

Sergio Javier Villaseñor Bayardo, (compilador), *Rencontres Franco-Mexicaines d' ethnopsychiatrie et de psychiatrie 1994-1996. Actes/ Encuentros franco-mexicanos de etnopsiquiatría y de psiquiatría 1994-1996. Actas*. Centro Científico y Técnico de la Embajada de Francia en México/Instituto Francés para América Latina/Revista del Residente de Psiquiatría, 1996, 205 pp.

La convicción de que las ciencias de la salud, en particular la psiquiatría, no pueden seguir ignorando a la antropología sin arriesgarse a perder eficacia terapéutica, y la evidencia de que en la evolución de una enfermedad interviene la propia concepción del individuo sobre su condición de enfermo, son dos aciertos que los autores de las 26 ponencias reunidas en *Rencontres* podrían suscribir. El tercero, la vitalidad de las relaciones culturales entre México y Francia que llevó a difundir la investigación clínica, el trabajo de campo y la reflexión teórica y metodológica de psiquiatras y antropólogos provenientes de ambas latitudes.

Celebro que la preocupación por curar de manera integral —que satisfaga a médico y enfermo— se encuentre en muchos de los trabajos que hoy comento. Que la medicina se interese por recuperar el contenido humano de su práctica —la enfermedad adquiere una expresión diferente en cada individuo y en cada cultura— no deja de ser alentador, porque ello contribuirá a fortalecer la dignidad del enfermo, que si generalmente se ve disminuido en sus capacidades, en los padecimientos mentales se torna aún más vulnerable y puede verse expuesto a la vejación del personal médico, cuando no de su propia familia y de su entorno social.

Isabel Lagarriga, Evelyne Pewzner-Apeloig y Sergio Villaseñor-Bayardo están interesados en conocer de qué manera los enfermos se ven a sí mismos. Tanto la población urbana internada en hospitales psiquiátricos —públicos y privados— como la de origen campesino o indígena que persiste en la utilización de terapéuticas no occidentales, dispone de una explicación de su enfermedad alejada de la «medicina científica», pero enraizada en su propia cultura. De ahí la presencia de factores mágicos (brujería), religiosos (castigo divino), de control social (infracción de normas), emocionales o hereditarios en la etiología. Los procedimientos diagnósticos, la clasificación de las enfermedades y los tratamientos se nutren igualmente de una cultura que no guarda relación con la racionalidad del modelo médico de Occidente. El

pensamiento médico se adjudicó, como condición de progreso, la ruptura con el mundo de lo religioso y lo sobrenatural, despojando a la enfermedad de sus dimensiones simbólicas.

Los tres autores parecen convenir en que si la psiquiatría occidental considerara el contexto cultural en el que se desarrolla la enfermedad, sus prácticas preventivas y terapéuticas serían mucho más exitosas. Proponen enriquecer la práctica médica, en el sentido de incorporar la cosmovisión del paciente. Sin embargo, ¿por qué no poner en la mesa de discusión los presupuestos sobre los que se ha construido la propia psiquiatría —su epistemología— exactamente como la etnopsiquiatría hace con «los otros»? Podríamos alentar con ello un auténtico diálogo entre culturas, donde sujeto y objeto edifiquen una comprensión común.

Con una dosis de imaginación extraordinaria y una capacidad humana nada desdeñable, Anne Henry y Sergio Villaseñor-Bayardo muestran cómo la antropología puede convertirse en un importantísimo elemento terapéutico cuando las herramientas propias de la psiquiatría parecen insuficientes o limitadas.

Contrariamente a la idea de que el crecimiento «de las patologías ligadas al envejecimiento se explica por el aumento de la esperanza de vida», los autores mencionados sostienen que el lugar tan restringido que se ha dejado a los viejos en algunos países de Occidente, sobre todo en Europa, ha contribuido a que sus sentimientos de autodesvaloración los conduzcan a la demencia. El aislamiento en instituciones o casas de retiro no es más que la expresión de su aislamiento afectivo. En un afán por contrarrestar su condición de excluidos se ensayó devolver a los ancianos uno de los papeles que en otro tiempo les habían sido casi inmanentes: el de testimoniar y transmitir.

Bretaña, región al oeste de Francia que está viendo amenazadas su lengua y sus tradiciones, ha sido el escenario de los encuentros entre ancianos, depositarios de dichas «especies en extinción», y los niños que estudian neobretón —más académico, uniforme y carente de las variaciones dialectales propias de una lengua en transformación— en escuelas fundadas por militantes de la cultura bretona. El placer que los ancianos encontraron, no sólo en la transmisión de una lengua más auténtica, con mayor riqueza idiomática que la enseñada en las escuelas, sino en la compañía de los niños, generó el sentimiento de restablecimiento de la continuidad generacional. La carga de narcisismo y la conciencia de su utilidad hicieron del enfoque etnológico un instrumento terapéutico. En otra experiencia, esta vez con ancianos hospitalizados, o que lo había sido en algún momento, y con dificultades para hablar de sí mismos, se optó por organizar entre ellos grupos de habla en bretón —

lengua ambigua: a veces objeto de orgullo, otros de deshonra— con el fin de hacer aflorar sus recuerdos sobre fiestas, ritos, costumbres. Hablar del pasado trajo como consecuencia la comparación con el presente y, finalmente, permitió emerger la propia subjetividad: La doctora Henry sostiene —a manera de hipótesis— que el bretón, por representar socialmente una lengua arcaica, podría convertirse en vehículo de los contenidos del inconsciente.

Por más que este experimento de «laboratorio social» me haya parecido altamente sugerente y creativo, no dejan de inquietarme los aspectos éticos del mismo: hablar de la propia subjetividad por inducción.

Desde otra perspectiva, Jorge Aceves Lozano rescata el hecho de que la etnopsiquiatría, al intentar comprender los procesos de salud-enfermedad bajo los propios conceptos de los grupos culturales donde ellos tienen lugar (la llamada perspectiva «emic» sobre la que también insiste Alma García Alcaraz al definir la psiquiatría transcultural), permite a la historia oral desarrollar «controles críticos en los procesos de construcción del conocimiento», cuando éste se sustenta en concepciones subjetivas de los individuos, tal y como acontece en la entrevista. El historiador oral se halla entonces en condiciones de reconocer en los testimonios por él recogidos las dimensiones no conscientes, analizar la subjetividad, no sólo desde el entramado conceptual del investigador, sino en el marco sociocultural del que proviene.

Finalmente, me gustaría comentar los trabajos que se agrupan en torno a la preocupación por ofrecer alternativas institucionales al encierro en un manicomio, usualmente prolongado y causa de segregación del paciente de su entorno social.

Si bien el *sector* es conocido como el modelo francés de atención psiquiátrica, A. Marcuel, F. Caroli, Jean Garrabé de Lara y Alberto Velasco Garduño se encargan de recordarnos su historia y sus bondades. La destrucción de hospitales psiquiátricos, la muerte de internos y la experiencia por parte de médicos y enfermeras de campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, condujeron a plantear la necesidad de evitar a los enfermos vivencias similares. El *sector* o área geodemográfica que presta atención psiquiátrica de manera oficial desde 1960 a un grupo de población que puede variar entre 60,000 y 80,000 habitantes tuvo y tiene como cometido el progresivo abandono de las grandes unidades hospitalarias —poco personalizadas y con dificultad para dar seguimiento al paciente después de su salida— la disminución de los internamientos sin consentimiento del paciente, la cercanía entre éste y el lugar de atención, y el sustituir las

hospitalizaciones largas por estancias cortas para evitar la desocialización que implica el aislamiento prolongado. Finalmente, el *sector* pretende involucrar a la familia en la propia terapéutica.

Otras formas de psiquiatría intersticial más sofisticadas —de esta psiquiatría que ya no espera la llegada del paciente, sino que sale en su búsqueda— se han desarrollado en Francia como apoyo al *sector*. Martin Reca, J. Luc Marcel, Anne Henry, Michel Botbol, Mario Horesyein y Pierre Delteil pormenorizan su experiencia clínica en hospitales de día, centros de acogida y de crisis en urgencias psiquiátricas, centros de readaptación terapéutica y de ayuda a la dependencia de medicamentos (sobre todo tranquilizantes), unidades de atención psiquiátrica domiciliaria para bebés (autismo, encefalopatía), intervenciones en las escuelas destinadas a prevenir traumatismos psicológicos y la propuesta de centros de tratamiento para delincuentes sexuales, respectivamente.

Si bien esta diversidad de opciones terapéuticas puede ser resultado de la creciente especialización de la psiquiatría, del movimiento consustancial a la medicina moderna de destinar más recursos a la prevención que a la curación, del deseo sincero de responder, bajo modalidades apropiadas, a cada una de las fases de la enfermedad y de descubrir en cada paciente su propia singularidad, es inevitable pensar en el tipo de sociedad que hemos construido, en el cúmulo de nuevas patologías cuyo crecimiento parece imparable y para las cuales casi siempre hay una respuesta institucional que no permite ningún resquicio.

*María Cristina Sacristán*  
Instituto de Investigaciones dr. José María Luis Mora