

Cuando interrogamos propositivamente acerca de la parte corporal que el individuo identificaba como principalmente afectada por el problema actual, es decir, por la bipolaridad, vemos que el mayor porcentaje (34%) se refirió específicamente al cerebro, hubo también un porcentaje no muy lejano (30%) que dijo no identificar ninguna parte corporal en relación al problema actual, y posteriormente, el estómago fue el órgano que, de acuerdo a esta muestra, pudiera estar afectado por el trastorno bipolar.

Dos tercios de los pacientes (n=35, 70%) expresaron como expectativa principal lograr una vida estable; mientras que mejorar como persona (n=2, 4%) y evitar problemas (n=1, 2%) fueron las expectativas menos frecuentes.

Veinticuatro pacientes (48%) nunca le habían preguntado directamente al médico, qué era el TBP, de los cuales el 31.25% (n=15) no lo había preguntado por falta de tiempo en la consulta médica. En los 26 (52%) pacientes que sí habían preguntado al médico sobre su enfermedad, la mayoría (n=15, 28.84%) realizó preguntas generales en cuanto a su problema. El médico, a decir de los pacientes, explicó lo que les sucedía (n=20, 76.9%) cuando éstos solicitaban una explicación.

La mayor parte de la muestra (n=38, 76%) dijo estar satisfecha con la atención recibida y al abordar las razones por las cuáles los pacientes pudieran estar insatisfechos con la atención alópata, encontramos que la mayoría (n=9, 18%) señaló que los efectos secundarios por medicamentos les provocaban algún malestar.

Para el 30% (n=15) de los pacientes bipolares entrevistados, la principal dificultad ante el problema que tienen es la aceptación del mismo, sobre todo para aquellos con más de doce años de estudio (n=12, 24%) al momento de la entrevista; los problemas económicos (n=1, 2%), familiares (n=1, 2%) y las fallas cognoscitivas (n=1, 2%), fueron las dificultades menos expresadas. El temor a ser estigmatizado, constituyó una dificultad en relación al TBP sólo en 10% (n=5) de estos pacientes.

Los problemas sociales (quedarse sin amigos, aislamiento social, trato limitante de parte de las amistades) suscitados a raíz del trastorno bipolar, constituyeron la esfera más afectada para los pacientes de la muestra (n=33, 66%), sobre todo para los hombres (n=15, 70%); y el ámbito familiar (n=29, 38%) fue el menos afectado para ambos sexos.

Búsqueda de atención:

El motivo de consulta con el médico alópata fue la búsqueda de mejoría (23%). La mayor parte de los pacientes de la muestra (n=26, 52%) consideran muy grave su problema, y sólo un sujeto (2%) mencionó que el TBP no representaba gravedad alguna. Los tres principales temores de padecer TBP, referidos por los cincuenta pacientes entrevistados fueron: recaer (n=13, 26%), que la enfermedad sea de por vida (n=7, 14%) y el suicidio (n=6, 12%); mientras que un pequeño número (n=2, 4%) mencionó temer al estigma.

En este grupo de pacientes, la primera visita al psiquiatra estuvo motivada por: la familia (n=17, 34%) y por el médico general (n=14, 28%).

En su mayoría (n=19, 38%), los pacientes de esta muestra negaron haber recibido consejo de otro prestador de salud, que no fuera el médico psiquiatra, aunque algunos de ellos sí aceptaron haber tenido consejo por parte de otro tipo de terapeutas (tabla 4).

En cuanto a los tratamientos recibidos, más de la mitad de la muestra (n=28, 56%) mencionó no haber recibido otra atención más que la del psiquiatra (tabla 5).

Fueron las mujeres (n=7, 22.6%) quienes más recurrieron a esta ayuda en comparación con los hombres (n=2, 10.5%). La búsqueda de consejos (especialmente sacerdote, brujo y médico tradicional) y tratamientos (principalmente con médico tradicional) alternativos para el problema que viven los pacientes entrevistados, se dieron, en la población con más de 12 años de estudio; así como en pacientes no psicoeducados.

DISCUSIÓN

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” es una institución de salud que brinda atención especializada a personas con trastornos psiquiátricos y neuropsiquiátricos, con tecnología y abordajes de vanguardia en el campo de las neurociencias. Los pacientes entrevistados para este estudio fueron extraídos del escenario médico expresado en las líneas anteriores, por tanto, son sujetos que, de acuerdo al protocolo médico-psiquiátrico, han recibido un diagnóstico médico que los lleva a adoptar por sí mismos el papel de “pacientes con un diagnóstico”. Ante esta realidad, no sólo el médico tenderá a buscar al cuerpo objeto de la ciencia (Foucault M, 1966), sino que también el enfermo, en su vivencia experimenta un proceso patológico y entenderá a su propio cuerpo (y a los pensamientos, sentimientos y demás representaciones que de él provengan) como un “objeto” que la ciencia médica atiende. Por ello, de manera automática, este grupo de pacientes identifica al cerebro como el asiento corporal de su problema actual. Recordemos que se les dijo que están enfermos, y las entidades nosológicas por sí mismas no existen sino hay un cuerpo. Resulta lógico que al ser atendidos por médicos alópatas en una instancia médica, el segmento corporal al que atribuirán la afección es el cerebro. Sin embargo, no todos lo perciben así, una parte (n=15, 30%) dijo no tener afección corporal alguna, es decir, para ellos, hay algo más, diferente al cuerpo opaco y denso que se presenta a simple vista y que es objeto de estudio de la ciencia, probablemente para ellos el asiento del problema está en algo abstracto, como el espíritu, el ánimo o sus emociones.

Partiendo también de que nuestra muestra de sujetos son pacientes bipolares subsecuentes provenientes de la consulta externa en el INPRFM, al encontrar que su motivo principal para consultar a un médico psiquiatra fue “para mejorar”; podemos pensar que hubo molestias emocionales o físicas -como insomnio, ansiedad, falta de energía o lesiones por accidentes- que corporal y anímicamente provocaron incomodidad, alteraciones en la

imagen de su cuerpo, dolor y limitaciones, que finalmente llevaron a los afectados a buscar una consulta que les diera mejoría.

Si concebiéramos al médico como un profesional que además del bienestar físico, es capaz de escuchar y orientar, la mejoría que buscan estas personas, estaríamos en el camino de la resolución de los problemas en algunas o todas las esferas de la vida.

Continuando con el análisis de la respuesta de buscar mejoría, puesto que se trata de pacientes subsecuentes y estables al momento de la entrevista, a los que se les interroga sobre el motivo de su última consulta, cabría pensar que desean continuar con las mejoras identificadas con el tratamiento alópata que reciben, a nivel emocional, físico o social.

Los conflictos familiares y de pareja se reportaron como la razón principal de inicio del problema, al igual que el resultado señalado en las muestras de Wolf (1996), Mori (1990) y Maclean (1969) en las cuales los factores ambientales son los detonantes de la enfermedad mental. Al realizar la pregunta específica sobre la causa del problema en nuestros pacientes, la mayoría expuso causas biológicas, refiriéndose a cuestiones genéticas o a defectos a nivel cerebral y embarazo y en segundo lugar, una vez más, los problemas de familia y pareja. En la percepción de los pacientes, las causas biológicas son el origen de sus problemas de salud mental, y los problemas externos parecen ser los determinantes de la aparición del TBP. Ante la pregunta directa, los entrevistados mencionan que no consideran que su problema sea de origen interno, si no externo; es decir, fuerzas ajenas a su persona, lo que contradice la respuesta inicial. Pero cabe también hacer mención de que probablemente observamos un sesgo en la entrevista debido a la presencia del médico quien fue el entrevistador.

En cuanto a la etiología de los problemas mentales, esperábamos que las explicaciones sobre fuerzas sobrenaturales y fenómenos esotéricos fueran enunciadas. No fue así, se pudo observar una fuerte influencia de la educación de la medicina alópata entre los entrevistados; recordemos una vez más el lugar en donde están siendo atendidos estos pacientes, en los que además, la expectativa sería que se tuviera un cierto efecto directo de la psicoeducación sobre sus percepciones y atribuciones, pues el enfoque del manejo psiquiátrico de la Clínica de Trastorno Bipolar en el INPRFM busca poner énfasis en intervenciones psicoeducativas ya sea de forma individual en cada consulta o periódicamente a través de los cursos impartidos para pacientes y familiares.

El sentirse estigmatizado no parece ser un punto de especial preocupación pese al impacto de llevar una etiqueta diagnóstica de tipo psiquiátrico como lo señalaron los entrevistados; pero por otro lado, se sienten afectados por estar aislados, haberse quedado sin amigos. El ambiente familiar se describe como el menos afectado, representa un fuerte apoyo, los pacientes no perciben abandono, rechazo ni estigmatización. Se les acepta y apoya, a diferencia de lo reportado para otros países (Crisp, 2000; Wolf, 1996 y Stip, 2001). Debemos mencionar que la familia es quien incitó a la mayoría de nuestros pacientes a acudir por primera vez al psiquiatra, señal de preocupación para que el paciente reciba atención y la resistencia del enfermo a reconocerse como paciente.

La búsqueda de ayuda, a nivel tanto de consejos como de tratamientos, fue atendida predominantemente por la medicina alópata. Aunque en menor proporción, los entrevistados buscaron un consejo con curanderos, sacerdotes, brujos y médicos tradicionales; y algunos recibieron tratamientos con el homeópata, curandero, brujo o médico tradicional. En cuanto a otros abordajes -como la homeopatía, actividad física, masajes, yoga, etcétera- menos de la mitad (40%) expresó que recurría a ellos al momento del estudio. Esta situación en la que la mayor parte de los pacientes bipolares es atendida por abordajes alopáticos, también ha

sido reportada para otras poblaciones (Yaguer J, 1999; Kurihara T, 2000 y Aghanwa HS, 2004), parece obedecer al efecto de la educación occidentalizante en la comunidad o de la presión ejercida por una sociedad occidentalizada.

La búsqueda de consejos y tratamientos alternativos, se dio sobre todo en las mujeres de la muestra y en aquellos sujetos con más de doce años de estudio; esta última observación la relacionamos con el hecho de que quizás, personas con un nivel académico elevado, no aceptan llevar la etiqueta de una enfermedad psiquiátrica que es crónica y significará una serie de modificaciones y limitaciones en su estilo de vida. Ahora bien, igualmente, puede ser que la explicación y el tipo de tratamiento alópata no les satisfaga por completo y en ese sentido la relación médico/paciente se mantenga de manera unilineal, aunque haya cierta continuidad a la atención alópata.

En el aspecto de la aceptación de la enfermedad anteriores cuestión, la mayor parte de nuestra muestra (n=15, 30%) dijo que representaba la mayor dificultad en relación a su problema actual. Sabemos que muchas de las actitudes negativas -entre ellas la no aceptación del diagnóstico y de las intervenciones terapéuticas- desarrolladas hacia los padecimientos mentales, han sido favorecidas por el tipo de tratamientos establecidos, los cuales se han caracterizado por su relación con lo sobrenatural o con medidas restrictivas que promueven la discapacidad y la no reintegración del sujeto a su comunidad (Horwitz A, 1982; y Rabkin J, 1972).

La dificultad en la aceptación del diagnóstico de una entidad nosológica que traduce cronicidad y cambios importantes en el estilo de vida, puede no significar mucho para la parte médica del binomio médico-paciente que emite dicha impresión diagnóstica y que espera que sea aceptada de primera intención, pero la vivencia que subyace en el paciente tiende a distorsionarse e incluso, llega a ser penalizada cuando en realidad es, probablemente, uno de los momentos más difíciles de la comunicación en esta relación y que repercutirá en la forma e intensidad en que el enfermo se adherirá a su tratamiento.

Castro, al hacer referencia a los conceptos de Cassell en 1976, sostiene que la persona tiene un "padecimiento" cuando va camino hacia el médico, y resulta con una "enfermedad" luego de que va de regreso a casa (Castro R, 2000). Aunque en apariencia, para nuestros pacientes el ser estigmatizados no es una fuente primordial de temor o preocupación al momento de saberse etiquetado con un diagnóstico específico -que además tiene todas las implicaciones que hemos comentado. El rechazo o falta de aceptación a esta adjudicación se espera por la atribución histórica otorgada a los padecimientos mentales; porque, aún cuando no fuera una situación de índole psiquiátrico, se le está señalando con una patología que será permanente y significará restricciones y cambios en su vida. La cronicidad del problema radica en que no es totalmente conocido por la ciencia y por ello no cuenta con una cura específica. Finalmente el rol social del paciente cambia, puesto que no será mas una mujer o un hombre, sino que la/el enferma/o de..., lo cual no es un esquema mental que cualquiera pudiera adoptar sin al menos cuestionarlo o temerle por un instante.

Al abordar las sensaciones y emociones que los pacientes experimentan con su problema de salud, encontramos que uno de los mayores temores es que el TBP sea una enfermedad para toda la vida. Las respuestas se deben a la discapacidad e impacto en la funcionalidad (a nivel familiar, social y/o laboral) del paciente al atenderse una enfermedad crónica, que exige consumir medicamentos por toda la vida, por ello, también manifestaron el temor a efectos secundarios tras consumir medicinas.

La mayoría de pacientes dijeron estar satisfechos con la atención recibida, lo cual indicaría una relación de confianza y entendimiento entre el médico y el paciente; sin embargo, la respuesta al respecto parece sesgada por la presencia del médico psiquiatra. Es una respuesta contradictoria porque cerca de la mitad de la muestra nunca había preguntado directamente a su médico sobre el TBP; de tal manera que la comunicación entre el médico y el paciente no es abierta y de confianza. Sabemos que para una buena comunicación con los pacientes, se requiere de tiempo (Crisp, 2000) y nuestra muestra de estudio señaló que uno de los principales impedimentos para exponer sus dudas al médico, fue precisamente el tiempo.

CONCLUSIONES

La psiquiatría con su tendencia biológico-científica, ocupada en el conocimiento de las bases moleculares de las enfermedades mentales y el descubrimiento de nuevos psicofármacos, ha hecho a un lado el universo subjetivo del proceso de la enfermedad y su atención. Al enfrentarse a sujetos envueltos en un mundo en donde cultura e historia participan en la conformación de sus percepciones, el sistema médico occidental suele verse confrontado.

Los pacientes con TBP buscan y explican sus males a partir de fuerzas externas a pesar de la hegemonía de la psiquiatría. Sin embargo, el temor del paciente por ser estigmatizado o juzgado puede ser un impedimento lo suficientemente poderoso para cerrar posibilidades de comunicación profunda, duradera y abierta con el médico alópata. Esto último es palpable incluso en las contradicciones encontradas a lo largo de las respuestas de los pacientes; observamos en todo el estudio que los sujetos inicialmente adoptan un discurso científico que les permite interactuar con su médico pero, al poco tiempo, dan paso a sus experiencias subjetivas y vivenciales y, aunque parece que manejan con claridad ambos discursos, las respuestas a las preguntas realizadas se encuentran sesgadas por la figura del entrevistador (un médico-psiquiatra) y por el contexto en donde se realizó la entrevista.

La SEMI constituye un instrumento valioso que rescata de forma sencilla e inmediata las percepciones de un proceso patológico específico, sin embargo, se limita a la percepción de una parte del binomio médico-paciente; en esta ocasión, tuvimos una aproximación mayor con el paciente, pero no sabemos, por el momento, qué sucede con el médico, quien interioriza, experimenta y construye experiencias de acuerdo a sus conocimientos científicos y su vivencia personal, para reflejarse en la forma en que se acerca al enfermo, en el diagnóstico que emite, en el tratamiento que prescribe y en la forma en que psicoeduca.

Las entrevistas aplicadas a los pacientes diagnosticados con TBP buscan respuestas concretas a preguntas específicas y, con la finalidad de ampliar el conocimiento de la vivencia de la enfermedad en el paciente, sería preciso tanto ahondar en cada respuesta como entrar en contacto con el contexto del paciente.

Un aspecto más, que tampoco se consideró debido a las características específicas de la investigación y el instrumento utilizado, es la percepción del problema a partir de la familia, que es la principal fuente de apoyo para el grueso de los pacientes de nuestra muestra y, cuya influencia en la forma de atención es determinante.

Con este acercamiento al mundo subjetivo de uno de los componentes del binomio médico-paciente, podemos reafirmar la observación de que el proceso de enfermedad va más allá de diagnosticar y recetar. Se requiere escuchar, entender y compartir con el otro. De esta forma, observamos que prestadores de salud y pacientes somos un conjunto que participa

en un proceso de atención que aún no se conoce a profundidad y que, probablemente, se compone de muchos y diferentes pasos, decisiones, prácticas y actores; todos ellos son circunstancias y personajes reales, a los que es necesario aproximarse, estudiar y analizar para entender la percepción, la vivencia y las actitudes que se tienen en torno a los procesos de salud y enfermedad.

El mal apego y abandono de tratamientos son posiblemente aspectos superficiales de la fuerte problemática de comunicación entre médicos y pacientes. En la medida en que se entienda la percepción y se conozca su origen y la vivencia de la enfermedad mental, tanto médicos como pacientes podremos ofrecernos un mejor foro terapéutico que permita la interacción de ambos componentes de una forma solidaria y empática, traducida en una mejora en la salud a largo plazo para la persona que se siente enferma. El conocimiento y entendimiento de estos componentes subjetivos del proceso de enfermedad, no deben olvidarse en la práctica clínica y en la interpretación y análisis de los resultados de ensayos clínicos, pues los resultados de la intervención terapéutica se verán siempre influenciados por estos aspectos que solemos olvidar.

Aún falta mucho por trabajar, será necesario continuar el estudio y análisis de las vivencias de la enfermedad de todos aquellos que participamos en el complicado proceso de salud y enfermedad, para buscar y rediseñar propuestas que complementen la formación del médico psiquiatra con la intención de llevarlo a una mejor interacción con sus pacientes que, al igual que él son personas que viven, sienten y actúan dentro de una sociedad. Estos son los resultados de un primer estudio exploratorio que busca abordar la percepción de la enfermedad de los pacientes bipolares y sus repercusiones en la relación médico-paciente.

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN 50 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad en años.	35.2	13.79
Número de hospitalizaciones.	1.58	2.42
Tiempo entre el inicio y el diagnóstico en días.	674.68	928.97
Tiempo de eutimia en días.	283.52	406.77

TABLA 2. CAUSAS QUE DETERMINARON EL INICIO (DETONANTES) DEL TBP EN 50 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Familia/pareja	14	28.0
Biológico	12	24.0
Laborales/escolares	6	12.0
No sé	6	12.0
Soledad	3	6.0
Sustancias/medicamentos	2	4.0
Amigos	2	4.0
Religiosa	2	4.0
Brujería	1	2.0
Dinero/economía	1	2.0
Esotérica	1	2.0
Total	50	100.0

TABLA 3. CAUSA (ORIGEN) DEL PROBLEMA PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Biológico	15	30.0
Familia/pareja	14	28.0
Religiosa	5	10.0
Laborales/escolares	4	8.0
No se	4	8.0
Sustancias/medicamentos	3	6.0
Amigos	2	4.0
Brujería	1	2.0
Dinero - economía	1	2.0
Soledad	1	2.0
Total	50	100.0

TABLA 4. CONSEJO NO PSIQUIÁTRICO EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No, ninguno	19	38.0
Médico general	8	16.0
Psicólogo	8	16.0
Sacerdote	5	10.0
Brujo	3	6.0
Médico especialista	3	6.0
Médico tradicional	3	6.0
Curandero	1	2.0
Total	50	100.0

TABLA 5. TRATAMIENTOS NO PSIQUIÁTRICOS EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

	Frecuencia (n)	porcentaje (%)
Ninguno	28	56.0
Psicólogo	8	16.0
Médico especialista	4	8.0
Brujo	3	6.0
Médico alternativo	3	6.0
Homeópata	2	4.0
Médico general	1	2.0
Curandero	1	2.0
Total	50	100.0

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGHANWA HS. "Attitude toward and Knowledge about mental illness in Fiji Islands". *Int J Social Psychiatry* 50 (4); 361-375, 2004.
- ALBANESE MJ, et-al. "Comparison of measures used to determine substance abuse in an inpatient psychiatric population". *Am J Psychiatry* 151: 1077-1078, 1994.
- APIQUIAN R, et al. "Validez y confiabilidad de la escala de evaluación de manía". *Salud Mental* 20; 3, 23-29, 1997.

- BECH P. "Rating scales for affective disorders. Their validity and consistency". *Acta Psychiatr Scand* 64; 295, 1981.
- BERLANGA C, CORTÉS J, BAUER J. « Adaptación y validación de la escala de Carroll en español". *Salud Mental* 15(4); 36-39, 1992.
- BHUGRA D. "Attitudes towards mental illness". *Acta Psychiatr Scand* 80; 1-12, 1989.
- BHUI K, BHUGRA D. Explanatory models for mental distress: implication for clinical practice and research. *Br J of Psychiatry* 181; 6-7, 2002.
- BHUI K, BHUGRA D. Explanatory models in psychiatry. *Br J Psychiatry* 183;170, 2002.
- BIEGEL A, MURPHY DL. Assessing clinical characteristics of the manic state. *Am J Psychiatry* 128; 688-694, 1978.
- CALLAN A, LITTLEWOOD R. Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model? *International Journal of Social Psychiatry* 44; 1-11, 1998.
- CARLSON GA, GOODWIN FK. The stages of mania: a longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry* 28; 221-228, 1973.
- CASTRO R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. *CRIM-U.N.A.M.* 19-163, 2000.
- CRISP A.H. Changing minds: every family in the land. An update on the College's Campaign. *Psychiatry Bulletin* 24: 267-268, 2000.
- EISENBERG L. The physician as interpreter: ascribing meaning to the illness experience. *Comprehensive Psychiatry* 22; 239-248, 1981.
- FIRST MG, et-al. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) (User's Guide and Interview). Research Version. New York, Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute, 1995.
- FOUCAULT M. El nacimiento de la clínica, México, Siglo XXI. 1966.
- FOULKS EF, PERSONS JB, MERKEL RL. The effect of patients' beliefs about their illness and compliance in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 143; 340-344, 1986.
- GARCÍA-SILBERMAN S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública Mex* 44; 289-296, 2002.
- GOFFMAN E. Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu Editores: Buenos Aires, 1970.
- GOLDBERG JF, ERNST CL. The economical and social burden of bipolar disorder: a review. *Bipolar Disorders WPA Series-Evidence and Experience in Psychiatry*. John Wiley and Sons: UK 2002.
- GOODWIN FK, JAMISON KR. Manic-depressive illness. Oxford University Press: Washington, 1990.
- GRAF J, et-al. Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a swiss population. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (8); 542-547, 2004.
- HAMILTON M. Rating depressive patients. *J Clin Psychiatry* 41 (12): 21-24, 1980.
- HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23; 56-62, 1960.
- HORWITZ A. The reaction to mental illness. In: Horwitz A, et- al. *The Social Control of mental illness*. New York: John Willey, 85-120. 1982.
- HUICOCHEA L. Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz. Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México: México. 2002.
- JACOB KS, BHUGRA D, LLOYD KR, MANN AH. Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. *J R Soc Med.* 91(2); 66-71, 1998.
- JOEL D, SATHYASEELAN M, JAYAKARAN R, VIJAYAKUMAR C, MUTHURATHNAM S Joel. Explanatory models of psychosis among community health workers in South India. *Acta Psychiatr Scand* (2003) 108; 66-69, 2003.
- JOHANNSEN WJ. Attitudes towards mental patients: a review of empirical research. *Ment Hygiene* 53: 218-228, 1969.
- KESSLER RC, et-al. Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 155; 62-69, 1998.
- KLEINMAN A, et-al. Culture, illness and care. *Annals of Internal Medicine* 12; 83-93, 1978.
- KLEINMAN A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. University of California Press: Berkeley. 1980.
- KLEINMAN A. The illness narratives. Suffering, Healing and the Human condition. Basic Books: USA. 1988.

- KUPFER DJ, et-al. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 63; 120-125, 2002.
- KURIHARA T., et-al. Public attitudes toward the mental ill: a cross-cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 54: 547-552, 2000.
- LISH JD, et-al. The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 31; 281-294, 1994.
- LITTLEWOOD R. From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 156; 308-327, 1990.
- LLOYD K, FULLER E Use of Services. Chapter 6 in Sproston K, Nazroo J, Ethnic Minority Psychiatric Illness rates in the community. DoH. London The Stationary Office Bhui K, Bhugra D. Explanatory models in psychiatry. (2002) *Br J Psychiatry*. Aug,183;170, 2002.
- LLOYD K, et-al. The development of the Short Explanatory Model Interview and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine* 28 (5); 1231-1237, 1998.
- M.O.R.I. (Market Opinion & Research International). "Mental Health – Public Business Attitudes" En: Research project for the Mental Health Appeal. London.1990.
- MacCARTHY B. Clinical work with ethnic minorities. En *New Developments in Clinical Psychology*. Vol. II. Ed. F.Watts: Chichester. 1998.
- MacLEAN U. Community attitudes to mental illness in Edinburgh. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 23: 45-52, 1969.
- MANOHARAM E, JACOB KS, et-al. Psychiatric Morbidity, Patients' Perspectives of Illness and Factors Associated With Poor Medication Compliance Among the Tuberculous in Vellore, South India *Ind. J. Tuberculosis* 48; 77-80, 2001.
- MARTINEZ C. F. El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. *Médico moderno* XXXIV 2: 8-79, 1995.
- McCABE R, PRIEBE S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups *Br J Psychiatry* 185; 25-30, 2004.
- MEDINA-MORA ME, et-al. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26; 1-16, 2003.
- MENDOZA, Z. Enfermedad ¿para quién?. El saber popular entre los triques, en: *Nueva Antropología*, Vols. 52-53, UAM-I/GV (eds.), México, 1997.
- MENÉNDEZ E. Recursos y prácticas médicas tradicionales, en X. Lozoya y C. Zolla (eds). *La medicina invisible*, Folios ediciones: México, 1983.
- MENÉNDEZ E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales, en R. Campos (comp.). *La antropología médica en México*, Instituto Mora-UAM: México, 1992
- MORSELLI PL. Present and future of mental illness advocacy associations in the management of the mentally ill: realities, need and hopes at the edges of the third millennium. *Bipolar Disord* 2; 294-300, 2000.
- MURRAY CJ, LOPEZ AD. The Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349; 1436-1442, 1997.
- NGOMA MC, PRINCE M, MANN AH. Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania *British J Psychiatry* 183; 349-355, 2003.
- PETTERSON V, FYRO B, SEDVAL G. A new scale for the longitudinal rating of manic states. *Acta Psych Scand* 49; 248-256, 1973.
- RABKIN J. Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychol Bull* 77: 153-171, 1972.
- SACHS G, BAUER M, et-al. Rationale, design, and methods of the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry* 53: 1028-1042, 2003.
- SARTORIUS N. Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: el estigma de la enfermedad mental. *Avances en Salud Mental Relacional* 2 (2); revista internacional on-line, 2003
- SEGAL DL, et-al. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Compr Psychiatry* 35: 316-327, 1994.
- SHAW C, CREED F, TOMENSON B, RISTE L, CRUICKSHANK JK. Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general

- population survey *BMJ*. 318(7179); 302-306, 1999.
- SNOWDOWN L, YAMADA A. Cultural Differences in Access To Care *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1;6.1-6.24, 2005.
- SPITZER RL, et-al. The Structured Clinical Interview for DSM-IIIIR (SCID-I): history, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry* 49: 624-629, 1992.
- STEINER JL, et-al. A comparison of the structured clinical interview for DSM-IIIIR and clinical diagnosis. *J Nerv Men Dis* 183 (6): 365-369, 1995.
- STIP E, et-al. Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *Canadian Medical Association Journal* 164 (9); 1299-1300, 2001.
- STRAUSS A, et-al. *Chronic illness and the quality of life*. The Mosby Company: St Louis y Toronto. Pp. 11-15. 1984.
- STRAUSS A. y CORBIN J. Grounded theory methodology: an overview. En: Denzin N y Lincoln Y (eds.). *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, Sage: 158-183, 1998.
- SUMATHIPALA A, HEWEGE S, HANWELLA R, MANN AH Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka *Psychol med* 304; 747-757, 2000.
- SUPPES T, et-al. The Stanley Bipolar Foundation Bipolar Treatment Outcome Network, 2: demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 67; 45-59, 2001.
- TRIOLA M. *Estadística*. 9a edición. Pearson Educación: México. P. 22. 2004.
- VARGAS LM. *Los colores lacandones, un estudio sobre percepción visual*. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Antropología e Historia: México, 1994.
- WARSOP A, ISMAIL K, ILIFFE S. Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting *Psychology, Health & Medicine*. 9 (3); 306 - 314, 2004.
- WILLIAMS JBW, et-al. The structured Clinical Interview for DSM-IIIIR (SCID): multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 49: 630-636, 1992.
- WOLFF G, et-al. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry* 168; 191-198, 1996.
- World Bank. *World development report*. Oxford University Press: Washington 1993.
- YAGER J., et-al. Use of alternative remedies by psychiatric patients: illustrative vignettes and discussion of the issues. *American Journal of Psychiatry* 156: 1432-1438, 1999.
- YOUNG RC, et-al. A rating scale for mania. Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133; 429-435, 1978.





Simposia
Psicopatología y arte







The three steps of violence in Shakespeare's play «Titus Andronicus»

YVES THORET

In this play, William Shakespeare offers us a description of violence and I shall propose to analyse with you how this theatre performance may help us to understand better the dynamics of aggression, shame and revenge, in all times including our modern world.

I/ VIOLENCE AGAINST MEN

Titus Andronicus is a glorious general returning back to Rome after having won a ten years war against a northern community of barbarians, the Goths. Behind him, march his most prestigious prisoners, the queen of Goths, Tamora, her three sons and her lover, a Moore called Aaron. Titus himself had 25 sons, among them 21 died during these military operations. Only four of them survived and are with him. His daughter, Lavinia, comes to welcome him.

Titus is old and weary of this type of conflicts and he refuses to be promoted as Rome Emperor.

But one of his sons demands him a living sacrifice from the enemy Goth:

“Give us the proudest prisoner of the Goths,
That we may hew his limbs, and on a pile
Ad manes fratrum sacrifice his flesh.”

(1, act. 1.1.96-8).

This was not a Roman ritual, except for regicide, but Shakespeare invented it in this play, to underline this first abuse of power of the Roman army after their arrival in Rome, in spite of the supplications of the Goths queen. For him, this was a representation of the beginning decline of the Roman Empire. After this “ritual “crime, the Titus’ sons explain what they did:

“See, Lord and father, how we have performed
 Our roman rites: Alarbus’ limbs are lopped
 And entrails feed the sacrificing fire,
 Whose smoke like incense doth perfume the sky”.

(act. 1.1. 145-8)

Accepting this cruel act, the Andronici family behaves like a primitive clan, refusing the call for clemency and mercy of this prisoner’s mother. It will be the first stage of a long accumulation of aggressions, mutilations, rape, murders and even cannibalism which will ensue during the play, representing the regression of these groups to barbarity.

During a simple quarrel with his sons, Titus stabs one of them, without any regret.

These slaughters appear quite arbitrary, as if the winning warriors could not stop killing their enemies or even members of their own family, in spite of the return to peace.

II/VIOLENCE AGAINST WOMEN

The Goths are decided to take their revenge as soon as possible. Tamora is chosen as wife by the new Emperor, she becomes “the First Lady” of the Roman Empire. A festive hunting-party is organised to celebrate this wedding and the victory. During it, Tamora kills Lavinia’s husband and offers Lavinia to the sexual lust of her sons. It is now the turn of Lavinia to address to Tamora supplications to her as a woman:

“O Tamora, thou bearest a woman’s face”
 But it is not enough. She must be more insistent and offer her own life:
 “‘Tis present death I beg and one thing more
 That womanhood denies my tongue to tell.
 O, keep me from their worse-tan-killing lust,
 And tumble me into some loathsome pit
 Where never man’s eye may behold my body.
 Do this, and be a charitable murderer.”

(2. 2. 173-8).

Both the sons of Tamora rape her on the dead corpse of her husband and they cut off her hands and tongue, so that she could not accuse them.

The most impressive scene of the play is when Lavinia meets her uncle after her martyrdom. He first observes her mutilated arms:

“Speak, gentle niece, what stern ungentle hands
 Have lopped and hewed and made thy body bare
 Of her two branches, those sweet ornaments
 Whose circling shadows kings have sought to sleep in...”

He bids her to speak but obtains nothing but a flow of blood from her mutilated mouth.

He guesses she was mutilated to avoid naming her rapists and he proposes her to lend her his voice, like an Ovidian poet:

“Shall I speak for thee? Shall I say ‘tis so? “
 And he tenderly evokes the lost hands of his nice niece, her hands of harpist:
 “O had the monster seen those lily hands
 Tremble like aspen leaves upon a lute
 And make the silkin strings delight to kiss them,
 He would not then have touched them for his life.”
 Marcus understands till what dreadful pain this unspeakable grief may feel:
 “Sorrow concealed, like an oven stopped,
 Doth burn the heart to cinders where it is.”
 All the tenderness of his solicitude to share the girl’s distress is in his oath:
 “O could our mourning ease thy misery.”

(2.3.16-57).

Till the end of the play, Lavinia will remain silent, of course, expressing herself only by kisses and tears. This image is very strong for the spectators of the play and I wondered what Shakespeare wanted to express with this character. I am convinced that this handless and tongue-less victim is a physical representation of the extreme shame felt by all the victims of rape : they cannot act, nor even speak of their humiliation, of their fear, of the wild and unnatural profanation of their body and of their womanhood.

During centuries, critics have interpreted this play as a bad one, doubting of Shakespeare authorship. Since a very strong staging by Peter Brook in 1955, this ultra-violence is understood as the major post-traumatic distress for the victims of a rape.

At the end of the play, her father will evoke her shame in a dramatic logic, leading him to kill his beloved daughter. Dining with the Emperor, he asks him:

“Was it well done of rash Virginius
 To slay his daughter with his own right hand?
 Because she was enforc’d, starnd and deflower’d?”
 The Emperor answers:
 “Because the girl should not survive her shame,
 And by her presence still renew his sorrows.”
 And Titus to conclude:
 “A reason mighty, strong and effectual,
 A pattern, precedent and lively warrant
 For me, most wretched, to perform the like”
 (Unveils Lavinia)
 Die, die, Lavinia, and thy shame with thee
 And with thy shame thy father’s sorrow die.”
 (He kills her)

(5.3. 36-46).

This public assassination of his daughter is for Titus a kind of suicide, before the Emperor esteems this act “unnatural and unkind”, that is really the least he could say, but reveals to Tamora and to the Emperor that the meat they had for dinner was the flesh of the Tamora’s sons, he stabs Tamora and the Emperor kills Titus immediately.

But let us come back to an earlier period of the play

The two sons of Titus, accused of the murder of Lavinia's husband, have been condemned to death. The Roman authority pays no attention to the supplications of Titus for their life. Aaron pretends they might dismiss their execution if Titus accepted to chop off one of his hands. He does it on the stage but for nothing, because he receives back his hand and the heads of his sons. The unique reaction of his is a loud laughter: "Ha, ha, ha". He will again take his revenge, without any mercy. He invites the Tamora's sons in his home and cut their throats. He will cook their flesh and serve it to their mother and to the Emperor in a climactic banquet.

III/ VIOLENCE AGAINST CHILDREN

In this long accumulation of victims, we must not forget the children and even a baby.

The worst villain of the play, Aaron, is Tamora's lover. A nurse brings to him secretly his new-born baby, as black as his father. This is why Tamora orders him to kill the child. Aaron refuses and plans to send him to the Goths, but they are captured by the last son of Titus. This Roman wants to kill both of them immediately:

"A halter, soldiers! Hang him on this tree,
And by his side, his fruit of bastardy."

Aaron:

"Touch not the boy, he is of royal blood."

Lucius:

"Too like the sire for ever being good.
First hang the child, that he may see it sprawl:
A sight to vex the father's soul withal.
Get me a ladder..."

(5.1. 47-53)

Aaron, not absolutely bad, sacrifices his own life to obtain that his son could survive.

Aaron will be set breast-deep in earth and famished to death, and the fair body of "ravenous tiger" queen will be thrown forth for beasts and birds to prey. But still this may leave a certain possibility of redeeming:

"Her life was beastly and devoid of pity,
And being dead, let birds on her take pity"

(5.3. 198-9).

IV/ THE INFLUENCE OF EURIPIDES AND SENECA

In this play, we may observe with Robert MIOLA, two main references to Senecan tragedies.

The first one is Thyestes

In this myth, Atree, takes a cruel revenge against his brother Thyestes, who seduced his wife. He invites him to a banquet and serves a roast-meat prepared with the flesh of his three sons, showing to his guest the hands and feet of his sons after he ate them.

We can observe as well that the death penalty chosen against Aaron in Shakespeare's play, being starved to death, recalls the everlasting punishment of Tantalus, Thyeste's and Atree's grandfather.

The second one is Hercules in fury

This tragedy written by Seneca in Latin is issued of the Euripides' play, Heracles' madness.

Heracles, whose name means "Hera's glory" is protected and persecuted by his father's wife, Juno. When the mortal mother of Heracles abandons him, he is saved by Juno who gives him her milk. But, as it was a bit sour, the baby rejected it strongly in the sky and this was, said the Greeks, the origin of the stars called "the milky way".

In Titus, when Lavinia resigns herself to admit that Tamora and her sons share the same cruelty, a tiger's wilderness, she evokes their mother's milk:

"When did the tiger's young ones teach the dam?
O, do not lean her wrath: she
The milk thou suck'dst from her did turn to marble,
Even at thy teat thou hadst thy tyranny;
Yet every mother breeds not sons alike
Do thou entreat her show a woman's pity".

(2.3. 142-7)

In Seneca's play, Juno leads Hercules to madness when he comes back from his last journey, in the realm of the dead, to capture the hell-hound dog, Cerbere. The description of this dead land, is very close to the landscape described by Shakespeare as the forest where Lavinia will be assaulted.

Whereas Hercules was often away from home, the new tyrant of the town of Thebes, decided to kill all Heracles' family, wife, children and father. Fortunately, as in all peplum films, Heracles the hero came back just in time to take the defence of his family and kill his enemy.

Unfortunately however, when he decided to celebrate his victory by a sacrifice to the Gods, he neglected to wash his hands, polluted by the blood of the tyrant. So, the savagery of real war polluted the sacred symbolic sphere of the religious ritual of sacrifice. Hera sent against him the goddess of Fury. Under this violent influence, Heracles was convinced that his sons and wife were his rival's family, in a sort of delirium state. He killed his sons and wife with the same skill, as when he was braving the monsters he had to destroy. So, it appears that this accumulated violence spread inside him as a sort of narcissistic identification to these dangerous beasts and monsters. Once his access of fury ceased, the Latin says "Furor", he realised tragically what he had done but it was too late. The confusion between good and Evil was extreme. In Titus, we can observe that the sacrifice of Tamora's son, in the first scene, renews this dramatic confusion between love and hate, between Good and Evil.

In his play, Shakespeare quotes a Latin formula: *Sit fas aut Nefas*, "be it right or wrong" (1. 1. 633), when under the influence of an ardent desire, of revenge for instance, a man cannot any longer distinguish between right and wrong. So, actually, the fetichism of ultra-violence leads to the absolute destruction of this distinction between Good and Evil.

The category of "Furor", this fury is not a mental disease called by the Latins "insania". For Cicero, the "furor" may appear after an excess of wrath (*iracundia*), of fear (*timore*) or

an excess of pain (dolore), all these affects give rise to “furore”. It drives the subject to behave against the laws of the society, “not by perversity or weakness, but by accident” (F. Dupont). Fury is a madness of moral solitude. The French Director Daniel Mesguish presented a performance of Titus as a tragedy of incommunicability between the humans.

In the play, Titus acquires some humanity only when he takes into account the dramatic outbidding of revenge and violence between Tamora’s family and his own one. But once this spiral of destruction is at work, it is nearly impossible to stop it and to restore peace.

The Shakespeare’s characters are never completely bad, (and as well never completely good) and even the worst of them, Aaron sacrifices his life in order to save his child. In Seneca’s play, Hercules, depressed and furious against himself, is taken in charge by the therapeutic support of his father Amphitryon and of his friend Theseus. The Ancient called this form of psychiatric care “Prosedria”. In the Shakespeare’s play, Titus is drawn back to humanity by the warm support of his brother Marcus, his daughter and his last son Lucius, the light. The moral message of these authors is to accept our destiny with its good and bad aspects and to resist to violence, madness and fury.

BIBLIOGRAPHY

- Bradbook M.C. Shakespeare’s recollections of Marlowe; in Shakespeare’s styles, essays in honour of Kenneth Muir. Edwards P. (ed.) Cambridge: Cambridge University Press; 1980. (pp. 191-204).
- Cupa D; Tendresse et cruauté; Paris : Dunod, “ psychismes”; 2007.
- Dupont F. Les monstres de Sénèque. Paris, Bruxelles : Belin ; 19958.
- Fassin D, Rechtman R. L’empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime. Paris : Flammarion ; 2007.
- Jones E. The origins of Shakespeare. Oxford: At the Clarendon Press; 1977.
- Jones-Davies M.T. Victimes et rebelles: l’écrivain dans la société élisabéthaine. Paris : Aubier-Montaigne ; 1980.
- Miola R.S. Shakespeare’s ancient Rome: difference and identity. in Hattaway M. (ed.) The Cambridge Companion to Shakespeare’s History Plays. Cambridge University Press; 2002. (pp. 195-213).
- Pigeaud J. La maladie de l’âme. Paris : Les belles lettres ; 3rd ed. 2006.
- Sénèque. Hercule Furieux in: Sénèque, Tragédies, tome 1, Paris : Les belles lettres ; 2002.
- Shakespeare W. Titus Andronicus. Ed. by Bates J. The Arden Shakespeare. London: Thomas Learning; 2006.
- Shakespeare W. Titus Andronicus. French translation by Richard J.P., presentation by Peyré Y. in Tragedies, vol. 1, Oeuvres complètes. Paris: Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade; 2002.
- Shakespeare W. Titus Andronicus. Edited by Hugues A. . Cambridge: Cambridge University Press, the new Cambridge Shakespeare; 2006.



A pesar de la adversidad: Martín Ramírez y su arte

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

Quisiera compartirles un descubrimiento para mí reciente pero que en realidad tiene ya bastante tiempo de ser conocido; ayer el profesor Bruno Estañol me comentaba que me enviaría un ensayo de Octavio Paz sobre Martín Ramírez, pero yo hasta apenas el año pasado descubrí este personaje interesantísimo que encaja completamente dentro del tema del congreso: cultura y psiquiatría.

Este personaje nace en Jalisco en 1885 y muere en California en 1960. Quisiera darles el contexto histórico cultural, seguramente para nuestros colegas de aquí esto no es novedad, pero para muchos otros visitantes vale la pena que sepan en dónde estamos situados.

Martín Ramírez nació a las 3 de la mañana del 30 de enero de 1895, hijo de Gertrudis Ramírez y Juana González, Gertrudis Ramírez era el padre; en México hay algunos nombres que simultáneamente pueden ser masculinos y femeninos como por ejemplo, Guadalupe, hay hombres que se llaman Guadalupe, él era Gertrudis Ramírez. Martín nació en una comunidad rural pequeña denominada Rincón de Velázquez que ahora forma parte del municipio de Tepatitlán, una ciudad a unas 40 millas al este de Guadalajara. Tepatitlán esta localizada en el centro de los Altos de Jalisco, una región del centro occidente de México caracterizada por la predominancia cultural de una población criolla que reclama sus raíces españolas sobre cualquier otra de origen indígena prehispánico. Mi abuela era de los altos de Tepatitlán y siempre a los familiares que tenían los ojos azules era a los que más apreciaba. En su familia había aprendido precisamente esa forma criolla de pensar.

La región de Los Altos no experimentó con la misma intensidad el proceso de mestizaje entre los nativos y los españoles, característico del México central, esto explica por qué el regionalismo cultural inherente a esta área ha tenido más conexiones con España y el mediterráneo que con la herencia local prehispánica. También existen algunos mitos de origen en la región de Los Altos. Ellos se consideran de origen francés, pero en realidad el origen es español, de Ávila es de donde viene la población mayoritaria de Los Altos de Jalisco. El 31 de enero de 1895 el papá de Martín Ramírez llevó a su recién nacido a San Francisco de Asís, la parroquia central de Tepatitlán, para que lo bautizaran; deben haber salido de Rincón de Velázquez, el ranchito donde vivían, demasiado temprano ese día porque a las 11 de mañana ya lo estaba n registrando ante las autoridades civiles después de haber hecho lo propio con las religiosas; la urgencia para bautizar a Ramírez, menos de



Martín Ramírez en el hospital en 1952.

un día después de su nacimiento, es un indicativo de la profunda religiosidad de su familia y también refleja la ansiedad por la alta tasa de mortalidad infantil de la región en aquella época como resultado de gastroenteritis y de las infecciones pulmonares que prevalecían. Esta religiosidad todavía persiste en nuestra región.

En el mundo cultural en que Ramírez nació, la muerte de un infante era considerada más trágica si el niño no había sido bautizado, se podían morir pero bautizados y no había problema. El nombre: Martín, tampoco era asunto discutible, de acuerdo a las costumbres los bebés recibían el nombre del santo que les correspondía en el calendario católico según su fecha de nacimiento; eso puede también explicar el nombre del padre, Gertrudis. Ramírez era el más joven de una familia de 8 hijos y su padre era mediero, es decir rentaba la tierra de algún poderoso hacendado, la sembraba y compartía los resultados de esa siembra. Trabajó en una hacienda llamada Hacienda de los Aceves. A pesar de sus pobres orígenes, Martín Ramírez no era completamente analfabeto, no había escuelas, (como tampoco hoy tenemos suficientes) pero el padre era alguien que sabía leer y escribir y les había enseñado a los miembros de la comunidad del Rincón de Velázquez, (como si fuera una profecía para nuestro personaje: Rincón de Velázquez y luego se va a Sacramento, la religión y el arte están ahí muy bien vinculados). Entonces no era completamente analfabeta, sabía leer y escribir y eso, para un rancharo, era una ventaja en la época, era una persona impregnada por la cultura del rancharo; una cultura fuertemente patriarcal.

Martín Ramírez era un hombre de a caballo, tenía su caballo y cargaba pistola, evidentemente, un símbolo de masculinidad del sistema patriarcal en el cual estaba viviendo. —símbolo que también quisimos reflejar en la portada que está en todos los documentos del congreso, son una pareja de la ciudad de Ameca, Jalisco. Se hizo un concurso de fotografía y esta fotografía destacó y la escogimos para mostrar un poco de nuestra cultura al mundo. Allí ven al hombre sentado tranquilamente como si fuera él el que manda, mientras que la mujer solamente con la mano sobre el hombro lo está controlando, esa es la cultura patriarcal de la que estamos hablando... la cocina es la que finalmente decide-.

En ese medio ambiente Martín Ramírez compra un pedazo de tierra a crédito, un pedazo no muy grande pero que era demasiado para poder pagarlo, lo empieza a trabajar, a cultivar pero las cosechas no fueron suficientes para poder cubrir estas deudas; afortunadamente también tenía crianza de animales, de vacas (por cierto, tenía una vaca muy famosa con unas ubres impresionantes, que permitían alimentar a toda la familia.) Entonces tuvo que pensar en otra forma de sobrevivencia. En aquella época estaba expandiéndose el American South West, estaban construyendo los rieles del ferrocarril y eso había atraído a muchos trabajadores mexicanos que iban para construir esas vías del tren; se iban a El Paso, Texas y de ahí empezaban a contratarse en San Antonio, abordaban trenes de San Antonio hacia California, hacia Kansas, hacia Illinois. A él le tocó ir hacia California. Viene después el fenómeno de la Primera Guerra Mundial, en donde se exige la presencia de muchísimos trabajadores mexicanos, en ese momento bien vistos porque habían emitido una ley en contra de la inmigración asiática; esto, por supuesto fomentó el aumento de la inmigración hacia los EUA de personas de Los Altos de Jalisco. En agosto de 1925 dejó a su esposa y a sus hijos con su hermano Atanasio, nombre que significa sin muerte. Cuando Martín se fue no sabía que su esposa estaba embarazada, no conoció a su hijo en persona, solamente mediante una fotografía.

Aquí tenemos a la familia de Martín Ramírez y esta es la hija más joven, que después

veremos que se parece a la protagonista de muchas de las pinturas que él hizo, esta es la familia, la foto que le envían a él, están todas sus hijas y el último fue Candelario que no conoció directamente más que por fotografía.

En agosto de 1925 deja a su familia y empieza a desempeñarse en diversos oficios en los Estados Unidos, en la compañía de trenes, como ya dijimos, de minero también y durante 5 años envió periódicamente dinero. Sabemos que esta es una de las grandes industrias modernas, la cantidad de remesas que envían los inmigrantes mexicanos o sudamericanos a sus respectivos países, eso permite aliviar mucho las economías nuestras. Sus planes se interrumpieron por la rebelión cristera, era una tragedia y por la crisis de la caída de la bolsa en Wall Street. El primer evento que alteró su tranquilidad fue que, en enero de 1927, los pueblos en los cuales estaba la pequeña tierra de Ramírez, incluyendo el pueblito donde estaba su familia, quedaron atrapados en la rebelión cristera; conflicto que duró de 1926 a 1929. Los ejércitos federales contra los representantes de la iglesia y los múltiples feligreses que sacrificaban sus vidas por defender su religión, (por



Familia de Martín Ramírez, 1928. De izquierda a derecha: Teódila, Agustina, María Santa Ana, Candelario y Juana

defender el “Santuario de los Mártires”, actualmente es eso precisamente la continuación de tal gesta). Un amigo de su familia, Nabor, había sido acusado de ser espía de los cristeros y escondió su caballo en el rancho de Martín Ramírez, fue la catástrofe por que entonces llegaron los federales arrasaron con todo, destrozaron su rancho, le quitaron todo lo que tenía y obligaron a su amigo Nabor a que se convirtiera en federal; el hermano es salvado milagrosamente por la esposa de Martín Ramírez que se hace pasar por esposa de Atanasio y de esta manera logran salvar la vida. Atanasio después le enviara una carta. Atanasio no sabía escribir, a duras penas lo hacía y le envía una carta a Martín Ramírez para explicarle lo que había pasado, seguramente ya para entonces Martín Ramírez estaba en una crisis paranoica porque malinterpretó por completo la carta pensando que su misma esposa se había ido con los federales y esta era una afrenta mayor a cualquier cosa, dada su religiosidad, de tal manera que en ese momento hay una ruptura total con toda su familia, incluso le pide a su hermano que le quite sus hijos a su esposa por haberse ido con los federales lo cual por supuesto era falso. Para entonces empieza a constituirse un problema en los Estados Unidos, el problema de la inmigración, y empiezan a deportar a todos los mexicanos, ya no los necesitaban y los empiezan a deportar, él se oculta, se queda por allá aunque se ignora cómo sobrevivió durante esa depresión económica. Sabemos de él hasta enero 9 de 1931, en que la policía de San Joaquín, en California lo lleva al hospital estatal de Stockton, una institución psiquiátrica atestada de pacientes -igual que están ahora-, donde se le diagnosticó primero como maniaco depresivo. Oficialmente se refiere que inicialmente estuvo hospitalizado por estar confuso, por ser incapaz de cuidarse a sí mismo, por volverse “loco furioso”, por estar inquieto, violento, peligroso, destructivo, excitado y deprimido; por supuesto que aquí entra también la sensibilidad cultural en el diagnóstico, no me interesa el diagnóstico de Martín Ramírez, me interesa el artista, pero es evidente que no supieron atenderlo, que no supieron ofrecerle una respuesta sensible culturalmente; que si aplicaron estos diagnósticos quizás estaban equivocados, después se convirtió en un esquizofrénico deteriorado, sin remedio, según los diagnósticos del próximo hospital en el que estuvo, pero creo que no había una



Agustina (1950), la hija más joven de Martín Ramírez

posibilidad clara de comprender lo que le pasaba al paciente y menos aun por que era alguien que no hablaba inglés y que estaba mutista la mayor parte del tiempo.

Estuvo cinco años en ese hospital, se escapó varias veces pero regresaba pues no tenía más a donde ir, volvía después de varios días que no había comido ni dormido bien y regresaba a su mismo hospital; finalmente lo diagnosticaron como paciente con demencia precoz catatónica y ya que se clasificó como incurable quedo irremediamente atrapado en el sistema estatal psiquiátrico de California, donde vemos que había fuertes barreras culturales y de lenguaje así como este racismo contra los inmigrantes mexicanos.

Treinta y dos años, casi la mitad de su vida, estuvo Martín Ramírez recluido en hospitales psiquiátricos. Viene un evento significativo en 1948, por dos circunstancias, una, porque estaba envejeciendo, y otra, por que tenía tuberculosis, veremos que gracias a eso empieza a proliferar la obra del artista. Por las dos circunstancias citadas lo transfieren al hospital estatal de DeWitt cerca de Sacramento. Ahí, es descubierto por un artista y profesor en arte, doctor en psicología, el Dr. Tarmo Pasto, de origen finlandés y norteamericano, de segunda generación de finlandeses, él empieza a admirar y contemplar con fruición la obra de Martín Ramírez y empieza a proponerle la posibilidad de hacer exhibiciones. Es Pasto quien le lleva el material mismo que ha de utilizar en sus pinturas, inicialmente utilizaba pedazos de papel, pedazos de bolsas de envolturas de comida, todo lo reunía, incluso lo mezclaba con saliva, con avena, con flemas, lo que tenía en su entorno. Con lo que alcanzaba a recolectar era lo que utilizaba para sus dibujos hasta que Pasto empieza a proveer de material que pueda enriquecer su producción artística.

Algunas notas periodísticas recientes, publicadas debido a la exposición que se hizo en el museo de arte popular Americano de New York de enero-mayo 2007, mencionan:

Previo a esta relación, algunos dibujos de Ramírez fueron desechados por personal del hospital que creía estaban infectados por la tuberculosis que padecía, mientras que otros los escondió el artista debajo de su colchón.

Esto explica el aspecto arrugado de sus obras, grandes tapices hechos con retazos de envoltorios de caramelos, sobres, hojas de periódicos y de revistas y papel para camillas de hospital pegados con una cola especial a base de patatas, pan y saliva.”

“Sobre este improvisado soporte, y utilizando lápices de colores y a veces “collage”, Ramírez construyó un lenguaje simbólico de vírgenes, jinetes, trenes y túneles que expresa su condición de inmigrante pobre confinado en un asilo psiquiátrico.

El hospital de DeWitt era un hospital militar que utilizaban para los soldados que volvían de la Segunda Guerra Mundial, pero luego lo compró el gobierno de California y a partir de 1950, se convirtió en un hospital sobrepoblado.

Hay varios expertos de arte, varios historiadores, varias personalidades que se involucran en su vida y que permiten entonces que se vaya conociendo la obra de Martín Ramírez. Recordemos el título de una exhibición en el Mills College Museum of Art en Oakland, California, “el arte de un esquizofrénico”.

Hasta después de 26 años de estar recluido recibe una visita de un familiar. En enero 6 de 1952 viene su sobrino José Gómez Ramírez y parece que si tuvo una entrevista profunda con él, de varias horas y por supuesto que si hablaba, aquí fue donde se rompió ese mutismo que señalaban de esta persona.

Ya con estos antecedentes vamos a mostrar algunas de sus obras exhibidas el año pasado en New York. Algunos de sus críticos hablaban de que era arte abstracto, arte naive, arte marginal, en fin. De los casi 300 dibujos que realizó hay también un elemento de aculturación interesante, trae toda su cultura ranchera, machista de Los Altos de Jalisco impregnada con un fuerte catolicismo, aunque también empieza a recibir, en esos hospitales donde estuvo recluido, una cantidad innumerable de revistas con las cuales hace collages. La portada de una de esas revistas, que decía cómo dibujar, la incluye en la serie de los trenes, vemos que en su obra predominan los trenes, los rancheros a caballo y algunos paisajes. En un “sin título” es evidentemente un caballo jinete, se comenta también que algunos de estos jinetes tienen una indefinición sexual, no se ve claramente si son mujeres, pareciera como si estuviera recordando a su esposa, o a su hija, como si la temporalidad de nuestro personaje hubiera quedado atascada, como si fuera una temporalidad de depresivo más que de esquizofrénico.

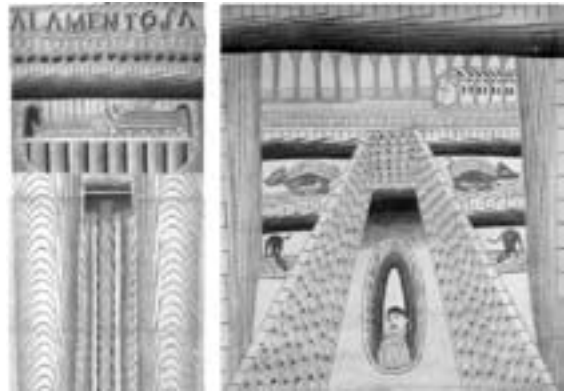
Vemos al centauro del norte, a Pancho Villa, que quizá le haya recordado esta forma de dibujar, hay unos más logrados que otros pero todos tienen un parecido una similitud constante.

Empieza a revolver o combinar los elementos de las revistas que recorta. También era alguien que le gustaba bastante la cacería y eso también lo refleja en sus pinturas.

Mezcla muchas cosas, es muy interesante, los paisajes, retoma mucho también las iglesias, está la parroquia donde fue bautizado, San Francisco, así como la del Señor de la Misericordia y la Virgen del lugar, que es evidentemente, la que va a colocar en las siguientes pinturas o dibujos de madonas.

De repente hay algunas obras que parecen serpientes. Está la titulada: “Alamentosa” yo me imagino que éste es un neologismo por que no encontré si era un lugar o una persona pero es una interesante expresión pictórica.

También que retoma mucho los motivos de la cerámica. En sus pinturas manifiesta plenamente su ansiedad, su angustia, ignoramos realmente el diagnóstico, tampoco nos preocupa. Lo que nos interesa fundamentalmente es compartir con ustedes la historia la vida y la obra de este personaje singular que sin lugar a duda dará mucho de qué hablar y se seguirá escribiendo mucho sobre él.



Aspectos de la obra de Martín Ramírez

BIBLIOGRAFÍA

Brooke Davis Anderson. Martín Ramírez. Marquand Boos Seattle in association with the American Folk Art Museum New York. 2007.





Simposia
Psiquiatría cultural en Brasil, Perú y Chile







Considerações etnopsiquiátricas sobre o tratamento dos curandeiros.

Tratamento realizado por curandeiros de diversas considerações religiosas e a importância de sua compreensão por profissionais de saúde mental

MARCOS DE NORONHA

INTRODUÇÃO

Convencionou-se que crença e ciência não combinam, mas como esta mesma ciência encara o fato de que a fé contribui efetivamente para a cura de diversos males? Neste momento em que eu escrevo estas palavras um pastor, um pai de santo, um frei católico ou um pajé estão realizando uma ação de cura. Alguns deles estão atendendo um paciente desenganado pelos médicos chegando para o atendimento, quase que sem esperança, como último recurso a ser tentado.

Embora não seja muito diverso de como acontece na escolha de um profissional de saúde, onde a indicação de que “esse médico é bom” contribua para o tratamento e adesão do paciente, assim também acontece na indicação do curandeiro. Em relação aos curandeiros, eles não são treinados numa escola e aprovados pelas regras dessa instituição. O que vale mais são as repercussões sociais de sua ação. Esta repercussão define a competência do curandeiro onde o que mais vale é o seu poder, sua fama, as evidências de sua cura nos testemunhos dos doentes e o reconhecimento pelo grupo social dos seus atos. O curandeiro, mesmo de diversas origens, é determinado quando está atuando, comunga com seu conhecimento técnico, tem carisma e poder de persuasão. Uma dose de vaidade, às vezes parece ser excessiva em alguns, assim como a satisfação em ver os resultados de sua ação que consolida o seu status. Não há resultado algum de sua ação se o seu ambiente não colaborar, como por exemplo, a maneira como aquela sociedade valoriza o seu trabalho. Muitas vezes ele está no sentido inverso do que pensa a maioria e é atacado e hostilizado, mas é protegido pelo reconhecimento dos que tiveram seu benefício. Quando o curandeiro é atacado pela sociedade, muitas vezes, essas ações hostis reforçam seu papel e intensifica sua ação em busca de mais resultados para calar a boca dos agressores. Ele próprio, curandeiro, acredita e sustenta sua ação com sua crença. Enquanto que o psiquiatra se apega, por exemplo a uma teoria das ações dos inibidores seletivos da recaptação de neurotransmissores, já provados pelos métodos científicos, o curandeiro acredita na força divina, numa energia, numa alma, reconhecido por sua doutrina, como verdadeiros catalisadores do fenômeno de cura.

Psiquiatra Titulado pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina.

Psicoterapeuta e Psicodramatista reconhecido pela FEBRAP,

Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Cultural, Membro da Associação Mundial de Psiquiatria Cultural e da Seção de Psiquiatria Transcultural da Associação Mundial de Psiquiatria

CONTEXTO SOCIAL E A NATUREZA DA DOENÇA

Devido ao deslocamento migratório das populações humanas, cada vez mais intenso, as sociedades modernas vão se tornando policulturais. Em consequência disto é que nos deparamos com indivíduos que, embora inseridos em nossa sociedade, suas dificuldades lingüísticas e culturais, dificulta-nos compreendê-los e encontrarmos sentido lógico para seus sintomas e modo de vida. Desprezamos totalmente seus valores e submetemo-lo a um tratamento numa linguagem própria ao nosso meio social, que só nós sabemos como decodificá-la. Tanto o paciente, como sua família, não são incentivados a participar no processo de recuperação de forma ativa, ficando o problema na total dependência do direcionamento dado pelo profissional, que via de regra não dispõe de tempo adequado para dedicar-se ao enfermo.

A natureza complexa que envolve a doença mental não pode deixar de ser abordada durante a formação do profissional de saúde. Sem essa consciência não poderíamos suprir as necessidades mínimas para um verdadeiro trabalho de restabelecimento do doente. Desde tempos remotos, filósofos e médicos estudiosos do comportamento psicobiológico do homem alternavam teorias que uma vez deslumbrava melhor os componentes desse comportamento e outras vezes a função do contexto. Concepções naturalistas e objetivas se alternavam com concepções espiritualistas ou subjetivas a respeito do homem. Com o desenvolvimento da ciência o experimento para comprovar a verdade passou a ser fundamental. A título de um exemplo, Wilhelm Wundt (1832 – 1920), médico, psicólogo e filósofo alemão instalou o primeiro instituto de psicologia experimental. Porém, mesmo considerando o lado científico, dependente do poder de comprovação inerente a este método, este professor de grande poder de influência nas universidades onde lecionou não perdeu a dimensão cultural da psicologia. A ele se atribui ao aparecimento em 1900 da Etnopsicologia, ou psicologia do povo (*völkerpsychologie*) (Hollweg, 2005). Hoje a Etnopsiquiatria, mais recentemente denominada Psiquiatria Cultural chama a atenção para os componentes socioculturais em torno do doente mental e reconhece que no decorrer desses anos, este foi subjugado por uma visão reducionista de seu problema (Collomb, 1975).

○ PAPEL DO CÉREBRO HUMANO

Para entendermos a ação dos curandeiros que não se utilizam necessariamente do poder químico de um remédio ou da ação mecânica de suas intervenções é importante entrarmos no terreno dos estudos sobre a mente. Qual o papel do cérebro humano na produção da doença e sua cura? O que transcende esse órgão e se desloca no espaço, não importando a distância e até mesmo o tempo? Como funciona a mente humana? As experiências parapsicológicas relacionam os fenômenos, como casa mal assombrada, a ação de uma determinada pessoa e em determinadas condições, mas não a casa em si. Retira-se essa pessoa daquele ambiente, ou modifica as condições da pessoa, muitas vezes em conflito emocional e os fenômenos desaparecem (Grisa, 1996). Ou seja, os milagres e as ações dos curandeiros é um fenômeno humano, proporcionado por nossa mente e não ainda compreendidos e mensurados pelos recursos da ciência? Ou então é um fenômeno proporcionado por Deus ou ancestrais, em forma de espíritos, que canalizam sua ação através do homem?

A Psiquiatria Cultural tenta reconciliar conhecimentos atuais da ciência e os fenômenos

de cura no terreno místico. Estuda a permanência, no decorrer da história, da necessidade e capacidade de crer do homem e as modificações que esta ação provoca em seu cérebro. Mesmo o sacerdote, ele é preparado antes de estar autorizado em seu ofício. Nesta preparação sua própria crença é consolidada, além dos conhecimentos que deve ter para exercício de sua função. A preparação ritualística do sacerdote, em diversas religiões ou seitas, mostra a função do ritual como fornecedor ao grupo e ao próprio aspirante, dos elementos necessários para sua nova atividade. Vejam a preparação de pais e mães de santo num ritual de Umbanda no sul do Brasil, o batismo numa igreja evangélica, a ação de um curandeiro famoso em sua casa de cura e os antecedentes que sustentam a ação de um frei da Igreja Católica.

Dogmas tão diversos, uns dos outros, levam diferentes pessoas ou culturas a crerem. Muitas vezes essas crenças são impostas em pequenas comunidades ou em todo um país. Mesmo com o passar do tempo, no relaxamento da ação opressora, a fé original retoma seu lugar. Ela estava guardada na mente que só se realimentava em ações secretas de evocação. As crenças, muitas vezes se mantêm num anacronismo evidente com a nossa razão ou diante das descobertas do mundo moderno com suas novas máquinas de medirem a verdade. Quando estive em Beijim (Pequim), China, por ocasião do Primeiro Congresso Mundial de Psiquiatria Cultural em agosto de 2006, jovens psiquiatras, que cresceram sob a repressão que o regime comunista impunha sobre qualquer religião, me contaram que em muitas casas haviam altares dedicados a Mao Tse Tung.

As ações de curandeirismo, onde a cura parece ser milagrosa, despertam evidentemente suspeitas. A primeira de charlatanismo, truque, mágica e a conseqüente persuasão dos participantes. Nestes, a vontade e a necessidade de crer no poder do curandeiro inibiria uma avaliação mais racional do ato, não perceberia o truque e confirmaria o mito curador. Uma outra explicação para as ações de curandeiros e cirurgiões espíritas é que se trata de hipnose, muito bem analisadas pelo antropólogo Sidney Greenfield (1999) no Brasil.

A hipnose, então, é relacionada a duas independentes características: 1) um estado de alta sugestionabilidade; e 2) o modo de provocar a indução. A sugestionabilidade hipnótica se refere tanto a um traço ou capacidade pessoal, quanto ao estado no qual o indivíduo aceita como verdade, com graus diferentes de intensidade ou de receptividade, a informação apresentada de um modo particular e em condições particulares. O hipnotismo depende do estabelecimento de uma relação especial entre o hipnotizador e o sujeito ou cliente chamado “conexão hipnótica”. Duas outras características ou condição também são consideradas críticas: 1) a propensão fantasiosa do sujeito – a sua capacidade de imaginar e acreditar no que imagina; e 2) a capacidade de concentrar a própria atenção (absorção). (Greenfield, 1999: 133).

Considerando o que conhecemos sobre hipnose e as condições necessárias para seu estabelecimento, as diversas cirurgias espirituais analisadas não ofereciam condições para tanto. Quem sabe possamos explicar estes fenômenos como se tratando de um transe religioso. O transe religioso é um fenômeno comum nas sociedades humanas, muitas vezes realizado de forma sistemática e controlado. Ou seja, a ação é ritualística levando os participantes a entrarem num estado modificado de consciência, tornando-os propensos a aceitarem a sugestão, ou alterarem de forma incomum suas lesões e seus sintomas. Novamente, continua sem explicações como isto acontece com pessoas vindas de origens diversas, com diferentes credos, mesmo que o contexto cultural brasileiro, que também não é uniforme, tenha disposição em permitir possessões.

Alguns autores afirmam que, o que os curandeiros curam, não são exatamente doenças, mas sim, enfermidades. Diferenciam doenças de enfermidades sendo que a primeira é realmente um mau funcionamento biológico, fisiológico e psicológico, enquanto que a segunda trata-se de um mal, interpretado pelo indivíduo dentro de um determinado contexto cultural. Os exemplos apresentados neste trabalho mostram que não se tratam de cura de apenas enfermidades, mas de quadros, muitos deles, diagnosticados por médicos. São resultados que dificilmente poderia explicar através do resultado de hipnose ou persuasão, mesmo reconhecendo que no relaxamento os pacientes alteram seu estado imunológico com a diminuição dos hormônios estressantes. Mas como explicar, através da hipnose, se muitas vezes o paciente é uma criança, totalmente alheia a intenção da mãe que a trouxe ao curandeiro e mesmo assim não demonstrando sentir nenhuma dor quando este começou a lesar suas costas com uma serra elétrica. O transe, ou a hipnose seriam ações suficientes para eliminar a dor de uma intervenção cirúrgica tão grosseira? Em transe ou hipnotizado o paciente poderia enfrentar o risco de contaminação das mãos do cirurgião, que sem lavá-las, vai passando de um doente para outro? Porque a cicatrização do corte ocorre de forma atípica e acelerada no paciente submetido a este tipo de cirurgia? O que determina a aceleração da convalescença do paciente ou sua cura? Qual elemento parece estancar o sangue das incisões quando nenhum procedimento de cauterização é utilizado?

AS GRANDES CIVILIZAÇÕES

As sociedades vão se expandindo e com ela cresce a necessidade de uma maior organização. As mais organizadas eram as que tinham tempo e tecnologia para produzir alimentos, formar seus exércitos e dominar outros povos visando poder e riqueza. Diamond, (2001) ganhador do prêmio Pulitzer, atribuiu a vitória dos Europeus sobre os índios da América do Sul, pelo fato dos germes europeus serem mais letais que os dos próprios índios. Já o biólogo americano David Wilson, da Universidade de Bringhamton, atribui a criação dos deuses a necessidade da sociedade controlar os seus cidadãos. De novo a ciência com sua tecnologia contrapondo o que antes era controlado por deuses. Hoje câmeras fotografam seu carro ultrapassando sinais vermelhos, em plena cidade deserta numa madrugada, por exemplo. Você é localizado se rastreamos seu celular, sua casa pode ser observada se fizermos um zoom nas imagens por satélites. Hoje, quem lhe olha lá de cima já não é mais, ou tão somente, Deus.

Se formos considerar a evolução biológica e compararmos com a cultural, ambas se voltam para o melhor funcionamento de todo o grupo. Mesmo que o homem procure tirar vantagens de seu grupo, este movimento se alterna com outro, que tenta controlar essas ações em nome de todo o grupo, prejudicado pelas vantagens de alguns. A ética é uma questão séria em muitos países do nosso mundo moderno. Para mudarmos o comportamento humano a ação é complexa, indo desde medidas repressivas sobre os infratores como ao incentivo a ser bom, honesto, altruísta. A sociedade, depois de contagiada pelo poder e riqueza, tem sérias dificuldades em reconhecer o valor do ser. Diante do temor a Deus e a justiça o homem se contém, mas cada vez mais acreditamos burlar o poder divino, como conseguimos também dar um jeitinho de não irmos para a cadeia numa sociedade onde o núcleo familiar e comunitário é fragilizado. Numa comunidade íntegra ninguém fica no anonimato, as ações são coletivas e a ação de reparação implica todo o grupo. Na nossa, individualista, observa

o crescimento epidêmico das doenças mentais e quanto mais desenvolvida a nação maior também é a dificuldade de tratamento.

O que podemos aprender a partir das ações desses curandeiros, que parecem abordar de forma ampla seus pacientes, atingindo a pessoa, seus valores, seus pecados envolvendo também a participação de todos que estão a sua volta? Considerando o crescimento epidemiológico da doença mental, a incongruência entre progresso e saúde e a ineficácia do tratamento médico no campo da psiquiatria, apesar do aprimoramento tecnológico para diagnóstico e a descoberta de novas drogas, será que o estudo de sociedades tradicionais poderia nos dar a resposta sobre o que foi deixado para traz.

Dentre as técnicas de psicoterapias, algumas são realizadas em grupo e algumas delas tentam resgatar a atenção dos participantes para os seus semelhantes. Simplesmente a criação de um espaço de escuta e acolhimento já provoca nos participantes um conforto. Este, no seu dia a dia em casa ou no trabalho, já perdeu os vínculos necessários para a comunicação de suas emoções. A vida atribulada leva o homem a um isolamento emocional, onde apenas o que se pensa, ou a notícia do meio de comunicação massiva é a moeda de troca. Somos levados a proteger nossa aparência, para não darmos sinais de fraqueza numa civilização que não perdoa: exclui os mais fracos. Na Terapia Social, técnica que me utilizo e que se baseia no modelo tradicional, os participantes são incentivados a se exporem e reconhecer que isso é necessário para nossa saúde e perfeitamente possível se alterarmos nossas expectativas em relação a nós mesmos e aos outros.

OS CURANDEIROS

Eles existem desde tempos remotos. Embora tenham característica tão diversa quanto a diversidade cultural, também têm recursos comuns para sua atuação. Utilizam-se de magia e conhecimento empírico. Os doentes para se curarem fazem promessas, participam de romarias, visitam santuários especiais, procuram benzedoras ou visitam feiticeiros, curandeiros. Um empresário catarinense sofredor de doença cardiovascular e psiquiátrica grave diz ser devoto a madre Paulina e leva sua imagem quando viaja, acredita no poder da fé, desde que venha de Deus ou por ancestrais considerados santos. Não acredita em ritos ou no poder de espíritos que incorporam o homem nos rituais de Candomblé ou Umbanda.

Um conhecido antropólogo, Bronislaw Malinowski (1884–1942), considerado o fundador da Antropologia Social, argumentava que a magia parecia ser mais usada para doenças menos controláveis. A religião e a magia, que se valem de um terreno místico onde a crença substitui a falta de uma evidência material, são então instrumentos da humanidade para o desamparo irreparável, doenças incontroláveis e temor a morte e ao desconhecido? A medicina reconhece o poder do efeito placebo, mas prevalece nessa disciplina uma resistência em admitir o poder da fé e os mecanismos para desencadear seu funcionamento nos pacientes. Apesar disso surgem vários cientistas dispostos a entender o fenômeno da , se valendo de pesquisas objetivas, controladas por métodos científicos. Dentre eles um renomado professor americano da Faculdade de Medicina de Harvard que estuda essa área desde há 30 anos e é o fundador do Instituto Mente/Corpo (Benson, 1996). Vários exemplos em diversas tribos, onde seus membros reconhecem o poder das medicações descobertas pelo mundo moderno, mostram que existem patologias que só podem ser curadas pelos métodos dos curandeiros, que buscam as verdadeiras causas dos males.

É inegável o paralelismo que podemos fazer entre as psicoterapias que desenvolvemos e as ações ritualísticas e xamânicas. Ambos, terapeutas e xamãs, demonstram entender o que esta acontecendo com o doente e dão nome a seus males. Ambos, devido a sua notoriedade e técnica têm poder de persuasão forçando o paciente a seguirem suas prescrições, as vezes difíceis, como suportar alguma dor pela tolerância, ou procedimento, estabelecer algumas mudanças em suas vidas, e finalmente enfrentarem alguns gastos. Neste momento o agente curador já ganhou a confiança do paciente e nele despertou fortes expectativas em relação a possível solução do problema. A ação do xamã, comparada a de um psicólogo, é diferente no que tange a uma abordagem pública e mais ampla. O psicólogo realiza preferencialmente uma abordagem individualizada, onde o segredo é mantido e não há implicação do problema para o resto do grupo. É esta a tendência do mundo moderno, separamos o fenômeno em partes para desenvolvermos conhecimentos das mesmas e em seguida partir para uma síntese. As conexões são baseadas nas interpretações dos conflitos, enquanto que as conexões nas formas tradicionais de abordagem recorrem a uma interpretação mística, mas não deixam o presente e envolvem o relacionamento. Mesmo quando valorizam as quebras de regras e tabus, o ponto crucial da ação das terapias tradicionais recai sobre a relação entre as pessoas implicando todos no processo da doença e cura.

No Brasil a diversidade de curandeiros torna, para antropólogos e etnopsiquiatras, um vasto campo de pesquisa. Os mais famosos são os médiuns espíritas, como o conhecido Zé Arigó (José Pedro de Freitas) que removia tumores e realizava delicadas cirurgias oculares com uma faca e sem anestesia ou assepsia. Ele nasceu em Congonhas (MG) e desde pequeno era assombrado por figuras estranhas até que seu corpo, incorporado por Dr. Fritz (mito espírita frequentemente relacionado a cura no Brasil) passou a curar as pessoas. Foi preso por crime de curandeirismo, prevista no art. 284 do Código Penal Brasileiro e polemizou na época muitas discussões sobre o tema. Arigó era famoso tendo tratado muitas celebridades também e quando morreu em 1971, não pode ser velado em nenhuma igreja de Congonhas devido as suas convicções espíritas.

Outro importante médium curandeiro foi José Carlos Ribeiro que operava como Arigó, não tinha concluído seus estudos universitários e era sempre perseguido pelas autoridades. Edson de Queiroz era médium curador, mas tinha formação médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Desafiava outros médicos cirurgiões a operar com tanta rapidez como ele era capaz, e apesar de sua formação teve que enfrentar também a justiça (Greenfield, 1999). Abaixo selecionei alguns curandeiros: um católico como o Frei Hugolino, outro que trabalha de forma holística mas admite incorporação de espíritos, conhecido como João de Deus, um falecido pedreiro de nome Antonio de Oliveira Rios que atuava num centro espírita e por fim um curandeiro no Senegal estudado por Henri Collomb, psiquiatra considerado como o fundador da Etnopsiquiatria Clínica.

FREI HUGOLINO BACK DE SANTO AMARO – SANTA CATARINA

Minha mãe, nascida em 1935, uma professora de origem católica, falou ontem por telefone com o Frei Hugolino pedindo sua benção para aliviar seus sintomas físicos. Ele recomenda algumas preces e que se concentre nele no horário recomendado a todos, de segunda a sexta, das 21h à 21h10min. Ele diz que proz o mesmo efeito a distância do que na presença da pessoa. Minha mãe já conhecia o frei pessoalmente, quando foi buscar a graça para

outros parentes, mas ao falar com ele ontem sentiu na hora um aquecimento pelo corpo e melhorou do enjôo que a acompanhava o dia todo. Sem lesões físicas que possa explicar seu quadro, mas reconhecendo o estresse diante das dificuldades de seu pai devido a avançada idade, ela reconcilia o início do tratamento de seus sintomas com antidepressivos e a busca das ações do curandeiro.

O contexto, a história e as fatalidades da vida podem ser elementos importantes para fazer surgir um curandeiro. A trajetória deste frei é um exemplo. Na região onde ele nasceu existe uma gruta famosa que foi construída em 1902 a partir das visões do Frei Zeno Walbroehl, nascido na Alemanha e missionário no Brasil. A visão deste frei, a cura de seu mal após esta visão, a descoberta do local onde deveria ser construída a gruta, o transporte da imagem de Nossa Senhora vinda do Santuário de Lourdes, na França, tudo isso, esta repleto de enigmas que dão ao fato um caráter divino e mágico.

Em 5 anos de casamento, a mãe do Frei Hugolino havia engravidado 5 vezes de gêmeos e todas elas ocorreram um aborto espontâneo. Atendendo a sugestão dos parentes ela vai até a gruta em Angelina e faz uma promessa a Nossa Senhora. Desta vez, ela perde apenas um dos fetos, e finalmente em 6 de maio de 1926 nasce seu primeiro filho. Após a quarentena, onde mãe e filho já podem sair de casa, o casal se prepara para uma viagem até a gruta para pagar a promessa e visitar seus pais 4 km adiante de Angelina. A distancia de 12 km em terreno montanhoso, o frio, a geada não tira a alegria dos orgulhosos pais. O marido aproveita e leva algum gado para novas pastagens durante o trajeto e a mãe, habituada a cavalgar, sentava num selim, com ambas as pernas para um lado, segurando as rédeas com uma das mãos e a outra o bebê. Ao chegar em Angelina, cansados da viagem, sobem até a gruta e agradecem a santa. Depois a comitiva retoma a viagem até a casa dos pais da dona Maria, a mãe do bebê, onde desta vez, finalmente, têm um neto para apresentá-los. Porém uma tragédia acontece quando o cavalo cai numa vala e mãe e filho são jogados cada um para um lado. O cavalo desesperado tentando sair da vala atinge a cabeça do bebê que desfalece. O desespero também toma conta do casal que não consegue reanimar o filho. O levaram para o homem da farmácia que esgotou seu recurso sem nenhum sucesso.

Quando o corpo estava sendo velado já por umas quatro horas na casa dos avós da criança, sob comoção de todos os presentes pela fatalidade do casal, Pedro, irmão mais novo do pai, ouve uma voz dizendo que o menino estava vivo. Numa reação súbita ele pega a criança a ergue e grita para ela voltar à vida e para a perplexidade de todos o bebe começa a chorar. Este mesmo tio, que participou desse momento dramático, se tornará um dia o Frei Crispim a quem se atribui uma série de fenômenos paranormais. Toda essa história é relatada e analisada por um renomado parapsicólogo catarinense, Pedro Grisa (1996) que atribui todos os fenômenos ao poder da mente. Porém, depois de adulto, o jovem Evaldo, como era chamado Hugolino antes de se tornar frei, não tinha nenhuma paranormalidade e nem vocação para a cura. Almejava seguir o caminho de seu tio e se tornar frei, mas protegido por sua família que também necessitava dele na roça, não tinha coragem de comunicar aos pais o seu desejo. Depois de visitar muitas vezes a gruta e pedir forças ele tem a concessão para seguir a vida religiosa como Frade da Ordem Franciscana.

Em 1974, aos 47 anos, o Frei Hugolino era um frade tão doente, cansado e envelhecido que seus superiores decidem aposentá-lo. Já havia passado por cirurgias, tinha que ter auxílio de uma sonda para urinar e estava cansado de incomodar os outros com seus problemas, e ainda assim caiu de uma escada e fratura o fêmur. De paranormal, na análise de Pedro Grisa (1996), só algumas antecipações de acidentes até que conheceu um padre que se

hospedou em seu convento para ministrar aulas sobre o poder da mente. Hugolino exhibe o seu diploma do conhecido curso “Silva Mind Control”, mas reconhece que iniciou as atividades como o pior aluno, aquele que não tinha nenhum resultado nas aplicações das propostas. Aos poucos foi conhecendo os resultados de sua experiência em mumificação e o curar-se a si mesmo através de concentração e imposição das mãos. Conseguiu com isso livrar-se de uma cirurgia cardíaca onde tudo estava preparado e até a Extrema-Unção havia recebido de um outro frei. Seu médico ficou impressionado com sua súbita recuperação. A partir de então o frei começa a desenvolver seu Apostolado de Cura no próprio convento onde trabalhava como porteiro na cidade de Blumenau. A notícia se espalha e o afluxo de gente, cada vez maior, começa a causar constrangimentos no convento e os superiores o transferem para realizar na igreja seus atendimentos. Para o frei, o treino para esse dom foi obtido através da parapsicologia, mas as curas são dadas graças ao Espírito Santo e à Nossa Senhora de Angelina que asseguram que esta é a sua missão, apesar das resistências em sua própria instituição.

O incomodo na congregação causada pelo fanatismo em Blumenau, pelas pessoas que buscavam seus préstimos, fez com que nova transferência fosse realizada, desta vez para a Alemanha, bem longe. Ele promete a si próprio que não utilizaria mais seu poder mental para realizar curas, mas com o tempo a notícia de seu poder se espalha pelo Convento de Mörmter, onde também o frei recebe por gratidão dos pacientes, volumosas doações que acaba remetendo ao Brasil. Foram com estes recursos que mais tarde, quando o Frei Hugolino retornou para o seu país, que foi comprado em Santo Amaro o Conventinho do Espírito Santo, um lugar aprazível onde hoje inúmeras pessoas têm a oportunidade de buscar os préstimos do curandeiro e sua equipe. É com a venda de fitoterápicos, livros e doações que o lugar é mantido. Durante minha entrevista o frei me atende com simplicidade, mas vaidoso, quer vestir para a filmagem sua batina de Franciscano. Só então prossegue fazendo imposições de mãos nos interessados. A paciente atendida era tratada por psiquiatra e fazia uso de estabilizadores de humor, benzodiazepínicos e neurolépticos, mas reconciliava essas prescrições com a benção do frei. O marido e o filho pequeno também aproveitam a visita para receber as preces e imposição de mãos de Hugolino. Inúmeros depoimentos de cura, notícias na TV e jornal as publicações de livros, como a de Pedro Grisa (1996) ajudam a aumentar a popularidade do sacerdote, que tem no pátio do Conventinho, ao lado da Igreja, seu túmulo aguardando sua morte, desta vez, talvez, de forma definitiva.

JOÃO TEIXEIRA DE ABADIÂNIA – GOIAS

Quando demonstrei-me interessado em conhecer o trabalho de cura de João de Deus, como é conhecido, o mesmo me colocou em contato com Norton Nascimento, um ator da Rede Globo, recentemente falecido, que naquela época colaborava com a Casa Dom Inácio. Norton sugeriu que eu viesse naquela semana pois eu poderia aproveitar a presença do pessoal da TV SBT que estavam também vindo para uma reportagem. Fiz as entrevistas com os freqüentadores da casa, pacientes e colaboradores. Colhi também informações na pequena cidade de Abadiânia, distante 100 km de Brasília e que tinha sua economia girando em torno da popularidade do curandeiro. Ele atendia ali de quarta a sexta e lotava a Casa Dom Inácio com pessoas vindas de vários cantos do mundo. Recentemente a Discovery Chanel mostrou a reportagem João dos Milagres, onde americanos em tratamento convencional

são filmados em suas consultas médicas e mostram seus exames. Depois são acompanhados até o Brasil onde são filmados sendo atendidos pelo curandeiro. A reportagem ainda acompanha os pacientes no decorrer dos meses, mesmo quando retornaram aos seus médicos de volta aos EUA. Foi mostrado a crença de alguns, descrença de outros, os médicos desestimulando as viagens, outros explicando o fenômeno e alguns reconhecendo as evidências dos resultados após a intervenção do médium. A notoriedade de João de Deus aumentou depois que atendeu uma atriz famosa do cinema, Shirley MacLaine e o presidente do Peru, Alberto Fujimori. Várias notícias no jornal e TV, depoimentos de muitos pacientes garantiam que cerca de centenas de pessoas eram atendidas nos 3 dias da semana que reservava para Abadiânia. Os outros dias viajava para outras cidades ou descansava.

João também enfrentou inúmeros processos e aproveitou a minha presença para ver se eu poderia ajudá-lo num deles, implantado pela Conselho de Medicina. Comentou se eu não tinha interesse em comprar sua fábrica de plástico e algumas vezes se irritou comigo pelas minhas perguntas, quando seu interesse era dar atenção aos jornalistas da SBT. Nesse momento Norton interveio alegando-me que a rispidez do mestre, na verdade era dirigida a ele e não a mim. Impressionante a ordem e a dinâmica do atendimento da casa Dom Inácio. Fiquei numa pensão barata e modesta ao lado da Casa, cujas atividades eram o dia todo. Os interessados no atendimento do curandeiro assistiam palestras, formavam filas para receberem energia dos colaboradores na sala dos médiuns e circulavam até chegar a sala da entidade ou a de cirurgia onde ficava João de Deus. Naquele dia cerca 800 pessoas se preparavam para ser consultadas e enfileiradas percorriam os ambientes até chegar ao médium que sentado e incorporado por Dr. Augusto, recebia os necessitados. Ouvia-os por alguns minutos, as vezes nem isso, e prescrevia num papel, com letra indecifrável, a medicação que era a mesma para todos e que podia ser adquirida na farmácia da Casa gratuitamente. Tratava-se de chá a base de ervas como camomila, sem poder de intoxicação, mas sem uma especificidade química para cada caso. Incorporado pela entidade Dr. Augusto, João Teixeira era dócil, prestativo e seguro. Recebia ajuda de vários colaboradores, alguns voluntários, que ajudavam a traduzir a comunicação de pacientes estrangeiros e acolher outros mais necessitados. A minha frente uma paciente que mal andava e em possível estado terminal foi atendida e encaminhada depois para a sala de repouso. Pessoas com cadeiras de rodas, crianças em estado grave e desenganadas pelos médicos eram trazidos pelos pais que depositavam as últimas esperanças de cura. Muitos vinham de muletas, cadeiras de rodas e as deixavam após a graça, numa sala repleta desse material, que estimulava os novos pacientes a seguirem em frente.

A Casa Dom Inácio e sua perspectiva de milagre para casos totalmente desenganados pela ciência canalizava mudanças e esforços por parte dos familiares, num ritual onde cada um examinava seu relacionamento, expurgava sua culpa nos momentos derradeiros do ente querido. Ainda que não houvesse resultado, o processo parecia atender as necessidades principalmente dos acompanhantes.

Quando chegou minha vez, eu fazia o trajeto com a câmera na mão e recebi a atenção do médium que disse querer falar comigo às 14hs em seu consultório. Norton e outros colaboradores faziam imposição das mãos na sala de repouso atendendo casos mais necessitados. Lá fora uma mulher explicava quais alimentos eram recomendados e que a banana amadurecida naturalmente, sem um processo de aceleração comumente utilizado no comércio, era o ideal. Todos podiam participar da sopa comunitária e também gratuita,

feita com água fluida, que trata-se de água pura colocada numa vasilha para receber através das preces ou dos espíritos uma energia positiva como acreditam. Esta prática é comum a muitos centros espíritas no Brasil.

De tarde fui para meu encontro na sala do médium, que conta sua história dos sinais incompreensíveis que recebia desde pequeno, de ter sido acolhido por espíritas, ter trabalhado e recebido a proteção no exército e das inúmeras provas constatadas por fotos, depoimentos, escrituras públicas com declarações diversas, livros sobre seus feitos, filmes retratando suas cirurgias e casos graves em que obteve sucesso. Quando, sob o foco das câmeras da TV e a minha iniciou-se as cirurgias João tentou entregar a mim o bisturi, mas como eu estava com minha mão ocupada com a filmagem entregou para um colega ao lado. Este era um médico gaúcho que fez as incisões em pessoas de pé e sem qualquer assepsia e raspagem de olho com praticamente nenhuma manifestação de dor dos pacientes. O médium passando para um médico presente para realizar o procedimento, se protegeria de mais processos já que o procedimento se tornaria público por divulgação em programa de TV. Porém apesar de ter realizado com tranquilidade o procedimento, o médico escolhido afirmou que daquela forma foi um ato totalmente incomum e que certamente não estava preparado. Sentiu-se guiado pelo médium e pela emoção do cenário. A música toma conta da Casa Dom Inácio, auxiliados por alto-falantes espalhados em todos os ambientes. Esses curandeiros costumam deixar os grandes centros, para atuarem no interior, onde é possível a eles se protegerem um pouco da perseguição da sociedade e de entidades de classe.

ANTONIO DE OLIVEIRA RIOS DE PALMELO – GOIAS

Manoel Machuca Neto, nascido em 1954, engenheiro agrônomo, casado pai de três filhos é de uma família de origem espírita kardecista. Uma das suas vocações é produzir vídeos. Foi, então, munido de uma câmera acompanhar seus pais até Palmelo, cidade como Abadiânia, também a 100 km de Brasília. Seus pais estavam em busca de um tratamento com um curandeiro, de nome Antonio e que atuava como o famoso Zé Arigó. Antonio era uma pessoa simples e considerada boa, e não tinha nenhuma formação universitária, mas sim uma profissão, a de pedreiro. Machuca inicia sua filmagem pelo lado de fora de um Templo Espírita denominado Dr. Ricardo Dwannees Stan, nome de uma das entidades que incorporava o pedreiro. Quando começou a filmar apenas cerca de 290 pessoas aguardavam numa rua de terra, sem calçada o início dos atendimentos. Seguindo uma ordem o médium começa atender as pessoas doentes ou as que trazem apenas as fotos dos parentes doentes. A esposa de João, ao seu lado, decifra a prescrição de “garrafadas”, chás a base de ervas, preparadas num dia anterior e distribui o medicamento. Em outro momento o pedreiro auxiliado por sua equipe inicia as operações. O médium permite a entrada de Machuca, que filmava as cirurgias através da janela, pelo lado de fora. Considerando os depoimentos que tive de várias pessoas que tentaram registrar as atividades do curandeiro e não conseguiram, o engenheiro naquele dia foi um felizado. Ele, que confessou não suportar ver sangue, porque poderia desmaiar, entrou porém tranquilo naquele ambiente com cenas impressionantes de incisões e mutilações jamais imaginadas pelo engenheiro.

O médium em transe, ininterruptamente operava as pessoas nas dependências do Templo, onde uma música suave tomava conta do ambiente. A tranquilidade só era prejudicada pelo som da serra elétrica que o pedreiro usava eventualmente ou pelo choro de algumas crianças.

O engenheiro fazia as tomadas com a câmera firme, sem cortes, girando a câmera para mostrar as cenas e para acompanhar o médium por todos os cômodos. Fazia perguntas aos doentes, antes e depois de serem operados. Numa sala várias pessoas sentadas recebiam os cuidados do médium cirurgião, outras aguardavam deitadas em macas nos quartos, alguns comentavam com tranqüilidade enquanto eram cortados. Um médico, sendo operado por um tumor na região inguinal demonstrava não sentir dor, comentava que aquilo provava a existência de um plano espiritual. O médium retira um pedaço de seu corpo e coloca num vidro para posterior exame por parte do paciente.

Crianças têm suas cabeças cortadas, em cortes não tão superficiais, outras em suas costas com bisturi, pinças, martelos e a tal serra elétrica. Adultos recebiam incisões em diversas partes do corpo de um médium decidido, determinado e com pressa para atender a todos. Nenhum procedimento parece ser médico, com objetivo de uma intervenção mecânica e muitas vezes ele deixava transparecer sua inabilidade. O cirurgião espírita parece abrir cortes, as vezes profundos, tirar pedaços de pele ou tecido adiposo e depois a equipe se empenhava para suturar. O que impressiona é a ausência de dor, quer dos adultos ou das crianças, principalmente quando este se utiliza da serra elétrica (serra corte). O sangue não parece ser abundante, mas é suficiente para se espalhar pela sala com o giro da serra. O cineasta não desmaiou e pareceu indiferente a grosseira cena. A anestesia é feita em alguns, mas com quantidade de xilocaína insuficiente para cumprir a analgesia. Alguns clientes têm seu abdômen aberto, em outros o corte é na região do mediastino, a serra corta o pé de um, o antebraço de outro que mantém o mesmo sorriso do rosto olhando para a lesão. O médium pede, para o paciente com antebraço aberto, mexer os dedos.

Machuca fala, durante a filmagem, do aumento do preço das consultas, o que é incomum, pois no meio espírita se pratica caridade e se recebe apenas doações. Calcula que foram atendidas 2.000 pessoas. Faz entrevistas com os pacientes que foram tratados e colhe seus endereços. Para vários colaboradores fez cópias destas imagens e algumas delas, como a do médico que operou a região inguinal, foram transmitidas na TV. Dizem que o Templo foi construído com a ajuda de um famoso apresentador de TV e também dono de uma emissora, após o médium ter curado seu problema nas cordas vocais.

Quando o antropólogo americano Sid Greenfield (1999), que fez um grande trabalho sobre os médiuns curandeiros no Brasil, foi visitar Palmelo para conhecer o trabalho de Antonio de Oliveira Rios este operou, com sua serra elétrica, uma pessoa no meio da rua, com uma multidão a sua volta. Uma extensão elétrica foi usada para poder ligar sua serra. Vilma de Fátima Miranda fala para a câmera de Machuca que levou um tiro na coluna há 2 anos. Diz que há 1 ano, depois que começou a fazer o tratamento, passou a sentir um pouco suas pernas e controlar a bexiga. Fez 2 cirurgias nas 5 vezes que visitou o médium que afirma que ela tem sim alguma chance. Antonio incorporado pelo espírito fala que foi preparado por 13 anos para realizar aquela função e dá importância a essa preparação para que não haja nem problemas com o médium e nem com o espírito. A cena é de um homem de pele morena e barba negra vestido de roupa branca, onde atrás dele remédios éticos são expostos em uma prateleira.

Chama o Templo de hospital, e que ele “não pode nem falhar, quanto mais errar”. Explica que o corpo do Antonio não se encontra ali, mas sim em outra colônia espacial recebendo novas instruções para o dia de trabalho de amanhã e quem esta falando é o espírito encarnado naquele corpo. Enquanto o Antonio fica entre outros espíritos, o espírito curador se acomoda na matéria dele que só tem o peri-espírito ligado por um cordão umbilical. O espírito, que

concedia a entrevista, diz que sente totalmente o corpo do Antonio, mas não tem fome ou outras sensações carnis. Suas expressões são de fala tranqüila diante das câmeras, as vezes fecha os olhos ou faz uns movimentos faciais dando impressão de estar em transe. O mesmo reconhece que é preciso dar um tempo para a matéria (o corpo) descansar para evitar um esgotamento. Afirmava que cerca de 45 espíritos trabalhavam naquele hospital com a obrigação de jogar a enfermidade pra cima. O choro de uma criança prejudicava a gravação, mas o entrevistado parecia não se incomodar.

O curandeiro explica o procedimento, dizendo quando o doente chega com problemas na matéria é obvio que a sua alma esta também doente. As almas são levadas lá pra cima, onde existem recursos para resolver uma parada cardíaco-respiratória, enquanto outros espíritos recorrem a medicações naquela esfera, outros atuam na “desobsessão” e ele realiza os cortes. Antes do procedimento cirúrgico o médium diz que as pessoas recebem uma anestesia espiritual e que a xilocaína atua para tirar apenas os efeitos psicológicos do ser humano e que geralmente é ele quem dá anestesia. Esta vai ao bisturi, como se fosse um fio elétrico que acende uma luz e que depois de iniciar o corte você pode ir até ao coração (o grito da criança não deixa claro se ele realmente falou coração) que ela não sente dor. As garrafas (garrafadas) tem o mesmo produto, mas são individualizadas. “A que é pra mim não serve para o outro. Até lhe causa mal”. No final o médium pedreiro deixa uma mensagem: “que o ser humano aprendesse a amar ao outro sem distinção e sem demagogia. Aprender a olhar mais a razão social daqueles que passam fome que estão morrendo por causa do medicamento, que estão morrendo por falta do amparo do seu governo”.

Eu tive oportunidade de apresentar parte deste vídeo a renomados médicos de diversas especialidades e outros profissionais e após isso fiz uma entrevista com eles. As manifestações variaram desde uma leitura antropológica e social, a perplexidade ou a negação de alguns. Um psicólogo estudioso em parapsicologia comenta que o material é de comprovação dos fenômenos da mente humana; um neurologista reconhece que esta deva ser uma opção social, mas discorda veementemente da mutilação das crianças; um cirurgião ortopedista relata não ter visto nenhum procedimento médico e que foram cortes superficiais, uma psicóloga lamentou ter trazido o filho que preferiu deitar em seu colo durante a apresentação e por fim um advogado lembrou que se trata de um crime de curandeirismo com graves penas previstas em Lei. Todos foram convidados a participar de um Simpósio que a Associação Brasileira de Psiquiatria Cultural organizaria na Universidade onde este filme e um outro trazido por Michel Boussat, que fez o prefácio do livro *Terapia Social* (Noronha, 2007), seria apresentado para um grande debate.

NDÖP – SENEGAL

Dia 9 de outubro de 1979 Roseline Auguin chama o serviço de emergência e o psiquiatra e amigo Michel Boussat para acudir o marido. Mas eles chegam tarde. Muito doente, desta vez, Collomb, o curandeiro branco, como escreveu Robert Arnaut (2006) partiu para o mundo dos rab.

Boussat havia se interessado pelo trabalho desse professor (médico militar como ele) e foi até a Dakar conhecê-lo e ao seu trabalho. Depois tornou seu braço direito e o natural sucessor de seu serviço em Nice, quando retornaram para a França. Boussat remarca a originalidade do trabalho do professor que decidiu, diferentemente dos médicos anteriores,

escutar e conhecer os curandeiros. Naquela época no Senegal havia 250 leitos para doentes mentais no hospital para uma população de 5 milhões de habitantes (hoje chega a 11 milhões) que antes da colonização só recorria a curandeiros para seus males. Quando procuram o curandeiro, geralmente não vem só, mas com sua família para uma sessão que geralmente é pública. Sempre, antes de procurar o hospital eles procuram um curandeiro para obter sua opinião. Na visão do africano, de qualquer etnia, a doença não é de sua responsabilidade, mas proveniente de um ataque dos espíritos de ancestrais ou de um despacho emitido por um outro indivíduo. Como curar um ser que tem essa representação da doença com os instrumentos que dispunham a medicina ocidental (prefácio de Boussat em Noronha, 2007). A terapia de grupo desenvolvida pela sociedade moderna é a que mais se aproxima das ações públicas dos curandeiros. São nestas ocasiões das sessões em grupos que encontramos terapeutas espontâneos, fazendo de sua experiência pessoal sua contribuição para o outro como acontece na Terapia Social ou na Comunitária de Adalberto Barreto (2005). Com estas praticas ocorre um processo de identificação e diminui os riscos de discriminação do doente, além de serem técnicas mais econômicas e de melhor acesso da população.

Henri Collomb (1913-1979), nos anos sessenta, foi médico chefe do Serviço de Neuropsiquiatria do Hospital “Escola de Fann” em Dakar, no Senegal. De um psiquiatra comum, estudioso de psicanálise, ele aprimorara seu pensamento e a compreensão do doente mental à medida que observa o comportamento das pessoas no país que foi exercer sua função. Deixou a Universidade de Nice, onde era o dono da cadeira de psiquiatria, para viver 20 anos em Dakar. Os autóctones daquele país representavam a doença de forma diferente, assim como os procedimentos terapêuticos. Collomb não escreveu nenhum livro, mas com a colaboração dos curandeiros locais pode escrever inúmeros artigos. Chamou para trabalhar com este tema Andras Zempléni, nascido em 1938 em Budapeste e que estudou etnologia, psicologia e lingüística na Sorbonne. Ele considerou aquele ritual senegalês com dimensões de iniciação e também de possessão. O rito lembrava o Candomblé praticado no Brasil ou o Vodou do Haiti onde a vítima é possuída por um “rab”. Não se trata propriamente de Exu, ou Satanás, mas de um espírito que antes vivia nas árvores. Quando o homem começou a destruir a floresta sem o devido ritual, este espírito foi perturbado e ele pode de diferentes formas causar danos aos humanos.

Para tratar alguém com este mal, não bastavam as medicações modernas que o Hospital de Fann dispunha e nem a internação. Era necessária uma cooperação com os curandeiros locais que Collomb permitia que entrasse no hospital. O resultado dessa aliança contribuiu para a repercussão dos estudos do psicanalista francês. Segundo o antropólogo Zempléni (1966) o Ndöp é dividido em 7 fases. A primeira é o diagnóstico realizado pelo curandeiro por adivinhação, fazendo apelo a leitura dos sonhos do paciente ou de objetos como raízes boiando numa vasilha. O diagnóstico ainda não é a garantia de encontrar o agente patogênico. A segunda é a iniciação onde o doente é preparado com um pedido de permissão ao grande Tuur (espírito ancestral), e pelo tocar dos tambores para a decida do rab. O barulho se torna ensurdecedor e ajuda dar ritmo a possessão. Os participantes partem pouco a pouco pela noite para retornarem no dia seguinte. Na fase seguinte é realizada a mensuração de todas as partes do paciente e o nome do rab pode ser revelado para ele. Esta fase requer a participação ativa do paciente em comparação com a fase anterior. Na quarta fase é feito o enterro simbólico, onde o doente se deita ao lado do animal a ser sacrificado e ambos são cobertos de tangas coloridas. É neste momento que o rab passa da paciente para o animal que será morto e o paciente seguirá liberto renascendo para uma vida saudável.

A quinta fase é a do sacrifício, onde é importante o doente estar com seu corpo colado ao do animal no seu último suspiro. A sexta fase é a construção de um altar doméstico, onde a materialização do rab pode ser feita através de partes de seu corpo, como sangue, leite que são levadas a este local para continuidade do rito e obediência da paciente. A última fase da cerimônia é uma sessão pública de dança e possessão. Parece uma bagunça, mas há uma ordem obedecida pelos participantes. Este rito pode demorar muitos dias ou meses conforme

As descrições acima, de diversas práticas de curandeirismo, trazem exemplos para nossa atuação como profissionais de saúde na sociedade moderna. A importância da legibilidade para o paciente da comunicação do profissional e de seu ato de cura. Por outro lado, é importante também trabalhar o contexto onde vive o paciente para eliminar nele fatores estressantes, como também garantir medidas preventivas de recaídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNAUD, R., "La Folie Aprivoisée", De Vecchi, Paris, 2006.
- BARRETO, A., "Terapia Comunitária", Fortaleza, 2005.
- BENSON, H. & STARK, M., "Medicina Espiritual", Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1996.
- COLLOMB, H., "Contradictions et Dificultes pour une Formation en Psychiatrie"; Communication au I^vème Congrès Panafricain de Psychiatrie – Abdjan – 1975.
- GREENFIELD, S., "Cirurgias do Além – Pesquisas antropológicas sobre curas espirituais", Editora Vozes, Petrópolis, 1999.
- GRISA, P., "O Poder da Fé & Paranormalidade". Edipappi, Florianópolis, 1996.
- HOLLWEG, M.G., "Hacia Uma Psicobiologia Antropológica". Division Imprenta, Santa Cruz de la Sierra, 2005.
- NORONHA, M., "Terapia Social", Letras Contemporâneas, Florianópolis, 2007.
- ZEMPLÉNI, A., "La Dimension Thérapeutique du Culte des Rab, Ndöp, Tuuru et Samp. Rites de Possession Chez les Lebou et Wolof", Psychopathologie Africane, Vol.II, nº3, 1966.



Chamanismo y neochamanismo mapuche urbano

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS¹



INTRODUCCIÓN

Cuando los conquistadores españoles llegaron al territorio correspondiente a Chile, denominaron araucanos² a todos los aborígenes existentes entre el río Aconcagua y la Isla Grande de Chiloé, porque estaban organizados ancestralmente en numerosas tribus o jefaturas según una misma estructura patrilineal, con similares lengua y costumbres, aunque entre ellos mismos ya se diferenciaban como picunches (gente del norte), mapuches (gente de la tierra, en los valles centrales, los más numerosos) y huilliches (gente del sur), además de otros grupos menores, totalizando entonces unas 700.000 personas. Los primeros fueron integrados por completo durante la Colonia, perdiendo su identidad cultural, en tanto que los mapuches resistieron más encarnizadamente al conquistador español y luego a la república independiente, desde el primer contacto en 1536 hasta su sometimiento definitivo en 1883 (pacificación, en la terminología oficial); por esta misma época entraron en escena los pehuenches (gente de donde crece el pehuen, conífera típica de la cordillera de esta zona), grupo migrado desde allende los Andes arrancando de análogo proceso de dominio por parte de la República Argentina. A continuación de la derrota todos los grupos remanentes fueron sometidos a vivir en 'reducciones' (mercedes de tierras otorgadas a los lonkos, los jefes de familias o de linajes), con el consiguiente progresivo agotamiento de las mismas, derivado de explotación rústica de sus terrenos, sobrepoblación, depredación animal y vegetal, etc.

Durante todo el siglo XX los araucanos estuvieron sujetos a diferentes estrategias educacionales y sanitarias, así como de conducción ideológica de variados grupos políticos y religiosos, con el objetivo final de su incorporación funcional a la sociedad dominante; asociado con todo ello, en particular en su segunda mitad, lo más característico ha sido una sostenida migración urbana y diferentes altibajos en cuanto a estrategias de conservación de identidad étnica, mostrando dinámicas aculturativas y hasta contraculturativas³ que, si bien a su mayoría los ha ubicado en condiciones subalternas respecto

1. Médico especialista en Psiquiatría y Salud Pública, Maestro en Antropología Social, Doctor en Antropología. Ministerio de Salud de Chile. emedina@minsal.cl - Universidad de Chile edmedina@uchile.cl.
2. Habitante de Araucanía, voz derivada de Arauco (rau = greda / co = agua, es decir, zona de agua con greda). Esta palabra habría sido inventada por Alonso de Ercilla, autor del poema La Araucana, publicado entre 1569 - 1589
3. Entre éstas cabe señalar su preferencia por ser llamados mapuche, no araucanos, y el surgimiento de varios líderes jóvenes que, mediando educación formal superior, han asumido la conducción política directa de sus reivindicaciones.

a los estratos dominantes urbanos, a unos pocos sujetos incorporados a diferentes grupos de poder les ha permitido articularse más favorablemente en roles laborales, profesionales, políticos e incluso en la administración del Estado. Éste, por su parte, de una actitud indiscriminadamente integradora a la sociedad nacional mantenida durante la mayor parte del período, desde los años 90 en adelante muestra creciente comprensión hacia la conservación de la identidad cultural de las diferentes etnias del país; dentro de este nuevo trato resulta entendible el desarrollo de actividades educacionales y sanitarias biculturales o interculturales. La última Ley Indigenista (N° 19.253, de 1993) creó la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), entidad estatal preocupada del desarrollo e identidad cultural de las diferentes etnias del territorio nacional.⁴

En la actualidad todavía conservan su identidad cultural original unas 730.000 personas de similar cultura,⁵ ubicadas en unas 3.500 reducciones entre el río Bío-Bío (Región del Bío-Bío) y Chiloé (Región de Los Lagos), aunque éstas en su mayoría se ubican en la Región de La Araucanía (allí constituyen un 60% de su población rural); de todos ellos, una mitad todavía vive asociada al trabajo de la tierra, en tanto que la otra mitad ha migrado más o menos establemente a diferentes ciudades de la zona central y sur del país, particularmente a la Región Metropolitana.⁶ Parte de los mapuches actuales todavía conservan numerosas características culturales ancestrales, tales como su lengua y su medicina tradicional centrada en torno a la figura de su chamán, en este caso, el (la) machi, así como la celebración de ciertas festividades asociadas con el ciclo agrícola;⁷ por otra parte, varios de ellos,

especialmente los migrados, han dado origen a organizaciones de soporte social, así como de reivindicación económica y política, en tanto que algunos grupos entre los que todavía viven en sus parajes rurales ancestrales están inmersos en un proceso de reivindicación territorial y de acceso a la administración y conservación de sus recursos naturales.⁸ En la medida que las dinámicas aculturativas descritas han llevado a que el lonko pierda protagonismo, el (la) machi ha adquirido importancia como símbolo de la identidad étnica específica tanto para sus propios miembros, como para el estrato dominante nacional.

GENERALIDADES SOBRE CHAMANISMO TRADICIONAL

Aunque el chamanismo como fenómeno sociocultural parece extenderse durante algunos milenios en la historia del mundo, la ciencia social occidental recién supo de él y empezó a estudiarlo por la 2ª mitad del siglo XIX. Un siglo después la etnografía funcionalista lo define como "...un sistema destinado ante todo a tratar el infortunio: enfermedades, problemas económicos, climáticos o políticos; reveses en la caza, plagas, hambre, desastres naturales..." o, más centrada en su metodología central, "... es la técnica del éxtasis".⁹ Durante este estado su espíritu asciende al cielo o desciende a los infiernos, donde alterna con seres sobrenaturales (dioses, demonios, espíritus de los muertos, etc.). Se trata de una especialidad 'mágica' particular (no todo mago puede ser califica-

4. Esta ley reconoce la etnia mapuche y sus variantes pehuenche y huilliche, además de otros grupos aborígenes menores (aymaras, collas, atacameños, rapa-nui, kaweskar, onas y yámanas)

5. Según el Censo 2002 los mapuches representan alrededor del 5% de la población total del país.

6. Para un habitante urbano chileno común la diferenciación étnica oficial no resulta de suyo evidente, por su similitud exterior, de tal manera que todos ellos son denominados genéricamente como mapuches.

7. No obstante, resulta preocupante entre la población migrada que el mapudungun, su lengua original, sea hablada muy minoritariamente entre sujetos jóvenes, así como el bajo interés por participar en sus ceremonias tradicionales

8. Es del caso mencionar el surgimiento de algunas organizaciones propias que consideran hasta acciones violentas entre tales estrategias reivindicativas, mismas que la autoridad superior tiende a interpretar como 'terroristas'. Existe una vasta red de organizaciones no gubernamentales chilenas y extranjeras de apoyo, tales como www.elcatalejo.com, www.mapuche.cl, www.mapuche.info, www.weftun.cjb.net y otras.

9. Perrin (1995), Eliade (1976).

do de chamán), porque domina los espíritus con los que entra en contacto a voluntad, sin convertirse en instrumento suyo (lo que lo distingue de un 'poseso'); por ello son seres singulares dentro de sus propios contextos de origen porque estos sanadores, valiéndose de sus trances, curan a los enfermos, acompañan a sus muertos al 'reino de las sombras' y sirven de mediadores con los dioses. Cada chamán tiene un papel muy importante en la integridad física y mental de su comunidad, porque transmite al grupo un conocimiento inteligible del mundo misterioso y aterrador de la muerte, combate los demonios, las enfermedades y los daños de los brujos de magia negra, y defiende la vida, la salud, la fecundidad y el mundo de la 'luz', contra la muerte, la enfermedad, la esterilidad, la desgracia y los poderes de las 'tinieblas'. Cada ceremonia chamánica posee un profundo contenido dramático, desde la preparación del trance mediante ritmo de tambores, canciones o fórmulas lingüísticas, hasta la variada demostración de suertes con fuego, 'milagros' y diferentes proezas mágicas, prolongada escena que ejerce una fuerte influencia emocional en todos los asistentes.

Respecto de la práctica chamánica misma han sido destacadas dos importantes características. Por una parte, la eficacia de la magia depende de que se crea en ella, esto es, que esta creencia contenga tres aspectos complementarios: uno, del chamán en la eficacia de sus técnicas; dos, del enfermo en el poder del chamán, y tres, la confianza de los asistentes al acto en que todo irá bien. Por otra, respecto del espectáculo mismo, el cual, en la medida que revive intensamente en su vivacidad y dramatismo la situación productora del trastorno en el paciente, permite experimentar a éste y al grupo asistente una verdadera abreacción.¹⁰

El rol del chamán no está abierto en la realidad a quien quiera someterse al proceso de aprendizaje, sino únicamente a unos pocos sujetos que, a ciertos rasgos de personalidad particulares e incluso desviantes en su propio contexto sociocultural, agregan un conocimiento de su misión curativa obtenido mediante alguna revelación insólita o tenida por sobrenatural (crisis biográfica, trastorno psicossomático, sueño con significativo simbolismo, etc.), circunstancia que marca el comienzo de un proceso que debe ser completado mediante un adiestramiento de duración variable junto a otro sanador ya formado.¹¹ La sabiduría así adquirida no es específica, puesto que conoce desde enfermedades y accidentes hasta cualquier tipo de perturbaciones de las fuerzas naturales, del orden del cosmos y de todo lo que constituye la cultura de su grupo. La labor desarrollada hacia quienes buscan sus servicios tampoco es afectivamente independiente porque, al orientarse al enfermo en tanto miembro de su familia y del grupo social al cual el sanador también pertenece, el tratamiento transcurre inmerso en una situación grupal que busca la vuelta a la normalidad colectiva también perdida por la enfermedad o el problema en cuestión. Por ello las acciones del chamán no son neutrales sino que, al contrario, por entrelazarse íntimamente con su respectivo medio sociocultural, tienden a ser un poderoso agente de control social.¹²

El estudio de 488 diferentes culturas tradicionales pesquisó en el 90 % de ellas terapias mediante estados modificados de conciencia o trance, con o sin contacto con seres sobrenaturales. Características universales fueron la cosmovisión compartida entre el sanador y su paciente, los fuertes elementos sugestivos durante las sesiones, la creencia en la omnipotencia del sanador y, a veces, los rasgos de personalidad de éste; con frecuencia estas terapias fueron ayudadas mediante diferentes sustancias sedantes, estimulantes o alucinógenas. Es importante agregar que, además de consultantes adultos miembros del grupo cultural, se estima que una proporción

10. Lévy-Strauss (1968).

11. La iniciación del chamán con frecuencia pasa por un proceso simbólico de muerte ritual, con cambio de sus órganos internos, seguida de resurrección.

12. Aguirre Beltrán (1965).

importante de quienes acuden a estos servicios son sujetos mestizos cuyos grupos sociales de referencia experimentan grandes cambios culturales generadores de diferentes trastornos emocionales.¹³

El estudio acucioso de antiguas culturas chamánicas permite darse cuenta que el significado de estos 'viajes' no se agota dentro del ciclo vital del actual practicante, sino que de diferentes maneras a través del rito se puede apreciar una extensa continuidad simbólica y cultural desde tiempos muy antiguos, incluso milenios, es decir, desde la primera vez que los seres humanos concibieron un lugar más allá de la muerte habitado por antepasados, espíritus y dioses. Así, el chamanismo es un paradigma mental arcaico, coherente y ampliamente difundido, mediante el cual las ideas del pasado sobreviven de diferentes maneras en las culturas actuales, ayudando los chamanes de ahora a sus vecinos en sus comunidades a recrear una y otra vez esta concepción tradicional de la realidad. En la cultura de estas comunidades dominan los sistemas dialógicos respecto de los lógico-analíticos, tan típicos de nuestra tradición occidental común: los procesos cognitivos con predominio de material psicológico primario o inconsciente tienen un importante consenso cultural, existiendo una cosmovisión según la cual el concepto de realidad básica no acaba en los objetos físicamente perceptibles, sino que se prolonga más allá, a dimensiones de la realidad donde habitan seres invisibles, poderes, espíritus o ánimas que interactúan con el mundo humano y que mediante su acción configuran una u otra realidad empírica.¹⁴

GENERALIDADES SOBRE CHAMANISMO TRADICIONAL MAPUCHE¹⁵

El chaman mapuche o machi, hombre o mujer,¹⁶ es la figura dominante en la vida religiosa de este pueblo desde tiempos inmemoriales. A este personaje se asocian las siguientes cuatro ceremonias: machiluwun, de consagración del nuevo chamán, machitun o de curación de enfermos, ngillatun o ruego colectivo por cosechas, bienestar de la comunidad, etc., y ngeikurewen o ceremonia de renovación de sus poderes. La parafernalia típica usada en cada una de tales ceremonias incluye el tambor o kultrun, un sonajero o cascabel con marco de fierro del que cuelgan esferas huecas de plata o huasa, algunas piedras mágicas de origen volcánico o likan, y una bandera chilena que es plantada delante de la vivienda donde reali-

zará su trabajo. El símbolo por excelencia de su función, poderes y dignidad es el rewe, escala de 5 a 7 peldaños tallada comúnmente en un tronco de canelo (*Drymis winteri*), laurel (*Laurelia sempervirens*) o maqui (*Aristotelia maqui*),¹⁷ en cuyo extremo superior también se ha elaborado una cabeza humana; esta insignia sagrada se la entierra firmemente al lado de la ruka, la vivienda común de cada unidad familiar mapuche, un tanto inclinada para facilitar su ascenso mientras entra en trance.¹⁸ Cada ceremonia usualmente se acompaña con rezos y cantos especiales. Existen distintos tipos de machi según su actividad predominante, tal como diagnosticar y tratar a enfermos, conversar con espíritus, interpretar sueños, contrarrestar brujería y desenmascarar brujos, producir lluvia o leer el futuro. En general todos ellos son expertos herbolarios.¹⁹

Generalidades sobre desarrollos chamánicos modernos (neochamanismo)

13. Prince (1978)

14. Freidle, Schele y Parker (2001), *Ferigla* (s/d).

15. Leiva (1991); Métraux (1967).

16. Pareciera que durante el período colonial hubo más machis hombres, circunstancia asociada con los avatares de la guerra, en tanto que desde el sometimiento militar definitivo de los mapuches en 1883 se dedicarían a esta actividad más mujeres.

17. Especies vegetales autóctonas de su territorio.

18. Según AM Bacigalupo (2004) algunos machis facilitarían la obtención de su estado alterado de conciencia mediante la ingestión de semillas de Miyaya o Chamico (*Datura stramonium*)

19. Medina Cárdenas E (2006).

Son numerosas las explicaciones sobre el interés creciente de varias personas de contextos urbanos occidentales en los procedimientos chamánicos, buscando su desarrollo personal mediante la expansión de la conciencia, en cuyo contexto cabe mencionar el surgimiento de la tendencia transpersonal en psicología profunda y el afán por conocer más acabadamente las diferentes especies botánicas utilizadas ceremonialmente por chamanes tradicionales. Sin embargo, previo a referirnos a ello es del caso resumir un trascendente hito en la historia de la química moderna y en el conocimiento de los principios químicos de tales plantas, el descubrimiento del LSD 25.

Albert Hofmann, químico del entonces Laboratorio Sandoz de Basilea, Suiza, investigando desde 1938 propiedades contráctiles de la musculatura uterina y antimigrañosas de diferentes derivados del ergot o ácido lisérgico, sustancia presente en el hongo conocido desde antiguo como cornezuelo del centeno (*Claviceps purpurea*), en 1943 casualmente descubrió la dietilamida, la cual, por tratarse del 25° derivado descubierto hasta entonces, fue denominada como LSD 25.²⁰ Es historia conocida que su ingestión accidental produjo en este investigador un atractivo estado de ensoñación que repitió algunas veces, llegando a proponer que su potencia era varias veces mayor que la mescalina. La publicación de estos hallazgos, más la influencia de algunas obras de Aldous Huxley en las cuales relata otras experiencias análogas,²¹ popularizaron el concepto de droga alucinatoria, atrayendo la atención de científicos, artistas y público común.²²

Una de las primeras consecuencias de este extraordinario descubrimiento fue el interés de una pléyade de intelectuales tales como Ernest Jünger, Robert Graves, Gregory Bateson, Arthur Koestler, Henri Michaux, Octavio Paz y Timothy Leary, por conocer sus efectos e incluso crear en tal estado mental.²³ Leary en particular encabezó un movimiento que enfatizaba la renuncia a las obligaciones impuestas por la realidad exterior del sujeto y su distanciamiento de la lucha por el poder y la riqueza. La verdadera aspiración propuesta fue la sabiduría y la plenitud de los sentidos, esto es, la introspección y el enriquecimiento del mundo interior. Próxima en el tiempo y compartiendo tales actitudes ante la vida apareció la cultura 'hippie', con su secuencia 'iluminación interior - liberación de los instintos agresivos - amor recíproco - amor universal - paz en el mundo'. El movimiento conocido como la Nueva Época o Nueva Era (New Age) no fue una moda cultural más, sino la única respuesta válida después del existencialismo propio del pensamiento occidental durante los años 40, aunque con una gran diferencia: por primera vez los jóvenes tomaban estas iniciativas por sí mismos.

Describir la complejidad propia del neochamanismo se facilita siguiendo a 3 importantes intelectuales que lo han estudiado en profundidad. En primer lugar, el psicólogo norteamericano Ralph Metzner se refiere a la evolución histórica de este proceso:²⁴ en el campo psicoterapéutico fue incorporada rápidamente esta inesperada ayuda, pues a los parámetros psicoanalíticos freudianos en boga, buscando la superación de las defensas inconscientes de pacientes que sufrían ansiedad, depresión o trastornos psicósomáticos, el uso de dosis crecientes de LSD pareció permitir una mejor neutralización de tales defensas y más rápidos discernimientos (introspección y catarsis) de dinámicas y reactividad emocionales; por otra parte, recuerda que el psiquiatra checo Stanislav Grof, trabajando con

20. Royal College of Psychiatrists (1987), Stafford (1976), Yensen (1998).

21. Huxley (1971). Este escritor tuvo estas experiencias por influencia del psiquiatra Humphrey Osmond, quien lo proveyó de la droga.

22. Inicialmente, por sus efectos inmediatos, este tipo de sustancia fue denominada 'psicotomimético' (parecido a una psicosis), 'alucinógeno' (genera alucinaciones) o 'psicolítico' (disolvente de la actividad consciente), pero posteriormente, por su favorable apoyo a la actividad mental, se prefieren los términos 'psicodélico' (amplificador de la conciencia) o 'enteógeno' (dios dentro del usuario, aludiendo a su capacidad de éxtasis).

23. Usó (1996)

24. Metzner (1998).

dosis crecientes de LSD por períodos prolongados, hizo el asombroso descubrimiento de que en algunos pacientes podía llegarse a aperturas psíquicas tan profundas como abrir a su conciencia memorias próximas a su propio nacimiento e incluso anteriores a él. En el campo más propiamente chamánico, reitera la importancia de la cantidad de personas del grupo participante así como del contexto mismo en que ocurre la experiencia, puesto que el ceremonial tradicional, que incluye el uso de plantas enteógenas, está cuidadosamente estructurado buscando compartir un profundo episodio de sanación y transformación, facilitado por este potente catalizador, experiencia mejor descrita en situación chamánica como un 'viaje' que como un 'estado alterado de conciencia'.

Sin embargo, hay también al menos tres diferencias entre los contextos de la psicoterapia psicodélica y la ceremonia enteógena chamánica, referidas a que en ésta el grupo prácticamente no conversa, a excepción de alguna explicación previa o una que otra interpretación posterior de las enseñanzas y visiones recibidas que hace el chamán; a que cantos y ritmos del tambor resultan esenciales para el éxito del proceso, y también a que casi siempre son realizadas de noche en oscuridad o con escasa iluminación natural (por ej., a la luz de la luna, de una vela o en torno a una fogata). Respecto a rituales híbridos chamánicos terapéuticos, este autor describe que en Occidente las oportunidades de modificación de conciencia mediante uso de psicodélicos van desde momentos casuales entre unos pocos amigos hasta masivos eventos con cientos de miles de participantes que combinan 'éxtasis' con rítmicos pulsos de música tecno, pero también existiendo en círculos médicos neochamánicos más específicos una búsqueda de transformación espiritual que utiliza variablemente viajes chamánicos, meditación budista, yoga tántrico y respiración holotrópica, con el complemento de diversas formas de psicoterapias o de terapias corporales. Diferentes participantes tienden a confirmar que tales estados modificados de conciencia, cuando se asocian con meditación y procesos de discernimientos terapéuticos, amplifican la conciencia y la sensorialidad. A partir de formulaciones doctas occidentales tipo Freud, Jung o Reich sobre psicología profunda, también se llega a considerar la realidad de la existencia de seres espirituales o no materiales.

En segundo consideremos a la antropóloga canadiense Joan B Townsend.²⁵ Ella propone que aunque diferentes formas de ponerse en contacto personal con una realidad 'sobrenatural' han sido parte importante de las culturas humanas a lo largo de la historia, el chamanismo ha sobrevivido en pequeñas sociedades dispersas por el mundo e incluso, tras distintos semblantes, en las civilizaciones antiguas y en el seno de la civilización occidental, no obstante que en las áreas civilizadas han influido sin contrapeso las grandes religiones. Sin embargo, en sectores urbanos de occidente desde mediados del siglo XX hay un resurgimiento de formas más tradicionales de chamanismo, principalmente en grupos pequeños de niveles educacionales y económicos medios y altos, que buscan una nueva espiritualidad orientada hacia sistemas religiosos no occidentales, así como hacia valores de las culturas aborígenes americanas, los cuales están redefiniendo y modelando distintos sistemas de creencias que han ido adquiriendo apariencia de un nuevo movimiento místico. En los mismos años 60 algunos antropólogos iniciaron un nuevo estilo de trabajo con chamanes indígenas que habían conservado sus sistemas tradicionales porque, a diferencia de sus homólogos de la 2ª mitad del siglo XIX y la 1ª del XX, su forma de investigar difirió en cuanto a que estaban dispuestos a convertirse en aprendices y asimilar de primera mano los sistemas chamánicos: los trabajos de Michael Harner con chamanes sudamericanos, los de Peter Furst y Barbara Myerhoff en el chamanismo huichol, y

25. Townsend JB (s/d)

los de Carlos Castaneda junto al chamán yaqui don Juan, jugaron un papel particularmente importante en el desarrollo de nuevas aproximaciones al chamanismo en Occidente.

Así, a principios de la década de los setenta se inició el movimiento denominado neochamanismo. Esto supone la existencia de grupos con un número relativamente reducido de personas que intentan alcanzar un estado de trascendencia, tratar directamente con maestros espirituales, prestar ayuda e impartir curaciones a sus miembros, a la sociedad y al mundo en general. Sin embargo, el neochamanismo difiere considerablemente del chamanismo tradicional contemporáneo: sus integrantes son individuos en busca de trascendencia pero que no suelen afiliarse a organizaciones duraderas o claramente definidas, como las iglesias o los grupos de 'culto', sino que son pequeñas agrupaciones que se reúnen ocasionalmente, raramente dotadas de una estructura social y muestran relativamente poca duración; sus seguidores participan con frecuencia en algunos grupos de este tipo simultáneamente, en uno de los cuales puede que hagan énfasis en neochamanismo, en otro en la curación, en otro en desarrollo psíquico y en otro en sesiones espiritistas. La gente atraída por las asociaciones neochamánicas suele estar decepcionada con las religiones tradicionales, por su participación habitualmente limitada a ser meros observadores de ritos oficiados por funcionarios eclesiásticos, encontrando acá una acción personal más activa hacia un misticismo religioso y contacto directo con lo trascendente, satisfaciendo una búsqueda intensa de espiritualidad, significado y trascendencia que otorgue a sus vidas un mayor sentido religioso y filosófico. Siguen siendo 'religiosos' en un sentido genérico puesto que no han dejado de creer en una especie de ser sobrenatural tipo Dios o Conciencia.

Para el neochamanismo es fundamental creer en la existencia de más de una realidad, pues junto a la realidad 'ordinaria' de la vida cotidiana consciente existe también la realidad 'alternativa', donde las leyes de la 'naturaleza' tal como las consideramos en esta realidad no son necesariamente aplicables. Esta realidad alternativa es la morada de los espíritus de los muertos, de otros espíritus que jamás han vivido en nuestra realidad común y, a menudo, de un ser supremo. Al igual que sus predecesores chamánicos tradicionales, los neochamanes creen que una persona puede viajar por la realidad alternativa para obtener ayuda y orientación de los espíritus que moran en la misma y, además, que los actos llevados a cabo en la realidad alternativa pueden afectar la realidad ordinaria. Estos supuestos difieren notablemente de la cosmovisión mayoritaria de la sociedad occidental y como tales constituyen una nueva comprensión del mundo, un nuevo paradigma de la realidad.

En el chamanismo tradicional la enfermedad se atribuye a la intrusión de un objeto ajeno en el cuerpo, a la pérdida del alma, etc. Aunque los neochamanes utilizan técnicas del chamanismo clásico para curar, tales como succionar alguna zona corpórea para eliminar el objeto intruso, o viajar a la realidad alternativa para rescatar un alma perdida o un espíritu de poder, su interpretación de la enfermedad es más amplia. La mayoría por lo general acepta la teoría de los gérmenes y otros modelos occidentales contemporáneos sobre las causas de las enfermedades, así como se reconoce el valor de las técnicas de la medicina moderna. No obstante que habitualmente la curación chamánica se considera complementaria de la medicina occidental, más que una opción alternativa, también existe un sentimiento de decepción respecto de ésta: aunque se respetan los éxitos alcanzados, son muchos los que opinan que ha ido demasiado lejos, porque con alguna frecuencia perjudica a los pacientes en lugar de ayudarles; además, el coste creciente del tratamiento médico, que puede agotar los recursos de una familia, contribuye al desamparo. El movimiento de salud holística, por su parte, que enfatiza la medicina preventiva, utiliza el neochamanismo y otras técnicas

trascendentes de curación chamánica / psíquica / espiritual para aumentar y mejorar las terapias médicas comunes. Técnicas tales como imposición de manos, curación del aura, curación por meditación a distancia y con asistencia de ayudantes espirituales, viajes chamánicos y extracción de la enfermedad, se consideran suplementos útiles a las terapias ortodoxas. A veces hasta pueden triunfar donde ha fracasado la medicina convencional y curar al paciente desahuciado. Incluso cuando no se cura la enfermedad física, la renovación del espíritu y la mejor armonía del paciente consigo mismo y con 'el universo' se consideran de importancia igual o mayor.

En tercer lugar es de interés una breve referencia a una obra de divulgación chamánica publicada por el antropólogo norteamericano Michael Harner a comienzos de los 80 y reeditada 10 años después,²⁶ que ofrece iniciar al lector interesado en esta senda. En ella, luego de relatar sus propias experiencias de campo entre los shuar ecuatorianos y los conibo peruanos, así como de entregar alguna información general sobre chamanismo, propone toda una secuencia de desarrollo al respecto. En seis capítulos con abundante información general, el autor describe diferentes procedimientos que indicarían al neófito y su pareja o grupo acompañante lo que deben ir realizando y practicando para iniciar un viaje, para contactar un espíritu guardián animal dentro de un estado de conciencia chamánica, para encontrar plantas medicinales de ayuda, para succionar males de su paciente e incluso para hacer una trampa de tabaco que aprisione al espíritu dañino del paciente en atención. Dos apéndices de la obra se refieren a tambores y sonajeros que conviene que el interesado posea, los que pueden ser reemplazados funcionalmente con buenas grabaciones magnetofónicas en cassettes stereo. Este material, así como talleres de entrenamiento específicos, pueden ser adquiridos por el interesado en la Fundación para Estudios Chamánicos, que dirige el propio autor.

NEOCHAMANISMO MAPUCHE²⁷

Análogo a la situación general recién reseñada, se trata de procesos psicoterapéuticos convencionales que, intentando potenciar los discernimientos buscados mediante introspección y catarsis,²⁸ incorporan elementos obtenidos desde la práctica chamánica mapuche tradicional.²⁹ El conjunto de tales elementos facilita al paciente o al participante la obtención de estados no ordinarios de conciencia (ENOC), a partir de los cuales el mundo afectivo y simbólico privado se vuelve accesible y comunicable. En tal contexto, "... es posible sentir

la posibilidad de que todo ser tangible tiene un aspecto intangible trascendente... todo ser tiene derecho a existir y ser respetado, desde el momento que ocupa un lugar en el mundo tangible u onírico, sea vivo, muerto o inerte. El vacío existencial propio de nuestra época puede así ser llenado de contacto y de sentido, y los requerimientos materiales para ser feliz pueden disminuir a un mínimo necesario. El vacío se alimenta de experiencia y no de consumismo" (Gengler 2006, p. 40).

La búsqueda de estos ENOC durante tales procesos de desarrollo personal (realidad onírica soñada o inducida) más que imponer ceremonias determinadas con anterioridad, posibilita la producción de experiencias oníricas personales dentro de las

26. Harner (1991).

27. Gengler Ladi J y equipo (2006), *Medicina Cárdenas E* (2008).

28. Aunque orientados hacia el aquí y ahora del paciente, evitando introducirse en sus niveles psíquicos inconscientes.

29. Esta reorientación chamánica tan próxima culturalmente, por provenir sus elementos de esta importante etnia nacional, es denominada *Psiquiatría Ecléctica* por el Dr. José Gengler. Puede variablemente incorporar la parafernalia ya descrita respecto al chamanismo tradicional mapuche, así como diferente actividad física, incluso bailes.

manifestaciones ceremoniales seleccionadas, las cuales, al ser realizadas en un ambiente natural, también contribuyen a recuperar vínculos ancestrales con la naturaleza (cada participante es un alguien más en un jardín, celebrando la existencia conjunta grupal y gregariamente). No se descarta en tales vivencias la incorporación de otros aspectos distantes o ajenos, tanto psicológicos (lealtades e imperativos valóricos obsoletos) como enfermedades somáticas particulares (que contengan significados existenciales difíciles de aprehender en estados ordinarios de conciencia), con el objeto de actualizar el campo de conciencia del participante.

CHAMANISMO Y NEOCHAMANISMO MAPUCHE URBANO - ESTUDIO DE CASOS

Recordemos la presentación inicial de esta etnia chilena, la más numerosa del país y cuya mitad a comienzos del siglo XXI está migrada a la Región Metropolitana (RM). Esta importante masa poblacional ha traído consigo diferentes características propias de su cultura originaria, entre otras su medicina tradicional, además que ha diferenciado algunas organizaciones de apoyo social. Por otra parte, la actitud más comprensiva del Estado chileno hacia la identidad étnica de sus pueblos originarios ha generado en los últimos años diferentes actividades interculturales en el nivel primario de asistencia sanitaria. De los registros disponibles se han seleccionado los siguientes cinco casos, que se presentan brevemente a continuación.³⁰

1. Don Manuel Lincovil

Edad: 60 años, casado, 3 hijos.

Origen: nacido en Cudico, Nueva Imperial (Región de La Araucanía). Se educó con los frailes capuchinos de Misión Boroa y luego en Liceo de Nueva Imperial. Habla mapudungun como lengua materna.

Migración a RM: vivió, estudió y trabajó entre los 15-25 años en Concepción (Región de Los Lagos), donde obtuvo su título superior de contador público. Se trasladó luego a Santiago.

Manifestación de vocación: diferentes anécdotas biográficas y sueños premonitorios. Existen machis por línea materna. Enfermedad importante como a los 40 años (hasta ese momento sólo trabajaba en sus actividades profesionales) que lo llevó a aceptar su misión espiritual.

Iniciación formal: con la machi doña María Caniuqueo, en Cancura (Región de la Araucanía).

Inicio de actividades: hace unos 20 años, los últimos 5 a tiempo completo (su oficina de contabilidad es atendida por su hija Marcela, también contadora pública).

Características culturales propias: en los consultorios que se mencionan a continuación, así como en su propio domicilio, atiende vestido con ropa y otros adornos adecuados a la ocasión.

Respaldo cultural: las diferentes agencias sanitarias donde atiende, la organización Kallfulikan.

Asociación a programa de salud intercultural: en Consultorios Nueva Extremadura (Comuna de La Pintana, RM) y Los

30. El autor de esta presentación realiza en la actualidad un doctorado tutorial en antropología en la Universidad Nacional Autónoma de México (Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras) orientado a estudiar este tema. Del material obtenido en el trabajo de campo respectivo se han seleccionado todos estos ejemplos (Medina Cárdenas E, 2004-2008).

Castaños (Comuna de La Florida, RM). Colabora en asuntos generales del Hospital Barros Luco – Trudeau (Comuna Pedro Aguirre Cerda, RM). En cada lugar hay rukas y sus correspondientes rewes para llevar a cabo tales atenciones, construidas por miembros de Kallfulikan.

Atención directa de salud: en su domicilio (Comuna de La Florida, RM).

2. Doña María Manqueo

Edad: 50 años. Casada, con hijos. Lee y escribe pero se desconoce su nivel educacional. Habla mapudungun como lengua materna.

Proveniencia: Cunco, Quepe, Padre Las Casas, Región de la Araucanía. Allí vive con su familia.

Migración a RM: no ha migrado. Desde algunos años sólo viaja a Santiago a atender 2 o 3 veces cada año, utilizando las facilidades que le otorga el Liceo Alemán de Bellavista (Comuna de Recoleta, RM) donde le prestan una oficina para recibir a sus consultantes (intermediario es el RP Luis Rodríguez, Vicario de la Pastoral Mapuche del Arzobispado de Santiago y profesor en ese Liceo).

Manifestación de vocación: enfermedad grave cuando joven, una machi la sanó. Su abuelo tenía ese don. Sueño premonitorio.

Iniciación formal: sí (sin mayores detalles).

Inicio de actividades: como a los 20 años.

Características culturales propias: viste ropas típicas para atender.

Respaldo cultural: indirecto en Santiago, a través de sus consultantes.

Asociación a programa de salud intercultural: no.

Atención directa de salud: en su domicilio a pacientes que le solicitan el servicio.

3. Don Luis Nahuelcura.³¹

Edad: 28 años, soltero, sin hijos, vive solo en un pequeño departamento en la Comuna de La Granja, RM. Lee y escribe pero se desconoce su nivel educacional.

Origen: Puerto Saavedra, Región de la Araucanía.

Migración: salió de su comunidad cuando niño, porque su madre lo trajo a Santiago (ella sería la machi doña Pascualita Caniuqueo).

Enfermedad previa importante como a los 18 años, que fue atendida infructuosamente en la medicina moderna y que se sanó luego de ceremonia chamánica especial. Su abuela (también machi, doña Pascuala Calfuqueo) interpretó esto como anuncio de su vocación.

Iniciación formal: no tiene.

Inicio de actividades: circunstancialmente al aceptar realizar un acto propiciatorio en una ceremonia en la Universidad de Santiago de Chile (USACH) hace como 3 años.

Características culturales: no hablaba inicialmente mapudungun (su madre sí), ahora algo luego de esforzarse en adquirirlo. Viste en forma modesta, sin distintivos culturales especiales.

Respaldo cultural: comunidad TRAWUN MAPU de Comuna de La Granja, RM.

Programa de salud intercultural: atiende en Hospital San Borja – Arriarán (Comuna Pedro Aguirre Cerda, RM) desde unos 3 años a funcionarios y familiares (allí se desempeñan unos 30 funcionarios de origen mapuche). Depende de la Unidad de Medicinas Alternativas / Complementarias del establecimiento.

31. También toma en cuenta a Ramos (2007).

Atención directa de salud: en su domicilio a pacientes en general.

4. *Doña María Queñelén*

Edad: 50 años. Casada, con hijos.

Origen: su familia proviene de Nueva Imperial (Región de la Araucanía), pero ella nació en Santiago. Lee y escribe pero se desconoce nivel educacional. No habla mapudungun, sino usa sólo palabras sueltas.

Manifestación de vocación: no refiere algo especial.

Iniciación formal: parece dudosa. Abuela machi la habría aconsejado.

Inicio de actividades: desde hace algunos años.

Características culturales propias: sin determinar.

Respaldo cultural: no se sabe de grupo que la respalde.

Programa de salud intercultural: no hay, sólo realiza trabajos particulares.

Atención directa de salud: a pacientes que solicitan sus servicios, realizando actividades conjuntas con médica cubana especialista en MAC.

5. *Don Miguel Wenu*³²

Edad: 65 años, algunas relaciones de pareja, con hijos en dos de ellas.

Origen: familia paterna es de Puerto Saavedra (Región de la Araucanía), pero su padre se vino joven y soltero a Santiago, donde se casó con su madre, chilena. Él nació acá y se crió en hogar acomodado donde ésta desempeñaba labores domésticas (el padre ya se había separado de la madre), pero regularmente durante sus vacaciones de fin de año durante su niñez y adolescencia permaneció donde su abuelo paterno. Enseñanza media completa.

No habla mapudungun, sino sólo palabras sueltas. Su afición por ir aprendiendo más de su cultura de origen lo ha ido estimulando a hablar más su idioma.

Manifestación de vocación: influencia del 'sabio' don Lorenzo Aillapan y de un tío paterno presumiblemente machi, ambos de Puerto Saavedra.

Iniciación formal: no tiene.

Inicio de actividades: hace varios años (tal vez unos 12-15) aceptó atender en domicilio un grave problema de salud todavía sin solución mediante la medicina convencional, según las antiguas y varias observaciones aprendidas de su tío, con buen resultado. Conoció al grupo de trabajo psiquiátrico del Dr. José Gengler con ocasión de haberse acercado anteriormente a otro grupo profesional análogo al cual se integró transitoriamente éste; interactúa con él alrededor de 10 años.

Características culturales propias: viste ropas típicas para atender.

Respaldo cultural: como sanador que aporta aspectos de la cultura mapuche en un contexto general de tipo neo chamánico (psicoterapia ecléctica de orientación chamánica). Ocasionalmente ha actuado como funcionario municipal encargado de orientación intercultural.

Programa de salud intercultural: no.

Atención directa de salud en su domicilio de Comuna de Peñalolén, donde ofrece servicios curativos como sanador mapuche.

Resumiendo las características generales de estos 5 sanadores puede proponerse lo siguiente:

32. Su apellido que figura en su cédula de identidad es Huenul, pero él prefiere escribirlo como está acá. Cabe atribuir esta preferencia a la actitud contracultural señalada anteriormente.

- todos ellos se consideran sanadores pertenecientes a la etnia mapuche, de cuya cultura de diferentes maneras cada uno ha recibido influencia y formación específica.
- 3 nacieron en territorios ancestrales (aunque uno de ellos fue traído muy pequeño a la RM) y 2 en la RM.
- 2 hablan mapudungun como lengua materna, mismos que nacieron en territorios ancestrales y tuvieron iniciación formal como machis, es decir, ambos son agentes chamánicos tradicionales.
- 4 viven en la RM, donde realizan actividades sanatorias integrados individualmente a diferentes manifestaciones de las medicinas oficial y alternativa: 2 con lazos formales con agencias oficiales públicas de salud y 2 con acuerdos personales privados.
- 3 sanadores que no tuvieron iniciación formal como machis realizan parcialmente actividades sanadoras, aunque con características menos tradicionales que los otros 2 ya mencionados, pero también están integrados a grupos donde se realizan prácticas alternativas y/o neochamánicas.
- todos ellos tienen alguna validación respecto a la idoneidad de sus actividades sanadoras (establecimientos sanitarios donde se desempeñan, organizaciones culturales de pertenencia, demanda asistencial específica directa, parafernalia ceremonial, etc.).

CONSIDERACIONES FINALES

La casuística anterior sugiere que el chamanismo mapuche urbano está ampliándose desde su forma tradicional hacia nuevas manifestaciones, algunas de las cuales conservan su carácter originario incluso cuando se manifiestan en el contexto asistencial de agencias sanitarias oficiales, en tanto que otras muestran apertura hacia actividades curativas mixtas con prácticas alternativas e incluso unas más se integran a actividades de contextos neochamánicos. Todo lo anterior se produce en el escenario general de una alta migración rural-urbana de esta etnia durante la 2° mitad del siglo XX y de una creciente comprensión del Estado en los últimos años por la protección de la identidad étnica de sus pueblos aborígenes.

El chamanismo tradicional mapuche a comienzos del siglo XXI en la Región Metropolitana de Chile sigue vigente, orientado tanto a la atención individual de miembros de esta etnia, como también a la de otras personas culturalmente ajenas pero interesadas en obtener este tipo de beneficios terapéuticos.

El neochamanismo mapuche parece surgir estrechamente asociado a la interacción de sanadores también originarios de esta etnia - aunque con menor conservación de las características culturales aborígenes - con grupos profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos y otros) abiertos a incorporar en sus recursos psicoterapéuticos otros aportes provenientes de la cultura tradicional del país. Se han conformado algunos grupos terapéuticos ' eclécticos ', en cuyo contexto las actividades profesionales son retroalimentadas con aportes chamánicos vernáculos, obteniéndose como resultante procedimientos funcionales mutuamente satisfactorios.

No obstante todo lo anterior, dado que esta presentación está basada en datos de campo recientes, todas sus consideraciones respecto a chamanismo y neochamanismo mapuche urbano tienen un carácter preliminar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Beltrán G (1965) "El rol de la medicina en las regiones de refugio" En Homenaje a Juan Comas en su 65 aniversario Vol. 1, México.
2. Augusta Fray FJ de (1934) *Lecturas Araucanas* Padre Las Casas, Imprenta y Editorial San Francisco.
3. Bacigalupo AM (2004) "Mapuche Shamanism" En *Encyclopedia of Shamanism* EJ Neuman Fridman & M Walter (edit.). Santa Barbara: ABC-CLIO Editions.
4. Eliade M (1976). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Fondo de Cultura Económica, México (primera edición francesa de 1951) .
5. Fericgla JM (s/d) *EL chamanismo como sistema adaptante* <http://www.imaginaria.org/chaman.htm>
6. Freidel D, Schele L y Parker J (2001) *EL COSMOS MAYA* Tres mil años por la senda de los chamanes Fondo de Cultura Económica, México.
7. Gengler Ladi J y equipo (2006) "Chamanismo en la práctica clínica: ¿una cosmovisión anacrónica en la post-modernidad?" *Psiquiatría y Salud Mental* XXIII, N° 1-2: 39-50. Chile.
8. Groesbeck CJ "C.G. Jung and the Shaman's Vision". En Sandner DF & Wong SH (editors) (1997) *THE SACRED HERITAGE* The influence of shamanism on analytical psychology (op. cit): 29-43.
9. Harner, M. (1990) *The Way of Shaman* Harper San Francisco.
10. Harner M (s/d) "¿Qué es un chamán?" <http://www.punksunidos.com.ar/salud/chamanismo.htm>
11. Huxley A (1971) *Las puertas de la percepción / Cielo e infierno* Edit Sudamericana, Buenos Aires (primeras ediciones inglesas de 1954 y 1956, respectivamente).
12. Kallfulikan, Asociación Indígena Mapuche (2004) *Archivo fotográfico*.
13. Lagarriga Attias I (1975). *Medicina Tradicional y Espiritismo*. Sep-Setentas, México.
14. Lagarriga Attias I (1976). "Un ejemplo de religiosidad de los marginales de México: el Espiritualismo Trinitario Mariano". *Religión y Sociedad*, Cuaderno de Trabajo N° 17. DEAS-INAH, México.
15. Lagarriga Attias I (1995) "INTENTO DE CARACTERIZACIÓN DEL CHAMANISMO URBANO EN MÉXICO CON EL EJEMPLO DEL ESPIRITUALISMO TRINITARIO MARIANO" En Lagarriga, Galinier y Perrin M, coordinadores *CHAMANISMO EN LATINOAMÉRICA* (op. cit.): 85-101.
16. Lagarriga I, Galinier J y Perrin M, coordinadores (1995) *CHAMANISMO EN LATINOAMÉRICA* Universidad Iberoamericana / Plaza y Valdés / CEMCA, México.
17. Leiva, A (1991) "El chamanismo y la medicina entre los araucanos". En *LOS ESPIRITUS ALIADOS* Chamanismo y curación en los pueblos indios de Sudamérica, E Amodio y J Juncosa, comp. Edic. ABYAYALA, Quito, Ecuador.
18. Lévy-Strauss C (1968). "El hechicero y su magia" En *Antropología Estructural*: 151-167. EUDEBA, Buenos Aires (primera edición francesa de 1958, aunque esta publicación había aparecido por primera vez en *Les Temps Modernes*, año 4º, N° 41: 3-24, 1949).
19. Medina Cárdenas E (2006) "Chamanismo: consideraciones históricas y contemporáneas" *Psiquiatría y Salud Mental* XXIII, N° 1-2: 51-64. Chile.
20. Medina Cárdenas E (2004-2008). *Entrevistas y observación participante de diferentes sanadores mapuches (material de campo inédito)*.
21. Medina Cárdenas E (2008). *Entrevistas y observación participante de las actividades del Psiquiatra Dr. José Gengler Ladi (material de campo inédito)*.
22. Métraux A (1967) *Religions et magies indiennes d'Amerique du Sud* Gallimard.
23. Metzner R (1998) "HALLUCINOGENIC DRUGS AND PLANTS IN PSYCHOTHERY AND SHAMANISM" *J Psychoactive Drugs*, Vol. 30, N° 4, oct-dic.
24. Perrin M (1995) "LÓGICA CHAMÁNICA" En Lagarriga, Galinier y Perrin, coord. *CHAMANISMO EN LATINOAMÉRICA* (op.cit.): 1-20.
25. Prince, R.A. (1978). « *Thérapie et culture* ». *Encycl. Méd. Chir.*, 37725 D -10 - 4, Paris.
26. Royal College of Psychiatrists (1987) *Drug Scenes* Gaskell.
27. Ramos S (2007) *Luis Nahuelcura joven machi en Santiago* (Universidad de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Ciencias Históricas. Programa de Magíster en Etnohistoria, trabajo final del Seminario Chamanismo, 8 pp).
28. Stafford P (1983) *Psychedelics* Encyclopedia JP Tarcher, Inc Los Angeles.

29. Townsend JB (s/d) "Neochamanismo y el movimiento místico moderno" <http://www.mind-surf.net/drogas/chamanismo3.htm>
30. Usó JC (1996) *Drogas y cultura de masas* Santillana SA Taurus Madrid.
31. Vázquez JA (s/d) "NATURALEZA Y SIGNIFICADO DEL CHAMANISMO" <http://www.mind-surf.net/drogas/chamanismo7.htm>
32. Yensen R (1998) *Hacia una medicina psiquedélica Reflexiones sobre el uso de enteógenos en psicoterapia* Los libros de la liebre de marzo, Barcelona.



Sensibilidad etnoterapéutica y fenomenología de las relaciones interétnicas

ROLANDO LEMUS RODAS

Uno de los hechos más importantes para la historia de los países en los últimos años es la creciente adquisición de conciencia de que Latinoamérica se define como multilingüe, pluriétnico y pluricultural, que requiere la realización de profundas modificaciones en las estructuras de los Estados y las Sociedades (Cabarrús, 1998; Gallo, 1998, 1996 y 1, 994) Latinoamérica, tiene una mezcla de elementos que le dan identidad pero en síntesis es una mezcla cultural entre la herencia indígena y la herencia occidental judeo-cristiana. Cuando se habla de latinoamericanos se pregunta qué latinoamericanos, ya que los hay de muchos grupos culturales y sociales.

En este continente, sin necesidad de salir de las ciudades, se encuentran diversos grupos sociales y cada uno forma una subcultura, con diversos valores y formas de ver el mundo. Este será el campo de acción del profesional de salud mental que irremediamente tendrá que atender y trabajar con personas de diferente cultura y grupo social que el suyo y que parten de premisas diferentes de ver el mundo, deferentes identidades. Por lo tanto, eso es un factor a tomar en cuenta a la hora de ejercer su trabajo no quedarse atrás con esos cambios de la sociedad Latinoamericana.

Esto se ha convertido en un conflicto a nivel educativo, ya que los modelos educativos no han sido diseñados sobre una base poliétnica, sino sobre un grupo específico, el mestizo-occidental y con un idioma específico: el castellano. Esto ha repercutido en la educación de grupos sociales o culturales diferentes a éste llevando a una alienación o pérdidas de identidad grupal evidenciadas en los estudios que han abordado este tema. Latinoamérica, necesita modelos educativos y sociales que se armonicen con las aspiraciones humanas más firmes y profundamente sentidas, y necesarias con el contexto cultural y social del grupo al cual se apliquen. (Gallo, 1994).

La psiquiatría, entendida como la un proceso educativo personalizado también se ve influida por el modelo de hombre del profesional que la ejerza cuando el modelo de hombre parte del cliente o paciente.

El problema es que, así como lo expone propiamente Singer (1985), el profesional de salud mental no puede evitar proyectar su ideal de hombre sobre las personas con quienes trabaja y en la medida en que ese ideal sea restringido o amplio en esa medida dependerá su proyección interpersonal. En otras palabras, si su

ideal de hombre es restringido, verá más patología pero si por el contrario su ideal de hombre es amplio verá menos patología y su cobertura interpersonal se abrirá y estará en capacidad de atender eficazmente a personas de diferente grupo social que el suyo.

Ahora, ese ideal de hombre dependerá de su sentido de identidad amplio o restringido que le haya dado su experiencia social y su propia cultura. Tomar conciencia de esa identidad lo hará capaz de suspender su juicio de realidad (Monedero, 1978) a la hora de describir fenomenológicamente a la persona que atiende y así aumentar su sensibilidad terapéutica. Otra cosa que también aumentará su sensibilidad terapéutica será a través de la amplitud de su identidad a través de la experiencia social, o en otras palabras sus contactos humanos. Entre más contactos humanos se tenga, más amplia será su identidad, más sensibilidad terapéutica, más cobertura de personas a quien atender, menos visión patológica, menos ansiedad en la terapia... y más eficaz trabajo terapéutico. (Mazariegos, 1998).

Cuando Aguilar (1980) propuso en las conferencias de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México (UNAM), sobre "Un modelo para la Elaboración Curricular de Psicología"; que el perfil profesional del psicólogo debe ser elaborado en base a, o a partir de la especificación de los objetivos de la carrera misma, basándose en las habilidades, destrezas y conocimientos que debe poseer el egresado, y tomando en cuenta las dimensiones sociales y tecnológicas del ejercicio profesional, estaba pensando que todo país necesita formar profesionales que respondan a las necesidades de esas dimensiones sociales.

En este sentido, los países latinoamericanos, dentro de su contexto multiétnico y multisocial, necesita profesionales de salud mental que tengan una sensibilidad terapéutica que les posibilite acceder a personas de diferente grupo étnico y social que el suyo, sensibilidad que viene de la toma de conciencia acerca de las limitaciones culturales y la suspensión del juicio de realidad de sus propios procesos psíquicos, incluyendo lo introyectado culturalmente así como de la amplitud o restricción de su identidad constituida a través de su experiencia o como lo llaman algunos psicoanalistas: "Registro de calle".

De allí la importancia de la realización del propio proceso psicoterapéutico por parte de este profesional para estar apto para ejercer y no contaminar su trabajo con sus propios procesos intrapsíquicos de los cuales es consciente (Numberg, 1987). Pero en este trabajo no se tratará el problema de la experiencia o no experiencia de este proceso aunque es obvia su importancia. Lo que si no es obvio es que dentro de éstos procesos intrapsíquicos están los códigos y significados conscientes e inconscientes que el profesional de salud mental, por ser hombre portador y manipulador de cultura, (Bastide, 1979) ha introyectado en sí mismo y que constituye su identidad, que le permite una plataforma existencial y un marco de referencia desde el cual evalúa la realidad, en este caso, la realidad de la otredad, que es no es "lo otro" sino "el otro", su cliente o paciente.

Pero para tener una sensibilidad terapéutica adecuada no sólo se necesita tener un sentido de identidad amplio sino también otra serie de cualidades como la capacidad de razonamiento abstracto, de dar y recibir afecto, autoestima elevada, valores humanos y sociales, adecuada formación académica, relaciones interpersonales satisfactorias, sentido de vida y madurez y estabilidad emocional.

Esta sensibilidad terapéutica basada en la identidad, valores, estabilidad emocional, relaciones interpersonales y sentido de vida que tienen los futuros profesionales de salud mental es lo que se intentará determinar en este trabajo.

Se debe comprender cuales son los dinamismos que se llevan a cabo en el hombre al

integrarse, desarrollarse, desenvolverse dentro de una cultura determinada y relacionarse con otras personas de otra cultura. Acción que tendrá que realizar el profesional de salud mental latinoamericano tarde o temprano.

El concepto básico aquí es el concepto de IDENTIDAD. Identidad que se obtiene a través de la historia de una persona, que es una historia cultural, ya que nos desenvolvemos en un grupo determinado cuya mediación primera es la familia y segunda los modelos educativos. Dentro de esa cultura aprendemos a ser hombres y mujeres de determinada forma, con ciertos mitos, valores y formas de ver el mundo.

Nuestra identidad es a la vez identidad personal e identidad grupal, componentes inseparables de nuestro ser como persona. La identidad personal se forma a través de la propia historia personal que se lleva a cabo en una familia que nos comunica, hereda y proporciona ciertos valores y formas de ver al hombre y al mundo, una familia que pertenece a un grupo determinado y del cual nos sentimos parte, en otras palabras, identificados.

Cuando nos relacionamos con otra persona con la cual compartimos cierto grado de identidad, o sea, que pertenece a nuestro grupo étnico, y que habla nuestro mismo idioma, no hay tanto problema, el problema se da cuando la otra persona tiene otra identidad grupal, pertenece a otra etnia con diferentes valores y formas de ver y conceptuar al hombre y al mundo. Cuando entramos en esa relación se llevan a cabo ciertos mecanismos defensivos ya que la toma de consciencia de la identidad del otro cuestiona mi propia identidad y eso me produce angustia que posteriormente moviliza mecanismos de defensa que después se convierten en colectivos y de la manera de manejar esta relación dependerá el conflicto o la comunicación y mutuo aprendizaje.

La etnopsicología explica esos dinamismos y expone las razones por las cuales se llevan a cabo, de manera que al entender los dinamismos tomamos conciencia del fenómeno y lo llevamos de la mejor manera posible, sobre todo en el área psicológica, terapéutica, social y de convivencia.

El problema principal de las relaciones con personas diferentes a nosotros es el problema de la hermenéutica, es decir, el problema de la interpretación. Sólo podemos interpretar al mundo y al otro desde nuestros propios marcos de referencia, que son culturales, y entre más amplios sean esos marcos de referencia interpretaremos mejor.

Pero si el problema es de interpretación, al tomar conciencia de estos marcos de referencia y suspenderlos fenomenológicamente (suspendemos nuestros juicios de realidad) estamos en una disposición más abierta y disponible de poder interpretar al otro de una mejor manera y percibir sus necesidades y como tarea nuestra proponerle opciones que respondan mejor a su ser.

A esto le llamamos sensibilidad etnoterapéutica y el marco teórico que lo explica es el marco de la etnopsicología.

Lo que formula la etnopsicología en este momento son hipótesis de convivencia. Se trata de hacer una psicología de las relaciones interpersonales que sea psicología aplicada a diversas culturas.

Lo real es que nadie es independiente emocionalmente a su propia cultura y el trabajo que nosotros los profesionales de salud mental podremos hacer es hacernos sensibles a la expresión del otro, hacernos sensibles a la cultura del otro. Y no partir de la situación de que lo mío en tanto que mío y por ser mío es más valioso que todo lo demás. Mientras nosotros no nos sensibilicemos a esa diversidad cultural las posibilidades de conciliación en Latinoamérica son pocas.

En Latinoamérica podremos vivir en paz cuando nuestra actitud hacia el otro sea una actitud de apertura, de compartir, de aprender del otro porque al imponer nuestra propia visión del mundo y de las cosas entramos en conflicto y en un conflicto ambas partes pierden, veamos nuestra historia nacional y sabremos de lo que se está hablando. Es tiempo del cambio, pero el cambio en principio es ideológico. Este es el objetivo de hacer una etnopsicología latinoamericana.

CUADRO SINÓPTICO ETNOPSICOLOGIA

DIMENSION PSICOLÓGICA

IDENTIDAD PERSONAL

IDENTIDAD YO *Relaciones Interpersonales*

IDENTIDAD GRUPAL

Etnológica

Identidad Personal

IDIOSINCRÁTICA

Aquello que determina en la persona la capacidad de mantener el equilibrio, el orden, el dominio de sí mismo, de sus facultades, de sus relaciones y realizaciones (Gallo, 1978).

“SÍ MISMO”	Percepción	-----	(Modelo Simbólico)
	Memoria	-----	(Mito)
	Aprendizaje	-----	(Símbolos de Poder)
	Control de Impulsos	-----	(Valores)

Permite:

Situarse en el mundo
Tomar decisiones sobre sí mismo
Actuar Ordenadamente
Hacer proyectos de vida

Identidad grupal:

SEGMENTO ÉTNICO DE LA PERSONALIDAD

Proporciona la seguridad de continuidad generacional, una escala de valores culturales compartida, un campo de comunicaciones e interacciones y un sentido de membresía.

EL SÍ MISMO CON OTROS

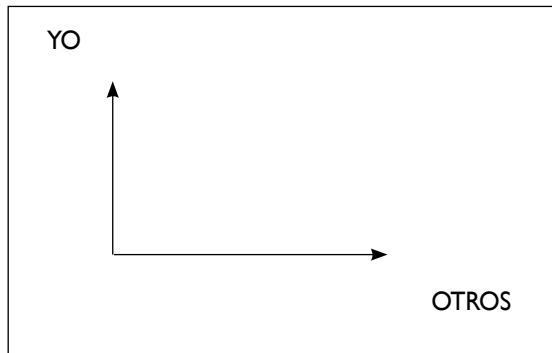
- Lengua (Comunicación / Interrelación)
- Visión cósmica de la Comunidad (Mitos compartidos)
- Estructuras institucionales (Escala de Poder)
- Tendencias latentes (Valores comunitarios)

DOMINIO DE LA CONVIVENCIA

PERMITE:

- *Sentido de Membresía
- *Relaciones comunes
- *División del Trabajo
- *Igualdad de derecho

CIRCUITO FUNCIONAL DE LA VIVENCIA



ELEMENTOS CONFORMANTES DE UNA CULTURA

- Mecanismos Compensadores
- Omisiones selectivas
- Distorsiones colectivas de la realidad
- Tensiones inconscientes
- Percepciones Distorsionadas
- Proyecciones delirantes sobre "El Otro"
- Culpas ocultas y colectivas
- Transferencias y contratransferencias

EN BASE A ELLO SE CONSTITUYEN

- Valores
- Instituciones
- Costumbres
- Tradiciones
- Héroes
- Mitos

La cultura se define como un sistema ESTANDARIZADO de defensas (Devereux, 1973).

Supuestos de la afirmación anterior:

- a) Solidaria a las funciones del YO
- b) Parcialmente consciente y parcialmente inconsciente
- c) Posee funciones adaptativas
- d) Son tempranamente implantadas (Piaget, 1995; y Lorenz, 1977)

En la relación Inter-étnica : Si

- * a) En la frontera Interétnica
- * b) Si el intento es integrativo

FENÓMENOS EN LA INTEGRACIÓN FORZOSA

1. Hay resistencia del receptor eventual hacia la adherencia a un determinado Item Cultural.
Se movilizan mecanismos de defensa como el aislamiento y represión,
2. Hay resistencia en el prestamista eventual de Items.

Aquí se movilizan los mecanismos de descalificación, racionalización. (Encerrando al otro es como nos convencemos de nuestra propia cordura (Foucault, M.(1998))

Forma de expresión del conflicto: EL PREJUICIO.

Tipos:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| a) El prejuicio racial | RACISMO |
| b) El prejuicio Social | CLASISMO |
| c) El prejuicio Cultural | ETNO-CENTRISMO |
| d) El prejuicio Político | TOTALITARISMO |

CONFLICTO DE IDENTIDAD NEGADA

Y de negación de la identidad (Mazariegos, 1998 y Cabarrús, 1998)

Doble universalidad en el hombre (Bastide, Merleau-ponty):

1. La de la cultura.
2. La de la naturaleza psíquica de lo humano.

ETNOPSICOLOGÍA

Vivencia cultural.

Etnología + Psicología.

Se propone una Psicología METACULTURAL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bastide, R. (1979) *SOCIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES*. México: Siglo XXI
2. Devereux, G. (1973). *Ensayos de Etnopsiquiatría*. Barcelona: Barral Editores
3. Devereux, G. (1996) *DE LA ANSIEDAD AL METODO EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO*. Siglo Veintiuno.
4. Fromm, E. (1976) *PSICOANALISIS Y SOCIEDAD*. Buenos Aires: Paidós
5. Fromm, E. (1987) *TENER O SER*. México: Fondo de Cultura Económica
6. Gallo, A. (1996) *EL HOMBRE, MI HERMANO*. Guatemala: Cultura
7. Gallo, A. (1994) *IDENTIDAD NACIONAL*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar
8. Gallo, A. (1990) "VER DE VERDAD" *FENOMENOLOGIA DEL CONOCIMIENTO*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar
9. Garske, J y Linn, S. (1988). *PSICOTERAPIAS CONTEMPORANEAS. MODELOS Y METODOS*. Bilbao: Desclée de Brouwer
10. Heidegger, M. (1990). *IDENTIDAD Y DIFERENCIA*. España: Anthropos.
11. Klein, M. (1964). *CONTRIBUCIONES AL PSICOANALISIS*. Buenos Aires: Hormé
12. Knobel, (1987) *PSICOTERAPIA BREVE*. Buenos Aires: Paidós
13. Lara, A. (1998) *FUNDAMENTOS EPISTEMOLOGICOS DE LAS CORRIENTES CONTEMPORANEAS EN PSICOLOGIA. METAMORFOSIS. REVISTA TEMATICA TECNICO CIENTIFICA. NUM.4. 23/7/98*. Guatemala: Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC
14. Mazariegos, R. (1998) *APUNTES PRELIMINARES PARA UNA ETNOPSICOLOGIA GUATEMALTECA*. Conferencia dictada en el Primer Congreso Nacional de Psicología "Psicología y Cultura de Paz, Perspectivas hacia el año 2,000" (Mayo 7,8 y 9 de 1998) organizado por la Asociación Guatemalteca de Psicología
15. Monedero, C. (1978) *PSICOPATOLOGIA GENERAL*. Madrid: Biblioteca Nueva
16. Monedero Gil, C. (1996) *PSICOPATOLOGIA Humana*. Madrid: Siglo Veintiuno
17. Shutz, A. (1984) *FENOMENOLOGIA DEL MUNDO SOCIAL*. Buenos Aires: Paidós
18. Singer, E. (1969) *CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA*. Mexico: Fondo de Cultura Económica
19. Sullivan, H. (1954) *THE PSYCHIATRIC INTERVIEW*. New York: W.W.Norton & Company. Inc.
20. Sullivan, H. (1968) *LA FUNCION DE LA PSIQUIATRIA Y DE LAS CIENCIAS SOCIALES*. Buenos Aires: Psique
21. Rogers, C. (1969) *PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE*. Buenos Aires: Paidós





Simposia
*Cultura y salud mental en Brasil:
una discusión interdisciplinaria*







Mental health and labor: conceptual language, net, multiplicity and symmetry

JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO (†)

The cultural value of labor in our culture has deep consequences on mental health: while the concept of labor is valued, the actual work is not. For that reason, the social inclusion of no qualified workers in society is becoming harder and harder. Even though chronic psychiatric patients are now living outside the walls of psychiatric hospitals, they are still excluded from society, throughout labor organization. Shelters in therapeutic residences are needed. They will be placed somewhere in between the hyper-modern city, with its sociability based on the polarity “them” versus “us” (primitive versus civilized), where part and whole (individual and society), One and Multiple (nature and culture) will be translated as social exclusion. Consequently, elaborating a conceptual theory based on the idea of “network”, means dissolving the distinction between “part” and “whole” and allowing for multiplicity; it means going beyond the dilemma “unity/plurality” and abolishing the contrast between primitive/civilized. The psychiatric patients, the inmates of modern age, allow us to construct those concepts considering their multiple and different social inclusion.

Work is a source of necessary goods for life. As it provides independence, it is also an essential source of self-esteem. We included non-paid work here since it can be useful and valuable to the one who does it, in particular to the ones who recover from a mental illness. They expect an opportunity of life in the community, of adaptation to new habits and of mental structuring.

It is considered, in general, that psychiatric patients never recover enough to be useful to society. It is commonly said that they have an unstable and unexpected behavior. It is also said that they can be dangerous. These expectations determine people’s conduct and the companies’ policies relating to the possible work of sick persons. This is what is called stigma. Employers resist to the idea of hiring people with a psychiatric history. In Europe, it is well documented that patients are frequently dismissed from work when they report their mental illness, even when they have demonstrated appropriate competence for said work. Half of the patients who are able and desiring to work are unemployed for this reason.

This also includes the field of mental health, where one would expect better understanding of the problem. Those who find work are not free from stigma either. When someone knows that a person

(Psychiatry). Coordinator. Professor of Psychiatry, Faculty of Medicine. Federal University of Rio de Janeiro/UFRJ. BRAZIL.

has been under psychiatric treatment, he can be asked to perform lower responsibility tasks. The stigma also affects the personal relationships in the workplace and the patients notice that they are being treated in a different way or even avoided.

The usual solution found by the users is to maintain their situation secretly. Unfortunately, this solution is another source of stress. The patients prefer to pay their treatment out of pocket instead of using insurance that they are entitled to - through their work - this limits the quality and the intensity of the treatment they need: they spend hours traveling outside their communities in order to receive treatment; they also feel forced to create a repertoire of excuses to justify their absences. In each and every way, the situation becomes a source of permanent concern. How is that built socially?

Work needs to be studied in its multiple aspects and implications to mental health delivery: the displacement of the social value towards conception instead of execution in work organization hinders the social inclusion of those not very qualified. In particular, patients who are de-hospitalized need to be housed in therapeutic residences, placed amid the hyper modern city with its sociability centered in the polarities “them” versus “us” (primitive versus civilized), “part” and “whole” (individual and society), and “uno” and “multiple” (nature and culture). It is necessary to elaborate a conceptual language centered in the idea of Net, to dissolve the distinction between “part” and “whole”; Multiplicity, overcoming the dilemma “unity/plurality”; and Symmetry, to substitute the failure of the “primitive” and “civilized” contrast.

The society is a universal condition of human life. This universal condition admits both a biological and a symbolic-moral or institutional interpretation. Thus, the society can be seen as a basic, but not exclusive attribute, of human nature: we are predisposed genetically to social life; the somatic and behavioral aspects of human ontogenesis depend upon the interaction with its specific others; the phylogenesis of our species is parallel to the development of language and work (of the technique), indispensable social capacities to the satisfaction of organism needs. But the society can also be seen as a constituent and exclusive dimension of human nature, being defined for its normative character: human behavior becomes social agency when being founded, not in instinctive regulations selected by the evolution, but in rules of extra-somatic origin historically well settled. The notion of ‘rule’ expresses the instituted character of the beginnings of the action and of the social organization. The normative contents of human society, being institutional realities, vary in time and in space, but the existence of rules is a formal invariable; as such, it would be the distinctive characteristic of the social condition, that stops here being the “evolutionary thing”, one of the central components of the ethogram of the *Homo sapiens* (the ‘human species’), and starts to define a form of existence marked by its historicity; the ‘Humanity’ while the only ontological entity (the ‘human condition’), composed not more of individuals, but of subjects that are simultaneously creators and creatures of the world of rules.

In a particular sense, a society is also an applicable designation to a human group endowed with a denser combination of some of the following properties: being territorial; recruitment mainly for sexual reproduction of its members; relatively self-sufficient and capable institutional organization which lasts more than an individual’s life; and cultural distinction.

Here the notion can have as main references the population component, the institutional-relational component, or the cultural-ideational component of the collective reality. In the first case, the term is used as synonym of ‘people’, considered as an individualized part of

the humanity. In the second, in that is equivalent to the 'system' or 'social organization', it highlights the sociopolitical picture of the collective: its morphology (composition, distribution and relationships of the subgroups of the society while 'maximum group'), the body of juridical norms (authority notions and citizenship, regulation of the conflict, status systems and roles), and the characteristic configurations of the social relationships (power relations, cooperation, and exchange forms). In the third case – in that 'society' is frequently a synonym of 'culture' – the affective and cognitive contents of social life are sought: the group of dispositions and capacities inculcated in its members through varied symbolic means, as well as the concepts and practices that confer order, significance and value to the totality of the existent.

THE TWO (ANTINOMY) ANTINOMIES: IMMANENCE AND TRANSCENDENCE

'Society' and 'culture' still divide the field structured by the naturalistic opposition among '(state of) nature' and '(civil) society', throughout the differentiation of the human sciences two fundamental antinomies, that bound the discursive field and supply the characteristic problems: 'nature/culture' and 'individual/society'. Both refer to the same dilemma, which is to decide if the relationships among the opposed terms are of continuity (reductionist solution) or of discontinuity ('autonomist' or 'emergent' solution). The culture is a prolongation of the human nature, largely analyzable in terms of the species biological constitution, or is it an order supra-biological that surpasses its organic substratum in a dialectical way? In the same way, is the society the sum of interactions and individuals' representations or is it their supra-individual condition, and for that a 'specific level' of reality?

The crossings among the two polarities are complex, because besides they be frequently subsumptions one in the other, with 'society' or 'culture' being opposed to 'individual' and 'nature', these last two notions are extremely polysemous. 'Individual' possesses at least a trivial empirical universal meaning (the individual copies of the species, the human component of any society), and a non-trivial cultural sense (the individual as last value, origin and purpose of the social institutions). 'Nature', for its time, can mean the physical-material world in opposition to its symbolic-conceptual representations, the domain of the facts versus the domain of the values, the innate or constant component of human behavior in opposition its acquired or variable component, the spontaneous and necessary versus the artificial and conventional, the instinctive animal in opposition to the instituted humanity, and so on. The subject of the relationship among universal, psychological and cultural determinants, the interest in the unconscious dimension of the social phenomena, and the conceptual language organized by the opposition 'nature/culture'. But, the treatment of this last opposition evokes, in the first place, the classic attempts of supplying an ideal genesis of society beginning at the nature state, and its 'culture' keeps many analogies with the notion of 'civil society'. When defining the incest prohibition and the matrimonial change as a transcendental condition in human sociability, it is conceived as the passage between the 'orders' of nature and that of the culture in sociopolitical terms directly inspired by Mauss's reciprocity theory – theory that has been considered as an alternative answer to Hobbes problem of the emergence of the social order beginning at the natural state of war, being "don" and change considered as the primitive analogue to the State and the contract. It was Lévi-Strauss who explored a new great analogical model for the socio-cultural phenomena,

the language. When he opposed the symbolic foundations of the social to Durkheim thesis on the social symbolism origin, he derived culture as well as society from the same substratum, the 'unconscious', a kind of no-place where the antinomies nature/culture and individual/society would be annulled.

The language model is underneath the conception of structure as a code, that is, as a system of signs endowed with value positions. The organicist problem of function gives place here to the semiotics problem of sense, displacement that, among other things, is related to the little importance that the structuralism grants to the notion of social structure. After its book on family relatedness, where we can still find the concept of 'structure' being used with meanings that are close to the traditional morphologic meanings, Lévi-Strauss worked on mythological and classificatory complexes, that is, in more proper 'cultural' structures. When he proclaimed, in a famous page, that the ethnology was a psychology, the French anthropologist finished dissolving the distinction between society and culture; thus, the structuralism made an indirect contribution to the recent dominance of the concept of culture over the concept of society. But it is this same emphasis in the taxonomic and cognitive aspects of social life that has been appointed, in contemporary evaluations, as a symptom of one of the main limitations of structuralism: its difficulty in account for the passage between meaning and action, conceived orders and lived orders, 'structure' and 'history'. This diagnosis brought contemporary anthropology to experiment a variety of new approaches, generally named as 'phenomenological', 'historical' and/or processual.

CRISES AND CRITIC: DECLINE AND FALL OF THE EMPIRE OF SOCIETY

The classic representation of a society, precipitated by the functional and cultural traditions, is the one of a monad, that expresses in its own way, the human universe: a people ethnically distinct, living according to specific institutions and possessing a private culture. The ideal coincidence of the three components would constitute an individual totality, endowed with organization and internal purpose. The functionalist emphasis is in the 'total' and systemic aspects; and the "culturalist" one, in the 'individual' and expressive aspects.

Even though this image still works, in a more or less evident way in the imaginary, as the ideal society (in the double sense of the adjective), it has already been questioned for a long time. In the theoretical level, Lévi-Strauss, for example, always insisted that structuralism is not an analytical method for global societies. He also suggested that a 'society' is a contradictory complex where structures of different orders coexist, and that the 'order of the orders' or the intelligible totalization of these structures, is a problem that is more reflexive than analytical. This brings us closer to the 'native model' as opposed to the anthropologist's model. In the ethnographic level, the Leach monograph on the Kachin demonstrated the inanity of 'well-behaved' epistemological models, that don't take into account the historical and political contexts of the social structures inscriptions.

In more recent years, it has been increasingly noted that the notion of society as an enclosed totality derives from categories and characteristic institutions of the modern Occident, which could not intend to have the 'anthropological' universality of the concept, but merely the 'ethnographic' particularity of a cultural conception. We can argue, for example, that an idea of a 'humanity' divided in discreet ethnical units, social and culturally singulars, derives from the State-nation ideology, imposed to the non-western people by

the colonialism, that great conceptual and practical inventor of ‘tribes’ and ‘societies’. Such a critic usually translates into an alternative emphasis on concrete social systems interdependence, conceived as a juxtaposition of heterogeneous and open social nets – more so than as groups that are totalized and totalizing groups, where the constituent relationships of wider regional configurations determine the internal processes to the local units (this dissolves the society into more and more global systems until the planetary level). This emphasis unfolds in a privilege of concepts of pragmatic and process types in detriment to structural and normative concepts. This, not infrequently resolves the old social totality in atomic interactions and representations. In general sense, the notion of society has been losing its importance.

Instead of Society as an order (instinctive or institutional) endowed with a thing objectivity opposed to that other object that would be the Individual, notions as sociability (Wagner, Strathern) are preferred. These would better express the ‘fractal’ semiotics process of social-personal condition. Also, concepts such as device and agency (Foucault, Deleuze) that offer materialistic radical alternatives to the classic notions of ‘institution’ or ‘ideology’, or still the constructs as collective and net (Latour) that dissolve the difference between the human and non-human components of the ‘socius’. The social cultural realism of the essences has been giving a place to a posture that extends reflexively the same constructivism that the sociology of knowledge had already applied with success to nature, to society or to the culture.

The individual is not anymore a datum that cannot be reduced – when the individual opposed himself to society and at the same time was its constituent as no more than a sum of individuals – and an implicit model – when society was conceived as ‘transcending’ the individuals and at the same time as constituting a Super-individual endowed with conscience, intention, will and identity. The individual ceased being a datum and became the result of a contingent, variable, incomplete and partial personhood process; in respect to such persistent idea (present, in particular, in the universitas model) of the society as Super-individual, it was demolished by a double and concerted move: on the one hand, its diffraction in multiple scales equally societal (the classic distinction between the micro and macro levels of social phenomena quickly disappearing); on the other hand, the perception that the society cannot be a type of individual because the individual himself is already a society.

The contemporary critique reaches the anthropological notion of society in many perspectives: the primitive society as real type; the society as an empirically defined object; the society as an objective support to collective representations, entity endowed with structural coherence and functional purpose. Such a conceptual crisis derives mainly of a historical crisis. With the end of the formal political colonialism and the acceleration of the globalization processes of economic and cultural flows; with the trans-nationalization of identities and the generalization of the diaspora condition as a cultural experience, the ideological and artificial character of some ideas in question became more evident: the primitive monad was not primitive, and it was never monadic. Nevertheless, such historical crisis also reflects a change in the western social perception, that is, a cultural crisis. The occident abandoned its ‘modern’ period, founded in the absolute separation between the factual domain and the value domain – separation that allowed to attribute, on the one hand, objective transcendence to the natural world and subjective immanence to the social world, and, on the other hand, passive instrumentality to the objects and coercive agency

to the values. More than ever we lack concepts capable of efficiently illuminating the social condition of a plural point of view, capable of generating and developing distinction and multiplicity.

The psychiatric patients, the inmates of modern age, allow us to construct those concepts considering their multiple and different social inclusion. They always have been included.

BIBLIOGRAPHY

1. BOBBIO, N. 1993. *Thomas Hobbes and the natural law tradition* (trans.) D. Gobetti. Chicago: The University of Chicago Press.
2. BOURDIEU, P. 1972. *Esquisse d'une théorie de la pratique (précédé de trois études d'ethnologie kabyle)*. Genève: Librairie Droz.
3. DELEUZE, G. & F. GUATTARI. 1972. *L'Anti-Œdipe. Capitalisme et schizophrénie I*. Paris: Minuit.
4. DELEUZE, G. & F. GUATTARI. 1980. *Milles Plateaux. Capitalisme et schizophrénie II*. Paris: Minuit.
5. DUMONT, L. [1965]1983. *La catégorie politique et l'État à partir du XIIIème siècle*. In *Essais sur l'individualisme: une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris: Seuil.
6. FORTES, M. 1983. *Rules and the emergence of society*. London: Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland.
7. FOUCAULT, M. 1975. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
8. FOUCAULT, M. 1979. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal (org. Roberto Machado).
9. GIDDENS, A. 1979. *Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis*. Berkeley: University of California Press.
10. GIDDENS, A. 1984. *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
11. GREGORY, C. 1982. *Gifts and commodities*. London: Academic Press.
12. HABERMAS, J. [1981] 1984. *The theory of communicative action. I: Reason and the rationalization of society. II: Lifeworld and system: a critique of functionalist reason*. Boston: Beacon Press.
13. INGOLD, T. 1986. *Evolution and social life*. Cambridge: Cambridge University Press.
14. INGOLD, T. 1994. *Humanity and animality*. In T. Ingold (org.), *Companion encyclopedia of anthropology: humanity, culture and social life*. London: Routledge.
15. INGOLD, T. 1998. *The evolution of society*. In A.C. Fabian (org.), *Evolution: society, science and the universe*. Cambridge: Cambridge University Press.
16. KUPER, A. 1988. *The invention of primitive society: transformations of an illusion*. New York: Routledge.
17. KUPER, A. 1992. *Introduction*. In A. Kuper (org.), *Conceptualizing society*. London: Routledge and Kegan Paul.
18. LATOUR, B. 1991. *Nous n'avons jamais été modernes*. Paris: Editions La Découverte.
19. LATOUR, B. 1999. *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*. Paris: Editions La Découverte.
20. LATOUR, B. 2005. *Reassembling the social: an introduction to actor-network theory*. Oxford: Oxford University Press.
21. LEACH, E. [1954] 1965. *Political systems of highland Burma: a study of Kachin social structure*. Boston: Beacon Press.
22. LÉVI-STRAUSS, C. 1950. *Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss*. In M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
23. LÉVI-STRAUSS, C. 1958. *Anthropologie structurale*. Paris: Plon.
24. LÉVI-STRAUSS, C. [1949] 1967. *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: Mouton.
25. MAUSS, M. [1923-24] 1950. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. In *Sociologie et anthropologie*. Paris: P.U.F.
26. ORTNER, S.B. 1984. *Theory in anthropology since the sixties*. *Comparative studies of society and history*, 26: 126-166.
27. SAHLINS, M. 1972. *Stone age economics*. New York: Aldine.
28. SAHLINS, M. 1976. *Culture and practical reason*. Chicago: University of Chicago Press.



29. STRATHERN, M. et al. 1996. The concept of society is theoretically obsolete. In T. Ingold (org.), *Key debates in anthropology*. London: Routledge.
30. WAGNER, R. 1981. *The invention of culture*. Chicago: The University of Chicago Press (1ª ed. 1975).





*VI Coloquio Franco-Mexicano
I Coloquio Japonés-Franco-Mexicano*







Los intercambios culturales entre Francia, México y Japón

DR. JEAN GARRABÉ.

Los intercambios culturales entre Francia y México por una parte y entre estos dos países y Japón por otra, están marcados por avatares debidos a los acontecimientos políticos que se han sucedido con cierto desfase en Europa, América y Asia desde hace cinco siglos; están también ligados a los descubrimientos científicos hechos desde el Renacimiento. Me centraré en los intercambios que han tenido repercusión en la psiquiatría.

Desde la relación hecha por Marco Polo (1254?-1324?) de sus viajes a Oriente por la ruta de la seda se sabía en Europa que existía, en oriente, más allá de China, un país misterioso: Cipango. Cristobal Colón (1451?-1506) pensó que podía acortar el viaje para llegar allá yendo hacia occidente pero su intento tuvo como se sabe, otro resultado.

LOS SIGLOS XVI A XVIII

La línea de demarcación del Tratado de Tordesillas (1494) hizo que los primeros europeos en llegar a Japón fueron navegantes portugueses mientras que los españoles conquistaban la mayor parte del nuevo continente descubierto. Sin embargo, la fundación en Paris por Ignacio de Loyola en 1594 de la Compañía de Jesús permitió a Francisco de Xavier (1506-1555) emprender con jesuitas portuguesas la evangelización del Kyushu. La reciente publicación de discos grabados por la Capella Real de Cataluña y músicos japoneses dirigidos por Jordi Savall, con un interesante comentario, nos recuerdan la importancia de la música religiosa europea en la predicación y el impacto cultural que tuvo esta aventura espiritual (1). Llega así a Japón el conocimiento del humanismo europeo cuyo máximo representante es Erasmo. Pero la conversión al catolicismo de algunos de sus grandes feudos acompañada de la de numerosos samuráis y campesinos preocupa al gobierno del Shogún. En 1587 Toyotomi Hideyoshi hizo crucificar en Nagasaki 26 católicos, haciendo así de ellos los primeros mártires japoneses. San Felipe de Jesús, franciscano nacido en Puebla, también fue martirizado en esta ciudad lo que hace que paradójicamente el primer santo mexicano es un mártir japonés. Poco después el shogún Tokugawa cerró durante varios siglos los puertos japoneses a las naves extranjeras permitiendo sólo hasta en 1635 que llegasen

Profesor honorario de la Universidad de Guadalajara.
Miembro de la Société franco-japonaise de médecine de Paris.

las naves chinas y las holandesas al puerto de Nagasaki. (Los holandeses al ser protestantes que negaban la autoridad del Papa se consideraban como menos peligrosos que los católicos para la unidad del Japón). Por esa vía llegaban los libros científicos, entre otros los de medicina, en holandés, lengua, que los estudiosos japoneses tuvieron que aprender para estudiar las ciencias de los “bárbaros del Oeste” y de ésta algunos consiguieron pasar al francés, al inglés, y al alemán. No pudieron, sin embargo tener conocimiento directo entonces de las ideas nuevas de la Ilustración del siglo XVIII° europeo.

Por motivos exactamente opuestos -el control ideológico ultra católico virreinal-tampoco llegaban a la Nueva España esas obras prohibidas, salvo cuando reinaba algún “déspota ilustrado” como lo fue Carlos III° cuyo reino va de 1759 a 1788.

España tuvo, con motivo de la guerra con Inglaterra, que abrir en 1796 los puertos de sus colonias a los buques de los países neutrales como Estados-Unidos haciendo que llegasen a México por esta vía las ideas nuevas surgidas de la Guerra de Independencia de los Estados Unidos y de la Revolución Francesa.

Es de notar que por la Nao de Filipinas llegaban a Acapulco productos japoneses de artesanía como la cerámica, que a menudo se creía era china, los famosos by-ô-mbos, ya que en castellano se emplea la voz japonesa, y los tejidos de seda. De este comercio nace la leyenda de la “china poblana”, supuesta princesa mongol o hindú vendida en el siglo XVII como esclava a un comerciante de Puebla, aunque puede haber existido un personaje real que la haya inspirado.

La artesanía de lujo japonesa llegaba también a Europa y la reina Maria-Antonieta poseía en Versalles una de las mayores colecciones de objetos de laca jamás reunida, ahora dispersa en varios museos.

EL SIGLO XIX

Fue también la intervención de otra escuadra norteamericana, ésta la de “los buques negros”, como se les llamó en Japón, del comodore Perry en 1853, la que obligó el gobierno shogunal a entreabrir los puertos japoneses a naves de otros países además de Holanda. Se construyó, en Nagasaki, el barrio occidental en donde va a nacer otro personaje femenino legendario: el de “Madame Chrysanthème” bajo la pluma de Pierre Loti (1850-1925), que además de escritor, era oficial en las dos armadas francesas enviadas a Japón a veinte años de distancia (3). Se va a transformar en “Madame Butterfly” en la ópera (1904) de Giacomo Puccini (1858-1924) (4). Los turistas o peregrinos japoneses y extranjeros que visitan en nuestros días este barrio, que la bomba atómica lanzada sobre la capital del Japón cristiano no destruyó, pueden fotografiarse delante de las estatuas de madame Butterfly, de Puccini, de Loti e incluso del árbol plantado por la Callas. Para los fanáticos de la ópera, hay que señalar que la primera interprete en Estados Unidos de esta obra fue una diva japonesa. (Por su muerte prematura, Ángela Peralta(1845-1883), el “ruiseñor mexicano” que inauguró el Teatro Degollado de Guadalajara en 1866 cantando “Lucia de Lamermoor”, no pudo llegar a cantar “Madame Butterfly”).

En 1858, Japón firmó un tratado con Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Holanda y Rusia. Y en 1860 envió una delegación a Estados Unidos que cruzando el Pacífico llegó a San Francisco pero que no pudo ir más allá por la dificultad del transporte por tierra en Norteamérica en la segunda mitad del siglo XIX.

En 1862, en cambio, la primera embajada japonesa a Europa llegó a París desde Marsella, en donde había desembarcado, en ferrocarril, maravillada de sólo haber tardado veinte horas.

Ese mismo año Napoleón III decidió mantener en México el cuerpo expedicionario francés para apoyar a Maximiliano mientras que las otras potencias europeas retiraban los suyos. Si esta expedición militar fue un desastre militar tuvo efectos colaterales, como ahora se dice, benéficos a nivel científico, ya que se quedaron en México varios de los científicos entre otros médicos que la acompañaban y que formaron el núcleo del Colegio de México y de la Sociedad franco-mexicana de medicina, por lo tanto mucho más antigua que la similar en Japón.

El aventurero Désiré Chanay (1828-1915) había emprendido sus primeras expediciones arqueológicas en Yucatán en 1856-61 reuniendo un extraordinario material fotográfico que publicó en 1863 en un libro que se sigue reeditando y estudiando en nuestros días. (5)

En 1865 un médico japonés, Hidetoshu Murakami (1811-1890) publica *Futsugo-Mei-yô*, el primer diccionario franco-japonés (6). Había realizado la hazaña de aprender solo el francés porque le habían enviado por equivocación en esta lengua un libro de química que había encargado en holandés! Fundó en Tokio una acreditada escuela de estudios franceses sin haber nunca puesto el pie en Francia ni conversado con un francés. En nuestros días tenemos la sorpresa de encontrar en Japón jóvenes médicos que hablan perfectamente francés aprendido para conseguir un anhelada beca para poder venir a París por primera vez.

Después de una auténtica guerra civil volvió en Japón a reinar políticamente el joven Emperador Meiji (1852-1912) y en 1867 dimitió el último shogun Tokugawa. En la era Meiji o del “gobierno ilustrado”, que empieza entonces el modelo en todos los campos es el del Segundo Imperio francés de Napoleón III°. Recíprocamente en la Exposición Universal de París de 1867 el pabellón japonés asombró al mundo occidental que descubría una cultura refinadísima y a la vez completamente distinta de la suya.

Nace la corriente del “japonismo” entre los artistas europeos que van a inspirarse del arte japonés. A los japoneses les asombra que en Europa se admiren especialmente las “estampas” del Ukiyo E, las “imágenes del mundo flotante”, que en su país se consideraban como una forma de arte popular. Viceversa los japoneses descubren los impresionistas franceses admiradores de Hokusai, Utamaro o Hiroshige y grandes coleccionistas de las estampas de estos y otros maestros. Entre los más famosos nombraremos a Edouard Manet (1832-1883), autor de un cuadro *L'exécution de Maximilien* y de un retrato de Emile Zola (1840-1902) en que su despacho es adornado por un biombo y una estampa japonesa; a Claude Monet (1840-1926) cuya colección podemos contemplar en su casa-museo de Giverny; y por último a Vincent van Gogh (1853-1890). Este es para los japoneses un verdadero dios o “kami” de la pintura occidental y no se puede ir a visitar su tumba en el cementerio de Auvers-sur-Oise sin toparse sobre un grupo de japoneses fotografiándola con sus teléfonos móviles para enviar instantáneamente las fotografías a su país. Los japoneses descubrieron también en sus primeros viajes a Europa, la fotografía (los primeros daguerrotipos son de 1831), arte e industria de los que acabarán en el siglo XX por ser los maestros mundiales. Para que se invente el séptimo arte, el del cine, el en que triunfarán sendas escuelas japonesa y mexicana todavía hay que esperar hasta el 28 de Diciembre de 1895, fecha en la que los hermanos Lumière proyectaron en un salón del Grand Café de París, la primera película. Se utilizara bastante pronto este medio para los intercambios culturales. Un filántropo Albert-

Kahn (1860-1940) envió fotografías y cineastas a 54 países en donde recogieron 72 000 placas en color, 7000 estereoscópicas y 100 horas de película conservados en un museo cercano al Bois de Boulogne de París, rodeado con jardines japoneses y mexicanos.

Pero la derrota de Napoleón III° en la guerra franco-prusiana y la fundación en 1871 del imperio alemán convenció al gobierno del Meiji de la superioridad de la ciencia y de la tecnología alemana sobre la francesa. Se llamaron profesores alemanes para crear una Facultad de Medicina en Tokio y se enviaron estudiantes japoneses a estudiar a Alemania. Sin embargo, a finales del siglo XIX, varios médicos franceses se fueron a vivir a Japón formando discípulos japoneses y hay en nuestros días médicos japoneses que se reclaman de estas escuelas.

En 1876 un negociante en seda, Emile Guimet (1836-1918), que había adquirido, como autodidacta los mayores conocimientos sobre la cultura budista que se podían reunir en Europa, va en misión oficial a Asia y reúne una extraordinaria colección de objetos artísticos y arqueológicos japoneses. A su regreso funda el Museo Guimet, que se instala en París en 1884. Es el primer museo en el sentido occidental de la palabra, de Artes asiáticas del mundo. Se conservan por ejemplo las obras del sincretismo shinto-budista que en Japón se destruyeron por orden del Emperador Meiji que quería establecer el shinto como religión nacional oficial tolerando que este culto y el budista se celebrasen pero por separado. El “Musée Guimet” tiene una gran actividad de investigación y de estudio de las culturas budistas que habían empezado a desarrollarse en Europa a mediados del siglo XIX, despertando el interés de filósofos como Arthur Schopenhauer (1788-1860).

EL SIGLO XX

El estudio de la arqueología mexicana por los antropólogos franceses y la reunión de objetos precolombinos fue mucho más tardía. Debemos citar a Paul Rivet (1876-1958) que era médico y uno de los fundadores del “Musée de l’homme” (1937). Rivet era partidario del origen asiático por Polinesia de los primeros pobladores del continente sur-americano. Y a Jacques Soustelle (1912-1990) que además de su agitada carrera política, ha publicado numerosos estudios sobre las culturas precolombinas.

Existen ahora en Japón grandes colecciones y museos, por regla general privados, de arte occidental con muchas obras de impresionistas.

El más conocido de los estudiantes japoneses enviados a Europa por el gobierno Meiji es Mori Ogai (1862-1922) que además de hacer una brillante carrera como médico militar fue un gran escritor muy al corriente de las corrientes literarias europeas. Había aprovechado su estancia en Alemania para aprender, además del alemán, inglés y francés. En 1909 publicó *Wita Sekuarisu* o *Vita Sexualis*, irónica crítica de la importancia que se daba entonces en occidente a la sexualidad en la vida psíquica y que culminó con el freudismo (6). Su novela autobiográfica *Seinen* (1913), recientemente traducida al francés, demuestra el extraordinario conocimiento que tenían los jóvenes intelectuales de Tokio de la cultura europea antes de la Primera Guerra Mundial. Sus conocimientos de la medicina o de la filosofía pasaban a menudo por la literatura. Por ejemplo conocían las ideas de Valentin Magnan (1835-1926) sobre la degeneración como causa de la locura a través de la obra literaria de Emile Zola. Vemos que la admiración era recíproca y que a menudo se pasaba de un campo de la cultura a otro.

Pero cuando Jean- Martin Charcot (1825-1893) se volvió, a fines del siglo XIX, mundialmente célebre vinieron a visitarle en la cátedra de neurología, que el gobierno francés fundo para él, en la Salpêtrière, médicos japoneses y no solo europeos, pienso aquí naturalmente en las estancias de Sigmund Freud en este hospital parisino. En la rivalidad entre las escuelas francesas y alemanas triunfa la primera en el campo de las enfermedades neurológicas mientras sigue la lucha entre las dos en lo que se empieza a llamar “psicología experimental” o “psicología científica”, con las primeras investigaciones de Pierre Janet (1859 –1947). Asistieron dos delegados mexicanos al Segundo Congreso Internacional del Hipnotismo Experimental y Terapéutico que se celebro en Paris en 1900 pero no vino ningún japonés.

En esos años fue una misión científica mexicana a estudiar a Japón el paso de Venus, sin duda por la importancia de este planeta como la diosa Quetzalcoatl Kukulcan en la mitología maya, cultura que había logrado calcular su calendario para rendirle culto.

El poeta mexicano José Juan Tablada (1871-1945) que había traducido unos párrafos del estudio de Edmond de Goncourt (1822-1896) sobre el pintor Utamaro (1753-1806) (7), hizo un primer viaje a Japón de Julio a Octubre de 1900 y luego a Francia desde otoño de 1911 hasta la primavera de 1912, conociendo los poetas simbolistas y alternando ulteriormente con otros escritores de estos dos países y en uno de sus viajes a Japón se convirtió al budismo. Tablada ha publicado un estudio sobre Hiroshigue (1797-1858) que llama el pintor de la lluvia y del sol, de la noche y de la lluvia (8). Publicará ulteriormente entre las dos guerras mundiales en Caracas y en Nueva York, en donde vivió primero como diplomático y luego exiliado, dos libros de “haikus” o “Jaicas”, como se transcribe en castellano, conforme a este modelo de poesías japonés, los primeros escritos en español y sin duda en una lengua occidental. Tablada ornaba algunos con dibujos lo que me hace suponer que seguía el estilo de los haikus cuyos versos acompañan una pintura, en su libro sobre Hiroshigue traduce un haikai de Basho que aparece en una de las estampas. Estas poesías de Tablada no fueron comprendidas por sus contemporáneos que ignoraban su fuente de inspiración y solo se apreció su valor después cuando se redescubrió la abundante obra de Tablada.

En América latina la enseñanza de la medicina se organizó en el siglo XIX conforme al modelo de las universidades de la Tercera Republica Francesa y fueron numerosos los médicos latino-americanos que vinieron a completar su formación en la Facultad de Paris. Daré dos ejemplos: -el primero es personal puesto que se trata de mi propio bisabuelo materno venezolano Manuel Isidro Osio y Valero (1841-1900) que vino a Paris a formarse en oftalmología, fundando luego en Barcelona la escuela del Hospital de Santa-Cruz, siendo su primer discípulo J. A. Barraquer Rovialta (1852-1924). El hijo de este Ignacio Barraquer Barraquer (1884-1965) operó de la catarata a G. Gatién de Clérambault (1872-1934) en 1934.

En 1998 recibí las separatas de los artículos de Toru Takahashi presentando la obra de Clérambault a los psiquiatras japoneses, especialmente sus trabajos sobre el “automatismo mental”.

Durante este congreso he leído la biografía, escrita por su hijo, de Don Antonio Ayala Ríos, que después de estudiar medicina en Guadalajara volvió a hacer la carrera en Paris, presentando en la facultad de esta ciudad su tesis doctoral en 1886.

La tesis presentada en la Universidad de México en 1923, bajo el titulo Psicoanálisis por Manuel Guevara Oropesa compara como sabéis las ideas de la escuela francesa representada

por Pierre Janet con las de lengua alemana representadas por Freud y Jung. (No se hacían entonces diferencias entre el análisis psicológico del primero y el psico-análisis de los segundos).

Si Shoma Morita (1874-1938) no cita a Janet, en sus libros de 1923 sobre el tratamiento del Shinkeishitsu (En Occidente “Nerviosismo”), habla de la filosofía de Bergson (1859-1941), amigo del psiquiatría y profesor como él, en el Collège de France. (9) Lo he hecho notar en mi intervención en un coloquio en Kyoto sobre la terapia de Morita que se ha publicado en japonés en el Japanese Morita Therapy en 2005.(10) (En la próxima primavera se celebrará una reunión en París una reunión sobre la terapia de Morita).

Pierre Janet va a emprender su famosa gira de conferencias en México en 1925 cuyo contenido se ha publicado en *Psicología de los sentimientos*, esbozo de su última obra de *De l'angoisse à l'extase* (1928). En cambio Japón fue de los países que no visitó Janet, que viajó sobre todo a América tanto del Norte como del Sur.

En 1922 el gobierno francés había nombrado embajador en Japón al diplomático y poeta católico Paul Claudel (1868-1955), nombramiento que halagó tanto a los japoneses que un príncipe Tokugawa le regaló uno de los palacios de la familia, de los que no se había apoderado el Emperador cuando destituyó a los shoguns de su familia, para que instalase allí su residencia. Afortunadamente, los bombardeos de Tokio, no destruyeron este magnífico edificio. No sé que habrá pensado su antepasado shogun temible persecutor de católicos, de este regalo. Claudel, agradecido, ha publicado numerosos textos sobre su descubrimiento de la cultura japonesa en particular de su espiritualidad.

Entre las dos guerras mundiales la construcción en París de la Ciudad Universitaria Internacional con sus pabellones nacionales facilitó los encuentros entre estudiantes de los distintos países; sé de algunos de estos encuentros e incluso matrimonios franco-japoneses o franco- mexicanos, pero no tengo noticias de mexicano-japoneses aunque ha debido haber alguno. El profesor Pierre Pichot, que más tarde (1977) presidirá la Asociación Mundial de Psiquiatría, alojado como estudiante en el pabellón del Japón conoció a jóvenes médicos japoneses que al volver a su país, fundaron, después de la Segunda Guerra Mundial, la Sociedad franco-japonesa de medicina de Tokio. Adorna la sala de actos de este pabellón japonés un fresco del pintor franco-japonés Fujita Tsuguhari Léonard, nombre con el que fue bautizado, (1886-1968) que residió allí antes de integrar la llamada “escuela de París” de Montparnasse, que también conoció Diego Rivera (1886-1957)

En un intento para introducir el psicoanálisis en Japón, Kosawa Heisaku (1897-1968), el primer japonés en haber ido a Viena en 1932 para hacer un análisis didáctico, publicó, a su vuelta, su tesis sobre “el complejo de Ajase”, sustituyendo al mito de Edipo, el de este príncipe indio Ajâtasatru (493-462 a.C.) tal como lo relata el Sûtra de La contemplación de la vida infinita, introducido en Japón con el budismo en el siglo VII. Este cambio no agradó al padre del psicoanálisis y su teoría solo tendrá cierto éxito en Japón después de la Segunda Guerra Mundial, como veremos y bajo formas que seguramente hubieran sorprendido a Freud. (Si tengo tiempo algún día escribiré algo sobre este mito budista poco conocido en occidente y su significado para la mentalidad Japonesa).

Naturalmente, los intercambios entre Francia y Japón se interrumpieron durante la Segunda Guerra Mundial. Cuando se acabó la guerra, el modelo cultural dominante para los japoneses fue el de los vencedores. Los Estados–Unidos habían empezado lo que ahora, más que una occidentalización del Japón es una “norte-americanización”.

A partir del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, en París, en 1950, al que asistió una importante delegación mexicana y en el que se fundó la APAL, estos eventos van a facilitar los intercambios directos entre psiquiatras venidos del mundo entero con los de otros países especialmente del que los organiza. Aquí empiezan recuerdos personales. Al III de Madrid en 1966, organizado por Juan José López Ibor (1906-1991), asistieron, naturalmente muchos latinoamericanos pero la sorpresa fue la presencia de una delegación soviética, la primera en venir a España franquista. No pude asistir al V, en México en 1971 porque debía sustituir en París al profesor Sivadon, entonces miembro del comité de la Mundial, en la dirección del Instituto Marcel Rivière, en donde recibí ulteriormente becarios tanto latinoamericanos como japoneses. En cambio, el VI Congreso en Honolulu, fue la ocasión, al regresar de Hawai a París, de mi primer viaje a Japón con una delegación francesa

Takeo Doi (1920-) después de formarse al psicoanálisis en Estados Unidos, en la Menninger Clinic de Topeka y en California, introdujo, en 1971, el concepto de “Amaé” (Indulgencia o dependencia) en un libro cuya traducción, con un prefacio del profesor Yves Pélicier, presentó en París en 1982. (11) Poco después se formó en París la “Société franco-japonaise de médecine”, con los profesores Pichot y Pélicier quienes me invitaron a hablar, en su primera reunión, de la “Patobiografía de Mishima”. Esto me valió que me enviaran la traducción del Rorschach que el terapeuta jungiano de Mishima le había hecho pasar y que no se había aun publicado en Japón por no consentirlo la viuda del escritor. Yves Pélicier hizo traducir al francés una recopilación de textos de Bin Kimura sobre psicopatología fenomenológica.

En el VII Congreso Mundial de Atenas en 1989, una de las sorpresas, al menos para mí, fue que en un simposio de psicopatología fenomenológica la mayoría de los oradores fuesen japoneses. En el libro de homenaje al profesor Pélicier que se publicó después de su muerte: *La lecture du monde*, figuran textos de Héctor Pérez-Rincón: *La rencontre de deux mondes à Tlatelolco*; de Takeo Doi: *Foi et Amaé*; de J. Mariátegui: *La psychiatrie transculturelle en Amérique latine*; uno de F. Alonso-Fernández: *Un système thérapeutique hiérarchisé pour la dépendance alcoolique* y, por último, uno mío: *La naissance du concept de schizophrénie*. (12)

A raíz de la Segunda Guerra Mundial, el psiquiatra y psicoanalista Jacques Lacan (1901-1981) había hecho un viaje a Japón, que según parece no tenía motivos profesionales sino por interés personal hacia la cultura del ‘Imperio de los signos’. Su fama en este país fue mucho más tardía como lo veremos.

Otro psiquiatra francés muy conocido en México por las conferencias que impartió en toda América latina fue Henri Ey (1900-1977) pero también lo es en Japón, sin haber, como Janet, nunca ido allá. Ya antes de la Segunda Guerra Mundial, el profesor Akimoto Hano (1905-2006), que acaba de morir a los 101 años, se carteaba con él y fue a visitarlo después al Hospital de Bonneval. Con gran sorpresa de los jóvenes colegas japoneses, ya que hacia años que no asistía a eventos científicos, el profesor Akimoto apareció en el XI Congreso Mundial de Yokohama en 2002 para asistir al simposio franco-japonés que habíamos organizado con el profesor Takemasa.

Uno de los resultados de estos encuentros fue la publicación en 2007, traducida por Hiroshi Fujimoto, de la recopilación de los textos de Ey que publiqué en 1996: *“Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques”*. Él mismo, con Akira Koizumi, está traduciendo mi libro: *“Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine”* (1997),

que el profesor Héctor Pérez-Rincón ya había traducido y publicado en el F.C.E. en 2002 (13). Y, por último, estamos viendo cómo constituir un equipo para traducir al japonés la reciente reedición hecha en Perpiñan de los *Etudes psychiatriques* que he presentado en este congreso. La traducción en español está acabada y se publicará este año en Buenos-Aires. (14)

En México se ha celebrado una reunión sobre “Budismo Zen y psicoanálisis” en la que intervinieron entre otros el filósofo Susuki Daitetsu (1870-1966), formado en Estados Unidos a principios del Siglo XX y Erich Fromm (1900-1980) que vivía en Nueva York desde 1934. He leído las actas de esta reunión en la traducción francesa que se publicó en París, o sea que no conozco los comentarios de los colegas mexicanos, si los hubo, pero lo sorprendente es que confluyesen en Cuernavaca, el budismo y el psicoanálisis bajo los aspectos que han tomado en Estados Unidos en el siglo XX.

EL SIGLO XXI

En los últimos viajes que he hecho a Japón, ya en el XI Congreso de Yokohama en 2002 me ha asombrado el éxito de la obra de Lacan, pronto Tokio podrá suplantar a Buenos Aires como capital mundial del lacanismo. El profesor Shingu Kazushige de Kyoto me ha regalado la traducción en inglés de Rakan no seishin-bunseki que había publicado en 1995 para explicar los conceptos lacanianos a sus compatriotas pero debo confesar que no he logrado descubrir a que corresponde esta fascinación de los nipones por el “objet a”. Puede ser que sea el estilo que utiliza Lacan, semejante al de los maestros Zen con fórmulas lapidarias sorprendentes que el oyente puede entender de manera muy distinta según la disposición espiritual en que está cuando le llegan. También debe fascinar la levedad del Yo común al lacanismo y al budismo

Pero, y esta será mi conclusión, al menos por hoy, creo que en los intercambios culturales hay algo de moda. Por ejemplo se me pidió hace años que para el Tratado de Psiquiatría de la Enciclopedia Medico-Quirúrgica de revisión periódica, escribiese el artículo sobre los métodos de psicoterapia en Extremo-Oriente y luego se retiró sin sustituirle una puesta al día más reciente. Me parece que esto corresponde al momento actual de la historia de la psiquiatría en que ésta, para ser científica debe alejarse de todo lo que es reflexión filosófica o cultural. Como las modas pasan y a menudo vuelve lo pasado de moda al cabo de cierto tiempo algún día podremos hablar de nuevo de medicina filosófica.

Pero noto que muy regularmente se celebran coloquios franco-mexicanos y franco-japoneses en los que sigue ésta corriente del pensamiento psiquiátrico. En Noviembre de 2007 se celebró uno en Tokio, sobre la violencia, en que los organizadores me pidieron hablase de “Violencia y sacrificio: de la mitología a la psicología”. Naturalmente las actas están aun por publicarse en francés o/y en japonés.

Hoy vamos a celebrar conjuntamente el VI coloquio franco-mexicano que organiza el Dr. Sergio Villaseñor, y el primero japonés-franco-mexicano. Para el otoño de 2009, en la “Maison du Japon” en París, ya está programado un coloquio cuyo tema será la creatividad. Tengo la esperanza que en él participe algún mexicano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Jordi Savall(dirección). Hespèrion XXI-La Capelle Real de Catalunya. Francisco Javier. La Ruta de Oriente. 2007;
- 2.-Loti P. Madame Chrysanthème. Paris: Calmann Lévy:1887.
- 3.-Puccini G. Madame Butterfly (1904)
- 4.-Chaney P. Le Mexique. 1858-1861. Souvenirs et impressions de voyages. Red. Paris:Editions du Griot; 1987.
- 5.-Murakami Hidetoshu. Futsugo-meiyô Edo, Yamashiroya Sahe;1864.
- 6.-Ogai Mori. Wita Sekusuaritsu (1909) Trad. francesa Vita Sexualis ou l'apprentissage amoureux du professeur Kanai Shizuka. Paris: UNESCO-Gallimard; 1981)
- 7.- Goncourt Ed. de.Outamaro-Le peintre des masions vertes. Paris;Charpentier :1895
- 8.- Tablada J. J. Hiroshigue. El pintor del sol y de la lluvia, de la noche y de la luna . Mexico; 1914.
- 9.- Morita S. Shinjeishitsu, psychopathologie et thérapie. Trad.francesa. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond;1997.
- 10.-Garrabé J. La découverte du Shinkeishitsu par des psychiatres français. Japanese journal of Morita therapy ,vol 1-, n°2,Oct.2005.
- 11.- Doï Takeo. Ame no Kozo (1971).
- 12.- La lecture du monde (Mélanges en hommage à Yves Pélicier) Paris :P. U. F. ;1998.
- 13.- Garrabé J. Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo. Trad. H. Pérez-Rincon. México: Fondo de Cultura Económica.
- 14.- Ey H. Estudios psiquiátricos. Traducción de la nueva edición. Buenos-Aires: Polemos;2007.





La disociación histérica en los textos de Janet y Freud antes de 1911

YVES THORET

Como lo saben, en 1911, Eugen Bleuler describió la esquizofrenia con un mecanismo principal, llamado en alemán Spaltung. Por varios motivos, esa palabra fue traducida en francés Disociación y es la causa de una gran confusión.

Lo que quiero presentarles en el presente trabajo es la ilustración del uso en francés del concepto de disociación antes de ese trabajo fundamental de Bleuler, cuando ese mecanismo no podía confundirse con el mecanismo de la esquizofrenia, porque tenía que ver con la neurosis histérica, y veremos la utilización de esa palabra, la disociación, en los escritos de Pierre Janet y de Sigmund Freud.

La palabra disociación esta compuesta del prefijo «dis», significando dificultad, y del verbo latino sociare significando asociar, juntar, unir, del cual proviene el adjetivo «social», derivado del sánscrito saci significando amistad.

Podemos observar que la disociación tiene tres sentidos principales:

- uno, mecánico: el movimiento por el cual se rompe la unidad de un conjunto, se desagrega o desjunta un cuerpo.
- otro sentido es social: se destruye una asociación, una pareja, una sociedad, un proyecto.
- el tercer sentido es químico: unos hidrocarburos derivados del petróleo se separan entre ellos si son puestos a una muy alta temperatura, pero no se mezclan y pueden reunirse de nuevo como antes más tarde, o también, pueden reunirse de otra manera cuando baja la temperatura.

I / LOS CUATRO MECANISMOS DE LA DISOCIACIÓN HISTÉRICA POR PIERRE JANET.

A partir de los textos de Pierre Janet, les propongo distinguir cuatro movimientos de las representaciones psíquicas, en acción en el proceso general de disociación.

I - I / La desagregación

Este corresponde a la definición de tipo mecánico de la disociación.

Se puede observar cómo obra ese mecanismo cuando el enfermo tiene una patología parcial de sus funciones nerviosas, por ejemplo, una anestesia local de un brazo; en ese caso, el enfermo no se da cuenta de ese defecto. Janet habla, en tal caso, de acción subconsciente.

Mencionó eso en su libro «El automatismo patológico», su tesis de doctorado en filosofía.

En este caso, el paciente no tiene una conciencia clara de su síntoma, ese defecto sensitivo, motor o sensorial, no se queda más asociado con las otras funciones y representaciones, escapa a la conciencia del sujeto.

Janet utiliza varias palabras para describir ese mecanismo, habla de desagregación, escisión o división.

Por ejemplo, una de sus enfermas, Lucia, presentaba estados en los cuales sus recuerdos infantiles no podían quedarse asociados con imágenes visuales; solo persistían las asociaciones musculares ligadas a esos recuerdos.

Ese mecanismo, ruptura de un lazo asociativo, pues disociación en el sentido mecánico, puede encontrarse en la histeria, pero para Janet, puede observarse también en otras enfermedades.

1-2 / Recomposición reversible

En su libro «El estado de los histéricos», Janet se interesa por el devenir de los fenómenos psíquicos, separados del resto del psiquismo, por la desagregación. A veces, se quedan aislados. Otras veces, se agregan con otras representaciones y forman un nuevo conjunto, una nueva personalidad, diferente de la primera, «una personalidad anormal, completamente ignorada por la personalidad primera».

Janet compara esos síntomas con las experiencias de espiritismo, muy de moda en su época. Describe una disyunción de la voluntad, una escisión entre la voluntad y la inteligencia, una división entre las dos personalidades. Subraya el peligro de descompensación psiquiátrica que amenaza a los que practican el espiritismo. Cita a Allan Kardec, el fundador del espiritismo, advirtiendo a los que ejercitan la función de médium, que tomaban el riesgo de caer en la «subyugación», es decir, en la locura.

En ese tipo histérico de disociación, las representaciones proscritas de la conciencia no pierden su armadura lógica, su coherencia, (a la diferencia de lo que ocurre en la esquizofrenia); se agregan de nuevo para formar un conjunto nuevo, que podrá constituir un vivencia diferente, o formar una o varias personalidades distintas de la primera.

Pierre Janet describe ese movimiento de neo-agregación o re-agregación, fundándose en la experiencia del somnambulismo.

En ese estado, espontáneo o provocado, el sujeto no tiene ningún recuerdo de su experiencia sonambúlica al despertarse. Esa amnesia «establece una forma de escisión entre los dos estados. La persona quien está verdaderamente sonámbula, vive de dos maneras diferentes. Tiene dos existencias psicológicas, alternándose sucesivamente».

Para Janet, esta escisión es el prototipo de la disociación histérica. Ese segundo mecanismo de la disociación nos parece una ilustración del sentido químico del concepto de disociación.

1-3 / El ocultamiento del recuerdo traumático

Esa operación puede ilustrar el sentido «social» del concepto de disociación.

No participaremos en la antigua polémica entre Janet y Freud, para decir cual de ellos descubrió el inconciente. Pero, eso nos enseña hasta qué punto, Janet dejó el paso para una interpretación dinámica del síntoma histérico.

Janet nota que los sujetos en hipnosis, «si la persona quien les adormece se acerca a ellos, sienten una emoción muy particular», que Janet llama un «medio-sonambulismo».

Esa excitación afectiva muy fuerte está en relación con una condensación muy densa entre las representaciones disociadas de la personalidad principal. Así, el terapeuta puede gozar de la confianza total del paciente para enriquecer la segunda personalidad, en detrimento de la primera. En todos los casos de personalidad múltiple, la primera ignora siempre la segunda, pero conoce muy bien «la otra, la primera, y conserva una memoria y una conciencia muy fina de ella».

Las dos personalidades pueden alternarse o expresarse juntas.

Janet define ese movimiento por el cual los elementos segregados de la primera personalidad son reunidos en la segunda, como movimiento de «transducción».

Una de sus enfermas, María, es una campesina de Normandía. Tiene 19 años, sufre de convulsiones y, en la época de cada periodo menstrual, se encuentra en un estado de agitación con gritos de terror, visiones de un incendio o de heridas sangrientas y tiene una ceguera intermitente del ojo izquierdo.

Janet analiza los lazos profundos y escondidos entre ese conjunto de síntomas, por una parte, un recuerdo traumático y, por otra parte, el registro de la expresión somática en la cual se manifiesta el síntoma histérico.

Bajo hipnosis, Janet ayuda a la enferma a contar una experiencia más traumática, oculta por la amnesia: cuando tuvo su primer período menstrual la chica, de vergüenza, se puso en un baño frío y sintió un escalofrío muy fuerte y el sangrado se detuvo. Durante los siguientes cinco años, no tuvo más su menstruación. Janet le interpretó a la paciente que esos escalofríos, durante la crisis, eran como la repetición de esa experiencia traumática de desamparo infantil. El quería «volverla a vivir, por sugestión, como vivía cuando tuvo trece años, en las condiciones iniciales del episodio traumático».

Aprovechó también el estado de hipnosis para aliviar el recuerdo de otros acontecimientos traumáticos: ella había visto la caída mortal de una vieja mujer y, desde ese momento, María sufría de visiones con sangre y llamas. Así mismo, su ceguera desapareció cuando para ella fue posible evocar el miedo que tuvo cuando la habían obligado a compartir su cama con un niño enfermo de impétigo.

Así, vemos como Janet analiza el síntoma como simbolizando una experiencia de terror, de tipo crepuscular, sin ninguna posibilidad para la paciente, en este momento difícil, de expresar su angustia.

Esa movilización terapéutica del síntoma, establecida en una relación fuerte con el terapeuta, nos parece corresponder a la dimensión «social» del concepto de disociación.

En esa observación, encontramos los trastornos de la conciencia, de la identidad y de la memoria, que la clasificación DSM-IV describe como «trastornos disociativos», en referencia directa a la obra de Pierre Janet.

1-4 / ¿Cómo disociar la «idea fija» del traumatismo?

En una intención que nos parece hoy un poco ingenua, Janet piensa que el terapeuta debe disociar los lazos estrechos entre el síntoma y la escena traumática. Desempeña el papel de un personaje de la escena, para dar de ésta una versión inofensiva.

Así, afirmó a María, que su menstruación había ocurrido normalmente durante tres días, que no había sido interrumpida, que la mujer no se había dañado en su caída y que el niño no tenía ninguna enfermedad contagiosa.

Janet nos presenta otra observación para ilustrar ese punto. La señora D., una modista de 25 años, le fue presentada a Charcot por sufrir una amnesia de seis semanas, desde cuando un vecino había anunciado a la paciente la muerte de su marido, mientras que a su esposo nada le había ocurrido.

Bajo hipnosis, Janet se presentó a ella como el vecino mismo, pidiendo dejarle entrar en su casa, sin darle ninguna mala noticia. Así, la amnesia de la enferma desapareció. Podemos comparar esa intervención de Janet con los métodos del psicodrama, y ver que Janet subraya la importancia de la relación transferencial en la posibilidad de intervenir así en el tratamiento y en la escena transferencial.

2- LA DISOCIACIÓN EN LOS TEXTOS DE FREUD

Antes de 1911, encontramos varias menciones del mecanismo de disociación en los textos de Freud, tratando de la neurosis histérica. En los artículos escritos directamente en francés, utiliza la palabra «disociación». En los textos escritos en alemán, ese autor asocia generalmente «Dissoziation» y «Spaltung», significando disociación para el primero y escisión (clivage en francés) para el segundo, pero las traducciones en francés utilizan a menudo «disociación» para esos dos mecanismos. Trataremos de encontrar de nuevo el sentido original en el presente trabajo.

2-1 «*Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*»

Ese artículo fue escrito en francés en 1893 en los Archivos de neurología.

Charcot incitó a Freud a publicarlo porque estaba convencido que «podría renovar nuestra concepción de la patología nerviosa» y «de la neurosis».

Freud subraya la segregación entre la representación o la función nerviosa disociada y el resto del conjunto del cuerpo o del aparato psíquico. Esta parte disociada no puede más entrar en asociación con las otras, sin ninguna enfermedad orgánica.

Lo importante para él es el valor afectivo que toma esa representación disociada. Ese investimento afectivo muy importante se explica con dos mecanismos.

-Primero, la disociación, ruptura de todas las asociaciones entre esa función del cuerpo y el resto del psiquismo.

-Segundo, la escisión (clivage en francés, Spaltung en alemán), aleja («écarte» en francés) esa función de todo el resto del psiquismo y este mecanismo de escisión crea una distancia para que sea infranqueable absolutamente.

Janet investiga sobre la experiencia traumática, mientras que Freud, ya subraya el valor afectivo de la representación disociada.

Podemos encontrar de nuevo los cuatro mecanismos ya descritos por Janet pero la diferencia de concepción teórica de Janet está en relación con un defecto de síntesis o de una restricción del campo de conciencia, mientras que, para Freud, esta parte aislada está investida con mucha intensidad de una carga afectiva quien le arrastra en los niveles más profundos del aparato psíquico, escapando a la conciencia del sujeto. Es porque el enfermo no puede o no quiere llevar a cabo ese acrecentamiento de valor afectivo (Affektbetrag) que el recuerdo de la dicha impresión adquiere la importancia de un traumatismo y se vuelve el motivo de síntomas permanentes de histeria.

En ese artículo, Freud basándose en los trabajos franceses de Charcot y Janet, instaaura, definitivamente, su teoría de la histeria.

2-2 / La disociación precede y permite la escisión

En su artículo «Las psiconeurosis de defensa», en 1894, Freud menciona la referencia, por una parte, a Janet, basándose en la teoría de la degeneración, debilidad innata de la capacidad psíquica y estrechez del campo de conciencia,

Y por otra parte se refiere a Breuer, considerando los estados hipnoides como fundamento y condición necesaria de la histeria, esos estados de conciencia, próximos del sueño o de la hipnosis.

Freud se inspiró mucho de la obra de Moebius; para este autor, el estado hipnótico «correspondía a un estado vacío de la conciencia en el cual una representación emergente no encontraba ninguna resistencia de las otras representaciones».

Así, un evento vivido durante un estado de hipnosis, podía aparecer de nuevo en actos que parecían separados, independientes de la actualidad vivida por el sujeto.

Freud describe eso en un artículo llamado «Para una teoría del ataque histérico» que mandara a Charcot, quien no le publica porque anunciaba una teoría nueva del ataque histérico, mientras que, hasta esta época, Charcot no había hecho más que describir esos trastornos sin proponer un modelo teórico. El texto fue publicado en 1940 por los herederos de Breuer.

Conocemos el más famoso texto de Freud y Breuer, “Los mecanismos psíquicos de los fenómenos histéricos, comunicación preliminar” (1893). Los autores notan que esos síntomas desaparecen cuando los terapeutas tienen éxito en aclarar el recuerdo del evento disparador. Así, encontramos la tercera y la cuarta función de la disociación descritos por Janet.

Freud le dedica un homenaje, recordando que, en el libro de Janet, «El Automatismo Psicológico», había presentado la observación de una joven histérica con el mismo tipo de análisis. Por cortesía, Janet contesta que Freud y Breuer hicieron el trabajo más importante para confirmar y verificar su propia investigación.

Una nueva palabra aparece en esa época en los escritos de Freud, «represión» (Verdrängung, refoulement) en la «Comunicación preliminar de 1893: «Se trata de cosas que el enfermo quería olvidar y que, intencionalmente, mantenía, rechazaba, reprimía, fuera de su pensamiento conciente.»

Es interesante tomar en cuenta la distinción muy clara que Freud describe en el artículo «Un caso de curación hipnótica con advertencias en la aparición de síntomas histéricos por la contra-voluntad», en 1892 y 1893.

No solo diferencia la desagregación y la escisión, sino que ya describe un fuerte conflicto entre esos dos mecanismos, constituyendo una representación contrastada (Kontrastvorstellung) con la observación clínica siguiente:

Una mujer quería amamantar a su primer niño, darle el pecho, pero la leche no venía abundantemente y la paciente sufría de dolores mamarios, de anorexia y de insomnio. Después de quince días, llamaron a una nodriza.

Cuando la paciente tuvo otro niño, trató de darle el pecho, pero sufrió de vómitos y se agitaba cada vez que le acercaban a su bebé. Sus médicos, Breuer y otro, llamaron a Freud para ejercitar una sugestión hipnótica. El lo hizo y habló así con la paciente:

«Usted no debe tener miedo. Será una excelente nodriza y el bebé disfrutará magníficamente. El estómago suyo está muy tranquilo, su apetito es excelente, usted alcanza una buena comida y todas esas cosas».

Esa intervención nos recuerda la cuarta función de la disociación descrita por Janet.

A pesar de las reticencias y temores del marido y del doctor Breuer, la curación fue inmediata: la enferma se quejó de que no tenía bastante para comer y empezó a criticar directamente a la madre suya, lo que nunca hacía antes. La leche vino con abundancia y su apetito fue excelente. Todos olvidaron agradecer a Freud.

Podemos encontrar en este momento de la cura, el segundo mecanismo de la disociación descrito por Janet, sin que podamos decir que apareció una nueva personalidad, sino una forma nueva de compartir con su madre, por ejemplo.

Cuando llamaron de nuevo a Freud para el tercer niño, él decidió «decapitar» el síntoma con una acción de sugestión muy fuerte. Los dos esposos se «deshelaron», dice Freud, contándole cuanta vergüenza tenían de necesitar hipnosis para curar un trastorno que la paciente no podía vencer con su propia voluntad.

En su comentario, Freud anuncia su futuro modelo del dualismo entre el instinto de Eros y el instinto de muerte.

Afirma que ninguna intervención terapéutica puede hacerse mientras que se mantiene la distancia, la separación, la escisión entre la voluntad de esa paciente de dar pecho a su bebé y la contra-voluntad de no hacerlo o de no poder hacerlo. En este caso, en el polo negativo de la representación conflictual quien se fija afuera de la conciencia y se liga con el soma de la paciente. Una vez disociadas y separadas la voluntad y la contra-voluntad, esa contra-voluntad puede, tal como en el estado hipnoide, desarrollarse sin ningún obstáculo.

Esa observación es muy próxima del modelo de desdoblamiento de la personalidad descrito por Pierre Janet.

Freud cita otro ejemplo famoso, las epidemias de posesión diabólica en los conventos.

En esa observación, Freud nota que, después de esos eventos muy conflictivos, la enferma sentía agotamiento, en el sentido etimológico de una fuente asechada, favoreciendo así la expresión de los fantasmas, los más impresionantes del mundo inconciente, del reino de las sombras.

2-3 / *El remisionador*

En dos textos de 1910, que voy a evocar para concluir, Freud explica por qué renunció a la hipnosis. Esos textos son:

- «El trastorno patógeno de la visión en la concepción psicoanalítica», y
- «Cinco lecturas sobre psicoanálisis».

Charcot podía reproducir bajo hipnosis las parálisis traumáticas.

Freud, al contrario, interpreta el síntoma por la fuerza extrema de una contra-voluntad, de una auto-sugestión, de una represión muy violenta en oposición frontal contra unos deseos inconcientes inconfesables, incompatibles, inconciliables con los valores morales y éticos de la persona.

Así, los casos de ceguera histórica pueden interpretarse como la censura, la revuelta activa y la venganza de las fuerzas psíquicas contra las representaciones de deseos condenables y escandalosos.

No es un defecto de la capacidad de síntesis quien puede explicar la disociación, sino la violencia de la represión, induciendo el aislamiento y la represión de un deseo inaceptable.

Ahora saben cómo Freud demostró la posibilidad de curación cuando era posible llevar ese tipo de conflicto en la conciencia. De esta manera, hemos tratado subrayar la proximidad estrecha entre las obras de Pierre Janet y de Sigmund Freud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laxenaire M. ¿Y si Freud y Janet se hubieran encontrado? *Salud Mental (Mexico)*; Marzo-abril 2008. ; 31(2): 153-160.
2. Thoret Y., Giraud AC., Ducerf B. La dissociation hystérique dans les textes de Janet et Freud avant 1911. *L'Evolution Psychiatrique*. 1999; 64: 749-64.
3. Thoret Y. Abrous-Yessad S. Ducerf B. Pierre Janet, prince de l'étrange et du symptôme hystérique. *Psychiatrie Française*. 2002; 1: 26-37.
4. Ellenberger H. A la recherche de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique. Villeurbanne: SIMEP; 1974.
5. Postel J. Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod; 1994.
6. Carroy J. Hypnose, suggestion et psychologie. Paris: PUF; 1991.
7. Carroy J. Les personnalités doubles et multiples. Paris: PUF; 1993.
8. Gauchet M. Swain G. Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient. Paris: Calmann-Lévy; 1997.
9. Bolzinger A. La réception de Freud en France; Paris: L'Harmattan; 1999.
10. Littré E. Dictionnaire de la langue française. 7 volumes; Paris: J.J. Pauvert; 1956.
11. Janet P. L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue Philosophique* 1887; 1: 449.
12. Janet P. L'automatisme psychologique. [1889] Paris: Société Pierre Janet et CNRS; 1973.
13. Janet P. L'état mental des hystériques. Paris : Félix Alcan; 1911.
14. Parcheminey G. La conception de l'hystérie. *l'Evolution psychiatrique* 1950 ; 3 : 377-90 (réédité en 1999 ; 64 :749-64.
15. Freud S. Etude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques [1893] In Freud S. Résultats, idées, problèmes, vol. I. Paris: PUF; 1984. pp. 45-59.
16. Laplanche J., Pontalis JB, Vocabulaire de psychanalyse; Paris: PUF; 1971.
17. Freud S. Les psychonévroses de défense [1894] in Freud S. Névrose, psychose et perversion. Paris: PUF; 1973. pp. 1-14.
18. Freud S. Breuer J. Pour une théorie de l'attaque hystérique [1892], in Freud S. Résultats, idées, problèmes, vol; 1, Paris: PUF; 1984. p. 25-28.
19. Freud S., Breuer J. Les mécanismes psychiques des phénomènes hystériques, communication préliminaire. In *Etudes sur l'Hystérie*. Paris: PUF; 1971.p. 1-9.
20. Freud S. Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition des symptômes hystériques par la « contre-volonté » [1892-93]. In Freud S. Résultats, idées, problèmes, vol. 1, Paris: PUF; 1984. p. 31-43.
21. Freud S. Le trouble pathogène de la vision dans la conception psychanalytique [1910], in Freud S. Névrose, psychose et perversion. Paris: PUF; 1973. pp. 167-73.
22. Freud S. De la psychanalyse. Cinq leçons données pour la célébration du vingtième anniversaire de la fondation de la Clark Université de Worcester, Massachussets, septembre 1909. In *Oeuvres complètes psychanalyse*. Vol. 10. Paris: PUF; 1993. pp. 1-55.
23. Maleval JC. Folies hystériques et psychoses dissociatives. 2ème édition; Paris: Payot; 1991.
24. Whitmer G. On the nature of dissociation. *Psychanalytic Quarterly*. 2001; LXX: 807-837.
25. Dithrich C. Pseudologia Fantastica, dissociation and potential space in child treatment. *Int. J. Psychoanal.* 1991; 72: 657-667.





Encuentros franco-mexicanos en torno a los psicodislépticos. Un capítulo un poco olvidado de las relaciones científicas entre los dos países

PROF. HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN GARCÍA

Como es bien sabido, porque lo he repetido muchas veces, la historia de los encuentros científicos franco-mexicanos en el campo de la psiquiatría comienza con la visita a México de Pierre Janet, en 1925, invitado por la Universidad Nacional, para dictar una serie de conferencias dentro del marco del XV aniversario de su fundación, en 1910. El discurso inaugural, por don Justo Sierra, que recién reeditó la UNAM, muestra que esta nueva Universidad, heredera vergonzante de la Real y Pontificia clausurada por don Valentín Gómez Farías, en el siglo XIX, por “inútil, perjudicial y nociva”, debía estar dirigida, al contrario de su predecesora, hacia el pensamiento positivista, científico y moderno, teniendo como meta colaborar al progreso del país. Fue por eso que el doctor Enrique O. Aragón, uno de los pocos alienistas autodidactas que había en México, eligió como invitado a esa distinguida figura de la medicina francesa. Junto a la Universidad y la embajada de Francia en México, la visita de Janet fue patrocinada por una recién fundada Sociedad Franco-Mexicana de intercambio cultural y científico, la que un año antes, en 1924, había traído al psicólogo George Dumas. No queda huella del paso de este psicólogo entonces muy reputado y ahora algo olvidado, como tampoco de la visita que hizo, por esos años, a la Academia Nacional de Medicina, un cierto profesor Emil Kraepelin, de Munich. La visita del alumno de Charcot y profesor del Colegio de Francia tuvo, por el contrario, consecuencias muy notorias y positivas pues no sólo favoreció la expresión de una francofilia que la Revolución Mexicana, tan nacionalista y a veces tan xenofóbica, no había disminuido un ápice, sino que facilitó la creación de la primera cátedra universitaria de psiquiatría y la fundación de la “Sociedad Mexicana para Estudios Psicológicos”, la primera aunque fugaz que agrupó en México a los seguidores de nuestra especialidad.

Poco después, en los años 1930, por iniciativa de un entusiasta Senador francés, se fundó la Sociedad Médica Franco-Mexicana que durante algún tiempo favoreció esos encuentros y que participó, por cerca de 40 años, en el proceso de selección de los candidatos a obtener las becas de postgrado que el gobierno francés otorgaba a jóvenes profesionistas mexicanos. Así, por ejemplo, en 1933 el doctor Manuel Camelo Camacho, de Monterrey, realizó sus estudios de psiquiatría en la célebre Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo de la Universidad de París, entonces bajo la dirección del Profesor Henri Claude, y en el decenio

siguiente el doctor Alberto Barajas, uno de los primeros psicoanalistas mexicanos, se formó, también en París, nada menos que junto a la Princesa María Bonaparte.

Ahora bien, es un lugar común decir que a partir de la Segunda Guerra mundial hubo una disminución de la influencia de la medicina francesa en nuestro país, debido al desarrollo de la ciencia norteamericana. Esto puede ser cierto hasta cierto punto para otras especialidades médicas y estaría ejemplificado, en lo que concierne a la nuestra, por el hecho de que el doctor Samuel Ramírez Moreno, quien presidió la Delegación mexicana al Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, en París, en 1950, envió a proseguir su formación de postgrado a Estados Unidos y no a Francia a dos de sus más próximos alumnos, Ramón de la Fuente y Manuel Velasco Suárez, más tarde fundadores, cada uno por su lado, de instituciones paradigmáticas en el campo neuropsiquiátrico. No obstante, se puede afirmar que, hasta mediados de la sexta década del siglo XX, había entre los especialistas de la psiquiatría una indudable influencia francesa. La aparición de la psicofarmacología moderna en la mitad de esa centuria contribuyó de manera importante a esto. Las grandes firmas farmacéuticas que hicieron posible ese avance favorecieron viajes, congresos y visitas hacia ambas orillas de la mar Océano, por lo que las principales figuras de la psiquiatría francesa de ese momento dictaron conferencias en nuestro país y varios especialistas mexicanos participaron en los primeros ensayos multicéntricos de los nuevos medicamentos psicótropos.

Hubo también, por esa fecha, un tema que favoreció un nuevo intercambio franco mexicano que se desarrolló de manera muy productiva y que los historiadores de la medicina y los especialistas no mencionan ya: el de la investigación sobre los psicodislépticos de origen vegetal originarios de México. Todo se inició con las investigaciones de campo del banquero y etnomicólogo neoyorquino Robert Gordon Wasson y su esposa, que llamaron la atención de la ciencia hacia la supervivencia del uso de plantas con acción psicótropa dentro de ritos sagrados específicos, en algunas regiones de difícil acceso de la zona de la Cañada, en la sierra mazateca del Estado de Oaxaca. Hasta ese momento sólo existían los reportes de los autores de los siglos XVI y XVII y se creía que tales ritos habían desaparecido. Después de su primera visita a Huautla de Jiménez, los Wasson llevaron consigo varios ejemplares botánicos que entregaron al micólogo más reconocido del momento, el Prof. Roger Heim, Director del Museo de Historia Natural de París. A partir de los reportes de los Wasson se generaron dos series paralelas de hechos que tuvieron interés y repercusiones para la psiquiatría. Por un lado, el surgimiento de un turismo ansioso de experimentar esa “ampliación de las fronteras de la conciencia” que favoreció el coetáneo movimiento hippie, y por el otro una pesquisa pluridisciplinaria que volcó su interés en esas sustancias a las que el propio Wasson calificó de “entéogenas” (neologismo a partir del griego para significar “un dios adentro”, pues tal era en cierto modo la vivencia obtenida por los que se sometían a semejante experiencia). En la clasificación de los psicótropos establecida por Jean Delay, el introductor de la clorpromazina en psiquiatría, estos productos cabían dentro del apartado de los psicodislépticos o perturbadores de la vida mental, junto a otras sustancias conocidas desde la antigüedad y que en los años 1920 había sistematizado el farmacólogo alemán Louis Lewin en su obra *Phantastica*.

En el primer caso, la fama de los hongos alucinantes condujo a esa apartada región a convertirse en la Meca de quienes querían encontrar otras verdades pero sin pertenecer a la cultura en la que su consumo tenía un sentido y donde se daba dentro de una cuidadosa dirección espiritual, y provocó no pocos accidentes psicóticos. Un lustro más tarde pasó de moda y los peregrinos en busca de otra realidad emigraron a Nepal y al Tibet. Los viajeros a

Huautla habían tenido, empero, un antecesor francés que por cierto no mencionan Wasson ni Heim: Antonin Artaud, quien había consumido en su viaje a México el peyote, cuyo principio activo, la mescalina, había sido aislada en 1896 y sintetizada en 1919, por los bioquímicos alemanes. En el segundo caso, la investigación científica resultó de gran interés. Roger Heim catalogó esas muestras de las que no se tenía hasta entonces una clasificación botánica y que ahora se conocen como *Psilocybe Wassonii* Heim y *Psilocybe mexicana* Heim. Tras su estudio botánico, Heim envió ejemplares al laboratorio de Albert Hofmann, en Basilea, Suiza, quien poco antes había sintetizado accidentalmente la dietilamida del ácido lisérgico, el famoso LSD 25, que habría de desempeñar por esos años un papel protagónico en el movimiento hippie y en la llamada subcultura psicodélica. El connotado químico de la empresa Sandoz sintetizó el principio activo de los hongos *psilocybe*, al que denominó *psilocybine*. El siguiente paso, tras su consumo voluntario por Hofmann quien ya tenía la experiencia del LSD, fue el estudio detallado de la acción psíquica de la *psilocybina* dentro del marco de la psiquiatría experimental. Esta fase de su estudio fue llevada a cabo por el grupo del Profesor Jean Delay, de la Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo de la Universidad de París, en el Centro Psiquiátrico Sainte-Anne. Siguiendo los pasos de Joseph Moreau, de Tours, un siglo atrás, con su estudios sobre la *cannabis indica*, que marcaron el inicio de la psiquiatría experimental, el equipo francés administró dosis diferentes de *psilocybina* a un grupo de 36 pacientes hospitalizados y a 13 voluntarios normales (estos últimos dieron lugar a 16 protocolos pues tres voluntarios repitieron la ingestión). El experimento pudo precisar, con la finura clínica que caracterizaba a esa escuela, las alteraciones cognitivas, sensorio-perceptivas y de la percepción del tiempo que genera. Este estudio llama la atención también por dos motivos: la libertad que tenían los clínicos para administrar a sus pacientes, *ad libitum*, las más diversas sustancias, antes de que los protocolos de investigación fueran regularmente sometidos a un Comité de Ética, y la variedad de diagnósticos que recibían tales pacientes antes de la boga homogeneizadora del Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association. En el Congreso Internacional de Neurofarmacología que se realizó en Roma en 1958, Jean Delay y sus colaboradores presentaron una comunicación sobre la Comparación de los trastornos inducidos por las sustancias psicótropas con las psicosis humanas, siguiendo hasta en el título la empresa de Moreau.

Este capítulo del intercambio franco-mexicano dio origen a un monumento bibliográfico que editó, a todo lujo, también en 1958, el Muséum National d'Histoire Naturelle, en París: *Les Champignons Hallucinogènes du Mexique. Etudes Ethnologiques, Taxinomiques, Biologiques, Physiologiques et Chimiques*, del que fueron editores Roger Heim y Robert Gordon Wasson, con la colaboración de Albert Hofmann, Roger Cailleux, Aurelio Cerletti, Artur Brack, Hans Kobel, Jean Delay, Pierre Pichot, Th. Lemperière y P.J. Nicolas-Charles. Esta obra es una referencia obligada para todos los estudios concernientes al amplio campo de la etnomicología, la antropología de las religiones precolombinas, la neuroquímica y la psiquiatría experimental.

Prosiguiendo el análisis fenomenológico inicial de Delay, el profesor Nieto inició en el pabellón piloto del Manicomio General de la Castañeda, una investigación sobre el bloqueo de tales efectos psicodislépticos por la administración previa de antipsicóticos. Además de algunos artículos que referían las autoexperiencias voluntarias tan de moda entonces, este tipo de investigación permitió plantear hipótesis interesantes sobre el sustrato neuroquímico

de las psicosis esquizofrénicas. Gracias a la acción protectora de los neurolépticos los voluntarios mexicanos tuvieron una suerte más benévola que la de sus pares franceses.

El interés psiquiátrico por estas sustancias favoreció un útil intercambio entre los especialistas mexicanos y europeos cuyo eco puede descubrirse en las colaboraciones del libro *Homenaje internacional* que se le dedicó al Profesor Nieto en 1972. En efecto, “Dimensiones de la Psiquiatría Contemporánea” cuenta con sendos capítulos cuyo tema son los psicodislépticos: uno sobre la intoxicación por opiáceos, de Maurice Porot; otro sobre los hongos alucinógenos de México, de Henri Ey; y uno más sobre el teonanácatl y el ololiuqui, dos antiguas drogas mágicas de México, del propio Albert Hofmann. En ese mismo volumen, con la vehemencia que lo caracterizaba, Henri Baruk proponía por su parte, aunque se refería sólo a la catatonia, la conveniencia de evitar recurrir a los humanos en los estudios de psiquiatría experimental, refiriéndose, *mutatis mutandi*, a los de Moreau de Tours (¡él, que había fundado en Charenton precisamente la Société Moreau de Tours!). Para “Dimensiones de la Psiquiatría Contemporánea”, Delay y Deniker prefirieron enviar un trabajo sobre las Características clínicas y la selección de los medicamentos neurolépticos.

Las dos obras que hoy evoco son testimonio de un momento fecundo en la larga y fructuosa relación franco-mexicana. Es deseable que las nuevas generaciones las conozcan y encuentren en ellas otros temas de reflexión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heim R, Gordon Wasson R: *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. Museum d'Histoire Naturelle, París, 1958.
2. Heim R.: *Histoire de la découverte des champignons hallucinogènes du Mexique*. Colloq. Int. NRS. N. 144. Paris, 1966.
3. Ey, H.: *Les champignons hallucinogènes du Mexique (Psilocybine)*, en: *Dimensiones de la Psiquiatría Contemporánea*. Libro Homenaje al Profesor Dionisio Nieto G. Prensa Médica Mexicana, México, 1972. 234-244.
4. Hofmann A.: *Teonanácatl and ololiuqui, two ancient magic drugs of Mexico*. en: *Dimensiones de la Psiquiatría Contemporánea*. Libro Homenaje al Profesor Dionisio Nieto G. Prensa Médica Mexicana, México, 1972. 245-264.

Psiquiatría, naturaleza y cultura.

De lo singular a lo universal,

se terminó de imprimir en enero de 2009
en Guadalajara, Jalisco, México.

TonoContinuo, diseño de publicaciones

Francisco Castellón Amaya

www.tonocontinuo.com.mx