

LA APROXIMACION DE LA PSICOLOGIA A LA ETNOLOGIA: PRODUCTO E HISTORIA

Marcos de Noronha¹

La aproximación de la psicología, a través del psicoanálisis, a la etnología fue abriendo un vasto campo de investigación, donde nuevas concepciones teóricas fueron siendo elaboradas, proporcionando diversas corrientes de pensamiento. El producto de esta aproximación fue el surgimiento de varias escuelas psiquiátricas que, aunque con frecuencia sean citadas como sinónimos, difieren entre sí por sus bases teóricas y metodológicas. Para mejor comprensión de lo que significan esas escuelas, necesitaríamos acompañar los caminos recorridos por la psicología y etnología, que tornaron posible sus aproximaciones.

Palabras clave: *Psicología, Etnología, Historia de la Psiquiatría.*

The approach between psychology and ethnology through psychoanalysis had opened a vast field of research where new theoretical concepts have been elaborated. The product of this approach was the formation of several psychiatric schools and, although they are frequently mentioned as synonymous, their differences can be found in their theoretical and methodological bases. For a better comprehension of the significance of these schools, it is necessary to analyze the ways in which psychology and ethnology made possible their interconnection.

Key words: *Psychology, Ethnology, History of Psychiatry.*

¹ Médico Psiquiatra, socio fundador de la Asociación Brasileña de Etnopsiquiatría. Florianópolis - Brasil

El destaque significativo dado actualmente a las cuestiones socio-culturales en la psiquiatría es el reflejo de las tentativas que se vienen haciendo para superar la crisis acreada por la visión exclusivamente organicista de esta ciencia que nos hizo, en el siglo pasado, caer en un pesimismo delante de los resultados obtenidos. Los numerosos artículos y obras en el comienzo de nuestro siglo, cuestionando la organización y la existencia de las instituciones que asisten a los enfermos mentales, así como el papel social del psiquiatra, ya esbozaban las reacciones delante de las prácticas que prevalecían entonces.

Antes de analizar las diversas corrientes en la psiquiatría actual que se ocupan de las cuestiones socio-culturales, vamos a recordar las condiciones del surgimiento de la psiquiatría, como práctica científica, usando como referencia la historia de los hospicios.

De una manera simplista, con el riesgo de no respetar la complejidad del proceso, podría definir los rumbos tomados por la psiquiatría a través de las tres “revoluciones” citadas por Castal (Basaglia, 1975):

Primera Revolución de la Psiquiatría: Fue considerable la participación del médico francés Philippe Pinel (1745-1826) frente a las barbaridades de las conductas autoritarias ejercidas sobre el enfermo mental, sin ni siquiera al menos identificar su patología. Las cadenas y los métodos brutales fueron sustituidos por métodos más científicos y humanos. Era el final del siglo XVIII y la enfermedad mental deja el ámbito de la teología, filosofía o jurisprudencia, quedando bajo la responsabilidad de la ciencia médica.

Segunda Revolución de la Psiquiatría: En el siglo XIX el “tratamiento moral” fue dando espacio a los “tratamientos físicos” de la

psiquiatría organicista y científica que se desarrollaba. Coincide con el surgimiento de la anatomía patológica en los hospicios, intentando, a través de una causa anatómica, explicar la enfermedad mental. En esa época existía un pesimismo en relación al pronóstico y al destino del enfermo y prevalecía entre los profesionales la concepción de clasificar los enfermos en nosologías que nada servían a su tratamiento. Los trabajos de Sigmund Freud (1856-1939) y sus contemporáneos sirvieron para hacer frente a ese abordaje mecánico- organicista.

Tercera Revolución de la Psiquiatría: Es en esa etapa que se enfrentan las prácticas oscuras de control social encontradas en la tradición de los hospicios, que se utilizaba a pesar los recursos de la psicología, y se hace críticas también a los actuales reformadores de la asistencia, tentando modificar la manera de encarar al enfermo mental. Comenzó prácticamente después de la 2ª Guerra Mundial, con la propuesta de transformación del espacio interno de los hospicios y hospitales psiquiátricos (me refiero al hospicio como “macro-hospital psiquiátrico”), tornándolos lugar de tratamiento, teniendo por fin el desarrollo del individuo, en vez de únicamente ser lugar de custodia y vigilia. Se cuestionó el “poder” del médico y la utilización indiscriminada de los psicofármacos, que a pesar de los beneficios que sus efectos pudieran ofrecer, sirvieron también como instrumento de poder sobre el enfermo y ayudaron a mantener la conducta “aséptica” de distanciamiento entre el médico y sus enfermos. Es en esa etapa del desarrollo de la psiquiatría que se da más atención a la rehabilitación del enfermo para la “convivencia social” y a las cuestiones socio-culturales ligadas a la enfermedad mental. En esa época también aparecen las escuelas llamadas “sociales”, que aquí son abordadas

como el producto de la aproximación de la psicología a la etnología.

Algunas ciencias poseen dominios que tienen fronteras con otras ciencias. Es el caso de la psicología y la etnología, cuya aproximación suscitó una serie de términos con el objetivo de definir ese campo de estudios, que muchas veces son tomados como sinónimos. Nos estamos refiriendo por ejemplo a la psiquiatría folclórica, psiquiatría transcultural, etnopsiquiatría y psiquiatría social. Sin embargo, considerando que estas definiciones cualitativas de la psiquiatría aparecieron en momentos históricos distintos, con diferentes presupuestos teóricos y metodologías muchas veces contradictorias, vale la pena discurrir inicialmente sobre sus significaciones (Cavalcanti y Barreto, 1987).

Psiquiatría folclórica

Algunos términos se definieron en contraste con la “Psiquiatría científica, objeto del estudio médico, como por ejemplo la «psiquiatría folclórica», que trae con ella otros sinónimos: “psiquiatría popular tradicional”, “psiquiatría de los curanderos”, “psiquiatría salvaje” y “psiquiatría empírica”. En la sociedad occidental está relacionada con la práctica que no recibe ningún soporte científico y que, no obstante, es empleada peculiarmente.

La historia muestra la fascinación del hombre occidental al depararse con las diferentes prácticas del primitivo delante de la enfermedad mental. El hecho es que toda sociedad tiene su práctica peculiar de lidiar con este problema, y que la “psiquiatría científica”, médica occidental, esta lejos de ser la única práctica adecuada y posible de generalizarse.

En su forma de afrontar la enfermedad mental, la psiquiatría folclórica recurre, en la

mayoría de las veces, a una práctica imbuida en el misticismo, revelando las creencias, supersticiones y la magia utilizada en la comunidad en cuestión.

Psiquiatría transcultural

En el final de su vida, Kraepelin hizo una investigación en el extremo Oriente, en la que comparó las manifestaciones de la enfermedad mental, en un continente distinto de aquel donde él las había clasificado (Ey, 1985). A partir de sus publicaciones, en 1904, surge la psiquiatría transcultural, que reúne hoy un gran número de investigadores. Los dominios de investigación entre los enfoques psiquiátricos aquí citados son muy próximos, sin embargo la psiquiatría transcultural podrá ser definida por la comparación de las manifestaciones patológicas entre una sociedad y otra, bajo una visión occidental. En las diferentes regiones estudiadas se observan sus aspectos culturales, como también en la naturaleza y la frecuencia de las enfermedades mentales.

Para una epidemiología comparada, como utiliza esta escuela, tendríamos que valernos de que la enfermedad mental se manifiesta en no importa que etnia, independientemente de su cultura. Otra cuestión es la de cómo un observador, perteneciendo a una determinada cultura, con sus valores específicos, podría juzgar otra cultura con valores distintos.

Lévi-Strauss afirma, haciendo referencia a las contribuciones de los trabajos de Mauss, que es cómoda y legítima la comparación, por ejemplo de un neurótico con un chaman, considerando la verosimilitud de sus elementos comunes. Pero él dice aún, recuperando una frase de Mauss, que “lo mental y lo social se confunden”, que no podríamos aplicar una noción (como la de enfermedad), común apenas a un orden, a otro orden distinto (intro-

ducción de Lévi-Strauss en Mauss, 1950). A partir de ahí surge la preocupación de algunos antropólogos como los de la escuela americana “Cultura y Personalidad”, de encontrar un lenguaje común. Fue Sapir, en 1921, lingüista y sociólogo, que trabajó exhaustivamente sobre esta cuestión del lenguaje y estableció las bases para un nuevo abordaje. Podemos afirmar que la escuela americana, de la que participó también Ruth Benedict, no pretendía utilizar una terminología psiquiátrica para caracterizar fenómenos sociales, ni limitarse a comparaciones de tipos de cultura con los tipos de problemas mentales, como pretenden los participantes de la “psiquiatría transcultural”. Estos mismos cuidados tuvo la “etnopsiquiatría”, que trataremos a continuación.

Etnopsiquiatría

Algunos autores consideran a Georges Devereux como el fundador de la etnopsiquiatría (Laplantine, 1973), término creado por Ellenberger (Collomb, 1974).

De hecho, Devereux, ya en 1953, proponía esa técnica a través de sus elaboraciones teóricas, considerando los aspectos socio-genéticos de la enfermedad mental. El llega a proponer el término “psiquiatría metacultural”, cuando corregía el término “transcultural” empleado en su obra “Reality and Dream: The Psychotherapy of Plains Indian”. Pero qué caracteriza a esa disciplina que pudiera distinguirla de la psiquiatría folclórica por ejemplo? Si aprovechamos la definición de Seguí en el “92º Congreso de Psiquiatría” en Oslo (1973), comprenderemos que a pesar del campo de investigación tan estrecho, estas disciplinas tienen diferencias marcadas.

La etnopsiquiatría concierne a las representaciones, conceptos, instituciones y prác-

ticas psiquiátricas de un grupo étnico o cultural en su propio medio. Tomando como referencia el grupo, el “etnopsiquiatra” sólo existe como tal si hiciera parte de la cultura de ese grupo, conocida y compartida por todos. Considerando las palabras de Seguí, podríamos afirmar que en nuestra sociedad moderna, el médico psiquiatra equivaldría al etnopsiquiatra. Sin embargo, él prefiere considerar la gran diversidad entre las culturas y reservar el término a las culturas no tecnificadas.

En cuanto a la psiquiatría folclórica, Seguí también destaca su mezcla con los creos y dice que es una práctica minoritaria, o sea, en desacuerdo con el pensamiento de la sociedad en general, que ataca su valor y la combate. “... El curandero no está más de acuerdo con la religión, o la filosofía, o la ciencia de la sociedad en la que vive; él es condenado a una acción secreta, al margen de la ley, perseguido por los científicos, renegado por los padres”.

Pero volviendo a citar a Devereux, cuando a partir de sus consideraciones teóricas intenta elaborar una propuesta terapéutica que permita al profesional de determinado medio cultural actuar con pacientes de medios culturales diversos, tendremos su idea de “neutralidad cultural” como recurso del etnopsiquiatra.

El autor hace una comparación de ese instrumento con la “neutralidad afectiva” de la psicoterapia psicoanalítica (Devereux, 1970). Pienso que la pretensión de Devereux, con respecto a la cuestión de la neutralidad afectiva o cultural, tanto en la relación terapéutica como en la investigación social, podría recibir una connotación inadecuada que comprometería la actuación del profesional. Para el terapeuta es imposible aislarse afectivamente en una relación psicoterapéutica y negar

esa implicación tampoco sería adecuado en la conducción de su trabajo. De los aspectos transferenciales considerados en su análisis, el terapeuta no podrá excluirse pues es parte integrante, y estando consciente o no del hecho, esta situación ejerce importante influencia sobre sus juicios. Aspectos técnicos y humanos de la relación se mezclan ahí, a veces sumándose, trayendo beneficios a la relación terapéutica, otras veces, por el contrario, perjudicando el trabajo.

Cabe al profesional el discernimiento de esos aspectos y experiencia para utilizarlos como instrumentos eficaces de actuación.

Ahora nos surgen algunas cuestiones si consideramos la definición de Seguí: ¿cómo es que podremos aprovechar la metodología de la etnopsiquiatría en una sociedad compleja como la nuestra, una vez que él prefiere atribuir el término solamente a las sociedades no tecnificadas?

Delante de la complejidad de nuestra cultura ¿no tendría Seguí, que reservar el término a esas sociedades? ¿Sería realmente posible comparar la etnopsiquiatría a la psiquiatría científica en la sociedad moderna, por ser ella la terapéutica oficial? Con respecto a esta última cuestión debo recordar que uno de los conceptos de la etnopsiquiatría se refiere a la integridad de aquel que cuida (curandero, médico, u otro) con su grupo étnico y el apoyo que éste debería recibir de todos para cumplir su función. No creo que el psiquiatra en la sociedad moderna persiga este consenso como principal base de su actuación. Comúnmente en nuestra sociedad él no comparte su conocimiento ni con el enfermo, ni con su familia, al utilizar un lenguaje especializado, muchas veces inaccesible popularmente; asume totalmente su responsabilidad sobre el enfermo utilizando su poder de

reclusión y contención a través del funcionamiento de sus instituciones, o de la utilización inadecuada de los psicotrópicos. Por lo tanto, la psiquiatría científica ni siempre tiene la participación del propio enfermo de la familia y su comunidad, en su recuperación. Una sociedad no tecnificada que utiliza al etnopsiquiatra para el tratamiento del enfermo mental corre un menor riesgo de excluirlo del grupo, evitando la discriminación y segregación.

Para entender la posibilidad de utilizar los recursos de etnopsiquiatría en la sociedad moderna, tenemos que considerar los siguientes presupuestos:

- 1) los trastornos mentales están ligados a factores culturales, y cualquier abordaje no podría dejar de considerarlos;
- 2) la predicción de Devereux, en 1953, cuando reflexionaba sobre una práctica sociopsicoterápica, tiene hoy en la etnopsiquiatría un desarrollo técnico suficiente, a partir de las experiencias realizadas en el transcurso de esos años, ya sea en el campo de la asistencia a la enfermedad mental, sea en el campo de la prevención de la salud mental;
- 3) el movimiento migratorio de las poblaciones, cada vez mayor, hizo de las sociedades modernas sociedades policulturales.

Brasil es un ejemplo de la contribución de diversas etnias en la formación de su pueblo, de las marcadas diversidades culturales y, por eso, de la necesidad de discernimiento y flexibilidad del profesional para tratar ese tipo de cultura (Noronha, 1986). Considerando los tres presupuestos de la sociogénesis, de la evolución técnica y de la complejidad de las sociedades modernas, para la etnopsiquiatría no pensaremos en la adhesión de la sociedad

en general, sino en la adhesión a esta práctica del grupo a que pertenece el enfermo. El profesional no actuaría asumiendo la responsabilidad sobre el enfermo, sino compartiéndola con el equipo de profesionales, en una práctica multidisciplinaria, y haciendo que la familia y la sociedad asuman también su papel.

Para eso es preciso reflexionar sobre cómo cada sociedad “produce” y “consume” sus enfermos, además de considerar el conjunto de representaciones, conceptos, referencias místicas que tornan el problema mental comprensible para la comunidad y con algún sentido para el individuo. Lo normal y anormal para ser atribuido tiene que considerar el contexto donde vive el paciente, y no aquel donde vive o fue formado el profesional (Foster, 1978).

Psiquiatría social

En el 11º Congreso Mundial de Psiquiatría Social, realizado en Río de Janeiro en noviembre de 1986, los temas abordados fueron diversos, incluyendo prácticas populares no reconocidas científicamente, epidemiología comparada de los estudios transculturales, temas ligados a la etnopsiquiatría, como también previsiones sobre el futuro de la psiquiatría. Ese hecho muestra la diversidad de los conceptos que recubren la expresión “psiquiatría social”.

Llevando en cuenta la comprensión de Henri Collomb (1978) sobre esta expresión, podremos dividir la psiquiatría social en dos niveles de significación:

1) *De orden práctico*: concierne a los objetivos de humanización de la asistencia psiquiátrica y extensión de esa asistencia a toda comunidad. Incluye readaptar las actuales estructuras de las instituciones psiquiátricas,

con el objetivo de aproximarlas más a las necesidades del individuo con trastornos emocionales: regionalizar la asistencia y crear servicios extra-hospitalares con el fin de facilitar el acceso del paciente a la ayuda terapéutica y evitar el aislamiento y la segregación del enfermo. Además de eso, cabe a esa ciencia invertir en la reintegración del paciente a la comunidad, facilitar la comunicación con el paciente, considerando aspectos socio-culturales; promover acciones preventivas junto a las poblaciones consideradas más expuestas a las perturbaciones mentales.

Dentro de lo expuesto podemos ejemplificar acciones de la psiquiatría social en el mundo a través de movimientos distintos, considerando sus antecedentes intelectuales y bases teóricas, como también el momento histórico en que ocurrieron, pero que poseían una cierta semejanza con respecto a sus objetivos.

Algunos de esos movimientos serían:

La “antipsiquiatría” de Cooper y Laing en Inglaterra, considerando a través del estudio de la familia, la sociogénesis de la enfermedad mental (Cooper, 1967); la “psiquiatría democrática” italiana que consigue con la “Ley 180” alterar la forma de asistencia psiquiátrica en aquel país, valorizando la creación de dispensarios e integrándolos a una asistencia hospitalar de corta duración en hospital general, además de promover centros psicosociales de internación parcial (Basaglia, 1968); la “psiquiatría de sector” en Francia, propuesta por el Ministerio de Salud desde 1960, pero que tuvo que esperar hasta 1972 para tomar un rumbo, destronando al hospital psiquiátrico como único local de tratamiento (de la ley anterior de 1838), regionalizando la asistencia, además de crear otras formas de cuidados para el enfermo mental (Pouget y Castelnaud, 1985).

2) *De orden teórico*: Collomb da otra significación a la psiquiatría social, de orden teórico, analizando la enfermedad mental en la relación individuo-sociedad.

No utiliza ni el modelo médico, centrado en la enfermedad, ni el psicológico, centrado sobre la noción de persona, y sí un modelo sociológico considerando el campo social donde se desenvuelve y vive el individuo. Considera fundamental el papel del medio social en la génesis o evolución de la enfermedad psiquiátrica. De la medicina el psiquiatra hereda el pensamiento lineal y causal. Los síntomas no conducen al individuo, pero sí a su enfermedad. El desarrollo de la psicofarmacología refuerza la medicalización de la psiquiatría y los medicamentos minimizan por un tiempo los síntomas. Sin embargo el tratamiento continúa siendo ineficaz. Así, el modelo médico acaba excluyendo al individuo como “persona” (él no tiene otra significación que no sea la de sus síntomas) y la dimensión social del problema. La psiquiatría social se desarrolla a costa de un enfrentamiento con el modelo médico sólidamente establecido y difundido por la relación económica que lo envuelve. De este enfrentamiento deberá surgir una modificación en la manera hasta entonces empleada en la utilización de las medicaciones, dadas con el objetivo de destruir los síntomas, o contener al individuo, o castigar sus actitudes. El modelo médico atribuye a la medicación también la perspectiva de reequilibrar al individuo consigo mismo y con su medio, a través del control de sus síntomas, mostrando una visión ingenua de los mecanismos psicológicos y sociales, comprometiendo los resultados del tratamiento y tornando su actuación frente al problema poco ambicioso, por no decir pesimista.

Por lo tanto, en el transcurrir de la histo-

ria, la psiquiatría evoluciona con la “humanización” de la asistencia y el “mejoramiento técnico”, dejando el antiguo “tratamiento moral”, empleado en los hospicios, para llegar a las modernas técnicas analíticas de la “psicoterapia institucional”. Pero esa evolución puede estar apenas en la apariencia como una forma de encubrir la violencia, cuando el objetivo aún es el de domesticar al “loco”.

Las formas abiertas de violencia son fácilmente identificadas como las celdas, las represiones, los castigos o el ambiente deprimente de la institución. Difícil es comprender que la tentativa de uniformización moral y social en una institución también es una forma de violentar al individuo. Es el establecimiento de un tratamiento sin considerar las necesidades individuales del enfermo, como las peculiaridades de su vida, sus valores culturales, ideológicos y afectivos. Aún las modernas y humanitarias instituciones, como aquéllas que pretenden transformar todo el ambiente institucional en terapéutico las 24 horas del día, en una discrepancia con la sociedad en la que están insertas, no están exentas del riesgo de estar también “normatizando”.

Otra consideración que cabe actualmente a la psiquiatría social es con respecto a la estructura manicomial heredada, que fue incorporada por el modelo médico. Permanecen contradictorias las modernas técnicas terapéuticas con la actual estructura de los hospicios y hospitales psiquiátricos, incluso los recientemente creados, o las enfermerías psiquiátricas adaptadas en los hospitales generales. Se justifican entonces, delante de ese problema, los coloquios realizados por la Universidad de Nice sobre el tema “Arquitectura y Psiquiatría” (Graff y Martin, 1987). Esos coloquios tienen el objetivo de entender mejor esta contradicción entre la estructura que per-

siste en los hospicios y hospitales psiquiátricos en general y la acción terapéutica, como también de elaborar propuestas de estructuras más adecuadas. En los movimientos psiquiátricos aquí citados la cuestión estructural fue considerada en diferentes aspectos. A título de ejemplo, la antipsiquiatría intentaba la humanización a través de las comunidades terapéuticas; la “sectorización” francesa disolvía el hospicio; la psicoterapia institucional reinterpretaba el hospicio haciendo uso del conocimiento psicoanalítico y la psiquiatría democrática pregonaba en su estrategia la destrucción del hospicio.

Pero el desarrollo de la psiquiatría social, tanto como apertura para el estudio etnopsiquiátrico, psiquiatría transcultural y folclórica, no podría dejar de ser precedida por lar-

gos estudios y reflexiones en el transcurrir de esos años. Esos estudios partieron tanto de la psicología en dirección a la etnología, como de la etnología en dirección a la psicología. En la psicología tuvimos, en el siglo pasado, el desarrollo del “psicoanálisis” de Freud, que en algunas obras intentó aproximar esa ciencia al campo social. En la etnología, el “funcionalista” Malinowski, intenta aproximar su escuela al psicoanálisis, como también Boas y sus seguidores trabajaban sobre la caracterización psicológica de los tipos de sociedades. Estoy convencido de la aparición de una escuela que pueda incluir lo etnológico y lo psicológico, sin que por ello tenga que utilizar premisas de las dos ciencias, sino que tenga una construcción teórica propia, compatible con la relación de ambas.

REFERENCIAS

- Basaglia, E. (1968). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Basaglia, E. (1975). *Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Institucional*. Barcelona: Barral.
- Cavalcanti, A. M. y Barreto, A. P. (1987). Locura e cultura. *J. Brasileiro Psiquiatr.*, 36, 299-312.
- Collomb, H. (1974). Psychiatrie traditionnelle en Afrique. *Rev. Psiq. Cuba*, 18, 9-15.
- Collomb, H. (1978). De l’Ethnopsychiatrie à la psychiatrie sociale. *Can. J. Psychiat.*, 24, 459-470.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatría e Antipsiquiatría*. São Paulo: Perspectiva.
- Devereux, G. (1970). *Essais d’Ethnopsychiatrie Générale*. Paris: Gallimard.
- Ey, H.; Bernard, R. y Brisset, Ch. (1985). *Tratado de Psiquiatría*. São Paulo: Masson.
- Foster, G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: John Wiley & Sons.
- Graff, P. e Martin, E. (1987). *Architecture et Psychiatrie*. Nice: Association Psychiatre Sans Frontières.
- Laplantine, F. (1973). *L’Ethnopsychiatrie*. Paris: Ed. Universitaires.
- Mauss, M. (1950). *Sociologia e Antropologia, (Introdução de Lévi-Strauss)*. São Paulo: EDUSP.
- Noronha, M. (1988). A etnopsiquiatría e o Reconhecimento do saber popular. *J. Brasileiro Psiquiatr.*, 37, 113-115.
- Noronha, M. (1986). Hospitalismo – Sintoma da Doença Institucional – Contribuições Etnopsiquiátricas. *ABP-APAL*, vol 8, 4:144-147.
- Poirier, J. (1969). *História da Etnologia*. São Paulo: Cultrix.
- Pouget, R. e Castelnau, D. (1983). *L’Assistance Extra-hospitalière*. Paris: Encicl. Méd-Chir.
- Spindler, G.D. (1978). *Psychological Anthropology*. Los Angeles: University of California Press.