



Facultad de Trabajo Social

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales

Trabajo Social y Psiquiatría transcultural en salud mental:

Aplicación de casos comparativos Madrid- Piura

Social Work and trans-cultural Psychiatry in mental health:

a comparative cases study Madrid-Piura



Investigación presentada a la convocatoria 2014/15 del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense.

Autores

Cristina Alonso Salgado, Carmen Miguel Vicente, Aurora Castillo Charfolet, Agustín Moñivas Lázaro, Loreto Castañera Rodríguez y María Ariana Gómez González

Derechos reservados conforme a la ley. Copyright. 2015, Madrid.

ISBN Digital 978-84-608-5517-0



Composición del equipo de investigación

– Responsables

Cristina Alonso Salgado. Trabajadora social en Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Participante del Programa de Psiquiatría Transcultural de la ONG. Salud para todos de la Orden hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios.
cristinajubi@gmail.com

Carmen Miguel Vicente. Trabajadora social profesora del Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales y coordinadora de estudiantes con diversidad funcional. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense. Profesora visitante en Universidades de Europa y Latinoamérica.
carmenmiguelvicente@ucm.es

– **Aurora Castillo Charfolet.** Trabajadora social, Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. profesora del Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense. Profesora visitante en Universidades de Europa.

– **Agustín Moñivas Lázaro.** Dr. en Psicología y profesor Titular de Universidad de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense. Director de la formación de Mindfulness de la Universidad Complutense. Profesor visitante en Universidades de Europa y Latinoamérica, con respecto al contexto social de este proyecto en las Universidades San Agustín de Arequipa y San Marco de Lima.

– **Loreto Castañera Rodríguez.** Trabajadora social. Becaria Honorífica de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense.

– **María Ariana Gómez González.** Trabajadora social. Becaria Honorífica de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense.



*Yo creo que fuimos nacidos hijos de los días,
porque cada día tiene una historia
y nosotros somos las historias que vivimos.*

Eduardo Galeano



AGRADECIMIENTOS

El equipo de esta investigación desea agradecerles a los/as profesionales y personas entrevistada su tiempo, conocimientos, implicación y actitud en el proceso de esta iniciativa, dejamos una ventana abierta a futuras colaboraciones.

Colaboradores expertos del Centro de Salud Mental de Hortaleza, área IV del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid.

- **Dra. Cristina Polo.** Psiquiatra coordinadora del Centro de salud mental de Hortaleza en Madrid y voluntaria en Piura en el 2014, Asesora y especialista en materia de género y participante del grupo focal.
- **Dr. Antonio Ceverino.** Psiquiatra- psicoanalista del centro de salud mental de Hortaleza voluntario en Piura en el año 2014 y participante del grupo focal.
- **Dr. Daniel Olivares.** Psiquiatra, coordinador de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital General universitario de Guadalajara. Voluntario en Piura en 2014 y participante del grupo focal.

Programa de Psiquiatría Transcultural “Salud Mental para Todos” de los Hermanos de San Juan de Dios en Madrid

- **Dr. Diego Urgeles.** Psiquiatra coordinador y responsable de formación de voluntarios del Programa de Psiquiatría Transcultural de los Hermanos de San Juan de Dios. Hospital de N.S. de la Paz - Madrid.
- **D^a. Belén Jiménez.** Responsable del área de voluntariado internacional, y coordinadora del voluntariado de “Salud Mental para Todos”, de JUAN CIUDAD



ONG, de los Hermanos de San Juan de Dios; situada en la C/ Herreros de Tejada, 3 – 28016 Madrid.

- **Dra. Leticia Muñoz.** Psiquiatra en Parc Sanitari San Joan de Deu en Barcelona y voluntaria en Piura en el 2014
- **D^a. Lucila Calvo.** Enfermera matrona y voluntaria en Piura en 2014.

Programa de Psiquiatría Transcultural de la ONG Juan Ciudad “Salud para Todos” de los Hermanos de San Juan de Dios en Piura

- **D. Tomas Alacid.** Enfermero cooperante responsable del área de psiquiatría comunitaria del Centro de reposo del CREMPT, Piura.
- **Dr. Alonso Rodríguez.** Director Médico de Centro de reposo del CREMPT en Piura - Perú.

Colaboradores expertos de Perú

- **Dr. Rafael Navarro.** Psiquiatra, profesor principal de Psiquiatría en la Universidad de San Marcos de Lima. Director junto al Dr. Moñivas en el curso de Mindfulness en noviembre del 2014 en el marco de Escuela Complutense Latinoamericana para médico, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Ex director General del Hospital Herminio Valdizán.

Los sujetos del estudio

- **D. y F.** Pacientes del Centro de reposo del CREMPT en Piura.
- **M. y J.** Pacientes el Centro de Salud Mental de Hortaleza.

Organismos institucionales

- Comité de Ética del Hospital Ramón y Cajal.
- Unidad de Gestión del Centro de reposo CREMPT.



Trabajo Social y Psiquiatría transcultural en salud mental: Aplicación de casos comparativos Madrid- Piura

Resumen

El presente trabajo pretende analizar la influencia de los factores culturales en los diferentes aspectos que rodean la enfermedad mental con el fin de mostrar la influencia de la cultura y los estilos de vida en la manifestación de la misma. Se trata de observar el efecto de la cultura en personas diagnosticadas de enfermedad mental, de origen peruano, y que se encuentran bajo tratamiento psiquiátrico en la región de Piura (Perú) y en Madrid (España) y por otro lado comparar la visión transcultural y los procesos de intervención en los dos países con sus recursos sanitarios y sociales y el papel de los/as profesionales. Por último, tratamos de mostrar otra dimensión del Trabajo Social en el ámbito de la cooperación y de la investigación en salud mental. Para ello se ha realizado observación no estructurada, entrevistas en profundidad, grupo focal con diferentes actores sociales. El análisis se ha llevado a cabo sobre aquellos factores sociales, económicos, legislativos e institucionales que, además de los culturales, condicionan las políticas actuales en salud mental y, por tanto, la forma de intervención. Finalmente, entre las conclusiones, señalar que el ejercicio profesional con una visión transcultural trata de establecer relaciones empáticas reales, con una visión tendente a una intervención desde el respeto a la diversidad cultural y la figura del trabajador/a social como profesional relevante para la observación de situaciones sociales y para la realización de propuestas de cambio. Desde este estudio se realiza la propuesta de que el Trabajo Social siga los pasos de la psiquiatría transcultural, comenzando por incorporar de una manera más formal y específica, tanto en su formación como en su práctica profesional, una visión transcultural. Por último, señalar la diferencia entre el papel asignado a los trabajadores/as sociales en Perú como gestores y administradores de recursos materiales y el que se reconoce en España, al menos en el ámbito de la salud mental, donde los propios equipos multiprofesionales reconocen nuestra función como miembros imprescindibles del equipo.

Palabras claves: Trabajo Social Transcultural, Psiquiatría, enfermedad mental, comunicación, estilos de vida.



Social Work and trans-cultural Psychiatry in mental health: a comparative cases study Madrid-Piura

Abstract

This project aims to analyze the influence of cultural factors in the different aspects of mental illness with the idea to demonstrate how culture and lifestyle can produce such difficulties. The intention is to observe how culture has affected people of Peruvian origin -diagnosed with mental illness, who find themselves under psychiatric treatment- in the region of Piura (Peru) and in Madrid (Spain) and also to compare the transcultural vision and the interventional processes in both countries through their health and social resources, and the role of the professional. We are trying to demonstrate the dimension of social work in the collaborative and investigative fields of mental health. We have undertaken unstructured observation, interviews in-depth, focal groups with different social factors. The analysis has been made on the social, economic, legal, and institutional factors as well as cultural influence of the current political mental health program, and their system of intervention. Finally, the aim is to point out that the professional activity with a transcultural vision might try to establish real empathic relations, with a view of aiming to intervene from the respect of cultural diversity. The features of a social worker are investigated as a relevant professional for the observation of social situations and as a producer for proposals of change. It is also proposed that this discipline follows the steps of transcultural psychiatry to include a much more specific and formal vision, in the training of a social worker as well as in their professional practice and to point out the differences between the assigned roles of social workers in Peru and in Spain, as Peru there exist negotiators and administrators of the material resources while in Spain in the mental health field our own teams of multi-professionals recognize our role as indispensable members of the group.

Key words: Transcultural Social Work, Psychiatric mental illness, Culture and trans-culturalism, communication, cultural shock and lifestyles.



ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	9
1. La aproximación cultural.....	13
1.1 Choque cultural y Salud Mental.....	14
1.2 Transculturalidad en una sociedad globalizada.....	17
2. Cultura, lenguaje y representaciones sociales.....	22
2.1 Cultura y culturas. Razón y creencias.....	25
2.2 El lenguaje crea realidades.....	27
2.3 Cultura, representaciones sociales y enfermedad mental.....	32
3. El estigma en la diversidad cultural y en la salud mental.....	35
3.1 La construcción social del estigma.....	36
3.2 Buenas prácticas contra el estigma y la discriminación.....	38
4. Trabajo Social Transcultural.....	42
4.1 La transculturalidad desde la mirada socio sanitaria.....	43
4.2 Funciones del trabajador social en Salud Mental.....	48
II. METODOLOGÍA.....	50
III. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	54
3.1 El punto de vista de los/as protagonistas. La cultura propia y su efecto sobre la percepción y el tratamiento de la enfermedad mental.....	54
3.2 El punto de vista de los profesionales. El tratamiento de la enfermedad mental en Perú y en España.....	66
IV. CONCLUSIONES.....	77
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82



I. MARCO TEÓRICO

En la sociedad actual, la globalización, las crisis políticas y económicas y los cada vez más crecientes flujos migratorios, entre otros factores, han dado lugar a que en muchos territorios la convivencia de varias culturas sea un hecho innegable y bastante asentado. Debido a ello las poblaciones son cada día más heterogéneas.

En este trabajo nos parece de interés reflexionar acerca del término cultura, su significado y la implicación que tienen sus diferentes componentes en la vida de todas las personas. La cultura es algo más que un marcador de diferencias entre grupos humanos. En la actualidad podemos encontrar multitud de definiciones de cultura con diversos matices, sin embargo, tras hacer varias revisiones, hemos optado por una definición de cultura como “un conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo ciertos modos pautados y compartidos de pensar, sentir y actuar” (Pérez, 1999, p.4). Partiendo de esta definición podemos observar la importancia de la cultura en todos los aspectos de la vida de una persona.

Por su parte, la transculturalidad en el estudio del comportamiento humano analiza el impacto de la cultura tanto a nivel universal como específicamente cultural. En salud mental, en el trabajo con las personas, sean de una misma cultura o de culturas diferentes, se debe tener en cuenta las condiciones sociales, culturales y económicas de quien tenemos enfrente. (Laiz, 2013)

La Psiquiatría Transcultural es un área de la psiquiatría clínica que trata de comprender los efectos de las diferencias sociales y culturales en la enfermedad mental, tanto en las manifestaciones como en los tratamientos. Esta corriente fenomenológica, surgida a mediados del siglo XX, ha ido evolucionando a lo largo de la historia; ya desde los precursores de la



Psiquiatría existían autores (Martínez y Martínez 2006) que tenían en cuenta estas consideraciones, como por ejemplo Kraepelin, quien simpatizaba con la corriente que encontraba evidencias tanto de que las enfermedades mentales eran universales, como de que la sintomatología variaba dependiendo de la cultura de la persona.

El Trabajo Social Transcultural se identifica con el concepto de universalidad, que hace referencia a la unidad de la especie humana y a su horizonte emancipador, con un carácter transnacional, superador de todas fronteras, nacionalismos exacerbados cuyo objetivo coincide con los intereses de la humanidad como un todo, reconociendo la variedad de culturas, existe una uniformidad dada por la unidad del género humano, y por lo tanto, un carácter igualitario con relación a sexo, raza o religión, basado en la misma condición humana de los individuos (Parra, 1999).

Los trabajadores/as sociales de salud mental se mueven en una subestructura profesional, sin que esto inhiba la capacidad de adquirir conocimientos y comprensión del lenguaje médico; ambos nos habilitan en un terreno de competencias como mediadores potenciales en el ámbito de los malestares más cercanos. También, desde el Trabajo Social, se insiste cada vez más en el imperativo ético de dar voz a los que no la tienen (Canals, 2004).

Debido a la presencia en los equipos de salud mental de estos/as profesionales es necesario, que al igual que los/as psiquiatras, los psicólogos/as, y otros profesionales sanitarios, incluyan en su tarea profesional una perspectiva transcultural.

El hecho de que hayamos optado por que la población diana de nuestro estudio sean personas de nacionalidad peruana - mayores de edad y de ambos sexos, y que se encuentren en intervención en dispositivos de salud mental tanto en Madrid como en Piura- se debe, por un lado, a que la nacionalidad peruana, actualmente, es una de las nacionalidades mayoritarias en nuestra comunidad



con un total 36.286 personas peruanas censadas según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a Enero de 2014; y, por otro lado, a la facilidad de acceso a la población diana por el contacto de una de las investigadoras principales de esta investigación con un proyecto de voluntariado basado en Psiquiatría transcultural, residiendo durante el mismo en el centro hospitalario CREMPT (Centro de reposo de enfermos mentales de Piura -Tumbes) ubicado en Piura, región del Norte de Perú, conjuntamente con otros/as profesionales pertenecientes al centro de salud mental donde se han realizado la entrevistas de la muestra de Madrid.

El proyecto de Psiquiatría Transcultural está enmarcado en uno de los Proyectos de cooperación voluntaria que lleva a cabo la ONG, Juan Ciudad y el Programa “Salud para Todos”, de los Hermanos de San Juan de Dios con sede en Madrid en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz. Este proyecto que lleva varios años de funcionamiento con asistencia de psiquiatras y/o psicólogos/as en periodo de formación que libremente pueden elegir este destino para realizar su residencia; inicia una nueva cooperación con la participación voluntaria en el año 2012 de una trabajadora social, ampliando la colaboración terapéutica, y de esta manera intentando propulsar un cambio en la intervención llevada a cabo hasta el momento, pasando de estar más centrada en lo asistencial, a empezar a considerarse un proyecto de desarrollo social basado en la prevención y atención psicosocial de salud mental.

El objetivo general de este estudio es realizar una aproximación a la influencia de la cultura, las creencias, el estigma y los valores asignados a la enfermedad mental así como la representación social y cultural de la misma, mediante el análisis de las narrativas desplegadas por la muestra de personas del mismo lugar de origen pero con diferente lugar de residencia España o Perú; tratando de observar las diferentes maneras de percibir la enfermedad en función de las características propias del medio, del nivel de desarrollo social y político de cada país.



Así, en nuestro proyecto inicial nos planteamos como objetivos específicos: Indagar sobre explicaciones y creencias subjetivas relacionadas con la enfermedad mental. Analizar las narrativas biográficas y experiencias relacionadas con la enfermedad mental en personas peruanas residentes en Madrid y en Piura (Perú). Prestar atención a la percepción subjetiva sobre la actitud y apoyos familiares, sociales, profesionales e institucionales de las personas entrevistadas, en la Comunidad de Madrid y en Piura (Perú). Explorar la representación social de la enfermedad mental, el estigma, el papel de los profesionales responsables de la asistencia, entre ellos, los trabajadores sociales y la implicación de los usuarios en el sistema de las Políticas asistenciales. Conocer algunos aspectos políticos y legislativos que regulan las actuaciones en el ámbito de Salud Mental en ambos lugares.. Y por último observar en qué medida se interviene en los recursos anteriores bajo una visión transcultural.

Para conseguir tales fines, se ha trabajado con una metodología cualitativa, utilizado como técnica principal de entrevista en profundidad de una muestra de cuatro personas en tratamiento en salud mental y a profesionales del sector, junto con un grupo focal, tratamos de observar las diferentes maneras de percibir la enfermedad en función de la cultura, las características propias del medio y del nivel de desarrollo social y político de cada país.



1. La aproximación cultural

Al final de los años sesenta, se inicia en Psiquiatría, un movimiento de crítica y emerge el llamado paradigma integral. El modelo o paradigma integral o biopsicosocial surge como un intento de superar el reduccionismo biologicista, y postula la importancia de los factores sociales – junto a los psicológicos y los biológicos- en el proceso del enfermar humano.

Aparece, en el contexto de la crítica a la medicina deshumanizada, la constatación de la iatrogenesis médica y la medicalización de la vida cotidiana, la denuncia de la función de la medicina como reparadora de la fuerza de trabajo, etc. y propone un enfoque integral, participativo y multidisciplinar de los procesos terapéuticos. Intenta evitar la culpabilización de los enfermos/as y entiende que muchos problemas de salud actuales son en realidad problemas sociales en los que subyacen conflictos concretos de política local y nacional, y que habría que abordar con propiedad mediante políticas de salud, en palabras de Asthon y Seymour (1990).

La Nueva Salud Pública comprende no sólo la biología humana, sino que reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud que están causados por el estilo de vida. En este sentido, intenta evitar culpar a la víctima de su propia mala salud o de sus estilos de vida no saludables. Así, muchos problemas de salud actuales pueden entenderse como sociales más que como únicamente individuales; En la Nueva Salud Pública, el ambiente se considera social y psicológico al igual que físico. (Ceverino 2011)

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; esta definición ha ido evolucionando y según Talavera (s/f) en 1997 la OMS señala que la “La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven” (p.4).



Siguiendo estas premisas, podemos observar cómo en el ámbito actual de la salud se ha de considerar a las personas desde una perspectiva biopsicosocial en la que no sólo tienen importancia la sintomatología expresada físicamente sino la vivencia subjetiva de la enfermedad, su diagnóstico, síntomas, tratamiento, etc. Es en este sentido donde se respalda la importancia de la salud mental y el bienestar social de las personas a la hora de hablar del concepto de salud.

En general, en la práctica sanitaria, lo cultural se reduce en la intervención profesional a un segundo plano con el único fin de dar respuesta a aquello que no consigue explicar la epidemiología cuantitativa y la clínica (Canals, 2004). Sin embargo, la intención de este trabajo es focalizar la mirada en los aspectos vivenciales y culturales de la enfermedad.

Por último, en el caso concreto del ámbito de la salud, “la cultura es un conjunto de saberes, concepciones, actitudes e interpretaciones de los conjuntos sociales sobre la salud y la enfermedad, las políticas domésticas de atención o los modelos de relaciones existentes en cada contexto” (Canals, 2004, p. 9).

A continuación realizaremos una aproximación al valor de la transculturalidad, con el análisis del choque cultural que se produce en el tratamiento en salud mental de personas residentes en contextos sociales diferentes.

1.1 Choque cultural y Salud Mental

En referencia a las cuestiones culturales, a parte de la relevancia de la salud mental en una concepción integral de salud, como ya hemos comentado, podemos observar como la situación de enfermedad y/o malestar está muy influenciada por factores culturales.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) la cuestión cultural se fundamenta en la comprobación de los factores culturales,



que determinan la etiología, la clínica, la evolución y el tratamiento de los trastornos mentales. Dicha formulación cultural permite investigar aspectos singulares de los casos psiquiátricos, como la identidad cultural, los modelos explicativos de la enfermedad, el ambiente psicosocial, el sentido y las interpretaciones de la enfermedad y la relación que se establece entre el/la clínico/a y el/la paciente además de la evaluación cultural global.

Por lo tanto, es preciso tener en cuenta la relevancia del contexto cultural en la asistencia y el tratamiento psicológico de las diferentes personas, por sus peculiaridades, su identidad cultural, su historia de vida, el grupo de referencia, el idioma en que comunica su malestar, su implicación con la cultura de origen, así como la implicación con la cultura huésped.

Asimismo, hay que tener en cuenta las explicaciones culturales de la enfermedad, los factores relevantes en el entorno psicosocial, los recursos de funcionamiento y los registros culturales en la relación médico/a - enfermo/a, así como el papel del contexto social e institucional donde se producen los síntomas y disfunciones y la existencia o no, de apoyos sociales disponibles, ya que todos estos elementos juegan un papel importante entre el sujeto enfermo y el/la profesional clínico. Macionis (1993) llama choque cultural a la "desorientación personal que acompaña a la exposición a una forma de vida desconocida" (p.62). En cada cultura, la gente difiere en antecedentes étnicos, raciales y familiares, así como en sus valores y tradiciones.

En el caso de la APA (1992), este choque cultural ha llevado a la formulación de normas para la creación de servicios a poblaciones étnicas y culturalmente diversas, proporcionando información en las formas y lenguas de los diferentes grupos étnicos o culturales y reconociendo la importancia étnica y cultural en la comprensión de los procesos psicológicos, incluyendo los trastornos mentales.

Cabe señalar también que las nuevas minorías que surgen en las sociedades desarrolladas no sólo son fruto de los flujos inmigratorios sino también del



tránsito de la sociedad industrial a la sociedad de la información. Dicho tránsito está propiciando la escisión de “las sociedades actuales en tres sectores: profesionales altamente cualificados y remunerados, un colectivo intermedio de trabajadores/as estables y un tercer grupo en situación de pobreza (población en paro estructural, jubilados, situación de empleo precario, etc.). Este tercer grupo es el que se considera nuevas minorías” (Flecha, 1990; cf. Del Arco, 1998, p. 29).

En referencia a la aculturación que se produce en la postmigración cabe mencionar que de ella se derivan dos opciones: la deculturación-alienación, donde se produce un proceso patológico, o bien la asimilación (Bhugra, 2004 citado en Delgado, 2008, p.17).

Haciendo referencia a este último aspecto, podemos señalar que el concepto de aculturación es un fenómeno natural que conlleva cambios en diferentes culturas cuando éstas entran en contacto. Sin embargo, lo que se observa a menudo es la dominación de uno de estos referentes culturales sobre el otro. “No hay de un lado culturas puras y del otro culturas mestizas. Todas ellas, por el hecho universal de los contactos culturales, son en grados diversos, culturas mixtas, hechas de continuidades y discontinuidades” (Malgesisni y Giménez, 2000, p. 6).

En este sentido Delgado, (2008) señala que el efecto que se deriva de la adaptación a dicha situación se conoce como estrés aculturativo, y se añade a las dificultades y duelos que ya de por sí caracterizan al proceso migratorio. A los síntomas derivados de este proceso Achotegui (2004), los denomina el síndrome de Ulises como sintomatología de un cuadro de estrés agudo que se puede producir como consecuencia del choque cultural, con unas características determinadas que surgen como reacción a la errónea elaboración de los diferentes duelos que componen el proceso migratorio de un individuo. Este síndrome no está considerado como un trastorno mental grave y se encuadra dentro del área de salud mental que es mucho más amplia que la de la Psiquiatría y la Psicopatología. El síndrome de Ulises es a la vez



síndrome, entendido como un conjunto de síntomas y pródromos (Achotegui, 2004).

Existen “siete duelos específicos de la migración y la interculturalidad: el duelo por la familia y los amigos, por la lengua, por la cultura, por la tierra, por el estatus, por el contacto con el grupo étnico y por los riesgos físicos” (Achotegui, s/f, p. 16).

Todos estos duelos afectan a la salud mental de la persona y en su proceso de elaboración influyen diversos componentes culturales. De hecho, esta influencia es tan importante que incluso existe en la clasificación anteriormente mencionada uno exclusivo sobre este aspecto.

Como factores de vulnerabilidad comunes a todas las fases del proceso de la migración se encuentra “el choque cultural y el conflicto cultural y como factor de resiliencia, en la fase de postmigración, la identidad cultural positiva” (Bhugra, (opcit), 2004, citado en P. Delgado, 2008, p.17). La persona que toma la decisión de emigrar puede pasar por las fases comentadas, en mayor o menor grado pasando de ser un síntoma a poder desarrollar un trastorno mental grave.

1. 2 Transculturalidad en una sociedad globalizada

En las ciencias sociales, en general, se observa cada vez más una perspectiva multicultural, intercultural y transcultural, lo que supone una mayor atención a los intereses de los grupos minoritarios y a todos los aspectos de la diversidad cultural (Smith y Bond, 1993). Por otra parte, muchos países tienen que hacer frente actualmente a unos niveles de diversidad étnica y cultural en sus poblaciones jamás conocidas.

Aunque lo multicultural y lo intercultural suelen tomarse como expresiones sinónimas, lo multicultural señala a una situación dada, mientras lo intercultural



apunta ya a su solución, al querer establecer una relación activa entre culturas y actitudes interrelacionales de mutuo conocimiento, respeto y aprecio por parte de las diferentes etnias que conviven, impulsando una acción y comprensión recíprocas (Quintana, 1992). El término multicultural está más extendido en el mundo anglosajón, al existir una lengua y una cultura dominante comunes que sirven de referencia para todos los ciudadanos. El término intercultural, por el contrario está más extendido en Europa, donde por razones históricas conviven una pluralidad de lenguas y culturas.

El término multicultural o multiculturalismo, pues, describe la existencia de diferentes culturas compartiendo un mismo territorio (un mismo espacio) y en un mismo tiempo, refiriéndose a la diversidad cultural existente en nuestras sociedades occidentales contemporáneas. Tratándose, pues, de un enfoque descriptivo y restrictivo, a la vez.

El concepto de intercultural o interculturalismo, según el propio Consejo de Europa, implica “una interacción dinámica entre culturas. En este caso se presenta un fenómeno de contacto y consecuentemente interferencias entre culturas diferentes. Se trata aquí de un enfoque propositivo y global, en tanto que expresa el establecimiento de un determinado tipo de relaciones entre culturas con un intento superador de la mera constatación de la coexistencia de culturas” (Del Arco, 1998, p.31). Hay que hacer notar que los media –fundamentalmente la TV hace que se puedan poner en contacto sistemas culturales sin movilidad de sus miembros.

El término transcultural, por su parte, hace referencia a un mismo tipo de estudios o investigaciones llevados a cabo en diferentes culturas con la finalidad de tener en cuenta los aspectos ideográficos de las mismas a la hora de la intervención y de la construcción de teorías nomotéticas que tengan en cuenta la diversidad cultural. Lo que varía transculturalmente no es la estructura sino el contenido de estos procesos.



Por lo tanto la transculturación es un fenómeno que se produce cuando dos referentes culturales entran en contacto y en el cual tiene lugar la transferencia y sustitución total o parcial de algunos componentes culturales específicos de una de las culturas hacia la otra.

En este tema, Herskovits (1995), define este concepto como “aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos” (p. 565).

El contacto entre culturas diferentes origina en numerosas ocasiones situaciones conflictivas. Tendemos a adoptar una actitud etnocentrista en la que consideramos que los ritos, costumbres, valores, formas de pensar y otros patrones culturales del endogrupo, los “nuestros”, son los correctos y por tanto, que debemos reeducar a quienes tienen una cultura diferente, exogrupos, así lo indica (Laiz, 2013).

Una opción más tolerante sería la de posicionarse en lo que llama el relativismo cultural definido por Harris como aquel “principio que afirma que todos los sistemas culturales son intrínsecamente iguales en valor, y que los rasgos característicos de cada uno tienen que ser evaluados y explicados dentro del sistema en el que aparecen. (p.10)

Estas consideraciones se pueden tener en cuenta en las diversas esferas de la vida de una persona. En nuestro caso, el interés se centra en analizar cómo afectan en el ámbito de la salud mental y de la psicopatología.

El choque cultural en los trastornos mentales se produce porque muchas veces los significados de salud y enfermedad difieren entre las personas y los profesionales. Esta situación se ve agravada por el sesgo biomédico imperante en la práctica sanitaria, en la cual los aspectos culturales, sociales y la vivencia subjetiva de la enfermedad quedan relegados a un segundo plano.



Por lo tanto, la transculturalidad, como ya hemos expresado en el comportamiento humano, estudia el impacto de la cultura “tanto a nivel universal como específicamente cultural. En salud mental el trabajo con las personas, sean de la misma cultura o diferente cultura, se deben tener en cuenta las condiciones sociales, culturales y económicas de quien tenemos enfrente” (Laiz, 2013, p.10).

Podemos observar como los “síndromes psiquiátricos son fenomenológicamente universales, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales”. (Martínez y Martínez 2006, p. 65). Esta expresión sintomática culturalmente sesgada así como otros aspectos relacionados con la cultura han de ser tenidos en cuenta por los/as profesionales a la hora de realizar un diagnóstico y un plan de intervención adecuados. No obstante, no debemos obviar el hecho de que las similitudes en cuanto a la expresión del malestar son más evidentes y frecuentes que las diferencias. (Martínez y Martínez, 2006). En el campo de la Psicopatología diversos estudios muestran cómo se producen diferencias en algunos aspectos dependiendo de la cultura de origen del usuario/a.

En algunos estudios se han hallado evidencias que demuestran cómo la respuesta a determinados psicofármacos es distinta en miembros de algunas poblaciones determinadas. Un ejemplo de ello sería la población asiática la cual requiere “menores dosis de antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) porque muchas de sus comidas tradicionales contienen tiramina. Cuando se decide usar con ellos IMAO se deben emplear elevadas dosis de fenelzina porque la mayoría de los/as pacientes de esta raza son acetiladores rápidos. En relación al litio parecen responder con dosis plasmáticas más bajas que las requeridas en otras poblaciones” (Martínez y Martínez, 2006, p. 72).

Con este ejemplo se podría observar como variables culturales como la alimentación pueden llegar a influir en el tratamiento de las enfermedades mentales dependiendo de las sustancias químicas presentes en la misma.



Existen más estudios en los que se observan ejemplos de cómo la cultura influye en la expresión de la sintomatología patológica. Debido a que nuestro estudio está centrado en la población de origen peruano (población latinoamericana) un ejemplo sería el hecho de que el grupo latino parece expresar mayores quejas somáticas que otros grupos de población, cuando padecen enfermedades mentales (Barrio, Yamada; Atuel, Hough, Yee et al. 2003, en Delgado, 2008).

Existe una importante base para defender las variaciones culturales en cuanto a la expresión de la psicopatología, siendo estas variaciones clínicamente relevantes. Por tanto, conocer la psicopatología tal y como es en la cultura de origen puede ayudarnos a no magnificar ciertos síntomas o a interpretarlos en sintonía con las creencias o factores socioculturales del paciente. (p.18)

A pesar de que el influjo de la cultura en la psicopatología ya formaba parte de las ideas de antiguos autores, no es hasta tiempos muy recientes cuando verdaderamente se ha empezado a tener en cuenta a la hora de intervenir y a estudiar las diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental según el nivel de desarrollo económico y cultural de los países (Ayestara y Páez, 1986).

No obstante, actualmente, el peso de una perspectiva transcultural en las políticas que rigen las actuaciones de los/as profesionales en el área de salud mental, así como la formación de los mismos, no es aún significativo.

Tanto las instituciones, como los/las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental, deberían actuar con una cierta sensibilidad cultural con el fin de tener en cuenta variables culturales que pueden influir en el diagnóstico, en el tratamiento y en la vivencia de la enfermedad mental por parte de los usuarios/as, y así poder realizar un plan de intervención y seguimiento lo más adecuado y adaptado a las características individuales.



2. *Cultura, lenguaje y representaciones sociales*

El concepto de cultura es tan abarcador y difícil de explicar como los de materia, vida, energía, conducta o trabajo social. La cultura es la gran matriz social dentro de la cual nacemos, crecemos y morimos.

La cultura tiene que ver con los "significados compartidos". El lenguaje es uno de los más -el más relevante, ya que todos los pueblos han creado una lengua- a través del cual pensamientos, ideas y sentimientos son representados en una cultura, siendo capaz de actuar así, y ser central al significado y la cultura, porque opera como un sistema representacional. Desde esta perspectiva, una cultura no es tanto un conjunto de cosas - pinturas rupestres y cubistas, dólmenes y menhires, textos, programas de TV, cómics- sino un proceso, un conjunto de prácticas.

Lo curioso es que la cultura de cualquier pueblo está tan interiorizada por sus miembros que éstos casi no se dan cuenta de su presencia, impregnándose de ella por ósmosis. Toda cultura es tácita y no requiere ser estudiada ni cuestionada, no pudiendo ser aprehendida en su totalidad. Estas teorías implícitas o tácitas que son las culturas, fruto de la historia del sentido común de sus gentes, para la Psicología o la Didáctica son "representaciones mentales" (sistemas de significados) que forman parte del sistema de conocimiento de un individuo e intervienen en sus procesos de comprensión, memoria, razonamiento y planificación de la acción, permitiéndole interpretar el mundo y construir su identidad a lo largo del desarrollo.

Y para la Sociología o la Filosofía son productos culturales o supraindividuales (significados compartidos), "representaciones colectivas" fruto de una génesis y una transmisión social, que proporcionan a los individuos/as un discurso compartido sobre el mundo. Sin embargo, cuando, se superan los prejuicios disciplinares, la dicotomía tradicional entre individuo y sociedad deja de tener sentido. Las teorías implícitas son representaciones individuales basadas en la



acumulación de experiencias personales. Ahora bien, estas experiencias se obtienen en contacto con ciertas pautas socioculturales y formatos de interacción social, específicas de cada pueblo.

La actitud epistemológica de cada cultura no es la de buscar la verdad, ya que para ella, sus teorías -que son creencias acerca del mundo real o imaginario-, llevan asociadas un valor de verdad sin el cual no tendría sentido sostenerlas. Las culturas no tienen acceso directo a sus teorías, sino que ven la realidad a través de ellas y de sus prácticas. Una cultura no comprueba la hipótesis de que el mundo sea así, sino que para ella (para sus miembros) el mundo es así.

Las culturas, a diferencia de la investigación científica, no sólo construyen sus teorías para tener visiones más certeras de la realidad, sino también para que sus miembros planifiquen y controlen la acción. En este sentido, se llama también epistemología no al estudio sobre el conocer o sobre las respuestas al problema del conocimiento, sino a las respuestas mismas. McCulloch y Bateson (von Foerster, 1991), decían que individuo, sociedad, familia y teoría tienen su propia epistemología.

Para interactuar eficazmente en un contexto del que forman parte varias culturas, que pueden compartir o no la misma visión de la realidad, el tener una “visión monocultural” del mundo puede resultar un hándicap. En otras palabras, la fijación de creencias, que posibilita la elaboración de planes de acción, lleva en sí misma el germen de una radical incomprensión entre las personas. La única solución a esta paradoja, como ya dijo Brhul (2003), parece estar en reconocer la existencia de dos niveles funcionales de representación, el del conocimiento (la razón) y el de las creencias (las culturas), y las tensiones que han de superarse.

Tensiones entre lo mundial y lo local (la ciudadanía); lo universal y lo singular (las culturas); la tradición y la modernidad; el largo plazo y el corto plazo (efectos de la educación) y lo material y lo espiritual (valores). Las políticas sociales, culturales y educativas seguidas por los Estados al respecto de los



distintos pueblos, naciones y grupos étnicos que viven en su territorio reflejan directamente estas tensiones, ya que la mayoría de los Estados- Naciones modernos se fundan en la hipótesis de que son, o deberían ser, culturalmente homogéneos o, al menos, tener una cultura que fuese dominante que sirviese como modelo en un “proceso de aculturación y/o enculturación” de las minorías (proceso difuso, continuo y frecuentemente asistemático que consiste en la manera en que los miembros de un grupo hacen suyos los rasgos principales del “programa cultural” de la comunidad, con el fin de desarrollar mecanismos de adaptación adecuados para sobrevivir en dicho contexto).

La globalización, en cuanto reestructuración de las relaciones económicas mundiales, tiene consecuencias en las representaciones sociales (actitudes, valores, creencias, expectativas) de los individuos/as a los que afecta, ya que como contrapunto conlleva los movimientos masivos de población a través de las fronteras internacionales (Moñivas, 2003).

Por todo ello, cada vez va siendo más visible la idea, no sólo virtual, transmitida por los medios de comunicación, sino en la percepción de la realidad de que la persona que tengo junto a mí en el autobús o en la discoteca, mi compañero/a de estudios o de trabajo no es alguien como yo. Dicha percepción pone en tela de juicio las concepciones tradicionales de la vecindad y la comunidad, hasta hace poco inmutables; trastorna las representaciones sociales establecidas e indica la irrupción de la diversidad étnica en la vida cotidiana.

Partiendo del modelo de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979), tanto a nivel teórico como de intervención, hablaremos de la ecología del desarrollo humano en los diferentes contextos socioculturales, ya que examinada en contextos diferentes, la naturaleza humana se vuelve plural y pluralista; porque los diferentes ambientes producen diferencias perceptibles, no sólo entre las sociedades, sino también dentro de ellas, en cuanto al talento, las relaciones humanas, y en especial a las formas en que la cultura o la subcultura educan a la generación siguiente. El proceso de convertir en seres



humanos a los miembros de nuestra especie, y su resultado, varia, evidentemente, según el lugar y el tiempo.

Desde una perspectiva sistémica hay soluciones para los principales problemas de nuestro tiempo, como por ejemplo, los de la multiculturalidad y/o interculturalidad, pero requiere no sólo un cambio radical en nuestra representación del mundo sino también de los valores. Las representaciones y valores asertivos del viejo paradigma han de dejar lugar a las representaciones y valores integradores en el nuevo paradigma (Capra, 1998).

El nuevo paradigma, siguiendo al citado autor, podría denominarse una visión holística del mundo, pero podría llamarse una visión ecológica, ya que la percepción desde la ecología profunda reconoce la interdependencia fundamental entre todos los fenómenos y el hecho de que, como individuos y como sociedades, estamos todos/as inmersos en los procesos cíclicos de la naturaleza, dependiendo finalmente de ellos.

La ecología profunda no separa a los seres humanos -ni a ninguna otra cosa- del entorno natural. Ve el mundo, no como una colección de objetos aislados, sino como una red de fenómenos fundamentalmente interconectados e interdependientes. La ecología profunda reconoce el valor de todos los seres vivos y ve a los humanos como una mera hebra de la trama de la vida.

2.1 Cultura y culturas. Razón y creencias

Lo principal en este campo es la relación entre razón y culturas, es lo que abordó la cognición social, es decir, la naturaleza no natural de ciertas creencias que pensamos al igual que respiramos y hablamos. Su origen radica en la separación que efectúa nuestra cultura al dividir las ideas, las imágenes, las prácticas, en las categorías de conocimiento y creencia. Estas dos categorías no sólo se consideran distintas sino exclusivas y antagonistas, casi como dos maneras de



asumir la condición humana. Muchas veces se han descrito como oposiciones entre información y significado, conocimiento culto y sentido común, objetividad e intencionalidad, pensamiento científico y pensamiento narrativo, juicio y estereotipo, lógica y retórica, etc.

Durkheim piensa, y no se le ha prestado suficiente atención, que la cultura a través de sus creencias y de sus ritos, desempeña ante todo una función de representación. “Al descubrir la función de representación, los hombres aprovecharon la posibilidad que ésta ofrece de concebir cosas que existen sin ser percibidas o que son percibidas sin existir” (Moscovi, 1994, p. 53). Así pudieron imaginar causas o principios invisibles. Para Durkheim sólo una representación colectiva, fruto de la colectividad, puede constituir el marco necesario para el mantenimiento y el respeto de un orden. Mientras seamos capaces de compartir las creencias, a través del lenguaje y del ritual que son eminentemente sociales, seremos capaces de dar a esas creencias las características impersonal y estable del concepto.

En todos los campos de la vida, los hombres adquieren conocimiento y razón sólo de manera colectiva. Y esto confiere a la noción de representaciones colectivas su poder extraordinario. Al menos, ninguna otra noción ha alcanzado tal grado de poder. Las consecuencias son decisivas. Siempre y en todas partes al tener una vida compartida, los hombres son racionales. Sea cual sea su manifestación, por muy extraña que parezca, la razón es única, permanente y universal, y eso, porque tras las culturas, se encuentra, por así decirlo, la cultura.

Si bien es verdad que las culturas varían, que crean representaciones colectivas diferentes, específicas de cada grupo, ello no implica en absoluto que las operaciones cognitivas, las categorías mentales o las reglas prácticas sean semejantes. “En la óptica de Durkheim, podríamos decir que hay unidad de razón y pluralidad de culturas” (Moscovi, 1994, p. 56).

En este sentido, Moscovici (1994), siguiendo a LévyBruhl, está convencido que no es tanto el significado, la intencionalidad o la interpretación la que se constituye en enigma para la psicología relacionada con la cultura sino la



creencia. En este sentido, las ideas de LévyBruhl respecto a la oposición entre las representaciones colectivas basadas en la creencia y las representaciones basadas en el conocimiento, conservan todo su valor. Para Lévy-Bruhl las representaciones de esos pueblos alejados se desvían del principio de no-contradicción, siendo esas representaciones un verdadero concepto pleno y autónomo que no tiene tanto un valor explicativo como heurístico.

2.2 El lenguaje crea realidades

¿Qué tiene que ver la representación con la cultura? ¿Cuál es la conexión entre ellas? Dicho de una manera simple, y desde una perspectiva lingüística, como indicábamos en la introducción, la cultura tiene que ver con los "significados compartidos". El lenguaje es el medio privilegiado por el que creamos sentido de las cosas, en el que el significado es producido e intercambiado. El significado sólo puede ser compartido a través de nuestro común acceso al lenguaje. Así pues, el lenguaje es central al significado y la cultura, habiendo sido siempre considerado como la llave de repuesto de los valores culturales y los significados.

¿Pero, cómo el lenguaje construye el significado? El lenguaje es capaz de crear significado porque opera como un sistema representacional. En el lenguaje, usamos signos y símbolos -sean sonidos, palabras escritas, imágenes producidas electrónicamente, notas musicales, incluso objetos- que están en lugar de o representan a otras personas o conceptos, ideas o sentimientos. El lenguaje es uno de las medidas a través de los cuales pensamientos, ideas y sentimientos son representados en una cultura. La representación a través del lenguaje es sin embargo central a los procesos por los que el significado es producido.

En primer lugar, la cultura está relacionada con la producción y el intercambio de significados -el dar y recibir significados- entre los miembros de un grupo o sociedad. Decir que dos personas pertenecen a la misma cultura es decir que



interpretan el mundo, en un sentido amplio, de la misma manera y pueden expresar sus pensamientos y sentimientos sobre el mundo de maneras que pueden comprenderse mutuamente. La cultura, pues, se basa en que sus miembros interpreten significativamente lo que ocurre alrededor de ellos, y crean sentido del mundo, de maneras similares.

Este énfasis en los "significados compartidos" puede algunas veces hacer aparecer a la cultura demasiado unitaria y demasiado cognitiva. En cualquier cultura, hay siempre una gran diversidad de significados sobre cualquier tema, y más de una manera de interpretarlo y representarlo, de ahí las diferentes subculturas.

También, la cultura es sobre sentimientos, vínculos (pertenencias) y emociones así como conceptos e ideas. Los significados culturales no están sólo en la cabeza. Ellos organizan y regulan las prácticas sociales, influyen nuestra conducta y consecuentemente tienen efectos prácticos reales. Según Maturana (1997), el significado emerge como un patrón de significados entre distinciones lingüísticas, de modo que existimos en un territorio semántico creado por nuestro lenguaje. "Ser humano es existir en el lenguaje".

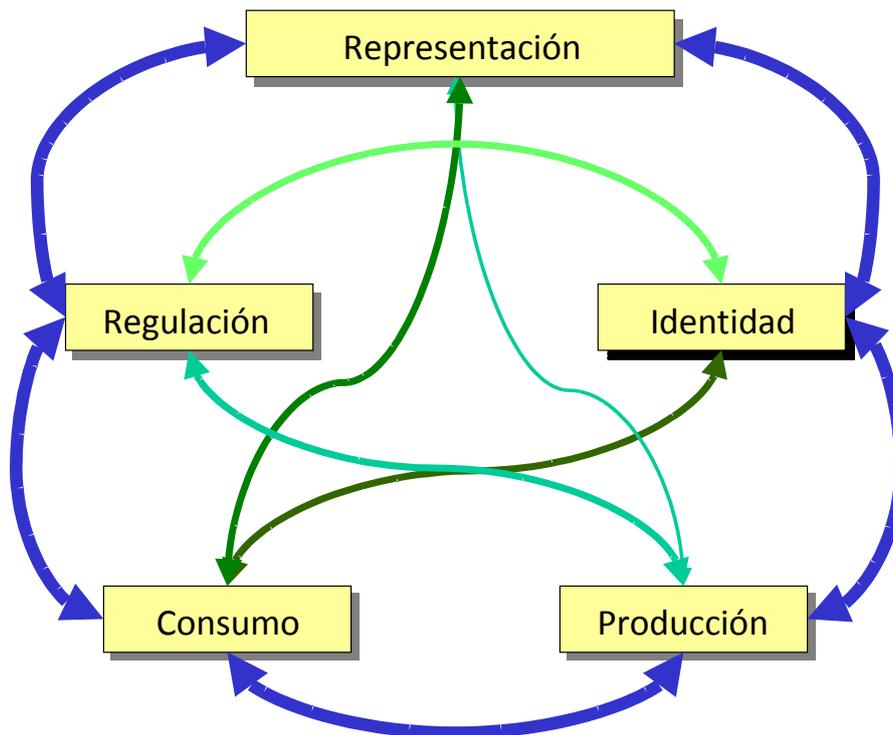
En referencia a lo planteado en este apartado, Woodward (1997), sugiere que los significados son producidos en diferentes lugares y circulan a través de diferentes procesos o prácticas. El significado es lo que nos da sentido de nuestra propia identidad, o quiénes somos y a qué grupo o comunidad pertenecemos, está pues ligado a cuestiones de cómo la cultura es empleada para marcar los límites y mantener la identidad interior y las diferencias entre los grupos.

El uso general del lenguaje y el discurso como modelos de cómo la cultura, el significado y la representación funcionan, y el giro discursivo en las ciencias sociales y culturales, es uno de los cambios más significativos en nuestro conocimiento de la sociedad. La discusión, como seguidamente vemos, se ha

derivado en estas dos versiones del construccionismo: el semiótico y el discursivo.

Para desarrollar la cuestión del significado, el lenguaje y la representación, du Gay, Hall et al. (1997), han desarrollado un modelo al que llaman el "circuito de la cultura" (véase Fig. 1).

Figura: 1 El Circuito de la Cultura



Fuente: elaboración propia adaptado de du Gay, Hall et al., 1997

Los miembros de una misma cultura deben compartir conjuntos de conceptos, imágenes e ideas que los haga capaces de pensar y sentir acerca del mundo, para interpretarlo, en un sentido amplio, de maneras similares. Los sujetos de una misma cultura deben de compartir los mismos códigos culturales. En este sentido, pensamientos y sentimientos son sistemas de representación. De modo similar, a fin de comunicar estos significados a otras personas, los individuos/as de cualquier intercambio significativo han de ser capaces de emplear los mismos códigos lingüísticos -debiendo, en un sentido amplio, hablar la misma lengua-.



Interpretando los mismos sonidos como un tipo de música, interpretando el lenguaje del cuerpo y las expresiones faciales de maneras similares. Y deben saber cómo traducir sus sentimientos e ideas en estos diferentes lenguajes.

¿Por qué nos referimos a todos estos diferentes modos de producción y comunicación de significados como "lenguajes" o como "funcionando como lenguajes"? Porque, también ellos, al igual que el lenguaje son sistemas de representación. Todas estas prácticas funcionan como lenguajes, no porque todos ellos sean escritos o hablados, sino porque todos utilizan algún elemento que está en lugar de o representa lo que queremos decir, expresar o comunicar. El lenguaje hablado emplea sonidos, el lenguaje escrito emplea palabras, el lenguaje musical notas en una escala, el lenguaje del cuerpo usa gestos físicos, la industria de la moda ítems de ropas, el lenguaje de la expresión facial (Maturana, 1997).

Dichos elementos -sonidos, palabras, notas, gestos, expresiones, ropas- son parte de nuestro mundo natural y material; pero su importancia para el lenguaje no es lo que ellos son sino lo que ellos hacen, su función: construir significado y transmitirlo. Ellos significan. Ellos no tienen ningún significado evidente en sí mismos. En cambio, son vehículos o medios que transportan significado porque operan como símbolos, que están en lugar de o representan (simbolizan) el significado que deseamos comunicar. Para usar otra metáfora funcionan como signos. Signos que están en lugar de o representan nuestros conceptos, ideas y sentimientos en un modo que permite a los otros leer, decodificar o interpretar su significado en una manera similar a como lo hacemos nosotros.

El lenguaje, en este sentido, es una práctica significativa. Pero cualquier sistema representacional que funcione de esta manera puede ser pensado como funcionando, en un sentido amplio, como el lenguaje: la fotografía, las exposiciones más diversas, la música, las manifestaciones deportivas, etc.

Así pues, es a través de la cultura y el lenguaje en este sentido que la producción y la circulación del significado toma lugar. El punto de vista convencional



acostumbra a decir que las cosas existen en el mundo natural y material; que sus características materiales y naturales son las que les determinan y constituyen; y que ellos tienen un significado claramente perfecto, fuera de cómo son representados. La representación, desde esta concepción, es un proceso de importancia secundaria, que entra en consideración sólo después de que las cosas están formadas y su significado constituido. Pero desde el giro cultural (cultural turn) en las ciencias humanas el significado es pensado como siendo producido -construido- en vez de encontrado (construccionismo social: semiótica y discurso).

El lenguaje pues provee de un modelo general de como la cultura y la representación funcionan, especialmente en lo que ha sido llamado el enfoque semiótico. La semiótica como ciencia de los signos y su papel general como vehículos de significado en la cultura.

Recientemente ha habido un giro hacia el papel del discurso en la cultura. Discursivo es el término general para referirnos a cualquier enfoque en el que el significado, la representación y la cultura están considerados como constitutivos. Pero mientras que el enfoque semiótico se ocupa del cómo de la representación, con cómo el lenguaje produce significado -lo que ha sido llamado 'Poetics'; mientras el enfoque discursivo se ocupa de los efectos y consecuencias de la representación 'Politics'.

No se puede, en consecuencia, emplear sólo nuestro lenguaje y nuestros códigos a la hora de interpretar o intervenir sobre otra cultura, cayendo en el solipsismo interpretativo. Hay que interpretar en interrelación para tener conciencia de lo inadecuado de nuestras interpretaciones.

El otro nos revela la relatividad de nuestros códigos y de nuestra interpretación del mundo. Examina no sólo como los lenguajes y la representación producen significado, sino también cómo el conocimiento en un discurso específico produce conexiones con el poder, regula la conducta, crea o construye



identidades y subjetividades, y define el modo en que ciertas cosas son representadas, pensadas, practicadas y estudiadas.

El énfasis en la perspectiva discursiva es siempre en la historia específica de una forma particular o régimen de representación: no en el lenguaje como un asunto general, sino en lenguajes o significados específicos, y como son implementados en una situación concreta.

2.3 Cultura, representaciones sociales y enfermedad mental

En relación con lo dicho a lo largo de este capítulo, diferentes estudios ponen de manifiesto la influencia de la cultura en las representaciones sociales de distintos aspectos de la realidad social. Dado el objetivo de este trabajo, daremos cuenta de algunas investigaciones relacionadas con la Salud Mental al constituir un objeto de discursos y prácticas científicas y un objeto de representación social que da lugar a un conjunto de saberes provenientes del sentido común socialmente elaborados, compartidos y diferenciados.

Como parte de una investigación mayor Candreva y Paladino (2005), describen la preocupación de investigar las representaciones sociales con respecto a la atención sanitaria y el anclaje social de su construcción, manifestando que el papel de la cultura es decisivo a la hora de adoptar un estilo de atención de la salud; en su análisis teórico sobre la importancia de la cultura en la salud, tienen en cuenta tres aspectos:

- Las conductas son inscritas en guiones culturales.
- La atención de salud revela paradojas del comportamiento.
- La perspectiva de género.

En esta línea, Betancur et al. (2014), manifiestan que “pese a ser un objeto de interés creciente en los ámbitos académicos, profesionales y políticos, la



salud mental no es unívoca en su conceptualización, lo que causa diferencias en los modos de comprenderla y abordarla. Adicionalmente, la salud mental ha empezado a formar parte de los discursos cotidianos, lo cual permite una apropiación social de sus contenidos a partir de los valores, las creencias, las configuraciones identitarias de las “personas del común”.

Si bien este concepto sigue teniendo una connotación técnica y su uso popular es aún restringido (Mora-Rios, Medina-Mora, Sugiyama, & Natera, 2008, citados por Betancourt et. al.) los problemas que conciernen al campo de la salud mental son objeto de las interacciones cotidianas y dan lugar a un conjunto de saberes del sentido común que constituyen el objeto de análisis de la teoría de las representaciones sociales- exploran las representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales que trabajan en el campo de la salud mental en la ciudad de Medellín, Colombia.

Para ello, llevaron a cabo un análisis prototípico y categorial a partir de la evocación libre de palabras, teniendo como término inductor salud mental. En dicho estudio participaron más de un centenar de profesionales –psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y médicos/as; en el análisis prototípico se identificaron las palabras “equilibrio y estabilidad” como constitutivas del núcleo central de la representación, y en el análisis categorial emergieron tres categorías o dimensiones de la salud mental, perspectivas de la salud mental e intervenciones.

Los hallazgos, de esta investigación, ratifican las imbricadas relaciones entre el conocimiento científico y el conocimiento lego en torno a la salud mental, incluso en los/as profesionales que trabajan en este campo, lo cual permite afirmar el trasfondo ideológico y de sentido común que subyace a los discursos y prácticas sobre salud mental en el ámbito del saber experto.(p. 97)

Hay diferentes razones que justifican la necesidad de una formación específica en cuestiones de género en diferentes disciplinas. De una forma global, la inclusión de la perspectiva de género obliga a revisar las actitudes y pensamientos incluidos en muchas de las teorías explicativas que usamos.



En nuestro campo, la inclusión de la perspectiva de género supone hacer consciente el sesgo que conlleva el género en las teorías explicativas que usamos en salud mental, en los diagnósticos realizados y en las propuestas terapéuticas. No tener en cuenta estos sesgos puede provocar a que, en función del sexo del/la paciente y de las creencias sobre el género de consultantes y profesionales, se produzcan variaciones en cuanto a la percepción del problema, el diagnóstico, los objetivos a tratar en la terapia y las explicaciones etiológicas de los síntomas (Sebastián, 2001).

Durante décadas se han reforzado creencias que sostenían que existían diferencias naturales e innatas en comportamientos y rasgos de personalidad entre hombres y mujeres y que colocaban a éstas en una posición inferior desde el punto de vista intelectual, moral y biológico. Estas creencias siguen influyendo aun, y contribuyen a que las mujeres sufran una mayor vulneración de los derechos humanos. Así, la discriminación y violencia hacia la mujer es más frecuente en todas las etapas de la vida, desde antes del nacimiento e infancia (aborto por elección del sexo e infanticidio) hasta la vejez (maltrato a las ancianas en mayor medida que a los ancianos). Existen también delitos específicos hacia la mujer, como son la violación, delitos relacionados con la dote, mutilaciones genitales femeninas, tráfico sexual de mujeres, uso de la violencia sexual contra las mujeres como botín de guerra, etc. (Polo, 2014).



3. *El estigma en la diversidad cultural y en la salud mental*

Las razones que tienen las personas para desplazarse son tantas como para no hacerlo. En el mundo, desde que es mundo, han existido los traslados y es parte integrante de la globalización; “hoy día los desplazamientos pueden ser clasificados como una ampliación, profundización y aceleración de la interconexión mundial en todos los aspectos de la vida social contemporánea” (Held, Mccrew, Goldblatt y Perraton, 1999, p.2).

En este sentido, se ha estudiado este fenómeno dando lugar a diferentes corrientes teniendo en cuenta, que la realidad se compone de una diversidad cultural compleja. Pretendemos con este estudio exploratorio “unir el pensamiento y la acción, la razón y la emoción, el yo y el otro, enseñando a las personas a traspasar las fronteras” (Peters, 1998, p.230); al mismo tiempo se aspira visibilizar a las propia persona inmigrante mediante el desarrollo de una identidad para abrir un nuevo discurso sobre la identidad de las personas en su vida cotidiana y su proyecto de vida.

La cuestión de la identidad es un tema cada vez más visibilizado y debatido “la intensa atención prestada hoy en día a la cuestión de la identidad es en sí misma un hecho cultural de gran importancia y, al menos potencialmente, de un gran poder iluminador” (Bauman, 2002, p. 51).

El cambio es lo único que permanece de forma permanente en nuestras vidas, es una constante, el carácter no está grabado en la piedra es consecuencia de actuaciones pasadas y las que están por venir ¿la identidad es estática o dinámica?, vivimos en unos momentos de incertidumbre, de tiempos, modernidad, educación, amor y miedos líquidos como señala Bauman (2013, 2007a, 2007b, 2006, 2004) a partir de su análisis histórico, ello se debe a los grandes cambios sociales que están produciéndose, la identidad tiene que inventarse, moldearse o reinventarse para poder sobrevivir en la era de la incertidumbre.



3.1 La construcción social del estigma

La construcción social de la persona inmigrante viene determinada por lo que (Sayad, 2010) denomina la doble ausencia. Hay que conocer los entornos culturales y contextuales, ya que es habitual asociarlo al estigma y a grupos en riesgo de exclusión social y no a grupos con un estatus socio económico y cultural, por lo tanto, hay que tener presente en el análisis que una cuestión es la trayectoria histórica y contextual en el tiempo y otra la trayectoria y circunstancias concretas para comprender cada historia de vida.

En el imaginario de la ciudadanía hay una tendencia a tener unas percepciones asociadas a una doble discriminación en caso de ser hombre y una triple si es mujer, que viene reforzada por tradiciones y expresiones culturales además de la utilización de un lenguaje discriminatorio hacia las personas provenientes de otra cultura y con enfermedad mental convirtiéndose en mito, estereotipo, prejuicios o discriminación.

Una persona inmigrante y con enfermedad mental puede experimentar una doble estigmatización. Siguiendo a Maalouf (1999) cuando alguien ha sufrido vejaciones por su religión, cuando ha sido víctima de humillaciones y burlas por el color de su piel o por su acento, o por vestir harapos o por su enfermedad mental no lo olvida nunca, llegando a convertirse en un hecho estigmatizante y considerarse como un atributo que es profundamente devaluador, pudiendo ser considerado “un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falta o desventaja”(Goffman, 2012 p.14), en esta línea Veckuebe y Eudykeviciute (2010) indican que el estigma es un “fenómeno por el cual se distingue una persona de su entorno por una causa física, psicológica o social, marca, diferente de lo socialmente admitido, algo que hace que la persona sea diferente y por ello, evitada” (p.68).



A lo largo de la historia y desde diferentes ámbitos lo que ha predominado sobre las personas con enfermedad mental es similar a las personas con diversidad funcional “imágenes sin lustre es la caracterización de los discapacitados como personas impotentes, inútiles, indeseables y dignas de lástima. Dependientes, carentes de la plenitud corporal y de las expresiones básicas de la personalidad” (Peters, 1998, p.231). Esta misma imagen es la que ha prevalecido sobre las personas con enfermedad mental.

En este trabajo partimos de la idea de que la sociedad es un complejo entramado de personas con características e identidades diferentes que conforman la normalidad “Todos igualmente seres humanos. Y todos igualmente dotados de derechos, aunque las necesidades de todos no sean idénticas, por lo tanto “la sociedad humana no está conformada por un núcleo duro de normalidad al que le salen abscesos laterales, imperfectos e indeseados” (Gabilondo, 2006 p. 12), tenemos que cambiar nuestra mirada hacia lo que consideramos normalidad, hay otras vidas, otros mundos, un mosaico de perfiles a los que hay que proporcionar especial atención, y en este espectro se encuentra la enfermedad mental en sus diferentes grados y patología, como refleja Luca de Tena (2011), en su novela.

En las sociedades existen criterios de estigmatización que pueden localizarse en todos los grupos de edad, en todos los países y a través de los cinco continentes y a lo largo de la historia sufren ancianos, jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, inmigrantes o enfermos mentales. (González, Lozano y Castien, 2008) justificado racionalmente y en otros casos de forma no justificada, llegando a un proceso; llegando a invisibilizar lo visible hasta hacerlo invisible, el estigma que diferencia al enfermo/a mental del resto de los individuos/as viene dado porque en las sociedades contemporáneas se oculta lo visible por lo tanto en palabras de Almagro (2008) el estigma “es el contrapunto necesario para que los individuos “sanos” reafirmen su identidad frente a la deteriorada identidad del estigmatizado” (p. 143).



En este sentido Goffman (2001) señala que “la impresión de estar perdiendo la cabeza se basa en interpretaciones estereotipadas, de procedencia cultural e impregnación social, sobre la significación de síntomas como oír voces, perder la orientación en el tiempo y en el espacio, y sentirse guiados” (p.137).

3.2 Buenas prácticas contra el estigma y la discriminación

La sociedad tiene escaso conocimiento sobre la enfermedad mental en general y en particular de las enfermedades mentales graves y si a ello le añadimos la variable cultural el desconocimiento es mayor, pudiendo llegar al rechazo social, al estigma e incluso al aislamiento social en cualquier cultura.

En este sentido la declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental (2011) señala que esta imagen social negativa, basada muchas veces en falsas premisas e informaciones sesgadas y poco objetivas, juega un papel muy importante e inadecuado tratamiento mediático de las noticias sobre la salud mental, los problemas, dificultades y situaciones reales de las personas que lo padecen, lo que contribuye a estigmatizar, llegando a situaciones de vulnerabilidad y si a ello le sumamos la variable cultural, da lugar a una doble estigmatización.

En esta declaración, la Comunidad de Madrid se compromete a trabajar los siguientes objetivos:

1. Rechazar firmemente cualquier tipo de estigmatización y discriminación de las personas con enfermedad mental en todos los ámbitos de la sociedad y especialmente en aquellos en los que se produce la vulneración de sus derechos.
2. Analizar y proponer las reformas necesarias para conseguir la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental, así como garantizar a las personas con enfermedad mental el conocimiento de los



- derechos que les protegen, mediante el desarrollo de medidas de asesoramiento e información.
3. Luchar contra los procesos de estigmatización y discriminación de las personas afectadas por la enfermedad mental, sugiriendo mejoras en las actitudes y el tratamiento de las noticias sobre temas relacionados con la salud mental y los trastornos mentales en los medios de comunicación, así como fomentando la información y la sensibilización tanto de la población en general, como de las propias personas con enfermedad mental, sus familias y profesionales del sistema sanitario, social y educativo.
 4. Promover la investigación dedicada a la lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastorno mental.
 5. Potenciar la atención socio-sanitaria a las enfermedades mentales, especialmente las más graves, y fomentar la participación de los afectados y sus familiares en el desarrollo y mantenimiento de esta atención.
 6. Identificar como aspectos esenciales para la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental los siguientes: la no discriminación laboral; la identificación y el trato como cualquier otro paciente; el rechazo del uso de términos ofensivos, inexactos o inadecuados para referirse a las personas afectadas; el apoyo a las personas con enfermedad mental y a sus familiares; el apoyo al movimiento asociativo; considerar el papel clave de determinados agentes sociales, tales como los/as profesionales de los medios de comunicación, el personal docente, los empresarios, los profesionales de atención sanitaria y los/as profesionales de los servicios sociales.

Desde la Comunidad de Madrid se han llevado a cabo investigaciones en esta línea como el estudio sobre estigma social y enfermedad mental promovido por la Consejería de Asuntos Sociales y la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, entre las conclusiones de este estudio cabe



destacar el potenciar las estrategias personales y grupales de afrontamiento de la discriminación, auto-afirmación y defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familiares. En cuanto a los recursos sociales y de salud mental deben hacer un esfuerzo por mejorar las estrategias de afrontamiento al estigma de todas las personas afectadas además de optimizar los canales y los mensajes informativos por parte de las administraciones públicas y las entidades asociativas para los familiares acerca de la enfermedad mental, especialmente en referencia a las posibilidades de autonomía e independencia y opciones de rehabilitación y tratamiento existentes y disponibles en la Comunidad de Madrid. (Muñoz, Pérez y Crespo, 2009)

Uno de los objetivos de este estudio es propulsar el cambio de estereotipos que permitan eliminar los prejuicios y los comportamientos de discriminación hacia las personas con enfermedad mental grave y sus familiares, siguiendo la línea de la declaración de intenciones de la campaña británica *Changing Minds Campaign* 1997-2003.

En el año 2013, la Comunidad de Madrid desde la Consejería de Asuntos Sociales presenta el balance de las 233 actuaciones de sensibilización social y lucha contra el estigma desarrolladas desde los centros y servicios de la red de atención social a personas con enfermedad mental, encuadrado dentro del III plan de acción para personas con discapacidad 2012-2015, en dichas actuaciones se pone en valor las capacidades de las personas con enfermedad mental en colaboración con la solidaridad de otras personas, la inclusión normalizadas en los barrios y municipios, la sensibilización en el contexto educativo, el arte, ocio o medios de comunicación entre otras actuaciones.

El siguiente paso sería trabajar en un plan contra el estigma como se viene haciendo en California donde se está desarrollando un plan estratégico con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental, ya que “debemos recordar que las personas que tienen trastornos de salud mental son seres humanos que tienen sueños, con resistencias y las



capacidades para recuperarse”. (Red de clientes de Salud Mental de California, 2009, p.9)

En palabras de González (2008) exponer que “es en las tareas psicosociales tan complejas y difíciles como éstas en las que siempre vale la pena derrochar todo nuestro esfuerzo, optimismo e imaginación” (p.55). Confiemos desde las instituciones, profesionales y desde la propia ciudadanía en el respeto por la dignidad de la persona en un mundo desigual. Son numerosas las áreas de intervención principalmente el sistema educativo y sanitario, la familia, el asociacionismo y los medios de comunicación.



4. Trabajo Social Transcultural

La transculturalidad como se ha comentado, estudia el impacto de la cultura en el comportamiento humano en el contexto universal así como en el propio contexto cultural y desde el Trabajo Social es una variable a trabajar durante la intervención con pacientes con enfermedad mental de otras culturas.

Los/as profesionales del Trabajo Social tienen que conocer a la persona, el grupo o la comunidad con la que trabaja “deben ser capaces de reflexionar sobre sí mismos y reconocer sus propios sesgos y estereotipos [...] El conocimiento de otra cultura y la capacidad de reflexionar sobre sí mismo se alcanzan mediante los métodos de la educación formal y experimental” (Martín, 2007, p.80).

En julio de 2014 la Federación Internacional de Trabajo Social presentó una nueva definición de Trabajo Social que refleja la situación y comprensión de la realidad cotidiana de los trabajadores/as sociales en los diferentes contextos y roles dónde se interviene, en la Conferencia Mundial sobre el Trabajo Social de educación y desarrollo social celebrado en Melbourne, Australia.

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldado por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (FITS, 2014)

Los valores sobre los que se sustenta el Trabajo Social se basan en el respeto a la igualdad, el valor y la dignidad de las personas y así viene recogido en el Código de Ética profesional internacional y nacional. Cabe decir en este sentido, que el nuevo Código de la profesión ha entrado en vigor el 29 de



Junio del 2012, como se puede ver desde el Trabajo Social se apuesta por seguir avanzando e incorporando nuevos planteamientos acorde a los cambios que acontecen socialmente.

En este estudio exploratorio se quiere hacer hincapié en la importancia de las Teorías del Trabajo Social y el conocimiento cultural y poner de relieve que hay más modelos teóricos además del occidental.

En esta línea Aguilar y Buraschi (2014) proponen una formación en Trabajo Social desde la conciencia global hacia el compromiso local, por ello como señala Aguilar (2013) un elemento importante del método en Trabajo Social es la combinación de estrategias metodológicas, el uso de métodos combinados y la articulación de procesos científicos con la maestría en el arte de la práctica, sin renunciar a la práctica basada en la evidencia cuando las circunstancias y el contexto lo permitan.

4.1 La transculturalidad desde la mirada socio sanitaria

El concepto de cultura siempre ha estado presente en la disciplina del Trabajo Social, al ser ésta un componente social que forma parte de la vida de todas las personas, sin embargo, aunque siempre se haya tenido en cuenta en las intervenciones, quizá aún no tenga el peso y la importancia necesarias para trabajar en todos casos. En esta profesión no existe aún una rama específica formalizada en la que la cultura pase de ser un elemento de estudio esencial para garantizar la más completa y adecuada intervención dependiendo de las características personales y únicas de cada usuario/a.

No estamos haciendo referencia únicamente a un mayor estudio de la cultura en la intervención con las personas de otras culturas sino a una visión más amplia en la que se contemple las implicaciones que la diferencia cultural tiene



sobre la expresión de la demanda por parte del usuario/a así como en las diferentes intervenciones que se propongan para dar respuesta.

Por otro lado, deberíamos tener en cuenta el hecho de que en numerosas ocasiones, cada vez más frecuentes debido a los cambios sociales que en las últimas décadas han tenido lugar a nivel global, las culturas de los/as profesionales y personas demandantes son diferentes y cómo ello puede influir en la interacción entre ambos. El trabajador/a social no puede limitarse a registrar e interpretar la cultura, sino que tiene que superar las barreras culturales facilitando la convivencia y haciendo inteligible el nuevo contexto cultural. (Castro, 2004)

Existen dos perspectivas desde las cuales se puede entender una cultura. En un primer lugar, la del sujeto que la vive (emic) y la del observador externo (etic). Para poder comprender realmente una cultura distinta a la nuestra “tenemos que tener la perspectiva emic, la cual consiste en recoger información en una primera etapa para después analizar el significado de una situación en un marco cultural y en un contexto determinados” (Al Krenawi 2001).

Siguiendo el ejemplo de la psiquiatría transcultural y al estar presentes en equipos de salud mental los trabajadores/as sociales, consideran que deben seguir estos mismos pasos e incorporar una visión transcultural más formalizada y específica tanto en su formación como en la praxis profesional. Debido a ello, se ha llevado a cabo este primer estudio exploratorio en el que se analiza las variables culturales de la enfermedad mental, tanto en su expresión como en su tratamiento.

No obstante, también pensamos que concretamente los trabajadores/as sociales por la trayectoria de la profesión, intervenciones y espacios de trabajo deberían incluir esta visión de una manera más influyente y formalizada no sólo en salud mental sino en todos los posibles ámbitos de trabajo.

El trabajador/a social puede observar conjuntamente tanto a los usuarios/as como a sus compañeros/as sanitarios y, a partir de aquí, analizar situaciones y



promover formas de diálogo y negociación. En este sentido, desde el Trabajo Social se puede desarrollar una importante función educativa a dos bandas, tanto hacia la población atendida como hacia los/as profesionales de la salud, que permita explicitar esas dimensiones socioculturales que tanto cuesta reconocer simplemente porque no se llegan a definir adecuadamente (Canals, 2004).

Debemos prestar especial atención a la observación, entrevista y el lenguaje, analógico y digital puesto que a través de éstos, es revelada la cultura. El estudio de la misma también implica el uso de instrumentos de valoración y evaluación flexibles (Amezcuca, 2000). “Las dificultades de comunicación verbal y no verbal, así como las diferentes formas culturales de considerar los síntomas y la enfermedad condicionarán el proceso diagnóstico y terapéutico” (Martínez y Martínez, 2006, p. 73).

Existen diferentes modelos sanitarios que abordan cómo hacer frente a estas nuevas demandas de la población. El modelo segregador propone programas específicos para la atención de las personas inmigrantes y formación especializada en esta temática para los/as profesionales que trabajan con este colectivo. Como ejemplo de este modelo podemos mencionar el estudio Toronto 2004 llevado a cabo en Canadá, país con gran experiencia en la creación de recursos específicos para minorías étnicas, el cual trata de identificar las barreras concretas que la población inmigrante puede encontrar a la hora de acceder a los recursos de salud mental.

En el citado estudio se concluye que las causas fundamentales que constituyen estas barreras son: a) desconocimiento y desinformación por parte de la población inmigrante acerca de la existencia de estos dispositivos; b) ausencia de servicios integrales que conviven especificidad étnica y experiencia en salud mental; c) falta de profesionales con una adecuada competencia lingüística y cultural que puedan encargarse de estos servicios y, d) la necesidad de la presencia de un intérprete. (Martínez, Martínez, 2006)



En este aspecto nos gustaría resaltar el hecho de que, no solo es necesaria la presencia de un intérprete en los casos en los que la lengua entre el profesional y usuario/a sea diferente, sino que es fundamental que desde esta perspectiva vayamos más allá y se garantice la presencia de mediadores/as interculturales o también llamados por otros autores trabajadores biculturales para garantizar una mayor adaptación de las instituciones sanitarias en la atención a personas de diferentes culturas.

Mientras un intérprete reproduce literalmente lo expresado en un idioma a otro, un trabajador/a bicultural o mediador intercultural realiza una interpretación de los contenidos de la información expresada por el usuario/a situando el léxico en un contexto cultural determinado (Véase, Tabla 1 Pérez, 1999).

Tabla 1. Funciones del trabajador/a bicultural o mediador intercultural.

TRADUCTOR	TRABAJADOR BICULTURAL O MEDIADOR INTERCULTURAL
Transcribe	Reinterpreta
Se requiere dominio del idioma	Se requiere un cierto nivel académico y entrenamiento en habilidades básicas de entrevista (empatía, capacidad de escucha, no juzgar, no dirigir, no aconsejar...)
Debe evitar que sus opiniones influyan. No añadir ni quitar	Sus opiniones son importantes para ayudar a formular el caso
Se evitan sesgos derivados de la pertenencia étnica, la clase social o la zona de procedencia	Menor control sobre posibles sesgos potencialmente graves
Se interrumpe la narración	Formato de entrevista más natural y sintónico
Se avala el rol del "experto extranjero", lo que en algunos contextos tiene un gran valor simbólico	Se avala el sentido de equipo y la importancia de la cercanía
Riesgo de lejanía (el otro " nunca va a entender")	Riesgo de cercanía (¿por qué no me pregunta él?)
Autocontrol	Implicación
Vulnerabilidad al desgaste	Mayor cuidado profesional

Fuente: (Pérez, 1999, p. 86)



Debido a las características del mediador/a intercultural o trabajador/a bicultural consideramos que en caso de que este profesional no exista como tal en los servicios, los trabajadores/as sociales serían un perfil profesional adecuado para dar una mejor respuesta a las demandas en los casos en los que se precise de estas figuras.

Dentro de este modelo se propone la implementación de los llamados Servicios de Consulta Cultural que “son servicios de interconsulta que trabajan con servicios preexistentes, de Salud Mental y Atención Primaria y que integran perspectivas antropológicas, psiquiátricas y psicoterapéuticas (terapia cognitivo conductual y sistémica).” (Martínez, Martínez, 2006, p. 73). El equipo de profesionales que formarían estos servicios estaría compuesto por médicos/as psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, antropólogos/as médicos/as y, según el caso, intérpretes y mediadores/as culturales.

Según varios autores los resultados conseguidos implantando este modelo son muy satisfactorios teniendo como consecuencia una mayor alianza terapéutica y por tanto una mejora en el acceso a los recursos terapéuticos por parte de la población inmigrante (Martínez y Martínez, 2006).

Otro servicio propuesto para hacer frente al tema de la diversidad cultural en salud mental es la llamada “figura de agente de salud como medio de contacto entre el sistema sanitario y los colectivos de inmigrantes, facilitando su distribución en función de las necesidades y cargas de trabajo de cada territorio (centro de salud, área básica, distrito sanitario)” (Jansá, García de Olalla, 2004, p. 212).

Finalmente, para cerrar este apartado proponemos que para evaluar dentro de los servicios sanitarios y de salud mental todos estos aspectos comentados anteriormente exista lo que ya en EE.UU. es una realidad, la llamada acreditación cultural como característica necesaria para que los hospitales públicos reciban subvenciones federales (Comelles, 2003). Aunque



consideramos que esta acreditación debería obtenerse también para los recursos sociales de salud mental y otros ámbitos así como en otros recursos sanitarios.

4.2 Funciones del trabajador social en Salud Mental

Las funciones específicas del trabajador/a social en los equipos de salud mental ambulatorios de la Comunidad de Madrid, se logran consensuar entre los/as profesionales a través de un documento que avala y publica la Oficina regional de salud mental, elaborado por un grupo de profesionales de la red pública de salud mental de la comunidad auspiciados por el Colegio de Trabajo Social de Madrid (2003).

En dicho informe se analiza la perspectiva integradora del trabajo social y se definen las funciones y actuaciones desde tres niveles: asistenciales/ terapéuticas, preventivas y de coordinación o enlace y trabajo en red. Con una perspectiva holística en los tres niveles: individuo, grupo y comunidad. (Baro 2012).

El trabajador/a social en los equipos de salud mental como en otras áreas de intervención tiene como función común el trabajo social comunitario. Según Leal, (citado por Baro 2012), el Trabajo Social Comunitario es una atención global a toda la población, tanto individual como en grupo procura el desarrollo de las fortalezas de una comunidad para funcionar solidariamente en un proceso de atender problemática desde una vertiente educativa, preventiva y asistencial, fomentando la participación de las personas y grupos sociales en la solución de sus problemas y en la promoción de recursos que permitan conseguir mejor calidad de vida.



En la Comunidad de Madrid, la figura del trabajador/a social se contempla en casi todos los recursos socio-sanitarios y en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 específico de esta Comunidad.



II. METODOLOGÍA

La idea de realizar este estudio surge como consecuencia de la participación de uno de los miembros del equipo, trabajadora social en un equipo de salud mental de la Comunidad de Madrid, en un proyecto sobre Psiquiatría transcultural que le llevó a Perú. Este proyecto, depende de la Organización No Gubernamental, Salud Mental para Todos de la Orden Hospitalaria de los hermanos de San Juan de Dios y se llevó a cabo en la Institución Psiquiátrica Centro de Reposo Para Enfermos Mentales Piura-Tumbes (CREMPT) situado en la región de Piura (Perú). De la participación que tuvo lugar en las actividades del centro y en el proyecto de Psiquiatría comunitaria surge el proyecto de indagar, observar y analizar la enfermedad mental desde una perspectiva cultural.

El objetivo general de este estudio de carácter cualitativo es realizar una aproximación a la influencia de la cultura, las creencias, el estigma y los valores asignados a la enfermedad mental así como la representación social y cultural de la misma, mediante el análisis de las narrativas desplegadas por la muestra de personas del mismo lugar de origen pero con diferente lugar de residencia España o Perú; tratando de observar las diferentes maneras de percibir la enfermedad en función de las características propias del medio, del nivel de desarrollo social y político de cada país. Así, en nuestro proyecto inicial nos planteamos como objetivos específicos:

- Indagar sobre explicaciones y creencias subjetivas relacionadas con la enfermedad mental.
- Analizar las narrativas biográficas y experiencias relacionadas con la enfermedad mental en personas peruanas residentes en Madrid y en Piura (Perú).
- Prestar atención a la percepción subjetiva sobre la actitud y apoyos



familiares, sociales, profesionales e institucionales de las personas entrevistadas, en la Comunidad de Madrid y en Piura (Perú).

- Explorar la representación social de la enfermedad mental, el estigma, el papel de los profesionales responsables de la asistencia, entre ellos, los trabajadores sociales y la implicación de los usuarios en el sistema de las Políticas asistenciales.
- Conocer algunos aspectos políticos y legislativos que regulan las actuaciones en el ámbito de Salud Mental en ambos lugares.
- Observar en qué medida se interviene en los recursos anteriores bajo una visión transcultural.

Teniendo en cuenta que las entrevistas realizadas a través de una metodología cualitativa no es necesario el uso de un método aleatorio, sino que las personas entrevistadas se reclutaron en función de la disponibilidad y disposición a colaborar en la investigación.

Se estudiaron dos pacientes, mayores de edad de ambos sexos, de nacionalidad peruana residentes en Madrid y dos pacientes mayores de edad de ambos sexos, residentes en una zona del Norte de Perú (región de Piura).

Los pacientes residentes en Perú fueron entrevistados durante la estancia de un miembro del equipo en la región de Piura. Se trata de dos residentes del centro CREMPT a quienes se aseguró la confidencialidad.

Para completar el trabajo comparativo desde la perspectiva de los pacientes, se han realizado otras dos entrevistas a un hombre y una mujer de nacionalidad peruana que se encuentran residiendo en Madrid y recibiendo atención en el C.S.M. (tratamiento de sus problemas mentales). El acceso a estos pacientes se ha realizado con el consentimiento del Comité de Ética del Hospital Ramón y Cajal, hospital de referencia del área donde están siendo tratados y el contacto se ha realizado gracias a los profesionales que los tratan, quienes nos facilitaron sus datos. Ambos participaron en este estudio de manera voluntaria.



Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de presentación además de una entrevista en profundidad.

Una vez realizadas las entrevistas, que se centraron en los relatos de vida de los pacientes en torno a su enfermedad, se procedió a la transcripción de los mismos y su análisis posterior, obteniendo así, junto con los datos obtenidos del cuestionario general, las informaciones relevantes para esta investigación.

Evidentemente, se tuvo en cuenta el consentimiento informado por los usuarios/as para la participación en el estudio asegurando que los datos serían tratados con absoluta confidencialidad. En el caso de los datos obtenidos en Piura (Perú), se garantiza a los sujetos participantes el trato de sus datos de acuerdo a la normativa vigente en nuestro país.

Por otra parte, la estancia en la Institución psiquiátrica del CREMPT, "Centro psiquiátrico de Reposo de Piura Tumbes" durante varias semanas y en dos ocasiones diferentes, ha posibilitado una visión y observación de una realidad en la convivencia de un grupo de profesionales y pacientes residentes en dicho centro psiquiátrico, facilitando la recogida de información de personas en tratamiento en el mismo, además de otros testimonios relevantes.

Estamos de acuerdo con Amezcua (2000), en que la observación no estructurada es la base de la investigación etnográfica que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: relaciones con el grupo, creencias, rituales, símbolos, costumbres, valores, etc.

La permanencia y convivencia en el centro ha permitido la observación en dos tipos de escenarios, el del contexto público como recurso hospitalario, con las propias relaciones institucionales, de convivencia entre el grupo de iguales, con los/as profesionales y con los invitados externos y el del espacio privado que ha permitido utilizar la técnica de la entrevista personal, grabada, a dos residentes, como medio de conseguir el testimonio de sus relatos de vida, objeto de nuestro estudio.

Para completar este estudio, además de las entrevistas a pacientes residentes en Perú y en Madrid y de las reflexiones como consecuencia de la observación



no estructurada realizada in situ, se han llevado a cabo entrevistas con dos expertos del campo de la psiquiatría mediante un cuestionario. Los psiquiatras participantes han sido el Dr. Navarro, Ex director General del Hospital Herminio Valdizán, profesor de psiquiatría en la Universidad, profesional en Perú y la Dra. Polo, psiquiatra y coordinadora de un Centro de Salud Mental en el municipio de Madrid, a quienes se interpela acerca de las características de la atención sanitaria en materia de salud mental en sus respectivos países.

Se han recogido también los testimonios de dos profesionales y figuras referentes de la asistencia psiquiátrica en Perú, un enfermero cooperante con muchos años de experiencia como portavoz de la medicina científica y un profesional de la medicina natural o tradicional que representa un chamán o curandero en la localidad de Huacabamba, sede de referencia en la medicina tradicional, por estar situada en las cercanías de las Huaringas, lagunas que simbolizan un lugar de peregrinación y de tradición cultural por sus poderes curativos.

También contamos con la información obtenida mediante la realización de un grupo focal con tres psiquiatras de la Comunidad de Madrid participantes en el proyecto antes mencionado y, por tanto, trasladados durante algún tiempo a Piura, a la vez que en contacto con pacientes residentes en el Centro Psiquiátrico. En el grupo focal se procedió a deliberar acerca de la experiencia vivida durante la estancia en Piura, así como a elaborar reflexiones profesionales “en voz alta” que han enriquecido grandemente este estudio.



III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 El punto de vista de los/as protagonistas. La cultura propia y su efecto sobre la percepción y el tratamiento de la enfermedad mental

Como se mencionó en el apartado metodológico, cuatro personas con diagnósticos de trastornos en la salud mental han sido entrevistadas, dos en Piura y dos en Madrid, con la finalidad de conocer sus rasgos más característicos, tanto en lo que a su trayectoria personal se refiere, como a la influencia que la cultura de su país de origen puede haber tenido o tiene en la forma en que se enfrentan y perciben su enfermedad, así como en sus relatos.

De las cuatro personas entrevistadas, en tres de los casos están recibiendo tratamiento psiquiátrico ambulatorio y solo en un caso se encuentra hospitalizada en Piura (Perú). Llama la atención que tres de las cuatro personas tienen estudios superiores. Es posible que el hecho de tener formación universitaria les haga más receptivos al intercambio con los investigadores y, por tanto, más predispuestos a colaborar con el estudio de manera voluntaria.

En lo que respecta al tiempo que llevan en tratamiento de sus respectivas enfermedades, todas ellas están siendo tratadas farmacológicamente y también con terapia, desde hace más de veinte años, con mayor o menor aceptación de la enfermedad por su parte. La persona institucionalizada en Perú, lo está por deseo de familiares directos, padre médico y primo psiquiatra, que cubren los gastos de hospitalización.

Las categorías de análisis con las que hemos trabajado el contenido de las entrevistas son principalmente la cultura, las creencias religiosas y el misticismo, el estigma social y las representaciones sociales, que a su vez incluyen algunos aspectos determinantes más concretos.



– La cultura

Dentro de la categoría de análisis de la cultura tenemos que tener en cuenta que en la parte teórica de este estudio, hemos definido este concepto como “un conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo ciertos modos pautados y compartidos de pensar, sentir y actuar”

De igual manera, dentro de esta primera categoría de análisis, para trabajar otros aspectos más concretos, hemos partido, en cada concepto analizado, de las definiciones de la sexta edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE).

Nos interesa destacar algunas cuestiones que, si bien pueden resultar anecdóticas, han llamado nuestra atención al analizar las entrevistas realizadas. Aún usando la misma lengua y sintiéndonos, por ese motivo tan cercanas a los peruanos, observamos en las palabras de nuestros informantes rasgos tradicionales y culturales que marcan una notable diferencia entre nosotros. Los modos de expresarse y de iniciar y mantener relaciones, constituyen claramente el terreno sobre el que se establecerá la relación con los profesionales de salud mental, sean psiquiatras, personal de enfermería o trabajadores sociales. La comunicación condiciona el entendimiento, el contacto, el encuentro entre profesional y paciente y este encuentro es el que posibilita la conexión, la profundización en el mundo del otro y la realización de un adecuado diagnóstico médico o social.

En cuanto al **lenguaje**, la Real Academia Española lo define como la “manera de expresarse y estilos o modos de hablar de cada persona en particular”.

Queremos realizar algunas observaciones respecto al uso del lenguaje. Una de las características del lenguaje de las personas de nacionalidad peruana es el uso generalizado del pronombre personal usted, al igual que un trato más respetuoso entre las personas. Este hecho se puede observar muy claramente



en la relación entre usuarios/as y profesionales manteniendo un mayor nivel de jerarquía que el utilizado en Madrid.

“Y quiero pedirle permiso a usted para salir a la tarde por lo menos hora y media” (Entrevista a D)

“Bueno mi padre me ha dicho que no cuente esto pero les voy a contar porque ustedes son de confianza ¿no?” (Entrevista a J)

De esta manera, en el trato con los sujetos entrevistados, hemos podido percibir cómo la cultura influye en el trato. En España, de un tiempo a esta parte, y quizás por influencia de una relajación de costumbres, el uso del usted ha pasado a un segundo plano, no utilizándose habitualmente. Si bien en el trato con los médicos sigue imperando el usted, al menos en población de determinadas edades, por lo que conlleva asociado de respeto a una jerarquía de conocimiento. En el caso de la población peruana, el usted es el modo habitual de relacionarse entre individuos.

Otra cuestión a destacar es la riqueza del lenguaje en cuanto al vocabulario. Este hecho puede dificultar la comprensión en cuanto al sentido de lo que se quiere expresar si una de las personas es de otra cultura, y más si tiene dificultades de comunicación que suelen estar asociados a una enfermedad mental. Ya se abordó en el apartado teórico de este trabajo, como el significado de las palabras es compartido a través de un acceso común al lenguaje. Dos personas de una misma cultura interpretan las cosas de manera similar. Dos personas de distinta cultura tendrán dificultades para compartir significados. Es por esta razón que los profesionales debemos ser conscientes en todo momento de las diferencias que nos separan, pero también de las que nos unen a nuestros usuarios. También hay que tener en cuenta que a pesar de que el idioma oficial de Perú sea el español, dadas las condiciones de extensión del país (selva, costa y sierra) hay muchos colectivos que utilizan palabras incomprensibles para nosotros/as.



Existe un uso más extendido de los diminutivos y una forma ostentosa de referirse a personas y cosas. Así, en las entrevistas hemos podido escuchar expresiones como “Viejito, buñuelito”; “ Trigueñitas, mandilito” ; “Orillita del mar, ahorita” ; “Mamita linda, hijitos pequeñitos”.

En lo que respecta a la jerga de determinadas zonas geográficas destacamos algunas expresiones de difícil comprensión:

“Me quito pa´mi jato, pero me he traído un poco de jama (comida) ¿no?”
(Entrevista a M)

La riqueza del lenguaje queda expresada en la siguiente frase que nos dice uno de nuestros entrevistados, de nacionalidad peruana con residencia en Madrid:

“Nuestro español, nuestro castellano es muy rico lo que acá de repente por ejemplo dame un folder, una carpeta, una separata...no le entienden. Nosotros tenemos más sinónimos que acá se dice con una sola palabra” (Entrevista a M)

En cuanto al concepto de **tradición**, definido por la RAE como “la doctrina, costumbre, etc. conservada en un pueblo por la transmisión de padres a hijos” podemos observar que son muy aficionados a la música, cantan de una forma espontánea en cualquier situación, incluso en el marco de una entrevista, ya que culturalmente no se trata de un comportamiento censurable ni falto de seriedad:

“Poco a poco me has querido, poco a poco me has amado morenita de mi amor” (Nos canta F durante la entrevista).

“Tenían una guitarra por ahí también yo toco pues, toco y canto”(Entrevista a J)

Cuestiones como el matrimonio y su ritual, entendido como parte importante de la cultura, son mucho más formales y extensos, haciendo fiestas de pedidas y con celebraciones en las propias casas, sin embargo, la sociedad es mucho más permisiva a la hora de mantener relaciones extramatrimoniales.



“Le pedí permiso al padre de Martita porque yo me iba a vivir al alto Piura a vivir lejos y no podía venir todos los días” (Entrevista a F)

“Cuando le conocí le tuve que exigir la pedida de mano con anillo de compromiso, hablar con mis padres, una celebración por la pedida de manos...” (Entrevista a M)

Otro dato a destacar es que todavía se vive en una sociedad machista, que es aceptada, donde nuestras usuarias transmiten con mucha naturalidad el maltrato sobre el género femenino, habiendo sido sufrido por ellas mismas o por sus madres.

“O sea su maltrato era psicológico... hasta que yo le puse a mi madre el paralé y le dije: o se va ese hombre de esta casa o me voy yo” (Entrevista a M, hablando de su padre)

“Mi madrastra no me maltrataba con golpes pero mentalmente me maltrataba, no me sentía cuidada ni feliz” Entrevista a D)

“- ¿Nunca la ha sentido maltratada a su madre?

- Ah sí. (con mucha naturalidad)” (Entrevista a F)

Así mismo, en Perú, el trabajo infantil está todavía arraigado y permitido, como ocurriera en la España de los años cuarenta

“Yo desde chiquito, desde niño, cuando tenía 8-9 años, mi tío que es negociante, nos hacia vender velas en el cementerio desde la madrugada... toda la platita guardada” (Entrevista a F)

“En el trapecio trabajábamos vendiendo pan, trabajaba vendiendo periódicos también, le ayudaba a mi madre a vender tamales... tenía 12 años o 10 años por ahí” (Entrevista a J)

En cuanto al **contexto familiar**, observamos que nuestros entrevistados provienen de familias numerosas y con buena relación con la familia extensa. Aprecian especialmente la cualificación a la que han llegado sus hijos e hijas y



no dudan en comunicar su orgullo en la primera oportunidad que se les presenta.

“Porque mi hija que es ingeniera está de novia con un mecánico, nunca se lo perdonaré, nunca.” (Entrevista a M)

“¿Tiene usted hijos? Tengo una hija, una ingeniera” (Entrevista a F)

Respecto al movimiento migratorio, podemos comentar que, en las últimas décadas, una de las nacionalidades más numerosas que ha llegado a nuestra Comunidad Autónoma es la nacionalidad peruana, pudiendo además observar que se trata en la mayoría de los casos de una migración familiar decidida desde el primer momento o producida paulatinamente por reagrupación familiar, en los casos entrevistados en Madrid:

“Lo decidió mi hermana, le dijo a mi padre que vendan la casa y a que también se venga, sí, y así fue” (Entrevista a J)

- Las creencias, el misticismo y las fuerzas sobrenaturales

El mundo de las creencias míticas requiere, en este caso, un apartado específico. Han sido numerosas las alusiones encontradas a lo místico y también a lo sobrenatural, a lo largo de las entrevistas. En cuanto a las **creencias**, la RAE las define como “completo crédito que se presta a un hecho o noticias como seguros o ciertos”. El misticismo también es definido como el “estado extraordinario de perfección religiosa que consiste esencialmente en cierta unión inefable del alma con Dios.”

Las creencias religiosas de nuestros entrevistados, muy arraigadas desde la infancia, parecen estar, en ocasiones, relacionadas con los delirios místicos.

“Al nacer y en nombre de Jesucristo, Señor de los Milagros, me pusieron un hábito moradito y yo era un blanco peladito (...) El Doctor MC me detectó en 1984 misticismo. Me creía el tercer pastorcito de Fátima, Francisco y otra que



me creía Jesús. (...) “Recaí por primera vez por el bendito problema del misticismo” (Entrevista a F)

“Soy católica de los Kikos () Rezo cuatro o cinco veces al día “(Entrevista a M)

“Soy católico (...) voy a misa los domingos y algunos días particulares también” (Entrevista a J)

“Soy cristiano, católico, apostólico y romano (...)Y mi esposa si Dios quiere viaja a Lima el 23 a la procesión del Señor de los Milagros con sus papitos” (Entrevista a F)

Hemos podido conocer y constatar, a través de sus palabras, que Perú es un país que tiene muchas creencias sobre la fuerza de la naturaleza, que son centralizadas en la figura de los chamanes.

“He estado en manos de todos los curanderos de Chimbote (...) Me rezaba con su cruz y tomaba un líquido, un brebaje y me lo esparcía de su boca y así me hacía los levantos de espíritu y me daba unas botellas para tomar en casa” (Entrevista a J)

“Cuando la gente regresa, regresa totalmente transformada, es la fe que tienen en esa persona que les da un brebaje y algunas recomendaciones, les pasa por el quick que es como un conejo, una rata de laboratorio que se la pasan por el cuerpo y te escupen con agua florida y agua candanga” (Entrevista a M)

Pero esto no impide que las creencias chamánicas sean compatibilizadas con las religiosas:

“Mi madre no era creyente de brujo ni hechiceros, aunque le decían que me llevara a Huacabamba (...) no fue al brujo más bien al Cristo y le mandaron que me trate con un algodoncito y a mí me hacía desnudar” (Entrevista a F)

“Algunos curanderos le llaman enfermedad de Dios, otros que los vea un médico, otros que es una enfermedad como todas y otros piensan que es un hechizo y nosotros habíamos creído y me han llevado a que me vean” (Entrevista a J)



En ocasiones la decisión de acudir al médico doctorado en medicina o al chamán tiene que ver principalmente con los recursos económicos.

“En general acuden primero al chamán y después al psiquiatra, otros hacen el camino a la inversa pero en general se suelen consultar a los dos (...) Las patologías más leves como neurosis y trastorno emocional mejora con la visita al chamán. Podría decirse que al chamán se le pide la desaparición de síntomas y dolencias y al doctor la desaparición de la enfermedad”. (Entrevista a enfermero cooperante)

En un porcentaje alto de la población suelen coexistir las dos consultas o tratamientos alternativos, la medicina tradicional de los chamanes con la medicina científica. Desde el punto de vista del chamanismo, la interpretación de las causas que pueden producir enfermedad mental, son:

“Por la debilidad, por problemas y condiciones personales y por espantos”. (Entrevista a Chamán)

Uno de los psiquiatras participantes en el grupo focal, identifica este “espanto” al que hace referencia el chamán como el trauma definido por el psicoanálisis.

En general, según el enfermero cooperante, las personas del medio rural utilizan indistintamente para tratar sus dolencias, el doctor en medicina o al médico curandero, aunque tienen más cercano y asequible al curandero.

Se puede denominar curandero o chamán a la persona de la comunidad que se ocupa de quitar los males de los otros, aunque algunas veces también es utilizado para producir algún mal en otra persona a petición de su cliente.

“El chaman o curandero tiene unas aptitudes especiales, desde niño, pero se puede aprender a ser chamán y además el propio remedio te habla”(Entrevista a Chamán)

El curanderismo utiliza sobre todo, como método de tratamiento, lo que denomina el ritual de “la mesa” y el tomar el “remedio” hierba de San Pedro, con poderes alucinógenos. Las santiguaciones, son rituales de limpieza,



“Escupo y después me limpio yo” (Entrevista a Chamán)

“ Te escupen con licor, agua florida y agua candanga y con flores y todo dura como más o menos cerca de media hora” (Entrevista a M)

En el caso de nuestro entrevistado, relata que se dio cuenta de sus capacidades a los 13 años, tomando San Pedro con su padre y su tío chamán.

“Tomando el remedio la primera vez noté que el cuerpo me respondía moviéndose y el curandero me lo dijo” (Entrevista a Chamán)

Existen zonas y lugares privilegiados, como espacios de curación, donde poder ejercer los poderes de curación como las múltiples lagunas de la zona de Huancabamba, donde son reconocidas sus aguas. “Con el baño en ocasiones se purifica, se limpia y se va el mal” (Entrevista chaman)

“Los causantes de las enfermedades mentales son los espíritus malos. Los espíritus son como fantasmas que aparecen y desaparecen especialmente en personas que han hecho el mal”

“Inclusive cuando uno llega casi a la zona donde están hay que ir al lomo de mula o de caballo cerca de 5 km” (Entrevista a M)

Una de las interpretaciones del malestar psicológico o de la enfermedad mental que hace el chamán es que “*el cerro te jala*”. Muchos chamanes trabajan con los cerros y con las “huacas” o piedras. La montaña atrapa a la persona y ejerce su poder sobrenatural sobre ella.

El enfermero cooperante utiliza la misma expresión para referirse a la atribución de la enfermedad mental, en un porcentaje importante de la población, a causas mágicas. Con una manifestación cultural que define lingüísticamente

“Le ha jalado el cerro” o que “le ha hecho sombra el cerro” (Entrevista a enfermero cooperante)



Interpelado sobre algo tan lejano para nosotras y a la vez tan atractivo como el uso de la medicina tradicional y el poder que los pacientes atribuyen a estas personas, el chamán entrevistado justifica así su poder:

“Entiendo que hay cosas más fáciles de creer y cosas difíciles de creer, cada uno tiene su forma de curar. En el chamanismo hay muchas cosas buenas y muchas cosas malas; cada uno tiene su forma de curar y sus hierbas de tratar. Si a un maestro le agarra el remedio (San Pedro) y ve cosas que otro chamán no ve pues curará de forma diferente.” (Entrevista a Chamán)

– El estigma

En cuanto al concepto de estigma, definido por Goffman (1963) como “atributo devaluador que degrada y rebaja al portador del mismo” observamos en el discurso de nuestros informantes cómo lo viven y lo perciben.

“En la esquina de mi casa con los muchachos que eran más mayores que yo, me aceptaban pero se burlaban, me ponían apodos,”cocoa” que esto y que lo otro “ (Entrevista a J)

Hay enfermos que hablan de la enfermedad mental como si fuera cosa de otros:

“La enfermedad mental está peor atendida por considerarla que es una enfermedad de alto nivel, es mejor que tener un enfermedad del riñón o del corazón (...) En general hay muchos pacientes delicados, que son como animalitos, deambulando por las calles todos haraposos. No están bien tratados por la sociedad, no están bien reconocidos” (Entrevista a F)

“En Perú no sé como están considerada la enfermedad mental, porque son medios, poquitos y otros más (...) esos que tienen mucha enfermedad son homicidas, los parricidas”(Entrevista a D)

Y hay quien, viviendo en Madrid, se encuentra estigmatizado más por su nacionalidad que por su enfermedad.



“Hay muchos estereotipos y muchos prejuicios, la gente ya te estigmatiza pues te dice ¿tu eres sudamericana? Pues estas cualificada para cuidar ancianos, limpiar casas, en todo lo que es trabajo de limpieza o cuidar niños pero no puedes hacer más(...) no es que no sirves sino que se da por hecho que no estás preparada” (Entrevista a M)

Culturalmente en Perú, existe un importante estigma de la enfermedad mental. No se habla abiertamente de las enfermedades mentales en la vida social ni en las relaciones sociales; persiste una tendencia a esconder al diferente. En estos últimos años, según el enfermero cooperante en Perú, el acercamiento de los profesionales a la sierra de Piura ha supuesto algún cambio en el reconocimiento de la enfermedad en lugar de contemplarlo como una maldición y se ha conseguido aumentar el número de pacientes que acuden a consulta psiquiátrica.

Podemos ver lo que significa el trabajo comunitario en este medio rural de la zona de Piura, a través de un caso psiquiátrico rescatado en una aldea y referido por uno de nuestros informantes:

Caso M.M. El equipo de salud conecta con la paciente a través del sacerdote de la zona. M. está atada a un árbol, de cara a una fachada. Parece que lleva 15 años atada y excluida del mundo social; sometida a una falta total de movimientos, recibiendo exclusivamente alimento una vez al día por sus familiares. El equipo de salud realiza varias visitas, a pesar de la distancia y las dificultades de comunicación con M. Se la facilita medicación pero no es posible liberarla hasta transcurrido un año desde su primera visita, por problemas administrativos, legales, de competencias familiares etc.

Después de muchas dificultades burocráticas para intentar liberar a la paciente, no se consigue hasta transcurrido un año, teniendo que intervenir el párroco para tomar la decisión de ingresarla en el centro psiquiátrico; asumiendo el mismo la responsabilidad y el coste de ingreso en el centro del CREMPT.

Como consecuencia de los quince años inmovilizada, a su ingreso, no solo tiene dificultades mentales sino físicas por problemas de coordinación en la marcha.



A los tres meses de estar ingresada en el CREMPT, y después de muchos problemas físicos con la alimentación, parásitos etc., pudo empezar a recuperar la capacidad de comunicación. Lo más positivo de este movimiento de liberar a dicha paciente es que los vecinos de su aldea no solo apoyan los gastos de su hospitalización sino que vienen a visitarla. La dificultad del trabajo comunitario en este medio, es que el objetivo fundamental es liberar y rescatar personas en exclusión y reclusión total, con los denominados promotores de ayuda fraterna y los ronderos (patrullas voluntarias de vecinos/as con reconocimiento legal que tienen como tarea mantener el orden público)

– Las representaciones sociales

En cuanto a las representaciones sociales, la RAE las define como “imagen o concepto en que se hace presente a la conciencia un objeto interior o exterior”.

Se trata de un concepto, como hemos visto, unido a al concepto de cultura de manera ineludible y también, en el caso de la enfermedad mental y lo que la rodea, unido al concepto de estigma. El concepto de enfermedad mental en Piura (Perú) tiene mucho que ver con las interpretaciones de carácter cultural que se asigna a la sintomatología, los delirios, etc. En Madrid, sin embargo, desde las propias instituciones se han establecido manuales de buenas prácticas contra la estigmatización de los enfermos mentales, abordando las representaciones sociales erróneas al respecto, empezando por los profesionales y orientándose al resto de la población.

Los profesionales de salud mental que vienen desarrollando su proyecto en Piura, tratan por todos los medios de conseguir cambios en esas interpretaciones erróneas que impregnan la cultura peruana en torno a la enfermedad mental.

También existen representaciones sociales entre los enfermos y los propios profesionales que trabajan con ellos respecto de la utilidad o la función



desempeñada por los trabajadores sociales. En el contexto descrito por el enfermero cooperante entrevistado el/la trabajador/a social no interviene en el ámbito familiar ni comunitario, ni participa en la (existe)relación terapéutica.

“Los/as trabajadores/as sociales tienen funciones administrativas, son recaudadores de impuestos.” (Entrevista a Enfermero cooperante)

En cuanto a los pacientes entrevistados allá, manifiestan en sus palabras la representación social que de esta profesión tienen, cuando realizan afirmaciones que unen esta figura profesional a cuestiones netamente crematísticas:

“A mí me mandan una propina, giran acá dentro a la trabajadora social o cualquier que este aquí recibiendo giros o transferencias o cosas así” (Entrevista a D)

“Le dije a la trabajadora social que hoy tengo plata para ir a la consulta del Doctor C” (Entrevista a F)

3.2 El punto de vista de los profesionales. El tratamiento de la enfermedad mental en Perú y en España

En este apartado, vamos a exponer los datos más significativos obtenidos en entrevistas con profesionales que ejercen como psiquiatras en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid y en Lima (Perú). Pero antes, queremos hacer una caracterización breve de las líneas generales de la atención a la salud mental en ambos países, para poder contextualizar las palabras de los profesionales.



– La atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid tiene una población de 6.454,440 habitantes según datos del 2014 del Instituto Nacional de estadística (INE), siendo la tercera Comunidad Autónoma con mayor índice de población del Estado Español.

Existe una Política Nacional en Salud coordinada por el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, y una Política autonómica con 17 servicios Regionales de Salud. En la Comunidad de Madrid el servicio de salud se denomina SERMAS.

Madrid contaba con 11 áreas sanitarias, hasta el decreto 52/2010 del 29 de Julio en el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid.

En la entrevista realizada a la Dra. C. Polo, Jefa de un centro de Salud Mental perteneciente a la Comunidad de Madrid, nos explica que

La atención en salud mental pertenece al segundo nivel asistencial por lo que se precisa derivación desde Atención Primaria; comprende una cartera de servicios y en general se recomienda que los trastornos adaptativos, los episodios depresivos leves y los trastornos de ansiedad sean atendidos en Atención Primaria y el resto de patologías como trastornos afectivos, psicóticos, de personalidad o trastornos de alimentación sean atendidos en Salud Mental.

La cesión de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas por parte del Estado, sucede en el año 1981 de acuerdo con el principio de descentralización territorial.

Con la reforma Psiquiátrica, cambió no solo de nombre, de Psiquiatría a Salud Mental, sino que incorporó nuevos principios filosóficos como el desplazamiento de la atención del hospital a la comunidad con un modelo asistencial basado en el propio entorno del sujeto; de este modo se inició la articulación de recursos sociales alternativos a la institución psiquiátrica para



poder vivir en el propio contexto social. Comenzó una nueva forma de abordar el tratamiento en equipos multiprofesionales con una perspectiva de rehabilitación psicosocial que conlleva una atención no focalizada exclusivamente en la persona y sus síntomas sino en una intervención con mirada amplia y compleja de recursos y capacitación del propio sujeto y de su entorno comunitario (Alonso y Pérez, 2014).

En la Comunidad de Madrid, entre 1988 y 2002, se desarrolla el primer Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales. Entre 2002 y 2007, se consolida el Plan de atención social a la enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Bienestar Social. Esta atención social comunitaria es compartida entre salud y servicios sociales y está fundamentada en que la atención comunitaria no puede descansar exclusivamente en el sistema sanitario de salud mental y que exige implicación y dedicación del sistema de servicios sociales. Existe una red socio sanitaria al alcance de la ciudadanía coordinado por equipos multidisciplinares.

– La organización sanitaria en Perú. Características específicas de Piura

En Perú el derecho a la Salud, no se entiende, todavía, como un derecho para todas las personas por igual. El 36 % de la población peruana no cuenta con ningún tipo de seguro sanitario, según un informe de Médicos del Mundo en 2013.

Los textos consultados, así como los profesionales, ponen en evidencia que en Perú los trastornos mentales son de alta prevalencia. Por ejemplo, estudios epidemiológicos hechos en varios ámbitos regionales peruanos, entre 2001 y 2005, han reportado prevalencia de vida para cualquier trastorno mental del 37,3% para Lima metropolitana y de 39,3% en ciudades de sierra y en



ciudades de selva, siendo más vulnerables las mujeres viudas o divorciadas. Solo el 32,5% de quienes presentan trastornos severos de salud mental recibieron algún tipo de tratamiento en los 12 meses anteriores al estudio realizado. (Piezza y Fiestas, 2005)

En la entrevista realizada al Dr. Navarro, miembro del Comité de Dirección de la Reforma en el Departamento de Promoción de la Salud Mental en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Herminio Valdizán hemos obtenido información sobre la existencia en la ciudad de Lima, capital de Perú, de tres grandes Hospitales Psiquiátricos: el Hospital Herminio Valdizán, Hospital Larco Herrera y el Instituto de salud mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, que atienden Lima y comarcas cercanas, pero se muestran insuficientes al sobrepasar con mucho la demanda a la oferta, según palabras del Dr. Navarro la demanda sobrepasa enormemente la oferta.

La cobertura sanitaria en materia de salud mental, es, en opinión de nuestra información escasa y deficiente, y tiene lugar a través del seguro integral de salud (SIS) destinado a personas con escasez de recursos. Sin embargo, este seguro apenas satisface las necesidades de los tratamientos con psicofármacos.

En estos momentos existe un programa piloto en el Hospital Herminio Valdizán en la localidad de Huaycan con estrategias de salud mental comunitaria y también se están realizando otros intentos en Apurímac, pero el desarrollo es lento y con una atención a la salud mental casi nula.

Opina el Dr. Navarro que las políticas en materia de salud mental deberían llevarse a cabo mediante la “Estrategia Sanitaria Nacional en Salud Mental y Cultura de Paz del Plan General 2005-2010” pero que a pesar de estar mencionados con detalle en dicho plan, hay una ausencia de atención en los puestos y centros de salud.

En cuanto a la cobertura sanitaria en materia de salud mental, el estado ofrece Servicios de Salud para la población no asegurada a través de los



establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) y a través del seguro integral de salud, como servicios destinados a la población en situación de pobreza y extrema pobreza, pero apenas satisface las necesidades de los tratamientos con psicofármacos.

La red denominada Es.Salud, da cobertura a los/as trabajadores formales y sus dependientes, así como a los/as trabajadores informales a través de los seguros potestativos. La red sanitaria de recursos y prestaciones de esta red es la más universal y completa. La Sanidad de las Fuerzas Armadas o Policiales, cubren a los miembros de dichas corporaciones y sus dependientes.

Las entidades prestadoras de servicios privadas complementan, en ocasiones, las coberturas del sistema Es.Salud (Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación – Rev. Peruana de Salud Pública 2009).

Uno de los indicadores de la falta de atención en la salud mental de la población es la violencia contra las mujeres y niñas, ya que según un reciente estudio de la OMS, que se llevó a cabo en 10 países, Perú resultó el segundo país con más violencia de género, solo superado por Etiopía (2006).

El aseguramiento universal fue declarado como prioridad nacional desde el año 2002 en el acuerdo nacional suscrito por representantes de organizaciones políticas, religiosas, sociedad civil y gobierno. El proyecto de ley aprobado con amplio consenso político y social entre la organización Es.Salud, la Sanidad de las fuerzas Armadas y Policiales y el Sector Privado (Ley aseguramiento 2009).

En abril de 2009, se promulgó una ley marco de aseguramiento universal de salud, que establece el marco normativo a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona de nacionalidad peruana a la seguridad social.

El Ministerio de Salud, es el principal proveedor de servicios de salud mental de Perú utilizando un 3% de su presupuesto total, aunque el 98 % de estos recursos están destinados a las tres instituciones psiquiátricas de Lima.



Proyecto Amares (Lima 2006), es el proyecto de apoyo a la modernización del sector de salud del Perú, en base a un convenio entre la Unión Europea y el Gobierno Peruano que tiene como objetivo principal contribuir con el Ministerio de Salud peruano a la implementación de la reforma de salud en general y fortalecer algunos ejes de intervención en la salud mental. El proyecto Amares, amplía el concepto de salud mental con una dimensión sociocultural de desarrollo y de derecho, dejando de ser entendida como la ausencia de enfermedad mental para focalizar su acción en el ámbito de la salud pública, constituyéndose como un eje transversal de desarrollo humano y social.

Dicho proyecto (Amares, 2006), define la salud mental,

Más que como un estado como un proceso dinámico, producto del interjuego entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Lo dinámico también incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas así como con el reconocimiento de la condición –propia y ajena- de ser sujeto de derecho.

En Perú existe una importante red de atención sanitaria privada, aunque la mayoría de los seguros privados del país no cubre el coste de las medicinas correspondientes a los trastornos psicopatológicos.

Piura, ciudad situada al norte de Perú, es la capital del Departamento de la región de Piura y tiene una población aproximada de 500.000 habitantes. El CREMPT, Centro de Reposo Piura -Tumbes para enfermos mentales pertenece a la orden de los Hermanos de San Juan de Dios. Situado en el barrio de Castilla es el único centro de internamiento psiquiátrico de una amplia zona geográfica del norte Perú. A este centro pertenece la población objeto de este estudio que reside en este país.



Tiene capacidad para 80 personas en régimen de internamiento, con ubicación de tres pabellones: uno de mujeres de 30 camas y dos de hombres distribuidos en agudos y crónicos. No existe derivación directa de pacientes desde el sistema sanitario, por tratarse de un centro privado. La recepción de pacientes es realizada por una única trabajadora social que realiza la primera evaluación en la que recoge, fundamentalmente, los datos biográficos y de situación social; posteriormente se realiza la evaluación clínica del paciente, por el psiquiatra quien determina el tratamiento en régimen ambulatorio o en régimen de internamiento. La indicación de ingreso se hace previo pago de señal de 10 días de hospitalización, en la que no están incluidos los tratamientos farmacológicos. El centro cuenta con farmacia propia donde los pacientes o familias adquieren la medicación pautada.

Las consultas ambulatorias están atendidas por tres psiquiatras y, ocasionalmente, por profesionales voluntarios, psiquiatras o psicólogos, generalmente en proceso de formación como residentes. Durante algunos meses residen y participan en dicho hospital a través del Proyecto de Psiquiatría Transcultural dependiente de la ONG Salud para todos, de la orden hospitalaria de Hermanos de San Juan de Dios con sede en Madrid en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz.

El CREMPT es un centro privado y por lo tanto con limitaciones de acceso para las personas sin recursos, sin embargo, socialmente está muy valorado por la ciudadanía, como centro especializado de atención psiquiátrica (Laiz 2013).

- Las palabras de los profesionales respecto a la cultura, las creencias, el estigma y las representaciones sociales

Hablábamos en el apartado anterior del uso del lenguaje y los usos y costumbres arraigados en la sociedad peruana. Los psiquiatras entrevistados



en el grupo focal, también hacen apreciaciones al respecto, que coinciden con las nuestras:

(Una de las cosas que observamos es) “el trato muy jerarquizado con los profesionales” (Grupo Focal a profesionales)

La opinión de los profesionales es que no solo hay diferencias en el uso de las palabras, sino también en la expresión de emociones. Tanto en el ámbito público como en el privado.

“No solo hay dificultad de entendimiento en la comprensión del lenguaje hablado sino en el lenguaje no verbal, hay también una importante inexpresividad emocional “(Grupo focal a profesionales)

“En las entrevistas familiares realizadas en intervenciones comunitarias, que se realizaron en espacios públicos, como bares o tiendas almacén, compartidos con testigos espontáneos, parecía que no hay grandes secretos” (grupo focal)

Preguntados respecto al tema de las creencias en la población peruana y cómo puede afectar a la relación paciente-profesional, nuestros informantes nos manifiestan que, en Perú, se mantiene la influencia de la medicina tradicional a través de los chamanes y curanderos en los diagnósticos y tratamientos de las personas que padecen enfermedades mentales y que esta práctica es aceptada por toda la población, incluidos los profesionales, puesto que forman parte de las tradiciones más arraigadas culturalmente.

En la Comunidad de Madrid, sin embargo, la influencia de la medicina tradicional es bastante escasa y poco normalizada y los enfermeros/as provenientes de países como Perú, aún cuando pudieran desearlo, no encuentran el chamanismo en nuestra ciudad.

El Dr. Navarro, ejerciente como psiquiatra en Perú, refiere la existencia de estigma tanto en la población general como en algunos profesionales que trabajan en este ámbito. Especialmente destaca el estigma que padecen las personas que están diagnosticadas de esquizofrenia, entendida esta como “un mal incurable y discapacitante”.



Sobre el estigma la Dra. Polo, ejerciente en Madrid, opina que existe tanto entre profesionales como en la población en general, aunque esta disminuyendo, probablemente por la influencia de las Asociaciones de pacientes y familias que contribuyen en la desaparición del estigma y la aceptación e integración de las personas que padecen una enfermedad mental.

En Perú todavía existe la explicación de causas sobrenaturales sobre todo en los efectos nocivos de la brujería y otras influencias negativas y la visión de la Dra. Polo aquí en Madrid corrobora esta idea respecto de los peruanos que residen en nuestro país y a los que ella ha tratado y añade que, en muchas ocasiones, también predominan explicaciones causales en torno a lesiones cerebrales.

“ En Perú, el estigma es brutal, la familia a veces es demoledora y no es real que estén más tolerados en la comunidad por ser una sociedad más primitiva como se piensa desde la perspectiva desde nuestro país” (Entrevista a Grupo Focal)

“La enfermedad mental, en la sierra, parece que está en un estado precientífico, la sociedad no tiene conciencia de enfermedad en el perturbado por lo tanto no exige a sus gobernantes ni a sus profesionales” (Entrevista a Grupo Focal)

Nos han hablado también de las representaciones sociales acerca de los/as profesionales (psiquiatras y trabajadores sociales).

“Le asignan un saber al psiquiatra sin necesidad de hablar, no expresan lo que les pasa sino que esperan que lo adivines (...) piensan que los médicos se encargan de lo neurológico, la medicina del cerebro, más que de situaciones emocionales” (Entrevista Grupo Focal)

“En general se da una idealización generalizada de las personas europeas y más intensa si eres psiquiatra.” (Entrevista Grupo Focal)



– El Trabajo Social y su papel en el ámbito de la salud mental

Los trabajadores/as sociales en Perú, según El Dr. Navarro, se limitan a estudiar las condiciones socioeconómicas de los/as usuarios mientras que en los centros de salud comunitarios función de valoración de la situación psicosocial actúan como puentes entre los centros de salud y los hogares, encargándose de las carencias económicas y materiales que puedan existir. Una perspectiva puramente asistencialista y gestora de recursos sin participación en la relación terapéutica.

En Madrid, en palabras de la Dra. Polo y otros profesionales contactados, los Trabajadores/as sociales tienen diferentes funciones, se trata de la figura responsable de introducir en el equipo la visión social en cualquier problemática atendida.

Las intervenciones tienen diferentes formatos, en el nivel individual y grupal con los usuarios/as y su entorno familiar, en el nivel comunitario, institucional, social y en el nivel de coordinación con todos los recursos asistenciales sociales y sanitarios.

Teniendo en cuenta que desde el Trabajo Social se tiene una percepción menos influenciada por lo biomédico sobre las condiciones de vida de las personas y los grupos, es oportuno pensar que éste es el grupo profesional mejor situado para emprender el desarrollo de la competencia cultural en nuestro contexto.

En el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 específico de la Comunidad de Madrid, las funciones recogidas para el trabajador/a social cuando se valora que las necesidades del paciente son principalmente de carácter social son entre otras:



1. Conectar y realizar las coordinaciones con los diversos recursos sociales y comunitarios con los que el paciente se ha de integrar.
2. Realizar el seguimiento de las capacidades y dificultades de integración de los pacientes.

Por otro lado, en el ámbito de la rehabilitación de pacientes crónicos, el trabajador/a social forma parte de los/as profesionales ocupados de la función de coordinador/a de cuidados, figura central en el proceso de rehabilitación que se encarga de supervisar todo el proceso y el seguimiento de los objetivos planteados en el plan individualizado de intervención de cada paciente.

Así mismo trata de mantener mantiene el contacto permanente durante todo el proceso de tratamiento con el/la paciente y su familia realizando incluso visitas al domicilio cuando es necesario; establece una alianza terapéutica y brinda apoyo y asesoramiento en todo momento y asume en algunos casos la función de coordinador de cuidados en su proceso rehabilitador.

Los trabajadores/as sociales debido a que normalmente tienen asignadas las funciones de coordinadores y mediadores deberían velar porque la perspectiva transcultural esté integrada en las intervenciones de todos los miembros de los equipos de trabajo.

IV. CONCLUSIONES

Una vez realizado el estudio con el objetivo general de analizar la influencia de los factores culturales en los diferentes aspectos que rodean la enfermedad mental y con el fin de mostrar la influencia de la cultura y los modos de vida en la manifestación de la misma, podemos obtener las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a los aspectos culturales (lenguaje, tradiciones, contexto familiar y contexto político) en la población peruana

- A pesar de comunicarnos en el mismo idioma, existen muchas diferencias en cuanto a las expresiones y a los significados que les dan a las mismas. Se trata de un vocabulario extenso.
- En el contexto familiar y comunitario están muy arraigadas costumbres y prácticas tradicionales, nos parece que este hecho aumenta la sensación en las personas de mayor control social.
- La familia está más jerarquizada, y existe una gran diferenciación de roles en el seno de la misma, encontrándose una importante desigualdad de carácter patriarcal.
- Existe la normalización y naturalización del trabajo infantil y nos parece que faltan prácticas culturales y políticas de protección a la infancia.
- En general, podemos observar que en las personas de origen peruano que hemos entrevistado persiste la cultura de origen respecto a la cultura de la sociedad de acogida, aunque el tiempo de residencia sea largo.
- Los trabajadores/as sociales diagnosticamos a partir de la información obtenida en el proceso de relación de ayuda, basado en la comunicación. El respeto por los rasgos culturales y la visión transcultural son instrumentos que nos ayudan a conocer más profundamente las situaciones y, por tanto, a realizar un diagnóstico y un plan de intervención lo más adecuados posibles. Queremos destacar la



influencia del lenguaje, la tradición y otros rasgos culturales en la comunicación.

- Todo lo mencionado anteriormente, influye en el proceso de enfermar, tanto en la etiología como en las manifestaciones clínicas, y en los procesos de diagnóstico y tratamiento.

2. Las creencias y misticismo

- Los/as profesionales del campo de la salud mental de nuestro medio fundamentan sus saberes y sus prácticas en el paradigma científico, mientras que algunas comunidades peruanas perciben la enfermedad mental desde otra óptica, bajo un paradigma mágico-religioso y sobrenatural, como consecuencia de un castigo de Dios, de los demonios, de fuerzas de la naturaleza, del mal de ojo, etc., por lo que confían más en los chamanes y desconfían de los tratamientos farmacológicos.
- Hay que destacar asimismo el papel facilitador de las congregaciones religiosas en el medio rural. Como mediadores/as y/o agentes de salud, llegan a todos los sitios, conocen y gozan de la confianza de la comunidad y son la puerta de entrada en muchas de ellas. La religión católica, y ahora las congregaciones evangelistas, han logrado una gran integración en la comunidad, porque históricamente han sabido entremezclar su doctrina con las tradiciones culturales de las comunidades a las que evangeliza.

3. Estigma

- El estigma que recae sobre los trastornos mentales, tanto en España como en las comunidades peruanas, también afecta a los propios profesionales sanitarios, que no perciben a veces que estos problemas deban ser objeto de su atención.
- En España, se potencia el estigma cuando nos encontramos en los miembros de nuestra muestra dos realidades susceptibles de prejuicios:



ser latinoamericano/a y enfermo/a mental. Ser peruano y ser enfermo mental en nuestro país supone, por tanto, una doble discriminación.

- Los problemas psicológicos en el sistema sanitario en el Perú, todavía no tienen en determinados contextos la consideración de una enfermedad con posibilidades de tratamiento y mejoría, sobre todo los trastornos psicóticos.

4. Las representaciones sociales de los/as usuarios y profesionales

- Desde el punto de vista clínico, como idea preconcebida, pensamos que ciertos trastornos psiquiátricos menores, adaptativos, depresivos, etc. iban a ser menos prevalentes en estas sociedades, quizás por la creencia de que las sociedades más tradicionales son más saludables. Nuestra observación clínica no confirma este prejuicio: así en las comunidades en Perú encontramos igualmente tasas considerables de trastornos psiquiátricos menores.
- La relación de los peruanos/as con los profesionales sanitarios es muy jerárquica, atribuyéndoles capacidades de adivinación de los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, en nuestro país, los usuarios/as de los servicios de salud mental explican con mayor facilidad y menor distancia sus síntomas y los acontecimientos vitales relacionados con ellos. La demanda que realizan al clínico es más de interpretación y de sentido. Los usuarios/as peruanos hacen menor conexión de sus conflictos vitales con sus síntomas.

5. Cobertura sanitaria y perspectivas de futuro

- Los trastornos mentales, en general, no están tan incorporados en la planificación sanitaria en Perú, ni constituyen una prioridad ni son percibidos como un problema importante de salud pública.
- Aunque en Perú hay una red pública de atención sanitaria incipiente a la población, es muy deficitaria en la atención a los trastornos mentales. Da la impresión de que en muchos casos no se consideran incluidos en el



sistema de salud. La atención a la salud en Perú, por consiguiente, está en mayor medida en manos de la medicina privada, y constituye un sector de mercado importante (fármacos, pruebas diagnósticas, farmacias abiertas 24h, etc.).

- Son necesarios nuevos estudios que profundicen en la influencia que desempeñan los factores culturales (entendidos en sentido amplio: las diferencias de lenguaje, las creencias religiosas, etc.) en la enfermedad mental, tanto en la atención a pacientes peruanos en sus propias comunidades, como a personas peruanas que residen en nuestro país.
- La medicina tradicional y la científica coexisten y se complementan, utilizándose, de manera simultánea, los servicios del chamán y los tratamientos farmacológicos.

6. Perspectiva de género

- Observamos que los roles y estereotipos de género están muy marcados en la sociedad peruana. Las mujeres tienen mayores tasas de pobreza, menor nivel educativo, profesiones menos cualificadas y un papel subordinado a su pareja en la familia.

7. El Trabajo Social

- Existe una gran diferencia entre las distintas formas de ejercer el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental en los dos países.
- Los trabajadores/as sociales que ejercen en el campo de la Psiquiatría en Piura (Perú) asumen funciones de gestión y administración de recursos materiales casi exclusivamente.
- Los trabajadores/as sociales de salud mental en España tienen reconocidas estatutariamente y por parte de los otros miembros del equipo un papel relevante en el abordaje de cuestiones sociales de gran complejidad que afectan al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.
- Se observa la necesidad de formación especializada de los/as trabajadores sociales del sistema madrileño de salud en



transculturalidad, con la finalidad de establecer relaciones de ayuda que garanticen la atención empática, la adecuada comprensión de los factores que afectan a la situación presentada por el/la paciente y la incorporación de la diferencia a un proceso de intervención riguroso, respetuoso y responsable.

Una vez finalizada nuestra investigación el equipo investigador considera que se han cumplido los objetivos de acercamiento y comprensión de la enfermedad mental en pacientes con tradiciones, creencias y hábitos alejados a nuestra realidad sociocultural. Este acercamiento a las personas originarias de Perú nos ha mostrado que la cultura de origen permanece a pesar de la distancia y que es imprescindible conocer y entender antes de abordar las problemáticas por la que consultan, por lo tanto sería necesario incluir en los planes de formación reglada y formación continuada de los centros de trabajo de la salud mental los conocimientos culturales de tradiciones, actitudes y comportamientos ante la enfermedad mental, y por otro lado seguir investigando en esta línea desde el Trabajo Social Transcultural.



V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (s/f). Los duelos de la inmigración: Una aproximación psicopatológica y psicosocial. *Inmigración Hoy*, 5, 14- 26. Disponible en: <http://goo.gl/M9XZSL>
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
- Aguilar, M.J. (2013). *Trabajo Social. Concepto y metodología*. Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A. y Consejo General del Trabajo Social.
- Aguilar, M.J. y Boraschi, D. (2014). Formación en Trabajo Social con conciencia global y compromiso local: un caso de buenas prácticas educativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27, 2, 277-289.
- Al- Krenawi, A. (2001). Práctica intercultural con inmigrantes: los árabes. *Revista de Trabajo Social*, 162, 7-25.
- Almagro, A. (2008). La construcción socio histórica de la enfermedad mental. De la locura en la época clásica a la institución total. En R. Gonzales, B. Lozano y J. L. Castien. *Psicosociología del estigma, ensayos sobre las diferencias, el prejuicio y la discriminación*. (pp.142-185) Madrid: Editorial Universitarias, S. A.
- Alonso C y Pérez M. (2014). Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid. *Consejo General de Trabajo Social*, 105, 45-60.
- Amezcua, M. (2000). El trabajo de campo estratégico en salud. una aproximación a la observación participante. *Índex de enfermería*, IX, 30, 30- 35.
- Ashton, J, Seymour, H. (1990). *La nueva salud pública: la experiencia de Liverpool*. Barcelona: Masson.
- Ayestara, S. y Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16, 6.



- Baro, C. (2012). Material docente del curso realizado en la Fundación Manantial en febrero del 2012 sobre *La práctica del Trabajo Social en Salud Mental: Hacia la especialización*.
- Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido*. Conversaciones con Ricardo Macceo Barcelona: Paidós.
- (2007). *Miedo Líquido: la sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona: Paidós Ibérica.
 - (2007). *Tiempos líquidos: vivir una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets.
 - (2006). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo Cultura Económica.
 - (2004). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo Cultura Económica.
 - (2002). *La cultura como praxis*. Barcelona: Paidós, S.L.
- Betancur C., Restrepo-Ochoa, D.A, de Jesús, O., Henao, O., Zuluaga, C. y Pineda, C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: Análisis prototípico y Categorical. *Revista CES Psicología*, 7,2, 96-107.
- Brhul, L. (1922). *L' àme primitive*. Traducción castellana de 2003. *El alma primitiva*. Barcelona: Península.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Canals, J. (2004). La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y promoción de la salud. *Revista de Servicios Social y Política Social*, 65, 9-20.
- Candreva, A. y Paladino, C. (2005). Cuidado de la Salud: El anclaje social de su construcción estudio cualitativo *Univ. Psychol*, 4, 1, 55-62.
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los seres vivos*. Barcelona: Anagrama.
- Castro, T. (2004). Intervención social y diferencia cultural. *Trabajo Social Hoy*, 42, 52-66.



- Ceverino, A. (2011). Los enredos de lo biopsicosocial. Conferencia preparatoria de PIPOL 5. I Congreso Europeo de Psicoanálisis. ¿La Salud Mental existe? Sede de Madrid de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis.
- Comelles, JM. (2003). El Regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 1, 3.
- Consejería De Sanidad De La Comunidad De Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Disponible en: <http://goo.gl/Fcbhbj>
- Del Arco, I. (1998). *Hacia una escuela intercultural*. Lleida: Universitat de Lleida.
- Delgado, P. (2008). *Emigración y Psicopatología: Anuario de Psicología Clínica y de la Salud (APCS)*. Sevilla: Inteco.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Disponible en : <http://goo.gl/s0mEi6>
- El País. (21/10/2014). Luces y sombras de la inmigración. Disponible en: <http://goo.gl/7pZizl>
- Fiestas, F y Piazza, M. (2005). Prevalencia anual de Trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultado del Estudio Mundial de Salud Mental. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
- Gabilondo, I. (2006). Prologo. En J.L. Iglesias, *Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación* (p. 11-14). Madrid: Real patronato sobre la discapacidad.
- Goffman, E. (2012). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
 - (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
 - (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- González, R. (2008). Atribuciones naturalizadoras: notas en torno a algunos procesos de estigmatización. En R. Gonzales, B. Lozano y J. L. Castien. *Psicosociología del estigma, ensayos sobre las diferencias, el prejuicio y la discriminación* (pp. 12-60). Madrid: Editorial Universitarias, S.A.



- González. Lozano, B. y Castien, J.I. (2008). *Psicosociología del estigma, ensayos sobre las diferencias, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Editorial Universitarias, S. A.
- Held, D., McGrew A., Goldblatt, D., y Perraton, J. (1999). *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*. Cambridge: Polity.
- Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://goo.gl/xAbOfg>
- International Federation of Social Workers. Disponible en: <http://ifsw.org/>
- Jansá, J.M. y García de Olalla, P. (2004). *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*. Barcelona: Agencia de Salud Pública.
- La Comisión de Responsabilidad y Supervisión de Servicios de Salud Mental. (2009). *Plan estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental*. California: Department of Mental Health. Disponible en: <https://goo.gl/9aip94>
- Laiz, P. (2013). Rotación externa de Salud Mental Transcultural en el centro de reposo para enfermos mentales Piura-Tumbes (CREMPT) de San Juan de Dios en Piura, Perú. *EIR Salud Mental*, 2,10-24.
- Los hechos de aculturación forman un fenómeno social... Disponible en: <http://goo.gl/OQgZYJ>
- Luca de Tena, T. (2011). *Los renglones torcidos de Dios*. Barcelona: Platea.
- Maalouf. A. (1999). *Identidades Asesinas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Macionis, J. J. (1993). *Sociology*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Malgesisni, G y Giménez, C (2000). *Guía de concepto sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: Catarata.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (APA, 2000) en la versión DSM-IV, TR Apéndice J.
- Martín, I. (2007). Trabajo social con población inmigrante: un enfoque transcultural. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 23, 71-82.
- Martínez, M. y Martínez, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Sistema Sanitario Navarro*. 29, 1, 63-75.
- Maturana, H. (1997). El observador en su observación. Tres conferencias y unas reflexiones sobre la biología del conocer, la biología del amor y la



- constitución sistémica de identidad del ser. *Sistémica, Revista de la Asociación Andaluza de Terapia de Familia* 2, 11-52.
- Médicos del Mundo. (2013). Informe de la Revista, 35 editada por Médicos del Mundo.
 - Moñivas, A. (2003). Los sistemas educativos en el marco de la globalización: desarrollo humano versus pensamiento único. *Revista de Psicología de la Universidad de San Marcos de Lima*, 1, 25-40.
 - Mosconi, S. (1994). *Razón y Culturas*. Discurso pronunciado con motivo de la Investidura como Doctor "Honoris Causa" por la Universidad de Sevilla.
 - Muñoz, M, Pérez, E, Crespo, M y Guillén, A I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S.A.
 - Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://goo.gl/zMoSJK>
 - Parra, G. (1999). *Antimodernidad y trabajo social. Orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino*. Buenos Aires: Departamento de Ciencias Sociales/Univ. Nac. de Luján.
 - Pérez, P (1999) *Antropología psiquiátrica y psiquiatría transcultural*. Barcelona : Desclee de Brower.
 - Peters, S. (1998). La política de la identidad de la discapacidad. En L. Barton (Comp.) *Discapacidad y sociedad* (pp. 230-249). Madrid: Ediciones Morata S.L.
 - Polo, C (2014). *La perspectiva de género en terapia familiar sistémica*. En: *Manual de Terapia Sistémica*. Ed: Alicia Moreno. Madrid: Desclee de Brower.
 - Proyecto Amares Disponible en: <http://goo.gl/jfHGFq4>
 - Quintana, J. M. (1992). *Características de la educación multicultural*. En A.A.V.V. Educación Multicultural e intercultural. Granada: Impredisur.
 - Rondon, M. (2006). Salud Mental Un problema de salud Publica en el Perú. *Revista Medicina Exp Salud Pública*, 23, 4, 237-238.
 - Sayad, A. (2010). *La doble ausencia: de las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Anthropos.



- Sebastián J. (2001). Género, salud y psicoterapia. En M.J. Carrasco y A. García-Mina (Ed). *Género y psicoterapia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Smith, P. B. y Bond, N. H. (1993). *Social psychology across cultures*. Boston: Allyn and Bacon.
- Talavera, M (s/f). Concepto de Salud. Evolución Histórica. Disponible en: <https://goo.gl/uFvwGV>
- Veckuebe, N. y Eudykeviciut, J. (2010). Estigma. En F. De Lucas y A. Arias. *Diccionario internacional de Trabajo Social y Servicios Sociales*. (p.68). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Wilson L, Velásquez A y Ponce C. (2009). La Ley Marco De Aseguramiento Universal En Salud En El Perú: Análisis De Beneficios Y Sistematización Del Proceso Desde Su Concepción Hasta Su Promulgación. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 26, 2, 207-17.
- Woodward, K. (Ed.) (1997). *Identity and difference*. London: Sage/The Open University.