



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS**

**LA EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO. TRASTORNOS MENTALES EN  
POBLADORES DEL VALLE DEL MEZQUITAL, HIDALGO**

**NATALIA BAUTISTA AGUILAR**

**TESINA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS**

**DIRECTORA: DRA. MAYRA LILIA CHÁVEZ COURTOIS**

**ASESORES: DRA. ZENIA YÉBENES ESCARDÓ**

**MTRO. RICARDO MANUEL FALOMIR PARKER**

**MÉXICO**

**JULIO, 2014**

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo fue posible gracias al apoyo de diversas personas a las cuales deseo no sólo dedicarlo como una forma de expresar mi profundo agradecimiento por su presencia en mi vida sino también por sus valiosas enseñanzas.

Agradezco profundamente, a la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois por el interés y confianza depositados en mi proyecto de investigación, por su tiempo de escucha y lectura, así como por la libertad para desarrollar y enriquecer mi trabajo. Al Mtro. Ricardo Falomir Parker por las enormes contribuciones al contenido, por la lectura y revisión siempre atenta y precisa del trabajo, así como por su entusiasmo y motivación. A la Dra. Zenia Yébenes Escardó por su gran sensibilidad y experiencia, por motivar siempre la reflexión y enriquecer tras cada comentario el trabajo. Al Dr. Roger Bartra Muria por su apoyo en la consolidación de este trabajo, a través de las distintas charlas y enorme riqueza de sus comentarios. Gracias.

A mi familia por su apoyo incondicional, por estar ahí a todo momento, por su amor, comprensión y paciencia, por constituir mi fuerza e inspiración. A ese ser especial y maravilloso que ocupa mi corazón y con su amor me impulsa a seguir adelante siempre, gracias por formar parte de mi vida.

A cada una de las personas que generosamente aceptaron compartir conmigo su experiencia de vida, a sus amigos y familiares. Al personal de salud por su disposición y apoyo en el desarrollo de la investigación. A la familia que amablemente me recibió en su casa y acompañó a lo largo de mi trabajo, por su cariño y cuidados.

A mis amigos y compañeros de sueños, desvelos y proyectos, dentro y fuera del Posgrado. A Nancy y Socorro Flores por todo su apoyo con las cuestiones académico-administrativas.

A las autoridades y personal de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo, de la Subdirección de la Coordinación de la Investigación en Salud de Hidalgo y la Jurisdicción Sanitaria No. VI Ixmiquilpan, Hidalgo, por el apoyo y facilidades prestadas al desarrollo de la presente investigación.

Este trabajo se llevó a cabo gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa (UAM-I), a través de su programa de Posgrado en Ciencias Antropológicas.

A todos aquellos que contribuyeron a la realización de este trabajo, directa e indirectamente, en la cercanía y a la distancia. Gracias

## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I. Apuntes para una antropología orientada a la salud y la enfermedad mental.....</b>	<b>11</b>
<b>I.1 Entre ciencia y creencia. La diferencia transformada en desigualdad.....</b>	<b>16</b>
<b>I.1.1 Medicina, magia y religión. Los sistemas médicos en la reflexión antropológica.....</b>	<b>17</b>
<b>I.2 Del análisis sociocultural de la salud/enfermedad a su aplicación práctica....</b>	<b>26</b>
<b>I.3 La antropología médica en México.....</b>	<b>34</b>
<b>I.4 Sistemas médicos como sistemas culturales. Algunas propuestas para pensar la enfermedad.....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo II. La enfermedad mental desde la perspectiva médica y social.....</b>	<b>47</b>
<b>II.1 La enfermedad desde la perspectiva sociocultural: anormalidad y desviación.....</b>	<b>49</b>
<b>II.2 La representación de la enfermedad en la antropología médica.....</b>	<b>65</b>
<b>II.2.1 La enfermedad mental en la antropología mexicana.....</b>	<b>69</b>
<b>Capítulo III. La enfermedad mental desde la perspectiva transcultural.....</b>	<b>79</b>
<b>III.1 Etnopsiquiatría o psiquiatría transcultural.....</b>	<b>81</b>
<b>III.2 Los síndromes culturales (culture-bound syndromes) en la práctica psiquiátrica.....</b>	<b>91</b>
<b>III.3 Los síndromes dependientes de la cultura en la investigación.....</b>	<b>95</b>
<b>III.3.1 Los síndromes culturales entre los hñähñu del Valle del Mezquital, Hidalgo.....</b>	<b>107</b>

<b>Capítulo IV. Padecer la enfermedad. Trastornos mentales entre pobladores del Mezquital, Hidalgo.....</b>	<b>114</b>
<b>IV.1 La nube estéril sesenta años después.....</b>	<b>117</b>
<b>IV.1.1 La atención a la salud en el Mezquital, Hidalgo.....</b>	<b>119</b>
<b>IV.2 ¿Y después de La Castañeda? Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental.....</b>	<b>123</b>
<b>IV.3 Los trastornos mentales en el registro médico.....</b>	<b>131</b>
<b>IV.3.1 Familiares o personas cercanas a quien presenta un padecimiento mental.....</b>	<b>133</b>
<b>IV.3.2 Personal de Salud.....</b>	<b>135</b>
<b>IV.3.3 Personas con un padecimiento mental.....</b>	<b>136</b>
<b>IV.4 De saberes y prácticas de atención en torno a la experiencia con un trastorno mental.....</b>	<b>140</b>
<b>Consideraciones finales.....</b>	<b>156</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>166</b>

## Introducción

Si bien los trastornos mentales son un fenómeno ampliamente descrito y tratado desde la perspectiva médica, constituye un fenómeno que se sitúa en los límites de la tan discutida frontera entre lo social-cultural y lo biológico, cuyos hallazgos han llevado al reconocimiento de la articulación de factores de orden social, histórico, político, económico y cultural en la configuración de éstos. De este modo, quien atraviesa por un padecimiento mental no sólo se desenvuelve en torno a su historia personal sino en relación a una historia social, dentro de la cual, la definición de un estado de salud o de enfermedad mental implica una interpretación que articula ambas dimensiones (individual/social) y se configura a la luz de elementos culturales, reflejando la serie de saberes y prácticas de quienes la padecen, así como del conjunto social al que pertenece.

Los trastornos mentales desde la perspectiva biomédica son configurados como entidades naturales susceptibles de diagnóstico y clasificación en función de ciertos criterios diagnósticos dirigidos a establecer una homogeneidad respecto a la configuración, interpretación y vivencia de éstos. Así tenemos que, a pesar de que ninguna clasificación es natural, sino que su construcción y atribución de sentido tiene lugar al interior del grupo social y responde al contexto histórico-cultural, la perspectiva psiquiátrica presenta su concepto de normalidad y trastorno mental como universal y homogéneo. De acuerdo a Correa *et al.* (2006), el modelo biomédico que subyace a la perspectiva psiquiátrica, al abordar la enfermedad como una entidad independiente del individuo que la padece, ha dado paso a un reduccionismo que niega las relaciones sociales que hay detrás de la misma y de su tratamiento. De forma que mientras para la medicina los padecimientos mentales se describen a través de diagnósticos clínicos, para las personas que los viven se encuentran interrelacionados a sus condiciones de vida que incluyen la referencia a experiencias diversas de violencia, estrés, pobreza, desempleo, familia, otras enfermedades, migración, recursos con los que se cuenta y expresión de afectos, entre otros, que como tal integran la descripción, el origen y la posibilidad de recuperación atribuidas a la misma.

El concepto de trastorno mental constituye la piedra angular de la psiquiatría, no obstante, no existe un consenso respecto a éste. De tal modo que el debate gira en torno al carácter sociopolítico o biomédico de los conceptos enfermedad y trastorno, esto es, *si son conceptos normativos fundamentados en juicios de valor o términos científicos carentes de apreciaciones de valor* (Kendell cit. en Wakefield, 2007:149). En función de esto y en un esfuerzo por apearse al carácter biomédico desde una perspectiva acultural y asocial, la psiquiatría ha establecido diversos parámetros dirigidos a definir lo que constituye un trastorno y lo que no. Sin embargo, la enfermedad, y aun la propia base biológica o dimensión natural atribuida a la misma, constituyen una construcción que apela a una interpretación y valoración sociocultural, es decir, que responde a contextos y condiciones sociales y culturales específicas. Lo anterior, se sustenta en una perspectiva que postula en principio que la realidad social está configurada a partir de significados, estructuras sociales y comportamientos que han sido sancionados socialmente. Los sujetos interiorizan dichos sistemas simbólico-normativos a través de la socialización, de tal modo que rigen su comportamiento, percepción del mundo, comunicación con demás miembros del grupo y con el entorno. En este sentido, es que en el presente trabajo se entiende la enfermedad mental como una construcción sociocultural, y como tal, se buscará dar cuenta de los *modos de significación intersubjetiva por los cuales los procesos de salud/enfermedad son identificados, designados, tipificados, vivenciados y aprehendidos por los sujetos* (Osorio, 2001:31). Dicha comprensión, sitúa al trastorno mental en su variabilidad cultural, su significación ligada al contexto y grupo social que lo configura, no reduciendo el proceso de significación de éste, a un proceso interno del sujeto sino en su articulación con aspectos o factores sociales más amplios; un nivel macrosocial que no deja de atender la interrelación entre representación y práctica social.

La tendencia a percibir la enfermedad mental como algo exclusivamente biológico e individual que acompaña la hegemonía académica ejercida por la biomedicina en el campo de la salud y enfermedad, conlleva a la omisión de la forma en que la desigualdad social, las estructuras de poder y la cultura afectan y

determinan la enfermedad (Martínez-Hernández, 2008). La propia serie de estimaciones estadísticas predominantes en el campo de la enfermedad mental, no profundizan en lo concerniente a la caracterización o manifestación diferenciada de dichos diagnósticos, es decir en los porqués, en las distintas formas de expresión y las repercusiones del padecimiento en contextos socioculturales diversos, como son las comunidades indígenas o rurales. Vale señalar además que la estimación del fenómeno desde el punto de vista cuantitativo adolece de un sesgo provocado por las diferentes formas de registrar y reportar la información. El subregistro en la información estadística de acuerdo con Vilar y Eibenschutz (2007), alude a la exclusión de las causas sociales, económicas y políticas del proceso salud/enfermedad al no cuestionarse el porqué, y yo agregaría el cómo, de la expresión de dichos padecimientos en momentos particulares y grupos específicos. Cuando *describir y analizar los saberes* [sobre cualquier evento de salud y enfermedad] *supone incluir no sólo [las] construcciones simbólicas, sino articularlas con las condiciones de pobreza, de explotación y de subordinación dentro de la cual* [los sujetos y grupos sociales] *construyen sus representaciones y prácticas* (Menéndez, 1997).

La enfermedad mental se sitúa como un problema de gran complejidad que dentro de la misma ciencia médica desafía la claridad en torno a la identificación de la base objetiva que fundamenta el carácter científico, veraz e incuestionable de la práctica clínica. Desde diversas lecturas, ubicar la causalidad de estos trastornos en alteraciones orgánicas, se consideró no hacía más que reflejar una unilateralidad no comprobada (Guinsberg, 1981). Un inadmisibles, que responde a la imposición de un orden particular mental, fisiológico que ignora la medida en que éste está directamente en contacto y se funde con lo social, construyendo una noción, la de enfermedad, que sólo tiene sentido para uno de ellos (Lévi-Strauss en Mauss, 1971).

Ello, acentúa la necesidad de repensar los malestares y trastornos mentales trascendiendo la aplicación vertical de categorías diagnósticas, esto es, atendiendo a la serie de significados, creencias, valores, afectos y expresiones locales que los construyen, no dirigiéndonos a negar la posibilidad de existencia

de procesos biológicos que configuran entidades patológicas y que requieren tratamiento u atención médica, pero si a rechazar la imposición de una universalidad biomédica como único criterio válido de definición de enfermedad. Habría que partir del reconocimiento de la existencia y validez de otros sistemas de conocimiento a partir de los cuales se construyen distintas ontologías y experiencias de enfermedad.

Los trastornos mentales son entidades de confluencia de factores biológicos, condiciones sociales, vivencias, estrategias culturales, malestares y estados particulares que deben ser tomados en cuenta, permitiéndonos distinguir tanto las semejanzas como las divergencias, entre sistemas de pensamiento en torno a un mismo fenómeno, en este caso, el de la noción de enfermedad o trastorno mental. Por tanto, propongo abordar la experiencia de personas que han sido diagnosticadas con un trastorno mental, habitantes de la región denominada Valle del Mezquital en el Estado de Hidalgo. A fin de reflexionar en torno a la construcción sociocultural que éstos realizan acerca del padecimiento que los aqueja, así como, a través de su experiencia dar cuenta de la relación o proceso de síntesis que tiene lugar entre el sistema biomédico psiquiátrico y el tradicional/popular, a partir de los procesos de confrontación o resignificación de los que participan los pobladores, consecuencia de desenvolverse dentro de ambos sistemas de atención a la salud.

La particularidad de este contexto, misma que despierta mi interés, recae no sólo en la presencia de diversos trastornos entre la población sino la generación de servicios especializados en salud mental desde el primer nivel de atención a la salud, esto es, en los centros de salud ubicados en las distintas cabeceras municipales. Dichos servicios responden a la implementación del primer Modelo de Atención a la Salud Mental, como parte de una reforma sanitaria que buscaba dejar atrás el esquema asilar bajo el que habrían nacidos los Hospitales Psiquiátricos. A partir de su instauración en la región, actualmente se tiene un registro de los distintos padecimientos presentes en la población, con cifras que situaban a los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso como la tercera causa de muerte en niños y adolescentes en edad escolar, en el



año 2002, y como cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años. Asimismo, el estado de Hidalgo se colocó entre las entidades federativas con mayores tasas de mortalidad por causas no transmisibles y que afectan mayormente a los adultos entre las que se ubicaron los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, estableciendo a su vez un incremento en la tasa de mortalidad a causa de los trastornos mentales durante el periodo del 2000 al 2002, dentro del cual se presentó un aumento entre la población femenina frente a la masculina (García y Gloria, 2005). Si bien, las anteriores cifras son importantes y preocupantes, dejan un vacío respecto al criterio empleado en la estimación de las mismas ya que la muerte no es consecuencia reconocida a los trastornos mentales, sino a través del suicidio como indicador de la magnitud del problema, el cual no obstante no es abordado en dicha estimación.

Lo anterior, me lleva a retomar la importancia de ampliar los trabajos referentes al campo de la enfermedad mental en comunidades rurales/indígenas, como una manera de retratar las problemáticas cotidianas por las que atraviesa esta población ante la presencia de un padecimiento de este tipo. Cuáles son los diversos factores socioculturales, políticos, económicos que operan en la configuración del trastorno mental y la experiencia del mismo, en este caso, entre pobladores del Valle del Mezquital que tienen la particularidad de contar con un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, constituye la interrogante inicial a responder. De ahí que el presente trabajo no se ocupa de establecer la causalidad sociocultural de los trastornos, sino de aportar elementos a la discusión y comprensión de la configuración de la tridimensionalidad de la enfermedad mental, esto es, la dimensión de enfermedad mental como construcción teórica desde el discurso médico psiquiátrico que opera a través de la práctica de los profesionales de salud, particularmente médicos generales, encargados de atender los núcleos básicos de salud mental establecidos hace catorce años en la región del Valle del Mezquital. La dimensión del padecer correspondiente a la experiencia intersubjetiva de quienes han sido diagnosticados y tratados a consecuencia de presentar una serie de comportamientos, sensaciones y cambios físicos o emocionales que han sido etiquetados como trastorno mental. En la cual, cabe

precisar convergen saberes y prácticas socioculturales provenientes del sistema médico tradicional/popular y biomédico. Y finalmente, la dimensión del malestar que guarda relación con aspectos sociales, políticos, económicos que determinan las condiciones de existencia de la población e intervienen en la configuración del proceso salud/enfermedad mental/atención y de su vivencia.

Tal empresa, implica no obstante, la revisión en términos generales de lo que fuera el estudio de los sistemas médicos dentro de la antropología, hasta la conformación de una antropología médica o de la salud y enfermedad, en la que el análisis sociocultural de la enfermedad mental, se ha inscrito. Ello, con la intención de sentar la base teórica-metodológica de la posible reflexión en torno a la especificidad de la experiencia del trastorno mental en este grupo específico. Al respecto es importante señalar que el presente trabajo, incorpora algunos de los hallazgos a partir de los materiales e información recabada durante la primera etapa de trabajo de campo que tuvo lugar en los meses de agosto a noviembre del 2013. En los cuales pude conocer y establecer contacto con la población de la región, misma que estuvo constituida por diversos sectores involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención.

Los informantes principales que conformaron la población de estudio abarcaron adultos de ambos sexos, que atravesaban por un padecimiento atribuido a un orden mental, el cual los había llevado a consultar al médico asignado a la atención de la salud mental en el centro de salud cercano a su lugar de residencia, quien en este caso, habría sido el encargado de atribuir el diagnóstico psiquiátrico. Es importante resaltar que por la particularidad del padecimiento y el grado de afectación que éste puede generar en el nivel de comunicación, fue necesario consultar al médico tratante respecto a la estabilidad de los participantes. De este modo, en dicho sector, la vía de contacto privilegiada fue a través de los servicios de salud, por referencia de los médicos encargados de brindar la atención, así como a través de una informante clave que guardaba estrecha relación con la atención institucionalizada. Sin embargo una vez realizado el contacto con la persona se buscó tejer una relación no mediada por el médico o ningún personal de salud, a fin de reducir la carga que tiene la

institución. Esta estrategia será mantenida en adelante para los posteriores encuentros que se contempla tengan lugar en espacios distintos al centro de salud.

El segundo sector de la población incluido en la presente investigación, correspondió básicamente, personas reconocidas por el informante principal, como aquella que había sido importante o significativa, a lo largo del desarrollo de su padecimiento, en la medida en que mantenía una cercanía con dicha persona. Asimismo, en otros casos, los informantes contemplados en este sector denominado como familiares o personas cercanas a quien presenta un trastorno, fueron contactados a través de los servicios de salud, en tanto que asistían como acompañantes a consulta o a la emisión de nuevas recetas en ausencia de su familiar. En el primer caso, el método de contacto privilegiado fue el de “bola de nieve”, en tanto que se le solicitaba a la persona, quien ya había aceptado participar, me presentase con su familiar o conocido a fin de solicitar su colaboración.

Finalmente, el último sector quedó conformado por el personal de salud, específicamente médicos y una psicóloga, que laboran en el área de salud mental en los distintos centros de salud, así como en el área administrativa de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenecen los centros.

La zona de estudio como se mencionó abarcó en su aspecto más general, la región del Valle del Mezquital en el estado de Hidalgo, mientras que a un nivel más particular, quedó circunscrita a la población que hace uso de alguno de los cuatro distintos núcleos básicos de salud mental ubicados en los centros de salud dependientes de la Jurisdicción Sanitaria de Ixmiquilpan, situados en las siguientes cabeceras municipales: Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautila e Ixmiquilpan.

Todos ellos, fueron invitados a colaborar mediante una entrevista en profundidad, entendiendo ésta, como una serie de reiterados encuentros cara a cara entre investigador e informante; es decir, como conversaciones dirigidas a la comprensión de la perspectiva que tiene estos últimos respecto a sus vidas, experiencias y diversos acontecimientos, la cual es expresada en sus propias

palabras (Taylor y Bogdan, 1987). Si bien, algunos autores (Becker y Geer, 1957 cit. en Taylor y Bogdan, 1987) argumentan que dicha técnica enfrenta al entrevistador a la incertidumbre respecto a la validez fáctica de los relatos que le son compartidos debido a que los informantes ven los acontecimientos de una forma distorsionada, se consideró que la misma no sólo permitía el acercamiento a la reconstrucción del evento integrando las mismas especificidades del lenguaje en cuanto expresiones locales, sino que permite rescatar y dar valor al discurso sobre su propia experiencia, de quien atraviesa por un padecimiento de este tipo. Si bien es cierto que existe la posibilidad de presentarse dificultades para recordar ciertos eventos o situarlos en una temporalidad y espacialidad que respondan al orden lógico que quien entrevista busca, no considero que ello anule la riqueza simbólica y el valor discursivo de quien presenta un trastorno. La reconstrucción de la trayectoria de vida no parte de la base de una conceptualización de la vida que, como sostiene Bourdieu (1997), busque exponer a la misma en un orden lógico para el observador, en la medida en que ésta se caracteriza por no presentarse ni tan ordenada ni tan exhaustivamente desarrollada, sino conformada por elementos yuxtapuestos.

No obstante, ante esto y la posibilidad de que la entrevista motivara en el informante una cierta deseabilidad social, en términos de responder lo que se considera espera escuchar el investigador, se contempló la periodicidad de los encuentros, junto con la triangulación metodológica, no sólo a nivel de estrategias de recolección de información sino de fuentes, como elementos que constituirán un posible apoyo para la profundización y comprensión del tema. Por ello como se ha señalado, se buscó vincular los relatos de los diversos actores involucrados (profesionales de salud, familiares o personas cercanas y personas con el padecimiento), así como distintas fuentes de información (entrevistas, archivos, expedientes, censos), por un lado fuentes primarias, refiriéndome a las narraciones de las personas; así como, fuentes secundarias, que abarcaron la consulta de expedientes médicos y los censos de población de los centros de salud, así como documentos de archivo cuya revisión se consideró aportaba a la mayor comprensión del tema. Todo ello apoyado en la observación participante, en

tanto que *los informantes no quieren o no pueden expresar muchas cosas importantes y sólo observándolos en sus vidas diarias es posible adquirir conocimientos sobre tales cosas* (Taylor y Bogdan, 1987:107). Los testimonios incluidos a lo largo del trabajo han sido extraídos de las diversas entrevistas sostenidas con la población, por lo cual hago uso de seudónimos, a fin de preservar la identidad de quienes amablemente accedieron a compartirme sus experiencias.

Es así que a partir de la información recabada y tomando en cuenta la serie de proposiciones que dan forma a diversos hallazgos señalados en la literatura respecto al tema, el siguiente trabajo busca constituir un primer acercamiento a la caracterización del fenómeno de la enfermedad mental en un contexto rural mexicano, el cual es identificado como una de las regiones habitadas por el grupo étnico hñähñu: *hñä* de hablar y *hñú* de nariz, es decir, “los que hablan la lengua nasal”. Si bien, no constituye un análisis definitivo y exhaustivo de estos primeros datos recabados, permite sentar las bases que orientaran el análisis posterior además de marcar la dirección que la investigación debe tomar para alcanzar la comprensión del fenómeno en el sentido propuesto. De esta forma es que la riqueza de elementos que aporta la presente etapa de trabajo de campo, sistematización y primer análisis de la información recaba, permiten responder a los objetivos de identificar aquellos elementos que caracterizan o definen un padecimiento mental para la población de estudio, es decir, la sintomatología expresada y los significados locales atribuidos a la misma. Asimismo, dar cuenta de la concepción que tienen las personas acerca del diagnóstico psiquiátrico que se les ha asignado mostrando algunas repercusiones de presentar un padecimiento de este tipo. Acercando al lector en última instancia a los especialistas, recursos y estrategias empleadas para alcanzar su recuperación que configuran la trayectoria de atención dentro y fuera de la institución médica que han seguido quienes presentan un trastorno mental.

De modo que pueda distinguirse si como se ha sostenido, los trastornos mentales en tanto entidades configuradas a partir de factores sociales, culturales y biológicos, que marcan la forma en que éstos son interpretados y experimentados;

en el caso de los pobladores del Mezquital, integran elementos mágico-religiosos del sistema médico y normativo hñähñu. Así como de sus condiciones de vida, que incluyen, experiencias migratorias, de violencia, condiciones de trabajo, pobreza, entre otros.

De la misma forma, determinar si en la región está teniendo lugar un proceso de popularización del discurso biomédico psiquiátrico en la medida que las categorías psiquiátricas que identifican los trastornos mentales han sido apropiadas y resignificadas por los pobladores, integrando a ellas elementos o características de malestares y padecimientos locales, con lo cual, aun cuando en algunos casos persista a nivel discursivo el término biomédico psiquiátrico, éste no conserva el mismo sentido ni significado que tenía al interior de dicho sistema de pensamiento sino que alude a una noción de enfermedad que ya no es la misma que la establecida por el sistema biomédico. Lo cual traería en consecuencia que los diversos sistemas de atención médica vigentes en la región (biomédico y tradicional/popular) pese a que postulen ontologías de enfermedad distintas y en muchos casos opuestas en la práctica de los sujetos se presentan como sistemas médicos complementarios. O bien, un proceso de colonización que no alberga en su interior diversos procesos de confrontación y conflicto.

## CAPÍTULO I

### **Apuntes para una antropología orientada a la salud y la enfermedad mental**

Tanto la salud como la enfermedad son entidades tridimensionales que integran factores de orden físico, social y cultural. No obstante, el abordaje de la enfermedad ha privilegiado su condición biológica dando lugar a diagnósticos trancos que carecen de la referencia a condiciones sociales y culturales de existencia (Timio, 1980). Si bien, ambas condiciones, desde el discurso biomédico, han sido configuradas y abordadas como estados absolutos, y en el caso de la enfermedad, como una entidad objetiva fundamentada en lo biológico, en este trabajo la enfermedad, específicamente, la enfermedad mental es entendida y analizada como hecho social, construido, significado y respondido culturalmente, sin por ello ignorar la presencia de procesos fisicoquímicos u orgánicos que convergen en ella.

El proceso salud/enfermedad/atención es una constante estructural presente en todas las sociedades y como tal evoca procesos de interpretación, significación y tratamiento de la misma. De igual manera, la enfermedad mental se encuentra referida en diversos grupos sociales, los cuales responden a través de sus particulares sistemas médicos a partir de los que desarrollan técnicas de curación que han demostrado un nivel de eficacia, pero cuyo reconocimiento y aceptación representa aún un desafío para la biomedicina. De ahí que *los factores culturales se deben tener en cuenta al tratar de comprender los trastornos mentales, y en los tipos de tratamientos a los que los miembros de las diferentes sociedades son propensos a responder* (Bourguignon, 1979:295).

La enfermedad mental al mostrar presencia en diversas culturas, ha adquirido un carácter universal respecto a su existencia, no así en su interpretación, caracterización, vivencia y formas de responder a la misma, que ha conllevado a la persistencia de la discusión entre relativismo/universalidad. La serie de cambios o sensaciones a través de las que se expresa la enfermedad en el sujeto son interpretadas como síntomas de enfermedad en función de su

sistema cultural, de ahí que la inclusión de los factores socioculturales considero cobra importancia también, debido a que es en función de la serie de creencias o ideas en torno a la enfermedad que las personas responden a la misma, ya sea llevando a cabo acciones directas a partir de sus saberes sin intervención de ningún especialista médico o bien, optando por acercarse a alguno de éstos, cuya elección, está igualmente vinculada a la identificación primera de lo que está ocurriendo. Sin embargo como he señalado, desde la biomedicina se ha otorgado un lugar secundario tanto a las ideas en torno a la enfermedad como a los factores y condicionamientos socioculturales que aparecen expresados una y otra vez con relación a diversos eventos de enfermedad. A este respecto, resultan de gran interés algunas de las causas de tal secundarización señaladas por Timio (1980), en un esfuerzo por brindar elementos a la comprensión de la priorización de la dimensión biológica, frente a otras dimensiones. Dicho autor en principio, resalta la carencia de trabajos que evidencien la presencia de los factores socioculturales y su impacto en la configuración de la enfermedad, mientras que en aquellos que se muestra tal evidencia, de todos modos se consideran engañosos, imperceptibles o mal definidos. Lo cual, se complementa con la mención de Kleinman (1980) acerca del arraigado etnocentrismo y cientificismo dominante en la profesión médica y psiquiátrica que lleva a colocar el énfasis de la investigación sólo en las variables o aspectos compatibles con el reduccionismo biológico y soluciones tecnológicas, ignorando la inclusión de una perspectiva social, así como la descripción y análisis del contexto cultural y sociopolítico. Ante esto, cabría señalar que si bien existe una producción no sólo antropológica sino también proveniente del ámbito médico, que busca demostrar la importancia de los factores socioculturales en la producción y configuración de la enfermedad, el cuestionamiento que persiste se relaciona con el peso o valor otorgado al papel jugado por tales aspectos. De tal manera que no sólo se trata de tener consciencia de la existencia de una dimensión sociocultural sino de lo que ésta significa, los alcances reconocidos en la comprensión del fenómeno. La revisión de la literatura médica, arroja un enfoque bajo el que lo social-cultural, así como la emocionalidad y la experiencia de los sujetos, son aprehendidos como variables de investigación,



aspectos objetivables y por tanto, medibles, predecibles y manipulables en función del interés médico científico. Como fuerzas o elementos externos al sujeto cuya participación radica en el grado o nivel de acercamiento al mismo, del contacto conceptualizado como impacto, o bien, como aspectos que obstaculizan, se oponen o retrasan el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Para Timio (1980), lo anterior tiene relación con el hecho de que quien ha enfermado, no es percibido como miembro de un conjunto social dentro del cual ocupa una posición y comparte una cultura, es decir, es abordado desde su individualidad, de forma que no se toma en cuenta la idea de salud que tiene el sujeto y grupo al que pertenece, la cual influye en su experiencia de enfermedad, marcando a su vez la aceptación o rechazo de la misma, así como su posibilidad de recuperación. Dentro de la práctica clínica, la reducción de la enfermedad a un proceso interno se articula a la idea de autosuficiencia del sujeto, convertido en actor principal en términos de detonante o freno a la misma, esto es un sujeto volcado a su interior, que a su vez da lugar a la culpabilización de la persona, respecto de su condición de salud.

Éstos y otros aspectos, provocan que a lo largo de la literatura, la referencia hacia el proceso salud/enfermedad/atención ya sea de manera conjunta o tocando sólo algunos aspectos del mismo, constituya un tema de gran riqueza. Por ejemplo, Timio (1980) quien estudiara la relación entre clase social y enfermedad mental, respecto a la influencia cultural reconoce en distintos grupos la diversidad respecto a la forma que toma la interpretación de la relación entre representación y práctica social situando como entre los navajos se considera que la curación significa el restablecimiento del equilibrio entre quien ha enfermado, el grupo y el espíritu universal, mientras que entre los hindúes es la peregrinación propiciatoria la que se observa como elemento vital en la curación de la anemia. Por otro lado, menciona como en África, la enfermedad denominada kwashiorkor, alusiva a un déficit nutricional es atribuida a la violación de una regla sexual; mientras que en Kenia, toda enfermedad, sin importar el tipo que sea, se concibe como una especie de veneno que se introduce en el organismo. Éstos y otros tantos

ejemplos que podrían retomarse de la amplia producción etnográfica de cada nación del mundo, permiten concluir que los valores culturales de un pueblo, asumen un papel no sólo en la explicación de la enfermedad sino también en su prevención (Timio,1980: 30) mostrando la necesidad de trascender la dimensión biológica a la que se ha circunscrito y sobre la cual ha construido su dominio y posición hegemónica la biomedicina, al estudiar el proceso salud/enfermedad.

Con relación a esto, si bien he dicho que la antropología cuenta con una amplia tradición en el estudio de la enfermedad y la influencia de la cultura en la misma, cabe señalar que en sus inicios esta influencia fue abordada en términos de creencias exóticas o irracionales, ajenas a la cultura occidental de la que proviene el investigador, reproduciendo con ello, la misma secundarización o subordinación de lo tradicional/popular con respecto de lo científico en este caso, representado por lo biomédico. Los sistemas médicos, por tanto, si bien formaron parte de los intereses de la antropología, por muchos años fueron analizados desde otras dimensiones como la religión y la magia, ocupando una posición secundaria debido a la conceptualización de dichos sistemas de pensamiento como expresión de un retraso evolutivo o incapacidad. En ese sentido, la secundarización de las cuestiones acerca de la salud y la enfermedad al interior de la discusión antropológica, considero que en un primer momento, se desprendió de la construcción social de la otredad cultural como lo exótico, atrasado, primitivo que en un segundo momento, se trasladó a la concepción de lo cultural y de los factores socioculturales y el escaso reconocimiento de su influencia en la configuración de la enfermedad, sobre todo en el campo de la enfermedad mental, al menos desde el discurso biomédico.

En el campo de la salud/enfermedad/atención, la marginación de lo sociocultural, expresión del rechazo al reconocimiento y aceptación de la otredad cultural y la diversidad, por parte del modelo dominante, ha implicado la reducción de los sistemas alternativos a éste, a sistemas periféricos y subordinados, en torno a los que persiste la intención de supresión, como única vía y posibilidad de existencia de ese otro diverso, a partir de su subordinación al modelo biomédico con la consecuente apropiación o integración de algunos aspectos. Esto es,

absorber aquellos elementos, ideas o prácticas, que desde la lógica interna del sistema dominante, se juzgan como “valiosos”, “adecuados” o “correctos” a partir de establecer que no entran en contradicción con las premisas que le dan fundamento. Al día de hoy, como en su momento se observara, con Aguirre (1986) en torno a la implementación de programas de salud de corte indigenista, en el marco de un proyecto de ingeniería social de una sociedad adecuada para el desarrollo del país; puede observarse, la persistencia del reconocimiento de los valores culturales de los grupos subordinados, como obstáculos para ese “desarrollo” o mejora de las condiciones de existencia.

A continuación, presento en principio una revisión en términos generales de lo que fuera en sus primeros años el estudio de los sistemas médicos dentro de la antropología, que da cuenta de esta marginación y exotismo de lo cultural. Hasta llegar a la conformación de la antropología médica o antropología de la salud y enfermedad, como subdisciplina, en tanto que el estudio o análisis sociocultural de la enfermedad mental, se ha inscrito por muchos aspectos en su interior. Lo anterior con la finalidad de mostrar al lector un panorama general de la serie de transformaciones que ha sufrido el abordaje de la salud y enfermedad, a la luz de distintos intereses teórico-metodológicos y situarlo en la riqueza que representa el abordaje de los sistemas médicos en torno a la enfermedad mental, como sistemas culturales, incluido entre ellos, el biomédico psiquiátrico.

En consonancia con ello, buscaré dar cuenta de la dimensión sociocultural del proceso salud/enfermedad/atención mediante la revisión de algunos de los trabajos que dentro del campo de la antropología, se dieron a la tarea de estudiar el fenómeno de la salud y enfermedad, en el entendido de que la actual producción se encuentra incuestionablemente ligada a su pasado. Un pasado que como se leerá, dentro del proceso de desarrollo y consolidación de la antropología médica como subdisciplina, separó a la comunidad de investigadores entre quienes defendían continuar con la línea teórica y temática de origen, la culturalista, y quienes consideraron necesario dejarla atrás, abriéndose a nuevas perspectivas de análisis y a la incursión o generación de nuevos sectores y fenómenos de estudio. Finalmente situaré al interior del desarrollo de la

antropología médica, algunos de los principales postulados y conceptos, así como el sentido de los mismos, bajo el que los considero adecuados al desarrollo del presente análisis sobre los factores de orden social-cultural que operan en la particular configuración del trastorno mental y su padecer.

### **I.1 Entre ciencia y creencia. La diferencia transformada en desigualdad.**

La ciencia, como señala Krotz (1994, 2002), corresponde a una específica forma de conocimiento, una producción cultural de una sociedad particular, europea occidental o capitalista industrial que si bien, se desarrolla a lo largo de un proceso histórico, alcanza su consolidación en una época determinada, en este caso, el siglo XIX. No obstante, aun cuando alude a una forma determinada de entre otras formas posibles, la trascendencia respecto a estos dos aspectos, la llevó a postularse como *expresión de conocimiento “verdadero” por antonomasia* (Krotz, 1994:8). La ciencia convertida en paradigma de progreso y comprensión teórico-práctica de la realidad, dentro del campo de la investigación antropológica encontraría su expresión en la distinción entre ciencia y creencia marcando, a su vez, el sentido de una parte de la producción etnográfica. Desde esta perspectiva, se establecía una clara distinción entre el sujeto del conocimiento, el observador y el objeto de estudio, lo observado u observable, en este caso, la cultura descrita como un sistema de creencias y los modos de vida que de ella se desprenden (Martínez-Hernández, 2008).

La oposición ciencia/creencia constituye uno de los referentes que se sitúan en la base sobre la cual emergió la reflexión antropológica en torno al proceso salud/enfermedad a través de la descripción o abordaje de los sistemas médicos observados en las denominadas sociedades primitivas. Al respecto vale la pena detenerse y revisar algunos de los postulados emanados de los trabajos que conforman la producción antropológica.

### **I.1.1 Medicina, magia y religión. Los sistemas médicos en la reflexión antropológica.**

Antropología médica es el nombre que en 1963, estableciera Norman Scotch para referirse a la subdisciplina que surgía de la antropología social como interesada en el estudio de las temáticas de salud, enfermedad y técnicas terapéuticas con perspectiva sociocultural (Aguirre, 1986). No obstante, para ese momento, ya distintos fenómenos o aspectos vinculados a los sistemas de conocimiento y prácticas sobre salud/enfermedad, que buscaba atender la antropología médica, habían estado presentes en el corpus antropológico, aunque abordadas desde perspectivas distintas que no tenían al centro la descripción o análisis del proceso como tal. Su abordaje podía leerse desde los estudios sobre la magia, religión u otros sistemas e instituciones sociales, constatando con ello, la articulación del proceso salud/enfermedad/atención con otras dimensiones y condiciones de vida de los sujetos sociales.

A este respecto, apoyándome en la sistematización realizada por Martínez-Hernández (2008), situaré en un primer momento una serie de trabajos caracterizados por una marginalidad de los temas médicos como eje central de la producción etnográfica y por una conceptualización de la medicina indígena como un sistema místico, irracional, impreciso, expresión de una mentalidad primitiva. Detrás de la particularidad de este primer momento persistirían principalmente dos aspectos, en primera instancia, la marginalidad de la enfermedad en las etnografías y la discusión teórica como una consecuencia de la distinción entre naturaleza y cultura que relegaba la enfermedad al campo de conocimiento y quehacer de la primera. En segunda instancia, estaría el predominio de una conceptualización de la racionalidad y la magia como dimensiones opuestas y contradictorias que encontrarían expresión y fuerza en la oposición ciencia/creencia. De ahí que las temáticas privilegiadas fuesen aquellas que se ajustaban a la caracterización de lo primitivo elaborada desde la antropología. Lo cual se habría traducido en una tendencia a situar la enfermedad sólo en función de los procesos de curación que se concebían articulados o dependientes de un pensamiento mágico, que integraba la práctica de la brujería y la religión.

Parte de estos trabajos son el texto de Radcliffe-Brown (cit. en Martínez-Hernández, 2008), *The Andaman Islanders* (1922) en el cual aparecerían mencionados ciertos aspectos de la mortalidad de los andamaneses pero únicamente como elementos contextuales. El aumento de la mortalidad de los habitantes de la isla, se presenta como consecuencia directa de la instauración de una colonia penal británica, donde enfermedades como la sífilis y el sarampión se reconocen como enfermedades introducidas por los convictos trasladados, propagándose rápidamente entre la población hasta el grado de mermarla. Aquí, la atención se colocaba en los aspectos estructurales que incluían a la enfermedad como consecuencia negativa de los mismos. Mientras que un segundo texto lo constituye *We, The Tikopia* de Raymond Firth (1936), donde se identifica una relativización de la afectación o impacto a la salud de la población local a causa del contacto cultural. Las ulceraciones y la tiña eran reconocidas como padecimientos locales, mientras que de nueva cuenta el sarampión y la malaria se concebían como enfermedades introducidas a Tikopia como consecuencia del contacto con europeos. En este caso, la poca frecuencia de llegada de las embarcaciones europeas se consideró hacia previsible que la enfermedad no afectara *la espléndida salud de este pueblo físicamente tan bello* (Firth, 1983 cit. en Martínez-Hernández, 2008:15).

Para el caso de México, Aguirre (1986) en su obra *Antropología Médica*, otorga un capítulo completo a la descripción de las que fueran consideradas las principales epidemias acaecidas en la Nueva España que diezmarían a la población amerindia (viruela, sarampión, tifus exantemático, malaria, fiebre amarilla y sífilis) Tomando como marco histórico el periodo de conquista y colonización española, que traería en consecuencia el contacto y poblamiento, con ciudadanos españoles y africanos.

Hasta aquí los trabajos de Radcliffe-Brown (1922) y Firth (1936), no otorgan centralidad al fenómeno de la enfermedad, y aun cuando en el caso de Aguirre (1986), el eje del texto gire en torno a la salud y enfermedad, para este apartado, se observa la misma tendencia que en los anteriores, que es la introducción de la enfermedad como un fenómeno enteramente natural (biológico) y externo; esto es,

que viene de fuera sobre todo a consecuencia de los procesos de dominación-colonización.

Por otro lado, en la misma línea de secundarización de la enfermedad en relación con procesos terapéuticos como la perspectiva privilegiada por cierta parte de la producción etnográfica clásica, se sitúan las obras de E. Tylor, *Primitive Culture* (1871) y de Frazer (1965) *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*, consideradas ambas, constitutivas del estudio de la evolución de la mentalidad indígena hacia formas civilizadas [teniendo que ésta] *no es más que la aplicación errónea de una facultad humana como la asociación de ideas* (Martínez-Hernández, 2008:16-17). En dichos trabajos hay una lectura de lo indígena como sistema de ideas asociado a un universo mágico, como una unidad que no albergaba tensiones en su interior. De acuerdo a Martínez-Hernández (2008) esto se relaciona con la propuesta de la filosofía empirista anglosajona a cargo de Bacon y Locke, que observa en el lenguaje científico un instrumento desmitificador de la realidad que toma como base la experiencia. El sistema de pensamiento indígena al no sostener una adecuación a la realidad, sería por tanto, concebido como erróneo.

Ejemplos de esta confusión atribuida por Tylor (1977) al pensamiento primitivo respecto a considerar que aquello que está asociado en el pensamiento, al nivel de las ideas, muestra idéntica asociación o relación a nivel de la realidad, fueron la técnica de diagnóstico de una enfermedad en la que el curador busca establecer contacto con algún objeto o ropa que le pertenece a quien enferma; así como, la práctica de la succión como método de curación, mediante el cual el curador extrae la enfermedad materializada, del cuerpo de la persona (Tylor, 1977 cit. en Martínez-Hernández, 2008). Mientras que con Frazer (1965 cit. en Martínez-Hernández, 2008) la asociación de ideas adquiriría dos posibilidades, por similitud o simpatía, en cuyo caso se hablaba de una magia imitativa que actúa sobre una representación del sujeto, y por contigüidad, referente a una magia por contagio que actúa sobre una parte del cuerpo o algún objeto de la persona. La ciencia por su parte, aun cuando actuara sobre la base de ambas posibilidades, se diferenciaría de la magia en ser resultado de un refinamiento tanto del

pensamiento como de la experiencia. Lo cual deja ver, detrás de tal argumento, la mirada evolucionista que coloca a la magia en la base respecto de la cual la ciencia se distingue y eleva hacia la cima.

Por otro lado, en los trabajos de antropólogos norteamericanos Martínez-Hernández (2008) reconoce que aunque por momentos los sistemas médicos parecieran recobrar un papel central en las etnografías persiste un tratamiento de éstos en términos de sistemas estancados, dominados por supersticiones. Lo mismo ocurriría con el trabajo de Rivers (1924), médico psiquiatra y antropólogo inglés, quien estuviera dedicado al estudio de los *todas* del sur de la India que se convertiría en autor de uno de los trabajos considerado fundamental en la historia de la antropología interesada en las cuestiones de salud y enfermedad. En su trabajo, *Medicine, magic and religion*, Rivers (1924 cit. en Aguirre, 1986) reconoce la existencia de un sistema de creencias en torno a la causalidad de la enfermedad y señala que tanto éste como las prácticas que de él se desprenden, deben ser abordados en términos de una institución social que forma parte de la cultura. De ese modo, aun cuando no escapa a la serie de prejuicios que lo llevan a clasificar la práctica y saber médico en una escala que va de la magia a la religión culminando con la ciencia; elabora diversas premisas acerca de la medicina primitiva. A la postura de Rivers (1924 cit. en Aguirre, 1986), subyace la oposición ciencia/creencia que limita el ámbito de la segunda, a una cosmovisión mágica, que atribuye a cierto tipo de personas, la capacidad para manipular fuerzas de la naturaleza, y una cosmovisión religiosa que implica el reconocimiento de la existencia de poderes sobrenaturales cuya voluntad favorece o no, la enfermedad. Ambos tipos de cosmovisión se considera regulan la medicina primitiva, contrario a la ciencia médica que opera sobre la base de leyes naturales, con lo que se quedan constituidas como universos separados. Asimismo, Rivers (1924 cit. en Aguirre, 1986), sostiene que la causalidad y tratamiento de la enfermedad se ven influidos por dos procesos, el primero de ellos, tiene que ver de nueva cuenta, con el contacto que a lo largo de la historia se sostiene con otros pueblos y que posibilitan la difusión de elementos; mientras



que el segundo, corresponde a la degeneración resultado del empobrecimiento cultural que a su vez es consecuencia de un aislamiento prolongado.

Como parte de los sistemas de creencias sobre la causalidad de enfermedad que Rivers (1924 cit. en Martínez-Hernández, 2008) reconoce, se encuentran el de las creencias mágicas que concibe a la enfermedad como resultado de la acción humana maligna asociada a la hechicería. Un segundo sistema de causalidad religiosa que involucra la participación de entidades o fuerzas sobrenaturales en el evento enfermedad y finalmente, uno naturalista que contempla el uso de hierbas medicinales y masajes, a las que no obstante, califica de *falsas y afectan a las concepciones etiológicas y terapéuticas de las enfermedades* (Rivers, 1924:51 cit. en Martínez-Hernández, 2008:20).

Otro trabajo de gran importancia para el campo de análisis antropológico de la salud/enfermedad es el de Clements (1932) *Conceptos primitivos de enfermedad*. En él, desarrolla una clasificación etiológica de las enfermedades en cinco rubros: 1) hechicería, 2) violación de un tabú, 3) intrusión de un objeto que alude a maleficio, 4) intrusión de un espíritu y finalmente, 5) la pérdida del alma. Acto seguido, rastrea la presencia de estos rasgos culturales en distintos grupos a lo largo del mundo, para establecer a partir de ello, rutas de contacto o difusión de elementos entre culturas y datar su presencia (Aguirre, 1986; Martínez-Hernández, 2008). Dentro de las críticas a lo anteriormente propuesto está en principio lo que Wellin (1978 cit. en Aguirre, 1986) señala como confusión conceptual al considerar como causa de enfermedad la pérdida del alma o intrusión de un objeto o espíritu, cuando éstas, de acuerdo con él aluden a mecanismos. De esta forma, más allá de que tanto la pérdida del alma o la intrusión de un objeto sean entendidos como origen o bien, como forma de realización o de producción de enfermedad, lo que se puede observar, subyace a la propuesta de Clements (1932) es una lógica clasificatoria unidireccional en términos de causa-efecto. Adicionalmente, la crítica de Malinowski (cit. en Aguirre, 1986) recae sobre el hecho de que no se toma en cuenta el contexto y la función que cumplen los rasgos culturales clasificados.

Ante las presentes críticas es importante dar paso a los trabajos tanto de Malinowski, *Magia, ciencia y religión* (1994 cit. en Martínez-Hernández) como de

Evans-Pritchard, *Brujería, magia y oráculo entre los azande* (1997), que también se inscriben en el campo de la salud/enfermedad. Uno de los aportes reconocidos por Martínez-Hernández (2008) al trabajo de Malinowski (1994) es abrir la discusión hacia la posibilidad de que la mentalidad primitiva pudiera poseer un grado de racionalidad que la lleve a reafirmarse como forma rudimentaria de ciencia. Para Malinowski (1994 cit. en Martínez-Hernández, 2008) el saber del salvaje encuentra fundamento en la experiencia normal y universal de su vida cotidiana que implica la experiencia acumulada de la lucha con la naturaleza cimentada en la observación y la razón. Considera además, existe una diferencia entre la dimensión técnica, racional y la mágica religiosa de la cual las sociedades salvajes son perfectamente conscientes.

Es un hecho empírico que el corpus del conocimiento racional y el corpus de los saberes mágicos están incorporados en tradiciones diferentes, en un escenario social diferente y en un tipo diferente de actividad, y que todas estas diferencias son claramente reconocidas por los salvajes (Malinowski, 1985: 32).

No obstante, es necesario considerar la crítica de Martínez-Hernández (2008) a Malinowski (1994) acerca del grado de articulación o permeabilidad del conocimiento empírico y racional con respecto del creencial y místico, ya que no se desarrolla el mismo cuestionamiento en relación al conocimiento científico, es decir, ¿qué tanto contamina lo creencial al conocimiento científico?; sino que continúa atribuyendo la ciencia al mundo civilizado. La coloca como el ideal de racionalidad cuyo estado embrionario se encontraría en la sociedad primitiva trobriandesa. Esta crítica es relevante sobre todo para alcanzar una simetría de saberes que rompa con la perspectiva lineal de evolución y progreso que recae sobre el conocimiento mágico y científico, sin embargo, no despusna del todo guardando una cierta parcialidad en tanto que asume que la dimensión creencial representaría un aspecto que “contamina” el carácter o base científica. Con lo cual se refuerza la dicotomía negativo/positivo, mentalidad primitiva/pensamiento complejo que se hace corresponder con la oposición magia/ciencia.

Por otro lado, con Evans-Pritchard (1997) la brujería y la magia son el espacio destinado a cuestiones que no encuentran respuesta en una racionalidad basada en hechos, teniendo así que la brujería permite explicar el porqué de un

evento, mientras que la concepción empirista y científica se dirigiría al cómo. El evento que se retoma para ejemplificar esta distinción es el del granero que a veces cae a consecuencia del desgaste causado por las termitas cuando algún azande se encuentra resguardándose en él. Los azande son conscientes de que la causa del derrumbamiento del granero han sido las termitas, es decir, el cómo; quedando como la interrogante a responder el por qué ocurrió cuando cierto azande y no otro, estaba ahí. Lo anterior, según Martínez-Hernández (2008), coloca a Evans-Pritchard (1997) en una posición distinta a la sostenida por Tylor (1977 cit. en Martínez, 2008) o Frazer (1932 citado en Martínez-Hernández, 2008), quienes consideraban existía una confusión o error entre la asociación de ideas azande y la vinculación entre causa-efecto al nivel de la realidad.

De acuerdo con Evans-Pritchard (1997) no existe tal confusión sino que se ofrece una interpretación alternativa respecto a las causas de ese mismo evento de desgracia y enfermedad, una respuesta que *apela al ámbito de lo social y existencial del infortunio y no a la pragmática de los hechos*, sin que por ello sean del todo contradictorios. *La dualidad entre un porqué místico y un cómo empírico es sin duda, la polaridad entre la creencia y la ciencia* (Martínez-Hernández, 2008:24 y 25), cuya frontera se considera difusa entre los azande, pero no así para el antropólogo.

De lo anterior se desprende una de las críticas realizadas a su postura por tomar a la ciencia o el conocimiento científico como marco de referencia y finalidad del quehacer antropológico y no como objeto de investigación o análisis. Evans-Pritchard (1997) sostiene que *las nociones científicas son aquellas que concuerdan con la realidad objetiva tanto en relación con la validez de sus premisas, como con las inferencias sacadas de sus proposiciones* (Evans-Pritchard, 1997 cit. en Winch, 1991: 83). Sin embargo, Winch (1991) señala que esa correspondencia entre ciencia y realidad objetiva es uno de los principales errores, ya que como tal, estaría postulando la ciencia como paradigma mediante el cual se miden la respetabilidad de otros modelos, además de colocar el sentido de realidad ajeno al uso del lenguaje; de tal modo que la ciencia se torna en copia exacta de los hechos. No obstante dentro del campo de la salud/enfermedad en su

sentido más amplio, los trabajos de Malinowski (1994) y Evans-Pritchard (1997) se considera rescatan la profundización necesaria hasta entonces de la perspectiva del nativo (emic). Revalorizándolo frente a la concepción del observador, en este caso el investigador, llevando al orden cultural a encontrar significación en forma de sistema holístico; *adoptan un particularismo que focaliza y devuelve a las instituciones sociales su contextualización y, en gran medida su lógica* (Martínez-Hernández, 2008: 26).

Finalmente, más allá de la perspectiva y lugar dado a las creencias sobre la enfermedad en los anteriores hallazgos y enfoques coincido con algunos aspectos que Fitzpatrick (1990) rescata como enseñanzas de estas experiencias de investigación: 1) la supervivencia de formas de explicación de enfermedad totalmente distintas de las interpretaciones científicas occidentales; 2) el dar cuenta de que las diversas creencias en torno a la enfermedad conforman un todo coherente y 3) que aquellas ideas y prácticas en torno a la enfermedad que parecían carentes de sentido o extrañas en un primer contacto, al ser vistas desde una perspectiva exotista bajo el que se observaban, adquirirían sentido y coherencia mediante la observación más prolongada. Aun cuando se reconocen fallas al interior de los sistemas de creencias, se precisa que esto no pone en duda la coherencia general del sistema, debido a que explican tanto los aciertos como los contratiempos observados.

De esta manera, otro enfoque de análisis de las creencias o ideas sobre enfermedad, desde la antropología, de acuerdo con Fitzpatrick (1990), sería aquel que las aborda como sistema clasificador popular, al considerar que tienen una estructura y están interconectadas. Sin embargo, un aspecto sobre el que se llama la atención es el peligro de caer en lo que Young (1981 cit. en Fitzpatrick, 1990) denominó “hombre racional”, que dejaría de considerar la falta de consistencia y lo limitado de las explicaciones brindadas, teniendo que las ideas expresadas pueden provenir del intercambio entre investigador y entrevistado y no reflejar como tal, aquellas que emergen de la persona directamente cuando se presenta la enfermedad. A partir de esto la principal diferencia entre un saber teórico y uno basado en creencias ubicada por Fitzpatrick (1990), es la integración de una

variedad de fuentes que pueden ser dispares, que pueden observarse en un sistema de creencias sin que ello atente a su coherencia y mucho menos cause conflicto al individuo en tanto que éste es quien las articula y dota de sentido. *Las ideas se extraen selectivamente de una variedad de tradiciones diferentes y se ajustan conforme a los intereses y preocupaciones del individuo* (Fitzpatrick, 1990:26). Se alude a una articulación pragmática de la que se desprendería más adelante, una descripción del proceso de atribución de sentido a la enfermedad como un proceso activo, constructivo y selectivo.

Para este momento, me gustaría rescatar de la postura de Fitzpatrick (1990) el señalamiento acerca de que las diferencias entre sistemas de pensamiento, que dan lugar a problemas de comunicación entre profesionales de salud y población general, no deben implicar el abordaje de los mismos como mundos separados por fronteras infranqueables o abismales. Como lo expresa *la práctica de la medicina general [...] puede ser vista como un sistema del pensamiento situado a mitad el camino entre la medicina de hospital y las ideas ordinarias* (Fitzpatrick, 1990: 32). Sobre todo si nos ponemos a pensar que el médico o personal de salud, también es miembro de una cultura y como tal antes de ser capacitado o formado dentro de la ciencia médica, respondía socioculturalmente al evento enfermedad y si no todo, parte de ese sistema de creencias permanece aún después de haberse graduado.

La anterior revisión, considero nos permite distinguir un elemento muy importante que tiene que ver con la forma en que el propio observador construye su objeto de estudio y teorización a partir de la aplicación de criterios de racionalidad específicos configurados a la luz de su cultura. Aquí el etnocentrismo que permea la mirada del observador juega un papel fundamental en la descalificación de ésta, desde antes de adentrarse al estudio de la magia, como una forma válida de representación de la realidad, alterna a la de la ciencia y su método. La magia al igual que las creencias en torno a su práctica o reconocimiento, no pueden ser más que erróneas e irracionales, dejando abierta la interrogante acerca de los distintos elementos, relaciones y lógicas de pensamiento que sería posible identificar y la teoría que de ella podría

desprenderse, si partiéramos de reconocer todo acto de magia no sólo como posible, sino válido en función de la lógica que lo articula como cuando nos referimos a un hecho “científico”. Dicha descalificación se reproduce en el campo de la salud/enfermedad respecto de los saberes y prácticas de los diversos grupos, de lo que se desprende su infravaloración y desprestigio. En el presente trabajo, no se parte de dicha descalificación de saberes ni de su exotización o folklorización, sino del reconocimiento de una pluralidad de configuraciones de realidad, respecto al fenómeno que se busca conocer, en este caso, la enfermedad mental, teniendo que el discurso biomédico no es más que una descripción dentro de otras posibles, un ordenamiento dentro de otros posibles órdenes clasificatorios que buscan constituir y aprehender el proceso de enfermar y desenfermar.

## **I.2 Del análisis sociocultural de la salud/enfermedad a su aplicación práctica.**

Aunado a la producción anterior tienen lugar una serie de trabajos que se ha considerado implicaron la pragmatización de la oposición ciencia/creencia en el binarismo medicina/cultura (Martínez-Hernández, 2008). Mismos que a su vez irían constituyendo la base teórico-metodológica de la antropología médica.

Para este segundo momento se identifican cinco áreas de investigación presentes en el desarrollo de los estudios sobre salud/enfermedad (Martínez-Hernández, 2008). La primera de estas áreas, corresponde al desarrollo de un enfoque sociohistórico sobre la salud, enfermedad y el ejercicio médico en la medicina de la década de los años cincuenta. Uno de los representantes de este enfoque es Sigerist (1981) quien insistiera en abordar la medicina como un aspecto de la historia de la civilización y vincularla a los problemas contemporáneos. En su texto *Hitos de la salud pública* (1981), pueden encontrarse los cambios que representaron para el discurso y práctica de la medicina el reconocimiento de su articulación con fenómenos políticos, económicos, sociales y culturales que sentarían las bases de la medicina social y la salud pública. A partir de una revisión de lo que ha sido la práctica médica desde Galeno da cuenta de cómo la salud y la enfermedad son una construcción social a través de la que se

otorgan valores distintos a cada concepto, se construyen ideales y se establecen prácticas. El entorno se convierte en un elemento de riesgo y la higiene física y mental en la forma adecuada de prevenir y responder a éste.

La medicina es, cada vez menos, el arte de curar, y sus cuatro tareas principales son primero, la promoción de la salud a través de la educación general y sanitaria, la cultura física, la creación de las mejores condiciones de vida y de trabajo, y de los mejores medios de descanso y recreación. La segunda tarea es la prevención de la enfermedad a través de medidas tradicionales de salud pública, y además la protección de las personas que están especialmente amenazadas, ya sea fisiológica o socialmente: madres, lactantes, niños, ancianos, obreros de industrias peligrosas. La tercera tarea es el restablecimiento de la salud cuando falla la prevención, y la cuarta es la rehabilitación que puede requerir tratamientos especiales. La finalidad debe ser evitar que los trabajadores calificados ingresen en las filas de los no calificados (Sigerist, 1981:96).

Uno de los criterios que al día de hoy continúa mostrando relevancia dentro del ámbito de la rehabilitación y la atención a la salud, en el campo de la biomedicina con respecto de la enfermedad mental, es el económico, por un lado, en términos del costo de la atención estimado por los diversos organismos o instituciones encargados de brindar la atención médica (gasto en salud mental), y por el otro, debido a la pérdida del reconocimiento de la capacidad laboral de quien enferma. Hago hincapié en que dicha incapacidad constituye una atribución o valoración sociocultural, en la medida que puede no existir una imposibilidad efectiva en el sujeto para desarrollar alguna actividad remunerada. El quiebre que implica la aparición del padecimiento desde esta perspectiva, no sólo se explica por tanto en términos emocionales sino también económicos, teniendo que en muchos casos la enfermedad conlleva la pérdida de autonomía de la persona, de su independencia económica respecto de la familia o terceras personas, quienes a partir de ello, toman el rol de proveedores. Bajo dicho criterio y desde cierta lógica económica dominante, quienes presentan un trastorno mental son contrapuestos al estereotipo de hombre saludable, exitoso, generador de riqueza y motor de desarrollo económico con lo que ingresan “en las filas de los no calificados”.

En segunda instancia, se reconoce el desarrollo de toda una serie de trabajos enfocados al estudio de problemas psiquiátricos y urbanización como parte de la Escuela de Chicago, cuyo estudio más representativo se considera es el de Faris y Dunham (1939), quienes buscaron dar cuenta del impacto de las

condiciones socioeconómicas de vida, como la movilidad social y aislamiento, en la distribución geográfica y social de la esquizofrenia (Martínez-Hernández, 2008). Aunque no debe dejarse de lado el trabajo de Redfield en México, el cual como representante de esta escuela, marcaría una gran influencia en la antropología médica mexicana.

Regresando a Faris y Dunham (1939), en su trabajo *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*, observaron una tasa elevada de esquizofrenia y trastornos por abuso de sustancia en las zonas deterioradas así como en los alrededores de la ciudad de Chicago. Faris y Dunham (1939 cit. en Silver *et al.* 2002) argumentaron que la falta de integración social presente en estas comunidades, socialmente desorganizados, sumada a las características individuales contribuía al desarrollo del comportamiento caótico característico de los trastornos mentales. Además, de señalar la mayor propensión a entrar en contacto con proveedores de drogas ilícitas y consumidores, aumentando con ello, sus posibilidades de desarrollar problemas de abuso de sustancias. Este trabajo ha sido considerado uno de los principales del enfoque sociológico que llevó a relacionar clase social y trastorno mental y configurar el modelo analítico de estrés social (Silver *et al.*, 2002). Dicho modelo de acuerdo con Silver *et al.* (2002), postula que las dificultades y eventos estresantes de la vida causan estrés psicológico y éste a su vez, contribuye al desarrollo de problemas de salud mental, en particular entre quienes no tienen acceso a apoyos sociales adecuados. De forma que algunos aspectos sociodemográficos (edad, sexo, etnia, estado civil, nivel socioeconómico, etc.) han sido vinculados a la presencia de ciertos trastornos mentales. No obstante, Silver *et al.* (2002), mencionan que la investigación que de este enfoque se desprende ha cometido el error de no prestar atención al impacto o efecto de las características del lugar de residencia de la persona, que daría cuenta de la distribución social de los trastornos mentales, como lo hicieron en su momento Faris y Dunham (1939), sino que reducen el contexto social a la situación socioeconómica. Si bien este enfoque rescata el papel jugado por diversos factores, considero redundante en la conceptualización de lo social como algo



externo al sujeto, ignorando un aspecto fundamental sobre el que descansa el presente trabajo que es, que los sujetos son configurados desde lo sociocultural, es decir, síntesis de lo social sin que ello reste su capacidad de acción y reflexividad. Además de reproducir asociaciones como la de enfermedad mental y clase social baja, cerrando con ello el análisis.

La tercera área desde la que se realizan grandes aportes al estudio del proceso salud/enfermedad/atención queda conformada por la escuela de cultura y personalidad (Martínez-Hernández, 2008). La cual, debido a la importancia que tiene para el tema central de esta investigación por ser aquella enfocada a desarrollar el análisis sociocultural de la anormalidad e introducir al campo de la antropología, la discusión en torno al papel jugado por la cultura en la configuración de la personalidad, no será desarrollada en este espacio sino de manera independiente, en el capítulo siguiente. No obstante, mencionaré algunos aspectos que me parecen pertinentes como son dos cuestiones que quedan detrás del surgimiento de la escuela cultura y personalidad.

El primero de ellos, es la discusión entre una visión universalista de la cultura sostenida por el evolucionismo y una particularista, representada por Boas (cit. en Cuche, 2002), para quien la reflexión antropológica debía enfocarse a la diferencia desde una perspectiva distinta a la racial, mostrando a través de sus propios estudios la inexistencia de caracteres raciales inmutables. Boas (cit. en Cuche, 2002) no apuntaba al descubrimiento de leyes generales o universales de evolución, en tanto que éstas salían del marco de lo que podía ser demostrado empíricamente. Éste, consideraba que la interpretación de una cultura no debía ser realizada mediante la aplicación de las categorías del investigador sino que por el contrario, debía partir del examen del sistema cultural en cuestión, de su especificidad. *Los rasgos culturales de un pueblo [eran considerados] relativos a su contexto*, lo cual insertaba la cultura en el ámbito de *lo local, lo histórico y lo relativo* (Martínez-Hernández, 2008:28).

El segundo aspecto es la relación entre cultura e individuo que conduciría a la combinación de aspectos provenientes de la teoría psicológica y postulados culturales relativistas que como se mencionó, serían desarrollados en el marco de

la escuela de cultura y personalidad. Entre las principales problemáticas tratadas se encuentran la determinación cultural de la personalidad, el debate respecto a la universalidad o particularidad de los criterios postulados desde la psicología y psiquiatría en el establecimiento de los conceptos de normalidad y anormalidad, así como el papel de la cultura en la configuración de los trastornos mentales. Siendo este último el que llevaría a la producción antropológica en torno al estudio de los trastornos mentales en población indígena (Devereux, 1939) y los síndromes dependientes de la cultura o culture-bound syndromes de la mano de diversos autores (Martínez-Hernández, 2008). Si bien, dicho enfoque permite rescatar la perspectiva emic elevándola a una posición de importancia en la comprensión de los fenómenos, anula la posibilidad de comparación o reflexión a la luz de otros sistemas de pensamiento, en tanto que la única validez reconocida es la emanada desde el sistema local.

El cuarto campo de estudio a mencionar, es el abocado a la descripción y análisis de la medicina tradicional o etnomedicina, cuya discusión continuó siendo desarrollada en los mismos términos por Ackerknecht (1942 cit. en Martínez-Hernández, 2008), a quien su análisis de los sistemas terapéuticos indígenas lo llevan a postular que la medicina primitiva corresponde al subsistema de un modelo cultural mayor en el que se inscriben las prácticas terapéuticas. Manteniendo en ello, la oposición entre medicina primitiva y modelo biomédico, con la consecuente atribución de un sentido mágico a la primera y uno racional a la segunda que distingue a su vez, creencia y conocimiento (Good, 2003).

De acuerdo con Freyermuth y Sesia (2006) actualmente este campo se bifurca en tres ámbitos, el primero de ellos, implicaría la integración a su ámbito de análisis el estudio de los síndromes dependientes de la cultura (mal de ojo, susto, nervios, empacho, entre otros), a través de los cuales se ha buscado trazar una epidemiología sociocultural que integre la descripción y análisis de la función social de dichos síndromes. Este campo como tal, también requiere de un desarrollo exclusivo que permita profundizar tanto en la construcción como el uso dentro del discurso biomédico de la categoría culture-bound syndrome, mismo que buscaré realizar en el capítulo III. Por el momento, tan sólo señalo que este ámbito

de estudio se ha caracterizado por la falta de articulación disciplinar predominando el análisis desde enfoques relativistas que colocan el acento en los condicionamientos socioculturales, o por el contrario, enfoques universalistas que conducen a la descontextualización y minimización de la importancia de dichos elementos en la producción social del proceso salud/enfermedad/atención y de la experiencia subjetiva (Getino y Martínez-Hernández, 1992).

El segundo ámbito relacionado con el estudio de la medicina tradicional, es el de la cosmovisión, estructura y recursos, humanos y materiales, con los que cuenta. Respecto a la relación que se da entre los diversos sistemas médicos (locales y hegemónicos), como una de las vertientes sobre los que recae la reflexión antropológica, subyace la idea de incorporación o integración de sistemas de saberes y prácticas; la cual resulta interesante, ya que incurre justo en la incorporación de especialistas o practicantes de la medicina tradicional al sistema de salud institucional (Freyermuth y Sesia, 2006). Acciones que cabe mencionar, en ciertos casos no logran trascender o no cuentan con la evaluación de alcances y resultados que permitan su retroalimentación y reformulación, en caso de ser necesario. Esto a su vez, también sitúa el problema del sentido que toma el reconocimiento de la pluralidad cultural y su conceptualización con relación a los saberes y prácticas en salud, ya que no basta con declarar su existencia si lo que se presenta delante es su necesaria transformación o erradicación, en la medida que es visualizada como obstáculo al mejoramiento de las condiciones de existencia, es decir, se concibe como causa de atraso y perjuicio social y no como fuente de conocimiento y riqueza cultural. Finalmente, la tercera vertiente del estudio de la etnomedicina mencionada por Freyermuth y Sesia (2006), corresponde a la investigación etnobotánica enfocada a inventariar la diversidad de plantas medicinales y determinar sus usos y alcances.

Por último, la quinta área en la que la reflexión antropológica en torno a los problemas de salud/enfermedad encuentra posibilidad de desarrollo, es la referente al carácter aplicativo que tomó o se pretendió tomara el estudio del proceso salud/enfermedad/atención bajo el impulso de organismos internacionales (Martínez-Hernández, 2008). Éste constituye no sólo un campo

importante para el desarrollo de los estudios en torno a la diversidad cultural en el ámbito de los sistemas médicos sino como marco de referencia del surgimiento y consolidación de la antropología médica latinoamericana.

Si bien la búsqueda de una aplicación práctica de la producción teórica, implicó colocar al centro de la discusión a los sistemas médicos y reconocer una racionalidad de los sistemas de conocimiento y práctica médica tradicional, cabe señalar que éstos, continuaron confinándose a una posición secundaria o subordinada con respecto al modelo de medicina científica (Menéndez, 1990). A diferencia del peso que se les reconocía al interior de las propias sociedades indígenas, en las que se describían como aspectos fundamentales articulados a las demás dimensiones de la vida (Aguirre, 1986). Dicha articulación finalmente, es la que llevaría a conceptualizar al sistema de creencias médicas como un elemento capaz de generar o frenar cambios en las condiciones de vida de las comunidades, bajo el dominio de una perspectiva identificada como *funcionalismo integrativo* (Menéndez, 1990) que apostaba por la incorporación de la práctica médica tradicional al sistema hegemónico como estrategia de transformación del sistema nativo en su totalidad, esto es, la aculturación de los indígenas.

Asimismo, aun cuando parte de la producción antropológica estaba dedicada al estudio específico de las enfermedades tradicionales, ésta no lograba establecer lazos o vínculos con el sistema de atención institucional perdiendo con ello gran parte de su intencionalidad aplicativa y de su capacidad explicativa ante los nuevos retos presentados (Menéndez, 1990). De tal forma que la elaboración e implementación de programas y campañas de salud pública nacionales e internacionales durante las décadas de los años cuarenta y cincuenta culminaron en experiencias de fracaso debido a una evidente *falta de sensibilidad ante las concepciones culturales y las prácticas médicas de las sociedades autóctonas* [impactando por] *consiguiente en la constitución de una antropología aplicada a la salud* (Martínez-Hernández, 2008:30).

Los antropólogos se convertían bajo este esquema en los mediadores entre la población indígena o marginada y los programas estatales, cuyo trabajo

consistía en identificar las creencias populares que podrían obstaculizar el desarrollo de ciertos programas ya sea porque lo contradijeran o porque favorecieran la transmisión de enfermedades. Entre las recomendaciones que se realizaban al personal de salud se mencionaba el conocer el contexto sociocultural y contar con un adiestramiento antropológico que le permitiera vencer cualquier barrera de resistencia a los programas o actividades que se buscara realizar. En este sentido, aunque se condena el rechazo a las creencias populares prevalentes en la población, la defensa que se hace de dichos valores se realiza desde una perspectiva que continúa sosteniendo una concepción escindida de los sistemas médicos que atribuye la racionalidad al sistema biomédico y lo creencial al tradicional popular, en función de un fin práctico que era su eliminación. De ahí que para este periodo se reconozca el paso de una posición marginal de los sistemas médicos en la investigación que llevaba a abordarlos desde otros ámbitos como la magia y religión, a una dependencia estructural del sistema tradicional con respecto del sistema biomédico (Martínez-Hernández, 2008). Una asimetría que pese a los esfuerzos, no ha logrado ser revertida en nuestros días.

De lo anterior se desprende el cuestionamiento al interior del propio ejercicio académico respecto a si la antropología médica debiera ser considerada realmente antropología en tanto que no se le reconocen aportes teórico-metodológicos, sino que se la conceptualiza como ateórica (Scotch, 1963 cit. en Martínez-Hernández, 2008). La crítica en este sentido, también encuentra eco en el hecho de no haber representado hasta entonces un espacio de discusión sobre la dimensión social y cultural de la enfermedad o la posición de la práctica médica indígena en contraste con la biomedicina, sino un traspatio encaminado a la orientación y legitimación sociosanitaria que no rompe con la oposición y estereotipación de ciencia y creencia (Martínez-Hernández, 2008), que se fortalece hasta convertirse en la oposición biomedicina/ etnomedicina, enfermedad/malestar. Si bien, cierta parte de la producción antropológica se ha ceñido a reproducir la oposición ciencia/creencia en la conceptualización de la medicina tradicional como un sistema de creencias contrario a la racionalidad

científica, acotando el espacio para la discusión y análisis de la complejidad del entramado sociocultural que configura el proceso salud/enfermedad, también pueden identificarse esfuerzos dirigidos a reflexionar y elaborar análisis críticos de tal estereotipación y dinámica, razón por la cual considero no debiera hacerse recaer un juicio homogéneo sobre la producción etnográfica y los hallazgos presentados por ésta, así como sobre el grado o sentidos de la elaboración teórica alcanzada.

### **I.3 La antropología médica en México**

Desde hace ya varias décadas, la particularidad de la antropología médica, no radica en la novedad de su objeto de estudio en sí mismo, sino en la resignificación de esos antiguos problemas e interrogantes (Menéndez, 1990). Lo cual no quiere decir, que dicho objeto/sujeto de estudio no haya pasado por transformaciones y reformulaciones a la luz de procesos y acontecimientos histórico-políticos, así como de cambios sociales, culturales y económicos que generan nuevas problemáticas y sujetos capaces de ser descritos, analizados y explicados desde la subdisciplina naciente. Como lo señalara Menéndez (1990):

esta orientación produce actores hasta entonces no considerados centrales, como son los casos del enfermo, del paciente, del curador, del adicto, de los grupos de autoayuda, de los movimientos sociales centrados en lo patológico o en la diferencia, de las organizaciones profesionales de los diferentes tipos de curadores, etc.; recupera nuevos espacios grupales e institucionales como puede ser el consultorio de médicos o de curadores populares, las instituciones de seguridad social, el hospicio, los lugares de atención a discapacitados o los institutos de investigación biomédica (Menéndez, 1997:12).

Menéndez (1990), al igual que Aguirre (1986), reconoce en los orígenes de la antropología médica latinoamericana, el carácter de antropología aplicada, dominada por la perspectiva indigenista orientada al mejoramiento de las condiciones de salud en función de una integración o aculturación del sector indígena. No obstante, para el caso de México se ha hablado de un surgimiento tardío de la perspectiva orientada al estudio concreto de las problemáticas en torno al proceso salud/enfermedad/atención, en comparación con otros países. La producción mexicana en este campo emerge desarrollándose de forma casi exclusiva, en torno a la etnomedicina o medicina tradicional, definida como los

sistemas culturales e ideológicos referentes a los padecimientos tradicionales que tenían y tienen lugar entre los grupos étnicos, así como las prácticas de control que de ellos se desprenden (Aguirre, 1986; Menéndez, 1990; Osorio, 2011). Con lo que se coloca delante el desafío no sólo de acceder a las propuestas de una antropología norteamericana, que ya contaba para ese momento con décadas de trabajo enfocado al análisis de cuestiones vinculadas a la salud y enfermedad; sino de realizar sus propios hallazgos y aportes teóricos al campo.

De acuerdo con diversos autores (Osorio, 2011; Freyermuth y Sesia, 2006) en la primer etapa o inicios de la antropología médica mexicana, puede identificarse un interés centrado en la descripción de la dimensión cultural de la enfermedad, así como en entender lo que había detrás del rechazo o aceptación de los servicios de salud, de parte de las comunidades indígenas. Los hallazgos, para ese momento, no sólo provinieron de los trabajos de antropólogos mexicanos sino de investigadores extranjeros interesados en el proceso de aculturación. Uno de estos trabajos fue el realizado por Robert Redfield (cit. en Aguirre, 1986) quien se mostró interesado por la forma de vida de la clase popular y en cuyo trabajo distinguió una contradicción entre la forma de vida de lo que reconoce como elite mexicana y clase popular, a la que atribuye la posesión de una cultura folk.

A partir de lo observado en su trabajo con población tlahuica de habla nahua en Tepoztlán, Redfield sostiene la superposición de los conocimientos mágicos y los médicos encontrando una serie de enfermedades que requieren de tratamiento ritual para su sanación, por ejemplo el mal de aire (yehyecahuilztlí), causado como castigo por parte de un ser sobrenatural a quien se ha ofendido y con el que por tanto, es necesaria la reconciliación. El proceso de cambio al interior de las sociedades folk, tema del que Redfield buscaba dar cuenta, lo consideraba posibilitado por el contacto con la sociedad urbana, la cual introducía alternativas al orden moral imperante. De acuerdo con Redfield, tal situación provoca la desorganización de la comunidad folk al conducir a la reinterpretación de la cultura en términos de individuación del sentido de pertenencia y la secularización del orden moral. La pérdida de fuerza unificadora marcaría el proceso de urbanización, el continuum folk-urbano bajo el que se reconstruirá la

sociedad (Aguirre, 1986). Si bien, Redfield desarrolla el proceso de cambio y ruptura que atraviesan este tipo de sociedades a partir de la influencia de la urbe; no describe o visualiza el proceso que tiene lugar en sentido inverso, es decir, que cambios experimenta la sociedad urbana, quedándose tan sólo en una parte del proceso de aculturación.

Más adelante, en su trabajo en la Península de Yucatán con población maya identifica el mismo proceso de cambio social en el ámbito médico, sosteniendo que si bien pueden observarse elementos de la creencia y práctica curativa de los eventos de enfermedad atribuidos a la transgresión al orden moral; a partir del contacto con otro referente cultural, su han integrado elementos provenientes de la sociedad o clase que ocupa la posición hegemónica. Redfield (cit. en Aguirre, 1986) reconoce una etiología, de la enfermedad y accidentes, así como de una causalidad natural que integra la referencia al sistema calor/frío, que permite además la introducción de productos de la industria farmacéutica, mismos que posteriormente, serían integrados a la atención de enfermedades vinculadas a lo sobrenatural. Esta aceptación de los productos farmacéuticos como la aspirina y purgantes, se consideró provocaba una transformación en el sistema de ideas y prácticas médicas locales, las cuales se presentaban estrechamente vinculados a la organización política, parental y religiosa.

Ya para finales de los años sesenta y setenta se reconoce un mayor desarrollo de la antropología médica, llevándola a alcanzar una diversificación de temas y sujetos de estudio, así como de perspectivas teóricas, dentro de las cuales se identifican el bioculturalismo, la antropología médica crítica o economía política de la salud, la antropología cognitiva y simbólica, la fenomenología y el posestructuralismo (Freyermuth y Sesia, 2006; Osorio, 2011). El campo de investigación quedaría dividido entre quienes buscaban superar lo que consideraron un sesgo dominante, el culturalismo, mediante la incorporación de nuevos sujetos de estudio y temáticas, y los trabajos que continúan abordando la etnomedicina desde el enfoque culturalista. La disciplina comienza a reorientarse a nivel teórico a partir de la integración de premisas provenientes del marxismo estructuralista, de la perspectiva gramsciana y propuestas foucaultianas, así como



del interaccionismo simbólico, la teoría crítica y el neoestructuralismo francés (Aguirre, 1986; Menéndez, 1990; Martínez-Hernández 2008).

La reconfiguración del campo de la antropología médica misma, se torna entonces, una necesidad apremiante que lleva a la apertura de nuevas áreas y temas entre los que se encontraría el análisis del propio sistema de salud institucional, de la función social del modelo médico científico, la práctica médica y el tipo de relación que establece con los diversos conjuntos sociales, las relaciones entre clase y mortalidad, salud laboral, entre otras, así como de nuevos enfoques teóricos como lo fuera el denominado histórico-estructural retomado por Menéndez (1990). El cual representaba la introducción de la dimensión económico-política al análisis, que obligó a algunos a dejar atrás su circunscripción a la dimensión étnica- cultural de los sistemas de conocimiento y prácticas respecto a la salud/enfermedad (Menéndez, 1990).

En este ir y venir de perspectivas, se fueron confrontado propuestas concentradas en dilucidar los sentidos y significados que cobra la enfermedad en quien la padece y el grupo social al que pertenece, por un lado, y aquellas que se dirigen al análisis de las condiciones socioeconómicas y relaciones de poder que cruzan el fenómeno de la enfermedad, por otro. Sin embargo, el estudio del proceso salud/enfermedad/atención, en general y de manera más específica sobre la enfermedad mental, más que inclinarse por el análisis de uno de estos aspectos considero debe contemplar ambos niveles o dimensiones de análisis, la interrelación de saberes y sistemas de atención y no caminar de manera independiente, hacerlo de ese modo implicaría continuar caminando dentro de un campo de análisis cerrado a la descripción culturalista de la enfermedad, es decir, volcado sobre sí mismo, que no atiende los vínculos o articulaciones con el contexto social más amplio.

#### **I.4 Sistemas médicos como sistemas culturales. Algunas propuestas para pensar la enfermedad**

Como pudo leerse el estudio de los sistemas médicos y cuestiones vinculadas a la salud y enfermedad en un primer momento no gozaban de centralidad en el

análisis, sino que se abordaban en función de otros interés y campos de estudio como el de la magia y la religión. El interés por éstos se restringió a las formas sagradas que ambas dimensiones adquirirían dentro de las sociedades primitivas en tanto vehículos para la comprensión de otros hechos (Aguirre, 1986; Bourguignon, 1979; Young, 1982; Good, 2003) Con lo cual, se crearon dicotomías en detrimento de una comprensión holística del fenómeno, por ejemplo, primitivo/moderno, ciencia/creencia en las que domina una visión etnocéntrica. De tal modo, que si bien, puede verse en los trabajos clásicos un reconocimiento implícito de una serie de representaciones de la enfermedad y prácticas curativas, no es sino hasta la conformación del campo de la antropología médica que podemos identificar el reconocimiento y señalamiento explícito del proceso salud/enfermedad/atención, otorgándole la centralidad de la que carecía en anteriores trabajos.

La asociación entre sistemas religiosos y sistemas médicos trajo en consecuencia de acuerdo con Good (2003), la adopción de un *modelo de creencias* para explicar las cuestiones de salud/enfermedad, que visualiza la erradicación de ciertas creencias calificadas de erróneas y la aceptación de otras consideradas más adecuadas o correctas, como la solución a diversos problemas sanitarios. Ejemplo de esto, lo hemos podido ver señalado en Aguirre (1986) con relación a la implementación de programas de salud de corte indigenista en el marco de un proyecto de ingeniería social de una sociedad "sana", "moderna" y "desarrollada", bajo el que las creencias en torno a la salud se llegaron a considerar como elementos potencializadores de transformaciones sociales más profundas. Aún al día de hoy, persisten, en algunos otros campos del conocimiento o problemáticas de estudio, el reconocimiento de los valores culturales de los grupos subordinados, como obstáculos para el "desarrollo".

Adoptar así, un enfoque que confronta racionalidad y creencia, otorgándole a la primera el valor de representación exacta del mundo natural, implica sostener la existencia de un mundo real sobre el cual se elaboran interpretaciones correctas en tanto que se apegan a las condiciones de ese real, o incorrectas, cuando se alejan de esa realidad reconocida como objetiva. Lo cual, como señalara Good

(2003), constituye uno de los hechos que ha ido en detrimento de la construcción de una propuesta analítica en el campo de la antropología de la salud y enfermedad conllevando a la interpretación del conocimiento sobre estos dos aspectos, como creencias erróneas e irracionales, que conformarían el campo de la magia y la brujería, como sistemas de conocimiento ajenos y opuestos al pensamiento científico. Lo anterior, enmarcado por la que Good (2003) identificara como la postulación de una superioridad de la ciencia y del desarrollo industrial que refleja una estructura de poder.

*Todo ocurre, como lo dijera Clastres (1968 cit. en Boivin, 2004:14) como si nuestra cultura no pudiera manifestarse si no es contra lo que ella califica de irracionalidad, estableciendo un destino común para el salvajismo y la locura, como otredades que comparten una identificación negativa que encuentra materialización en su aniquilamiento o reclusión, respectivamente. “Salvajes” y “locos” como otredades infantilizadas que entran en relación social con respecto de un “adulto civilizado”, como fronteras de la razón que cobran expresión en la oposición ciencia/creencia.*

De igual modo, la secundarización de los sistemas médicos, en un primer momento de la discusión antropológica, puede decirse, responde a la construcción social de la otredad cultural como lo exótico, atrasado, primitivo, que en un segundo momento, se corresponde con la definición en los mismos términos, de los propios factores socioculturales que se considera influyen la configuración de la enfermedad mental. Lo cual, considero, reafirma la escasa tolerancia del modelo dominante frente a la diversidad cultural, expresada en un rechazo al reconocimiento y aceptación de la otredad cultural manifiesta en el campo de la salud/enfermedad/atención, y en la marginación de los denominados sistemas alternativos con respecto del modelo biomédico, reduciéndolos a sistemas periféricos y subordinados, de los que puede apropiarse como parte de su estrategia de supresión de los mismos.

Sin embargo, como he mencionado, el desarrollo de una antropología dedicada al estudio del proceso salud/enfermedad/atención ha permitido ir configurando una serie de propuestas que buscan dejar atrás este tipo de

paradigmas y dicotomías que muestran un limitado aporte. En este sentido uno de los desarrollos que mayor impacto ha mostrado dentro del campo de estudio de la salud y enfermedad correspondió a la conceptualización de la noción de enfermedad, la cual pasó de una definición bidimensional elaborada inicialmente por Fábrega a una tridimensional que al día de hoy ha mostrado mayor vigencia (Osorio, 2001; Martínez y Sesia, 2006; Martínez–Hernández, 2008). Fábrega identificó dos dimensiones, la primera de ellas denominada *disease*, aludía a la presencia de procesos físicoquímicos mientras que la segunda dimensión, abarcaba la referencia cultural, la serie de significados otorgados a dicho evento biológico. Hasta aquí no obstante, se mantiene una idea de enfermedad como entidad objetiva, bajo su aspecto orgánico.

Posteriormente, dicha conceptualización fue retomada y reformulada por Kleinman (1988) en un sentido que otorgaba a ambos términos (*disease/illness*) el carácter de nociones interpretativas, no realidades *per se*. La primera de estas dimensiones correspondería a la construcción de la enfermedad, desde la biomedicina, como una entidad que alude a procesos físicoquímicos, una alteración en la estructura o funcionamiento del organismo. La segunda dimensión, corresponde a la experiencia de enfermedad, reconocida como *illness* o padecer, con la cual el autor busca referirse a la experiencia intersubjetiva de enfermedad, es decir, la forma en que la persona que enferma, su familia y red social, perciben, viven y responden al episodio de enfermedad. Dicha experiencia abarca la identificación de los síntomas como tales y el establecimiento de un diagnóstico inicial, en torno al cual se llevan a cabo una serie de acciones en respuesta a lo experimentado; respuesta que puede o no, incluir la búsqueda inmediata de atención profesional especializada. Aquí se ubican la serie de significados sociales atribuidos a la enfermedad que a su vez configuran la vivencia subjetiva de ésta.

El modelo biomédico se ha constituido a partir de un isomorfismo entre categorías médicas (nosologías) y hechos (enfermedades) que ha sacudido fuera de la esfera de atención al propio enfermo, a su biografía, su mundo local y también a sus condiciones sociales y materiales de existencia (Martínez-Hernández, 2008:85).

De la anterior propuesta para fines del trabajo, rescato algunos aspectos, el primero de ellos, el hecho de que las representaciones culturales moldean y modifican la experiencia del padecimiento en contraposición a una visión de la enfermedad como entidad natural, universal, homogénea y estática. En segunda instancia, el que la serie de cambios físicos y emocionales que son reconocidos y significados por el sujeto y quienes lo rodean si bien son configurados en función del sistema cultural al que pertenece, adquieren significación en la historia personal del sujeto, relacionándose con sus condiciones de vida que a su vez cruzan con otros aspectos como son, las fuerzas macrosociales, que aluden a las condiciones económicas, políticas, institucionales que determinan en gran parte el acceso a la salud, étnicas, religiosas, etcétera. Mismas que dentro de la conceptualización tridimensional, quedan situadas como constitutivas de la tercer dimensión, *sickness* o malestar, que articula el desorden experimentado por el sujeto al contexto sociocultural al que pertenece; la cual aunque es reconocida por Kleinman (1988), no es desarrollada como tal en su trabajo. Cabe precisar que dicha segmentación sólo es de orden teórico-metodológico e implica un ejercicio reflexivo para su identificación en la medida en que dentro de la experiencia o proceso de enfermedad no se presentan desarticuladas.

Al Kleinman (1988), concentrarse en la relación clínica establecida entre el médico y quien lo consulta, identifica cómo la serie de síntomas expresados por la persona son sometidos a un proceso de reinterpretación a manos del profesional de la salud. Esto último, lo reconoce como un problema de traducción al momento del encuentro clínico que inicia cuando la persona ha decidido consultar al especialista en salud, porque ella misma o alguien a cercano, ha notado cambios en su persona, o sensaciones y malestares que lo llevan a pensar que algo ocurre con su condición de salud. Estas sensaciones son traducidas por el profesional de la salud en signos y síntomas dirigidos a configurar alguna de las entidades nosológicas que ha aprendido como parte de su formación profesional, las cuales pueden no corresponder con la identificación que la persona había hecho inicialmente. Este aspecto es igualmente coincidente con lo que Good (2003) identifica como misión básica de la medicina clínica, la cual consiste en interpretar

los síntomas manifestados por el sujeto como signos de anormalidad fisiológica, medibles mediante procedimientos clínicos y a los cuales es asignable un tratamiento particular. Resultado de este proceso, se estaría hablando de que gran parte de la experiencia del padecer de la persona queda excluida y por ende, terminaría por no recibir atención. Este aspecto es relevante en el presente trabajo en tanto que como ha sido descrito, la población de interés se desenvuelve al interior de dos sistemas de saberes y atención médica (popular/biomédico). De tal forma que ya han pasado por un proceso de interpretación de los cambios, sensaciones y malestares experimentados, así como de elaboración de una explicación de lo vivido que incluye un primer diagnóstico que conjuga la experiencia personal y colectiva previas, en función de lo cual han tomado acciones, entre las que se encuentra el acudir al centro de salud y recibir atención en el núcleo de salud mental. Espacio donde tiene lugar el proceso de traducción cultural, al que hace referencia Kleinman (1988), de lo que hasta entonces habrían sido síntomas en signos de enfermedad. Situación que constituye uno de los aspectos que marcó la elección de la población de estudio.

De acuerdo con Fitzpatrick (1990), el encontrar alivio al sufrimiento, un sentido a lo experimentado y recobrar el bienestar perdido constituyen algunos de los propósitos de la consulta de parte de quien padece un trastorno; mientras que para el médico el objetivo queda referido por el establecimiento de un diagnóstico exacto sustentado en signos físicos verificables, a partir de los cuales prescribir un tratamiento. Es así que mientras que para la psiquiatría estos padecimientos se describen mediante diagnósticos clínicos, para la persona se encuentran interrelacionados a sus condiciones de vida (violencia, estrés, pobreza, desempleo, familia, otras enfermedades, migración, recursos con los que se cuenta, afectos, etc.) que como tales integran la descripción, atribuciones y expectativa de recuperación, es decir se configuran desde lo social y no a partir de lo individual particular como la biomedicina lo hace. Dicha divergencia alude siguiendo la propuesta de Kleinman (1980) a la coexistencia de dos modelos explicativos que ofrecen un valor diferencial desde un punto de vista lógico y experimental en torno al mismo fenómeno.

Para Kleinman (1980), cada sector que participa del proceso salud/enfermedad/atención alberga una serie de nociones respecto de un episodio de la enfermedad y su tratamiento, que identifica como modelos explicativos. Éstos ofrecen explicaciones de dicho evento de enfermedad en torno a cinco elementos, el primero de ellos, la etiología; el segundo aspecto, la temporalidad y modo de inicio de la sintomatología; el tercero, alude a la fisiopatología, esto es, los procesos fisicoquímicos; mientras que el cuarto elemento alude al curso de la enfermedad, y finalmente el tratamiento.

Al respecto es importante precisar que Kleinman (1980) distingue los modelos explicativos de las creencias generales en torno a la salud y enfermedad, reconociendo que si bien, dichos modelos se alimentan de esta serie de creencias más generales, los modelos explicativos, se configuran a la luz de una enfermedad particular. No obstante se menciona que los modelos explicativos representan redes semánticas que vinculan diversos conceptos, una multiplicidad de significados y experiencias del sujeto, de lo que se desprende su enorme flexibilidad para ponerse en marcha ante una gama diversa de experiencias de enfermedad. De tal forma que los modelos explicativos revelarían la especificidad sociocultural e historicidad de la realidad clínica que producen; así diagnósticos psiquiátricos que un día fueran vigentes son reemplazados por nuevos conceptos que se ajustan a las nuevas normas, significados y procesos sociales.

Al respecto considero el uso de los modelos explicativos en el presente trabajo como una herramienta metodológica adecuada para la identificación, organización y exposición de los diversos elementos que operan en la definición y caracterización de los trastornos mentales y la experiencia de la población de estudio; es decir, no como fin último de investigación, sino como medio de aproximación y descripción de la experiencia de los diferentes actores que participan del proceso. Ya que hay que tener cuidado en la serie de señalamientos que se le han hecho a tal propuesta en tanto que puede caerse en preponderar una perspectiva individualista, esto es, dar cuenta de los modelos explicativos como elaboraciones o respuestas a la enfermedad, individuales, ajenas al contexto sociocultural que las alberga.

Por otra parte, otra de las principales críticas a la propuesta de Kleinman (1980) podemos ver, ha radicado en priorizar la dimensión microsocial del proceso al concentrarse en la relación médico/paciente (realidad clínica) y los procesos de construcción de significados (Young, 1982; Osorio, 2001). Esto es, se atribuye un análisis del proceso salud/enfermedad/atención, limitado al nivel de la interacción entre individuos y no como expresión de relaciones sociales más amplias. Por ejemplo, para Young (1982) el poder y las fuerzas macrosociales no solo impactan al sujeto sino que configuran su experiencia de enfermedad, su padecer, en tanto que también participan en ciertos casos como productores de enfermedad. De tal modo que el proceso salud/enfermedad/atención no es reducible al encuentro clínico, siendo que la propia relación médico-paciente está influida y moldeada por tales fuerzas macroestructurales. En consonancia con esto, Osorio (2001) sostiene como el principal problema de Kleinman, el considerar que todos los sectores, el de los profesionales de la biomedicina, los médicos tradicionales y el popular, así como sus modelos explicativos respecto a la enfermedad, tienen la misma posibilidad de expresión, cuando en realidad uno de ellos se sitúa como dominante, con lo cual, no reconoce o desarrolla la asimetría en el uso de la palabra que de acuerdo con Menéndez (2009), es condición necesaria a todo proceso de atención.

Atender dicha situación de acuerdo con Young (1982: 277) implica *examinar críticamente las condiciones sociales de producción de conocimiento*, esto conlleva, para fines de la presente investigación, no sólo dar cuenta de la dimensión simbólica-cultural del trastorno mental sino de las condiciones sociales y materiales de existencia en las que se ancla la misma y los discursos en torno a ella. Del mismo modo, dar cuenta de la relación médico/paciente implicaría por tanto, hacerlo como un proceso de negociación de significados o de modelos explicativos en términos de Kleinman, atendiendo a las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas así como el contexto de poder asimétrico en que tiene lugar dicho encuentro.

La búsqueda de una perspectiva que situara el análisis la articulación de los diversos sistemas médicos con el contexto social más amplio a la vez que dé



cuenta de las relaciones de poder, la asimetría y exclusión de los diversos discursos, me lleva a prestar atención a la propuesta de análisis desarrollada desde la antropología médica crítica a cargo de Menéndez (1983; 1984), la cual muestra algunos puntos de convergencia con la de sectores profesional, folk y popular elaborada por Kleinman (1980), pero con la particularidad de no cerrarse al encuentro clínico sino extender su campo de análisis a los factores político-económicos como la desigualdad social, la pobreza, marginación, así como a las relaciones de poder traducidas en relaciones de hegemonía/subalternidad entre sectores sociales y sistemas médicos, entre otros.

La antropología médica crítica tiene lugar en el marco de las críticas al enfoque culturalista y hermenéutico dentro del campo de la salud y enfermedad. Dicha corriente se alimenta de propuestas provenientes de diversas tradiciones teóricas marxistas y materialistas (Martínez-Hernández, 2008) con lo que dirige su esfuerzo a mostrar la enfermedad como un producto de procesos sociales, políticos y económicos más amplios en los que se inserta la población que la padece. Caracterizada por concentrarse en el análisis de factores macrosociales en su articulación con las representaciones de enfermedad, parte de las propuestas que conformarían dicha corriente situaron la práctica clínica como un espacio de control político y social. Tales postulados, que en el caso de México, habrían ocupado la atención por mucho tiempo, de una cierta parte de su producción, teniendo como principal exponente a Menéndez (1983, 1984, 1990, 1997, 2009); de acuerdo con Martínez-Hernández (2008:169), *ofrecen la posibilidad de un análisis riguroso de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en donde la cultura y la economía, la ideología y las bases duras de la vida material, pueden entenderse de forma dialéctica*. De ahí que considere dicha postura adecuada para el análisis sociocultural de la enfermedad.

En consonancia con ello, en el presente trabajo, a diferencia de lo presentado por Kleinman (1980) quien señalaría en su momento a los sistemas médicos de atención a la salud como obligado punto de partida del análisis de cualquier sistema médico. Ha sido retomada la propuesta metodológica precisada

por Menéndez (2009) que postula como eje de análisis de las formas de atención y saberes, lo que hacen, usan y dicen los sujetos y conjuntos sociales,

porque a partir de ellos, y especialmente de la "carrera del enfermo", podemos identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener.....si partiéramos inicialmente de los curadores, o incluso de la relación curador/paciente centrada en un solo tipo de curador (Menéndez, 2009:29).

Teniendo que los actores sociales e instituciones son aquellos quienes organizan y reconstituyen las diversas formas y saberes, provenientes de la biomedicina o el sistema tradicional popular; en sus prácticas de atención y autoatención (Menéndez, 2009). Dicha propuesta metodológica se considera más adecuada para atender al pluralismo médico persistente en la población de estudio, mediante el análisis de la articulación no sólo de los distintos sujetos sociales involucrados sino de sus distintos saberes y prácticas sociales, así como, de los procesos de confrontación, negociación o colaboración que tienen lugar. Sin dejar de prestar atención a los procesos sociales, económicos y culturales que posibilitan su desarrollo entendiendo que la serie de saberes y prácticas médicas están articulados a sus condiciones de existencia, condiciones económico-políticas, religiosas, étnicas y materiales, que marcan la variabilidad de las mismas.

## CAPÍTULO II

### La enfermedad mental desde la perspectiva médica y social

La historia de la práctica médica responde a un proceso histórico-social que ha ido estableciendo causas, consecuencias y diversos aspectos específicos que buscan caracterizar y ejercer un dominio sobre la enfermedad. Algunos de estos aspectos, han perdurado hasta nuestros días, íntegros o reformulados, constituyéndose como teorías científicas o saber popular. De tal forma que la enfermedad, no sería únicamente producida por un discurso popular proveniente de la población general sino también al interior del discurso científico. A este respecto, podemos encontrar que la enfermedad mental, denominada por el sistema biomédico como trastorno mental, busca hacer referencia a un fenómeno natural interno, ajeno a toda referencia social, mientras que el término “locura”, ha sido frecuentemente utilizado en ciertos contextos para aludir a la experiencia de enfermedad mental desde una perspectiva sociocultural.

En el primer caso, encontramos que el carácter profesional de la biomedicina se ha establecido apelando a una racionalidad fundada en lo natural-biológico que califica de racionales y verdaderos sus presupuestos, los cuales se oponen a lo tradicional/popular como aquello que no comparte dicha racionalidad científica sino que corresponde a un orden sociocultural (Osorio, 2001). De ahí que el sistema de conocimiento biomédico, se postula como un saber transcultural cuya legitimación social lo ha colocado como un modelo productor de realidad, a través de la configuración de una particular ontología de la enfermedad y un sector de profesionales dominante.

Hoy día, el modelo dominante de la enfermedad es biomédico; en él, la biología molecular es la disciplina científica básica. Da por sentado que la enfermedad es perfectamente explicable por medio de desviaciones de la norma de variables mensurables (somáticas). En este marco no se deja lugar para las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad (Engel, 1977: 196 cit. en Fitzpatrick, 1990:23).

No obstante, en el caso de los trastornos mentales, si bien la biomedicina, ha establecido una serie de criterios médicos para su clasificación, lo cierto es que

no hay una homogeneidad respecto a la configuración, interpretación y vivencia de los mismos. De la misma forma, una de las principales problemáticas identificadas en torno al estudio de este tipo de trastornos, ha sido ubicada en la definición misma de enfermedad mental, *ya que si, como afirma Mauss, lo mental y lo social se confunden, sería absurdo aplicar a uno de los dos órdenes, en aquellos casos en que lo social y lo fisiológico están directamente en contacto, una noción (como la de enfermedad) que sólo tiene sentido para uno de ellos* (Lévi-Strauss en Mauss, 1971: 22). Por lo que, hablar de enfermedad mental llevaría implícita la referencia a aspectos no sólo biológicos sino a otras dimensiones del sujeto que aluden a una multiplicidad de factores sociales y culturales a partir de los cuales los grupos dotan de significado al proceso salud/enfermedad/atención, en su totalidad.

A partir de lo anterior, la enfermedad mental reclama un abordaje en términos de lo que Mauss (1971) inscribe como hecho social total, en tanto experiencia individual en la cual poder observar el comportamiento de los seres como una totalidad, esto es, dando cuenta de manera simultánea de los diferentes aspectos que lo conforman. Dichos elementos (biológicos, psicológicos, sociales, culturales) sólo podrían alcanzar una significación global bajo la forma de hecho social, reconociendo con ello, como fenómenos de orden social a aquellos que sólo eran considerados de orden biológico. De acuerdo con Lévi-Strauss (1971),

los diferentes tipos de trastornos se ordenan en categorías que admiten una clasificación y cuyas formas predominantes no coinciden en todas las sociedades, como tampoco en todos los momentos de la historia de una misma sociedad. [...] cada sociedad posee sus formas preferidas de trastornos mentales, y que tanto éstas como las formas normales son producto de un orden colectivo, al cual la excepción misma no deja indiferente (Lévi-Strauss, 1979:18).

Hasta aquí, se presenta como una constante que subyace a la experiencia de enfermedad en su sentido más general y de la enfermedad mental, en lo particular, la presencia de un principio dual que permite la distinción entre correcto/incorrecto, bueno/malo, normal/anormal, sano/enfermo y con ello, el análisis cultural en el campo de los trastornos mentales implicó en un cierto momento de la investigación sociocultural, atender a las relaciones de correspondencia establecida, por parte de los diferentes grupos sociales, entre

ciertos comportamientos o pensamientos y categorías de normalidad y anormalidad. Convertirse en un miembro competente se mostró, guardaba estrecha relación con las normas culturales y expectativas sociales, reafirmando lo limitado de abordar la experiencia de enfermedad mental en términos de un proceso patológico individual, ignorando su vinculación con procesos sociales más amplios. Lo cual a su vez, se confrontaba directamente con la construcción y atribución de sentido a la enfermedad proveniente la ciencia médica que presentaba su concepto de normalidad y enfermedad mental como universal y homogéneo, a partir de mostrarse como *sistema desideologizado, universal, apolítico y amoral* (Martínez-Hernández, 2008:41).

Es así que dar cuenta de la enfermedad mental como construcción sociocultural vuelve necesario atender a los sentidos que ésta ha adquirido no sólo desde las ciencias sociales, entre las que se sitúa la antropología y sociología, sino desde la biomedicina y la psiquiatría, como tal. En el presente capítulo, se busca dar cuenta de dicho proceso mediante la revisión de lo que fueran algunos de los postulados resultado del análisis sociocultural de la enfermedad mental, a fin de distinguir qué de ello perdura en la actual producción etnográfica del tema y a partir de esto, distinguir las vetas de análisis en las cuales situar el aporte del presente trabajo. Igualmente, en el siguiente capítulo, si bien se da continuidad a la revisión del trabajo desarrollado desde la perspectiva sociocultural, se buscará integrar la perspectiva biomédica, con la misma finalidad que en el actual apartado, de vislumbrar los aportes de dichos estudios al presente trabajo.

## **II.1 La enfermedad desde la perspectiva sociocultural: anormalidad y desviación**

Uno de los aspectos que Aguirre (1986) señala para finales de la década de los años ochenta, es la constante referencia a patrones de conducta desviantes como parte de los hallazgos etnográficos conjuntados hasta ese momento por los antropólogos. No obstante, como se ha señalado, el abordaje de las cuestiones relacionadas con la diversidad cultural expresada en representaciones y prácticas

sociales en torno a la salud y la enfermedad, constituían un fenómeno frecuentemente desarrollado desde campos como el de la magia y la religión. De esta forma, nos describe cómo la presencia de comportamientos desviantes era vinculada al fenómeno de la posesión como parte de ceremonias diagnósticas que implicaban la participación del colectivo. El especialista o médico local se convertía en receptor de un dios o espíritu mediante la ingesta de psicotrópicos y a través del canto, la música o el baile. En este contexto, si bien, la experiencia de la posesión llegaba a ser descrita como una crisis convulsiva, en lo absoluto refería a una condición de enfermedad, sino a un estado físico y mental que permitía a quien lo experimentaba contener la personalidad y sabiduría pertenecientes al ser sobrenatural invocado como parte de la ceremonia diagnóstica (Aguirre, 1986).

Asimismo, se reconoce en la literatura, la mención de padecimientos cuya sintomatología no siempre incluía la alusión a un daño orgánico, sino que referían a emociones calificadas de aberrantes, entre ellas, la muina, envidia y la vergüenza; esta última, considerada para ese momento, causa principal del suicidio entre los tarahumaras (Aguirre, 1986). De esta forma, la comprensión transcultural del comportamiento humano, el estudio y comprensión de la salud/enfermedad mental y la desviación, observadas en distintos contextos, quedaron constituidos como temas motivo de reflexión antropológica. Resultado de ello y bajo la perspectiva de la escuela denominada cultura y personalidad, la anormalidad fue considerada categoría fundamental para dicho análisis (Gerber y Carbaugh, 1964).

Para Bourguignon (1979) la forma en que se producen las diferencias de comportamiento y en la que se relacionan con otros aspectos de la vida social quedaban integradas como problemas de investigación antropológica a través de la antropología psicológica, una subdisciplina de la antropología cultural cuyo énfasis en el comportamiento humano la llevaría a explorar además, aquello que calificaba de similitudes básicas subyacentes entre los seres humanos, las cuales establecen límites a la diferencia y variación observadas. La diversidad, subyacente a la unidad, para algunos antropólogos, nos dice Bourguignon (1979), debía ser reconocida y estudiada no sólo respecto del aprovechamiento del

entorno, el empleo y elaboración de objetos materiales por parte de los grupos, sino también con relación a lo que dicen, piensan y sienten los individuos que los conforman; es decir, las diferencias que hay respecto a la forma en que piensan y perciben su mundo.

Si bien, el diálogo o influencia de otras disciplinas en el campo antropológico es un aspecto reconocido de siempre en la historia de la disciplina, para el caso de los fenómenos de orden psicológico se consideró que éstos encontraron impulso y arraigo en la tradición boasiana. Para la década de los años veinte a los años treinta del siglo XX, se identifica la emergencia del interés de la antropología norteamericana por la relación entre cultura y personalidad. Interés que llevaría a conformar la corriente de estudio identificada bajo el mismo nombre (Bourguignon, 1979; Harris, 1996). De acuerdo con Harris (1996) la particularidad de cierta parte de la producción antropológica y los intereses de investigación de este periodo, habría sido la intensificación y expansión del uso de términos provenientes de la psicología, así como la colocación al centro de la discusión del concepto de personalidad freudiano y la dimensión psicológica de la cultura. El asunto es por tanto, la definición o manejo que se hacen de los conceptos desde la perspectiva sociocultural. Cabe señalar que de acuerdo a Harris (1996), el uso de categorías psicológicas dentro de la antropología es anterior al desarrollo de la antropología psicológica, la cual es identificada como fase prefreudiana dentro de su texto *El desarrollo de la teoría antropológica. Historia de las teorías de la cultura* ([1979]1996), y aunque si bien, dentro de su argumentación son claramente identificables algunos ejemplos de aplicación de estos términos, considero debe tenerse cuidado de no realizar una lectura que lleve a sostener un desarrollo de la perspectiva psicológica en cada uno de éstos, ya que el uso de ciertos términos como expresiones comunes del lenguaje, no implica el desarrollo conceptual de los mismos con la consciente reflexión respecto a sus orígenes y carga teórico-ideológica. No obstante representa un análisis interesante respecto a la movilidad de ciertos términos entre disciplinas, al proceso de adopción de conceptos desarrollados desde otras disciplinas.

Bajo la escuela cultura y personalidad las características psicológicas o patrones de comportamiento fueron abarcados como parte de los conceptos “temperamento”, “personalidad modal” o “estructura básica de la personalidad”, o bien, llegó a hablarse de “carácter nacional o social” (Bourguignon, 1979). Encontrando así, trabajos que buscaron ocuparse de tendencias evolutivas en torno al desarrollo de una genérica y distintiva, estructura de la personalidad humana. Hallowell (cit. en Bourguignon, 1979) en particular, consideró a la estructura de la personalidad como resultado de la evolución del comportamiento y como una característica de un modo específico de existencia humana. Por el contrario, otros trabajos mostraron interés en el estudio de la persona y de las diferencias individuales en respuesta a las descripciones generales de las distintas sociedades (Bourguignon, 1979).

De lo anterior resulta la importancia del estudio tanto del rango de diferencias individuales admisibles como de las tendencias centrales, así como de la relación entre dichas diferencias y el lugar que ocupa la persona en la sociedad y la red de relaciones que establece con los demás miembros de su grupo, con relación a su edad, género, rol desempeñado, entre otros aspectos que ilustran la diversidad en cuanto a patrones socioculturales. La tensión entre una perspectiva relativista y una universalista se presenta no sólo como una constante en los estudios de cultura y personalidad (Bourguignon, 1979) sino como una cuestión subyacente al intento por trazar las fronteras entre lo normal y lo anormal desde la cultura (Good, 2003). De tal forma que prestar atención a algunos de los trabajos desarrollados sobre el tema permite ubicar el momento de la discusión alcanzado. Particularmente, la propuesta de Benedict (1934) sobre el papel de la respuesta social a la enfermedad y la afirmación de que no existe patología que escape a la interpretación cultural, ayudan a leer y comprender los actuales trabajos desarrollados sobre el tema, distinguiendo detrás de éstos, la continuidad de gran parte de dichos premisas.

Ruth Benedict (1934 cit. en Bourguignon, 1979), quien fuera considerada principal representante del enfoque configuracionista, en su trabajo *Patterns of Culture*, se da a la tarea de dar orden a la diversidad de costumbres encontrada



en tres grupos, los zuni de Nuevo México, los dobu de Melanesia y los kwakiutl de Norteamérica. Cabe señalar que los datos de los zuni provenían de su propio trabajo de campo, mientras que los datos acerca de los dobu correspondían al trabajo de Fortune y los de los kwakiutl al de Boas. De acuerdo con Benedict, cada cultura podía identificarse por una configuración dominante cuya denominación la toma de dos términos clave en el análisis de Nietzsche de la tragedia griega, apolíneo y dionisiaco, más un tercer término retomado de la psiquiatría que es el paranoide.

Para Benedict (1934 cit. en Bourguignon, 1979), las culturas al igual que los individuos constituían patrones más o menos coherentes de pensamiento y acción. La cultura por tanto se consideraba isomorfa a la personalidad individual, al estar incorporada en los sujetos se considera puede ser discutida mediante el estudio del comportamiento, la personalidad, de quienes la portan. De acuerdo con Bourguignon (1979) en la propuesta de Benedict podemos observar cómo las formas culturales son ilustradas a través de informes respecto de actos individuales, sin mayor profundización en las particularidades de las mismas, de modo que el resultado es una imagen homogénea de cada uno de los grupos, pero con el reconocimiento de ciertas desviaciones, las cuales son vinculadas a la noción de temperamento, que a su vez, no queda del todo clara.

En su trabajo *Anthropology and the abnormal*, Benedict (1934) califica de error o falso sentido, el carácter universal otorgado a formas, comportamientos y costumbres particulares que reconoce han sido históricamente configuradas, sin que nada en dicho proceso, permita sostener su monopolio o podríamos llamarlo, su hegemonía. Asimismo, para ella, es el sistema cultural el encargado de conformar distintos patrones de comportamiento que serían posteriormente socializados. La cultura seleccionaría, de un gran arco de comportamiento potencial, el tipo o tipos de comportamientos ideales o normales para sí misma, descartando aquellos que son incongruentes. No obstante, como lo señalara Bourguignon (1979) no termina por desarrollar cómo se da dicho proceso de selección, es decir ¿por qué unos y no otros comportamientos son los seleccionados? La selección de criterios, nos dice, es posible se deba a factores

del entorno o al grado de integración de la cultura, que a su vez se relaciona con el cambio cultural, el cual tampoco es considerado en la propuesta.

De acuerdo con Gerber y Carbaugh (1964) para Benedict (1934) el desviado representaría aquellas capacidades humanas que no han sido capitalizadas por su cultura. Teniendo así que la configuración cultural del comportamiento anormal se concretaría en el rol social atribuido y ejercido por quien así es denominado, es decir, la cultura sería la que dicta el actuar del sujeto normal, al determinar no sólo la forma en que alguien debe comportarse para no ser considerado anormal, sino también la forma en que debe hacerlo, quien sea o busque ser reconocido bajo tal categoría.

Si bien es importante atender las críticas que se desprenden de la propuesta de Benedict (1934) es igualmente relevante hacerlo respecto de sus aportes, de los que resalto su interés por señalar el papel de la diversidad cultural en relación al fenómeno de la anormalidad en la que los factores socioculturales no gozaban de reconocimiento. Tomar en cuenta esto, de acuerdo con Bourguignon (1979), llevaría a entender la ausencia de una búsqueda de las causas de tal variabilidad o del establecimiento de correlaciones con otros aspectos, en su argumento. Lo cual de cualquier modo, considero no opaca o anula, el principal de los méritos de la propuesta de Benedict (1934), que fuera el traer a la discusión el problema de la caracterización y determinación cultural de las categorías de normal/anormal que hasta entonces, como ella misma lo menciona, habían sido conceptualizadas como absolutas y de validez transcultural. En consonancia con ello, enfatiza la variabilidad cultural de expresiones y comportamientos de modo que si bien, puede observarse una tendencia universal respecto de la presencia o existencia de comportamientos anormales en las diversas sociedades, los tipos de comportamiento asociados a ésta no gozan de tal carácter universal. De lo que se desprende la dependencia histórica y sociocultural de los términos anormalidad/normalidad, los cuales señala no sólo son caracterizados, significados y tratados de forma variable por las diversas poblaciones sino también dentro de cada uno de los conjuntos sociales,

llamando con ello la atención sobre el hecho de que han cambiado, de época en época, en cuanto a los atributos asociados a cada categoría.

Lo anterior indudablemente, implicó un gran avance en el análisis, no obstante, lo postulado también anulaba la posibilidad de trascender la interpretación de la forma cultural que toma la anormalidad más allá de los contextos locales en los que ésta fuera observada. Sobre todo al afirmar que la variabilidad no se situaba al nivel de la interpretación de los comportamientos o serie de síntomas asociados a una categoría de enfermedad sino respecto a la alteración o desviación misma a ser considerada, enfermedad psiquiátrica y cultura aparecen como elementos inseparables, pero en un cierto sentido de causa-efecto, que se llegó a considerar hacía desembocar la propuesta en una especie de determinismo cultural (Harris, 1996).

Asimismo, resulta de gran valor el reconocimiento que realiza de la articulación entre anormalidad y orden moral, contrario al carácter amoral que la visión biomédica atribuye a la enfermedad, no obstante, establece una equivalencia de conceptos entre bien/normalidad y mal/anormalidad, que en lo personal considero es una paridad un tanto cerrada propensa a causar mayores errores de juicio que aportes a la comprensión del fenómeno.

Por otro lado, en este mismo sentido en que la anormalidad es reconocida como aquello que cae fuera de los límites del comportamiento esperado por una sociedad en particular; se encuentra la propuesta de Hallowell (cit. en Gerber y Carbaught, 1964) para quien la normalidad correspondería a lo sancionado culturalmente o a los patrones de comportamiento prevalentes, contrario a la anormalidad que referiría el alejamiento de dicha tendencia central o de tal norma. Sin embargo, Hallowell (cit. en Gerber y Carbaught, 1964) a diferencia de Benedict (1934) distinguiría claramente la desviación de la psicopatología, teniendo que la primera hace referencia a valores y estándares del grupo, mientras que la segunda, requeriría el uso de indicadores tomados de la psiquiatría. Aun cuando Benedict (1934) en un cierto momento reconoce la intervención genética y del desarrollo humano en términos de motivación que actúa sobre el sujeto para su inclinación a la anormalidad; el ignorar los procesos fisiológicos asociados a la

experiencia de enfermedad en cuando a la referencia posible que el sujeto haga a éstos o la significación, considero da por resultado, un abordaje parcial y asimétrico de la enfermedad mental. Adicionalmente, el establecer las causas de la anormalidad en la esfera sociocultural me parece, en ciertos momentos, podría conducir erróneamente a sostener una concepción pasiva del sujeto que se convierte en receptor inconsciente que sostiene sobre él una cultura que lo moldea a su antojo, por ejemplo, cuando se dice que la causa de la desviación la constituye, la fuerte presión que la cultura ejerce en el sujeto, aunado a su situación miserable y desesperada (Benedict, 1934). De igual modo, se presentan bloques homogéneos de sujetos, sean estos normales o anormales, ya que la diferenciación resultaría a nivel del grupo y no así al interior de cada uno de dichos sectores, o de la propia desviación, la cual tan sólo se reconoce transformada históricamente. Lo cual no obstante, no anula el valor o la riqueza de la reflexión y crítica de Benedict (1934) respecto a la dificultad de elevar una particular representación cultural de normalidad como criterio universal.

El problema de entender el comportamiento humano anormal en un sentido absoluto, independiente de los factores culturales, está lejos de ser resuelto. Las categorías de comportamiento límite que derivamos del estudio de las neurosis y psicosis de nuestra civilización son categorías de tipos locales de inestabilidad. Dan mucha información acerca de las presiones y exigencias de la civilización occidental, pero no proveen de un cuadro final del comportamiento humano inevitable [.....] hasta el presente no se ha producido trabajo de este tipo, es imposible establecer una definición de anormalidad que pueda ser considerada válida para todo el material comparativo (Benedict, 1934:s/p).

De esta forma, si como se ha mencionado, se debe tener cuidado con este aporte, debido a que el criterio de comparación dentro de la propuesta relativista cultural conducía a mostrar la no comparabilidad entre culturas (Bourguignon, 1979; Harris, 1996; Good, 2003). Puede rescatarse la constante referencia a una perspectiva comparativa que implica situarse en una posición que prioriza la comprensión del comportamiento de las poblaciones estudiadas en sus propios términos, en relación con el contexto, instituciones, valores y significados propios a cada cultura, en oposición a una perspectiva etnocentrista que otorga una cierta superioridad a la propia sociedad o cultura y por tanto genera una relación y lectura de la diferencia cultural asimétrica.

Siguiendo en la discusión en torno a la perspectiva relativista, con relación a la designación sociocultural de la normalidad, para Bourguignon (1979) la interrogante a responder concebida desde esta escuela gira en torno a ¿qué tipo de comportamiento es normal?, cuya respuesta nos permite a su vez situar el problema del etiquetamiento. Al respecto en el texto de Benedict (1934) puede encontrarse mencionado que en ocasiones al desear diagnosticar un síndrome en otra cultura, la selección y valoración de aquellos elementos se da en función de lo que en la propia cultura corresponden a lo que se clasifica o tipifica como síndrome. Por ejemplo, en el caso de los dobu que habitan al Norte de Nueva Guinea, descrito por Fortune (cit. en Benedict, 1934), éstos han sido identificados como un grupo caracterizado por un comportamiento extremadamente receloso o suspicaz; el cual dentro de las sociedades occidentales se identifica como un comportamiento característico de la esquizofrenia paranoide. Los grupos exogámicos dentro de este grupo, se dice, son considerados los mejores manipuladores de magia negra; de ahí que los matrimonios tiendan a llevarse a cabo entre miembros de grupos enemigos, volviendo característica la preocupación constante por la posibilidad de envenenamiento, el miedo y el descreimiento entre los miembros del grupo.

Pero había un hombre alegre y de amable disposición a quien le gustaba trabajar y ayudar a los demás. Su compulsión a hacerlo era demasiado fuerte para reprimirla en favor de las tendencias opuestas de su cultura. Los hombres y las mujeres nunca hablaban de él sin reírse; era tonto y simple y estaba definitivamente loco (Benedict, 1934:s/p).

Lo anterior, muestra no sólo la dificultad sino lo inadecuado de entender el comportamiento observado en otros grupos, en un sentido clínico como una característica paranoide, que no tiene dentro de ellos (Gerber y Carbaugh, 1964). Tal relación de analogía entre comportamientos conduce a reafirmar la necesidad de entender los valores y comportamientos de una sociedad en relación a ella misma, en tanto que se señala como anormalidad aquello que los individuos de una particular sociedad consideran como tal. No obstante, para Good (2003), lo anterior constituye un error o confusión en la que cae Benedict (2003) al trasladar expresiones patológicas prevalentes en la sociedad occidental a la que pertenece, específicamente, la esquizofrenia y la maniacodepresión; a otros contextos locales

en los que sostiene serían percibidos como comportamientos normales u ocasionalmente, enormemente valorados, como cuando se refiere al papel del chamán. Confundiendo así temperamento con enfermedad, cuyo curso de desarrollo no siempre se concreta a un problema de desajuste sociocultural.

El enfoque configuracionista, no ha sido el único identificado en la literatura que aborda la enfermedad mental, adicionalmente Bourguignon (1979) identifica dos más, el denominado reduccionista psicoanalítico, dentro del que sitúa los postulados de Róheim (1928 cit. en Bourguignon, 1979) quien se dio a la tarea de buscar comprobar las hipótesis freudianas respecto a la relación entre neurosis y sociedades primitivas así como acerca de la universalidad de las fases del desarrollo sexual y los mecanismos físicos. Resultado de ello Róheim (1928 cit. en Bourguignon, 1979) desarrolla una propuesta que conceptualiza a la cultura como un carácter colectivo, resultado de o respuesta a, un trauma infantil específico de la sociedad en cuestión. Dicho trauma habría tenido lugar en la etapa de destete o mayor dependencia con respecto a la madre biológica o sustituta, de ahí que una de las críticas a esta perspectiva, sea la de establecer la organización sociocultural de una sociedad sobre la base de experiencias atribuidas a la infancia de sus miembros. El siguiente enfoque, es el de la mediación de la personalidad, identificado en los trabajos de Linton y Cora Du Bois con la colaboración de Kardiner (Bourguignon, 1979); psicoanalista que sostenía la existencia de una estructura de la personalidad básica, modal, que refería una serie de características compartidas por los miembros de un grupo, resultantes de experiencias formativas que a su vez eran consecuencia de la acción de instituciones primarias, como la educación o disciplina ejercida durante la infancia o la familia; mientras que la religión, la mitología, el folklore y el arte, eran identificadas como instituciones secundarias.

De acuerdo con su propuesta, las instituciones debían ser entendidas en función de lo que la gente hace, piensa, cree o siente. Según el modelo de Kardiner (cit. en Bourguignon, 1979), el desarrollo de una personalidad normal, va de la mano con un adecuado cuidado materno, infancia y niñez, de forma tal que la desviación, bajo su esquema, sería definida como algo patológico, cuya causa

correspondería por tanto, al comportamiento de la madre, el cual llegó a ser calificado como negligente o descuidado. Esto último condujo al establecimiento de una serie de juicios de valor que pueden leerse detrás de la que se constituyera como la teoría de la mala madre descrita por Wallace (1963), como una teoría que intentó buscar las bases de la aparición del trastorno esquizofrénico en la relación padres-hijos analizada a partir de la ambivalencia e inconsistencia mostrada en dicha relación social. Un ejemplo de ello, aunque no señalado bajo la categoría de mala madre, considero puede encontrarse en Devereux (1973) al referirse a los hallazgos de un psiquiatra en Sudáfrica respecto al papel jugado por la lactancia prolongada y los cuidados maternos adecuados, los cuales habrían representado un factor que permitió a los bantús sobrevivir psicológicamente.

Si bien, la teoría de la cultura y la personalidad constituyó un tema importante, para Wallace, el desarrollo del estudio de la relación entre ambas dimensiones, se vio afectado por el hecho de que la mayoría de los antropólogos que se dedicaron a ese campo, entre los que incluye a Benedict (1934), se conformaron con el registro y descripción de la variabilidad cultural estableciendo relaciones periféricas con otras áreas, con lo que se vieron limitados los esfuerzos por comprender teóricamente el proceso cultural. Los postulados culturalistas en su búsqueda por establecer una supuesta uniformidad-homogeneidad interna, habrían ignorado los procesos de organización de la diversidad generaron en su interior una serie de inconsistencias (Wallace, 1963).

Por el contrario, Wallace (1963) busca situarse al nivel de la organización de la diversidad. Los supuestos a partir de los que desarrolla su trabajo, son en principio, el desarrollo de una teoría científica de la cultura como objeto de la antropología y en segundo lugar, que todo teoría que busque explicar hechos culturales debiera incluir en su formulación fenómenos no culturales, que para este caso quedaban contenidos en el término “personalidad”. En principio este aspecto me parece relevante a resaltar en tanto que al declarar la existencia de ámbitos de la vida social que no están cruzados por la cultura, si tomamos en cuenta que el tema a desarrollar es la relación entre cultura y personalidad, podemos desde ahora identificar en Wallace (1963) una postura que reconoce o sostiene la

existencia de una dimensión independiente a lo sociocultural, la cual caería en lo natural y como tal, no rompe la dicotomía biología/cultura.

Como se ha mencionado, Wallace (1963) considera que las concepciones predominantes sobre la relación entre sistemas culturales y de personalidad, pueden dividirse en dos, por un lado el de la repetición de la uniformidad y por el otro, la organización de la diversidad. La primera, corresponde al interés mostrado por la antropología, respecto al grado en que los miembros de un determinado conjunto social en virtud de su identificación con el grupo, actúan igual en iguales circunstancias; lo cual erróneamente, lleva a pensar a la sociedad como culturalmente homogénea. Desde este punto de vista, se estaría considerando la perfecta correspondencia entre cultura y carácter nuclear del individuo. No obstante, el mismo Wallace (1963) considera imposible demostrar empíricamente, que un sistema social se conforma de individuos que no sólo comparten sino que son guiados por iguales motivos. La interrogante que resalta entonces, y que puede aplicarse a la lectura de la propuesta de Benedict (1934) es aquella que cuestiona directamente la necesidad de que todos los miembros de un sistema sociocultural compartan el mismo mapa para que puedan seleccionar la conducta adecuada o correcta ante las diversas circunstancias. Recordemos que de la lectura a la propuesta de Benedict (1934) se genera la posibilidad de concebir bloques de sujetos homogéneos, aún aquellos considerados como desviados.

El segundo elemento o concepción, que es al que Wallace (1963) se adscribe, considera una diversidad de hábitos, motivos, costumbres y personalidades dentro de los límites de toda sociedad culturalmente organizada. Bajo esta postura la cultura se concibe cambiante a lo largo de las generaciones, caracterizada internamente por la diversidad, además de dejar de ser considerada como una cosa ya elaborada, a cambio de concebirse como una conceptualización forjada por los propios individuos al interior de su grupo social. Con lo cual puede notarse un reconocimiento a la participación del sujeto, que en los enfoques iniciales donde el individuo era presentado como contenedor pasivo de la cultura, no se distinguía.



En este sentido, los esfuerzos por elaborar definiciones y proponer perspectivas de análisis adecuadas a la variabilidad sociocultural mostrada en el campo de la salud y enfermedad, incluida la enfermedad mental; de acuerdo con Wallace (1963), remitieron al concepto de desviación de conducta o anormalidad como aspecto universal de enfermedad, ya sea que ésta se defina en función de una distribución estadística o que enfatice la no conformidad con las normas de conducta establecidas por el grupo. La ventaja encontrada a tal definición se consideró era justamente mantenerse al margen de señalar cuestiones de sintomatología, etiología y pronóstico, empleando el diagnóstico social como medida de normalidad, a la vez que su desventaja recaería en ignorar el proceso interno del sujeto, correspondiente a las penas, sentimientos de ansiedad y conflictos individuales experimentados.

Si bien, coincido con Wallace (1963), respecto a que el centro de la discusión debiera colocarse desde la antropología, no en la determinación de la causalidad sino de las condiciones socioculturales que dan lugar a dicho fenómeno, considero que la riqueza que puede aportar la discusión antropológica respecto al determinismo biológico detrás de la clasificación médica, no debe anularse debido a la aceptación de una causalidad natural de todo padecimiento circunscribiendo a la antropología al abordaje de sus manifestaciones o aspectos secundarios. Por ejemplo, con relación a la terapéutica y causalidad, Wallace (1963) identifica dos líneas de pensamiento que son la bioquímica y la psicosocial, y a partir de ello, elabora una propuesta de integración, no obstante, ésta culmina en la descripción cultural de una entidad patológica como es la esquizofrenia, dejando de lado la discusión del proceso de construcción sociocultural desde la biomedicina, de la propia patología y la serie de síntomas que la han ido caracterizando. Aspecto, que marcaría la diferencia con trabajos posteriores adscritos a la antropología médica, en los que se apuesta por la configuración del discurso biomédico como objeto de estudio y discusión antropológica.

La perspectiva bioquímica sostendría que aún no se han identificado las disfunciones orgánicas que dan lugar a la psicosis pero tarde que temprano éstas podrán encontrarse y todas las psicosis serían identificadas e incluidas en la

categoría de desórdenes orgánicos. Mientras que, por el contrario, la psicosocial albergaría teorías diversas provenientes del psicoanálisis, la psicología social y clínica, la antropología y la sociología, las cuales coinciden en considerar a la psicopatología resultado de una distorsión en la experiencia o situación social del sujeto. Por ejemplo, la teoría psicoanalítica junto con una parte de la antropológica social ubicarían las causas en las experiencias tempranas del desarrollo; la teoría sociológica por su parte, lo haría introduciendo elementos del contexto, como factores ecológicos o clase social del sujeto; y finalmente, la antropología cultural que establecería la causa del desorden en los procesos sociales, culturales y psicológicos.

Finalmente, la propuesta de Wallace (1963), opta por intentar relacionar los procesos bioquímicos y psicosociales en la etiología y desarrollo de enfermedad mental, de tal forma que la esquizofrenia aparecería como motivada por un desorden bioquímico u orgánico hereditario que reduce la capacidad semántica del individuo a un nivel que le impide o dificulta la adecuada participación cultural. El límite entre la normalidad y la desviación de acuerdo a la organización social, es decir la valoración social del proceso químico, correspondería al grado de diversidad que el individuo es capaz de sostener para mantenerse dentro del orden social aceptable para sí y para el grupo. De este modo, la disminución de su capacidad semántica, representaría para la persona, una condición de vacuidad de sentido que trae en consecuencia un deterioro de la estructura de su personalidad, el desarrollo de sus defensas de forma desesperada e inadecuada y eventualmente el aislamiento social. La diferencia cultural se encontraría por tanto, en la variación del contenido sintomático en relación con una incapacidad mostrada por el sujeto para relacionar los procesos bioquímicos y psicosociales a nivel individual.

Si bien llega a reconocerse desde ciertas posiciones que el papel de la antropología no gira en torno a la definición de la causalidad de la enfermedad mental, la interrogante que subyace a la discusión presente a lo largo de la literatura sobre el tema, se configura en términos de hasta qué punto las causas del padecer mental son biológicas, sociales o psicológicas. Como ha podido

leerse, el paradigma dominante para dar cuenta de la anormalidad y su causalidad desde la perspectiva relativista cultural fue el de la desviación, tanto si el referente era una norma cultural como si fuera un proceso fisiológico (Gerber y Carbaugh, 1964). Al igual que Wallace (1963) quien reconoce la existencia de un proceso fisicoquímico experimentado por la persona, desde la sociología del conocimiento, Freidson (1978) nos ofrece un análisis de la noción de enfermedad como desviación en la que sitúa una dimensión biológica, en cuanto a signos verificables y medibles empíricamente, los cuales no obstante, quedan fuera de su análisis. Sin embargo, Freidson (1978: 213) parte de su afirmación de que, si bien, *la enfermedad como tal puede ser una afección biológica, ...la idea de enfermedad no lo es ni tampoco es el modo en que los seres humanos responden a ella*. De esta forma, al distinguir entre desviación biológica y social en función de la norma que funge de criterio de evaluación del desvío, sostiene que la desviación más que aludir a un estado, referiría a la valoración del significado dado a dicha condición.

La designación de enfermedad, aquí, queda descrita como un hecho social en que se toma un atributo y se valora negativamente, como algo indeseable, desencadenando una serie de acciones y esfuerzos para su control o erradicación. La clasificación de enfermedad se basa entonces, no en el signo físico, sino en el significado dado al atributo o comportamiento detrás de dicha asignación. La desviación social adquiriría por tanto, interés más que como experiencia subjetiva, como resultado de un proceso social que determina que ciertos actos o atributos sean identificados como desviación, esto es, un proceso en el que *creencia cultural y perturbación personal se refuerzan* (Bourguignon, 1979: 279); extendiendo en ello, la caracterización de la misma hasta la persona que posee dicho atributo.

Las propuestas reseñadas permiten al lector situarse en la dimensión social de la enfermedad, quedando establecido que la condición de enfermedad se padece en la medida que ésta sea reconocida como tal, tanto por el sujeto que la vive, como por quienes le rodean, incluidos, curadores o médicos especialistas y demás miembros del grupo que participan del proceso salud/enfermedad/atención.

Asimismo, se hace presente la diferencia y la organización social de la desviación al interior de los distintos conjuntos sociales, en contraposición a la imagen homogénea culturalmente, que puede ser insinuada desde una cierta lectura del fenómeno de la anormalidad. Cuando habría que tomar en cuenta que dentro de un mismo conjunto social, existen sectores dominantes cuyos valores serían extendidos e instaurados como normas, de forma que aquel valor o práctica divergente al dominante se tornaría en crimen o desviación social, acreedora de sanción o castigo (Freidson, 1978). En función de lo que podría ser el establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad entre sujetos o conjuntos sociales.

Hasta aquí han sido mostrados algunos enfoques de estudio de la representación de la enfermedad, los cuales, en ningún sentido, agotan la gran diversidad de propuestas existentes en el campo, sobre todo si tomamos en cuenta que algunos hallazgos y trabajos realizados fueron adquiriendo relevancia e independencia hasta conformar campos particulares de estudio, como el de la etnopsiquiatría o psiquiatría cultural, y el de la antropología médica en general (Bourguignon (1979). Desde esta última, es importante señalar, las propuestas aquí revisadas, se considera ayudan a clarificar gran parte de la discusión que tiene lugar, más recientemente en dicho campo, en tanto que además, constituyó la base teórica de la que se alimentarían algunos de los desarrollos posteriores.

Por ello, antes de dar paso a la revisión del desarrollo de los estudios comparativos transculturales de la enfermedad mental y el estudio de los síndromes culturales dentro de lo que ha sido la propuesta de análisis de la etnopsiquiatría, en el siguiente capítulo. Quiero detenerme en algunas propuestas que desde la antropología médica se considera permiten configurar otros enfoques de estudio de la representación de enfermedad, los cuales a su vez, muestran cierta continuidad con lo perspectiva culturalista. Una vez hecho esto, presentaré algunos de los principales hallazgos que ofrecen ciertos trabajos nacionales abocados al estudio de la enfermedad mental o locura en distintos grupos étnicos a fin de identificar en ellos, aquellos puntos de encuentro o continuidad en el

trabajo así como la divergencia con respecto a las posturas teórico-metodológicas aquí señaladas.

## **II.2 La representación de la enfermedad en la antropología médica**

Como pudo leerse en el primer capítulo, la perspectiva exotista en torno al abordaje de la salud y la enfermedad, en el caso de América Latina tomaría forma de un interés por lo “tradicional” bajo una perspectiva culturalista. De esta forma, la producción etnográfica se ubicaría del lado de las teorías culturales enfocada al estudio del fenómeno de la enfermedad en poblaciones indígenas exclusivamente, dirigida al desarrollo y aplicación de programas de atención enfocadas a estas poblaciones, bajo un aspecto integrativo o aculturativo (Osorio, 2001).

En el caso de la antropología médica, la aplicación del enfoque culturalista, en cierta parte de la producción científica, encaja con lo que Good (2003) identifica como enfoque empirista caracterizado por tres elementos. En principio, dar cuenta de la enfermedad en términos de creencias sobre la salud, en segunda instancia, una concepción de la cultura en términos de adaptación y finalmente, la priorización de lo racional. La adopción de este enfoque está muy relacionada con la visión de la cultura como sistema de creencias que permitía distinguir entre lo popular y lo científico, con la consecuente creación de representaciones fragmentadas, estereotipadas y estáticas de los sistemas de conocimiento médico, que aún al día de hoy, se expresan en la investigación etnográfica. Las creencias populares fueron calificadas de falsas y se determinó debían ser erradicadas y sustituidas por aquellas provenientes del conocimiento médico científico. Adicionalmente, asumir el enfoque de creencias populares sobre la salud, explica Good (2003), se basa en una visión de la enfermedad como entidad natural, que es representada con mayor o menor cercanía, al pensamiento popular o científico.

En lo que respecta al segundo elemento, éste consiste en la visión de la cultura como un conjunto de respuestas adaptativas, que en el caso de la salud surgen en respuesta a la amenaza que significa la enfermedad. Bajo este enfoque los sistemas médicos constituirían estrategias adaptativas individuales. Tanto creencias como prácticas son evaluadas en relación con el conocimiento

biomédico, estableciendo así su racionalidad. De lo anterior se desprende un modelo de persona racional respecto a la forma en que se considera la persona que enferma actúa, eligiendo la atención que desea recibir en función de los síntomas identificados que presenta. Dejando fuera la serie de factores estructurales que intervienen tanto en la elección como en el acceso a la atención médica, así como los aspectos socioculturales que modelan el proceso de búsqueda. Tal modelo y enfoque para Good (2003), es una forma de utilitarismo subjetivo que debe ser superado por una visión alternativa a la culturalista de carácter intersubjetivo.

Ya para la década de los años cincuenta del siglo XX, Good (2003) identifica un enfoque cognitivo, que se desprende de la antropología boasiana, el cual se concentró desde su origen, en la clasificación de las enfermedades; una identificación etnosemántica de las categorías de enfermedad y síntomas. Posteriormente este enfoque se concentró en la definición de modelos culturales, es decir, representaciones simplificadas de la enfermedad, las emociones o el funcionamiento cognitivo, el cual se juzgó pecaba de ingenuidad al reducirse a la premisa de que los sistemas sociales y comportamientos eran generados por la norma cultural.

Las representaciones de la enfermedad son, así entendidas en gran medida en términos mentalistas, abstraídas del <<conocimiento encarnado>>, y de fuerzas sociales e históricas que modelan los significados de la enfermedad. Los modelos de enfermedad se estudian en términos formales, semánticos, con escasa atención a sus dimensiones pragmáticas y performativas y a las tradiciones de las civilizaciones que aportan su contexto intelectual (Good, 2003: 107).

Un tercer enfoque es el interpretativista que coloca al centro del análisis los significados teniendo a la antropología aplicada en el horizonte. Al respecto, la noción de enfermedad en la que primordialmente se sitúa dicho enfoque es aquella que da cuenta de la enfermedad como modelo explicativo y no como entidad. La enfermedad no sólo queda situada en el ámbito cultural sino que se considera construida desde este mismo. Biología, práctica social y significado nos dice Good (2003:110), se conciben interrelacionados en la enfermedad como *objeto social y experiencia vivida*, de modo que el principal interés de dicho enfoque, lo constituye la interacción entre el significado y la actividad interpretativa

con procesos sociales, psicológicos y fisiológicos que terminan por producir formas particulares de enfermedad. Como parte del trabajo desarrollado desde esta perspectiva se encuentra el concepto de red semántica, elaborada por el propio Good (2003: 112), que vincula la enfermedad a valores culturales del grupo en que surge, configurándola como <<*síndrome de significado y experiencia*>>.

De esta forma, la experiencia se ha convertido en un aspecto vinculado a la representación de enfermedad, en la que el cuerpo es rescatado como elemento fundamental para la configuración de la experiencia, en tanto espacio de inscripción de la enfermedad y el sufrimiento. Finalmente, el último enfoque a señalar es el de la antropología médica crítica, emergido en cierta medida de la crítica a la perspectiva interpretativista. La principal característica reconocida a tal perspectiva es su esfuerzo por alcanzar una comprensión de la enfermedad a la luz de los procesos sociales y fuerzas económico-políticas más amplias que condicionan la experiencia de enfermedad y los significados sociales de la misma. Detrás de ello, Good (2003) identifica dos fuentes teóricas, Gramsci y su noción de hegemonía que observa la representación de la enfermedad como parte del sistema de valores, creencias y actitudes que sustentan el orden establecido y la posición dominante de un sector. Bajo este postulado se concibe que ciertas expresiones de sufrimiento resultantes de la forma que adquiere la interacción social entre conjuntos sociales, son configuradas como enfermedad con su consecuente medicalización, ejemplo de ello, la desnutrición. La segunda fuente identificada corresponde a Foucault y su estudio sobre el poder, del que se rescata igualmente la consideración de que todo poder genera resistencia, la cual dentro del campo de la antropología médica ha sido ubicada en la oposición a la medicalización y la forma cultural que toma.

Si bien la corriente crítica en la antropología médica tiene el mérito de llamar la atención en los aspectos macrosociales que operan en la configuración de la enfermedad, es importante señalar que en algunos casos ha caído en la hipercrítica en detrimento del análisis etnográfico que permita establecer su riqueza. De esta forma se han llegado a incorporar nociones que terminan por obstaculizar el desarrollo del análisis, entre ellos, Good (2003) menciona la noción

de mistificación aplicada a la enfermedad. Esto es, la representación de la enfermedad como mistificación, y la conceptualización del encuentro clínico como espacio de disputa del poder que genera resistencia individual y colectiva. El señalamiento hecho con respecto de la relación médico/ paciente en cuanto a las desigualdades de poder y conocimiento, se menciona conducen a un reduccionismo que da cuenta de esta situación en términos de explotación. De igual modo, se concibe como poco productiva, la oposición que se realiza entre lo crítico y lo clínico, en tanto obstaculiza la evaluación de los alcances y limitaciones del propio paradigma teórico.

¿cómo podemos escribir acerca de la enfermedad, de una manera que acreciente nuestra comprensión de las realidades de la experiencia vivida, sin dejar de hablar de los procesos, más amplios, sociales e históricos de los que los actores son sólo levemente conscientes? (Good, 2003:125).

Es la pregunta que continúa siendo vigente, que a su vez muestra, que la enfermedad requiere trazar su comprensión desde distintas perspectivas, que permitan dar cuenta de sus distintas dimensiones social, simbólica-cultural, política, económica y personal, desde una postura crítica que no caiga en la configuración de dicotomías improductivas y aplicación de categorías analíticas que respondan más a juicios del investigador que al propio esfuerzo por sentar las bases para una comprensión del proceso salud/enfermedad/atención (Good, 2003).

La producción etnográfica, se vería marcada por los distintos intereses que fueron conformando las anteriores propuestas, trayendo en consecuencia en una parte de la misma, la exclusión de aspectos relacionados con las determinantes sociales, políticas y económicas de la condición de salud de los distintos grupos sociales, esto es, la desigualdad social, la particular distribución de la atención médica que marca en parte el acceso a la misma, las políticas sanitaria, etcétera. (Good, 2003). La concentración de forma casi exclusiva a la investigación específica de enfermedades tradicionales (susto, mal de aire, empacho) desde un enfoque culturalista, traería consigo la ausencia o discontinuidad en el trabajo acerca de otros temas o problemas vinculados al proceso salud/enfermedad/atención entre los que se incluye la enfermedad mental.



Además de dar por resultado el predominio de una tendencia a eludir la estigmatización y priorizar la identificación de una función social e ideológica, dotando de un carácter positivo a los problemas que llevarían a fijar ante los mismos, una postura antimedicalizadora (Menéndez, 1990). En el marco de esto, a continuación doy paso a la revisión de algunos de los trabajos que conformarían parte de la producción que ha buscado abordar más recientemente, el fenómeno la enfermedad mental desde la perspectiva sociocultural.

### **II.2.1 La enfermedad mental en la antropología mexicana**

Uno de los trabajos que busca aportar a la discusión respecto a la trascendencia de la circunscripción de la enfermedad mental a una entidad natural o biológica es el realizado por Elferink *et al.* (1997) cuyo objetivo fue el acercarse a la definición del concepto enfermedad mental entre los nahuas a partir de una revisión de las obras de conquistadores y códices prehispánicos. Los autores, comienzan resaltando la presencia de enfermedades mentales en todas las culturas que han sido documentadas ubicando su diagnóstico y tratamiento en culturas antiguas, fuertemente influidos por una dimensión mágico-religiosa. *Para los nahuas, las enfermedades [mentales] eran enviadas por los dioses como castigo de un mal comportamiento y por haber pecado* (Elferink *et al.*, 1997: 59); la predestinación constituía otro elemento que marcaba la posibilidad de enfermedad mental.

Pese a considerar una limitación de estos trabajos, la traducción que hacen los cronistas del náhuatl al castellano, los autores identifican 5 grupos de enfermedades: a) ansiedad y aflicción; b) miedo patológico (cobardía); c) locura (el delirio, la demencia, el frenesí, la posesión demoniaca y locura precoz); d) melancolía (afecciones del corazón) y, e) histeria. De igual manera, sitúan al corazón como un órgano vinculado a la enfermedad mental, a la epilepsia, que es definida como "yollomimiquiliztli-muerte del corazón" y, a los estados de ánimo. Respecto al tratamiento, éste consistía en rezos, encantamientos, ungüentos elaborados a base de plantas y animales, infusiones (Elferink *et al.*, 1997).

Por su parte, Villaseñor *et al.* (2008) más recientemente, abordan la dimensión sociocultural de la enfermedad mental entre los huicholes de Tuxpan de

Bolaños, Jalisco. Cabe mencionar que el marco de trabajo en el que se inscribe este estudio, es el de la creación de una unidad de atención e investigación de corte etnopsiquiátrico que se señala como la primera de su tipo en la región, orientada a la atención de población indígena y campesina que ya hacía uso de los servicios de salud en Guadalajara, capital del Estado. Entre las poblaciones indígenas a las que se busca dirigir los servicios ofrecidos por dicha unidad se encuentran huicholes, nahuas y purépechas. No obstante, los autores sólo abordan el concepto de enfermedad mental entre los wixárika y su tratamiento identificando el uso del término *mayaxiákame* como el equivalente a “loco”. El comportamiento al que alude tal noción, es reconocido a partir de tres aspectos: el primero abarca la incoherencia en el discurso de la persona, el hablar solos o acerca de cosas que no son y el ser incapaz de responder a cuestionamientos; el segundo aspecto, abarca la forma de actuar, correr, no bañarse, perseguir niños, andar desnudos, etcétera; mientras que el tercero, implica la esfera emocional, que incluye el que la persona experimente sentimientos de rareza, persecución y vergüenza.

Este grupo étnico considera que puede nacerse con la enfermedad, en cuyo caso se atribuye al alcoholismo o consumo de marihuana de los padres, así como, debido a sustos o falta de cuidado de la madre durante el embarazo. Por otro lado, la locura también puede ser desarrollada en el transcurso de la vida, resultado de violar “el costumbre”, de un embrujo, golpes en la cabeza, o bien, forma parte del rito de iniciación chamánica, a través del cual un dios cuya materialización tiene lugar en algún ser de la naturaleza, pretende comunicar un don. Respecto a la forma de tratar la enfermedad mental, es el chamán o *maarakame*, quien determina el tratamiento a seguir y si es necesario o no consultar al médico occidental. El tratamiento es realizado dentro de un templo doméstico en presencia de la familia y amigos del *mayaxiákame*, implica rezos, ingerir preparados con hierbas y raíces dirigidas a “tranquilizar el corazón y todo el cuerpo”, realizar ceremonias, “mandas”, fiestas, sacrificar animales, no comer sal, entre otros. Todo lo cual, termina por resaltar la función social de la enfermedad

identificándola como un *factor condicionante para el apego y reproducción del esquema cultural* (Villaseñor *et al.*, 2008: 138).

En lo que respecta a etnias como la tzotzil y tzeltal, se tiene el trabajo de Eroza y Álvarez (2008), quienes buscaron identificar padecimientos locales cuyos signos y síntomas correspondieran a los de un desorden mental. La investigación fue realizada con población de los Altos de Chiapas, encontrando la referencia a dos distintos padecimientos, el “tup ik” (tzotzil) o “tup tup ik” (tzeltal), traducido como ataques y el chuvaj (tzotzil) o chawaj (tzeltal), traducido como mareo o locura, caracterizado por la presencia de alucinaciones, delirios y trastornos del comportamiento. Entre las principales causas se mencionan el que un dios comunique un don especial a la persona o lo castigue a causa de su conducta, o bien, debido a brujería. A diferencia de los anteriores, un aspecto interesante de este trabajo es que presenta una reflexión respecto al planteamiento teórico-metodológico que lo sustenta.

En principio ubica la noción de “drama social” de Turner (1957 cit. en Eroza y Álvarez, 2008) como una categoría útil al análisis de las contradicciones subyacentes a la aparente regularidad del sistema además de que a través de ella, el conflicto o infortunio podrían revelar lo que la gente siente realmente. Por su parte, se considera que la narración permite al individuo situar su sufrimiento en la historia, pero su importancia no radica en la posibilidad de brindar una coherencia a la experiencia, sino en el hecho de considerar las distintas visiones y participación de diversos actores. Las experiencias vividas estarían vinculadas, por lo tanto, por el drama, es decir, serían historias desarticuladas que adquieren significado a través de puntos de inicio o ruptura que vuelven a la narrativa, recurso de estructuración de las mismas. De forma particular, se considera que las narrativas en torno al padecimiento cobran interés en tanto conectan el nivel de la subjetividad (padecimiento personal) y el de la intersubjetividad (construcciones sociales) al dar sentido y significado a lo narrado.

A partir de lo anterior, se presenta el análisis de dos narrativas, la primera de ellas corresponde a la de una mujer cuyo padecimiento estaría reflejando el drama social asociado al intercambio matrimonial y la poliginia. Es decir, una serie

de tensiones respecto de ciertas prácticas sociales como son la obligación de pago de la novia y la calidad de segunda esposa, que se concretan en la experiencia particular de enfermedad manifestada por un comportamiento agresivo, discurso incoherente, hablar sola, etc. El segundo caso abordado, también de una mujer, es visto como el reflejo de las contradicciones y tensiones entre dos estructuras sociales distintas a las anteriores, la de la patrilocalidad y la herencia de tierra. Ya que si bien, en la región se concibe el mismo derecho a la tierra para hijos (as), ante una unión matrimonial, las hijas representan la fragmentación de las tierras propiedad de la familia en cuestión, en un entorno en el que además tal posesión constituye un elemento de prestigio y poder masculino. De esa manera, ambas narrativas trascienden la referencia particular para indicar experiencias de infortunio compartidas, es decir, dan cuenta de la forma en que quienes las viven, *se alinean con las dimensiones de su historia y su sociedad y con los valores existentes en su mundo cultural* (Eroza y Álvarez, 2008: 407).

Por su parte, en otro trabajo, Eroza (2006) aborda seis casos de personas que atraviesan por la experiencia de crisis convulsivas buscando resaltar cómo el padecimiento, poco a poco, va configurando historias familiares de infortunio. Para esta misma región, se tiene otra investigación a cargo de Witold Jacorzinski (2008), que da origen a dos obras enlazadas, emergidas del seguimiento, estudio y análisis de la vida de una indígena tzotzil de los Altos de Chiapas. La historia de enfermedad de Trifena Pérez, quien padece *tup ik* (epilepsia) o *chuvaj* (locura), la cual es presentada al interior de su historia de vida *con todo su claroscuro, el amor, el engaño, la felicidad familiar, el rechazo, el odio, la esperanza, el sufrimiento, la fe, la incomprensión, la risa y el olvido* (Jacorzinski, 2008: 11), como una historia que condensa y refleja la historia de muchos otros.

Más recientemente, entre los trabajos producidos en este campo se encuentran aquellos que integran el libro *Entre tarahumaras, coras y huicholes. Algunos aspectos sobre la "locura"*, editado por la antropóloga Blanca Zoila González Sobrino (2012). Si bien, ésta es una obra que se presenta dirigida al abordaje de la locura, sólo en tres de los seis textos que la conforman, hay un

tratamiento directo de la misma. El primero de ellos, *Locura y trastornos mentales*, aborda la locura a partir de una breve revisión histórica sobre la forma en que ha sido definida desde el discurso médico psiquiátrico. Luego de revisar la definición de locura, toca aspectos más específicos acerca de la construcción del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión (DSM-IV) y los criterios de identificación de los distintos padecimientos. Finalizando con tres señalamientos: 1) la necesidad de establecer trabajo interdisciplinario para abordar el fenómeno de la enfermedad mental, 2) la importancia de la perspectiva etnográfica en la adaptación de los instrumentos de diagnóstico actualmente empleados y 3), la relevancia de reconocer e integrar los tratamientos médicos locales a los programas y políticas públicas institucionales.

En los dos textos siguientes, se da ya un abordaje directo de la forma cómo se definen y tratan, la locura y las enfermedades del alma, entre los rarámuri. En uno de ellos, Fujigaki y Martínez (2012) presentan los resultados correspondientes al estudio en el ejido de Norogachi, en el municipio de Guachochi, Chihuahua. En principio, señalan que la noción de locura se vincula a las relaciones sociales que los rarámuri sostienen con lo que denominan “seres-planta” o “plantas con poder”, caracterizadas por poseer un espíritu fuerte, ser ambivalentes y capaces de provocar infortunio. Se presenta el caso de una persona que es referida como lowíame (“loco”/“tonto”) a causa de haber insultado al peyote. Dicho insulto consistió en la transgresión del círculo ritual al acercarse hasta el altar donde se hallaban las ofrendas y haber comido de ellas, provocando que el “ser-planta” (jíkuri) reaccionara “amarrándole” el alma. Razón por la que comenzó a enfermar, es decir, a disociar su personalidad (sobrio=serio/tomado=agresivo) y a actuar mal. El comportamiento y apariencia que se le reconoce es emborracharse, estar desaliñado, despeinado, sucio, llamar la atención por su comportamiento, ojos rojos, mirada perdida, entre otros. La forma de sanar implica, realizar un ciclo de tres fiestas dedicadas al peyote y consumirlo para que le devuelva el alma, es decir, en la restauración de la relación social fracturada.

Resulta interesante ver cómo a través del análisis de un caso relatado, los autores van mostrando la articulación con la noción de persona y lo que se

identifica como ética rarámuri (normatividad social), en términos de lo que significa vivir correctamente o ser un buen rarámuri. De tal modo, que el proceso de enfermar o enloquecer se considera un estado progresivo que puede conducir a la muerte, expresión de haber sufrido un daño en el alma o almas que llevan a la persona a actuar de forma incorrecta y negativa, es decir, a no ser un buen rarámuri, adquiriendo un estatus bajo entre el grupo.

En el siguiente texto, a cargo de los mismo autores (Martínez y Fujigaki, 2012), se da continuidad a esa temática abordada previamente, pero en esta ocasión a través del estudio del papel que juegan distintos seres-planta en este mismo grupo, a fin de distinguir los distintos usos y consumo, es decir, el tipo de relaciones sociales establecidas con esos seres, de cuya fractura se desprende el desencadenamiento de la locura. Asimismo, se realiza una comparación de la noción “lowíame” de los rarámuri y la de “kieri”, que es descrito como un principio anímico o fuerza ambivalente, presente entre los huicholes, de cuyo contacto emerge la experiencia de locura. “Estos “seres-planta”, los daturas y las cactáceas, en un caso y en otro son volubles, capaces de dotar de fortuna a las personas, pero peligrosas por conducir al infortunio, a la locura y a la muerte” (Martínez y Fujigaki, 2012: 88).

Los restantes trabajos que conforman la obra citada líneas arriba, se enfocan, uno, al estudio del uso del peyote en contextos rituales en una comunidad cora y otro, en huicholes, en términos de elementos de cosmovisión y práctica social que refieren a universos de sentido que pueden ser confusos a la práctica psiquiátrica. Por último, el texto que cierra, tiene por objetivo, integrar aspectos biológicos e histórico-sociales para esbozar algunas particularidades de la variación genética entre grupos del norte de México, en tanto que algunos de los marcadores genéticos ahí tratados, han sido identificados desde la psiquiatría, como relacionados con la presencia de trastornos mentales.

Hasta aquí se puede constatar no sólo la presencia de diversos padecimientos en distintos grupos étnicos como se señaló sino, la articulación de éstos, a distintos factores sociales y culturales que se reflejan no sólo en la conceptualización del trastorno o en la atribución de causalidad del mismo, sino en

el tipo de tratamiento y especialista consultado. Sin embargo, a excepción de los trabajos respecto a las etnias tzotzil y tzeltal, en ninguno de ellos, se abordan las repercusiones de presentar un trastorno de este tipo, si acaso Martínez y Fujigaki (2012) en sólo uno de sus trabajos, dedican una línea a mencionar que son personas que gozan de un bajo estatus, sin ampliar más. Por lo demás, son trabajos que buscan resaltar la dimensión cultural que configura al padecimiento, que si bien, resultan muy bien elaborados y sugerentes, no responden a lo cuestionado desde hace tiempo por Menéndez (s/f) con relación a que la evidencia de tal dimensión no es escasa y responde a una larga trayectoria de estudio y discusión, por lo cual, más que seguir simplemente evidenciando el papel de lo cultural en la configuración de los trastornos, es necesario profundizar el análisis en torno al por qué la biomedicina, y en particular la psiquiatría, continúan prestando escasa atención a tales hallazgos, optando por excluirlos o medicalizarlos. Asimismo, no hay un desarrollo de los aspectos estructurales o macrosociales, sino que se continúa podríamos decir el desarrollo del tema desde una perspectiva culturalista que prioriza sólo una dimensión del problema.

La problematización de éstos hallazgos a la luz de su relación con el sistema médico psiquiátrico, también considero, es un importante ausente en los anteriores trabajos, salvo el texto de Villaseñor *et al.* (2008), que busca el establecimiento de una unidad de atención médica especializada, en ninguno de los casos anteriores, se hace mención de la coexistencia y particular interacción entre ambos sistemas de atención médica. Sería importante profundizar en la relación de negociación, complementariedad o conflicto que marca la interacción entre ambos (sistema tradicional local/sistema biomédico institucional), en torno a la definición y tratamiento de la enfermedad mental. Así como, en la forma en que la población se desenvuelve en dicho escenario.

Más allá de ello, todos los trabajos mencionados previamente son valiosos en tanto muestran, indudablemente, que *no podemos abordar los padecimientos de los diferentes grupos culturales tratando de encuadrarlos en nuestra propia concepción occidental de la enfermedad mental, sino que habrá que acercarse a*

*la concepción propia del paciente sobre la enfermedad que padece para brindar un tratamiento eficaz* (Villaseñor *et al.*, 2008: 138).

Asimismo, un elemento que cruza cada uno de los trabajos brevemente descritos, se encuentra la articulación de la enfermedad mental a la norma social, que coincide con lo precisado por Freidson (1978) acerca de que aun cuando se reconoce que la enfermedad pueda existir como atributo o acción independiente de la regla social, su valoración como desviación social no es algo que pueda existir independientemente de las reglas sociales que le asignan el significado como tal, es decir, que la crean. Ya que bien puede existir un rol social de desviación carente de acto o atributo que lo sustente, creado sólo a partir de la percepción y acusación del mismo. De ahí que como se señaló, la desviación social cobra importancia en su referencia a un proceso social que estipula la identificación de ciertos actos o atributos como desviantes.

En este sentido, las diversas atribuciones de causalidad aludidas en dichos trabajos, los colocan en línea con lo señalado tanto por Benedict (1934) como por Freidson (1978), respecto al carácter moral que se desprende de su determinación a partir de un conjunto de normas sociales, que configuran la salud y normalidad en función de la atribución de una serie de significados y respuestas sociales vinculadas al cumplimiento o no, de la expectativa social. Basta recordar lo desarrollado en el trabajo de Fujigaki y Martínez (2012) que ubican la enfermedad mental dentro de la ética rarámuri, como un referente de lo que es vivir correctamente o ser un buen rarámuri. Adicionalmente, en su mayoría son trabajos que reproducen o se adscriben al enfoque empirista identificado por Good (2003), priorizando como criterio de distinción entre lo popular y lo científico, al modelo de creencias sobre la salud y enfermedad. Un enfoque en el que cabe agregar, no tiene lugar la crítica explícita al modelo biomédico o a la construcción particular de enfermedad.

Mención aparte merecen los trabajos que existen sobre el Valle del Mezquital, Hidalgo y el grupo étnico hñähñu en tanto que constituyen el lugar y población de estudio del presente trabajo. Es necesario decir, que son pocos los trabajos dirigidos al estudio de padecimientos mentales en la zona, sin embargo, a



nivel estatal, para el 2002, los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso se identificaban como la cuarta causa de muerte entre la población de entre 15 y 24 años de edad, y la tercera causa de muerte en niños y adolescentes en edad escolar. Mientras que en los adultos, estos mismos trastornos fueron vinculados con el fallecimiento de la población (García y Gloria, 2005).

En su mayoría los trabajos que hay sobre esta población se abocan al estudio de malestares y problemas asociados al consumo de alcohol (García Andrade *et al.*, 2006) que han dado por resultado la adaptación cultural de instrumentos de medición de síntomas y presencia de trastornos como la depresión (Tiburcio y Natera, 2007). Así como, de programas de intervención dirigidos a familiares (Natera *et al.* 2011). Uno de esos trabajos realizado con mujeres de la zona, presenta la correspondencia entre expresiones locales de sentimientos y síntomas relacionados con depresión, no obstante, se reconoce que varios de éstos, no podrían ser identificadas únicamente mediante la aplicación de escalas o cuestionarios, debido a que son cruzados por diversos factores que no contemplan dichos instrumentos o que simplemente los rebasan (Natera *et al.* 2012).

Como puede leerse, estos trabajos se limitan al estudio de un solo trastorno (consumo de alcohol), ya que aun cuando se hable de depresión, se hace en función del consumo en términos de causa-efecto. No obstante, ninguno alude a la percepción de la población respecto al consumo, salvo el último caso, que lo estudia desde la perspectiva de las mujeres pero en términos ya de sintomatología depresiva. Más allá de esto, no se habla o describe en términos de la población qué significa un consumo elevado de alcohol o alcoholismo, a qué elementos o procesos se vincula. A diferencia de los primeros textos revisados en este trabajo, con mayor tendencia a la descripción del fenómeno (cómo se define y trata la enfermedad). Estos últimos parten de categorías emergidas en contextos ajenos al de estudio, y por tanto previamente definidas y caracterizadas, para a partir de una inicial identificación y correspondencia de síntomas, adaptar programas que han mostrado eficacia en otra población y contexto.

Es cierto que hay una larga tradición de estudio que sostiene la influencia de la cultura en la enfermedad mental, pero me parece que aún sigue siendo un campo fragmentado que requiere del diálogo entre enfoques y posturas partiendo de que la enfermedad mental es un fenómeno complejo en el que confluyen diversos factores (sociales, culturales, biológicos, personales, políticos, económicos). Adicionalmente, en su mayoría son trabajos elaborados priorizando la visión del conjunto, del grupo, en la que la experiencia de quien padece la enfermedad queda diluida, o no es suficientemente matizada. Por tanto, considero que el tema no está agotado, sobre todo entre la población del Valle del Mezquital quienes por un lado, mantienen una conceptualización de la enfermedad que padecen, ligada a factores socioculturales locales, y por el otro, participan de la conceptualización que la biomedicina elabora de esa misma experiencia. La cual es transmitida a la población a través del personal de salud de los distintos consultorios de salud mental que han sido establecidos en la región como parte del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental. De ahí que, mi interés esté colocado en conocer no sólo la dimensión cultural de la enfermedad mental, sino, los diferentes procesos sociales que se vinculan a la misma, incluyendo aquellos que marcan la recepción, apropiación y resignificación de los elementos provenientes del sistema biomédico, al ser una población con acceso a ambos sistemas de conocimiento y atención médica (tradicional local/biomédico psiquiátrico).

Los trabajos aquí descritos, constituyen tan sólo una parte de la amplia producción etnográfica generada en torno al tema de la enfermedad mental desde diversas corrientes de pensamiento. No obstante, resta la revisión de algunos de los trabajos y estudios comparativos transculturales de la enfermedad mental que como fue mencionado, conformaron un campo de estudio específico, el correspondiente a la etnopsiquiatría o psiquiatría transcultural, la cual será abordada en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO III

### La enfermedad mental desde la perspectiva transcultural

De acuerdo con Bourguignon (1979), en un cierto momento de la investigación desde lo sociocultural, la enfermedad mental fue vinculada a las sociedades modernas, imputándola a la limitación o subordinación de los impulsos individuales con respecto del orden social atribuido a las mismas. A diferencia de las sociedades primitivas, en las que se consideraba que la persona gozaba de mayor libertad individual de expresión personal, provocando con ello la ausencia de los trastornos presentes en las sociedades modernas. No obstante, el material etnográfico mostraba la presencia de trastornos de este tipo en los diferentes grupos sociales, llegando a la conclusión de que *los procesos que producen alteraciones de pensamiento, sentimientos y comportamientos...no sólo existen en la mayoría de (si no es que en todas) las culturas sino que son reconocidos en todas partes y etiquetados* (Murphy cit. en Bourguignon, 1979:275).

Para la segunda mitad del siglo XX, se contaba con trabajos como el de Edgerton (1966 cit. en Bourguignon, 1979) que mostraba la presencia de un concepto de psicosis entre pobladores de cuatro distintas tribus del este de África. Dicho concepto sin embargo, presentaba variación respecto de su caracterización o serie de comportamientos asociados al mismo; así entre los kamba y los hehe, se encontró que la psicosis se consideraba causada por brujería, magia o ira de los antepasados, pero ésta podía ser curada y por tanto, la persona que la padecía debía recibir tratamiento. Por el contrario, para los sebei y los pokot, la psicosis era concebida como una enfermedad respecto a la que no se identificaba una causa, por lo cual se consideraba incurable, de ahí que la persona debía ser tratada con dureza, por ejemplo, dejándolos morir de inanición, amarrándolos o incluso matándolos (Bourguignon, 1979).

La presencia de enfermedades mentales en diversos conjuntos sociales sumado a la variabilidad mostrada respecto de las condiciones de su desarrollo, su contenido simbólico y las características que tomaba la experiencia de las

mismas, encontraron eco en la premisa de especificidad cultural que constituyera la base etnográfica de la perspectiva relativista. Es así como desde ésta, la investigación en torno al papel jugado por los factores socioculturales en el desarrollo de la enfermedad mental y la vivencia de la misma encuentra impulso, conformando la subespecialidad multidenominada, etnopsiquiatría, antropología psiquiátrica o psiquiatría cultural o transcultural (Bourguignon, 1979; Martínez-Hernández, 2009).

Cabe resaltar que una de las diferencias que ha llegado a fungir como criterio de distinción entre las diversas formas de denominarla, tiene que ver justamente con una transición en la perspectiva marcada por la valoración de la psiquiatría como un producto histórico-cultural, es decir, uno de los principales reconocimientos hechos a la psiquiatría transcultural ha sido el abordar a la ciencia médica psiquiátrica y su producción científica como un conjunto de saberes y prácticas, de entre otros posibles, que dan significado a la enfermedad y elaboran categorías de la misma, que son dependientes de un contexto histórico-cultural y no entidades absolutas que escapen a la discusión e investigación social (Martínez-Hernández, 2009). A diferencia del enfoque dominante en la etnopsiquiatría, la cual en sus orígenes fue propuesta como complemento de la práctica psiquiátrica, como aquella encargada de los aspectos socioculturales en la definición de la categoría médica y designación del tratamiento que hasta entonces los médicos no tomaban en consideración.

A continuación presento una breve revisión de lo que constituye uno de los principales campos de estudio de la articulación entre factores socioculturales y enfermedad mental, como lo es la etnopsiquiatría o psiquiatría transcultural, que si bien, inicialmente integraría el estudio de los síndromes culturales, éstos, también serían desarrollados desde una antropología de la salud que no siempre se adscribe a la perspectiva etnopsiquiátrica. Es así que se presenta la revisión de algunos trabajos sobre síndromes culturales, aun cuando no exista en ellos una clara adscripción a la etnopsiquiatría o psiquiatría transcultural. Posteriormente, serán descritos en forma breve algunos síndromes culturales presentes entre la población de estudio del presente trabajo, a fin de ir dibujando un panorama

general de las condiciones del proceso salud/enfermedad/atención en la zona de interés.

### **III.1 Etnopsiquiatría o psiquiatría transcultural**

Uno de los autores más importantes en la perspectiva etnopsiquiátrica es Devereux (1973) quien más allá de sentar las bases para la articulación entre la perspectiva etnológica y la psiquiátrica; elaboró, de acuerdo a Bourguignon, (1979: 287) *la más completa descripción de un sistema tradicional de clasificación, explicación y tratamiento de desórdenes mentales* a partir de su trabajo con los mohave. No obstante, el propio Devereux (1973) buscando mostrar la capacidad explicativa de su propuesta, más allá de lo local, toma ejemplos de diversos desórdenes en los que busca apoyarse, entre los que se encuentran el amok y latah presente entre los malayos, el berseck de los escandinavos, el inu entre los ainus y el windigo de los algonquinos de Canadá, con relación a los cuales reconoce una atribución de causalidad bien definida al interior del grupo en que tiene presencia, así como la definición de una sintomatología, evolución y pronóstico.

Las enfermedades mentales, bajo el lente teórico de Devereux (1973) se configuraron como desórdenes étnicos estructurados y armonizados culturalmente, lo que quería decir, que cada cultura poseía sus propias formas de desorden y aseveración, de modo que la cantidad y el tipo de desorden se convirtieron en criterios de definición de la organización social del grupo. Lo anterior, culmina en su clasificación de desórdenes en la que contempla desórdenes relacionados con la estructura social específica del grupo; en segunda instancia, aparecen los desórdenes étnicos relacionados con modelos culturales, seguidos de desórdenes sagrados asociados a la práctica chamánica y los desórdenes idiosincráticos. La enfermedad mental o desorden mental quedaba así, articulada de origen, a la cultura, siendo esta última, la encargada de establecer la forma de expresión de la misma.

Los síntomas característicos de la neurosis o psicosis no son improvisados. El enfermo no los inventa. Su medio se los proporciona ya preparados y representan, en el mismo sentido en que lo entiende Linton como "Modelos de conducta incorrecta": "Todo ocurre como si la sociedad dijera al neurótico o al psicótico en

potencia no seas loco, pero si te es preciso serlo, manifiesta tu locura de tal o cual manera y no de otra. Si te separas de ese comportamiento no se te considerará loco, sino criminal, brujo o herético (Devereux, 1973: 262).

Desde una cierta lectura, la propia cultura quedaría concebida como generadora de enfermedad mental, en tanto que configura modelos sociales de conducta incorrecta, formas admitidas de desorden mental. Afirmación que alcanzaría no sólo a la caracterización de los desórdenes mentales en las sociedades primitivas sino también a la de aquellos correspondientes al tipo particular de sistema cultural, estructura social y funcionamiento de sociedades civilizadas.

Si bien, detrás de la propuesta etnopsiquiátrica puede situarse una herencia culturalista materializada en el interés mostrado en reafirmar la especificidad cultural de los trastornos mentales, fue también desde esta misma, que se desarrolló una crítica al culturalismo a causa de lo que calificaba como desarrollo insuficiente de los postulados freudianos (Laplantine, 1979). De ahí que la propuesta mayormente reconocida fuera la de Róheim (cit. en Bourguignon, 1979), quien como se mencionó en el capítulo anterior, sustentó su propuesta analítica de los trastornos mentales en las proposiciones de Freud identificando a la cultura con un carácter colectivo.

Por otro lado, entre los aspectos reconocidos a la escuela cultural norteamericana están la atención colocada en el desarrollo psicoafectivo del sujeto, esto es, el psiquismo individual, señalando la importancia de la cultura en el mismo, que implicaba además, la integración de una perspectiva teórica psicológica y una cultural, en un mismo esquema. Asimismo, se reconoce la configuración de tipologías culturales que se hacen corresponder con tipologías caracterológicas, ejemplo de ello, lo observamos en la tipología elaborada por Benedict (1934) sobre los zuni, kwakiutl y dobu, como sociedades de tipo dionisiaco, apolíneo y paranoide. Creando así la ilusión, dice Laplantine (1979), de una perfecta correspondencia entre individuo y cultura.

Señalado esto, entre las críticas podemos situar la elaboración de lo que sería calificado como modelos mecánicos, en términos de causa-efecto, que obscurecieron la comprensión de la complementariedad existente entre lo cultural

y lo psíquico. La segunda gran crítica, se dirigió al uso inadecuado de la teoría psicoanalítica adscribiéndose sólo al aspecto del condicionamiento cultural del sujeto, sin considerar la transformación que éste realiza del material cultural. Asimismo, se condena la negación en ciertas sociedades, de procesos declarados como universales, desde el psicoanálisis, por ejemplo, el complejo de Edipo, complejo de castración, entre otros.

Adicionalmente, si bien, la etnopsiquiatría ubica en el ámbito de lo cultural al desorden mental articulándolo a la estructura social, parte de su objeción fue la afirmación de que la interpretación de una cultura sólo podía realizarse en función de la misma, lo cual se consideró opuesto al núcleo etnopsiquiátrico que de acuerdo a Laplantine (1979), buscaba articular categorías universales de la cultura a las nociones de anormalidad y enfermedad psiquiátrica, esto es, el establecimiento del carácter universal de la enfermedad mental. Sobre ello se sitúa quizá, la principal crítica al relativismo cultural, al considerar que perjudicaba el reconocimiento de una universalidad humana. No obstante cabe recordar que en el trabajo de Benedict (1934), se reconoce la influencia boasiana justo en su intención o esfuerzo por encontrar un principio integrador de los diversos elementos constitutivos de la cultura (Harris, 1996), un enfoque dirigido no sólo a la diversidad cultural sino al establecimiento de sus elementos comunes.

La representación de la enfermedad mental que se realiza desde la etnopsiquiatría parte de ciertas premisas básicas: la primera de ellas es que toda cultura produce sus propias expresiones de locura y definición de la misma, por lo que se habla de que la locura, cumple una función. La segunda sostiene que en toda cultura, los sujetos cuentan con mecanismos de compensación dirigidos a atenuar lo real, y finalmente, que cada cultura caracteriza y designa un tratamiento en función de ello. (Laplantine, 1979). Dando forma a las siguientes representaciones de la enfermedad mental:

En primera instancia, el desorden mental como *rechazo cultural*. La enfermedad mental aparece como una construcción colectiva dirigida a mantener el equilibrio dentro del grupo, a partir del establecimiento de conjuntos de obligaciones y elementos refractarios a ésta.

En segundo término, como *exceso de cultura*; la cultura es concebida como una pantalla deformadora, que moviliza acciones, sensaciones, es decir, conjunto psicoafectivo de carácter traumático. Aquí se reconoce la existencia de tensiones y conflictos específicos, así como, la manera de reaccionar ante ellos. A este nivel, el inconsciente étnico que Laplantine (1979:61) definiera como *esa parte del inconsciente que un individuo de una cultura dada posee en común con la mayoría de los miembros de su cultura*, queda constituido como matriz patológica en tanto que el malestar institucional o tensiones al interior del grupo, encuentran posibilidad de ser transmitidas a través de la familia y demás elementos que rodean a la persona hasta llegar a él y excluirlo. *Cada sociedad pronuncia una condena a muerte con respecto a determinados tipos de comportamiento, los obliga a llevar una vida subterránea, una existencia clandestina. Tramos íntegros de la cultura quedan proscritos, excluidos y reprimidos* (Laplantine, 1979:62).

Asimismo el autor concibe a este nivel tres posibilidades, la primera, que la cultura brinde a sus miembros medios de protección suficientes y adecuados para reprimir aquellas sensaciones incompatibles con lo determinado socialmente. La segunda posibilidad, por su parte, hace referencia a la existencia de un sector del grupo social que no expresa la capacidad, adquirida o innata, de adaptarse a la normatividad social vigente, de modo que no forma parte del sector que puede hacer uso de las defensas étnicas disponibles. Mientras que la tercera, alude a una situación de contacto del sujeto con otra cultura que no le brinda los mismos modelos o sistemas de protección y por tanto, no corresponden a aquellos con los que el individuo cuenta, en tanto que los ha aprehendido de su cultura, con lo que no le son de utilidad, como ejemplo de esto se sitúa a la población migrante.

Por último, Laplantine (1979: 65) indica, una representación de enfermedad mental configurada a partir de la conformidad con modelos culturales de conducta o, como es definida, una *aculturación de la locura*, enfatizando con ello, el papel de la cultura en la determinación del rol de loco. De nueva cuenta aquí podemos ver como criterio de definición de anormalidad a la desviación con respecto a una norma social cuando afirma que

Sólo se la puede llamar estructuralmente a-normal en la medida en que se aleja de la norma culturalmente compartida por la mayoría de los miembros de una



sociedad, para abrazar *otras* normas que constituyen, también ellas, parte integrante del sistema total que nos proporciona modelos de comportamiento que, aunque marginales, no por ello son menos convencionales y aceptables para el grupo entero (Laplantine, 1979:65).

Al compaginar el desorden mental y los modelos de conducta, puede observarse una representación de enfermedad mental o locura como un rol social elegido y asumido de manera consciente por el propio sujeto, en parte de los casos, a partir de constituir una elección más favorable frente a otras, donde se ve resaltado el papel funcional y utilitario de la enfermedad mental (Laplantine, 1979). De ahí la conceptualización de los sujetos elaborada por Devereux (1973), como manipuladores de los elementos o materiales que su propia cultura les ha proporcionado. Aquellos que reflejan o aluden el propio desacuerdo de la sociedad con respecto de sí misma, ya sea que nieguen o contradigan algún aspecto de su estructura o funcionamiento. La cual se ramifica en cinco categorías distintas de manipulación, la primera de ellas aludiría a la normalidad, como vivencia en sincronía con las significaciones y valores compatibles con la realidad social. Una segunda categoría, sería la inmadurez descrita como una adaptación anacrónica del material cultural con que se cuenta, lo cual es distinto, de la neurosis, en la cual se daría ya una reinterpretación bajo una deformación de sentido. La cuarta forma de manipulación sería la psicosis, donde los elementos culturales presentan una pérdida de función con lo que dejan de mantener relación con el contexto y, finalmente, la psicopatía bajo la cual, la persona si bien, comprende los valores y significaciones, no reacciona afectivamente ante ellos, por lo cual se dice mantiene una lucha con su cultura.

Para Devereux (1973) el ejemplo por excelencia de la manipulación de los materiales culturales lo brindaría el chamán, quien es descrito como un miembro del grupo que presenta un trastorno mental, dando lugar a la comparación entre estados de trance y experiencia de trastorno mental, así como a la interpretación de este último, como el atributo que da valor y legitimidad al rol social que desempeña el chamán al interior del grupo (Benedict, 1934; Campbell, 1959; Devereux, 1973; Bourguignon, 1979; Franco, 2008).

Desde la etnopsiquiatría, al igual que lo mencionado en Good (2003), se enfatiza la confusión en torno a la desviación y enfermedad mental, que son tratadas como *resistencias idénticas en relación con determinado sistema socioeconómico* (Laplantine, 1979:70). Sin embargo, la particularidad de este señalamiento no se dirige a la crítica profunda de su construcción sociocultural sino que por el contrario, reafirma la posición hegemónica de la interpretación biomédica de la enfermedad mental desterrando a la perspectiva social de la misma. La desviación es declarada como *desadaptación social con relación a una cultura dada, [es decir] es un fenómeno etnológico,... [mientras que]...la enfermedad mental...es siempre y en todas partes un fenómeno patológico que requiere una intervención (no exclusiva sino esencialmente) psiquiátrica* (Laplantine, 1979: 73).

La principal afirmación que se desprende de esto, es que la teoría y clasificación de enfermedad desde lo biomédico, es cultural además de dar cuenta de la participación del profesional médico, en la configuración de los modelos de comportamiento. Argumentación coincidente con posteriores afirmaciones en la literatura (Fitzpatrick, 1990), con las cuales nuestro acuerdo, situándolo a su vez, como un punto relevante en la presente investigación, respecto al hecho de que el médico o personal de salud, también es miembro de una cultura y como tal antes de ser capacitado o formado en la medicina, configuraba sus respuestas o reacciones frente a la enfermedad, desde el sistema cultural del que participa, encontrando que si no todo, parte de ese sistema de pensamiento permanece aún después de haberse formado como médico especialista. No obstante, difiero en el señalamiento que hace Laplantine (1979) respecto a que la única diferencia entre un médico y quien presenta un desorden mental, es la manipulación del material cultural del entorno y la búsqueda o adherencia voluntaria que observa como elección de vida, el padecer un desorden mental.

Contrario a este lugar prioritario en el que se coloca la interpretación médica de la enfermedad mental, señalado en Laplantine (1979), podemos encontrar en la sociología de las enfermedades mentales con Bastide (2005), el proceso inverso que otorga prioridad a la perspectiva social en torno a un fenómeno

psicopatológico. Más allá de esto, una coincidencia alcanzada en ambos, corresponde a lo erróneo de considerar normalidad cultural y equilibrio psíquico o salud mental, como fenómenos equivalentes. La definición de anormalidad partiría de un criterio estadístico que establece una tendencia central del comportamiento, reconocido como comportamiento común, de tal forma que la desviación en sí, no alude a la presencia de patología alguna o en otras palabras, no toda desviación es enfermedad mental. En el caso de esta última, la desadaptación se sitúa más como una consecuencia que como el origen.

La etnopsiquiatría al representarse como complemento al ejercicio médico psiquiátrico, en tanto que este último, se mostraba incapaz de abarcar la especificidad cultural de la totalidad de personas tratadas, llevó a establecer como uno de los objetivos de la misma, el alcanzar el desarrollo de una terapéutica culturalmente adecuada a la población (Laplantine, 1979). Para ello, la *psiquiatría metacultural*, propuesta por la etnopsiquiatría, pone en función los siguientes postulados: la enfermedad mental como espacio de articulación de dimensiones, micro y macro-sociales. La comprensión del desorden mental se dice, se da en función del psicoanálisis, en términos de regresión psicoafectiva caracterizada por la imposibilidad de establecer contacto con otros sin aprehenderlos como sustitutos de sus padres. Si bien, dicho comportamiento regresivo se ubica a nivel individual, en un punto de la argumentación este hecho se traslada al conjunto cultural, conformando “culturas psicóticas”.

Asimismo, la desindividualización y desocialización son identificados como dos procesos enfocados a la retirada del mundo con el consecuente vaciado de sentido y carga afectiva, atribuidos a la experiencia de desorden mental. Finalmente, esta última es identificada como un proceso de deculturación, en virtud del cual todo material cultural pierde dicho valor, significación cultural, para ser interpretado en función de las necesidades psicológicas y afectivas del individuo (Laplantine, 1979).

Todavía, en años más recientes se ha mantenido como una constante, el principio de trabajo de la etnopsiquiatría, acerca de la complementariedad de ambos conocimientos, por un lado, el biomédico psiquiátrico y por el otro, el

cultural antropológico (Villaseñor, 2008). Asimismo, es reconocido que en sus inicios ésta, sería confundida con una suerte de psiquiatría exótica circunscrita a la descripción de los culture-bound syndromes (Villaseñor, 2008), los cuales en su mayoría incluyen la referencia a conceptos de enfermedad tradicionales que integran en su descripción elementos que dentro de la medicina occidental configuran categorías de trastorno mental (Bourguignon, 1979). Para Bourguignon (1979), si bien esto, significaba que algunas de tales expresiones locales de enfermedad formarían parte de categorías de síndromes culturales similares en cuanto a ciertas características de psicosis u otras entidades biomédicas, dichas semejanzas no debían ser asumidas como indicio de diagnóstico a ser verificado clínicamente, es decir, que dicha similitud no implica la correspondencia entre ambas experiencias.

Al igual que en los trabajos de Devereux (1973) y Laplantine (1979) puede encontrarse definido el campo de la etnopsiquiatría, es con Wittkower que el término psiquiatría transcultural aparece en la escena académica, quedando definida como *el estudio de los efectos de la cultura en los patrones, la frecuencia y el manejo de los trastornos psiquiátricos*, mientras que la etnopsiquiatría se distinguía como el estudio de los trastornos mentales enfocada a los grupos étnicos (Jilek en Villaseñor, 2008:15). No obstante, en la literatura llegan a emplearse como sinónimos, tomando en cuenta que el objetivo perseguido es el mismo, dar cuenta de la influencia de la cultura en el desarrollo y presencia de los desórdenes mentales tanto en grupos que sostienen una adscripción étnica como aquellos sectores que no.

Para el caso mexicano la referencia al estudio de los factores socioculturales en relación con los trastornos psiquiátricos, se ha denominado etnopsiquiatría más que psiquiatría transcultural y se encuentra principalmente desarrollada por Villaseñor (2008). Esta particularidad considero está relacionada con lo que he venido señalando como la tendencia a la casi exclusividad de parte de la antropología mexicana o de los estudios de salud y enfermedad en su sentido más amplio, en poblaciones rurales/indígenas. Ya que en las dos últimas definiciones brindadas podemos observar que la distinción principalmente

señalada entre una y otra, es que la etnosiquiatría se dirige específicamente a población étnica mientras que hablar de psiquiatría transcultural conllevaría la aplicación del análisis sociocultural a cualquier otro sector.

En el presente trabajo, aun cuando la población de estudio es un sector indígena/rural considero que la referencia más adecuada correspondería a la psiquiatría transcultural en tanto que si bien, se busca rescatar la especificidad de la experiencia del trastorno mental entre la población, no pretendo que tal análisis descansa en un enfoque particularista que anule la posibilidad de comparación de los hallazgos en otros conjuntos sociales así como la articulación del desarrollo de los problemas de índole psiquiátrico con procesos sociales, políticos y económicos más amplios. Con relación a esto, en la literatura puede encontrarse señalado cómo los factores socioculturales se encuentran estrechamente vinculados a la forma y curso que toman los trastornos mentales, además de que se apunta que las diferencias encontradas al respecto, mantienen ese mismo sentido de diversidad con relación a la concepción general de vida en cada uno de los conjuntos sociales estudiados (Simons y Hughes, 1985; Gaines, 1992; Villaseñor, 2008). Asimismo, cambios de orden social, como aquellos que se desprenden del denominado proceso de modernización, se indica, han llevado a la configuración de tipos específicos de enfermedades o malestares que antes no existían (Jilek en Villaseñor, 2008).

Como líneas arriba señalé, diversos trastornos han sido estudiados desde la psiquiatría transcultural o etnosiquiatría, cobrando especial atención, desde el campo de esta última, los culture-bound syndromes; término que ha recibido diversas traducciones (síndromes culturalmente delimitados, síndromes de filiación cultural, síndromes dependientes de la cultura o síndromes culturales). El principal criterio de definición de tales síndromes ha sido el de su asociación a grupos culturales no-occidentales, específicos. De esta forma es como han sido ubicados una gran variedad de trastornos entre los que se encuentra el pibloktok o histeria ártica (Gaines, 1992; Villaseñor, 2008) entre los esquimales, el cual ha sido descrito a partir de su principal síntoma como un ataque convulsivo (Villaseñor, 2008), o bien, una pérdida o alteración de la conciencia en que tienen lugar un

conjunto de síntomas que llegan a ser asociados a la histeria, los cuales pueden aparecer tanto en hombres como mujeres de edad adulta. (Gaines, 1992). Un aspecto que llama la atención es que se ha llegado a relacionar entre los inuit, la presencia de histeria ártica con problemas de consumo de alcohol (Foulke en Gaines, 1992).

El amok es otro de los síndromes culturales identificados en Indonesia y Malasia, descrito como un episodio o estallido de violencia incontrolable, asociado con un ataque homicida, el cual causa agotamiento y amnesia acerca de lo ocurrido en ese periodo de tiempo, en quien lo presenta (Gaines, 1992; Villaseñor, 2008). En este caso, ha llegado a estudiarse la relación entre el amok y la depresión (Carr en Gaines, 1992).

Un tercer síndrome señalado en la literatura es el latah, situado en Malasia, Indonesia, Japón y África, caracterizado por la imitación del comportamiento y lenguaje de otros, además de la presencia de estados de trance, de ahí que sean identificados como *“hombres-espejo”* quienes lo presentan (Villaseñor, 2008:24). No obstante, al respecto se ha aludido a ella como una expresión o forma de comunicación de la condición de marginación que la población vive en dichos contextos (Kenny en Gaines, 1992).

Finalmente cabe señalar otros dos síndromes, con mayor presencia latinoamericana como son el susto y los nervios. Respecto al primero, la sintomatología presentada se adscribe a una noción de persona que integra una dimensión espiritual y una orgánica (Gaines, 1992). La característica principal, reconocida a dicha experiencia, es la sensación de miedo a perder el alma o el ser, por lo que se ha llegado a relacionar con sintomatología ansiosa-depresiva (Villaseñor, 2008: 24). Los nervios por su parte, constituyen otro de los síndromes culturales que representa un desafío no sólo en su definición, debido a que hay quien considera que es erróneo otorgarle la categoría de síndrome cultural, cuando estaríamos hablando en su lugar, de una particular interpretación de lo experimentado, de un síntoma de entre otros. Una reflexión que a su vez, da pie a la discusión respecto al reconocimiento y descripción que hace de éstos la propia biomedicina.

### **III.2 Los síndromes culturales (culture-bound syndromes) en la práctica psiquiátrica.**

Si bien la emergencia del trabajo en el campo de la etnopsiquiatría se da en el marco de un interés por establecer la especificidad cultural de los diferentes trastornos, el desarrollo de la investigación pronto los lleva a confrontarse con aquellos calificados de universales, cuya variación se reconoce sólo en cuanto al contenido simbólico, el cual guarda una posición secundaria con respecto a los factores biológicos en la definición del trastorno como tal. De modo que en cierta parte de la literatura se puede observar la adopción de un enfoque dirigido a mostrar la presencia y similitud de los trastornos mentales en diferentes sociedades a partir de la aplicación de técnicas estandarizadas de instrumentos diagnósticos (Kleinman, 1987; Martínez-Hernández, 2006a). Es decir, se prioriza la búsqueda de un patrón uniforme de enfermedad mental reduciendo con ello la heterogeneidad que la cultura aporta a la definición y expresión de la sintomatología.

Dicha búsqueda se sostiene bajo una visión de los fenómenos humanos como modelos mecánicos de causa-efecto. Al no desarrollar crítica alguna respecto al papel determinante que la biomedicina le ha dado a la biología como causa y estructura de los trastornos, la cultura se ve tan sólo como un aspecto secundario que matiza el contenido de los síntomas, es decir, como un epifenómeno de lo biológico (Martínez-Hernández, 2008). Lo anterior, presenta el riesgo de tomar a la enfermedad como una estructura fija que persiste transculturalmente, cuyo contenido es entendido en términos de elementos inarticulados, vacíos de significado, prescindibles en tanto que no explican o no pueden albergar la causa objetiva de la alteración del funcionamiento estructural.

El uso de las categorías psiquiátricas como realidades más que como representaciones ha conducido al efecto definido por Kleinman como “falacia categorial” especialmente cuando estamos exportando nosologías y criterios diagnósticos a contextos culturales en donde éstos no adquieren coherencia ni sentido, o adoptan otras coherencias y otros sentidos (Martínez-Hernández; 2006a: 2271).

En consonancia con lo que ha sido presentado como el constante discurrir entre una concepción particularista y una universalista, en el campo de los

trastornos mentales, se puede situar dicho correr de perspectivas, entre la búsqueda y constatación de la invariabilidad de la enfermedad bajo la cual la particularidad cultural persiste al nivel de lo aparente.

Aquí llaman la atención la serie de estudios que la Organización Mundial de la Salud impulsó en la década de los años sesenta, a fin de mostrar la presencia de ciertos trastornos en todo el mundo, con lo que quedarían afirmados como categorías universales y entidades independientes del sujeto que las vive (Uribe, 2000). Entre estos trastornos son mencionados la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva, cuyo término se reformuló y actualmente es identificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) como trastorno afectivo bipolar, ciertos trastornos de ansiedad, trastornos orgánicos del cerebro y la depresión mayor. No obstante, se señala la enorme variación que ha mostrado la sintomatología, como en el caso de la esquizofrenia, dejando ver que hay algo más allá de la explicación neurofisiológica que interviene en ella. De acuerdo con Kleinman (1988) esto se debe a la existencia de *una ideología profesional tácita que exagera lo que es universal en la enfermedad mental, al punto de desechar lo que ella tiene de particular en términos culturales* (Kleinman 1988 cit. en Uribe, 2000: 348).

A lo largo de la historia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) se muestra un cambio en la conceptualización de la salud mental y la enfermedad, dirigida a adherirse o ajustarse al canon de la biomedicina como una forma de dotar a la psiquiatría de una identidad médica. Sin embargo, la evolución de la clasificación misma ha mostrado ser variable en el tiempo, además de dependiente de cambios en las escuelas de pensamiento dominantes, donde cada edición va reflejando el espíritu de la época (DSM, 1952; DSM-II, 1968; DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994; DSM-IV-TR, 2000 y DSM-5, 2013). Kawa y Giordano (2012) señalan cómo, trastornos que aparecían en la primera versión del Manual Diagnóstico publicada en 1952, tratados con enfoques psicoterapéuticos, para 1980, en la tercera versión, compartían la tendencia junto con demás trastornos a ser tratados con psicofármacos. Lo que a su vez impulsó el desarrollo de la industria farmacéutica focalizada a incidir en el



aspecto biológico de la enfermedad. A este respecto, es importante llamar la atención sobre el aumento en el consumo de antidepresivos, en las sociedades industrializadas que Martínez-Hernández (2006b) identificara como mercantilización de los estados de ánimo. Bajo la mirada de la industria farmacéutica quienes presentan trastornos mentales son vistos como consumidores, situación que merece un análisis profundo ya que si bien, ciertas condiciones psiquiátricas han mostrado la posibilidad de ser tratadas exitosamente mediante fármacos, otras tantas no comparten el mismo resultado respecto a la recuperación.

De esta forma, a pesar de que la elaboración de la clasificación estandarizada de los trastornos mentales representó un avance en la investigación; ésta, ha conllevado también dificultades y abusos en la manera en que dichos trastornos han sido entendidos, diagnosticados y tratados. La discusión acerca de la aplicación universal de las categorías psiquiátricas, llevaron a que en 1991 se diera la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico vigente en ese momento (DSM-III-R), a fin de revisar el papel jugado por la cultura en los trastornos mentales. Dicho análisis culminó en la construcción de la categoría de los síndromes culturales (culture-bound syndromes) que fueron incluidos en la siguiente versión del Manual Diagnóstico (DSM-IV). Los síndromes culturales quedaron definidos de la siguiente forma:

Patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como “enfermedades”, o por lo menos como causas de sufrimiento, y la mayoría se conocen por nombres locales. Aunque los cuadros clínicos que conforman las principales categorías del DSM-IV pueden encontrarse en todo el mundo, los síntomas particulares, el curso y la respuesta social están frecuentemente influidos por factores culturales locales. En cambio, los síndromes dependientes de la cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones (DSM-IV, 1995: 864).

Detrás de tal definición, es posible identificar diferentes aspectos fundamentales, por un lado, algunos elementos de lo que en su momento constituyeran las propuestas de la escuela culturalista que veía a la cultura como una serie de comportamientos concretos de individuos que a su vez eran concebidos como propios de cada cultura, es decir, en los cuales recaía su

particularidad, volviendo correspondientes pluralidad cultural y pluralidad de personalidad, de estilos o tipos culturales. A pesar de la diversidad de trabajos y propuesta al interior de dicha escuela, la premisa reflejada en la anterior definición es aquella que otorga un cierto esencialismo a la cultura, que además es atribuida a un grupo cerrado y singular, es decir, propia de grupos específicos vistos como entidades separadas. No obstante, como pudo leerse en líneas anteriores, al interior del enfoque culturalista se dio la tendencia a superar tipologías fijas al concebir la posibilidad de diversidad al interior del propio grupo. Un enfoque que no apostaba por la estabilidad de las culturas sino que reconocía a los individuos como creadores, transmisores y transformadores de la misma, no como sujetos pasivos. De este modo, veía a la cultura en términos más dinámicos, *no como algo "dado" que el individuo recibe como una totalidad, de una vez y para siempre...y, de todas maneras, nunca puede adquirir toda la cultura de su grupo* (Cuche, 2002: 51).

En la definición de lo cultural en relación a tales síndromes, persiste la referencia a una cultura localizada, estática, que apunta al reforzamiento de la dicotomía urbano-rural que en muchos casos se proyecta en una escala más amplia de correspondencia a la oposición primer mundo/tercer mundo, *extremando así, las fronteras entre ambos entornos, "entre un supuesto "cosmopolitismo" frente a una supuesta "cultura", donde "la comunidad" se ha presentado como algo dado, como si fuera un sujeto individual* (Ortner, 1994 cit. en Camus, 2002:81). Por tanto, la inclusión de tales padecimientos (síndromes culturales), no subsana la marginación o secundarización de lo cultural en la enfermedad mental, por el contrario, fortalece su segregación a campos y sentidos particulares ya que, tales síndromes son definidos a partir de su presencia en contextos y poblaciones específicas, esto es, la incursión de lo cultural a partir de la oposición universal/particular, bajo la que son distinguidos aquellos trastornos con presencia transnacional, como la esquizofrenia o depresión y los síndromes culturales que se presentan en una particular cultura y que son considerados expresión de una condición específica de la persona que habita una zona o región particular.

Las críticas lanzadas desde el propio campo de la psiquiátrica reclaman que dicha especificidad cultural, los ha vuelto exóticos al señalarlos como una distintiva patológica de un “otro” ajeno. Pareciera ignorarse que cada categoría diagnóstica requeriría de una consideración de los factores culturales que intervienen en la misma (Uribe, 2000). Es así que la principal discusión continúa recayendo sobre la configuración de un sistema clasificatorio de la enfermedad mental, tendiente a la estandarización de las culturas a costa de la cancelación de diferencias locales.

Como señalara Jilke (en Villaseñor, 2008: 18) los síndromes culturales por largo tiempo se han ubicado al centro de la discusión entre

los adherentes a un universalismo biopsicológico que interpretan estos síndromes en términos de una psicopatología humana universal influenciada por factores culturales, y por otra parte, los adherentes a un relativismo cultural etnológico que ven estos síndromes como engendrados por una cultura particular.

No obstante, en el campo de la investigación transcultural en salud mental, no debe seguirse trabajando sobre una visión esencialista de la cultura que reduzca la diferencia o intente pasarla por alto en nombre de una universalización de padecimientos o categorías, pero tampoco desde una particularización a priori en detrimento del establecimiento de un diálogo de perspectivas y articulación de procesos socioculturales más amplios.

### **III.3 Los síndromes dependientes de la cultura en la investigación.**

En lo que respecta a los trabajos orientados al estudio de diversos síndromes culturales, cabe señalar que en México y América Latina, hay una amplia tradición de trabajo. De modo que en este apartado, si bien no se pretende agotar la revisión de dicha producción, sí busca atenderse a algunos de los hallazgos plasmados en ellos, en tanto que, al ser incluidos en la clasificación internacional de trastornos mentales presentada en el DSM-IV, en diversas investigaciones han llegado a ser representados como fenómenos equivalentes o en términos de comorbilidad, que significa que ambos padecimientos, mental y de síndrome cultural, son experimentados por la persona de forma simultánea. Cabe precisar que en algunos trabajos, los síndromes culturales son incluso concebidos como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales más severos.

Dando paso a la revisión de trabajos, para el caso de México, retomo el texto de Aguirre Beltrán (1986) en el que se hace mención del papel jugado por la angustia en el desarrollo de neurosis y psicosis en mestizos, indios y mulatos durante el periodo de colonización. Para Aguirre (1986) la angustia es una capacidad orgánica que se desencadena ante una situación que el individuo experimenta como amenaza a su existencia y ante la cual se concibe impotente. Dicha valoración es la que el autor considera le da especificidad sociocultural a la angustia, en tanto que es el grupo al que pertenece el sujeto el que define determinadas situaciones como peligrosas o generadoras de angustia, así como la conducta que debe ser tomada frente a ellas.

Sus observaciones en ese momento, lo llevaron a rastrear en el proceso de aculturación, las causas del desencadenamiento de trastornos mentales, entendiendo la reacción ante la angustia, como un instrumento proporcionado por la propia cultura. De ahí que este trabajo en particular, muestre coincidencia con la identificación que Bourguignon (1979) realizara, sobre procesos asociados a la presencia de la enfermedad mental en poblaciones primitivas o indígenas, entre los que se encontraban, procesos de migración a centro urbanos debido a la modificación de los patrones de vida tradicional que suscitaban, así como, los procesos de aculturación u occidentalización que tuvieron lugar en dichas poblaciones. Lo cual me parece, se relaciona estrechamente también, con lo mencionado al inicio del capítulo acerca de que en un cierto momento de la investigación social, los trastornos mentales eran atribuidos únicamente a las sociedades modernas, siendo los datos de campo, los que llevarían a la reformulación de dicha afirmación. Sin embargo, la teorización mostrada sobre el fenómeno, a su vez, se vincula con la formulación de la otredad cultural y la forma en que ésta se consideraba debía ser estudiada y explicada; configurada en oposición a lo no indígena/moderno/urbano que mantenía en la base, la imagen del “buen salvaje” corrompido por la sociedad o civilización. Un proceso de construcción del *otro* que culmina en la formulación de binarismos ontológicos improductivos, como los califica Morley (2008). Adicionalmente, el enfoque de representación de enfermedad que maneja, puede decirse, corresponde al

descrito por Good (2003) como de adaptación, que ve a la cultura conformada por estrategias adaptativas que son desatadas por la enfermedad.

Otro de los trabajos que refleja la amplia trayectoria de estudio sobre el tema desarrollado desde la antropología médica es el de Zolla *et al.* (1988). En el capítulo “Medicina tradicional y enfermedad”, extraído del libro del mismo nombre, los autores sitúan la importancia de la discusión acerca de lo que debe entenderse por cada uno de estos síndromes: susto, mal de ojo, empacho, caída de la mollera, etcétera, en tanto que, no sólo se trata de términos clasificatorios sino de experiencias de enfermedad presentes a lo largo del continente americano. A principios de los años ochenta del siglo XX, se menciona, surge el programa IMSS-COPLAMAR<sup>1</sup> cuyo propósito era ampliar la cobertura de los servicios de salud a grupos marginados. Para el tema que aquí nos concierne, la importancia de dicho programa radicó en el impulso de estudios y encuestas enfocadas a identificar las principales causas de demanda de atención médica entre la población que conformaba dichos grupos. De acuerdo con Zolla *et al.* (1988), la referencia recurrente a diversos padecimientos encontrada en distintas regiones del país, a partir de la aplicación de este programa, llevaron a reconocer la existencia de un sistema médico tradicional distribuido uniformemente, el cual, formaba parte de un sistema de conocimiento invisibilizado.

Esto permite, la identificación de la existencia de una “nosotaxia popular” que distingue entre enfermedades atendidas por el curandero, de las que requieren del médico, de manera que la persona que enferma transita entre tres distintos ámbitos: el de lo tradicional, el de lo institucional y finalmente, el de lo doméstico, que se sostiene como el primer nivel real de atención. Cabe mencionar, que Zolla *et al.* (1988) resaltan, cómo en muchas ocasiones, la recolección de información en campo, erróneamente no distingue entre las prácticas domésticas y las del curandero, con lo cual queda anulada su particularidad. Así como, la sobreatención de parte de antropólogos, a las enfermedades tradicionales, por considerarlas males exóticos, que los llevan a

---

<sup>1</sup> Programa creado en 1979, a razón del convenio suscrito entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), con el objetivo de establecer centros de atención médica en regiones desatendidas hasta entonces. (Diario Oficial, 8 marzo de 2005).

ignorar otros. De este modo, una de las principales críticas encontradas en el texto citado, se dirige a la exclusión de parte del modelo médico hegemónico, de objetos de conocimiento, saberes y prácticas distintas, por considerar que su integración atentaría a la coherencia del propio sistema. Sin embargo, en la actualidad, a la distancia de lo que constituyeran dichas críticas, la categoría de síndromes culturales, emerge como la respuesta del modelo médico hegemónico a la necesidad de reconocimiento de la particularidad cultural en el proceso de enfermedad mental, que lleva a la inclusión de tales enfermedades, pero clasificados al interior de un manual sobre trastornos mentales. Aun cuando lo anterior, no fuera lo que Zolla *et al.* (1988) tuvieran en mente, al señalar la necesidad de que el modelo médico hegemónico prestara atención e incluyera esos otros padecimientos, me parece que abre la posibilidad de llamar la atención respecto a que la trascendencia en la asimetría de saberes prevalente en el campo de atención a la salud, no es algo que se desprende directamente de un proceso de inclusión del sistema subordinado al sistema hegemónico, y requiere por tanto, de una profunda discusión acerca del sentido en que tiene lugar tal integración. Finalmente, a lo largo del texto de Zolla *et al.* (1988), también se puede encontrar una discusión respecto a lo que se considera una sobrevaloración de lo cultural en la clasificación de ciertos padecimientos subordinándolos con ello, aún más y dejando de lado, cuestiones relacionadas con el daño que provocan al sujeto.

Un tercer trabajo a mencionar corresponde al realizado por Rubel *et al.* (1989) en población mestiza, zapoteca y chinanteca de Oaxaca. En el texto se comienza señalando lo inadecuado de partir de premisas ajenas al grupo en que se busca estudiar el fenómeno de enfermedad. Ello da lugar a que los autores se distancien de la postura que equipara los síndromes culturales a los síndromes psiquiátricos occidentales, reconociéndoles tan sólo un nombre distinto. Para Rubel *et al.* (1989), existe una interacción entre procesos culturales y patológicos que configuran entidades desconocidas al modelo médico occidental. Otro aspecto que resalta, es la afirmación del susto como un conjunto coherente de características comunes a diversos grupos, es decir, que no es dependiente de la

cultura en tanto no se encuentra asociado a un grupo particular sino presente a lo largo de toda América (Perú, Argentina, Colombia, Estados Unidos y México) con coincidencia en poblaciones de otras regiones (Filipinas, India, China y Taiwán). El susto, por tanto, es presentado como resultado del efecto de energías o fuerzas estresantes en la persona, a partir de impactar uno de los tres sistemas que la conforman: el social, el psicológico y el orgánico. Concluyendo que, la variación del susto mediante su relación con las características de quien lo padece, convierte a éste, en *una respuesta compartida a similares estresantes sociales dentro de una gama particular de marcos socioculturales* (Rubel *et al.*, 1989 en Campos, 1992: 120).

A diferencia de los dos trabajos anteriores (Zolla *et al.*, 1988 y Rubel *et al.*, 1989), en los que se puede reconocer una oposición a la aplicación del adjetivo “cultural” a ciertos síndromes, en el siguiente texto que presento, hay una aceptación de tal conceptualización y apelación al reconocimiento como enfermedades de salud mental. Desde esta postura, se estudia la chipilés en población infantil de Tetelcingo, Morelos (Paulo y Venegas-Lafon, 2009), la cual es señalada como un síndrome cultural con extendida presencia en el estado, caracterizado por celos, irritabilidad, llanto prolongado y ausencia de apetito durante más de dos semanas. Un síndrome que, pese a conducir a la muerte en muchos casos, se denuncia, no recibe adecuada atención ni es reportado en los registros médicos de los servicios de salud de la región.

De esta forma, luego de una descripción de la estructura familiar, en la que se identifica una competencia por la alimentación, cuidados y atención del esposo y los hijos, que sostiene la nuera frente a la suegra, se describen los casos de dos niños pertenecientes a la misma unidad familiar (hermanos), de cuyo análisis se desprende la chipilés como *expresión clínico-cultural de los conflictos conscientes e inconscientes de celos entre la suegra y la nuera que hacen eco en los celos de los niños frente al hermanito por nacer* (Paulo y Venegas-Lafon, 2009: 89-90). En este sentido, la chipilés tendría lugar como resultado del impacto emocional que tiene en el niño, la separación que está sufriendo respecto de la madre, a causa del nacimiento de otro hermano, y la dificultad para allegarse a la abuela, de quien

también es apartado, resultado de la competencia establecida entre ambas mujeres. Un impacto que se considera el niño es incapaz de entender, elaborar o verbalizar, de modo que la estructura familiar se convierte a su vez en potenciador de *conflictos intersubjetivos entre sus miembros* (Paulo y Venegas-Lafon, 2009: 90). Aquí, la diferencia entre quienes bajo las mismas condiciones de crianza, no desarrollan chipilés y quienes sí lo hacen, se explica en términos de *rasgos de personalidad individual* (Paulo y Venegas-Lafon, 2009: 90), sugiriendo el desarrollo de estudios posteriores sobre “abuelidad” y crianza de nietos.

Por otro lado, hay trabajos orientados a mostrar la asociación entre síndromes culturales y trastornos psiquiátricos mediante el empleo de una metodología combinada (entrevistas semi-estructuradas/ instrumentos diagnósticos, entre otros). Un ejemplo de ello es el estudio de López *et al.* (2011) sobre la categoría “ataques de nervios” en niños puertorriqueños que residen en Puerto Rico (San Juan) y Estados Unidos (New York, Bronx). La expresión “ataques de nervios”, en principio, queda definida como un episodio de angustia emocional caracterizada por temblores, llanto, convulsiones y gritos, comúnmente provocados por ruptura de lazos familiares o muertes. El objetivo del estudio consistió en determinar, la asociación entre ataques de nervios, síntomas físicos (dolor de cabeza y estómago) y deterioro en los niños. Así como, en identificar si existe relación entre presentar ataques de nervios y ser diagnosticado posteriormente con alguna enfermedad o lesión grave, como el asma o la epilepsia. A lo largo del texto, no existe una referencia a la dimensión cultural, salvo en el último apartado, donde se sugiere la necesidad de indagar sobre el significado y expresión particular de la sintomatología analizada en cada uno de los contextos, a fin de distinguir si son o no, concebidos por la población de estudio, como expresiones de angustia o enfermedad. Los resultados se limitan a señalar una mayor presencia de síntomas físicos (dolor de cabeza, migraña y estómago), en niños de San Juan, así como, diferencias en cuanto a frecuencia de asma, problemas físicos y lesiones graves que los sitúan en un peor perfil somático en comparación de los niños que viven en Estados Unidos, para quienes



se dice que el ataque de nervios puede no ser una respuesta culturalmente aceptada.

Sobre esta misma línea, el trabajo de Donlan y Lee (2010) se propone explorar la posible relación entre coraje, susto y nervios, con la depresión y el estrés, en migrantes mexicanos indocumentados en Oregón, Estados Unidos. En éste, luego de un análisis estadístico y la aplicación de instrumentos diagnósticos, se concluye que a diferencia de lo señalado en la definición de síndrome cultural, del DSM-III, acerca de que éstos pueden no estar relacionados con alguna categoría de trastorno mental. Los autores sostienen que sí existe una correspondencia entre estos tres síndromes y padecer depresión, así como, presentar ideación suicida y pensamientos de autolesión. De lo que se desprende la afirmación de una equivalencia de categorías o entidades médicas. Aunque precisando, que es necesario que el médico que se enfrente a dichos trastornos, evite caer en un etnocentrismo al momento de brindar la atención médica, ya que si bien, en este caso se trata de síndromes compartidos por un amplio sector de la población migrante, en otros casos, podría estarse hablando de experiencias particulares relativas a ciertas culturas (Donlan y Lee, 2010).

Hasta aquí, se pueden identificar dos distintas vertientes que toma el estudio de los síndromes culturales, aquella que rechaza el adjetivo de cultural que se hace recaer en lo tradicional indígena/rural por considerar que termina por exotizar e invisibilizar tanto las enfermedades referidas dentro del sistema médico local como los posibles tratamientos y características del sistema mismo. Dificultando o anulando, con ello la posibilidad de un diálogo o incluso fusión de sistemas alternos de conocimiento médico. Para Rubel *et al.* (1989), existían al mismo tiempo, señales o indicadores objetivos de enfermedad que eran invariables y, procesos, descripciones y percepciones forjadas por la cultura. En términos de Zolla si bien, *toda clasificación es siempre cultural [...] no todas las clasificaciones recurren a lo cultural para definir una enfermedad* (1988: 101). Contrario a esto, la segunda vertiente no se opone al calificativo de síndrome cultural sino que se adhiere a su inclusión en el sentido establecido, como

trastornos mentales, enfocando sus esfuerzos a brindar los argumentos que lleven a la solidificación de dicho vínculo.

En mi opinión, hay mucho que discutir detrás del uso y aplicación de la noción de cultura que hace el modelo biomédico, a través de que son aspectos que se pierden al optar por una adhesión pasiva a la categoría y por tanto, a la aceptación de las implicaciones detrás de la definición de lo que es un síndrome cultural. Establecer equivalencias de categorías que responden a universos de sentido distintos, es caer en el error de postular la posibilidad de traducibilidad cultural plena, que ignora o minimiza las pérdidas implicadas en dicho proceso. Si bien, comparto el rechazo por una exotización o folklorización de los padecimientos, considero importante, no rechazar el reconocimiento de la dimensión sociocultural que interviene en todo proceso de salud/enfermedad/atención, pero haciéndolo, no como una forma de crear campos aislados incapaces de ser aprehendidos en su interacción, además de hacerlo desde una perspectiva que como he mencionado, integre al análisis también aspectos de un orden social más amplio, que abarca factores y procesos económicos, políticos e históricos que configuran las enfermedades y la dimensión del padecimiento de las mismas.

Siguiendo con la revisión, existen otros trabajos que son llevados a cabo por investigadores extranjeros sobre población mexicana o que buscan analizar el fenómeno de los síndromes culturales en población no mexicana. Al respecto, se encuentran los revisados por Duero y Shapoff (2009), que muestran la influencia de factores sociales y culturales en el desarrollo y vivencia de enfermedad, algunos de éstos son: estudios longitudinales que sostienen que en Occidente el curso de la enfermedad es menos favorable en comparación a otras sociedades (Alanen *et al.*, 1986 y Harding *et al.*, 1987 en Duero y Shapoff, 2009); así como, trabajos que señalan para el caso de familias mexico-americanas, la identificación de la esquizofrenia como “nervios” al implicar el uso de un lenguaje menos estigmatizante en torno al mismo, permite una mejor integración social de la persona enferma (Jekins s/f, citado en Kleinman, 1991 en Duero y Shapoff, 2009). De igual manera, trabajos enfocados a trastornos como el de depresión mayor que

postulan un riesgo menor de suicidio en los países del tercer mundo, en comparación con el riesgo en países desarrollados (Kleinman, 1991 en Duero y Shapoff, 2009).

Por otra parte, en un estudio realizado por Orquendo *et al.* (2000 en Duero y Shapoff, 2009) con población caucásica, afroamericana y estadounidense de origen centroamericano, cubano y puertorriqueño residentes en Estados Unidos, se encontró que los hombres de origen puertorriqueño y las mujeres pertenecientes a los cinco distintos grupos de población, presentaban mayor tasa de depresión, sin embargo, correspondían a su vez, a los grupos que reflejaban la menor tasa de suicidio consumado. La razón de tal diferencia, se vinculó al nivel de integración familiar, expectativa del pronóstico y práctica religiosa como sistema de soporte social.

Todos éstos, pese a representar valiosos esfuerzos por realizar un análisis cultural de los trastornos mentales, no agotan el cuestionamiento sobre cómo son percibidos, experimentados y representados interculturalmente, el cual continúa siendo una interrogante de extendida validez, que se suma a la necesidad de trabajar en el reconocimiento de la agencia del sujeto, en su propio proceso de enfermedad, sobre todo en estudios en torno al suicidio. Además de ser hallazgos que no han sido estimados en su justo valor, dado que la práctica psiquiátrica continúa postulando una concepción esencialista y universalista de síntomas y enfermedades. En muchos otros casos, la propia investigación transcultural se basa en el supuesto de que *la biología determina el tipo de enfermedad y la cultura sólo configura “disfraces” al verdadero trastorno subyacente* con lo que se expresa una tendencia a interpretar las distintas señales de malestar y sufrimiento como expresiones culturales diferentes de un mismo fenómeno (Duero y Shapoff, 2009:38). Cuando en realidad habría que reconocer que las categorías diagnósticas son formas de clasificar ciertos fenómenos a partir de criterios específicos que han sido convenidos por un grupo determinado de científicos que responden a intereses teórico-metodológicos particulares.

En términos de Leach (1981) podría decirse que tales categorías, organizan una serie de aspectos de la conducta y el pensamiento en conjuntos estructurados

dentro de los cuales, cada uno de los comportamientos descritos, toman el lugar de signos cuyo valor es adquirido en relación con los otros. *Los signos no se presentan aislados; un signo es siempre miembro de un conjunto de signos contrastados que funcionan dentro de un contexto específico; un signo sólo transmite información cuando se combina con otros signos y símbolos del mismo contexto* (Leach, 1981: 19). Por tanto, los criterios señalados en el DSM, no tienen sentido por sí solos, son signos que entran en combinación o relación con los demás al interior de marcos de significados y contextos específicos.

Lo cual nos lleva al problema de la pretensión de universalidad de la ontología psiquiátrica, que dentro del campo de investigación biomédica tiene repercusión en la medición, traducción y comparación de experiencias y sistemas de representación de la realidad. Dicho problema se presenta en su forma más clara en el ámbito de las investigaciones que abordan la presencia de trastornos mentales en diversas sociedades a partir de la aplicación de instrumentos de medición estandarizados. Esta metodología en el caso de países como México, representa un desafío debido a la diferencia de idioma, ya que en su gran mayoría dichos instrumentos reconocidos como válidos en el ámbito académico, han sido contruidos en sociedades de habla inglesa, de ahí que la traducción y adaptación denominada transcultural se haya constituido como el primer paso de toda investigación que pretenda trabajar de ese modo. La búsqueda de equivalencia implica la traducción no sólo de palabras sino de ideas que resulten familiares a los nuevos lectores que no pertenecen a la cultura o contexto en que originalmente fue escrito el texto en cuestión (Burke, 2010). No obstante, no existe un consenso acerca de la forma ideal para realizar la traducción y ni siquiera en algunos casos hay un consenso respecto a lo que eso significa. Culminando en investigaciones que tan sólo se circunscriben a traducir de forma literal los instrumentos a utilizar sin ocuparse de la adaptación profunda al contexto social y cultural en que pretende aplicarse.

Cabe tener presente que en el caso de trastornos mentales no sólo se trata de una traducción literal de terminología sino de experiencias y emociones constituidas en síntomas que en principio pasan por una descontextualización

para su recontextualización en la nueva población. Se trata de dimensiones de la cultura que no se pueden aprehender mediante la aplicación de instrumentos o mediciones cuantitativas y que en cuestión de salud mental resultan de vital importancia debido a que forman parte significativa del padecimiento. Dimensiones que se encuentran en el relato del propio paciente constituyendo narrativas que cuando no encuentran sustento físico-orgánico sólo dependen de la interpretación médica. Como Burke (2010) señala, la equivalencia de términos no da cuenta de toda la densidad de aquello que se busca traducir, además de que perdura la interrogante respecto a los elementos y sentidos que no pueden traducirse, y que terminan por constituir pérdidas culturales. De este modo, tanto la traducción como la interpretación, se constituyen como procesos de negociación de significados (Burke; 2010) al que la noción de poder no es ajena.

Asimismo, en la práctica concreta como parte de la investigación transcultural, en la traducción de instrumentos la noción de poder puede constatarse, no sólo en la hegemonía ya reflejada en el origen e idioma del instrumento, sino como subyacente al papel del traductor que es quien decide el manejo de los matices culturales que dará a su traducción, así como, al papel del investigador como quien define finalmente, el proceso al que será sometido el instrumento (sólo traducción de idioma o panel de expertos, retrotraducción, por mencionar algunos) y las sugerencias o modificaciones que se integrarán.

Sobre el rol del médico, puede igualmente observarse como en el DSM-IV, a la par, que se busca establecer categorías objetivas y universales, se reconoce como fundamental el juicio de éste, durante la evaluación clínica, en tanto que se constituye como el responsable de discriminar la presencia o no de un trastorno. *Las categorías y criterios diagnósticos sirven como guías que han de usarse partiendo del juicio clínico y que deben ser utilizados por personas con experiencia clínica* (APA, 1995 cit. en Duero y Shapoff, 2009: 32). De ese rol de experto, en quien recae la asignación de diagnósticos y tratamientos, también se desprende la inevitable consideración del sistema cultural del que proviene el mismo y que puede influir en la valoración de la persona y la identificación del diagnóstico, en la relación médico/paciente, así como en el tratamiento. Estudios comparativos

señalan el diagnóstico variable que asignan los psiquiatras a personas con diferentes rasgos étnicos, por ejemplo, en ocasiones tienden a diagnosticar a personas pertenecientes a minorías étnicas (hispanos, afroamericanos, etcétera.) con trastornos más graves o su comportamiento se califica como conducta delictiva en comparación con personas blancas (Duero y Shapoff, 2009). Representaciones socioculturales, conforman en muchas ocasiones, representaciones técnicas ya sea en forma total o en una cierta medida, pero pueden estar presentes (Menéndez, s/f). Un enorme peso al juicio del psiquiatra que ha dado por resultado que los actuales esfuerzos se dirijan a buscar lo que se ha denominado competencia cultural tanto en la fase de formación profesional del psiquiatra como a lo largo del proceso de atención, como una estrategia para potencializar el alcance de la clasificación diagnóstica. La competencia cultural se postula como un entrenamiento al que sería sometido el personal de salud, a fin de conocer los valores, creencias y prácticas de los diversos grupos étnicos a los que pudieran llegar a pertenecer las personas que los consulten y proporcionar servicios culturalmente adecuados (Betancourt, 2002; Bhui *et al.* 2007). Sin embargo, como puede observarse, en el enfoque de la competencia cultural continúa existiendo una visión de cultura reducida a un conjunto de atributos o características, nuevamente esencialista y estática, que es sinónimo de pertenencia étnica y en muchos casos, fundamentada únicamente en la diferencia lingüística, sin prestar atención en la forma en que la cultura interviene en la configuración de la persona y su percepción de enfermedad, su vivencia y tratamiento. Además de que reduce lo cultural a entrenamiento y una especie de habilidad que recaería en el médico quien finalmente, lo emplearía como una estrategia para la interacción dirigida a la inserción del paciente a la lógica biomédica.

Unas pocas horas de educación 'antropológica' no van a modificar los saberes médicos cuya formación se caracteriza cada vez más por ser fuertemente biomédica (.....) Hay toda una serie de características de las orientaciones biomédicas que obedecen a condiciones institucionales y profesionales que no sólo se pueden modificar con mayor información/educación (Menéndez, 2006: 59).

Así pues, a lo largo de este apartado, dedicado a la revisión de lo que ha sido el estudio de la enfermedad mental y los síndromes culturales tanto desde la

etnopsiquiatría como desde algunos trabajos o producción etnográfica que como tal no se adscribe explícitamente a dichas corriente. Se han buscado situar diversos elementos que cruzan la reflexión antropológica en torno al papel jugado por los distintos factores sociales, culturales, económicos, políticos, entre otros, en la presencia, desarrollo, configuración y significación de la enfermedad mental. Es importante señalar que los trabajos respecto a los síndromes culturales, han sido tomados en cuenta en la presente investigación, tanto porque corresponden a una de las principales dimensiones que ha tomado el estudio de los trastornos mentales, así como por su actual presencia entre la población de estudio, situación constatada desde mi propio trabajo de campo en la región durante la elaboración de mi tesis de licenciatura. A continuación sitúo algunos de los principales hallazgos al respecto.

### **III.3.1 Los síndromes culturales entre los hñähñu del Valle del Mezquital, Hidalgo**

El proceso salud/enfermedad/atención es una constante, inseparable a la existencia de los sujetos y conjuntos sociales y como tal se encuentra determinado por las condiciones de existencia de los mismos. Así tenemos que las nociones de enfermedad generadas al interior de éstos, no sólo constituyen instrumentos que contienen valiosa información para la comprensión y explicación de la realidad observada, sino que como lo menciona Good (1977 en Fitzpatrick, 1990), constituyen imágenes de gran poder que marcan la articulación de ésta con demás dimensiones de la vida. De igual forma, operan como símbolos condensados que están relacionados con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura. A continuación presento algunos elementos que resumen lo observado a lo largo del trabajo de campo realizado en la zona en el 2008 (Bautista-Aguilar, 2009) y que permitan realizar una primera aproximación a los síndromes culturales prevalentes en la región, así como abrir interrogantes nuevas y dar cuenta de articulaciones que de otra forma podrían permanecer desconocidas.

Entre los pobladores del Mezquital, la envidia continúa siendo un importante medio de expresión de un estado de hostilidad y desaprobación de conductas, que

en el ámbito de la salud/enfermedad, se presenta a través de la coincidencia de una envidia individual y una envidia del grupo. De acuerdo con Galinier (1987) en ciertos procesos de enfermedad, se debía contar con la necesaria convergencia de una doble justificación *tanto en el enfermo que realmente cree ser objeto de un maleficio, como en la conciencia de la comunidad que acepta semejante persecución* (Galinier; 1987:449). La envidia en este caso, se encontraría asociada a una causalidad de enfermedad que apela a una dimensión mágica. El principal síndrome cultural o malestar reconocido por la población, en que se expresa lo anterior, es el mal de ojo, resultado de la envidia sentida con respecto a un bien o una atributo de la persona, que a su vez conduce, a quien envidia, a la búsqueda del daño, ya sea del objeto o de la persona que ha despertado la envidia. Sus principales características consisten en que el objeto en discordia sufra daños o la persona presente ciertos malestares, enrojecimiento de ojos, dolores, cambios físicos y emocionales, de origen desconocido. El mal de ojo es un padecimiento mayormente reconocido en los niños, a quienes se ve en la necesidad de proteger con amuletos o trozos de sal que se insertan en su ropa, no obstante, los adultos no se conciben exentos de sufrir algún año por su causa.

Por otro lado, la práctica religiosa del cristianismo ha permitido configurar en la región una representación de enfermedad como castigo, como algo perjudicial, consecuencia del pecado, como puede leerse en el siguiente testimonio, que a su vez, tiene la particularidad de reflejar el carácter híbrido de los saberes y prácticas vinculadas a la salud/enfermedad entre la población.

....que hago tío, yo creo que voy a internar a mi niño porque no sé qué le pasa, lleva tres días con vómito y diarrea. Ya lo había llevado a doctores y nada. Entonces me dice: ¿pero si te digo qué, lo vas a hacer? Sí, y me llevaron... [Refiriéndose a su visita al curandero] y dijo que tenía que darle flores al santísimo, al dios de la tierra, tenía que darle su flor, prenderle su aceite, tenía que hacerle su misa... [Continúa hablando del tratamiento que recomienda el curandero] -Primero, límpiale con \$20 o con lo que quieras y después con ese dinero vas a comprar las cosas o pagar la misa-... Pero yo tenía que llevarlo a inyectar y entonces decidí que no, ¿de qué servía la medicina si pasando unas horas otra vez el vómito?, mejor le dije a mi esposo, vamos a ver si es eso [Refiriéndose a la explicación del regaño de El Santísimo]. Y ya! lo limpió su abuelita con \$20 y en la tarde el niño ya empezó a caminar y a comer. Ahí fue donde mi esposo aprendió que los doctores son puros calmantes. El niño lo que tenía es que El Santísimo lo estaba regañando porque comió unos dulces que le ofrendamos, mientras que si hubiera internado al niño como el doctor decía, se hubiera muerto. Así tuvimos un sobrino, le pasó lo mismo,



lo internaron y se murió. Ahí es donde aprendimos que a veces no hay que ir al doctor" (Celia, 42 años, Cardonal, Hidalgo).

Para el caso de los niños también está el empacho, que como se leyó a través del testimonio, es tratado mediante sobadas con alcohol, contrario a que el médico puede ordenar la hospitalización del niño, en ocasiones con resultados fatales.

Otro síndrome referido por la población corresponde al mal de aire que implica la intervención de seres o cualidades sobrenaturales. La sintomatología atribuida a éste corresponde a dolores de cabeza, vómito, debilidad y malestar corporal, resultado de cruzar por respiraderos en los cerros o por algún sitio donde el alma de un fallecido esté vagando, o bien, en el caso de las mujeres se mencionan entre las causas los cambios bruscos de temperatura, por ejemplo, salir de la habitación o la casa sin cubrir sobre todo cuando se ha estado cerca del fogón.

El coraje constituye otro de los síndromes culturales al que se le reconoce presencia en la región desde tiempos muy antiguos (Lastra, 2006) y es explicado en términos de desaliento a causa de acontecimientos dolorosos o por graves disgustos, caracterizado por la pérdida de apetito, dolores de cabeza, sed y cansancio.

El susto, finalmente es otro de los síndromes reconocidos entre la población, que se distingue por un malestar general acompañado de mal humor, distracción, miedo inexplicable, angustia, pérdida de apetito y con ello adelgazamiento y debilidad. A lo largo de las entrevistas la población no refería como causalidad del susto la pérdida del alma o de cierta espiritualidad, pero sí de los sentidos refiriéndose a la capacidad de orientación en espacio y tiempo, así como la pérdida de memoria. En su mayoría lo expresaban en términos de un desajuste orgánico desencadenado por una impresión muy fuerte, es decir, un suceso que impacta de gran manera al individuo, desencadenando procesos químicos en su interior, como la alteración de los niveles de glucosa y de otras sustancias, los cuales si no se controlan podrían desencadenar el desarrollo de diabetes. Sin embargo, la manera de curar el susto, como parte del sistema médico tradicional, es a través de un preparado de diferentes hierbas con alcohol

o aguardiente, que recibe el nombre de “espíritus”, el cual se encuentra a la venta en farmacias naturistas y boticas

El término “espíritus”, fue reconocido como el nombre dado al preparado a lo largo de las distintas generaciones, sin aludir a una mayor significación, no obstante, considero que tal denominación permite vislumbrar el vínculo con una dimensión mágica que si bien, ya no es integrada en el modelo explicativo brindado en el aspecto de causalidad, se mantiene en el tipo de tratamiento. Dicho preparado puede ser bebido, en este caso tres veces al día, hasta sentir la mejoría, de igual manera puede ser untado, de preferencia en la noche antes de cobijarse; o utilizarse para baño, aproximadamente tres baños que se realizan en la noche cuando ya no se va a salir, debiendo cubrirse muy bien, de pies a cabeza, para guardar el calor que el baño genera. Tal cura puede ser o no, acompañada de rezos por la salud del afectado y no implica la ejecución de un especialista ya que el mismo afectado o algún familiar frecuentemente la madre, es quien lo proporciona. Si bien, con relación al susto se llega a reportar de parte de la población en estudio, la percepción de una alteración de sus nervios, sobre todo vinculada a la angustia y preocupación que llegan a padecer, no emergió en este primer acercamiento, el mal de nervios como una categoría de enfermedad independiente sino como un malestar relacionado con las preocupaciones de la vida cotidiana o como síntoma de otros padecimientos, como en este caso el susto.

Con relación a los nervios y el coraje, en la literatura, ambos se encuentran reportados como parte de las emociones experimentadas por las mujeres otomíes respecto al consumo de alcohol de sus maridos: deseos de morir, soledad, coraje, desesperación, miedo, nervios, no tener ganas de hacer nada, pérdida de deseo sexual, preocupación, culpa, ideas que no se pueden sacar de la cabeza y tristeza (Tiburcio, 2009 en Natera *et al.*, 2012). Una serie de emociones que por parte de la población no son atribuidas a una experiencia de enfermedad como tal, sino que son interpretadas como parte de un destino que deben soportar, algo común e inevitable, para muchas de ellas, ya que algunas no cuentan con apoyo de parte

de su misma red familiar, quienes las culpan o señalan su deber de resistir sin cuestionar.

En el caso de las comunidades indígenas el consumo de alcohol se ha descrito como parte de las tradiciones o costumbres ancestrales que han sufrido modificación en el tipo y frecuencia de consumo debido a procesos sociales y económicos como la migración y la mayor presencia de empresas productoras, entre otros. Específicamente, para el Valle del Mezquital en la literatura (Tranfo, 1974; Guerrero, 1983; Salinas Pedraza, 1984; Fournier, 2007), existe una constante referencia a la estrecha relación entre los otomíes, el maguey y la producción de pulque como una bebida que ha permitido la subsistencia del grupo ante las deficiencias del entorno en cuanto a fuentes de agua. En Fournier (2007) se señala el consumo del pulque no sólo como principal alimento sino también como elemento curativo, en este sentido se calcula entre los 3 y 5 litros, el consumo de pulque por persona, con lo que constituiría cerca del 25% de calorías que consume un individuo adulto.

Como ha podido leerse, la articulación entre factores socioculturales en el proceso salud/enfermedad/atención y la vivencia del mismo, por parte del sujeto, constituye una constante que reafirma lo inadecuado de la aplicación de categorías fijas y ajenas ante formas distintas de concebir, experimentar y significar objetos, situaciones, o en este caso, malestares y padecimientos, así como, de establecer una noción homogénea y esencialista de la cultura, al interior del proceso de salud/enfermedad/atención, debido a que proceder de ese modo, anula la posibilidad de revertir la asimetría entre saberes, y promueve la incomunicabilidad entre sistemas de pensamiento, al sostener como único y válido a uno en particular. Con relación a ello, una de las características reconocida al relativismo cultural, fue aquella de resaltar la importancia de erradicar todo etnocentrismo que lleve a la imposición de paradigmas de alcance universal con carácter de “superiores” (García Canclini, 1982; Bastide, 2005). Premisa, que en el campo de la salud/enfermedad mental/atención, sigue siendo necesario atender a fin de superar imposiciones y referentes de superioridad, que han caído en lo que Cuche (2002) señala como conversión del derecho a la diferencia en asignación

de la misma. Habría pues, que entender a las clasificaciones actuales de los trastornos mentales, sostenidas por el modelo biomédico, como constructos y no como hechos indiscutibles.

El análisis cultural conserva actualmente toda su pertinencia y sigue siendo apto para dar cuenta de las lógicas simbólicas instauradas en el mundo contemporáneo, siempre que no se dejen de lado las enseñanzas de las ciencias sociales. No basta con tomar de ellas la palabra "cultura" para imponer una lectura de la realidad que, a menudo, oculta un intento de imposición simbólica (Cucho; 2002:8).

De acuerdo con García Canclini (2004) entre las principales narrativas que persisten cuando se habla de cultura, se encuentra por un lado, la persistencia de una concepción de aplicación cotidiana del término como referente de educación, refinamiento, cúmulo de conocimientos, que al día de hoy persiste en el imaginario de amplios sectores de la población y que guarda un efecto importante en la interacción social. Por el otro, en oposición a ese uso cotidiano, hay un uso configurado desde el ámbito científico que buscó integrar tantas dimensiones de la vida social como intereses teórico-metodológicos disciplinarios.

En relación con ese uso científico, si bien, desde la antropología simbólica con Geertz (1973) se había señalado ya la importancia de los símbolos como elementos de definición de la cultura; Camus (2002) precisa que tal matriz de significados que sería la cultura, resulta más fácil de ser aprehendida y hacerla visible en tanto que se aterriza en un entramado social. De esta forma, el alcance de una posible definición operativa de la cultura, que a su vez llegara a ser compartida por autores y disciplinas, quedaría situada al afirmarla como el *conjunto de los procesos sociales de significación, esto es, procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social* (García Canclini, 2004: 34). Esta perspectiva representa el paso de una visión estática de elementos a una de proceso, en el que tales elementos se conciben creados y recreados continuamente al interior de la historia social, colocando el énfasis en el análisis intercultural de los significados que son recibidos, reprocesados o recodificados, sin perder de vista las relaciones de poder que los cruzan; una *perspectiva procesual que considera a la vez lo sociomaterial y lo significativo* (García Canclini; 2004: 35) de la misma.

El pensar la cultura en estos términos, en el caso de los trastornos mentales, llevaría a dar cuenta tanto de las condiciones histórico-sociales que le sirven de contexto, como de las fuerzas y relaciones de poder que fundamentan la emergencia de los discursos sobre la enfermedad mental. Así también, posibilita profundizar en la dimensión cultural de toda práctica social, tanto de quien presenta un trastorno, como de la propia práctica médico-psiquiátrica. Como se mencionó, es importante prestar atención a la posición que ocupa la industria farmacéutica en la configuración de las clasificaciones diagnósticas y asignación de tratamiento médico, a través de su participación mediante el financiamiento de investigaciones, de revistas, congresos y reuniones científicas, de la difusión de información, entre otras. Una industria que si bien, ha impulsado el desarrollo de la medicina con beneficios para la población, alberga intereses respecto al consumo y se ubica entre las principales industrias a nivel mundial en términos de concentración de capital (Martínez-Hernández, 2006b).

Asimismo, tal sentido de lo cultural constituye una vía de acercamiento al reconocimiento de la perspectiva del sujeto, en este caso la persona que tiene el trastorno, considerando a su vez, la capacidad de agencia de los diferentes actores involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención. Una perspectiva desde la cual el análisis cultural de los mismos, tendría que atender a los procesos de interacción, confrontación y negociación que tienen lugar entre grupos y sistemas culturales diversos (García Canclini; 2004).

Finalmente, tener presente la idea de interculturalidad como una forma de pensar la diversidad en los espacios de frontera entre sociedades distintas o bien, entre grupos o sujetos culturalmente diversos al interior de una misma sociedad (García Canclini; 2004). Permitiría dar paso a la configuración de un campo de estudio del fenómeno de la enfermedad mental orientado, más que por una perspectiva transcultural que apunte a la homogeneización de experiencias, por un enfoque dirigido al estudio de la experiencia de enfermedad mental en la interculturalidad que brinde luz a la comprensión de elementos que han sido ignorados o insuficientemente profundizados en su interacción.

## CAPÍTULO IV

### **Padecer la enfermedad. Trastornos mentales entre pobladores del Mezquital, Hidalgo**

En sus inicios, el estudio del proceso salud/enfermedad/atención estuvo dominado por el interés por mostrar la influencia de la cultura en la configuración, desarrollo y tratamiento de los diversos padecimientos como una forma de contrarrestar el determinismo biológico que daba forma a la representación científica de enfermedad. En función de ello, se elaboraron argumentaciones encaminadas a enfatizar la dimensión cultural del proceso, como la que señalan Lock y Nguyen (2010), acerca de que todos los miembros de un conjunto social comparten iguales valores culturales y participan de las mismas condiciones socioeconómicas, con lo cual los grupos sociales son concebidos como conjuntos homogéneos culturalmente. Premisa que al día de hoy, Lock y Nguyen (2010) resaltan, ha dejado de ser sostenible en la medida en que alude a una aplicación del concepto cultura en términos esencialistas. Asimismo, puede distinguirse que la priorización de la dimensión cultural implicó restar atención a la serie de factores económicos y políticos que no obstante, también mantienen relación con el proceso de enfermar.

Al igual que Lock y Nguyen (2010) y algunos otros autores (Martínez-Hernández, 2008) interesados en el estudio de la salud y enfermedad, considero que el reconocimiento de lo cultural en la configuración de la enfermedad debe ser una herramienta analítica aplicada no sólo al estudio de dicho fenómeno en ciertos contextos, sino en cualquier sociedad y sistema de conocimiento, incluyendo el correspondiente al conocimiento científico o sociedades no aprehendidas en términos étnicos. De forma que la noción de cultura dejaría de ser conceptualizada en términos de etnicidad o como una noción estática y totalizadora que ignore las relaciones de poder y desigualdades al interior de los diversos conjuntos sociales (Lock y Nguyen, 2010).

En suma, la discusión en el campo de la salud y la enfermedad, puede situarse como una discusión desarrollada en torno a la adscripción a posturas relativistas que circunscriben la aparición y experiencia de enfermedad a condicionamientos socioculturales específicos versus posturas universalistas que soslayan el papel de la diferencia y desigualdad sociocultural en favor de una uniformidad respecto a la etiología orgánica. Esto es, por un lado, diversos científicos de la salud que presentan una fuerte tendencia a la homogeneización de términos y articulaciones de las enfermedades en otros contextos culturales, confrontados a un sector de antropólogos enfocados al análisis de la especificidad de las enfermedades y la aproximación a éstas en tanto entidades locales y culturales que implican formas concretas de construir los síntomas, de determinar qué es y qué no es patológico así como de vivir la enfermedad como experiencia.

Esto cobra sentido en la argumentación de Appadurai (en Lock y Nguyen, 2010) como una discusión en el marco de dos perspectivas, la primera propia de una homogeneización cultural que se identifica con un proceso de "americanización" o "mercantilización" y una segunda, alusiva a una heterogeneización cultural correspondiente a un proceso de "indigenización" que hace referencia al proceso de difusión y apropiación, de ideas, conocimientos, comportamientos, tecnologías y bienes materiales con la consecuente transformación de los mismos, a fin de ajustarlos culturalmente a la localidad receptora. Tal ajuste cultural, hemos visto que, dentro del campo de la atención a la salud, ha tomado la forma de competencia cultural, como un enfoque que materializa la conceptualización de la cultura como equivalente a etnicidad.

Asimismo, como también se ha señalado, aun desde la propia antropología, tanto la elaboración de la noción de competencia cultural como gran parte del desarrollo del estudio de la salud/enfermedad descansó sobre una representación de la cultura como un conjunto de creencias no racionales, que se vincularon a prácticas populares que fueron calificadas como obstáculos para la comprensión y apropiación de ideas y hábitos adecuados, los cuales eran albergados o provenían por supuesto del pensamiento científico. Esto poco a poco, ayudó a sentar las bases para la emergencia de la perspectiva tendiente a la culpabilización de la

persona que ha enfermado, o bien, a identificar una cierta violencia (Fassin en Lock y Nguyen, 2010) y etnocentrismo (Bastide, 2005) en el propio enfoque culturalista en la medida que niega a la población su derecho a ser diferente y conceptualizarse a sí mismos y a su enfermedad.

Si bien como ha intentado mostrarse en los apartados anteriores, es necesario atender a la adecuación sociocultural de los servicios de atención a la salud, ésta no debe partir de representaciones estereotipadas de los diversos sujetos y conjuntos sociales. A continuación presentó algunos de los hallazgos encontrados en la región de estudio, principalmente, en términos de organización de servicios de atención a la salud/enfermedad mental en función de la propuesta que distingue la configuración de tres distintos modelos médicos en interacción constante (hegemónico, alternativo subordinado y de autoatención) (Menéndez, 1983), dentro de la que se desarrolla la experiencia de padecer un trastorno mental. Intentando ir trazando la articulación de los distintos sistemas médicos presentes entre la población, a través de sus prácticas.

De igual manera, se presentaron algunos elementos que operan en la configuración del trastorno mental y su padecer, entre los pobladores. Es importante señalar, que el presente esfuerzo no constituye un análisis exhaustivo capaz de abarcar toda la serie de interrelaciones entre fenómenos de diversos orden, social, cultural, económico, político, y mucho menos es un trabajo acabado. Su valor no obstante, radica en ser un esfuerzo por sistematizar la información obtenida en campo a fin de dilucidar los matices que cobra el estudio de la salud/enfermedad/atención entre quienes atraviesan por la experiencia de padecer un trastorno mental, en la región del Mezquital, Hidalgo, para posteriormente profundizar en ellos. En consonancia con lo postulado por Lock y Nguyen (2010) considero debe prestarse atención a la discriminación, inequidad y demás factores sociales, políticos y económicos que impactan a las condiciones de existencia y salud de la población y determinan con ello una desigual distribución de enfermedad, discapacidad y muerte, así como de servicios y recursos para responder a la misma.



Si bien, estoy igualmente de acuerdo en el hecho de que a partir de su sistema cultural el individuo elabora una particular conceptualización de enfermedad, la dota de significado y marca las condiciones de su padecer, así como la serie de acciones terapéuticas que tomará al respecto. Lo cierto es que dicho proceso no es lineal y se ve cruzado por una diversidad de factores; por ejemplo, en la elección del especialista y terapéutica a seguir, intervienen aspectos relacionados con la distribución de recursos humanos y materiales, de servicios médicos y el grado de acceso a los mismos, así como la evaluación de su eficacia, por mencionar algunos elementos que muestran que la dimensión cultural, aun cuando es importante en la comprensión del fenómeno no es la única vía desde la cual debe ser comprendida y explicada la especificidad de la experiencia de enfermedad, sino que la cultura representa un aspecto o factor que interacciona con otros.

#### **IV.1 La nube estéril<sup>2</sup> sesenta años después...**

Valle del Mezquital es el nombre con el que se reconoce una de las regiones que conforman el Estado de Hidalgo, habitada por población indígena hñähñu y mestiza (Tranfo, 1974; Moreno *et al.*, 2006; Fournier, 2007). De acuerdo con Fournier (2007), la extensión de la zona es un tema abierto a discusión en función de criterios heurísticos, no obstante, siguiendo la demarcación que la autora realiza con base a aspectos culturales, históricos, y ecológicos, ésta abarcaría una superficie total de 7206 km<sup>2</sup> localizada entre los 98° 50' y 100° 2' de longitud y los 19° 40' y 20° 50' de latitud, aproximadamente; correspondiendo a la parte occidente del estado de Hidalgo, parte norte del Estado de México y una limitada zona del sureste del estado de Querétaro.

Por otro lado, el Valle del Mezquital ha sido descrita como una zona de bajo potencial agrícola, vegetación de tipo desértico, escasez de recursos acuíferos y baja precipitación pluvial, con lo cual se sitúa como una de las regiones más

---

<sup>2</sup> *La Nube Estéril. Drama del Mezquital*, es el título que el periodista Antonio Rodríguez diera a su novela publicada por vez primera en 1952, a través de la cual retrata las condiciones de extrema pobreza, explotación económica y marginación en las que viviera la población hñähñu en la época posrevolucionaria, en que aún se carecía de los servicios de agua potable, luz, centros de salud y escuelas.

pobres del país, orillando a la población al desarrollo de estrategias complejas para la explotación y uso de recursos naturales orientados a su subsistencia (Tranfo, 1974; Guerrero, 1983; Moreno *et al.*, 2006; Fourier, 2007). Una de estas estrategias reconocida para hacer frente a la dependencia del agua por ejemplo, es el patrón de asentamiento disperso adoptado por la población, a excepción de las zonas de riego en las que ha sido posible desarrollar una agricultura de temporal (Fournier, 2007). Si bien, el modo de vida otomí se identifica por desarrollarse en torno a la agricultura de temporal, ésta converge con el aprovechamiento de otros recursos naturales por ejemplo, la lechuguilla y maguey que son “raspados” para la obtención de pulque y fibra de ixtle. Esta última empleada en algunos casos en el tejido de ayates, mecapales y costales, aunque es preciso señalar, que en la actualidad la comercialización de estos productos se ha visto afectada por la introducción de artículos de plásticos. Asimismo, persiste la adquisición de borregos, chivos, gallinas, pollos y cerdos, los cuales ante momentos de necesidad económica son vendidos o utilizados con motivo de alguna festividad (Bautista-Aguilar, 2009).

En la región se reconoce la desaparición de diversas manifestaciones culturales (Fournier, 2007). Por ejemplo, se ha hablado de un proceso histórico de conflicto y desplazamiento de la lengua hñähñu por el español, reflejado en la pérdida de extensión geográfica y reconocimiento del valor funcional de esta última (Hamel, 1987). Así también, de la desaparición gradual de la práctica de parte de curanderos por falta de demanda (Moreno *et al.*, 2006; Lastra, 2006). No obstante, el uso de la lengua como medio de comunicación persiste en una fracción de la población adulta y ancianos, así como la práctica o recurrencia de parte de población, sobre todo de las madres de familia, a los remedios tradicionales, configurando así la categoría de medicina doméstica. Asimismo, recientemente, ha tenido lugar un proceso de rescate de la lengua a través de su incorporación al programa escolar a nivel de educación primaria, aunque no de forma generalizada (Bautista-Aguilar, 2009). Además de reconocerse la permanencia de formas organizativas políticas, elementos del sistema económico pasado y de elementos ideológicos particulares (Fournier, 2007).

Es así como el modo de vida actual se ha visto condicionado por las características del entorno así como por su proceso histórico en el que se puede identificar el despojo de tierras cultivables (Mendizábal, 1947 cit. en Fournier, 2007). De manera que la actividad económica tradicional se vio desplazada por nuevas actividades jornaleras o comerciales que implicaron a su vez, un desplazamiento espacial, que ha dado a Hidalgo, el reconocimiento de región expulsora de mano de obra. El comienzo de estos desplazamientos se contempla en los años sesenta, con un marcado aumento en la década posterior hasta consolidarse, en los años noventa, como un proceso constante y masivo que en inicio, tenía lugar dentro del mismo Estado, hacia ciudades como Pachuca o a Ixmiquilpan, así como, hacia el Distrito Federal (Báez *et al.*, 2005). En el 2008, por su parte, Quezada, realiza una revisión de la migración en el Valle de Mezquital señalando que Hidalgo para el año 2000 ya ocupaba el noveno lugar de los 15 Estados que presentaban una intensidad migratoria que superaba el promedio nacional. Con intensidad migratoria se refiere a la proporción de la población que migra con relación a la población total, con lo cual, a su vez, quedó mostrada la asociación entre migración internacional y localidades indígenas hñähñus en términos de estrategia familiar. Cuando se migra para los hombres la opción de trabajo es dentro de la construcción, y para las mujeres, el trabajo doméstico.

#### **IV.1.1 La atención a la salud en el Mezquital, Hidalgo**

La noción de salud es frecuentemente referida a un estado de equilibrio entre los diferentes elementos que constituyen a la persona, y no sólo respecto a ésta sino en la relación que sostiene con el mundo y las entidades que lo habitan (Bautista-Aguilar, 2009). Un sentido de equilibrio y unidad del cuerpo como un todo que permite el equilibrio=salud (Peña y Hernández, 2005). Asimismo, en la región, persiste el sistema calor/frío, no sólo como criterio de clasificación de elementos sino de las propias enfermedades y los tratamientos. *Para algunos autores éste es un sistema con grandes similitudes al hipocrático; ya que el equilibrio simbólico es el concepto principal para comprender ambos sistemas, dado que para mantener la salud, las calidades tienen que conservar un balance*

*simbólico* (Ryesky; 1977: 112) Con lo que se reafirma el sentido armónico que acompaña al término salud, al guardar no sólo la proporción adecuada entre los diferentes elementos del organismo sino con la composición del entorno, de tal modo, que una posible causalidad de enfermedad, respondería por el contrario, a la desarmonía consecuencia de la ruptura de ese equilibrio.

Al igual que lo observado en los distintos trabajos desarrollados desde la perspectiva culturalista, la salud, no sólo alude a la ausencia de enfermedad y equilibrio, sino que hace referencia a la normatividad social. No obstante, es necesario recordar lo señalado previamente (Cap. II) respecto a la confusión entre enfermedad como desviación biológica y como desviación social. En principio coincido en que no toda desviación social implica una desviación biológica o enfermedad y que como tal, la primera adquiere interés en cuanto proceso social a través del cual un atributo o comportamiento de la persona es valorado o significado como perturbador. Con ello, no pretendo dejar de lado el daño orgánico que muchas veces constituye la base de dicha expresión de algo que puede ser considerado desviación social, no obstante, el objetivo perseguido en el presente trabajo no es establecer la causalidad del trastorno mental en aquellos casos que la ciencia médica no ha podido hacerlo, sino mirar críticamente el proceso de configuración sociocultural de dichos trastornos.

Tomando en cuenta que incluso si, como se ha sostenido, el criterio de normalidad respondiera únicamente a una distribución estadística, como desde un enfoque biomédico. Bastaría con pensar en un encuentro entre dos individuos, en el que uno de ellos sea capaz de comentar al otro que lo nota “algo enfermo” para distinguir que detrás de dicha valoración o reconocimiento de malestar, no hay ninguna estimación o cálculo estadístico pero sí un proceso de atribución de significado a una característica, comportamiento o situación observada durante el encuentro. De esta forma, es que se puede encontrar entre la población el reconocimiento de una equivalencia entre normalidad y salud como una condición de la persona que alude a ciertas capacidades para cumplir con las obligaciones o labores asignadas de acuerdo a su rol social y de género:

hombre/trabajo/proveedor económico y mujer/hogar/educación y cuidado de los hijos.

En lo que respecta al sistema médico de la población indígena/rural hñähñu, éste ha sido descrito como un sistema híbrido (Tranfo, 1974; Lastra, 2006), es decir, que conjuga la cura mágica con la medicina moderna, observando en la atribución de causalidad la integración de elementos provenientes de ambos. En este sentido, la enfermedad no es delimitada a una *naturaleza fisiológica*, sino que engloba la voluntad de la persona o de otros seres superiores (Tranfo, 1974: 269), de modo que las explicaciones elaboradas acerca de sus padecimientos aluden a atribuciones causales diversas que, como se mencionó encuentran posibilidad de síntesis y articulación al nivel de las prácticas sociales.

En el Valle del Mezquital, el proceso de expansión y hegemonía del sistema biomédico habría iniciado desde hace varias décadas con los programas de vacunación implementados en la región y la adopción de ciertos fármacos identificados con la medicina alópata, especialmente analgésicos (Sánchez-González *et al.*, 2008). Actualmente, persiste la atención a través del uso de plantas medicinales en la curación de la enfermedad, ya sea que se cuente con la consulta a un especialista o constituyan acciones de parte de quien ha enfermado o de algún familiar, principalmente la madre. A este respecto, cabe señalar, que aun cuando persiste la referencia a consultas con curanderos, también hay el reconocimiento de una disminución de los mismos en la región (Lastra, 2006; Moreno *et al.*, 2006). Sin embargo, entre la población adulta, sobre todo madres de familia, puede encontrarse el conocimiento acerca del uso de diversos remedios y propiedades curativas de plantas, con lo cual se alcanza una cierta autonomía con respecto de la consulta con el especialista ante la presencia de malestar o enfermedad. Situación que fuera expresada por Tranfo (1974 en Lastra, 2006), en términos de un proceso de desplazamiento del complejo cultural al interior de la casa, con lo que se ratifica al espacio doméstico como aquel en que tienen lugar las primeras acciones en respuesta a la presencia de algún malestar o enfermedad reafirmando a la autoatención, como primer nivel real de atención (Menéndez, 1983). Si bien pueden identificarse la apropiación y

reproducción del saber tradicional/popular dentro de lo doméstico, aún queda la interrogante respecto a si la interpretación debe ir en el sentido de un desplazamiento del complejo cultural, en la medida que las representaciones y prácticas de los sujetos que conforman el ámbito de lo doméstico como tal, constituyen la base sobre la que se levanta dicho complejo, con lo cual más que hablar de un desplazamiento unidireccional, lo que tiene lugar es un proceso de reconfiguración sociocultural e histórica del grupo indígena en su totalidad.

Asimismo, como lo señalan diversos autores (Menéndez, 1983; Peña y Hernández, 2005; Sánchez-González *et al.*, 2008) el proceso de expansión de la biomedicina alude a la generación de soluciones o estrategias de atención a la salud, que en su mayoría han caminado en un sentido complementario de las prácticas locales, sin por ello, asumir la existencia de una total armonía y dejar de lado la persistencia de procesos contradictorios o de conflicto en torno a ciertos padecimientos o estrategias terapéuticas como pudo leerse con relación al testimonio de Celia y el padecimiento de su hijo (Cap. III), el cual no encuentra solución en la atención recibida de parte del médico alópata pero sí en la del médico tradicional o curandero. Aquí otro testimonio:

Me enfermé del corazón, me vine a tratar con el médico y me detectó arritmia cardíaca, me estuve tratando con el médico y ya después mi mamá y mi hermano me llevaron con una señora que cura con las manos y con la biblia y tés y toda la cosa en Mixquiahuala. Estuve yendo con ella como tres años y ya no me enfermé del corazón, me hizo una operación espiritual, bueno ella dice ¿no? Sinceramente pues yo no creo en eso, pero pues ya no tengo nada porque me iban a poner un marcapasos y entonces como me lo iban a poner, me llevaron con esa señora, me trató con tés, operación espiritual, leímos la biblia y todas esas cosas y ya me curó. Aún siento como punsaditas o sea que yo creo que no estoy muy bien pero ya volví a tratarme con el médico (Ramiro, 36 años, esquizofrenia, Ixmiquilpan).

Es así como en la zona persiste un sistema de atención dual (biomédica institucional y tradicional/popular). Al día de hoy, los servicios de atención a la salud en el Estado se encuentran proporcionados por diversas dependencias: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud y habría que incluir al Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en la medida en que dicha dependencia proporciona servicios de apoyo psicológico así como, lleva a cabo brigadas médicas. Los centros de salud, al igual que las clínicas se ubican

en su mayoría en las cabeceras municipales, mientras que en las comunidades dependiendo de la cantidad de habitantes pueden ubicarse casas de salud en las que la atención es brindada principalmente por médicos pasantes. Como he indicado, el presente trabajo ha sido desarrollado con la población que asiste a consulta a cuatro distintos Centros de Salud, ubicados en cada una de las siguientes cabeceras municipales: Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautla e Ixmiquilpan. Todas ellas pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. VI, ubicada en Ixmiquilpan, Hidalgo.

## **IV.2 ¿Y después de La Castañeda<sup>3</sup>? Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental**

Con relación a los servicios de salud disponibles en la región para la atención a los trastornos mentales, desde el año 2000 se cuenta en la región con el denominado Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental. Como primero en su género, el Modelo Hidalgo surge del trabajo colaborativo entre la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental I.A.P., esta última presidida en ese momento por Virginia González Torres, teniendo por objetivo romper con el modelo psiquiátrico asilar existente hasta ese momento en el país.

Entre los antecedentes a la implementación del actual Modelo Hidalgo, se tiene que durante la segunda mitad del siglo XX, en México tuvo lugar un proceso de reestructuración de servicios que se ha reconocido bajo el nombre “Operación Castañeda”, consistente en la clausura del Manicomio General “La Castañeda” y la consecuente creación de un sistema hospitalario de atención psiquiátrica que

---

<sup>3</sup> El Manicomio General “La Castañeda”, es el nombre que se le dio al Hospital construido por mandato de la Secretaría de Gobernación en el terreno ocupado por la Hacienda de la Castañeda, cercana a Mixcoac, que fuera inaugurado el 1 de septiembre de 1910, como parte de las celebraciones del Centenario de la Independencia de México. El Hospital estaba dirigido a la atención de personas que presentaban alguna enfermedad mental *sin distinción de sexo, nacionalidad, religión o edad (desde los cinco años), siempre y cuando presentaran un certificado firmado por dos médicos que indicara el diagnóstico de la enfermedad o «los síntomas más salientes, principalmente los defectos de conducta y la falta de adaptación al medio social», así como la necesidad de ser internados para su tratamiento* (Sacristán, 2010:477). El Manicomio “La Castañeda” estaba conformado por 24 edificios (pabellón de médicos, el del administrador, el destinado a las alcohólicas, el de las epilépticas, dos para enfermos distinguidos, el de los alcohólicos, el de los peligrosos, cuatro destinados a los tranquilos, a los epilépticos, el destinado a enfermos infecciosos, a imbeciles, el de servicios generales, el edificio de talleres, entre otros), que albergarían a más de 1000 pacientes, cerrando sus puertas el 29 de junio de 1968 (Ruíz y Morales, 1996).

buscaba romper con las condiciones de hacinamiento, maltrato y carencias reproducidas por el modelo de atención vigente. El objetivo era generar nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que integraran por ejemplo, actividades ocupacionales y talleres de terapia. Como parte de esa red hospitalaria, en su momento, se inauguró el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Fernando Ocaranza” ubicado en San Miguel Eyacalco, Hidalgo, dirigido a la atención de personas que presentan padecimientos crónicos, el cual no obstante, continuaría trabajando bajo el modelo de atención asilar de “La Castañeda”.

El Hospital Campestre “Dr. Fernando Ocaranza” abrió sus puertas el 21 de julio de 1968, con una superficie de 8,960 metros cuadrados ocupados por cuatro distintos pabellones, uno para niños, otro para varones y dos más para mujeres, con una capacidad total para 560 pacientes. Sin embargo, dado que la red hospitalaria emerge ante el cierre del Manicomio General “La Castañeda”; varios pacientes fueron trasladados a las diversas instituciones, entre ellas, Ocaranza, por lo que de inicio, el Hospital abrió sus puertas rebasando su capacidad total, con una población conformada en su mayoría por personas no identificadas, abandonadas y con un deterioro que requería de tratamiento prolongado (Recomendación 070/1995, CNDH).

A partir de su apertura, la institución comenzó un proceso de deterioro que habría quedado expresado en continuas ocasiones. Una de éstas, la constituye la supervisión que en 1994, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ordenara con la intención de verificar la situación en torno a los derechos humanos de las personas hospitalizadas. Entre las observaciones realizadas se mencionaban en principio, la apertura y funcionamiento de la institución sin la existencia de un reglamento interno; además de que dicho funcionamiento como se mencionó, mantenía el modelo asilar en tanto que las personas internadas, no contaban con otro lugar para vivir pues eran rechazadas por la población general y demás instituciones asistenciales. Asimismo, se constataba la falta de recursos por parte de la institución para culminar con obras de restructuración física que se tenían programadas dando lugar a la acumulación de “una gran cantidad de cascajo” que se sumaba a la presencia de “ropa vieja, heces fecales y



desperdicios orgánicos” en el patio (Recomendación 070/1995 CNDH). Se observaba una mala distribución de espacios, teniendo que de los cuatro pabellones destinados a la hospitalización, sólo uno se encontraba en funcionamiento albergando al total de personas hospitalizadas. De igual manera, se menciona la existencia de fugas en la instalación hidráulica y descomposturas que llevaban a que los pacientes se bañaran con agua fría. En ese mismo sentido se constató el estado en que se encontraba el mobiliario y el inmueble en general, camas cuya toma de oxígeno y succión desde la apertura de la institución no habían funcionado, estructuras metálicas oxidadas, plafones deteriorados, lavadoras y secadoras descompuestas que suscitan el secado de la ropa al sol, extendiéndola en el patio pese al riesgo de que se ensuciara con el mismo excremento de los pacientes (Recomendación 070/1995 NDH, 1995).

Como se indicó, sólo un pabellón se encontraba en funcionamiento para albergar al total de 289 pacientes (121 hombres y 168 mujeres), que en esos años se enfrentaban adicionalmente, a un déficit de camas en dormitorios por lo que, personas con diferente grado de deterioro se encontraban mezcladas, además de que se hace mención de la falta de personal encargado de su cuidado, cuya principal consecuencia se observa en la deficiente higiene personal de los mismos. La mayor parte de la población (94%), se menciona, presentaba padecimientos crónicos con un gran deterioro, siendo los diagnósticos más frecuentes: el retraso mental grave, la demencia presenil y senil, las crisis convulsivas generalizadas tónico clónicas y el daño orgánico cerebral severo consecuencia de traumatismos craneoencefálicos o uso de sustancias psicotrópicas.

Las condiciones anteriormente expuestas, más otras evidencias no mencionadas aquí, llevaron al señalamiento por parte de la CNDH de que las autoridades responsables del Hospital habían incurrido en faltas que afectaban el derecho de los pacientes a la salud y a un trato digno, además de contradecir los Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental que establecen que las condiciones de vida al interior del Hospital Psiquiátrico deben buscar

homologar en la medida de lo posible, las condiciones de vida en el exterior. Así como también se señala la obligación del Estado de brindar condiciones de alojamiento dignas. Asimismo, tales Principios señalan que debe disponerse de equipo terapéutico, diagnóstico y medicamentos, lo cual tampoco se cumple dentro del Hospital en cuestión, por el contrario, resalta la falta de recursos humanos, que llevan a que para aquél momento existiera una proporción de 1 psiquiatra por cada 72 pacientes, 1 médico general por cada 36, 1 psicólogo por cada 144 y 1 enfermera por turno por cada 41 pacientes.

Lo anterior culmina en una Recomendación (070/1995) emitida con carácter de pública, al Gobierno del Estado, en la cual se señala la necesidad de canalizar recursos económicos y reorganizar servicios, actividades, así como de remodelar diversas áreas del Hospital, a la brevedad. Como parte de las acciones realizadas en respuesta a la Recomendación de la CNDH y en el marco general de una reforma del sistema de atención psiquiátrica se realiza la reestructuración del hasta entonces Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Fernando Ocaranza”.

Antes de dar paso a la descripción de la forma que tomaría tal reestructuración me gustaría mencionar algunos aspectos que no son ajenos a lo acontecido en México, sino que convergen e influyen en dicha reforma. En principio, la promulgación de la Ley 180/1978 en Italia, también conocida como Ley Basaglia. A partir de su trabajo en los Hospitales Psiquiátricos de Gorizia y Trieste, Basaglia (en Evaristo, 2011) mostraría una actitud crítica a la psiquiatría y la institución manicomial, concibiendo a esta última como un espacio destinado al control social sobre la base de un fundamento científico biológico. Esto lo llevaría a postular la humanización de los hospitales psiquiátricos, dentro de los cuales se había olvidado atender a la persona, quien habría dejado de tener un nombre y una historia de vida; por tanto, *se precisaba reconstruir contactos humanos, estimulando confianza comunicativa, y sobre todo reconstruyendo su identidad* (Evaristo, 2011:346). La ley 180/1978 postulaba el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, con la consecuente prohibición de la apertura de nuevas instituciones. En tanto que situaba la necesidad de establecer servicios alternativos, áreas de hospitalización dentro de Hospitales Generales o Centros de

Salud destinados a desarrollar trabajo de prevención, atención y rehabilitación para quienes atravesaran por un padecimiento mental. Asimismo, se postula la conexión de estos centros con demás sectores e instancias del Sistema de Salud. Adicionalmente, se determinaba que el ingreso al tratamiento debía ser voluntario, las excepciones a este respecto requerían el acuerdo de diversos especialistas, autoridades y miembros de la sociedad.

Por otro lado, vinculado a este anterior movimiento italiano de reforma sanitaria, ubico en el horizonte de la “Operación Castañeda” la Declaración de Caracas emitida a la clausura de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica celebrada en el año de 1990, misma que fuera firmada por México (Rodríguez, 2007). El principal objetivo perseguido por ésta, lo constituía la reestructuración de los servicios de atención psiquiátrica y de salud mental en América Latina que llevaba detrás la crítica al modelo manicomial. La Declaración de Caracas, estableció la necesidad de articular la atención psiquiátrica y el primer nivel de atención a la salud, de tal modo que el Hospital Psiquiátrico dejara de fungir como eje de atención, situando con ello la importancia del establecimiento de servicios comunitarios. Esto acompañado a su vez de una reforma en la legislación vigente, encaminada a respaldar la reestructuración de los servicios y asegurar el mejoramiento de la calidad de los servicios, el respeto a los derechos humanos y civiles de la población que hacía uso de los mismos. Igualmente, se señala la necesidad de ampliar la oferta de servicios que hasta el momento se habían mostrado insuficientes, sumado a una progresiva disminución de espacios de internamiento con la consecuente creación de nuevas instancias para la rehabilitación, como son las viviendas o casas protegidas. Adicionalmente, se contemplaba el fortalecimiento de los programas de atención y rehabilitación, así como la capacitación del personal de salud y la promoción de la participación, tanto de quien padece el trastorno como de familiares y demás asociaciones civiles u organizaciones no gubernamentales (Rodríguez, 2007).

Finalmente, un tercer elemento lo constituiría la publicación de alrededor de cincuenta reportajes, en los que se habla de las condiciones de atención en los Hospitales Psiquiátricos del país (Modelo Hidalgo-CONSAME). Entre éstos se

encuentra, un artículo publicado por la Revista PROCESO No. 1213, en enero del año 2000, titulado *HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS. Infiernos sin límites*, en el que se exhiben los malos tratos y condiciones deplorables bajo las que viven los pacientes hospitalizados en Ocaranza, no sólo a través de una redacción que reafirma y condena cada una de las observaciones señaladas por la CNDH sino mediante imágenes que terminan por transmitir aquello que el texto no hubiera conseguido comunicar. Dentro del documento se cita tanto la Recomendación de la CNDH como una entrevista con Virginia González Torres, quien como podrá recordarse, presidía la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental I.A.P., misma que colaboraría en la elaboración del nuevo Modelo de Atención a la Salud Mental que entraría en vigor, de manera formal, un año después.

De este modo, luego de 32 años en funcionamiento, el antiguo Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Fernando Ocaranza” cerró sus puertas el 21 de noviembre del año 2000 para dar nacimiento a Villa Ocaranza, que quedaría conformada por una unidad hospitalaria con 30 camas destinada a la atención de pacientes agudos y un conjunto de 10 casas o villas con capacidad para 12 personas cada una (Modelo Hidalgo-CONSAME). Pero la reconstrucción del Hospital no representaba más que un aspecto de la reforma sanitaria programada, la cual implicaba la transformación de otros servicios ya existentes, en servicios integrales que incluyeran la rehabilitación social y la creación de nuevas áreas afines al objetivo perseguido, que era, como he mencionado, eliminar el modelo asilar que había dominado la atención hasta entonces, así como revertir las observaciones negativas en relación a los derechos humanos y la protección a la salud exhibidos por la CNDH.

Tomando en cuenta lo anterior, fue que se elaboró la propuesta del Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental, que buscaría replicarse a partir de entonces, en cada uno de los Estados del país. Dicho Modelo, es el que actualmente se encuentra funcionando en la región, constituido de la siguiente forma. El Estado de Hidalgo cuenta con 13 Jurisdicciones Sanitarias de las que a su vez, dependen centros de salud ubicados en las cabeceras municipales y

casas de salud, situadas en algunas comunidades. Para el año 2000, en que se declara el cierre del Hospital Psiquiátrico, se implementa en cada una de las Jurisdicciones Sanitarias un Núcleo Básico de Salud Mental (NBSM, de aquí en adelante), con lo cual, se buscaba cubrir la incorporación de los servicios de salud mental al primer nivel de atención. Los NBSM constituirían el primer nivel de atención o contacto para la población de la zona, dentro del centro de salud corresponden a un consultorio atendido por un médico general que ha sido capacitado en lo concerniente a la atención que debe brindarse a personas con diagnósticos psiquiátricos. Si bien, el Modelo supone, la colaboración de una enfermera psiquiátrica o que en su caso haya sido capacitada a nivel técnico psiquiátrico, al menos, en lo que respecta a los centros de salud con los que trabajé, ninguno cumplía con dicha características y su personal no mostró conocimiento de algún centro que contara con el personal de enfermería marcado, en su defecto, los médicos de salud mental son apoyados por pasantes de enfermería que rotan en un periodo de tiempo que va de seis meses a un año. Dos años más tarde fueron integrados 84 NBSM al programa, así como, tres Módulos de Salud Mental (MSM), los cuales representan un segundo nivel de atención más especializada que debiera fungir como apoyo al primer nivel, en tanto que éstos, están conformados por un médico psiquiatra, enfermera, psicólogo y trabajadora social.

La existencia de ambos servicios o niveles, de acuerdo al personal, inauguraba un sistema de referencia y contrarreferencia de salud mental, que significa la posibilidad que tiene el médico del NBSM de enviar a alguno de sus pacientes que a su consideración lo amerite, a una valoración con el médico psiquiatra del siguiente nivel o al servicio de psicología, (referencia). Teniendo que, de parte de este último (psiquiatra), recibiría alguna comunicación (contrarreferencia) con sus observaciones, a fin de dar un mejor seguimiento a la persona respecto a su estado de salud manifestado. No obstante, si bien, se contempla la posibilidad de canalización a este segundo nivel de atención especializada, en la práctica concreta, no fue observado un proceso de este tipo, por el contrario se mencionó la dificultad y trato inadecuado que algunas personas

recibieron al ser enviadas a los Módulos de Salud Mental, por lo cual se ha preferido evitar dicho proceso, a diferencia de las referencias/contrarreferencias a Villa Ocaranza, que llegan a ser más frecuentes que las primeras.

Por último, el tercer nivel de atención, queda representado por Villa Ocaranza, en donde se cuenta con servicios de atención médica externa, es decir, atención psiquiátrica a personas que no están hospitalizadas por parte de médicos psiquiatras. Los médicos psiquiatras son los encargados de valorar el estado de la persona y asignar el diagnóstico en función del cual se determina su hospitalización o no. En caso de no requerir hospitalización, la persona es enviada a su centro de salud que le corresponde, específicamente al NBSM el cual será el encargado de darle seguimiento a su tratamiento. En cuanto a la hospitalización, es necesario precisar que bajo el nuevo Modelo, se determina debe ser breve y transitoria, es decir, se conciben como servicios de atención a personas durante episodios de crisis por lo que la estancia se considera no debe durar muchos meses. Adicionalmente, el periodo de hospitalización en las villas, las cuales cuentan con recámaras, sala, comedor, cocina, baño y áreas verdes, se destina al entrenamiento de la persona a fin de lograr la menor dependencia de otros, respecto a actividades cotidianas.

Una vez finalizado el periodo de hospitalización la posibilidad es continuar el tratamiento en el NBSM o en lo que se conoce como casas de medio camino, que son viviendas establecidas en una comunidad donde quien ha sido dado de alta puede vivir con el objetivo de lograr su reincorporación social. Adicionalmente, se mencionan residencias comunitarias que igualmente son casas dentro de una comunidad pero con un acompañamiento profesional eventual, así como, departamentos independientes donde la persona recibiría apoyo económico para el pago de la renta. No obstante, en el caso de los profesionales con los que pude trabajar, no se conocía la ubicación de alguno de estos espacios de rehabilitación, ni se contaba con testimonio de alguna persona que hubiera hecho uso de dicho servicios. De tal modo, que a lo largo de esta primera etapa de trabajo de campo no me fue posible ubicar y visitar alguna de estas viviendas para conocer su funcionamiento, tal como lo describe la Secretaría de Salud.

Hasta aquí, he presentado la estructura básica del Modelo de Atención, en función de los tres ejes que organizan su funcionamiento: el de prevención, enfocado a la promoción de la salud mental y a la identificación y tratamiento de padecimientos, que cobra forma en los NBSM y los Módulos de Salud Mental. El de la hospitalización a cargo de Villa Ocaranza o algún hospital general que cuente con unidad psiquiátrica y finalmente, el de la rehabilitación, que inicia en Villa Ocaranza pero queda a cargo principalmente de las casas de medio camino, residencias comunitarias, departamentos y a través de la impartición de diversos talleres ocupacionales o laborales.

Adicionalmente, el Modelo contempla otras instituciones en el segundo nivel de atención. La primera de éstas, la Unidad Especializada para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (UEPAVFS) creada en el año 2003, de la que se desprenden los programas de prevención, detección y atención a la violencia intrafamiliar y sexual. La siguiente institución, creada en el año 2005, corresponde al Centro de Atención Integral de las Adicciones (CAIA) conformado por médicos y psicólogos, así como personal de Alcohólicos Anónimos (AA) que funciona a través de un modelo residencial que replica el programa de los grupos de ayuda mutua (12 pasos de AA). Los cuales han ido implementando centros adicionales en diversas localidades. Asimismo, a través del Consejo Estatal contra las Adicciones (CECAH) se han integrado diversas instituciones con el objeto de trabajar sobre la prevención y tratamiento de adicciones como tabaquismo, farmacodependencia y alcoholismo.

La presente investigación abarca parte de la población que es atendida en los cuatro NBSM pertenecientes a las cabeceras municipales de Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautla e Ixmiquilpan, respectivamente, los cuales forman parte de la Jurisdicción Sanitaria No. VI de Ixmiquilpan.

### **IV.3 Los trastornos mentales en el registro médico**

A partir de la revisión de los censos de usuarios de cada uno de los centros de salud, se puede establecer que los cuatro NBSM, brindan atención a un total de

600 personas, distribuidas de la siguiente forma: 40 de Alfajayucan (7%), 95 de Cardonal (16%), 44 de Chilcuautila (7%) y 421 provenientes de Ixmiquilpan (70%). De la población total el 60% son mujeres: 19 de Alfajayucan (5%), 54 de Cardonal (15%), 22 de Chilcuautila (6%) y 268 de Ixmiquilpan (74%); y 40% hombres: 21 de Alfajayucan (9%), 41 de Cardonal (17%), 22 de Chilcuautila (9%), y 153 de Ixmiquilpan (65%). Con un rango de edad que va de los 6 años a los 76 en hombres, con una media de 30.86 y de 1 año a 86 años en mujeres, con una media de 38.67.

Sin embargo, no todas las personas registradas en el censo se mantienen actualmente en tratamiento dentro del núcleo, es así que en relación a la situación actual o estatus de la atención en que se encuentran los 600 usuarios, se tiene que: 413 están en tratamiento (69%), 120 corresponden a nuevo ingreso (20%), 9 son reingreso (1.5%), 47 baja temporal (8%), 2 como baja definitiva (0.3%), sólo un caso marcado con alta (0.2) y finalmente, 8 para quienes no se define su situación (1%).

En cuanto a los trastornos diagnosticados la distribución es la siguiente:

<b>Padecimientos</b>	<b>Hombres (N=237)</b>	<b>Mujeres (N=363)</b>	<b>Total (N=600)</b>	<b>% 100</b>
Episodio depresivo F32 (32,33,34)	57	164	221	37
Otros trastornos de ansiedad F41	34	76	110	18
Esquizofrenia/ Trastorno esquizotípico F20 (20,21,25)	40	50	90	15
Epilepsia G40	34	37	71	12
Trastornos Hipercinéticos F90	24	9	33	5
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos F01 (01,02,03,07,09)	10	3	13	2
Retraso mental F70 al F79	9	1	10	2
Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática F06	6	4	10	2
Trastorno no orgánico del sueño F51 (F51)	3	5	8	1
Trastorno bipolar F31	3	4	7	1
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas F11 - F19	4	0	4	1
Violencia Familiar (Y07)	1	3	4	1
Sin diagnóstico	1	2	3	0.5
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol F10	3	0	3	0.6
Episodio maniaco F30	0	2	2	0.3
Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas F05	2	0	2	0.3



Otros trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40	1	1	2	0.3
Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientaciones sexuales F66	2	0	2	0.3
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	2	0	2	0.3
Trastornos de la conducta alimentaria F50	0	1	1	0.1
Trastornos del desarrollo psicológico F81 (81 al 89)	1	0	1	0.1
Trastornos disociales F91 (91,92)	0	1	1	0.1

De acuerdo al censo, como puede observarse, los cinco padecimientos más frecuentes son: depresión, referida como episodio depresivo (37%), seguida de ansiedad (18%), esquizofrenia (15%), epilepsia o crisis convulsivas (12%), término de uso más frecuente entre la población y finalmente, los trastornos hipercinéticos (5%), que incluyen el autismo y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

El presente apartado representa un primer intento de sistematización y análisis de una parte de la información recabada a lo largo de la primera etapa de trabajo de campo en los cuatro centros de salud de Ixmiquilpan, Hidalgo que tuvo lugar de agosto a noviembre de 2013. Específicamente abarca los datos correspondientes a la población que presenta un diagnóstico de trastorno mental. Sin embargo, a continuación, presento algunos elementos que permiten caracterizar a los otros dos sectores (profesionales de salud y familiares) que en conjunto, integran la población objetivo de la actual investigación.

#### **IV.3.1 Familiares o personas cercanas a quien presenta un padecimiento mental**

El total de participantes en este grupo fueron 12 (10 mujeres y 2 hombres). Las edades de las mujeres entrevistadas fueron de los 16 a los 77 años, con una media de 49.9. La mayor parte de ellas contaban con una escolaridad de nivel secundaria (30%), eran solteras (40%), cabe mencionar que de las 4 mujeres que indicaron ser solteras, al menos 3 de ellas, dijeron ser madres. El 70% de ellas mencionó dedicarse al hogar, aunque 2 de ellas, explicaron combinarlo con alguna actividad remunerada, específicamente, con el empleo doméstico y la manufactura

de collares. El 80% reconoció como su religión la católica, mientras el restante 20%, dijo pertenecer a los Testigos de Jehová.

En cuanto al tipo de parentesco, el 50% eran madres de familia, el 20% hermanas, y el resto, hija (10%) y nieta (10%). El restante 10%, hace referencia a la entrevista realizada con la hermana espiritual (compañera de congregación religiosa), de una mujer diagnosticada con esquizofrenia, la cual mencionó no contar con el apoyo de sus familiares.

Entre los padecimientos reconocidos en su familiar, fueron mencionados, en el siguiente orden: esquizofrenia (40%), depresión (20%), autismo (20%), retraso mental (10%) y violencia (10%). En el caso de esta última, si bien no existe la referencia a un diagnóstico de trastorno mental se decide incluir la entrevista debido a que toca uno de los factores sociales que permean la experiencia de trastorno mental en la región; además de que en los cuatro núcleos de salud mental, la violencia es censada como diagnóstico.

El 30% de las mujeres entrevistadas residían en el municipio de Chilcuautla, el 20% en Cardonal, Ixmiquilpan y Tasquillo, respectivamente y sólo una de ellas, en Alfajayucan. Reportando un ingreso mensual que va de los \$500 a los \$4500, con una media de \$1245.

Respecto a las características sociodemográficas de los dos hombres pertenecientes a este grupo, que aceptaron colaborar tenían 31 y 53 años de edad, con estudios de primaria y secundaria respectivamente. Ambos casados, aunque uno de ellos sólo por lo civil. Uno de ellos mencionó dedicarse al campo, no obstante, junto con su esposa e hijos, decidieron poner una tortillería, la cual se encuentra en funcionamiento en la actualidad. El ingreso mensual estimado por éste, fue de los \$500 a \$800. Por su parte, el otro informante, explicó dedicarse a la construcción de forma independiente, reportando un ingreso de \$6000 mensuales. En lo que respecta a la religión, ambos son Testigos de Jehová, uno de ellos, padre de un joven que presenta esquizofrenia, quienes radican en el municipio de Ixmiquilpan y el otro, esposo de una mujer que presenta ansiedad, residente del municipio de Alfajayucan.

### IV.3.2 Personal de Salud

Respecto a este sector, si bien, se estableció contacto con todos los médicos de los diferentes centros, sólo fue posible realizar la entrevista en profundidad con dos de ellos, no obstante, a lo largo del tiempo de estancia, me fue posible establecer encuentros y charlas informales con los otros. En el caso del municipio de Alfajayucan, ante la renuncia del médico encargado del NBSM, fue asignado momentáneamente el médico pasante, debido a que el demás personal rechazó hacerse cargo del servicio. La semana previa a finalizar con esta primera fase de recolección de datos, fue asignada a dicho centro de salud una nueva directora a quien se atribuyeron, a decir del médico pasante, *los diferentes servicios de los que nadie más quiere hacerse cargo*, entre ellos, la consulta de salud mental.

Ixmiquilpan constituye el único centro de los cuatro visitados, al que fueron asignadas, una psicóloga y una trabajadora social, aunque, sin garantía de renovación de contrato y por ende, de continuidad en la atención. El contar con atención psicológica y trabajo social ha llevado a una modificación en la forma de llamar al NBSM de Ixmiquilpan, como núcleo “fortalecido”, sin embargo es importante, no perder de vista que 1) continúa sin existir una enfermera capacitada en salud mental asignada al núcleo, 2) la trabajadora social asignada no cuenta con la especialidad de psiquiatría ni con experiencia previa en el campo de la salud mental, 3) el contrato de ambas, psicóloga y trabajadora social es por 3 meses, dependiente de los resultados de la detección y trabajo realizado en torno a la violencia, ya que, 4) su presencia en el centro de salud se circunscribe a la atención a la violencia, aunque es necesario precisar que a solicitud del médico de salud mental brindan atención en los casos que así se les solicita. Lo cual deja abierto el cuestionamiento de la asignación del adjetivo de “fortalecido” para dicho NBSM en contraposición de los demás núcleos.

De los tres médicos en activo, se realizó una entrevista en profundidad con dos de ellos, encargados de los centros de Chilcuautla e Ixmiquilpan, respectivamente, ambos con 10 años de experiencia en salud mental, así como con la psicóloga, cuya experiencia en salud mental es de 6 años. Si bien, es necesario trabajar en el análisis de la información obtenida no sólo a través de la

entrevista en profundidad sino a lo largo de los diversos encuentros y charlas informales sostenidas con cada uno de ellos; cobra interés, algunos factores mencionados por los mismos como elementos vinculados a la presencia de trastornos mentales, como son la violencia física, psicológica, económica y sexual, las condiciones de vida refiriéndose a la migración, pobreza, contaminación de recursos naturales (agua), así como fenómenos que están ocurriendo en la región que se considera, no han sido atendidos con la importancia que merecen, como el suicidio.

### **IV.3.3 Personas con un padecimiento mental**

Del total de 600 personas que conforman la población inscrita en el concentrado de censos de usuarios de todos los NBSM, en la presente investigación se contó con la participación de un total de 31 personas, de los cuales, sin embargo, fueron excluidas cinco participaciones, debido a que contaban con un diagnóstico de epilepsia el cual no corresponde a una categoría de trastorno mental. De este modo, la muestra final de personas con un padecimiento mental que aceptaron colaborar en el proyecto a través de una entrevista, fue de 26 usuarios, de los cuales el 73%, fueron mujeres (Tabla 1). En cuanto a la escolaridad, en el caso de las mujeres el nivel de primaria y secundaria fueron los que mostraron predominancia, con un 32% respectivamente.

En lo que respecta a su estado civil, participaron igual cantidad de mujeres separadas de su pareja como solteras (26%). Por tanto, son mujeres que en su mayoría dependen de sus ingresos, señalando como principal ocupación el hogar (63%), teniendo que algunas de ellas mencionaron combinar dichas actividades con el empleo doméstico o las ventas. Las otras actividades reconocidas fueron comerciante, obrera, promotora cultural y empleada de una dependencia de gobierno. En lo tocante a los padecimientos, es importante mencionar que dicho dato refiere a la denominación que los propios informantes dan a lo que están viviendo, el término con el cual identifican lo que les ocurre. En ese sentido, por ejemplo, resulta interesante especificar que en el caso de una de ellas, el término mediante el cual describía lo que estaba viviendo, no correspondía con el

diagnóstico psiquiátrico otorgado por el médico. De este modo, mientras la informante, decía padecer depresión, de acuerdo con el médico y lo reportado en el censo de usuarios y su expediente, está presentando esquizofrenia.

Algo parecido, ocurrió en el caso de otra mujer entrevistada quien al momento de indagar acerca del nombre otorgado a lo que vive, lo describe como principios de esquizofrenia, haciendo énfasis en el término “principios” que podría interpretarse en un primer momento como un recurso de apropiación que tiene detrás la representación sociocultural que ha elaborado el sujeto de la categoría diagnóstica esquizofrenia, que a su vez le permite adquirir un cierto control respecto a su carga simbólica y la transmisión de la misma en su comunicación con terceros, en este caso, conmigo. De forma que, los padecimientos más frecuentes indicados por las mujeres fueron: depresión (42%), esquizofrenia (21%) y en tercer lugar, la coexistencia de depresión y ansiedad, así como el desconocimiento de lo que están viviendo, que reflejaron el mismo porcentaje de respuesta, un 11%. Aquí, resulta interesante resaltar que todas las denominaciones correspondieron a una categoría psiquiátrica, aun cuando no se tuviera claridad de en qué consistía.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que cuentan con un padecimiento mental**

<b>Variables</b>		<b>Total (N=19)</b>	<b>100 %</b>
<b>Edad (años)</b>	Mujeres	28- 63	43.8 (media)
<b>Escolaridad</b>	Primaria	6	33
	Primaria incompleta	2	10
	Secundaria/Telesecundaria	6	32
	Secundaria incompleta	1	5
	Bachillerato incompleto	1	5
	Carrera Técnica	1	5
	Universidad/Trunca	2	10
<b>Estado Civil</b>	Casada sólo civil	1	5
	Casada civil y religiosamente	2	11
	Unión Libre	3	16
	Soltera	5	26
	Separada	5	26
	Divorciada	2	11
	Viuda	1	5

<b>Ocupación</b>	Hogar	12	64
	Comerciante	4	21
	Obrera	1	5
	Promotora cultural	1	5
	Empleada	1	5
<b>Ingreso mensual</b>	Mujeres	0-6000	1476.31 (media)
<b>Religión</b>	Católica (creyente)	14	74
	Cristiana	1	5
	Evangélica	1	5
	Testigos de Jehová	2	11
	Duda (Católica/Evangélica)	1	5
<b>Lugar de Residencia</b>	Alfajayucan	4	21
	Chilcuautla	2	10
	Ixmiquilpan	13	69
<b>Padecimiento</b>	Ansiedad	1	5
	Depresión/Depresión crónica	8	42
	Depresión y Ansiedad	2	11
	Esquizofrenia/Principios de Esquizofrenia	4	21
	Fibromialgia	1	5
	Trastorno bipolar	1	5
	Lo desconoce	2	11

En lo concerniente a los hombres (Tabla 2), el porcentaje de su participación fue menor (27%), ya que tan sólo se contó con la colaboración de 7 varones. De los cuales, 2 contaban con una escolaridad de nivel primaria, 1 con nivel secundaria, 1 secundaria incompleta, 1 carrera técnica (Técnico Agropecuario), 1 bachillerato y 1 universidad trunca (Ingeniería industrial). El estado civil reportado en mayor medida fue el de soltero y la ocupación más frecuente el campo, seguido por la construcción, jornalero, refiriéndose a una combinación de ambos (siembra y albañilería), empleado en un taller de pintura automotriz, y sin empleo.

Por otra parte, con relación a los padecimientos mencionados por los varones, el predominante fue esquizofrenia (3 casos), seguido de la co-presencia de depresión y ansiedad (2 casos), y finalmente, dos casos más, uno de ellos reconoció padecer insomnio y el otro, dijo desconocer lo que le ocurría.

En ambos casos, tanto de hombres como de mujeres, el núcleo básico de Salud Mental en el que fue posible establecer un mayor contacto fue el de Ixmiquilpan, el cual, no sobra decir, es el centro de salud con mayor cantidad de población en consulta, seguido por Alfajayucan y en tercer lugar, Chilcuautla. Salvo una persona, entrevistada debido a que es madre de una mujer con diagnóstico de esquizofrenia que es atendida en el NBSM de Cardonal, todos los demás participantes hablaban español como primera lengua. En el caso referido, fue necesaria la intervención de un traductor, que era el encargado de farmacia. En el caso de los demás participantes, no todos contaban con un dominio de la lengua otomí, en ciertos casos ésta se reducía a la comprensión verbal, es decir, se reconocieron capaces de entender una conversación, sin ser capaces de hablar o escribir en otomí. Algunos otros, por su parte, expresaron un conocimiento reducido a algunas palabras, reafirmando que el uso de la lengua y por ende su aprendizaje, es algo abandonado desde hace tiempo por parte de la población.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los hombres que cuentan con un padecimiento mental**

Variables		Total (N=7)		100 %
<b>Edad (años)</b>	Hombres	28-63	41.42 (media)	
<b>Escolaridad</b>	Primaria	2		30
	Secundaria/Telesecundaria	1		14
	Secundaria incompleta	1		14
	Bachillerato incompleto	1		14
	Carrera Técnica	1		14
	Universidad/Trunca	1		14
<b>Estado Civil</b>	Casado sólo civil	1		14
	Unión Libre	1		14
	Soltero	4		58
	Separado	1		14
<b>Ocupación</b>	Comerciante	1		14
	Campo	2		30
	Construcción	1		14
	Jornalero	1		14
	Empleado	1		14
	Sin empleo	1		14

<b>Ingreso mensual</b>	Hombres	0-5400	2171 (media)
<b>Religión</b>	Católica (creyente)	4	57
	Cristiana	2	29
	Pentecostés	1	
<b>Lugar de Residencia</b>	Ixmiquilpan	7	100
<b>Padecimiento</b>	Depresión y Ansiedad	2	29
	Esquizofrenia/Principios de Esquizofrenia	3	43
	Insomnio	1	14
	Lo desconoce	1	14

#### **IV.4 De saberes y prácticas de atención en torno a la experiencia con un trastorno mental**

Uno de los aspectos que se muestra no sólo desde el registro médico sino en la proporción de participantes con los que pude establecer contacto, lo constituye la presencia diferenciada de padecimientos por género, que muestra una mayor frecuencia en mujeres (60%). De acuerdo a los datos obtenidos a partir de los censos, respecto a los cinco trastornos más frecuentes entre la población a excepción de los trastornos hipercinéticos que muestran mayor presencia en hombres, en el caso de la epilepsia, esquizofrenia, ansiedad y episodio depresivo se da una mayor prevalencia de éstos en mujeres. Teniendo que en el caso del episodio depresivo, que es el principal padecimiento diagnosticado, el número de mujeres (164) que se reportan afectadas por éste, es casi tres veces mayor al de los hombres (57). No obstante, hay diversas cuestiones que considero cruzan ese dato, las cuales tendrían que ser profundizadas, en principio, sería necesario determinar si la diferencia corresponde a que hay una mayor asistencia a los servicios de salud de parte de las mujeres, por lo cual, es más probable recibir un diagnóstico. O bien, en segunda instancia, el hecho de que entre la población, incluidos los médicos persiste una representación diferenciada de los padecimientos articulada a las identidades de género de hombres y mujeres, en la que se asocia a la mujer con una inestabilidad o fragilidad emocional atribuida a su constitución incluso biológica, a una cierta “naturaleza” femenina, que la coloca en



mayor riesgo de presentar depresión, o al menos, en mayor probabilidad de ser diagnosticada de ese modo. A diferencia de la identidad masculina configurada a partir de atributos opuestos como son la fuerza y dureza. Lo anterior constituye un elemento valioso a la reflexión, el cual requiere ser mayormente explorado, en tanto que alude a la representación cultural respecto del cuadro clínico, elaborada no sólo por el médico sino por los diversos sujetos y conjuntos sociales involucrados.

La construcción racional del conocimiento y la práctica científica occidental conforman una epistemología que asocia las dimensiones de naturaleza, cuerpo, subjetividad, emociones y reproducción con la identidad genérica femenina, y los conceptos de cultura, mente, objetividad, racionalidad y producción con la identidad genérica masculina (Szasz, 1999: 111).

Adicionalmente, no por ello hay que olvidar que en la región persisten diversos trabajos (García Andrade *et al.*, 2006; Fournier, 2007; Natera *et al.*, 2012) que aluden a la elevada frecuencia en el consumo de bebidas embriagantes, el cual es considerado una de las principales causas de violencia y sufrimiento social. Lo cual guarda relación con la implementación de programas de detección de violencia en la región, de parte de la Secretaría de Salud. La violencia y consumo de alcohol, son elementos frecuentemente relacionados en la zona cuyo principal impacto se reconoce en las mujeres (Natera *et al.*, 2012). No obstante es importante señalar que si bien, ambos fenómenos constituyen aspectos que deben ser tratados, los programas de detección y combate a la violencia emergen sesgados de origen, en tanto que son dirigidos únicamente a mujeres, reproduciendo representaciones estereotipadas de la mujer como víctima y el hombre como agresor, sin atender la expresión inversa del fenómeno o la posibilidad de que la propia mujer ejerza violencia hacia otros miembros del grupo doméstico, como los hijos. Lo anterior constituye por tanto un elemento a tomar en cuenta al momento de profundizar el análisis con relación a la expresión de los padecimientos por género y en función de la relación establecida entre ambos.

Aquí en la práctica...lo que yo he notado bastante es de que vienen, en sí el sexo más frecuente en cuanto a ansiedad y depresión es el femenino, de los que acuden ¿no? porque los hombres como que somos más reacios para buscar ayuda cuando estamos o nos sentimos enfermos, entonces lo atribuimos a muchas situaciones menos a cuestiones de ansiedad y depresión. Las mujeres sí captan más que puede ser una enfermedad y buscan ayuda. Y casi siempre que vienen, sobre todo cuando es posterior a un intento suicida, que vienen muchas mujeres así, es por un conflicto

de pareja. Siempre, siempre, que se pelearon con su pareja o las golpeó, las maltrató o ya las maltrataba de mucho tiempo y por fin se decidieron a buscar ayuda. Casi siempre esa es la causa por la que vienen (Médico Salud Mental, Hidalgo).

El presente trabajo no constituye un análisis definitivo de las diversas experiencias con el padecimiento, narradas por quienes asisten a consulta a alguno de los cuatro NBSM. No obstante, permiten sentar las bases que orientaran un análisis posterior identificando a su vez, los distintos factores socioculturales que intervienen en la construcción del trastorno mental y configuran la experiencia con el mismo. A continuación presentó algunos aspectos reflejados en los relatos de 5 mujeres, 3 de ellas con diagnóstico de episodio depresivo y 2 de esquizofrenia, y 2 hombres, uno de ellos con esquizofrenia y el otro con diagnóstico de episodio depresivo.

Cabe señalar que ninguna de las personas entrevistadas había escuchado previamente a ser diagnosticados, acerca de la enfermedad que se les atribuye. La categoría psiquiátrica de depresión o esquizofrenia les era un término desconocido por lo que la descripción actual que brindan del mismo, implica una síntesis de lo que sienten y están viviendo así como de lo que el médico de salud mental les ha informado. No obstante, hay un reconocimiento de ambas experiencias en términos de enfermedad, la cual en el caso de la depresión es mayormente asociada a eventos de pérdida de familiares, violencia intrafamiliar, infidelidad, ruptura de relaciones de pareja. Así como a sus condiciones de vida, entre las que se incluyen, referencias a su cultura otomí y las prácticas de crianza. Esto resulta interesante, no para revivir antiguas teorizaciones que construían representaciones de culturas patológicas, en tanto que se ha distinguido que la enfermedad mental es un fenómeno presente en distintos conjuntos sociales sino en la medida en que nos permite reconstruir la configuración y significación de lo cultural indígena otomí priorizando la perspectiva emic, la forma en que se ve y describe a sí misma en relación a su cultura, es este caso una mujer hãññu.

Todo se debe yo digo que al tipo de vida que llevamos, en el ambiente en que nos desarrollamos, porque carecemos de muchas cosas y lo principal que es el amor, porque al menos yo no recibí cariño, amor, caricias de mis papás, nunca me dijeron te quiero, te amo, nunca y pues digo, si yo no lo recibí de mis papás ¿cómo mis papás lo iban a recibir?, o sea, nada más nos tenían por tener pero no sabía uno la gran responsabilidad de tener un hijo, que un hijo necesita cariño, amor, comprensión... Mi mamá habla otomí, que es el dialecto que se habla aquí, mi papá igual lo habló pero

igual hablaba español pero nunca nos...pues no nunca hubo esas atenciones, yo no los recibí debido a la cultura en la que nacimos. No había manera de cómo educar a los hijos, mi mamá fue huérfana a los 6, 7 años, se juntó a los 13, 14 años, enviudó, tuvo 4, 5 hijos de un hombre que la golpeaba, la maltrataba mucho. Enviuda mi papá, también él estaba casado, en donde estuvo viviendo, igual lo trataban mal. Vivía en casa de la suegra, los traían, dicen que esa señora fue la más rica de la comunidad porque era la que más tenía terrenos, mandaba a los yernos a raspar, a las 3, 4 de la mañana para vender el pulque. Tenía terrenos, tenía maíz, frijol, entonces a los yernos los explotaba, los trataba como esclavos y uno de ellos era mi papá. Esa señora era la que incluso quien no tenía para comer, maíz, frijol, incluso pulque, les fiaba y nada más les hacía su cuenta y les decía –no pues tanto me debes, y ese terreno viene para acá-, por eso era la señora más rica (Julieta, 54 años, depresión, Ixmiquilpan).

La serie de eventos o circunstancias de vida que han sido referidas y situadas con relación a la cultura otomí cobran relevancia al leer el pasado testimonio, en la medida que a partir de él, trascendiendo la literalidad del mismo, nos llevase a pensar en la especificidad que cobran las relaciones de género, la conceptualización del ser mujer o ser hombre en un particular grupo social y la relación de estos aspectos con la experiencia de trastorno mental. Cabe recordar aquellos trabajos que sostienen que el estereotipo de mujer sufrida y abnegada en ciertas comunidades al ser premiado socialmente, anula la posibilidad de padecer un trastorno como depresión o ansiedad (Salgado *et al.*, 2007). De igual manera, tomar en cuenta que una de las cuestiones descritas en la literatura sobre los otomíes es el énfasis en el respeto que la mujer debe mostrar al hombre, sobre todo bajo la figura de esposo, asimismo, se sostenía que ésta debía estar dedicada al cuidado y educación de los hijos y a las labores domésticas (Guerrero, 1983; Galinier, 1987). Ambos aspectos deben ser igualmente profundizados.

Entonces como que me despertó el machismo o los celos...le mande un mensaje, luego me emborraché y yo cuando estoy borracho me transformo y ella me dejó... me entraron muchos celos pero ahí es donde empecé a caer en la depresión...Todo eso me hundió más, me atacaron celos, duda y la depresión...Genéticamente yo creo que no estamos diseñados para que nos hagan güeyes y la mujer como que la preparan desde que es chiquita,- no es que tú tienes que tolerar y si te dejó tu marido...- Ante la sociedad, se ve muy mal que una mujer falle pero un hombre no. Y fue esa lucha, yo iba con la psicóloga, a veces yo iba llorando (Víctor, 52 años, depresión, Ixmiquilpan).

Pese a que no habían escuchado previamente acerca del padecimiento que les es diagnosticado y que en ciertos casos, sobre todo esquizofrenia, es un término que no alcanza a ser entendido en su totalidad, la recepción del diagnóstico, constituye en su mayoría, un alivio a la angustia experimentada al no

tener la certeza sobre lo que les está pasando. El recibir el diagnóstico y escuchar de parte del médico que existe un tratamiento para controlar o erradicar los síntomas que experimentan constituiría un evento positivo.

pues a la vez sentí este, pu's un alivio porque ya no iba yo a sentir esa, esa depresión, ya no, ya no iba yo a estar triste, ya no iba yo a estar enojada o sea, eso es lo que me iba a ayudar, eso es lo que me dijo el doctor la vamos a ayudar a base de medicamentos porque ya está muy avanzada en esta depresión, y pues es lo que sentí en ese momento, ahora sí que un gran alivio ahora sí de que hubiera quien me pudiera ayudar de la depresión (Victoria, 54 años, depresión, Ixmiquilpan).

En el caso de la esquizofrenia, a diferencia de la depresión, se distinguen en los relatos una mayor presencia de atribuciones relacionadas con la brujería, daño provocado por terceras personas a causa de la envidia.

Yo creo que fue mi ex pareja que me hizo algo, no sé y no me quita nada de que pienso mal de él desde que yo me dejé de él, empezaron esas cosas a resultar. De seguro le hice un mal a él, algo y se desquitó de esa forma conmigo. Nos llevábamos bien al principio pero ya después él cambio con que vino a ver a su familia, y después a mí me trajo a conocerlos pero ya de ahí empezó a cambiar él (Carmen, 53 años, esquizofrenia, Ixmiquilpan).

Me decía que mi casa estaba lúgubre y que el diablo me azotaba, porque tenía yo rasguños en el brazo, finitos... me decía que la cola del diablo me azotaba en el estómago, en el pecho y cosas de esas, yo ni le creía. Yo pensé que al principio me habían hecho algo malo, como brujería, digamos, porque nosotros teníamos carro, casa grande, locales, entonces como que digo, a lo mejor la envidia, pero como que tampoco creía en eso pero le echaba la culpa a eso (Ramiro, 36 años, esquizofrenia, Ixmiquilpan).

O bien, un mayor esfuerzo de parte de la persona por situar su origen en aspectos orgánicos o darle una causa física al padecimiento.

Me pegué con un gancho en la cabeza porque estaba yo trabajando, de repente me vino el desmayo, me desmayé y pas! me pegué en la cabeza, entonces me checaron ahí luego en la empresa porque tienen centro de salud. Entonces ya me vieron que sí me había lastimado la cabeza, que sí se me había abierto... Me recogieron y me atendieron luego los doctores en mi trabajo. Ellos dijeron que podía yo perder la mente, la memoria, todo eso (Tatiana, 37 años, esquizofrenia, Alfajayucan).

Me enfermé de una hemorragia vaginal, yo creo que se me retiró el periodo, la regla, me vino mucho mucho mucho y aquí los compañeros me apoyaron, me llevaron a un doctor a Villa Ocaranza y allá me dieron medicamento porque ya me afectaba el cerebro, caminaba yo chueca, me sentía muy nerviosa, me daba ganas de gritar, de llorar, me desesperaba yo, por lo mismo, por la misma enfermedad. Por la hemorragia la enfermedad que me dio es esquizofrenia (Valeria, 63 años, esquizofrenia, Ixmiquilpan).

Lo cual sería necesario profundizar si es una asociación elaborada por el sujeto con base a su experiencia de manera previa al contacto con los servicios

de salud o bien, responden justamente a este proceso de apropiación y resignificación de elementos. Al respecto algunas propuestas teóricas describen dicho proceso como un proceso de popularización del sistema médico profesional (Kleinman, 1980). En este sentido, se hablaría de una apropiación de algunos elementos que conforman el modelo explicativo biomédico de la categoría psiquiátrica depresión y del propio término como tal, los cuales pasan por el filtro del sistema de conocimiento y denominación local de la población. Además que es importante mencionar, que la asociación entre locura y esquizofrenia es mayor que en el caso de la depresión. Quienes presentaban este diagnóstico, constantemente hacían una distinción entre su experiencia y la de quienes podían ser considerados locos. Estos últimos, frecuentemente correspondían a las personas hospitalizadas en Villa Ocaranza que habían visto en alguna ocasión que fueron enviados al Psiquiátrico o personas que viven en la calle. De este modo, situar una causa física, objetiva de su padecimiento les permite dar sentido a los síntomas experimentados que de otra forma, sólo lo adquirirían apelando a una dimensión mágico-religiosa que dentro del sistema biomédico es descalificada, percibida y descrita como superstición, folklore e ignorancia.

La sintomatología expresada por quienes presentan un diagnóstico de esquizofrenia, abarca alucinaciones visuales de personas como animales, vivos y muertos, voces de personas que insultan, denigran o incitan a quien presenta la alucinación a realizar algún acto que los dañe, en otros casos, el daño responde a un intento de suicidio, resultado de la desesperación que genera en la persona la presencia de la alucinación. Dolor de cabeza, pérdida de los sentidos, refiriéndose a no lograr ubicarse en tiempo y espacio, dejar de reconocer a personas conocidas, olvidar cosas, palpitaciones, nerviosismo, sudoración excesiva, desesperación, deseos de gritar, salir corriendo, agresiones a sí mismos como jalarse el cabello, golpearse la cabeza, entre otros.

Yo de un tiempo acá estuve escuchando voces. Las voces me maldecían, me decían cosas malas, me decían que era una prostituta, que era yo una de lo peor, entonces este, me hicieron hasta el grado de ir, vagar un tiempo. No sé cuánto tiempo anduve vagando...dice mi hermana...que le decía yo a ella lo que me pasaba pero todo le echaba la culpa a ella, porque las voces me decían que ella tenía que ver algo. Yo con la desesperación que me hacían pues empezaba a decir cosas que no debería decir, pero le decía a la gente que me estaba maldiciendo pero me decía mi familia, -no, no

creo...están platicando de otras personas de seguro pero tú piensas que te están maldiciendo a ti-. Yo digo que a ese grado fui a dar hasta hacerme daño yo misma. No es por nada pero me dijeron que habían matado a mi familia y en eso me habían dicho que yo este, por mi culpa le habían hecho daño a mis familiares, entonces ellos me decían que me hiciera yo daño y sí me lo hice (Carmen, 53 años, esquizofrenia, Ixmiquilpan).

Lo cual marca un curso de la enfermedad que cruza con enorme sufrimiento, no sólo por la serie de agresiones físicas que ellos mismos ejercen sobre sí, sino porque presentan más experiencias de rechazo en su historia de vida a causa de la enfermedad que quien padece depresión. En el caso de quienes presentan depresión el rechazo al que se exponen se relaciona con la asistencia al médico que atiende salud mental o al psicólogo y proviene en su mayoría de sus parejas, por la ausencia del hogar y el abandono de sus deberes, o bien, porque constituye un elemento a través del cual denigrarlas en los casos en que se encuentran en un proceso de separación. Por el contrario, en la esquizofrenia el rechazo social o estigma se desprende directamente de la sintomatología que caracteriza la enfermedad. Los distintos comportamientos y sensaciones experimentadas aun dentro del sistema médico popular mantienen una valoración negativa, por su asociación con seres sobrenaturales (demonios) o prácticas de brujería, así también, porque a lo largo del curso de la enfermedad, la persona atraviesa por distintos episodios de exacerbación de los síntomas en los que frecuentemente se presentan agresiones física y verbales sobre todo al grupo doméstico.

Al no manifestarse físicamente el trastorno mental, quienes lo padecen se enfrentan a la constante crítica por la falta de actividad o participación en labores del hogar o de la comunidad (faenas), al no desarrollar un trabajo que aporte económicamente a los gastos de la casa, sobre todo en el caso de los hombres, tildándoseles de personas flojas, irresponsables, desinteresadas, mantenidas, que sólo pierden el tiempo. Lo cual también es algo presente en quienes padecen depresión y pasan largos periodos de tiempo, en cama, sin deseos de desarrollar ninguna actividad de las que se espera realicen.

Mi hermana y yo buscamos un psiquiatra y así estuve cuatro años pero ni me curé ni nada, me fui a Estados Unidos porque decían que yo era flojo, que no sé qué, que trabajara, que me quedaba en mi casa, en fin me decían muchas cosas, que me decidí irme a Estados Unidos también (Ramiro, 36 años, esquizofrenia, Ixmiquilpan).

Es algo triste, no es igual a cuando uno está sana y buena de la cabeza, andar como debe de ser [...] Está feliz en su casa, se sale, se va a traer sus cosas que necesita. Una persona buena y sana, es convivir con sus familiares, sobrellevar las cosas (Carmen, 53 años, esquizofrenia, Ixmiquilpan).

Finalmente, un proceso aludido a lo largo de los primeros capítulos, lo constituye el proceso de expansión ideológica y técnica de la biomedicina, que ha conllevado la descalificación y marginación de otros sistemas a partir del juicio aplicado a éstos, sobre su grado de racionalidad científica y profesionalización. Si bien, entre la población de estudio, se mantienen tal marginación y descalificación, desde el discurso biomédico dominante expresado principalmente por los médicos que brindan la atención en los NBSM, entre la población persiste la recurrencia como parte del sistema médico popular, a la herbolaria, la medicina naturista y a los especialistas tradicionales (curanderos/brujos). El sistema biomédico institucional, de marcado carácter asistencialista, presente en la región a través del Modelo de Atención a la Salud Mental, se ha configurado contando con la permanencia de ciertos saberes y prácticas asociadas al sistema tradicional/popular. Lo que a su vez, provoca pensar en la serie de procesos de negociación, complementación, oposición o conflicto, que tienen lugar entre dichos sistemas (tradicional/popular, biomédico/científico) y los matices y sentidos, que tales procesos adquieren con base a la incorporación dinámica de elementos de su exterior.

Desde la propuesta de la antropología médica crítica, específicamente de Menéndez (1983), se reconoce la convergencia de tres modelos médicos básicos que participan del proceso de salud/enfermedad/atención, en todo conjunto social, sosteniendo que tanto entre éstos como, entre ellos y demás aspectos socioculturales, históricos, políticos, económicos e ideológicos, tienen lugar diversas transacciones que dan lugar a la configuración local de los mismos. El primero de ellos, es el modelo médico hegemónico cuyas características estructurales son el biologicismo, el evolucionismo, la dicotomía cuerpo/alma y el individualismo como conceptualizaciones teórico-ideológicas dominantes. El cual, para el caso del sistema de atención a la salud existente en la región, podría ser ubicado en el Modelo de Atención a la Salud Mental, particularmente, en los

NBSM ubicados en los centros de salud, en los cuales se reproduce la representación de la biomedicina y la psiquiatría como sistemas ahistóricos, asociales y aculturales, así como una conversión de la persona que presenta un padecimiento en “paciente”, como sujeto, receptor, cuya participación dentro del proceso de recuperación, se observa limitada a la aceptación del diagnóstico clínico y seguimiento puntual de la indicación médica. Por tanto se establece una relación en términos médico/paciente asimétrica y excluyente, que califica de inadecuada o resultado de la ignorancia y desidia, toda aquella conducta que rompa la linealidad del proceso clínico, sin tomar en cuenta los procesos de aprendizaje histórico-social que han tenido lugar entre la población y de los que son resultado distintos saberes y prácticas sociales.

Sobre la base de la idea de incurabilidad de la enfermedad mental, la atención biomédica institucional se dirige en su mayoría al diagnóstico y tratamiento de los síntomas, los cuales se busca sólo disminuir o controlar. Aún en los casos en que el diagnóstico asignado es el de episodio depresivo, si bien, se reconoce la posibilidad de que en algún momento la persona dejará de tomar el medicamento con la consecuente ausencia de sintomatología; se concibe que esa persona pasado un tiempo regrese a consulta. Por otra parte, las personas diagnosticadas con episodio depresivo, son en su mayoría mujeres con las que en algunos NBSM, se lleva a cabo un programa denominado “Clínica de Depresión” que consiste en reuniones periódicas conducidas por el médico del núcleo, en el que se abordan diversos temas, elegidos por él y relacionados con el trastorno mental. De manera que en este caso puede situarse, una conceptualización de recuperación parcial o de un desenfermar más que de curación, la cual se muestra igualmente dependiente del apego al tratamiento, en este caso la asistencia continua a las reuniones.

Asimismo, en la región si bien persiste un discurso que muestra consciencia del impacto de diversos factores y condiciones de vida desfavorables, en la condición de salud de la población, no se habla de acciones dirigidas a la transformación de las mismas.



En el caso de la esquizofrenia he tenido varios pacientes que han estado ellos en Estados Unidos y que allá adquieren la enfermedad pero regresan acá porque allá es muy caro el tratamiento y llegan aquí enfermos. Y si muchos, me ha llamado la atención que va llegando de los Estados Unidos y ya lo checo y es este trastorno...pero en este caso [son] más hombres. Tiene que ver yo creo, según lo que recuerdo de lo que ellos comentan, pues la marginación, la estigmatización, que se ejerce sobre ellos, ¿no? el racismo. Eso tiene mucho que ver. La soledad, el hecho de estar lejos de sus familiares, todo eso, pero de hecho, al analizar sus historias clínicas, así como que rápido en la mente. Pienso que tienen la predisposición genética y que el detonante es pues el hecho de que estén allá solos y todo lo que ya comentamos (Médico Salud Mental, Hidalgo).

La esquizofrenia lo dicen los libros, viene por unos factores hereditarios pero pues como que aquí son muchos ¿no?, o sea, es demasiada frecuencia. El suicidio...pues algo está pasando que, obviamente, el estigma social tapa y cubre realmente evidencias que nos ayudaría a prevenir ciertas cosas. Yo sí sospecho, la primera sospecha que tengo es la pobreza que vivimos, la pobreza extrema, la mala alimentación que tienen los niños desde el principio.... La otra cosa es el aspecto económico, frustrante, que no hay trabajo, este, la alimentación pobre... Una persona que no gana suficiente se va frustrando, frustrando, o se hace delincuente o se deprime, o se conforma con lo que tiene... Por otro lado, no sé si tenga que ver, el hecho de que se casan parientes muy cercanos...o...algún contaminante, ¿cómo está la calidad del agua?, ¿cuánto tiene de cadmio, mercurio?, yo lo único que supe es que estaban altos los índices de cadmio. El agua que nosotros bebemos está llena de sarro, ¿en qué consiste ese sarro? (Médico Salud Mental, Hidalgo)

El segundo modelo médico se describe como alternativo subordinado y es asociado con las prácticas tradicionales integrando adicionalmente, todas aquellas prácticas que se distinguen del modelo hegemónico, llegando a situarse en los márgenes del mismo (Menéndez, 1983). Aquí se integran las prácticas calificadas como tradicionales, la medicina naturista, la acupuntura, entre otras. En este campo, la población de estudio, brinda elementos que aluden al mantenimiento de la consulta con especialistas tradicionales los cuales si bien, se han visto enfrentados a una baja en su reconocimiento y consulta, como se dijo líneas arriba, alude a un proceso de apropiación y reproducción del complejo cultural desde el entorno doméstico, en el que la mujer reafirma su papel como cuidadora principal.

El tercer modelo, es el identificado con la autoatención, definido como las: representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención

implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2009: 52).

Este nivel es concebido como el primer nivel de atención real presente en todos los grupos sociales, el cual está basado no sólo en la experiencia individual sino en la del grupo, ya que cuenta con la participación de otros miembros de la familia o conjunto social de pertenencia. El caso de los pobladores del Mezquital, la situación no es diferente en este sentido, ya que entre la población pueden identificarse diversas acciones o recursos de atención que llevan a cabo los sujetos para enfrentar tanto el padecimiento que están experimentando como las implicaciones del mismo.

Pues salir a caminar, hacer mis quehaceres domésticos, este pues, tratar de olvidar un poco lo que me estaba pasando entre mi esposo y yo porque este, mis hijos, ellos trabajan y estaban fuera de casa. Estábamos nada más mi esposo y yo en la casa y pues decíamos “vamos a salir adelante” (Victoria, 54 años, depresión, Ixmiquilpan).

Acciones que la persona lleva a cabo con la intención de aligerar, controlar o combatir las sensaciones que están experimentando, por ejemplo, caminar, distraerse desarrollando alguna actividad que concentre su atención, platicar con amigos, vecinos o familiares. En conjunto esta serie de acciones configurarían el modelo médico basado en la autoatención más recurrente entre la población.

me daba miedo, porque...salía yo de compras a Alfajayucan, a Ixmiquilpan y de repente me perdía...no sabía dónde estaba. Entonces ya ahí seguía yo caminando y ya buscaba un lugar donde sentarme y ya me descansaba mi cuerpo y me ponía a pensar, ¿qué era lo que me estaba pasando?, y ya después volvía yo en sí...ahí sentada y ya me acordaba quién era yo y qué estaba haciendo, y me acordaba y ya pues no, de volada me venía pa' mi casa [...] yo solita mi pensamiento, me sentaba y me relajaba y me concentraba en ¿qué estoy haciendo aquí, a qué vine y con quién estoy? (Tatiana, 37 años, esquizofrenia, Alfajayucan).

Así también en algunos casos, se hace alusión a la participación en congregaciones religiosas, grupos de oración o mediante la práctica individualizada del culto mediante rezos, a través de los cuales los sujetos encuentran la posibilidad de liberar parte de la sensación experimentada.

Con relación a los modelos de atención vigentes en la región de estudio y los recursos de atención o terapéutica adoptada por los pobladores en los casos de los trastornos mentales puede observarse la existencia de procesos o

relaciones, tanto de conflicto como de complementariedad, entre un modelo médico hegemónico, representado por la biomedicina y la atención institucionalizada proporcionada por los médicos encargados de los núcleos básicos de salud mental, y el modelo médico alternativo subordinado en este caso, el tradicional/popular que abarca los saberes y prácticas llevadas a cabo por la población a partir de la consulta con médicos especialistas tradicionales, ya sea curanderos o brujos.

Últimamente he creído mucho en la brujería y pues no sé si eso también me haya afectado... A mí me han empezado a decir que me han embrujado, bueno de hecho mi pareja ya no está conmigo, que no quieren que yo esté con mi esposo, juntos, que me quieren ver sola, y que pues me han hecho para que tarde que temprano ande yo así, como un señor que anda caminando en la carretera y he llegado a creer que sí porque hay momentos en que me quiero echar a correr, salirme, caminar... A donde yo me he ido a curar, ya no sé yo, si es coincidencia porque en todas partes me han dicho lo mismo. En una parte la señora me dijo que pues le llevara yo que pescado, ostiones y carne de puerco para que ella lo queme en la brasa. En otro lado, me han dicho que me tome aceite para que eche lo que a mí me han dado de comer o de tomar y ahorita lo que me hice es que un señor me dijo que me, bueno ellos me lo hicieron, bañar con agua de mar y no sé qué tanto, pero me echaron el agua bien fría y pues yo, en mi mente está que sí he notado cambios. Ahí me costó mil pesos pero el señor me lo dejó en pagos. Primero me dijo que le diera la mitad y si yo sí notaba ya el cambio, le diera lo demás. Se supone que debe pasar medio año para notar si realmente yo me siento diferente (Alba, 35 años, depresión, Alfajayucan).

Con respecto a lo anterior, a partir de la información recabada en esta primera etapa, podría distinguirse que el establecimiento de una relación contradictoria o complementaria entre ambos sistemas médicos es una situación que tiene lugar en función del tipo de padecimiento que se esté hablando. De forma que en los casos de esquizofrenia correspondería una relación contradictoria entre ambos sistemas, expresado a través de la diferente atribución de causalidad y prescripción de tratamiento. Bajo el sistema biomédico, la esquizofrenia alude a la existencia de anormalidades estructurales del cerebro así como a una diversa gama de disfunciones que dan por resultado una serie de comportamientos que se clasifican en síntomas positivos que aluden a un exceso o distorsión de sensaciones o conductas, por ejemplo, la presencia de alucinaciones visuales o auditivas, pensamientos negativos e ideas delirantes. Por el contrario los síntomas negativos hacen referencia a deficiencias por ejemplo, pobreza del lenguaje, desinterés o pérdida de la capacidad de sentir placer (anhedonia), etcétera. Los cuales si bien, se considera se presentan a lo largo de

un periodo prolongado, pasan desapercibidos hasta que un evento inesperado que se asume asociado a una alteración del estado de ánimo, a la presencia de alguna enfermedad médica o al abuso en el consumo de sustancias tóxicas o drogas, la detonan.

En el caso de la esquizofrenia bueno, algo tiene que ver todo lo que ya mencioné [refiriéndose a ciertas condiciones de vida como estrés, escasos recursos, violencia], pero como que ahí es más frecuente, más que frecuente, más determinante, la cuestión hereditaria, la cuestión genética y sobre todo y además es así como desgraciadamente, se nota, porque cuando hay un paciente que tiene un tipo de padecimientos de estos de esquizofrenia, mínimo hay otra paciente en su familia que tiene el mismo y tengo así pacientes que son hermanos, que vienen juntos a consulta. Yo le atribuyo a la cuestión genética (Médico Salud Mental, Hidalgo).

Mientras que como se mencionó, en la narrativa de quienes han sido diagnosticados con esquizofrenia, puede observarse la presencia de diversos elementos asociados a una dimensión mágico-religiosa, primordialmente vinculados al modelo explicativo brindado por los médicos tradicionales consultados. En algunos casos dicha atribución de causalidad es ratificada por la persona que atraviesa por el padecimiento, pero en su gran mayoría hay un abandono de dicho tratamiento, consistente en limpias e ingesta de preparados de hierbas basado en una evaluación negativa respecto a su eficacia.

Aquí le buscamos ahora sí que de todo, primero limpias, brujos pero pues nos decían una cosa, esto y aquello, que le habían hecho algún daño, una brujería y entonces pues bueno digo, podría ser ¿no? Dije podría ser o ella no nos quiere decir la verdad. Allá nos dijeron muchas cosas, -no pues que andaba con otra persona y es que esto y esto, la señora se enteró-, pues nos dijeron eso -y ya le han hecho esto-, y nosotros viendo también como estaba pues tuvimos también que recurrir a eso pero no vimos ningún resultado. Lo que nos quedó es internarla allá en Pachuca que hay un Hospital que se llama, para mentales (Felipe, 42 años, familiar-hermano, Ixmiquilpan).

Por el contrario, en el caso de la depresión la podemos encontrar clasificada dentro de los trastornos del humor o afectividad, de acuerdo al criterio biomédico psiquiátrico, de la misma forma en que dentro del sistema popular se da una aceptación más fluida de afectación de la dimensión emotiva del sujeto. No obstante, dentro de la clasificación psiquiátrica los trastornos del estado de ánimo se dividen en diversos trastornos o episodios (episodio maníaco, hipomanía, trastorno bipolar, episodios depresivos) mientras que entre la población la

referencia empleada para describir lo que están experimentando es el término depresión.

De este modo, podemos decir que mientras en el caso de los trastornos de la afectividad hay una subdivisión a su interior en función de los síntomas expresados, la intensidad y frecuencia de los mismos, entre la población general existe una representación unitaria, bajo la categoría global de depresión. De cualquier manera, es necesario señalar que el diagnóstico predominante asignado a la población de parte de los médicos de salud mental, es el de episodio depresivo, caracterizado *por un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse o disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado* (CIE-10, F32 Episodios Depresivos). La anterior descripción encuentra fácilmente arraigo en la descripción de quienes asisten a consulta, siendo complementada con síntomas como llanto frecuente sin razón aparente, tristeza, pérdida de apetito, problemas para dormir, sentimientos de inferioridad o culpabilidad, dolor de cabeza, pensamientos recurrentes sobre la muerte propia o soñar familiares ya fallecidos, sentir que pronto se va a morir, entre otros.

yo cuando tenía cualquier problema lo que pensaba era en suicidarme y luego me agredía yo sola, me agarraba de los pelos y pegaba en la cabeza. Eso me empezó hace como seis años, fue de que se murió uno de mis nietos y mi hija me enseñó un libro de los síntomas de cuando uno se va a morir y entonces desde ahí yo empecé a sentir miedo, no me quería quedar sola y ya cuando me empezaban a pasar problemas ya pensaba yo en matarme, sentía ganas de echarme a correr, no saber nada. Tampoco podía mirarme en el espejo porque me daba miedo, no me gustaba mirar la tele porque pensaba yo que todo era la muerte. Si me quedaba sola sentía que alguien iba a llegar por mí, o sea la muerte, nada más me la pasaba llorando, yo no quería morirme. No pensé que era depresión. En las noches no podía dormir, como que ya no me gustaba que la gente me mirara, ya no quería salir. (Alba, 35 años, depresión, Alfajayucan).

En los NBSM el tratamiento indicado en ambos casos, depresión y esquizofrenia, es farmacológico, principalmente medicamentos ansiolíticos, acompañado en ciertos casos de la atención psicológica, la cual no obstante, corre a cargo del consultante debido a que como se mencionó de los cuatro municipios sólo uno de ellos cuenta con servicio de psicología. El servicio de psicología, cabe recordar fue introducido, en el caso de la jurisdicción sanitaria a la que pertenecen los cuatro municipios en los que se desarrolla el presente estudio, como parte de

un programa destinado a la atención de la violencia doméstica o intrafamiliar predominante en la región, pero ha sido empleado en la atención de otros padecimientos.

Como resultado de la carencia del servicio de atención psicológica en el sistema médico institucional, la población ha tomado la iniciativa de buscar dicha atención en el sector privado primordialmente, el cual, es abandonado tiempo después principalmente por la dificultad de sortear los costos del servicio. Adicionalmente, la búsqueda de atención psicológica no sólo se da en función de una indicación de parte del médico de salud mental consultado en el centro de salud, sino que en algunas ocasiones, constituyen una elección con base a la sugerencia de parte de algún miembro de la red social con que cuenta quien ha enfermado, así como, puede ser a partir de la representación intersubjetiva que tiene respecto a lo que le ocurre. Con intersubjetiva deseo referirme no sólo a la representación generada desde la subjetividad de quien ha enfermado sino a la interacción de ésta con la serie de significados sociales atribuidos a dicha experiencia y de la que por supuesto se alimenta.

A partir de la identificación de la esfera emocional como la principal dimensión de la depresión y en tanto que en la trayectoria de atención se cruzan ambos tratamientos sin implicar el abandono de uno de éstos en función del otro, evaluándose la eficacia en términos de su convergencia, es que considero reflejan más una relación de complementariedad que de contrariedad o conflicto. De tal modo, que mientras en torno a la esquizofrenia se observa tentativamente un cierto proceso de conflicto o contrariedad de saberes y prácticas, con relación a la depresión, se podría hablar de un proceso de complementación o bien, de colonización de parte del biomédico psiquiátrico, para lo cual se vuelve preciso profundizar el análisis.

Los núcleos básicos de salud mental funcionan de acuerdo a la lógica de un sistema de atención a la salud que prioriza la productividad y rendimiento en detrimento de la calidad de la misma. Al igual que ocurre en los diversos centros de salud y clínicas adscritas a los sistemas de atención médica institucionales en México, el tiempo de consulta está regulado y corresponde a un tiempo

aproximado de 15 minutos por paciente. En el caso de los núcleos básicos se puede hablar de una cierta flexibilización respecto a la duración de la consulta respecto a los casos de primera vez, en los cuales se desarrolla una entrevista clínica a la persona afectada y a un miembro de la familia para conocer la sintomatología expresada y asignar el diagnóstico, por lo demás a partir de lo observado desde la sala de espera de cada uno de los centros, se mantiene el mismo margen de tiempo de consulta, que en los demás casos, destinado al seguimiento de la condición de salud de la persona. Con escasas excepciones, en la mayoría de los casos la consulta en este sentido, responde a un interés farmacológico, es decir, la persona que asiste a consulta lo hace para poder contar con la nueva receta o la dosis de medicamento que requiere. Del mismo modo, de parte del médico, la consulta se limita a observar el impacto del tratamiento farmacológico en el comportamiento de la persona y prescribir una nueva dosis de medicamento.

De esta forma, en el caso de los trastornos mentales en el Mezquital, la relación del proceso de expansión de la biomedicina con el proceso de medicalización, sostenida por Menéndez (1983) se puede situar en el encuentro clínico que corresponde a la acción de traducir y clasificar los diversos eventos de la vida o comportamientos que hasta entonces eran cotidianos, en términos patológicos. Una traducción que como se ha señalado, no es plena sino que por el contrario implica en su acontecer pérdidas culturales que han sido desestimadas. Reafirmando la falta, de descripción y análisis del fenómeno, dando cuenta a su vez, de otras cuestiones y demás factores socioculturales, políticos y económicos vinculados al proceso de producción social de la enfermedad.

## Consideraciones finales

A lo largo del presente trabajo, se pudo distinguir el proceso de especialización de la antropología emergido en torno al estudio de la enfermedad mental, el cual fue de un enfoque inicial abocado a un análisis relativista-culturalista, alcanzó una perspectiva etnopsiquiátrica, que aunque mayormente vinculada al enfoque culturalista de origen, en la medida que toma impulso en la afirmación de la especificidad de la enfermedad mental; adquiere un nivel de desarrollo independiente a dicha tradición para configurarse a la luz de nuevas premisas e intercambios disciplinarios con demás ciencias, principalmente la ciencia médica psiquiátrica. Más adelante, como parte de un mayor desarrollo del discurso en torno a la enfermedad, emerge la antropología médica que a diferencia de lo observado en las propuestas socioculturales revisadas, buscaría integrar a su campo, no sólo el señalamiento de la marginación de los factores sociales y culturales en la enfermedad, sino el esfuerzo de criticar al sistema hegemónico. De esta forma es que puede identificarse un momento en que la reflexión desde lo social apostó por la búsqueda de elementos culturales y creencias en los sistemas hegemónicos que por largo tiempo, habían quedado excluidos de la reflexión o el estudio, para inaugurar con ello la introducción del propio conocimiento científico y de la biomedicina, como una de sus expresiones y por tanto, como objeto de estudio antropológico (Martínez-Hernández, 2008).

Tal reformulación del campo de estudio de la antropología médica que significara la emergencia del sistema biomédico y la apertura al estudio de nuevas temáticas, fueron vistas como acciones posibilitadas por la confluencia de dos aspectos fundamentalmente; uno, la coexistencia de sistemas médicos diversos cuyo contacto o interacción, transformaría prácticas y en cierto sentido algunas creencias indígenas y dos, la aceptación o inserción en rituales de curación de algunos fármacos como la aspirina, antibióticos o la vacunación, mencionada previamente (Martínez-Hernández, 2008).

No obstante, es importante entender que los sistemas médicos, indígenas o no, tradicionales o no, de siempre, se han mantenido en contacto con otros



sistemas médicos de los cuales se van nutriendo. No es pues, esta característica en la que considero descansa la novedad sino en la atención prestada a ese hecho, la perspectiva de análisis o la interpretación, de modo que a lo largo de la discusión van siendo priorizados diversos temas, elementos, relaciones o explicaciones por considerar que son pertinentes al debate antropológico, según la perspectiva de análisis o postulados a los que se adscriba el investigador.

A este respecto en la presente investigación mantengo acuerdo con lo sostenido por Lock y Nguyen (2010) respecto a la pertinencia de la aplicación de un enfoque etnográfico, para poder dar cuenta de la complejidad y multiplicidad de factores y relaciones que operan en la construcción sociocultural de la enfermedad y su padecer. Así como también para dilucidar la dimensión cultural persistente en el propio conocimiento biomédico científico y la serie de políticas y organización y gestión de servicios que de ella se desprenden y que como tal, impactan en lo local. La combinación de ambas premisas, esto es, la centralidad del proceso salud/enfermedad/atención en la discusión o reflexión antropológica por un lado, y el enfoque etnográfico capaz de dar cuenta de la serie de factores histórico, políticos, económicos y socioculturales, por el otro, considero encuentran coincidencia en lo que en su momento se situaría como tercera dimensión de la noción enfermedad, la denominada *sickness* o malestar, la cual emerge como un concepto que busca resaltar la importancia de los factores macrosociales o macroestructurales que operan en el proceso salud/enfermedad/atención. Una antropología que sea capaz de dar cuenta de la enfermedad en términos holísticos trazando vínculos entre el nivel micro y macro, rompiendo con la particularización que el enfoque culturalista cobró en dicho campo.

A partir de lo revisado en los distintos capítulos que conforman este trabajo, intento dar cuenta del inherente enraizamiento de la condición de salud y enfermedad a un contexto sociocultural específico, en este caso el conformado por el Valle del Mezquital, Hidalgo y su población rural/indígena hñähñu; así como del carácter cultural de la biomedicina. Cada uno de los diversos conjuntos sociales desarrolla en torno al proceso de enfermar una serie de conocimientos y respuestas con base a éstos que les permiten definir, caracterizar, clasificar,

explicar y tratar la enfermedad. En el caso de los trastornos mentales cabe señalar que al momento de explicar a lo que dicha experiencia refiere, hay una coincidencia en reconocerla como una enfermedad, no obstante, en cada uno de los relatos al inicio, no fue denominada como tal. Dentro de la narrativa de cada una de las personas entrevistadas pueden identificarse por tanto dos momentos diferentes, un primer periodo en el cual la explicación está dominada por la descripción de la serie de sensaciones que los invadían respecto de la cual no reconocen un diagnóstico de enfermedad. El elemento dominante de este periodo lo constituye la vida social, los cambios con relación a comportamientos, sensaciones y pensamientos registrados en las diferentes dimensiones de su vida. En muchos casos describen no haber dado nombre a partir de alguna experiencia previa de enfermedad, en tanto que otro aspecto común fue el desconocimiento de una experiencia similar antes de presentarse en ellos. Lo cual vuelve necesario profundizar más en esto, ya que como se señaló en muchos casos la atribución de causalidad inicial o incluso, posterior a la consulta con el médico, hace referencia a la presencia de brujería o daño mágico o desajustes en el sector emocional vinculados a experiencias de vida. Mientras que en otros casos, los comportamientos reconocidos fuera de lugar o que marcaban la diferencia en sus vidas aludían a aspectos normativos, por ejemplo, dejar de cumplir con las labores domésticas asignadas, dejar de ir a trabajar, gritarle a la madre, todas ellas juzgadas como comportamientos “malos”, inadecuados que no debían ser u ocurrir, en tanto que rompen con el orden social y moral del grupo. De esta forma, el segundo momento, al que refiero quedaría configurado a partir de su encuentro con el clínico, que conlleva una reformulación del modelo explicativo de la enfermedad hasta entonces elaborado en el cual ya se muestra la introducción del reconocimiento de lo vivido en términos de enfermedad, aunque sin descartar los elementos o descripciones previamente elaboradas.

A partir de la atribución de causalidad observada en la población, los elementos que configuran la misma, pueden distinguirse como dispositivos de anclaje sociocultural de la enfermedad, con lo cual se refirma el carácter social de los sujetos, contrario al carácter individual, biologicista del que la biomedicina y la

psiquiatría, dotan a la enfermedad. Asimismo, puede constatarse el proceso de traducción-interpretación que tiene lugar, al momento del encuentro clínico, donde el síntoma entendido como la interpretación que ha elaborado la persona respecto a las sensaciones que experimenta, esto es, como una expresión humana que guarda en sí misma significado y que debe ser interpretado en términos del contexto que lo matiza (Martínez-Hernández, 1998). Es transformado en signo de una enfermedad, de una categoría psiquiátrica dentro de la cual cobra sentido, como elemento de pretendida aplicación universal, que no responde a un contexto social-cultural específico, sino que se eleva por encima de aquél que lo generó, es decir, busca trascenderlo, con lo cual se da paso a un proceso de naturalización del dato biológico.

Adicionalmente, puede señalarse la existencia de una conceptualización tendiente a la unicidad de la enfermedad entre los pobladores, es decir, que no diferencia inicialmente, cada uno de los trastornos sino que refiere a una experiencia de enfermedad mental unificada. Incluso en la sintomatología referida en el caso de la depresión y esquizofrenia, como los padecimientos aquí retomados, las alucinaciones se conciben como una posibilidad a la que la gravedad del mismo podía conducirlos o bien, la pérdida del sentido se coloca en el horizonte viable para todo sujeto. Con lo cual, la diferencia entre uno u otro padecimiento sería tan sólo de grado; de tal modo que la diversificación en una gama de trastornos constituiría un elemento aportado por la biomedicina. Sin embargo, el llanto y las alucinaciones considero continúan siendo aspectos que muestran relevancia para la especificación o distinción del padecimiento, el primero de ellos, alude con más certeza a la presencia de depresión mientras, el segundo a la de esquizofrenia.

La descripción de enfermedad mental integra la referencia a aspectos relacionados con las condiciones de vida de la población, la pérdida de seres queridos a través de muertes repentinas que en algunos casos ocurren en el extranjero (EUA) debido a la migración internacional o bien, en aquellas ocurridas en el país, debido que no son esperadas o responden a venganzas entre familias. Jornadas extenuantes de trabajo o golpes y accidentes ocurridos en el desempeño

del mismo, abandono de la pareja, infidelidad de ésta, falta de comunicación afectiva por cuestión cultural. Así como un reconocimiento de factores como la pobreza, la migración, el tipo y calidad de la alimentación, contaminación ambiental, violencia, como algunas de las circunstancias que aparecen vinculadas a la experiencia del trastorno. Lo cual de nueva cuenta permite distinguir la articulación entre grupo social e individuo en la narrativa de las personas que atraviesan por un trastorno mental, al remitirse a sus relaciones interpersonales, emociones, experiencias de vida que incluyen violencia, desplazamientos, creencias, prácticas sociales, que bajo la óptica o lente de la biomedicina, se observan más que como elementos o factores que conforman el ser del sujeto, como aspectos externos que impactan al mismo, como si éste no fuera una construcción sociocultural, sino una estructura ajena, particular. Dentro de este campo, de nueva cuenta, la etnografía se constituye como una herramienta para el análisis y contextualización de los síntomas, la narrativa y del propio sujeto que ha enfermado.

Por otro lado, en el caso de la esquizofrenia la sintomatología atribuida remite más frecuentemente a una esfera de producción mental mientras que en el caso de la depresión se podría hablar de una mayor somatización, es decir, que focaliza el dolor (cabeza, pecho). En cuanto a la caracterización e identificación de los padecimientos, ésta pareciera que en un primer momento, no conlleva a una relación de conflicto entre modelos explicativos (el biomédico y popular). Lo anterior, llevaría a situar el proceso de expansión y dominación del sistema biomédico, que penetra en la vida cotidiana de los pobladores del Mezquital y se expresa en el modelo explicativo del padecimiento por el que atraviesan, por un lado, al percibirlo como enfermedad y por el otro, la incursión de terminología médica en la narrativa de la persona, mediante la cual expresa su visión del mundo, articula sus vivencias, sensaciones, emociones, pensamientos, comportamientos y todo cuanto ocurre en él y respecto a él.

No obstante, como se mencionó, aun cuando en el caso de la depresión constituye un término que ha penetrado más en el lenguaje popular, siendo empleado casi como sinónimo de tristeza, en comparación al caso de la

esquizofrenia, en donde la apropiación del término ha llevado a la integración de elementos que remontan a categorías locales como el mal de los nervios, en la medida que parte de la sintomatología reconocida a estos, retoma algunos de los mencionados para los nervios o bien, integrando el malestar en los nervios a su descripción.

La ausencia de un daño o lesión física, el desconocimiento sobre lo que ocurre en el interior de la persona para actuar del modo que lo hace, respecto a la forma de manejarlo y combatirlo, conllevan desde lo social a un rechazo y maltrato a quien atraviesa por un padecimiento mental lo cual deviene en un proceso de descalificación, pérdida de estatus, desacreditación y crítica.

En su texto, *El hechicero y su magia*, Lévi-Strauss (1987) nos ofrece una descripción del proceso social que tiene lugar ante un caso de conjuración o sortilegio al interior de las denominadas sociedades primitivas. Por un lado, en el caso de conjuración narrado por el autor, se habla de una separación inicial del individuo, de sus lazos familiares y sociales. No sólo el sujeto ha tomado conciencia de su diferencia respecto al resto de los miembros de su grupo a causa de la condena que sobre él recae, sino que su círculo cercano de parientes y amigos comparte la actitud. Ello sucede de forma previa al retraimiento de la propia comunidad, quien busca alejarse del miembro que es considerado fuente de peligro. A partir de ello, se establece la exclusión del sujeto enfermo de toda función y actividad a través de la cual tomaba conciencia de sí mismo; el posterior reencuentro que pudiera llegar a tener con la norma social es aquél que finalmente termina por conducirlo al reino de las sombras. Con base a lo anterior, Lévi-Strauss (1987) afirma un principio de inversión de sistemas que va de individuo vivo, sujeto de derechos y obligaciones, a un individuo muerto, objeto de temores y prohibiciones.

Tal principio de inversión, considero que puede observarse en la experiencia del padecimiento mental entre los pobladores del Mezquital, en términos de un proceso de estigmatización, el cual alude a la articulación entre significativo (loco)- significado (caos, peligro, daño, enfermedad). Dicho proceso respondería a la coincidencia de cuatro elementos (Link y Phelan, 2001); en

principio, la diferenciación, que implica la distinción de personas y el marcaje de dicha diferencia (etiqueta). En segunda instancia, la articulación de creencias y etiquetas, es decir, la atribución de características en este caso, profundamente negativas (construcción del estereotipo). En tercera instancia, la persona asociada a dicha etiqueta es ubicada en una categoría distinta que implica una separación entre sujetos, entre un “nosotros” y un “ellos” (separación), donde quienes presentan el trastorno como los sujetos que constituyen esa otredad, experimentan en consecuencia pérdida de estatus y discriminación (ejecución del rechazo y exclusión). Finalmente, tanto a lo largo de este proceso como en diferentes ámbitos, una dimensión analítica que no puede ignorarse, la constituyen las relaciones de poder, que en este caso en particular remiten a un contexto asimétrico de poder.

Las relaciones de poder pueden encontrarse expresadas en las interacciones entre hombres y mujeres (roles de género), con relación a los demás miembros del grupo, lo que a su vez implicará dar cuenta del lugar que ocupa quien ha enfermado dentro de su grupo doméstico así como dentro del grupo social de pertenencia, además de en la interacción médico-paciente, en cuyo caso puede traer en consecuencia interpretaciones erróneas o descontextualizadas de los elementos narrados por los sujetos, o en la imposición de medidas terapéuticas, como lo señalara Szasz (1999).

Para el caso de los trastornos mentales que he venido abordando, considero que el consultorio médico y la evaluación psiquiátrica pueden ser entendidos, como ese espacio de legitimación de la diferencia, de la desviación, como el lugar y momento en que se asigna el rol de enfermo mental al individuo. Este último, se acerca al especialista para narrarle su experiencia, su padecer, el cual es reconstruido e interpretado por el médico en términos técnicos en términos de entidades patológicas, instante que da paso a la confirmación o negación de un diagnóstico psiquiátrico, en este caso. De acreditar el diagnóstico, el sujeto comienza a ser tratado de acuerdo al nuevo rol social adquirido, el de enfermo, el cual en ciertos casos anula o absorbe los demás roles que hasta entonces se

cumplían y en consecuencia, las relaciones de éste, para con los demás miembros del grupo social, tienden a verse profundamente transformadas.

Como se ha señalado en el cuerpo del texto, el proceso salud/enfermedad/atención es una constante a la que se enfrentan todos los sujetos y conjuntos sociales, siendo así que en torno a este proceso, como también ha podido observarse, se organizan diversos sistemas médicos que como tal, involucran a distintos actores sociales (sujetos y grupos sociales) que desempeñan diversos roles al interior del mismo, ya sea como enfermos, curadores o como parte de la red social que rodea al sujeto y brinda su apoyo o rechazo, que legitima o desacredita incluso la experiencia misma de enfermar, el rol de sujeto enfermo. Esto en el caso del Mezquital, ha implicado la configuración de tres distintos sistemas o sectores de atención a la salud que dan cuenta de diversos procesos de interpretación, significación y tratamiento de un mismo padecimiento.

En cuanto a esta atención médica, tenemos en principio que la identificación de lo que ocurre se da dentro del espacio doméstico en el que tienen lugar las primeras acciones dirigidas a controlar y eliminar la enfermedad mental, las cuales no se alejan del conjunto de estrategias y recursos que la gente conoce como parte de ese proceso histórico-social, mencionado, respecto al aprendizaje de saberes y prácticas en salud, que como se señaló en el último capítulo ha sido reconocido como un desplazamiento del complejo cultural de la práctica médica tradicional, hacia lo doméstico. Estas serie de estrategias que van desde elegir no acercarse al médico por no considerarlo un malestar o enfermedad que lo amerite y resistir los síntomas esperando su desaparición, hasta acciones que lleven a contrarrestar o controlar las sensaciones vividas, el consumo de medicamentos o plantas medicinales en forma de té, así como la entrega de la persona al culto religioso, configuran lo que se ha identificado como autoatención, como una dimensión o primer nivel de respuesta a la enfermedad que es común a todos los conjuntos sociales, cuyo contenido e impacto en la experiencia muestra variabilidad. En segunda instancia se ubicaría el ámbito en el que se reconoce la necesidad de intervención de un especialista, aquí la atención se bifurca entre la

oferta de un sistema médico tradicional popular a través de la práctica del curandero o el brujo, cuya figura se reconoce de difícil identificación que ha llevado a la advertencia en la literatura acerca de su desaparición y el médico institucional cuyo representante es el médico alópata. Dichos sistemas hasta el momento a partir de lo observado y de esta primer lectura, se ha mencionado sostienen una relación de conflicto o complementariedad en función del padecimiento que se trate, de modo que en el caso de depresión ésta se reconoció como de complementariedad en tanto que no implicaba elementos que contradijeran el fundamento bajo el que se sostiene la biomedicina como sistema médico dominante; y como de conflicto en relación a la esquizofrenia, cuya tendencia se inclina a la biomedicina y con ello se acerca al proceso identificado como mercantilización y homogeneización cultural.

Como hemos visto son diversas las vetas de análisis que se desprenden del estudio de los trastornos mentales, en este caso la experiencia de atravesar por un padecimiento de este tipo en un contexto rural/indígena. El reto es continuar abriendo paso a la perspectiva sociocultural y a la riqueza de la reflexión antropológica respecto al análisis de la configuración de los trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, entre otros) dando cuenta de articulaciones con respecto del contexto histórico, social, cultural, político y económico más amplio. Si bien, aquí he intentado sentar la base desde la cual poder partir y trazar la serie de articulaciones con el contexto histórico, social, cultural, político y económico de la zona, este trabajo representa tan sólo un primer acercamiento y análisis tentativo del proceso de construcción, significación y vivencia del trastorno mental en la región. Resta profundizar en el análisis integrando la totalidad de las narrativas a fin de identificar los elementos que las cruzan, los cuales hacen referencia a elementos comunes o compartidos, así como a aquellos que conforman la especificidad a la que cada una remite. A partir de la riqueza encontrada en las mismas, resta la selección de ciertos casos, a los cuales dar seguimiento, en cuanto a su experiencia de vida con el padecimiento, acompañando a la persona a lo largo de un periodo prolongado de tiempo, acercándome y participando con ella en los diversos ámbitos de su vida que me



sean permitidos, lo que a su vez posibilitará establecer la recurrencia de elementos y las variaciones en el relato respecto de este primer contacto, así como recoger otros aspectos del contexto a partir de la observación participante y su registro, además de la interacción con demás actores sociales que conforman la vida social del sujeto.

## Referencias bibliográficas

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1986). *Antropología Médica*, México, CIESAS.

Báez, Lourdes, Beatriz, Moreno, Gabriela, Garrett y Ulises Fierro (2005). Reconfigurando la comunidad. Efectos de la migración entre los Hñähñú del Valle del Mezquital, en *Memoria Jornadas del Migrante*. Secretaria de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis, Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información. Palacio Legislativo de San Lázaro. 15, 16 y 17 de Marzo, México. pp. 31-38.

Bastide, Roger (2005). *Sociología de las enfermedades mentales*, Trad. Armando Suárez, 12<sup>a</sup> Ed., Siglo XXI Editores, México

Bautista-Aguilar, Natalia (2009). "Salud mental y cultura, Una aproximación al modelo salud-enfermedad hñähñú", tesis de Licenciatura en Etnología, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Benedict, Ruth (1934). "Anthropology and the abnormal", en *Journal of General Psychology*, vol. 10, núm. 2, pp. 59-82.

Benedict, Ruth (1934). "La antropología y el anormal", Traducción de María Guadalupe García y Natalia Cler Pereira, Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Disponible en [http://ww2.filo.uba.ar/contenidos/carreras/antropo/catedras/hist\\_teoría\\_antropologica/sitio/pdf/Benedict.pdf](http://ww2.filo.uba.ar/contenidos/carreras/antropo/catedras/hist_teoría_antropologica/sitio/pdf/Benedict.pdf) [Consultado el 21 de marzo de 2014].

Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green y J. Emilio Carrillo (2002). *Cultural Competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. Field Report*, The Commonwealth Fund.

Bhui, Kamaldeep, Nasir Warfa, Patricia Edonya, Kwame McKenzie y Dinesh Bhugra (2007). *Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations*, BMC Health Services Research, vol. 7, núm. 15. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/15>. [Consultado el 20 noviembre de 2012].

Boivin, Mauricio, Ana Rosato y Victoria Arribas (2004). *Constructores de otredad*, 3a. ed., Editorial Antropofagia, Buenos Aires.

Bourdieu, Pierre (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Trad. Thomas Kauf. Editorial Anagrama, Barcelona. pp. 74-83.

Bourguignon, Erika (1979). *Psychological Anthropology. An introduction to human nature and cultural differences*, Holt, Rinehart And Winston, New York.

Burke, Peter (2010). *Hibridismo cultural*. España, Akal.

Camus, Manuela (2002). *Ser indígena en la ciudad de Guatemala*. Guatemala. FLACSO.

Campbell, Joseph (1959). *El héroe de las mil caras. Psicoanálisis del mito*, Trad. Luisa Josefina Hernández, Fondo de Cultura Económica, México.

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10). Disponible en <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/> [Consultado el 10 de abril de 2014].

Comisión Nacional de Salud Mental: <http://www.consame.salud.gob.mx>

Correa Urquiza, M., Silva, Thomas J., Belloc Márcio, M. y Martínez-Hernández, A. (2006). "La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales", en *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22: 47-68. (Antropología médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales).

Cuche, Denys. *La noción de cultura en las ciencias sociales*, Buenos Aires, Nueva Visión, Colección Claves, 2002

- Devereux, George (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Barral Editores, Madrid.
- Duero, Dante G y Virginia Shapoff (2009). "El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico", en *Revista CES Psicología*, vol. 2, núm. 2, pp. 20-48.
- Donlan William y Junghee Lee (2010). Coraje, nervios, and susto: Culture-bound syndromes and mental health among Mexican migrants in the United States, en *Advances in Mental Health*, vol. 9, pp. 288–302.
- Elferink, Jan, Flores, J. Antonio y Rodríguez, Eva Ma. (1997). "Las enfermedades mentales entre los nahuas", en *Salud Mental*, vol. 20, núm. 3, pp. 58-66.
- Eroza Solana, Enrique y Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen (2008). "Narrativas del padecimiento "mental": arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México", en *Revista de Antropología Social*, núm. 17, pp.377-410.
- Evans-Pritchard, Edward E. (1997) *Brujería, magia y oráculos entre los azande*, Trad. Antonio Desmonts, 2da. Ed., Editorial Anagrama, España.
- Evaristo, Pasquale (2011). "La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia", en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 31, núm. 110, pp. 345-351.
- Fitzpatrick, Roy, et al. (1990). *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Fournier García, Patricia (2007). *Los Hñähñü del Valle del Mezquital: maguey, pulque y alfarería*, México, INAH-ENAH.
- Franco, Francisco (2008). *El chamán como enfermo mental según Devereux*, en Anuario GRHIAL, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela, núm. 2.
- Freidson, Elliot (1978). *La Profesión Médica*, Ediciones Península, Barcelona.
- Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (2006). "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica" en *Desacatos*, núm. 20, CIESAS, México.
- Fujigaki Lares, Alejandro e Isabel Martínez Ramírez (2012). "'Locura" y transgresión social: La noción de lowíame entre los rarámuris de México", en Blanca Zoila González Sociales (ed.), *Entre tarahumaras, coras y huicholes. Algunos aspectos sobre la "locura"*, UNAM-IIA, México, pp. 45-73.
- Gaines, Atwood D. (ed.) (1992). *Ethnosychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries*, State University of New York Press, New York (Suny series in Medical Anthropology)
- Galinier, Jacques (1987). *Pueblos de la Sierra Madre. Etnografía de la comunidad otomí*, Trad. Mariano Sánchez y Philippe Chéron, México, INI-CEMCA [Clásicos de la Antropología].
- García Andrade, Consuelo, María Elena Medina-Mora, Guillermina Natera, Francisco Juárez y David Kershenovich (2006) "Consumo de alcohol en comunidades Nñahñu del Valle del Mezquital", en Secretaria de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones, *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas*. México.
- García Canclini, Néstor (1982). *Las culturas populares en el capitalismo*. Editorial Nueva Imagen. México.
- García Canclini, Néstor (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados*. México, Gedisa.
- García López, Juan Enrique y Gloria Hernández, Laura E. (2005). *Principales causas de muerte en las etapas del curso de vida 1980-2002 Hidalgo*, México, Consejo Nacional de Población, Secretaria de Gobernación.
- Geertz, Clifford (1973). *La interpretación de las culturas*. Trad. Alberto L. Bixio. España, Gedisa.
- Gerber, Stanford N. and Daniel C. Carbaugh (1964) Cross-cultural determination of abnormality and deviance: a preliminary note, en *Kansas Journal of Sociology*, vol. 1, núm. 1, pp. 19-26.

- Good, Byron J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Tradc. Víctor Pozanco, Ediciones Bellaterra, España (Serie General Universitaria 25).
- González Sobrino, Blanca Zoila (2012). "Locura y trastornos mentales", en *Entre tarahumaras, coras y huicholes. Algunos aspectos sobre la "locura"*, UNAM-IIA, México, pp. 15-43.
- Guerrero Guerrero, Raúl (1983). *Los Otomíes del Valle del Mezquital. Modos de Vida, Etnografía y Folklore*, INAH-SEP, DIF Hidalgo, México.
- Guinsberg, Enrique (1981). *Sociedad, salud y enfermedad mental*. UAM-X. México. (Cuadernos de psicología).
- Hamel, Rainer Enrique (1987). "El conflicto lingüístico en una situación de diglosia", en Muñoz Cruz, Héctor (ed.), *Funciones sociales y conciencia del lenguaje. Estudios sociolingüísticos en México*, Xalapa, Universidad Veracruzana, pp. 13-44.
- Harris. Marvin (1996). *El desarrollo de la teoría antropológica. Historia de las teorías de la cultura*, 12ª edición, Editorial Siglo XXI,
- Jacorzynski, Witold (coord.) (2008). *Demonios y pastillas: una aproximación interdisciplinaria a la locura*, CIESAS, México (Publicaciones de La Casa Chata).
- Kawa, Shadia y Giordano, James (2012). "A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice", en *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 7, no 2. Disponible en <http://www.peh-med.com/content/7/1/2> [Consultado el 15 de enero de 2013]
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Los Ángeles, CA. (Comparative studies of health systems and medical care, 3).
- Kleinman, Arthur (1987). "Anthropology and psychiatry. The role of culture in a cross-cultural research on illness", en *The British Journal of Psychiatry*, núm. 151, pp. 447-454.
- Kleinman, Arthur (1988). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, Estados Unidos de América.
- Krotz (1994). "Alteridad y pregunta antropológica", en *Alteridades*, vol. 4, núm. 8, pp. 5-11.
- Krotz (2002) *La otredad cultural entre utopía y ciencia. Un estudio sobre el origen, el desarrollo y la reorientación de la antropología*. Trad. Claudia Leonor Cabrera Luna, UAM-Iztapalapa, Fondo de Cultura Económica, México (Sección de Obras de Antropología).
- Laplantine, Françoise (1979). *La Etnopsiquiatría*, Trad. Hugo Acevedo, Gedisa, España.
- Lastra de Suárez, Yolanda (2006). *Los otomíes, su lengua y su historia*, México, UNAM-IIA.
- Leach, Edmund (1981). *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Editorial Siglo XXI de España.
- Levi-Strauss, Claude (1987). *Antropología Estructural*, Editorial Páidos, México.
- Link, Bruce G y Jo C. Phelan (2001) "Conceptualizing stigma", en *Annual Review of Sociology*, núm. 27, pp. 363-385.
- Lock, Margaret y Vinh-Kim Nguyen (2010). *An anthropology of biomedicine*, Wiley-Blackwell, Singapore.
- López, Irene, Rafael Ramírez, Peter Guarnaccia, Gloris Canino y Héctor Bird (2011) "Ataques de nervios and somatic complaints among Island and Mainland Puerto Rican children", en *CNS Neuroscience and therapeutics*, vol. 17, 158-166.

Malinowski, Bronislaw (1948). *Magia, ciencia y religión*. Trad. Antonio Pérez Ramos, Planeta-Agostini, Barcelona (versión electrónica).

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV) (1995) MASSON S. A Versión Electrónica.

Martínez-Hernández, Ángel (1998). "Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones", en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 18, núm. 68, pp. 645-659.

Martínez-Hernández, Ángel (2006a). "Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural", en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, núm. 11, pp. 2269-2280.

Martínez-Hernández, Ángel (2006b). "La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones", en *Política y Sociedad*, vol. 43, núm. 3, pp. 43-56.

Martínez-Hernández (2008) *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos Editorial, España (Autores, Textos y Temas, Antropología, 43).

Martínez-Hernández, Ángel (2009). "Psiquiatría cultural. Teorías, comparaciones y políticas en salud mental", en A. Martorell, J.M. Comelles y M. Bernal (eds.) *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Diana Garcés*, II. Terragona, España, pp.143-165.

Martínez Ramírez, Isabel y Alejandro Fujigaki Lares (2012). "La fisicoquímica y el alma: relaciones entre "seres-planta" y nociones de locura en el noroeste de México", en Blanca Zoila González Sobrino, *Entre tarahumaras, coras y huicholes. Algunos aspectos sobre la "locura"*, UNAM-IIA, México.

Mauss, Marcel (1971). *Sociología y antropología*, Tecnos, Madrid.

Menéndez, E. L. (s/f). *Los otros y nosotros: La parte negada de la cultura*. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/salud-mental-diversidad-y-cultura/parte1-salud-mental-globalizacion-y-exclusion/029-los-otros-y-nosotros-la-parte.pdf> [Consultado el 20 noviembre de 2012].

Menéndez (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México (Cuadernos de la Casa Chata, 86).

Menéndez (1984) "El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención", en *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, núm.3, pp. 84-119.

Menéndez, Eduardo (1990). *Antropología Médica. Orientaciones. desigualdades y transacciones*, CIESAS, México (Cuadernos de la Casa Chata, 179)

Menéndez, Eduardo (1997). "Holísticos y especializados: los usos futuros de la Antropología", en *Nueva Antropología*, vol. 16, núm. 52. pp.9-37.

Menéndez, Eduardo L. (2006). "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas", en Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, Quito, Ecuador, Ediciones Abya-Yala.

Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Ed. Lugar, Buenos Aires.

Moreno Alcántara, Beatriz; María Gabriela Garret Ríos y Ulises Fierro, (2006). *Otomíes del Valle del Mezquital*, México, CDI, 52 p. (Pueblos indígenas del México contemporáneo).

Morley, David (2008). *Medios, modernidad y tecnología. Hacia una teoría interdisciplinaria de la cultura*, Barcelona, Gedisa

Natera Rey, Guillermina, Perla S. Medina Aguilar, Fransilvania Callejas Pérez, Francisco Juárez y Marcela Tiburcio (2011). "Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena de México", en *Salud Mental*, vol. 34, núm. 3, pp. 135-201.

Natera Rey, Guillermina, Fransilvania Callejas Pérez, Scarlett Barker, Tariana V. Little, Perla Medina Aguilar (2012). "«Pa' qué sirvo yo, mejor me muero»: Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena", en *Salud Mental*, vol. 35, pp. 63-70.

Osorio Carranza, Rosa María (2001). *Entender y Atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, CIESAS-INI-INAH, México.

Osorio Carranza, Rosa María (2011). "La Antropología Médica en México: Los caminos recorridos y las nuevas veredas de investigación" en Osorio C., Rosa María (compiladora) *La Antropología Médica en México*, Rivista della Società Italiana di Antropologia Médica, núm. 29-30 y 31-32, Ed. Argo, Perugia.

Paulo Maya, Alfredo y Rose Marie Venegas-Lafon (2009). "Análisis interdisciplinario de la chipilés. Síndrome de filiación cultural que afecta a la niñez, en Tetelcingo, México", en *LABORAT-acta*, vol. 21, núm., 4, pp. 85-90.

Peña Sánchez, Edith Yesenia y Lilia Hernández Albarrán (2005). "Principales padecimientos y enfermedades en preescolares del Valle del Mezquital, Hidalgo", en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XII, México, Conaculta-INAH-UNAM-IIA-AMAB, pp. 257-276.

Recomendación 070/1995 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Revista PROCESO. No. 1213. 30 de enero de 2000 págs. 10-15.

Rodríguez, Jorge J. (ed) (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Rubel, Arthur J., Carl W. O'Nelly y Rolando Collado Ardán (1989). "Introducción al susto", en Roberto Campos (comp.) (1992), *La antropología médica en México*, Instituto Mora-UAM, México, Tomo II, pp. 105-124 (Antologías universitaria. Nuevos enfoques en ciencias sociales).

Ruíz López, Ignacio y Diana Morales Heinen (1996). "Los primeros años del Manicomio General de la Castañeda (1910-1940)", en *Archivos de Neurociencias*, vol. 1, núm. 2, pp. 124-129.

Ryesky, Diana (1977). *El sistema de Calor y Frío: Su relación con los conceptos populares de enfermedad en un pueblo Otomí Mestizo*, Boletín del Departamento de Investigaciones de las Tradiciones populares, vol. 4.

Sacristán, Cristina (2010). "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968", en *Salud Mental*, vol.33, núm. 6, pp. 473-480.

Salgado de Snyder, Nelly, González, T., Bojorquéz, I. e Infante, C. (2007) *Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud. Perspectivas en Salud Pública. Sistemas de Salud*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Salinas Pedraza, Jesús (1984). *Etnografía del Otomí*, Instituto Nacional Indigenista-SEDESOL, México.

Sánchez-González, Arturo; D. Granados-Sánchez y Nabor J. (2008). "Uso medicinal de las plantas por los otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México", en *Revista Chapingo Serie Horticultura*, vol. 14, núm. 3, pp. 271-279.

Szasz, Ivonne (1999). "Género y salud. Propuesta para el análisis de una relación compleja", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coord.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México, pp. 109-121.

Silver Eric, Edward P. Mulvey y Jeffrey W. Swanson (2002). "Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited", en *Social Science & Medicine*, vol. 55, núm. 8, pp. 1457-1470.

Simons, Ronald C. y Charles C. Hughes (eds.) (1985) *The Culture-Bound Syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, Reidel Publishing Company, Netherlands (Culture, illness, and healing)

Sigerist, Henry (1981). *Hitos en la historia de la Salud Pública, Siglo XXI*, México.

Taylor y Bogdan, S.J. y R. Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, España, Paidós.

Tiburcio Sainz, M. & Natera Rey, G. (2007). "Adaptación al contexto ñahñú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)", en *Salud Mental*, vol. 30, núm. 3, pp.48-58.

Timio, Mario (1980). *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*, Nueva Imagen, México.

Tranfo, Luigi (1974). *Vida y Magia en un pueblo otomí del Mezquital*, Trad. Alejandra Ma. A. Hernández, México, INI-Conaculta.

Uribe, Carlos Alberto (2000). "La controversia por la cultura en el DSM-IV", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 29, núm. 4, pp. 345-356.

Vilar Peyrí, Eugenia y Eibenschutz Hartman, Catalina (2007). "Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública", en *Revista Gerencia, Política y Salud*, vol. 6, núm. 13, pp. 11-32.

Villaseñor Bayardo, Sergio Javier (2008) *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, México.

Villaseñor Bayardo, Sergio Javier (2008). "Mayaxiákame. El concepto de "enfermedad mental" entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños, Jalisco, México", en *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, pp. 123-139.

Wakefield, Jerome C. (2007). "El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial", en *World Psychiatry* (Ed. Esp), vol. 5, núm. 3, pp. 149-156. (Forum: ¿Qué es un trastorno mental?).

Wallace, Anthony F. C. (1963) *Cultura y personalidad*. Trad. Emma Kestelbolm, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Winch (1991) "Para comprender una sociedad primitiva", en *Alteridades*, vol. 1, núm. 1, pp. 82-101.

Young (1982) "The anthropologies of illness and sickness", en *Annual Review of Anthropology*, vol.11, pp.257-285.

Zolla, Carlos, Sofía del Bosque, Virginia Mellado, Antonio Tascón y Carlos Maqueo (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*, en Roberto Campos (comp.) (1992), *La antropología médica en México*. Instituto Mora-UAM, México, Tomo II, pp. 71-104. (Antologías universitarias. Nuevos enfoques en ciencias sociales).



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Iztapalapa

Fecha : 02/07/2014

Página : 1/1

### CONSTANCIA DE PRESENTACION DE EXAMEN DE GRADO

La Universidad Autónoma Metropolitana extiende la presente CONSTANCIA DE PRESENTACION DE EXAMEN DE GRADO de MAESTRA EN CIENCIAS ANTROPOLOGICAS de la alumna NATALIA BAUTISTA AGUILAR, matrícula 2123800039, quien cumplió con los 68 créditos correspondientes a las unidades de enseñanza aprendizaje del plan de estudio. Con fecha tres de julio del 2014 presentó la DEFENSA de su EXAMEN DE GRADO cuya denominación es:

LA EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO. TRASTORNOS MENTALES EN POBLADORES DEL VALLE DEL MEZQUITAL, HIDALGO

Cabe mencionar que la aprobación tiene un valor de 100 créditos y el programa consta de 168 créditos.

El jurado del examen ha tenido a bien otorgarle la calificación de:

APROBAR

### JURADO

Presidenta

DRA. MAYRA LILIA CHAVEZ COURTOIS

Secretaria

DRA. ZENIA YEBENES ESCARDO

Vocal

MTRO. RICARDO MANUEL FALOMIR PARKER