

ANTROPOLOGIA

REALIDADES ANTROPOLÓGICAS EN DISTINTOS CONTEXTOS. REFLEXIONES SOBRE EL TEMA DE LA SALUD MENTAL.

*José Antonio Fernández de Rota Monter. Decano de la Facultad de Humanidades
M^º del Pilar Irimia Fernández*

Universidad de La Coruña. C/ Doctor Vázquez Cabrera-Campus de Esteiro. 15403-Ferrol

RESUMEN

En este artículo, los autores escriben sobre cómo la Antropología, mediante la comparación entre contextos culturales diferentes, hace que nos cuestionemos como verdaderos muchos dogmas, entre ellos, qué es la salud, la enfermedad, y, en concreto, reflexionan sobre qué se entiende por Salud Mental. Además, discuten cómo la Antropología puede ayudar a relanzar un concepto de asistencia integral, humanista, capaz de integrar las realidades sociales y culturales, en contrapartida al modelo positivista de entender la realidad humana.



Carlos II "el hechizado"

Anthropological realities in different contexts. Considerations of some topics in physical health.

SUMMARY

In the present paper, the authors consider how Anthropology - by means of comparing different cultural contexts - could make us change our vision of some truths or dogmas such as health and illness, and could allow us to observe above all the real meaning of mental health. The authors discuss as well the various ways in which Anthropology could help in launching the concept of an holistic care, a humanistic concept capable of integrating social and cultural realities far from the positivist pattern of understanding the human being.



Francisco Pindel

La tradición de la disciplina antropológica nos ofrece una dimensión nueva, en algunas ocasiones desconcertante, sobre cualquier problema fundamental de la vida humana. Su comparación con otros contextos culturales distintos del nuestro, nos obliga a poner en duda muchos de nuestros dogmas culturales. Lo que tendemos a pensar como esencial e inevitable en nuestra vida, nos aparece así muchas veces como producto de las concretas circunstancias socioculturales. Creemos contemplar el rostro del hombre, cuando en realidad contemplamos tan sólo una de las muchas máscaras con las que puede alternativamente disfrazarse la realidad humana. Evidentemente lo primero que nos plantea este contraste planetario entre las diferentes culturas, es nuevos interrogantes sobre la definición de salud y enfermedad. La distinción entre lo uno y lo otro puede dar lugar a formulaciones sorprendentes en otras culturas. Para empezar, muchas culturas tienden a buscar causas sociales o a relacionar con problemas sociales la enfermedad; no pocas veces el mal físico es entendido como un mal moral. De esta manera la enfermedad es vista como una realidad integrada en la dinámica total de la vida humana. De alguna forma la concepción opuesta a la que ha llegado en sus extremos más marcados la medicina actual. La medicina científica trata de considerar la enfermedad a partir de un juego de variables abstraídas del total de la realidad del individuo. Postula asimismo la atención a los pacientes en salas o pabellones o plantas especializadas, según diagnóstico, dentro del marco de hospitales, instituciones totales donde todo parece girar en torno del concepto bioquímico de enfermedad. Es cierto que la preocupación por la salud pública en 141 últimas décadas, trata precisamente de reaccionar contra los rigores de esta visión radicalmente positivista. En este sentido, la Antropología puede ayudar e impulsar estas nuevas inquietudes de una atención sanitaria abierta hacia la complejidad humana de la salud y sus aplicaciones sociales y culturales. De esta manera la Antropología destaca y trata de analizar, las distintas dimensiones de la salud y la enfermedad, comprendidas dentro de la realidad de un ser humano total y orienta el trabajo del profesional hacia la atención y tratamiento integrados. Si en la

def iniciación de enfermedad y salud encontramos una notable variedad de concepciones distintas, según las culturas, el problema se agrava cuando llegamos a lo que es objeto de este artículo: la atención al problema de la salud mental. Salud o enfermedad que nosotros distinguimos de la biológica, aunque reconozcamos sus influjos mutuos. Para muchas concepciones culturales ambos aspectos parecen estar tan estrechamente coimplicados que difícilmente pueden ser considerados como dos tipos de enfermedades distintas. ¿Qué es lo que podemos entender por un estado "normal" de los individuos, para poder pensar en consecuencia cuándo se encuentra en una situación patológica?. Algunos ejemplos pueden servirnos para captar con claridad el relieve del problema. Posiblemente en un ambiente medieval o de principios de la Edad Moderna, un santo milagrero podía ser aceptado fácilmente por la sociedad como una persona no sólo normal, sino superior en sabiduría, sensatez y eficacia a los demás. Sus visiones o apariciones, sus curaciones portentosas eran un aval irrefutable de su valor moral y de su capacidad como líder y orientador de los demás. Era un padre espiritual al que la gente acudía en búsqueda de consejo. No pocas veces intelectuales y administradores políticos recurrían a ellos humildemente. Hoy día, el visionario o el factor de prodigios y curador por medios no científicos llega difícilmente a ser aceptado y sólo dentro de ciertos ambientes relativamente minoritarios. Aunque alguna vez llegue a ser escuchado por personalidades de prestigio, esto suele ser mucho.-- más excepcional que en otras épocas y con cierto aire de clandestinidad.

Podemos completar estas ideas con algún otro ejemplo como puede ser el del hombre intelectualmente destacado o el investigador obsesionado por sus hallazgos. Probablemente en otros siglos fue una figura más difícil de integrarse en su ambiente que la del predicador visionario y taumaturgo. Sin embargo son personalidades que en los últimos tiempos pueden ser aceptadas en amplios sectores como figuras geniales y aunque puedan tener serias dificultades en su convivencia doméstica y cotidiana, ordinariamente encontramos un elevado número de disculpas y sus posibilidades de ser admirados

y de reforzar con un mayor "realismo social" su autoestima, son sin duda muy destacadas.

Es decir el concepto de normalidad aceptado por amplias mayorías en otros siglos y en el actual son bien distintos. E incluso dentro de cada época, podemos encontrar diversos grupos sociales, pertenecientes a ambientes subculturales distintos, que tienen criterios contrastados a la hora juzgar a determinadas personas como normales, sanas o incluso como dotadas de cualidades eximias y admirables. Pero indudablemente lo que estamos entendiendo como aceptación o rechazo, supone unos procesos dinámicos subyacentes y una interacción entre los polémicos personajes y los grupos con los que conviven. Es decir un visionario y hacedor de prodigios que llega a ser aceptado por un importante grupo social de convivencia, se va a sentir socialmente integrado y estimado y va a poder tener una adecuada autoestima. Con ello, su manera de comportarse en la vida social tenderá a encaminarse hacia actuaciones cada vez más satisfactorias para el grupo en el que está integrado y para él mismo. En cambio si se encuentra en un grupo o grupos que mayoritariamente o por unanimidad rechazan su actuación, la evolución de su conducta puede ser bien distinta. Tendrá que luchar o bien por adaptarse a los criterios y actitudes de su medio social o bien por reafirmarse en los suyos, considerados como excepcionales. Si opta por este segundo camino y no consigue convencer a los demás su autoestima sólo podrá basarse en un rechazo radical de los demás, con el consiguiente aislamiento progresivo y falta de aceptación creciente en aquellos con los que convive. Esta formulación, aunque sea un tanto simple, creo que nos brinda gráficamente una orientación acerca del juego de dinámicas que pueden llevar a ciertos tipos de personalidades y de actuaciones "excepcionales", a ser consideradas como normales o anormales. Creo que lo que venimos diciendo puede clarificarse atendiendo a casos estudiados por la Psicología Social y la Antropología. Siempre me ha resultado extraordinariamente iluminador un famoso experimento de Psicología Social realizado por

los hermanos Ayer. El experimento fue realizado con varios miles de estudiantes en una universidad norteamericana. Se organizaron grupos experimentales, compuestos cada uno por diez voluntarios. Ante cada grupo se proyectaban figuras de mayor o menor tamaño y se les preguntaba cuál era la figura mayor. Con anterioridad los investigadores se habían puesto de acuerdo con nueve de los diez miembros del grupo, pidiéndoles que dijese que era mayor la segunda figura en tamaño. De esta manera se preguntaba primero a los nueve miembros cómplices del engaño; al llegar al décimo, que desconocía este artificio, éste en ninguno de los casos se atrevió a identificar como mayor la figura que realmente tenía mayor tamaño. En la mayoría de los casos, simplemente asintió a la afirmación unánime de sus nueve compañeros. En algunos casos tímidamente balbució "al principio me parecía que era mayor A.... pero no ahora veo que es mayor B ". Es decir ni siquiera en algo que una simple percepción nos permite valorar con claridad, estas personas fueron capaces de enfrentarse contundentemente a la opinión unánime de nueve compañeros. La capacidad de convencimiento que la unanimidad del grupo social de pertenencia o de referencia aporta, es como vemos, extraordinaria. Por supuesto esta capacidad de convicción que en este experimento no traía mayores consecuencias, puede llevar en otras circunstancias a una tremenda eficacia. Es conocido el caso de las condenas a muerte realizadas por hechiceros dentro del culto Vudú. Culto de gran extensión en zonas de Africa y trasplantado y mistificado a diversas regiones americanas. Ante la enfermedad de una persona, puede ser que sus creyentes y practicantes acudan al hechicero. Este "descubrirá" a la persona causante de ese mal. Esta persona puede ser "condenada" por el hechicero a muerte en castigo de su maldad. Ordinariamente la persona condenada suele morir en un plazo relativamente corto de tiempo sin que nadie intervenga en ello materialmente. La realidad sociocultural es que esta persona a la que se le comunica que ha sido "condenada", tiene la certeza de que va a morir. Y no sólo él, todas las personas

que le rodean tienen la seguridad de su muerte cercana. Este convencimiento suele empezar por producir con frecuencia importantes trastornos digestivos y anorexia. El "condenado" y sus personas cercanas ven confirmado el comienzo del proceso fatal empíricamente. Todo ello refuerza el convencimiento y sus funestas repercusiones sobre el organismo, hasta que se produce la muerte.

Un tercer caso nos lo describe con detalle el antropólogo Victor Turner¹ referido al grupo cultural africano Mndembu. En una aldea de este grupo, perteneciente a la antigua Rodesia, había un hombre cuya conducta se convirtió en un suplicio para sus vecinos y familiares cercanos. Ellos pensaron que probablemente estaba endemoniado y requirieron los servicios de un famoso hechicero. El hechicero convocó ya de mañana a todos los componentes de la tribu en una explanada central. Todo el día se dedicó a un continuo juego de acciones rituales del hechicero con respecto al endemoniado, coreadas y apoyadas por la totalidad de la tribu. Al anochecer el endemoniado cayó exhausto sobre el suelo, escupiendo espuma por la boca. El hechicero dictaminó que el espíritu había sido arrojado y la persona había sido curada. A partir del día siguiente, tanto el paciente como sus familiares como todo el grupo social con el que tenía contacto, estaban seguros y convencidos de la curación. La relación social y la conducta del individuo cambiaron radicalmente de la noche al día. Sin duda cualquier psiquiatra o psicólogo clínico actual quisiera tener en sus manos tan imponente aparato curativo, pero por desgracia nunca pueden convencer a todo el entorno social y al propio paciente de que se ha producido una transformación. A pesar de todos sus conocimientos sobre el tema, sus medios curativos socioculturales son increíblemente más pobres y rudimentarios. Como corolario a estos ejemplos podíamos evocar una conocida frase de Goethe "existen todavía demasiados pocos hombres capaces de imaginar lo real". Tal vez el peso y la contundencia de la ciencia en aspectos concretos nos ha acostumbrado demasiado fácilmente a creer que tropezamos con verdades absolutas, a no dar ningún

crédito a aquello que no parezca estar demostrado. Configura en algunas personas actualmente una nueva suerte de dogmatismo. Dogmatismo como otros anteriores, fraguado en la miopía, en el simplismo y en la reducción de una vida humana excesivamente compleja y rica, como para ser abarcada y explicada hasta sus últimas consecuencias, a través de un análisis racional. Frente a ello hace falta "imaginar" que lo "real" es en gran medida construido social y culturalmente y forma parte de complejos procesos en los que los hombres somos no sólo pasivos receptores sino también activos protagonistas de la constitución de la realidad. Como dirá Ackerknecht:

"Nuestra cultura es única en su marginación consecuente de lo irracional, lo emocional, lo estático. Por ello los fenómenos han venido a ser más incomprensibles y desconocidos para nuestra sociedad. La cama, la tienda de bebidas alcohólicas y el despacho del psiquiatra son sus últimos santuarios, pero sólo el último de los tres no es tabú para la expresión pública. De ahí que no es sorprendente que a un número casi limitado de fenómenos se les haya puesto un rótulo psicopatológico. Sin duda como lo irracional es calificado ahora con frecuencia simplemente como psicopatológico, y a veces hecho realmente psicopatológico por este procedimiento"².

Creo que todo ello nos permite recoger algunas sencillas conclusiones en el marco de esta breve exposición. He destacado en primer lugar, algo conocido, pero a veces olvidado: el enorme peso de lo social en la salud y enfermedad y su carácter de protagonista estelar en muchos de los procesos intervinientes en la salud mental. Estos procesos tienen un marcado tinte cultural. Nuestras reflexiones y ejemplos han insistido en los profundos contrastes entre "mundos" culturalmente distintos. Dentro de un concreto marco geográfico debemos atender también a las importantes diferencias culturales y subculturales. Todos los procesos de adaptación, integración, aceptación social, deben ser entendidos teniendo en cuenta su componente cul-

2.- Erwin H. Ackerknecht *Medicina y Antropología Social*.

tural. Así no debemos exigir de forma simple la adaptación del individuo a nuestros criterios formulados no pocas veces como "dogmas" de validez "universal". Nosotros también podemos influir en hacer nuestra cultura más abierta, más capaz de admitir la diversidad y facilitar de esta manera, la integración de no pocos marginales. En cualquier caso al menos, debemos tener plena conciencia de las diferentes dimensiones intervinientes en la salud y enfermedad. Valga un último ejemplo a consideración. El antropólogo Carmelo Lisón recoge minuciosamente un cúmulo de datos sobre el santuario del Corpiño (Provincia de Pontevedra) al que acude todos los años un ingente número de pacientes que se autoconsideran frecuentemente endemoniados. A través de sus entrevistas con un total de 242 pacientes, resume estadísticamente la siguiente evaluación sobre los efectos terapéuticos de su estancia y actividad ritual en el santuario. Un 24,38 % consideran que no han sufrido con ello ninguna mejora e incluso algunos entre ellos dicen que han empeorado. El 75,61 % restante consideran que han experimentado alguna mejoría, de ellos el 32,23 % opinan que han mejorado algo, el 10,74 que han mejorado mucho y el 32,64 afirman que se han curado; no pocos de estos acuden cada año a dar gracias por la curación.

Tal vez podríamos comparar estos resultados con los de los pacientes que acuden a diferentes terapias psicológicas o psiquiátricas. Por supuesto no es lo mismo el que ellos opinen que han mejorado o se han curado, que el que nosotros lleguemos a esta conclusión. Pero un aspecto muy importante de un posible diagnóstico en el campo de la salud mental es el convencimiento que de su mejoría tiene el paciente. Con ello nos queda abierto, a nuestra consideración, el complejo campo de la creencia. Creencia llena de incertidumbres y esperanzas que anida en el espíritu humano y en muchos aspectos mueve montañas. Nuestra reflexión se ha movido a través del puente entre la creencia y la solidaridad humana. Los convencimientos culturales del grupo social de pertenencia, la fuerza de las estrategias y dinámicas sociales, la evocación simbólica, la cosmovisión colectiva y valores morales compartidos confluyen e interactúan en el mundo interior del

individuo con sus personales creencias. La fe y la esperanza, dotadas de contenidos culturales, forman parte integrante de la salud y enfermedad, entendidas en toda su dimensionalidad humana.



BIBLIOGRAFIA

- Ackerknecht, E.H. (1971) *Medicina y Antropología Social*. Akal Universitaria. Madrid.
- Augé, M.y Herzlich, C. (1995) *The meaning of Illness*. Academic Publishers. Luxembourg.
- Comellas J.M. y Martínez Hernández, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad*. Eudema. Madrid.
- Lisón Tolsana, C.(1990) *Endemoniados en Galicia Hoy*. En: *La España Mental II* Akal, Madrid.
- Mascie-Taylor, C.G.N. (Ed.) (1993) *The Anthropology of of disease*. Oxford Science Publications, Oxford.
- Nichter, M y M. (1989) *Anthropology and International Health*. Gordon and Breach Publishers. Amsterdam, Scheper-Hughes, N. (1979) *Saints, Scholars and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*. University of California Press. Berkeley.
- Turner V.(1967) *La selva de los símbolos*. Siglo XXI editores, Madrid.