

Entre la locura y la anormalidad¹

Luisa de Pedrique²

Facultad de Medicina

Grupo de Investigaciones Antropológicas y Lingüísticas (GRIAL)

ULA- Mérida

Resumen

El presente artículo expone algunas ideas sobre los conceptos psiquiátricos “normal” y “anormal” y las posibilidades que ofrece la etnología de aportar soluciones al esclarecimiento de estos conceptos frente a la enfermedad mental. La autora presenta tres casos clínicos: una epilepsia y dos esquizofrenias, los tres con delirios y alucinaciones mágico-religiosos. Intenta demostrar que la etnología valiéndose de su concepto de “cultura” puede ayudar a aclarar ambos conceptos para un mejor tratamiento de los trastornos mentales. Esto, tomando en cuenta ciertos aspectos culturales que juegan un papel importante a la hora de determinar la “normalidad” o “anormalidad” de un individuo.

Palabras clave: normalidad, anormalidad, cultura, psiquiatría, etnopsiquiatría

Abstract

The present article exposes some ideas about the psychiatric concepts of “normality” and “abnormality” and the possibilities offered by ethnology to the clarification of these concepts in relation to mental disease. The author presents three clinical cases: an epilepsy and two schizophrenias, the three with mystical- magical delusions and hallucinations. She intends to demonstrate that ethnology, with help of its main concept, “culture” can contribute to clarify both concepts in order to improve diagnosis and therapy of these diseases. Thus, taking account of certain cultural aspects that play an important part when it comes to determine the “normality” or “abnormality” of an individual.

Key words: normality, abnormality, culture, psychiatry, ethnopsychiatry.

Introducción

En el presente artículo intentamos plantear la posibilidad que tienen la etnología y la psiquiatría de dilucidar el problema de la “normalidad” y la “anormalidad” frente a la enfermedad mental.

La psiquiatría ha logrado hoy en día elaborar una nosología de la enfermedad mental bastante amplia, basada en las investigaciones clínicas que se han hecho a pacientes europeos y norteamericanos. A su vez, todas las sociedades no occidentales poseen igualmente sus nosologías propias sobre la locura. En Venezuela ambos discursos tienen vigencia y esto es una característica de nuestra multiculturalidad, pero la consecuencia de este hecho recae en la relación médico-paciente, ya que la comunicación se vuelve difícil entre ambas partes debido a esta diferencia de discurso, (Pedrique, 1998). Efectivamente, las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales están hechas sobre terreno propio, es decir, en base a investigaciones realizadas en EEUU y Europa con pacientes de esos lugares. Pero por el carácter internacional y además dominante de la ciencia norteamericana y europea, estas clasificaciones se utilizan a nivel mundial, donde existen otras idiosincrasias y realidades culturales. Esto puede traer imprecisiones con respecto a los parámetros de “normalidad” y “anormalidad” que como veremos pueden variar de acuerdo a las culturas.

Según Devereux (1992), la psiquiatría no se ha preocupado mucho por ubicar la frontera entre lo “normal” y lo “anormal” en su campo de trabajo. Lo que ha hecho es caracterizar a la primera como un estado de salud mental que no presenta síntomas anormales psíquicos ni emocionales, ni dolores, sufrimientos, molestias o incapacidades. Psiquiatras como Vallejo Najera (1984) reconocen que esta definición lo que hace es delimitar lo que puede considerarse como “razonablemente normal”, pero no aclara cuál es el estado óptimo de salud mental. La “adaptación”, criterio muy usado en la psiquiatría actual para delimitar lo “normal” de lo “anormal”, es

muy cuestionable pues hay muchas situaciones sociales donde el “adaptarse” podría ser mas bien signo de enfermedad y no de salud mental. Recordemos nada mas el régimen alemán Nazi de la segunda guerra mundial. Otro aspecto es el cultural, existen muchos países donde conviven grupos humanos de diversas culturas, aun cuando una de ellas sea la dominante, ¿ cómo aplicar parámetros generales de salud y enfermedad a todas esas gentes, si cada grupo tiene su propia concepción y sus propios parámetros sobre el tema? ¿Qué hacer entonces, frente a este hecho? Devereux se aproxima al problema postulando lo que él llamó la doble universalidad tanto psíquica como cultural del hombre. Aclaremos un poco estas ideas: la Etnopsiquiatría, fundada por él, engloba, por un lado, las concepciones psiquiátricas de lo normal y lo patológico y, por el otro, las categorías etnológicas que se refieren a los universales de la cultura (Laplantine 1979). Efectivamente, esta escuela buscaba una forma de tratar las enfermedades mentales que fuera válida para cualquier cultura y para ello partió de dos principios universales:

1. Que el hombre es un ser biológico y funcionalmente único, perteneciente a la especie *Homo Sapiens Sapiens* y por tanto tiene una misma estructura psíquica,

2. Que los materiales culturales que utiliza en sus relaciones interpersonales dentro del grupo social son los mismos, no importa dónde viva ni en qué tipo de sociedad esté inmerso. (Laplantine, 1979).

Lo que hace el grupo humano, según estos investigadores, es utilizar los materiales culturales, de carácter universal para darle expresión particular a todos los aspectos de su vida, esto incluye la enfermedad y por ende los trastornos mentales. Otro paso que dieron fue utilizar el psicoanálisis como instrumento para estudiar los trastornos psíquicos dentro de una perspectiva cultural, afirmando que la estabilidad o inestabilidad emocional surge de la manera cómo los individuos manejan o no sus materiales culturales para

enfrentar las represiones, pulsiones agresivas y conflictos en general que produce la misma cultura; pues ésta a la vez que le da al hombre todas las posibilidades para realizarse como ser humano en sociedad, le quita también libertades, al imponerle normas, leyes y pautas de conducta necesarias, para mantener bajo control las pulsiones agresivas, (Laplantine 1979) es decir, controlar esa parte “primitiva” del hombre que Freud llamó el “ello” . Laplantine hace énfasis en la importancia del instrumento psicoanalítico cuya finalidad terapéutica, según él, “...está probada...” y llama a “...utilizar los conceptos de la clínica analítica como conceptos operativos de investigación...” (p. 17). Considera que Freud aportó significativamente al campo de la antropología psicoanalítica a través de sus obras *Tótem y Tabú* (1913), *El porvenir de una ilusión* (1927) y *El Malestar en la cultura* (1929). Freud buscaba “... un principio unificador que permitiera integrar en un todo la psicología infantil, los procesos psicopatológicos y la vida social de los ‘primitivos’...” (Laplantine 1979:20) Esto lo expuso en el Complejo de Edipo donde , “... encontramos a la vez los orígenes de la religión, de la moral, de la sociedad y del arte, lo cual concuerda con los datos aportados por el psicoanálisis que ve en dicho complejo el núcleo de todas las neurosis.” (Freud en Laplantine 1979:21).

De modo que tendríamos lo siguiente: los seres humanos viviendo en sociedad toman los materiales culturales que tienen un carácter universal- pues se dan igual en todos los grupos humanos- y los organizan de acuerdo con las situaciones y necesidades que se presentan en su grupo, esto origina la cultura que es particular a cada grupo social. Cada grupo social con su cultura representa un modo de ver y enfrentar el mundo, los criterios de “normalidad” y “anormalidad” estarán determinados en cada cultura particular y serán el resultado de este juego de combinación y organización de los materiales culturales . Pero el análisis no llega hasta aquí , los etnopsiquiatras van mas lejos al afirmar en base a los dos principios

universales antes mencionados que la enfermedad mental está presente en todas las culturas, no hay cultura que no conozca diversas formas de “locura”, pero son los criterios absolutos sobre los que se fundamentan los mecanismos de funcionamiento cultural los que indicarán cuáles son las “locuras” del ser humano, no importa en qué sociedad se encuentre. Por un lado, los conceptos de “normal” y “anormal” estarían determinados por cada cultura en particular, por otra parte, los criterios absolutos de carácter universal de la cultura “en sí”, aclararían lo que realmente es “normal” o “anormal” dentro de una sociedad. Refutando las orientaciones que se identifican con un “relativismo cultural” muy purista, donde se llega prácticamente a negar la anormalidad con la posición de que todo es “normal” siempre y cuando se le vea dentro del contexto cultural donde se da, los etnopsiquiatras como Laplantine advierten que no hay que confundir “normalidad cultural” con “salud mental”; este último cita un ejemplo tomado de Bastide agregando que si bien un fenómeno cultural como el “trance de posesión” es visto como “normal” en muchas sociedades, sobretodo las africanas y afroamericanas y puede cumplir además una función social importante, es sólo ahí en esa particular cultura donde se considera “normal”. Pero desde la perspectiva de una psiquiatría “metacultural” como lo concibió Devereux, los criterios universales sobre el funcionamiento de los mecanismos culturales nos llevan a la conclusión o mejor, al diagnóstico de que el trance de posesión sí es una enfermedad mental, pues es la expresión de una particular reorganización de los materiales culturales que permite enfrentar una situación de conflicto en esas sociedades, dándole nuevas significaciones que permitirán a su vez una convivencia social sana, pero sólo por un tiempo, ya que en este ritual no hay una verdadera curación debido a la ausencia de “insight”, es decir, la reflexión sobre sí mismo con respecto al conflicto o problema, el traerlo a la conciencia, y esto no lo hacen ellos, sólo se han limitado a reorganizar

las significaciones para encontrar un nuevo orden que permita la normal convivencia.

Según Clarac de Briceño (2000) hay efectivamente actos que desde el punto de vista humano universal son considerados como anormales, por eje., la costumbre de algunos grupos sociales de practicar la antropofagia ritual o no; pero para esos grupos que a tales actos le dan un significado sagrado, no son anormales en absoluto (p. 11). Lo ideal sería un verdadero intercambio fecundo entre ambas disciplinas, analizando los conceptos mencionados dentro de la perspectiva cultural.

En cuanto a considerar la universalidad de los materiales culturales habría que considerar a la cultura “en sí”, no confundirla con las diversas expresiones y contenidos que cada cultura tiene en particular, “...analizarla en función de sus categorías generales que fundan la común humanidad del observado y el observador...” (Laplantine 1972:41), buscar lo que Devereux llamó “el modelo cultural universal”. Con este postulado se infiere que las enfermedades mentales son las mismas en cualquier grupo cultural, ya sea ésta occidental como no occidental. La contribución de la cultura estaría dada por la forma de caracterizarse las diversas patologías; la cultura le proporciona al hombre los elementos para expresar sus trastornos psíquicos y en mayor extensión hasta su manera de sentirse sano o enfermo.

Todo lo anteriormente expuesto hace afirmar al autor que un psiquiatra puede llegar a reconocer los padecimientos psíquicos de cualquier individuo, venga de donde venga, sea cual fuere su cultura, “...las estructuras generatrices de las perturbaciones mentales funcionan en todas partes dentro del mismo campo semántico...” (Laplantine 1979:91). Bastaría con conocer a fondo dos o tres comunidades no occidentales en todos sus aspectos culturales y en concreto, haber estudiado con profundidad la concepción de salud y enfermedad de estos grupos —lo que implicaría todo el

conocimiento de la nosología de las enfermedades, su diagnóstico, sintomatología, tratamiento y cuidados en general— para poder aplicar estos conocimientos a pacientes de otras comunidades. Ambos conceptos “normal” y “anormal”, están ciertamente influidos por los factores socio-culturales de cada grupo humano. Lo que el etnopsiquiatra debe conocer son los items culturales universales de las patologías psíquicas, desentrañando o descubriendo el “disfraz cultural” bajo el cual se presenta la perturbación. De aquí la importancia de una colaboración entre psiquiatras y etnólogos con miras a lograr una etnopsiquiatría. La “mirada” o enfoque que cada uno de los representantes de estas disciplinas pueda darle al análisis de una patología mental determinada, amplía enormemente la comprensión de dicha patología, ambas disciplinas se complementan, tanto a nivel metodológico como a nivel de análisis teórico. Esta es una de las proposiciones mas importantes de Devereux; en vez de una fusión forzada de disciplinas tratando de hacer un análisis único, escuchar, respetar y confrontar cada uno de los discursos propuestos con el fin de lograr una visión mas exhaustiva del problema.

Esta discusión no ha terminado, aún quedan muchos puntos por probar y analizar. Nos parece por ejemplo, que la aspiración de Devereux de una psiquiatría metacultural, tropieza aún con algunos obstáculos importantes. No vemos que se haya logrado realmente superar la visión médico académica occidental al hablar de criterios absolutos de carácter universal, y de una psiquiatría metacultural, nos parece que al final no logran establecer la diferencia entre uno y otro, se sigue manejando la enfermedad mental y por consecuencia lo “normal” y lo “anormal” con los mismos criterios de la medicina académica. Sin embargo, los aportes de esta escuela no pueden menospreciarse, pues sus análisis sobre la importancia del aspecto cultural en los orígenes de las patologías mentales es digno de consideración.

Hemos dedicado los siguientes párrafos al estudio de tres casos clínicos, que vamos a abordar con un enfoque etnológico y en la medida de lo posible etnopsiquiátrico sin dejar por fuera la visión psiquiátrica. Un enfermo mental es reconocido como tal por sus familiares, cuando presenta una conducta “anormal”, es decir, cuando su comportamiento se sale de lo esperado por su entorno social. Con la primera crisis seria es llevado a la emergencia hospitalaria, allí por la sintomatología que presenta y después de los exámenes de rigor se le hace un primer diagnóstico: “...perturbación nerviosa o psíquica, probabilidad de trastorno mental..” Los parientes se desconciertan, pero ya presentían algo, el paciente ha estado actuando raro: pegando gritos, llorando, riendo descontroladamente, hablando cosas que no se entienden, agrediendo tanto a si mismo como a los demás, o, muy callado, se encierra en su cuarto y no quiere salir; amenaza a sus familiares, desarrollando una fuerza descomunal, cambia la voz etc.. Cuando lo peor ha pasado y uno puede conversar con el paciente, las interpretaciones de la enfermedad comienzan a aflorar: “ debe ser un espíritu... es que no soy yo, es otro...las voces que escucho son demoníacas...me inducen a hacer el mal y yo no soy así...” Los familiares a su vez dicen lo mismo: “...normalmente no hace esas cosas... ese no es él (ella), cuando está bien es todo lo contrario...es el hijo (a) mas querido que tengo ... pero cuando está así es otro (a) ...” Si indagamos sobre los orígenes del problema, muchos nos dirán que se trata de “trabajos” que les montaron por envidia, venganza, rabia, etc..

Como vemos, los discursos tradicionales sobre la locura y el discurso psiquiátrico de la medicina académica se entremezclan en la población venezolana, población multicultural, que conserva valores y creencias tradicionales, unos mas otros menos, junto con los valores y las creencias de la sociedad moderna occidental . De manera que a pesar de su acervo cultural buscan la medicina académica en casos de emergencia. Con respecto a las patologías mentales que no llegan a

un estado de “crisis”, son por lo general bastante bien tolerados por la comunidad tradicional, pues se trata entonces de personas especiales que tienen dones de naturaleza divina o también de personas que han sufrido algún encuentro desafortunado con “espantos”, “arcos” u otros entes sobrenaturales. Por otra parte, los grupos sociales mas urbanos, suelen mantener a sus enfermos mentales ocultos de la comunidad y los tratan en la medida de sus posibilidades con la medicina privada. El estigma del enfermo mental es muy fuerte en nuestra sociedad moderna, de allí su ocultamiento. Las comunidades tradicionales no escapan a eso, sobretodo si se sospecha que la conducta “anormal” del familiar es debido a una posesión maligna y no a un don especial.

Como ya hemos señalado en otro trabajo (Pedrique, 1998), un número significativo de pacientes, familiares y su entorno social, tanto de las zonas urbanas como de las mas rurales, no suele ver las patologías mentales en el sentido en que lo ve la medicina científica occidental. Ellos tienen su propia concepción del padecimiento y esto trae como consecuencia que los tratamientos no suelen seguirse, que el paciente no se conforma con el diagnóstico y terapia del doctor sino que busca otra opinión en las medicinas alternativas tanto tradicionales venezolanas como foráneas. Les cuesta mucho aceptar la idea de la enfermedad mental como algo incurable que necesitará tratamiento médico y cuidados especiales de por vida. Mas de una vez nos han dicho tanto pacientes como familiares que buscan a los curanderos con la esperanza de “resolver finalmente” el problema. El hecho es que un enfermo mental será siempre un “anormal” para su entorno social, salvo los casos en que se considera un “elegido”, aún cuando tome medicinas y se mantenga dentro de unos cánones de conducta mas o menos aceptables. El “estigma” del “loco” puede ser terrible en nuestra sociedad, existen demasiadas ideas mágico - religiosas de tipo negativo, existen demasiados prejuicios culturales con respecto a estas enfermedades que caen por igual al paciente como

a sus familiares. La comunidad llega a extremos de marginar a la familia, sobretodo si han presenciado crisis fuertes con agresión por parte del enfermo. Esto es un hecho triste y lamentable que altera la vida “normal” de toda la familia, afectando sus relaciones sociales, indispensables para una convivencia sana en sociedad.

Estudio de tres casos clínicos

Hemos tomado tres casos clínicos de nuestros datos de investigación para ilustrar un poco el problema de la “normalidad” y “anormalidad” de los trastornos mentales. Se tratan de una epilepsia del lóbulo temporal izquierdo y dos esquizofrenias. La primera se define como un trastorno orgánico y las últimas como trastornos no-orgánicos. En lo que respecta a la sintomatología común, los tres pacientes padecen de alucinaciones y delirios de tipo místico-religioso.

La paciente A tenía para el momento de conocerla 22 años e ingresó en la estación psiquiátrica del Hospital Universitario de Los Andes a causa de una crisis epiléptica severa. En el discurso de la paciente sobre su enfermedad, ella habló de un “agotamiento físico”, de un “cansancio” pues su trabajo como sacerdotisa de María Lionza era fuerte y traía peligros, como por ejemplo entrar en contacto con entidades malignas. Ella negó padecer de ningún tipo de locura, pues sus síntomas “en estado normal” no la perturbaban en absoluto. Su entorno familiar y social tampoco la veía como loca sino como una persona que desde pequeña mostró signos de tener capacidades para comunicarse con el mundo sobrenatural. De modo que la paciente vista bajo la mirada de su comunidad, no es como “los demás”, es “distinta”; la función de una hechicera o sacerdotisa es importante en todas las comunidades que mantienen una cultura de corte tradicional. Antigualmente los médicos hechiceros o chamanes tenían tres funciones importantes ante su grupo: la función de sacerdote, la de médico y la de mago (Clarac de Briceño 1995). Hoy, si bien estas funciones no se

ejercen a plenitud, sigue habiendo un respeto por la figura de los sacerdotes y sacerdotisas de cualquier culto tradicional o popular, ejemplo de ello es el culto de María Lionza. En este punto, sin embargo, autores como Devereux afirman que el propio entorno de los chamanes (médicos-hechiceros) catalogan a estos personajes como “anormales” pero que como representan “los conflictos reprimidos” de la colectividad, son los “locos por asignación” de ella y además ejercen una función de “utilidad social”, por ello son aceptados y considerados como necesarios. En este punto nos parece que el autor ha menospreciado un poco la figura del chamán y la importancia de la actividad sagrada para la comunidad.

En su análisis sobre los chamanes, el autor intenta probar —basándose en los postulados que ya hemos mencionado— que estos son todos clínicamente hablando neuróticos o psicóticos. Pero de acuerdo a nuestras investigaciones, caso concreto el de la paciente citada, sacerdotisa del culto de María Lionza, observamos que ella es querida, admirada y respetada por su comunidad, no es vista como “loca”, anormal o epiléptica (esto último no lo entiende el grupo social), sino como “distinta”, hasta favorecida porque posee un “don” especial que no todo el mundo tiene, a saber, el acceso al mundo sobrenatural, en el que ellos creen firmemente y que ocupa un espacio muy importante en su grupo social. Los miembros de una comunidad que aún comparten valores de tipo tradicional, suelen diferenciar muy bien quiénes son sus “locos” y quiénes sus “elegidos”, en este último caso los médicos-hechiceros. Si bien no negamos que pueda darse entre los miembros del grupo sentimientos de temor con respecto a sus chamanes (no hay que olvidar que tienen poder sobre el bien y el mal), creemos que Devereux en su análisis sobre el chamanismo, minimizó el valor real del chamán y sus funciones dentro de la comunidad.

Volviendo a nuestra paciente, ciertamente, por diferenciarse de los demás, uno podría pensar que la comunidad al mirarla como

“distinta”, la estaría catalogando de “anormal”, pero esto no es así. “Anormal” en el sentido en que lo maneja la ciencia occidental es una categoría de la psiquiatría, que se ocupa de las patologías mentales según criterios científicos. En la perspectiva psiquiátrica, la paciente es “anormal” porque tiene una lesión a nivel del lóbulo temporal izquierdo, un tipo de epilepsia. En la perspectiva etnológica comprendemos que los aspectos culturales que caracterizan a su comunidad y de la cual ella es partícipe, configuran este trastorno de una forma particular, en este caso bajo la figura de una sacerdotisa con poderes para entrar en contacto con lo sobrenatural y de esta manera curar y predecir médicamente. Quien así se comporta debe ser llamado a una misión de servicio, como por ejemplo el de médico- hechicero. Esta paciente no es catalogada como “anormal”, sino más bien como “especial” y en cierto modo privilegiada. De hecho pasó seis años ejerciendo su función de sacerdotisa antes de que se produjera la primera crisis. Aún cuando su “don” no sea necesariamente ambicionado por los demás miembros de la comunidad, ella es admirada y respetada, pues lleva sobre sus hombros una gran responsabilidad frente a su grupo social: ayudar y protegerlos de todo mal. Bajo la perspectiva etnopsiquiátrica la paciente es “anormal” pues en un intento por resolver sus conflictos personales —que habría que dilucidar con el instrumento psicoanalítico— ha hecho una configuración de sus materiales culturales “inapropiada” al convertirse en medium ya que esto no significa una verdadera cura de su mal, no hay un “insight” real, como diría Devereux, una reflexión sobre sí misma con respecto a su estado de enfermedad. Ella ha asumido este rol como una manera de lograr un estatus ante su comunidad, con lo cual estaría resolviendo temporalmente sus conflictos personales. Sin embargo, creemos que el autor pierde de vista el peso de la tradición cultural, menosprecia en cierta medida el papel del hechicero en el grupo social al afirmar que todos los chamanes son neuróticos o psicóticos, pues reflejan conductas “incorrectas”. En

este caso concreto la psiquiatría y la etnopsiquiatría coinciden ya que ambos califican a la paciente de “anormal”, uno por razones biológicas y el otro por razones psíquico-culturales.

El papel del etnólogo es importante, pues analiza el discurso del paciente y su entorno interpretando el contenido cultural. Esto ayuda a realizar una historia clínica mas completa, pues se toma en cuenta el discurso del paciente, y ayuda igualmente a realizar un mejor diagnóstico de la enfermedad. En las comunidades semi-urbanas o semi-rurales que se encuentran en situación de transición y por lo tanto sometidas a una fuerte aculturación, donde muchos valores occidentales han entrado a formar parte del acervo cultural y han tenido cierta aceptación, el ámbito mágico-religioso sin embargo, sigue estando muy arraigado en la mentalidad de gran parte de estas comunidades. El “don” significa además “poder”, un poder que puede ser bien usado en beneficio de la comunidad o usado para castigar si la comunidad o alguno de sus miembros quebranta alguna norma.

Nos encontramos ante dos discursos claramente diferenciados, el de la paciente y sus familiares que es de índole tradicional pero con elementos incorporados de la cultura urbana occidental (recurrieron finalmente a la medicina académica cuando vieron que su familiar empeoraba) y el científico occidental representado en el discurso clínico del médico. Para Devereux (1972) ambos discursos son igualmente importantes y habría que tomarlos en cuenta junto con los del etnólogo y etnopsiquiatra a la hora de analizar la enfermedad, esto lo expuso a través de lo que él llamó el método complementarista. Las diferentes miradas de los especialistas enriquece la visión sobre las patologías mentales, proporcionando una mayor claridad. Aún cuando el autor no trabajó con los trastornos mentales de origen propiamente orgánico, sino más bien con los funcionales y las neurosis, pues con estos podía aplicar mejor el instrumento del psicoanálisis, consideramos que su método complementarista puede ser utilizado para las patologías orgánicas

también, pues su mismo fundamento de considerar por igual las distintas interpretaciones de las ciencias involucradas, le da al discurso cultural un peso importante a la hora de interpretar la normalidad o anormalidad de las conductas que se están examinando. Además el etnólogo considera el ámbito familiar y social del paciente, que aún para los trastornos orgánicos juega un rol muy importante. En países multiculturales consideramos que este enfoque es de gran importancia, pues aclara el problema y muestra las distintas visiones que hay sobre él, en este caso, la visión etnológica, la visión psiquiátrica y la etnopsiquiátrica junto con la del propio paciente y la de sus familiares.

El segundo de nuestros pacientes es un joven de diecisiete años, al que llamaremos B., este joven está diagnosticado clínicamente con una esquizofrenia. Presenta alucinaciones y delirios místico-religiosos; según sus propias palabras, escucha “ la voz del diablo “ que le incita a hacer cosas “malas”. El día que ingresó a una iglesia evangélica pentecostal y le hicieron el bautismo del Espíritu Santo, sintió que el diablo había salido de él y Dios mismo había entrado. Para B. fue el día más feliz de su vida, se sentía lleno de Dios, cantaba, oraba, predicaba y este estado duró unos siete días al cabo de los cuales cayó en una profunda depresión pues el diablo había vuelto a apoderarse de él. Este paciente tampoco se veía ni era visto, en un principio, por su comunidad como loco o “anormal”, su estado no se debía a síntomas clínicos de una enfermedad concreta, sino a factores mágico-religiosos. Cuando tuvo la primera crisis su madre lo llevó a un curandero pues estaba “poseído” y éste lo mejoró. Al cabo de un tiempo hizo contacto con los evangélicos y como comenzaba nuevamente a “oír la voz maligna “, sus amigos de religión lo animaron a entrar en la iglesia, pues allí le sacarían el demonio y se curaría. Lo prepararon y le “impusieron” del Espíritu Santo, por unos días se sintió muy bien, pero luego las cosas volvieron a ser como antes y la crisis que se le presentó fue tan fuerte (auto agresión y agresión a otros) que lo tuvieron que llevar de emergencia al hospital. Este

paciente estaba persuadido de que su mal se originaba por la posesión del demonio dentro de él y se negaba por tanto a tomar los medicamentos prescritos por el psiquiatra. En los días en que nosotros lo visitamos, lo único que pedía era que Dios se volviera a hacer presente en él.

En este caso tampoco coinciden los conceptos de normal y anormal que tienen ambos discursos; el paciente B. y su entorno social tienen la convicción de que el padecimiento se origina por una “posesión”, primero maligna: “...el diablo está metido dentro de mi...”, luego benigna: “... Dios está en mi...”; la posesión maligna es la que lo enferma. Pero para la ciencia médica ambas cosas son un mismo fenómeno patológico: alucinación auditiva, que junto con otros síntomas clínicos tales como desorientación en el tiempo y el espacio, ideas delirantes y otras, hacen el diagnóstico de esquizofrenia. El paciente y su entorno consideran sólo la primera posesión como negativa y productora de la enfermedad. Por otra parte B. no se siente “loco”, no siente como locura sus síntomas de angustia, ansiedad y depresión, el escuchar voces o ver visiones son estados producidos por entidades ajenas a él, y al ser así no hay “enfermedad” en el sentido científico de la palabra, no hay un estado de “anormalidad” patológica. Hay ciertamente una “anormalidad” pero debido a un factor mágico y no funcional u orgánico.; serían pues, dos maneras distintas de conceptualizar lo “anormal”. La etnología ve en este caso una confluencia de valores que vienen de varios ámbitos respectivamente, el tradicional reflejado en la conducta de la madre que busca un curandero para la posesión que padece su hijo; el de la iglesia evangélica pentecostal que es una asimilación reciente en nuestro país y que ofrece en algunos aspectos un discurso semejante al tradicional, por eje. la idea de que el demonio es causante de muchos males y de éste en particular. El paciente tiene graves conflictos con sus progenitores sobretodo el padre y tiene un cuadro de consumo de marihuana. La



RITUAL DEL CULTO DE MARÍA LIONZA EN SORTE (ESTADO YARACUY)
<http://www.ultrimasnoticias.com.ve/ediciones/2002/10/13/p6n1.htm>



MEDIUM EN RITUAL DE CURACIÓN. CULTO DE MARÍA LIONZA. FOTOGRAFÍA DE KIKE ARNAL
<http://www.kikearnal.com>

etnopsiquiatría buscaría el conflicto con el padre y las consecuencias que esto produjo en el manejo de los materiales culturales por parte del paciente. En este caso concreto, tratándose de una psicosis, el enfermo ha “deculturizado” (Laplantine 1972) una serie de objetos culturales de índole sagrado (la Biblia le habla y le ordena cosas) para darle nuevas significaciones, en otras palabras ha eliminado la simbología original de los objetos culturales para darle otros que tengan significado para él, en un intento por organizar su relación con el mundo social, pero esto de una manera no apropiada, ya que el proceso lo que conduce es a una “des-individualización” y “des-socialización” (Laplantine 1972) que termina por aislarlo. Un hecho que agrava mas la situación del joven es que su padre no cree en absoluto que B. está ni siquiera enfermo y mucho menos loco, para él es: “...flojera porque no quiere trabajar...”. Todo este marco socio-cultural dificulta una buena relación médico-paciente y un tratamiento integral donde los padres jugarían un rol muy importante; hay varios criterios para un mismo mal, el paciente rechaza el primero debido a un nuevo elemento cultural que ha recibido recientemente, la prédica evangélica, la cual acepta, primero, porque encuentra elementos semejantes a su propia interpretación y segundo por el carisma que tienen los pentecostales a través del discurso que ofrecen y los líderes que tienen, generalmente muy bien entrenados en el manejo de las relaciones humanas. Si la supuesta “presencia” de Dios en el paciente se hubiera mantenido de manera continua, éste con mucha probabilidad no hubiera llegado nunca al psiquiatra. Su estado se hubiera considerado como “especial” por la comunidad y B. se hubiera convertido en un predicador, o en el mejor de los casos en una especie de santo; las palabras, anormal o enfermo nunca se hubieran pronunciado. Es el contenido semántico de la alucinación lo que le da el calificativo de posesión maligna o benigna junto a las conductas agresivas hacia la comunidad y hacia si mismo.

El tercer paciente, que llamaremos C tiene 23 años y presenta igualmente un cuadro clínico de esquizofrenia, proviene de una zona rural de Mérida y lo traen a la emergencia hospitalaria debido a agresiones físicas tanto a sí mismo como a otros. Este joven nos relató que estaba en la estación psiquiátrica pues cumplía con una “misión especial”. Era el “representante” del Espíritu Santo que siempre estaba detrás de él (el lo veía y lo sentía), y su misión consistía en curar con su “mirada” a los enfermos. Nos citó varias veces la frase bíblica, “...escogido eres entre los hombres...”; C. siempre lee la Biblia y al encontrar esta frase lo interpretó como una señal de Dios para él y de allí su misión. Asiste además regularmente a una iglesia católica donde entabla conversaciones con el sacerdote encargado. C. tampoco se ve como “loco”, ni como anormal, no hay conciencia siquiera de que está enfermo: está “en misión especial” como representante del Espíritu Santo.

Los tres pacientes entrevistados han sido tratados con medicamentos, los dos últimos se resistieron a tomar los fármacos, la primera los tomó voluntariamente mientras estuvo recluida, luego, al desaparecer los síntomas más molestos : dolor de cabeza muy fuerte y voces amenazadoras, expresó deseos de no tomarlos mas. Una de las razones fue que deseaba recuperar sus “poderes” de nuevo para seguir ayudando a la gente. Si los pacientes compartieran el mismo discurso de sus médicos tratantes, aceptarían el diagnóstico clínico, aceptarían su estado como “anormal” en el sentido científico, aceptarían su locura, y por tanto el tratamiento médico.

Uno de los factores que deben ser tomados en cuenta para la mejor comprensión de estos desacuerdos de la relación médico – paciente es el ambiente socio-cultural y el proceso de aculturación. Los tres pacientes vienen de comunidades semi-urbanas, sus padres son todos de origen campesino, la familia ha vivido en zonas rurales un número considerable de años, de hecho dos de los pacientes nacieron en estas áreas. Su actual entorno socio-cultural que es de “transición”, engloba elementos de una cultura “tradicional” y elementos de la

cultura urbana con valores y creencias totalmente distintos y nuevos para ellos, con una concepción del mundo y de la vida difícilmente asimilables en todas sus dimensiones. Los cambios en Venezuela de una sociedad agrícola y tradicional a una sociedad moderna urbana y occidental han sido muy rápidos. No todos los venezolanos han podido asimilar estas transformaciones de la misma manera. Según Laplantine (1972), los individuos que han sufrido traumas fuertes desde muy jóvenes o que tienen una psique más frágil, pueden resultar afectados viviendo en una sociedad tradicional y de intensa aculturación. Esta situación daría origen a muchas patologías mentales.

En aproximadamente cincuenta años Venezuela es calificada como uno de los países más modernos de Latinoamérica. ¿Cómo ha repercutido este fenómeno en la mente de los venezolanos? Para contestar a esta pregunta habrá que emprender una investigación seria sobre los procesos de aculturación y desarraigo cultural en Venezuela y ver cómo han influido sobre la salud mental de nuestros habitantes. Otro aspecto importante a investigar es el alto porcentaje de enfermos mentales en nuestro país cuyos delirios son de índole místico-religioso. Pensamos que esto también tiene que ver directamente con la historia cultural de Venezuela, falta mucho por conocer e investigar.

La historia nos muestra cómo los conceptos de “normal” y “anormal” han variado también de acuerdo a factores sociales y políticos. Un ejemplo interesante es el de los santos místicos de la Iglesia católica. Personalidades como Santa Teresa de Avila o San Juan de la Cruz, que tuvieron “ conversaciones “ con Cristo y caían en éxtasis místicos no fueron condenados como herejes ni brujos por la sociedad de su tiempo, ni fueron vistos como locos o enfermos. A otros en cambio les sucedió lo contrario, Juana de Arco por ejemplo, fue juzgada por brujería porque “hablaba con el diablo” y no como ella afirmaba con Dios; en su caso hubo intereses políticos de por medio. Otro que se salvó por muy poco de ser juzgado por la Santa Inquisición fue Francisco de Asís, que

“hablaba con los animales y las flores” y también tenía éxtasis místicos con Dios. Aquí también prevalecieron intereses muy precisos de la iglesia católica de aquel entonces, lo cual fue decisivo a la hora de juzgar al santo. Todos estos individuos pudieron muy bien haber padecido de un cierto tipo de patología mental, si los juzgamos con la mirada clínica de hoy, pero las condiciones histórico-culturales y socio-políticas de su época enaltecieron a unos como “santos místicos” y denigraron a otros como “brujos”. La personalidad de la mayoría de ellos fue en cierto modo carismática, no tuvieron manifestaciones violentas, lograron ser creativos y productivos; la obra literaria de los tres místicos es una muestra de ello, fundaron órdenes monásticas y trabajaron por el bien del prójimo hasta el último día de sus vidas. Aquí cabría entonces la pregunta, ¿eran normales?, su época al menos los calificó como tal, y los consideró seres especiales, santos.

Conclusiones

- La normalidad o anormalidad de los pacientes investigados está pautado, desde la visión etnológica, por el contexto cultural que comparten con los miembros de sus respectivas comunidades. Este contexto no califica de anormales a los pacientes en el sentido de la medicina clínica, sus estados son producto de factores externos a ellos, generalmente “posesiones” de seres malignos. Sin embargo, según las perspectivas etnopsiquiátricas y médicas sí habría “anormalidad”. Los primeros se basan en criterios médicos, bien sea por lesión orgánica o por sintomatología clínica y los segundos basándose en los criterios absolutos del manejo de los materiales culturales por parte del paciente.

- En la perspectiva etnopsiquiátrica no lograron mantener una estabilidad psíquica debido a que los mecanismos de defensa culturales no les sirvieron. Su relación con la sociedad no es armoniosa,

no es productiva ni creativa. Los tres pacientes han vivido un proceso de aculturación muy veloz y por traumas que seguramente se remontan a su infancia, y que produce situaciones de stress muy fuertes y en un intento por adaptarse a su actual entorno socio-cultural, no han sido capaces de asimilar y ajustar todo esto, dando lugar a las enfermedades que actualmente padecen, sin olvidar por supuesto, los aspectos clínico-patológicos.

- En los tres casos investigados la relación médico-paciente se dificulta cuando los criterios sobre la locura no son compartidos por ambas partes. Los pacientes que mantienen valores tradicionales tendrán sus propios criterios sobre sus padecimientos y sobre lo que consideran como un estado de normalidad o “locura”.

- Factores económicos y políticos pueden intervenir como marcadores de pautas con respecto a la conceptualización de lo “normal” y “anormal”. Los casos históricos que referimos de algunos místicos de la Iglesia Católica ilustran esto último.

- Nos quedan aún muchos puntos sin tratar, uno de los más importantes sería el problema de la adaptación, concepto clave que es utilizado por algunas tendencias de la psiquiatría como catalizador de los estados normales y patológicos de los individuos en sociedad. Investigar a fondo los procesos de aculturación y desarraigo cultural en relación a la enfermedad mental, es otro aspecto que queremos abordar en el futuro. Para todo esto esperamos contar con la ayuda de psiquiatras que se interesen por el enfoque etnopsiquiátrico de las perturbaciones psíquicas.

Notas:

¹ Este artículo se terminó de escribir julio de 2002, se entregó para ser evaluado por esta revista en agosto de 2002 y terminado de arbitrar en diciembre de ese mismo año.

- ² Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Miembro del equipo de Investigaciones Antropológicas y Lingüísticas del Centro de Investigaciones Etnológicas (CIET) de la misma Universidad. E-mail: ciet@ciens.ula.ve

Bibliohemerografía

- BASTIDE, Roger,
1972, *El sueño, el trance y la locura*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- CLARAC de BRICEÑO, Jacqueline.
1992, *La enfermedad como lenguaje en Venezuela*, Universidad de Los Andes, CDCHT, Consejo de Publicaciones, Mérida,
- CLARAC de BRICEÑO, J., ROJAS, B., GONZALEZ ÑAÑEZ, O y otros.
2000, *El discurso de la salud y la enfermedad en la Venezuela de fin de siglo (Enfoques de antropología)*. CIET, GRIAL, Universidad de Los Andes, Mérida.
- DEVEREUX, George,
1973, *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Barral Editores, Barcelona.
1972. *Etnopsicoanálisis complementarista*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- LAPLANTINE, Francois,
1979, *La etnopsiquiatría*, Gedisa Editorial, Barcelona.
- PEDRIQUE, Luisa,
1997, "El Discurso Oral y la Relación Médico-Paciente" en *Boletín Antropológico*, Mérida, N° 40.
- VALLEJO NAJERA, Juan Antonio,
1984, *Introducción a la psiquiatría*, Editorial Científico-Médica, Barcelona.
- ÜSTÜN, T.B. y otros,
1998, *Las diversas caras de los trastornos mentales*, Editorial Médica Panamericana.