

ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL¹

Ana Lía Verón y Sandra Marañón

El propósito de este capítulo es reflexionar sobre las intersecciones que podemos hallar entre la psicología y la antropología en el abordaje de la salud mental. Nos proponemos indagar en esos intersticios que posibiliten intervenciones profesionales interdisciplinarias y enriquecidas en el diálogo propuesto.

La salud mental ha tenido a lo largo de la historia, varias definiciones según el paradigma imperante, encarnando procesos de construcción colectiva e integrando diferentes concepciones epistemológicas, perspectivas, discursos y prácticas. Es complejo hacer una genealogía de la construcción del mismo, al ser un concepto polisémico. Además, diferentes disciplinas han dado sus definiciones y éstas se han modificado a lo largo de la historia.

1. Algunas definiciones de Salud mental

Tomemos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala que *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹ La salud no es solamente la ausencia de enfermedades, es entonces el resultante de un complejo entramado de factores sociales, biológicos, culturales, políticos y ambientales, entendiendo a las personas como seres sociales, que para estar sanos tienen que poder desarrollarse en interacción armoniosa con su medio. En el mismo apartado define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus capacidades y puede abordar las situaciones complejas de la vida, trabajar en forma fructífera y también es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Podemos interpelar esta definición propuesta por la OMS y desnaturalizarla preguntándonos si es posible ese estado de completo bienestar físico, mental y social. ¿Existe este completo estado de bienestar?

¿Es esto posible en los contextos neoliberales actuales? ¿Es posible en contextos de desigualdad y exclusión?

Diferentes disciplinas han desarrollado definiciones de salud y en esta búsqueda hallamos algunas, por ejemplo, las definiciones de Georges Canguilhem (1966) quien desde la filosofía médica hace sus aportes en su tratado *“Lo normal y lo patológico”*. En esta obra el autor sostiene la tesis de que salud y enfermedad son valores biológicos cualitativamente polares. La enfermedad, afirma Canguilhem, es un comportamiento de valor negativo para un ser individual, concreto, en relación de actividad polarizada con su ambiente.

Freud, por el contrario, en su texto *“Sobre las causas ocasionales de la neurosis”* afirma que la diferencia entre salud y enfermedad es una cuestión de grados, no de orden cualitativo sino cuantitativo: *“entre las condiciones de la salud y las de la neurosis no existe diferencia cualitativa alguna resultando que los sanos han de luchar también para alcanzar el dominio sobre su libido, si bien lo consiguen más perfectamente”*. (1912, p. 1721).

Emiliano Galende (1998), afirma en su texto *Psicoanálisis y salud mental*, en el capítulo referido al sistema de salud mental,

que los problemas requeridos en el campo de la salud mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores humanos y que, como profesionales de la salud mental estamos obligados a analizar el complejo entramado de articulaciones entre la producción social de valores en salud Mental, los modos históricos de representación de los problemas

¹ Este texto corresponde al Capítulo 19 del Libro *Antropología, problemáticas y debates*. Mainetti, Maria (coord.) 2020. Ed Fundación La HENDIJA

que suscita la enfermedad mental , es decir la conformación de saberes y teorías y las prácticas correspondientes(p.79)

Empezando a enlazarnos con la Antropología, propone que el objeto de la salud Mental, *“no es un objeto natural sino que es un objeto social-histórico que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de la salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas”(p-80)*

Este autor abre la puerta para darnos paso a la mirada antropológica, ya que nos propone en el mismo texto que las cuestiones relativas a la salud y enfermedad mental o padecimiento mental, según nuestra ley actual, no tienen su origen en datos naturales, es decir que las normas de relación en las cuales se producen estos valores no son normas biológicas sino sociales. Hoy hablamos de padecimiento mental y según Galende las representaciones sociales de la enfermedad o padecimiento mental tanto en quien la padece como en quienes intervienen, no están desligadas de las convenciones del lenguaje y de la atribución de significados.

Por lo tanto podemos interpelar los modelos causalistas de la psiquiatría organicista como así también de la psiquiatría biológica. El autor afirma *“que todo sufrimiento subjetivo, está mediatizado por la relación del individuo con los símbolos que lo unen al mundo”* (pag.81-82)

Galende como tantos otros autores, consideran que las nociones de sano o enfermo deberían situarse en tiempos y espacios antropológicos específicos. Retomando a Canguilhem afirma que

lo que resulta normal en cierto ámbito físico social por su frecuencia, o por constitución de valores sociales, puede ser considerado enfermo en otro medio físico o social. El reconocimiento de este relativismo cultural es solidario con la noción de un entramado entre naturaleza y cultura que determine leyes orgánicas por obra de la relación psicosomática (1966, p. 217)

También Rojas & Sternbach (1997) ponen el acento sobre las consecuencias de un sometimiento a las pautas consideradas valorables por la cultura: *“Cada momento histórico formula un “prototipo sano”; es decir un conjunto de modalidades subjetivas acorde con los ideales predominantes y por tanto, estimulado y socialmente reconocido”* (p. 131). Esto implica que las nociones de salud, salud mental, enfermedad, son construcciones socio históricas y que dependen de los valores de época, de la mirada hacia el otro y de las prácticas que se establecen según esa mirada.

Continuamos indagando y nos encontramos con Helena Lunazzi (1992) quien, en *“Lectura del Psicodiagnóstico”*, texto en el que desarrolla un capítulo referido a *“Criterios de salud y enfermedad”* afirma *“que importa reconocer la normatividad del sujeto “en tanto capacidad de fluctuación dinámica entre su realidad y recursos psíquicos y la realidad externa”* (p. 71). Entendiendo a la salud como concepto dinámico. Lunazzi sostiene que

experimentar conflictos es inherente a la salud y a la vida humana: “en tanto poder experimentar rupturas dentro de una homeostasis fluida y recuperar nuevas organizaciones inestables equilibrantes. Así como la rigidez queda asociada a enfermedad psíquica, salud psíquica sería la posibilidad de reorganizaciones adaptativas, creativas (p. 72).

Seguramente existen muchas más definiciones, sin embargo sostenemos aquellas que se basan en entender la salud como determinada por las variables de tiempo y espacio, teniendo en cuenta la singularidad de cada sujeto y de su grupo humano de referencia con valores, creencias y cosmovisiones específicas.

2. Ley de protección al derecho a la salud mental-Ley 266257 y paradigma de derechos humanos

La definición que propone nuestra ley de protección al derecho a la salud mental, la ley 26657, define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Además es la posibilidad que tiene una persona de gozar una armonía biopsicosocial en interacción dinámica con el medio en el cual vive.

En este sentido, interpelar la situación actual de la ley de salud mental y su entrecruzamiento con el paradigma de derechos, es una oportunidad para nuestros estudiantes. Desde la antropología, se propone que como futuros profesionales reflexionen en relación a su posicionamiento ético, que implica cuestionarse, interpelarse, saberse protagonista de un contexto, un contexto que puede ser transformado a través del ejercicio de la profesión.

El paradigma de prevención y protección de derechos implica un cambio de cosmovisión en lo que respecta a la capacidad, autonomía y dignidad de las personas. Así, se considera a las personas no ya como objeto de protección sino como sujetos de derechos; se les otorga la posibilidad de ejercer sus derechos en forma autónoma o de forma asistida, ya no se les quita la titularidad de los mismos. Se propone así el cambio de un paradigma de costo-beneficio a uno donde se construye ciudadanía. Un paradigma que entenderá a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Un paradigma que se opondrá al modelo médico hegemónico y a sus lógicas normalizadoras, disciplinarias y de control. Un paradigma que tendrá en cuenta las condiciones históricas del sujeto, que no lo determinará como peligroso y necesitará excluirlo y en definitiva, un paradigma que entenderá el padecimiento como un proceso y no como determinante. También hará a los sujetos capaces de decidir sobre su sufrimiento al tener toda la información necesaria para hacerlo autónomamente.

Rol de las universidades en la formación profesional

En lo que refiere al compromiso de las universidades en la formación de sus profesionales, la ley de salud mental, en su artículo n° 33 estipula que la autoridad de aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimientos de las normas y tratados internacionales en derechos humanos en y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

La formación que propone nuestra facultad de Psicología está orientada a formar profesionales con características enunciadas como rasgos deseables en el perfil profesional y que están íntimamente relacionadas con los propósitos institucionales. Los mismos se consignan del siguiente modo en el Plan de Estudios vigente (OCS 143, Anexo I):

En lo profesional, capaz de desempeño interprofesional idóneo, capaz de desempeñarse en los ámbitos institucionales y comunitarios, dotado de criticidad respecto de su rol profesional, apto para contextualizar los conocimientos de su ciencia en el marco cultural general, crítico respecto de sí, de sus posibilidades y limitaciones.

En lo social, éticamente comprometido con la realidad y la defensa de los Derechos Humanos, capaz de evaluar y modificar su realidad social y capaz de percibirse como prestador de servicios sociales.

Acercarnos a conceptos antropológicos posibilita que quienes habitan las aulas problematicen las representaciones sociales, prácticas y políticas que están atravesadas por estereotipos, prejuicios y estigmas con implicancias en el plano de la salud, tales como la supuesta peligrosidad e irreversibilidad del padecimiento mental, que se traducen en conductas discriminatorias y/o conductas de violencia institucional

Este compromiso es coherente con el ejercicio que les proponemos .A través del análisis crítico del contexto, de su formación y de su lugar en la comunidad como un sujeto instituyente y transformador, no volviendo a utilizar categorías de diagnóstico estipuladas por manuales psiquiátricos, impediremos que se instalen nuevamente la hegemonía del modelo médico hegemónico encarnado en la psiquiatría. Entendiendo que esas prácticas han intentado estigmatizar la desigualdad y ocultar el conflicto social, conflicto que es colectivo y no individual.

La mirada antropológica les da a los estudiantes la posibilidad de desnaturalizar y descotidianizar, reflexionar sobre su rol como profesionales de la salud mental , en relación a la representación social de la salud mental empleada en la formación, su origen, sus fundamentos, aplicación y significaciones asociadas, para que resulte acorde a las convenciones internacionales de referencia y a la normativa vigente.

Promovemos entonces la deconstrucción del paradigma del modelo médico hegemónico y el estudio crítico de las concepciones y prácticas tradicionales y sus efectos sobre los sujetos y comunidades, instalando abordajes centrados en la subjetividad y su contexto.

Incorporamos la perspectiva de género, incluyendo la identidad de género y sus expresiones, de manera transversal y desde un enfoque de derechos, la perspectiva de la diversidad cultural que desnaturaliza la mirada etnocéntrica así como los prejuicios y estereotipos asociados a discriminación, xenofobia y racismo, tomando especial consideración de las realidades territoriales y la adopción del enfoque y las herramientas que promuevan el empoderamiento colectivo y la participación comunitaria.

3. Relación entre antropología y salud mental

Dos cuestiones diferentes, pero a la vez complementarias, son pasibles de ser planteadas al abordar la relación entre la antropología y la salud mental.

La primera cuestión se centra en torno a las definiciones sobre lo normal y lo anormal como comportamientos dentro de diferentes culturas. Esta indagación comienza tempranamente en la disciplina con el trabajo clásico de Ruth Benedict “La antropología y el anormal”, que fue publicado en la década de 1930, y donde esta antropóloga se preguntaba:

¿Hasta qué punto estas categorías están culturalmente determinadas, o hasta qué punto podemos nosotros, con seguridad, considerarlas como absolutas? ¿Hasta qué punto podemos considerar la falta de habilidad para operar socialmente como diagnóstico de anormalidad, o hasta qué punto es necesario considerar esto como una función de la cultura?

En respuesta a estas preguntas Benedict afirma que, en base a los estudios de la época

Cualquiera sea el tipo de “anormalidad” que elijamos como ilustración, aquellas que indican extrema inestabilidad o aquellas vinculadas a la naturaleza de los rasgos de personalidad, como el sadismo o los delirios de grandeza o de persecución, lo cierto es que existen culturas bien descritas en las cuales estos anormales funcionan cómodamente y con honor y, aparentemente, sin peligro ni dificultad para la sociedad

Benedict sostiene que los fenómenos más estudiados hasta ese entonces eran el trance y la catalepsia, y que la mayoría de los pueblos consideraban que estas manifestaciones psíquicas extremas resultan no sólo normales y deseables sino también propias de individuos altamente valorados y dotados. En algunos pueblos, estas características son propias de las mujeres y en otros se asignan a los hombres. También, en muchas sociedades a los homosexuales se le asigna un lugar honorable y quienes manifiestan tal inclinación han jugado roles de honorabilidad que les han sido asignados.

La autora concluye, al analizar la cuestión de los padecimientos mentales, que debemos enfrentar el hecho de que incluso nuestra normalidad es un producto humano y es resultado de nuestras propias búsquedas.

La segunda cuestión es planteada desde los debates contemporáneos de la antropología médica crítica, y se centra en la relación entre lo macro y lo micro en las determinaciones del padecimiento.

Los estudios demuestran que tomar en cuenta el macronivel nos permite apreciar que no somos actores aislados, cada uno creando de manera independiente su propio guión. (Singer, 1988), sin embargo, se debe prestar atención sobre las maneras en que la experiencia del paciente desafía a la hegemonía médica y a la medicalización, tanto en niveles colectivos como individuales.

El estudio de la experiencia y la acción del paciente es un correctivo importante a la tendencia que da por sentado que, dado que el poder está concentrado en las estructuras del macronivel, el micronivel está determinado mecánicamente desde arriba.

Estas dos cuestiones nos acercan a las búsquedas que fue haciendo la antropología en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención (tal como vimos en el capítulo XX) pero no agotan las preguntas que surgen al vincular campos disciplinares diferentes.

Desde la experiencia antropológica en las prácticas de salud mental Rolfo (2013) nos señala que:

Una contribución importante que la antropología hace al campo de la salud en general, y de la salud mental específicamente, es el hecho de pensar que todas las instancias de reflexión y/o intervención frente a una problemática, sea cual fuere la disciplina que lo mira, es justamente que esa mirada viene atravesada por diferentes lentes y formas de interpretar la realidad, fragmentarias y parciales.

De este modo, en cualquier intervención, para lograr abordajes complejos, cada disciplina debe poner en forma activa y consciente su propia mirada y, al mismo tiempo, hacer partícipe la mirada del sujeto que padece, los sujetos implicados y los contextos en los que se insertan.

Esta investigadora sostiene que no solo debe entrar en juego el análisis de la subjetividad sino que es imprescindible incorporar la dimensión socio-cultural en todas las etapas del trabajo de intervención. Esto nos lleva a incorporar la pregunta de sobre qué lugar se da a la diversidad cultural en el trabajo de intervención con pacientes. ¿Eso se tiene en cuenta realmente? ¿Qué hacer con ese “otro” que se presenta en una guardia, en un consultorio o en un ámbito de intervención comunitaria? ¿cómo se da cuenta de una problemática de salud mental, cuando el “otro cultural” es tan diferente a nosotros?

La autora propone ampliar la mirada hacia el sujeto, ser social y subjetivamente constituido. Hacer entrar en escena al sujeto y su contexto implicando una posición ético política, que permita la escucha de las voces de los relegados, el reconocimiento de la comunidad y de sus miembros en su singularidad, y la capacidad y derecho de participar en la toma de decisiones.

Gamaldi, R, Hengen, S. y Peralba, L (2013) desde la psicología, realizan un importante aporte, partiendo de una pregunta clínica por la cultura, suscitada a partir de los obstáculos

que se presentaron en el encuentro con Deón, un paciente refugiado de origen ghanés, en la guardia de un Hospital Público de nuestro país. Ubican no solamente las dificultades institucionales sino también las de la práctica clínica, que las llevó a formular la pregunta ¿se corre el riesgo de patologizar lo cultural o de desconocer la patología en aras de un pseudoculturalismo? Es decir, se sanciona algo como patológico y se aplica un tratamiento, desconociendo todo aspecto cultural, o bien, desde una mirada culturalista y reduccionista, se sostiene que eso “es cultural”, obviando el sufrimiento que pudiera estar implicado allí. La historia de Deón, que desplegaba un delirio místico y que llevaba varios días sin comer por temor a ser envenenado por Dios, y cuya edad se puso en duda, llevó a las profesionales a tomar contacto con el equipo de Asistencia Integral y Protección del Refugiado, quienes advirtieron que las formas de atención y concepción de la salud mental difieren enormemente en otras culturas y, en el caso de los países africanos, la enfermedad mental es leída a partir de parámetros que incluyen elementos de la magia y lo espiritual. La pregunta que surgió del caso fue ¿qué tipo de demanda puede formular un usuario que no maneja los mismos criterios que nosotros sobre lo que le está sucediendo ni sobre la forma en que otro puede intervenir en eso?

En este caso se demuestra que salud y cultura no deben quedar en oposición sino que son parte de un mismo enfoque integral, tal como está expresado en la Ley de Salud mental, en la cual lo comunitario aparece como un escenario fundamental. Es así que, en el caso de Deón, son los lazos de su comunidad los que lo alojaron y solamente se alimentó con lo que los miembros de su comunidad le trajeron. Esos vínculos le permitieron tramitar esta experiencia y actuaron como un recurso terapéutico durante la internación.

Entre otros interrogantes, el equipo de salud mental planteó ¿cómo pensar un modo de abordaje que no implique una colonización? ¿Cómo pensar una manera de intervenir que no excluya al paciente forzándolo a encajar en nuestras teorías y tratamientos?

En la misma línea, Nancy Scheper Hughes (1990) sostiene que la antropología debe ser una antropología de la aflicción y no una mera antropología de la medicina. La praxis no debe dejarse librada a manos de aquellos que no representarían otra cosa más que los principales intereses de la hegemonía biomédica.

También la perspectiva crítica de la colonialidad del poder nos propone un pensamiento decolonial como proyecto intelectual y político que nos exige enfrentar las certezas del pensamiento eurocéntrico en el cual estamos educados y cuestionar cómo, para qué y con quienes pensamos lo que se piensa. Esta línea de pensamiento nos invita a descubrir y cuestionar la colonialidad del ser, del saber y del poder.

En esta línea también es interesante tomar en cuenta el planteo de Carballada (2020) quien sostiene que

Pensar en una corporalidad situada, que nos conecte con la identidad colectiva, con la cultura, con los otros, significa abandonar el sometimiento de la episteme moderno / colonial para construir caminos novedosos y factibles, en un diálogo de igual a igual, sin sometimientos con ésta. Para ello, tal vez se requiera de formas de conocimiento novedosas, que dialoguen con lo viejo, lo olvidado, lo sometido. De esta manera, los cuerpos son expresión del territorio, de su saber y de su historia. Se trata, posiblemente, de intentar una vez más, desnaturalizar el pensamiento moderno colonial, de ponerlo en cuestión, de interpelarlo. Teniendo en cuenta que no puede haber emancipación sin liberación del conocimiento (p.8)

REFERENCIAS

Benedict, R.(1934) La antropología y el anormal En: Journal of General Psychology (1934), 10(2), pp. 59-82. Recomendado en su publicación original por Franz Boas, aceptado

- para su publicación por Carl Murchison del Comité Editorial y recibido en la Oficina Editorial el 30 de diciembre de 1932.
- Canguilhem, G (1966). *Lo normal y lo patológico*. (1º ed. en español) Buenos Aires: Siglo XXI.
- Carballeda, A.J.M (2020) Corporalidad e identidad colectiva. En:Tello, C y Danel, P. (coordinadoras). 2020. *Decolonialidad, identidades divergentes e intervenciones*, Libros de cátedra, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, EDULP (pp. 8-10)
- Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós
- Gamaldi, R.; Hengen, S. y Peralba, L. (2013) Lo extranjero. En: CLEPIOS. *Revista de profesionales en formación en salud mental*. Volúmen XIX – N°3 (104-107)
- Freud, S. (1886-1942) 1981. Obras completas. (4ª ed.) Madrid: Biblioteca Nueva. 1912 Sobre las causas ocasionales de la neurosis
- Lunazzi, H. (1992). *Lectura del psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Belgrano.
- Rolfo, M. F. (2013) Aspectos antropológicos en Salud mental. Entrevista. En: CLEPIOS. *Revista de profesionales en formación en salud mental*. Volúmen XIX – N°3 (115)
- Scheper-Hugues, N. (1990). Three Propositiones for a critically applied Medical Anthropology. *Social Science and Medicine*, 30, (2). (trad.)
- Ley de protección al derecho a la salud mental N°26657

¹ Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. p. 14 - 25.