
ORIGINALES Y REVISIONES

Psicogeriatría cultural: la entrevista clínica como intervención cultural

E. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

Psiquiatra

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
Hospital Xeral de Galicia. USM-2

Resumen

La historia clínica de una anciana concreta, supuestamente demenciada, nos permite introducir una visión antropológica de la entrevista clínica, contrapuesta a la biomédica. Aparece, así, el riesgo de convertir nuestras actuaciones en cruentas intervenciones sobre la cultura del sujeto enfermo, en aras de una pretendida universalización de los saberes de las enfermedades y de las clasificaciones diagnósticas. Se defiende la psicogeriatría cultural frente a un concepto consificado, abiográfico y ahistórico de cultura, que no es más que otro intento contemporáneo de dominación. No se puede recuperar al sujeto sin el perspectivismo.

Palabras clave: *Psiquiatría cultural. Psicogeriatría. Localismo. Entrevista.*

Summary

Cultural Psychogeriatry. *The clinical history of a specific old woman, which supposedly has a demential complaint, allows us to introduce an anthropologic view of the clinical interview, in comparison to the biomedical one. Thus, the risk of turning our conduct into bloody intervention in the patient's own culture, appears due to the intention of carrying through a false universalisation of the different knowledges, diseases and diagnostic classifications. The cultural psychiatry is defended of an abiographic, ahistoric and reificated concept of culture, which is no more than another contemporary try of domination. It is no possible to recover the subject without taking account of perspectivism.*

Key words: *Cultural psychiatry. Psychogeriatrics. Localism. Interview.*

Résumé

Psychogériatrie culturelle. *L'histoire clinique d'une personne âgée concrète, vraisemblablement démente, nous permet d'introduire une vision anthropologique de l'entretien clinique opposée à la vision biomédicale. Il surgit ainsi le risque de convertir nos actions en de sanglantes interventions sur la culture du patient malade au nom d'une soi-disant universalisation de la connaissance des maladies et des classifications diagnostiques. L'on défend la psychiatrie culturelle d'un concept chosifié dont la culture est absente de toute biographie et histoire et qui n'est autre qu'une tentative contemporaine de domination. L'on ne peut récupérer le patient sans le perspectivisme.*

Mots clés: *Psychiatrie culturelle. Psychogériatrie. Régionalisme. Entretien.*

Riassunto

Psicogeriatría culturale. *La storia clinica di un'anziana concretamente suppostamente demenziata, ci permette d'introdurre una visione antropologica dell'intervista clinica contrapposta a quella biomedica. Appare così il rischio di convertire le nostre attuazioni in cruenti interventi sulla cultura del soggetto ammalato per una prete-*

sa universalizzazione dei saperi delle malattie e delle classificazioni diagnostiche. Si difende la psicologia culturale di un concetto quantificato abiografico e astorico di cultura che non è altro che un altro tentativo contemporaneo di dominazione. Non si può recuperare il soggetto senza il propeptivismo.

Parole chiave: *Psichiatria culturale. Psicogeriatría. Localismo. Entrevista.*

Introducción: los casos clínicos

María es una aldeana gallega que, hace menos de un mes, acudía a la Unidad de Salud Mental (USM) número dos de Santiago de Compostela, con un volante (la Autonomía no suprimió el histórico y telegráfico P-10) de su médico de cabecera, quien nos señalaba: “*Depresión, alucinaciones, ideas delirantes... ¿comienzo de síndrome demencial?*”.

Una alumna de sexto curso de medicina (rotatorio), le había tomado unos datos previos: tenía 87 años, estaba viuda desde los 25, sin hijos, sus estudios oficiales eran muy escasos y vivía en su casa con una sobrina casada, el marido y los hijos de ambos. Había sido toda su vida campesina, al igual que sus antepasados y la mayoría de sus colaterales.

Por un sesgo de la subcultura dominante en el equipo de la unidad, los “jóvenes” (psicólogos y MIR de Psiquiatría) tienden a colocarme a los “viejos” y a los psicóticos; mientras ellos prefieren a los jóvenes universitarios con demandas “ligeras”. Le sumé otro artefacto asistencial: María había nacido en una parroquia (Oca) de un municipio limítrofe con Santiago, donde existía un santuario (O Corpiño) especializado años atrás en rituales exorcísticos para dar respuesta a *meigallos*, que viene siendo algo parecido a *endemoniados*, aceptando, con reservas, la traducción que hace Lisón¹. El “caso” me interesó, especialmente desde el punto de vista investigador, porque andaba escaso de narrativas referentes a ese espacio concreto.

Así que, después de saludarla, presentarme y sentarnos, introduje lo que podría ser el preludio de una entrevista clínica rutinaria, pero que nos ocupó más de tres cuartas partes de la misma. Le dije que me interesaba saber cosas del Corpiño de Oca. La sobrina de María y la alumna de medicina quedaron fuera de juego; la primera, asombrada por lo bien que la paciente “hilaba” el relato y respondía a mis preguntas; la segunda, sorprendida porque en una consulta médica se hablase de “supersticiones populares”.

Sin proponérmelo explícitamente en esa entrevista, había introducido un cronotopo o atractor semántico, que provocó una rica narrativa autobiográfica en cascada. Además de utilizar su lengua, al preguntarle por algo tan lejano y tan próximo, la había situado en el rol de experta en un tema que formaba parte de su identidad cultural y personal.

La entrevista no fue grabada, por eso, con las notas tomadas en la misma e inmediatamente después, co-construimos este resumen de lo que María dijo:

“Era más importante que el Corpiño de Lalín, venían gentes de todas partes. La enfermedad no sé lo que era, pero parecían perturbadas de lo mental; eran cristianas como nosotros, a las que les daba por escupir a la reliquia. Venían hombres con ellas, sujetándoles las manos; no estaban quietas en la Misa. Incluso se daban casos en chicos de 16 años. Nos juntábamos allí las de la aldea para lo que hiciese falta... Pocas iglesias estaban tan limpias; la teníamos en mucha estima. Decían que tenían *o ramo cativo*, como usted le llama, Dios le perdone. En seguida se lo sacaban; no sería tan pequeño. Recuerdo una que traía en brazos a un niño de meses; ella no paraba de moverse y de gritar, decía cosas horribles, pero al niño no lo tiraba. Se enfadaban, se retorcían para no tener que besar la reliquia. Ahora ya hace muchos años que no hay nada de eso. La reliquia está en la capilla, nos la daban a besar. Nosotras, las de Oca, no teníamos miedo porque teníamos a la defensora en el altar... Quienes las traían le decían a esas mujeres ‘mirad que tranquilas están estas chicas’. Estaban enfermas de lo que fuese. Los *banzos* se subastaban siempre, de aquella llegaban a pagar mil o dos mil pesetas, cuando no había casi dinero. Antes, la fiesta era siempre el día 25 de marzo y el 25 de septiembre, pero los hombres la cambiaron porque, después de la guerra, por Pascuas no dejaban hacer fiesta... Nunca han faltado candidatos para llevar a Nuestra Señora; la Santa no perdió porque aun este año la subasta llegó a 50.000 pesetas. En la guerra prohibieron las procesiones porque amenazaban los obreros. La Santa manda más que la de Lalín”.

Provocamos que nos ampliase un dato biográfico que figuraba en los datos previos; nos llamaba la atención que sólo había estado casada un mes:

“Me casé con 25 años; mi difunto esposo, que en gloria esté, era guardia civil de una parroquia vecina a la mía. Falleció en el año 1933, en Barcelona, no fue de desgracia, le dio un ataque, habló antes de morir, tardamos en saberlo porque de la clínica no lo comunicaron al Cuerpo... Mi suegro, que no tenía

más hijos y ya estaba viudo, me pasó en venta todas sus tierras con la condición de que lo cuidase mientras vivía. Al no tener hijos, traje para casa a mis sobrinos, primero a otros y después a ésta, que se fue quedando y la casé en casa para tener quien me cuide. Ya le he hecho la venta en vida por culpa de Hacienda”.

Después de facilitarle que nos hablase acerca de lo bien que bailaba la *muñeira* en las romerías, como esos días estaba yo escribiendo acerca de otro espacio cultural-medicinal, el balneario, le pregunté si había ido alguna vez a “tomar las aguas”.

“Ya hace cinco años que no he vuelto, pero siempre iba después del 15 de agosto, dos semanas, a Caldas de Reyes. El último año el médico del balneario me reconoció y me dijo que tenía un soplo al corazón. Ya no fui capaz de esperar con mis compañeras a terminarlas porque se me fueron las ganas de reír y de jugar a la brisca; me vine antes que ellas. Por medio de un primo segundo que es médico, seguro que usted lo conoce, porque deben de ser de un tiempo, el Dr. ..., me reconoció un cardiólogo del Hospital General de Galicia que no le dio importancia al soplo porque, según él, lo tengo desde pequeña. El caso es que desde ésa no he dormido ni un solo día fuera de casa; deseo morir en mi cama..., no es que le tenga miedo a la muerte, que ahora no puede tardar y no me preocupa porque allá tengo a muchos familiares esperándome y a algunos hace ya muchísimos años que no los veo...”.

Continuamos la entrevista, ahora apoyándonos en el relato de la sobrina, quien describía en María la presencia de unos episodios confusionales matutinos. Curiosamente, el día de la consulta, se había levantado “normal” y no salía de su asombro respecto a las “cosas” que su tía sabía. A poco de levantarse, la paciente se ponía a juntar sus ropas y enseres más personales, diciendo que tenía que irse para la casa de Oca, en la que había nacido y vivido hasta casarse. Durante una media hora o más, no cejaba en ese empeño y confundía a la sobrina con una hermana de la paciente que vivía muy cerca, es dos años mayor y lleva meses con una demencia tipo Alzheimer.

Los domingos, María juega a la escoba con unas vecinas y casi siempre gana. Esa mañana acudió también esta hermana a la consulta y le diagnosticamos un síndrome demencial avanzado.

La “enfermedad” de María coincidía en el tiempo con el mal pronóstico de la demencia de su hermana. Al profundizar, sospechamos que María presenta estados disociativos. Se ha solicitado un TAC cerebral, analíti-

ca completa (incluyendo pruebas tiroideas, B₁₂ y ácido fólico) y ECG. Quedamos en vernos cuando lleguen todos los resultados, que pueden tardar meses porque, al pedirlos desde un ambulatorio, en el hospital dan preferencia (jerarquizan) a los que solicitan intrahospitalariamente. Tal vez su praxis es más “legítima”.

Debemos señalar, asimismo, que vimos este caso porque en la USM procuramos no tener lista de espera. Su médico de cabecera lo sabe y, en vez de derivarlos a neurología (consulta externa del hospital), donde existe una Unidad de Demencias, pero con demora de varios meses, nos la deriva como método de contener la angustia-presión familiar. En el área existe otro recurso más monográfico, una Unidad de Psicogeriatría, que depende del Servicio de Psiquiatría, aunque la ubicaron en uno de los pabellones que ocupaba el antiguo manicomio de Conxo. Tiene bastante menos lista de espera que la Unidad de Demencias. Percibimos, por lo menos en Santiago, que los neurólogos gozan de más “prestigio” que los psiquiatras.

Antes de despedirse, María nos hace un obsequio que aceptamos gustosos. De su cartera saca una estampa de su Virgen y nos la entrega religiosamente. La reproducimos al final del texto y ya la comentaremos. Entre los mensajes que con este simbólico regalo nos trasmite, interpreto que desea que la Señora nos proteja por haber hablado del *ramo cativo* y de otras peligrosas cosas. Regalo y gesto irónicos.

En la semana siguiente a esta atípica entrevista, en un Centro de Salud rural, veíamos por segunda vez a Minia, una viuda reciente de 76 años, de un extracto socio-cultural muy similar al de María. En la primera consulta no supimos hacer otra cosa que recetarle un ISRS. Provocó la consulta una de sus dos hijas, que está soltera, es funcionaria en Madrid y, coincidiendo con la larga y penosa enfermedad de su padre, solicitó dos años de excedencia para ayudar a su madre a cuidarlo. La otra hija está casada con un ganadero-agricultor a pocos kilómetros de la casa paterna.

La “funcionaria” había diagnosticado una depresión en su madre y no entiende el por qué:

“Está parada, atontada, llora seguido, come a la fuerza, duerme poco, no consigo sacarla de paseo a distraerse; hasta parece que pierde memoria, pero de lo que le interesa no se olvida... No me lo explico, mi padre la ha tenido siempre esclavizada, acabó en una silla de ruedas y después de seis meses encamado, no la dejaba dormir ni mover de su lado... Pensé que al morir él ella se liberaría, pero ahora me doy cuenta que, desde que papá se jubiló, como vivían solos, se hicieron muy dependientes el uno del otro... Yo tengo que incorporarme en enero a mi trabajo; no se quiere venir conmigo y tampoco a casa

de mi hermana, que está cerca y ella siempre se llevó muy bien con mi cuñado... allí tiene dos nietos como dos soles y sabe que será bien recibida. Tiene que tener una depresión muy fuerte para preferir quedarse ella sola en una casa vieja, sin casi vecinos. Seguro que el estrés de estos dos años acabó sumiéndola en ese estado. Le propongo irnos un mes a la playa y hasta se ofende...”.

En esta segunda entrevista, Minia dice:

“Mejoré algo, ya no lloro como lloraba, pero las hijas se empeñan en que salga de casa y no soy capaz. En cuanto salgo de la puerta, aunque sólo sea a la huerta a darle de comer a las gallinas, vuelvo a sentir esa voz de mi marido, aquí en el corazón, que me dice: ‘No te marches, no me dejes sólo, vente, vente’...”.

Acordándome del balneario y de María, se me ocurre proponerle a Minia que se vaya en septiembre dos semanas con su hija a Cuntis, a un balneario de aguas termales y sulfurosas. Refuerzo diciéndole que le vendrá muy bien a su artrosis y a su delicado estómago. Lo acepta mejor de lo que yo me esperaba. Desde Cuntis llama la hija en el horario que tenemos reservado para llamadas (psicoteléfono), sorprendida de lo bien que está. Ya no oye esas voces, come muy bien y está más animada. Lo único es que se resiste a jugar la partida de cartas y no quiere oír hablar de bailes. Hizo amistad con otras dos viudas y la convencieron para que siga viviendo sola mientras su salud se lo permita. Hace planes de volver el año próximo con esas mismas compañeras.

Comentarios aclaratorios del localismo

Meigallo

Es un trastorno que, según L. Valente², puede considerarse un trastorno étnico, en el sentido que lo formuló Devereux³. María lo convierte en específico del género femenino, pero también lo padecen los hombres, aunque sea poco frecuente en este sexo. Parecido formalmente a otras posesiones, tiene su singularidad. Como la mayoría de los trastornos definidos culturalmente, no se diagnostica por los síntomas, sino por el contexto en el que se dan las alteraciones conductuales, siempre familiar-comunitario, nunca individual. No se puede entender sin conocer la dinámica de la estructura social en la que surge.

Cuando han fracasado otros niveles equilibradores (curandero, *meiga*, cura de la parroquia), se suele recurrir al Santuario, donde se confirma (diagnóstico) por

la incomodidad de los *enmeigados* delante de la cruz y de otros símbolos religiosos y donde se expulsan los agentes productores por medio de un ritual exorcístico en presencia de espectadores. La geografía exorcística del *meigallo* ha ido variando en función de que en el Santuario exista o no el oportuno cura exorcista. Tiene fama en Galicia el Corpiño Santa Baia de Losón (municipio de As Cruces, provincia de Pontevedra), mal llamado Corpiño de Lalín, por la relación de proximidad con esta villa, y por un lamentable error en la Enciclopedia Gallega⁴, de la cual tomaron referencias, entre otros, el citado Lisón Tolosana.

Los médicos, incluidos nosotros mismos en otras épocas, al aproximarse a este trastorno, lo han querido psiquiatrizar, equiparándolo la mayoría de las veces a la histeria y otras a los delirios religiosos^{5,6,7,8}.

El contemporáneo marianismo ha conseguido colocar, ineludiblemente, a la Virgen María en estos santuarios, contraponiendo su poder al de los demonios. Los *demos* gallegos no son exactamente tan maléficos como Satanás, sino un tanto ambivalentes y “borrosos” como nosotros, por haberse injertado el dualismo greco-romano en un monismo previo. La estampa que nos da María es un precioso documento de este fenómeno. La Iglesia oficial ignora o persigue estos cultos atrasados y medio paganos y pretende convertir el Corpiño de Oca en abogado del “mal de corazón, dolores del parto y muertes repentinas”; es decir, biomedicaliza a su manera y en castellano. Por eso María, en su narrativa, utiliza este idioma (que considera superior) para nombrar a la Reliquia de la Virgen, a Dios, a la guerra, al cardiólogo, al hospital, etc. En cambio, la única vez que nombra *ramo cativo* lo hace en gallego. En este caso utiliza un habilidoso juego de palabras porque, en nuestro idioma, *cativo* tanto es pequeño como ruín o maligno.

Si nos fijamos, el texto de la estampa con la que María nos interacciona en la entrevista, es un claro ejemplo de la distinción entre *illness* y *disease*. No se dice enfermedades del corazón, sino “mal de corazón”. Es un término premédico (al igual que “dolores de parto” y “muertes repentinas”) popular y polisémico, que traduciría un cambio, una modernización que no niega totalmente la tradición y que resalta el componente moral-religioso de la enfermedad. Idéntica es la ambivalencia de la oración impresa en el dorso de esta iconografía; entiende por “perpetua salud del alma y del cuerpo” la superación de la “tristeza presente” (no de la depresión), al tiempo que considera que solamente existe la “eterna alegría” después de la muerte.

En estos contextos, nunca se pronuncia la palabra *demo*, vocablo que elude en toda entrevista. En una aldea de Santa Comba (A Coruña), existe una pequeña

capilla, otrora también especializada en estos trastornos. Popularmente, la siguen llamando “O demo de Rubín”, porque se venera una imagen de San Miguel aplastando un cornudo y moreno demonio. Sin embargo, oficialmente, el cura y el sacristán (que sigue haciendo secretos exorcismos), han impreso unas estampas muy parecidas a las de Oca, en este caso con la Virgen de la Salud.

Por último, casi nos olvidábamos de resaltar cómo María contradice la psiquiatrización del *meigallo* que ella misma insinúa. Como trastorno étnico, el *meigallo* es una ruptura pautada, parcial y temporal; de ahí que no tenga nada que ver con la locura, tal como la entendemos en psiquiatría. La madre que acude con el hijo en brazos puede hacer locuras, pero no tanto como para perder totalmente la conciencia y para que le caiga el niño. El cura del Corpiño “acierta” bastante bien remitiendo a algunos esquizofrénicos, presuntamente endemoniados, al psiquiatra; es decir, se distingue la locura médica del *meigallo*.

Identidad parroquial-cristiana

Actualmente, el mundo rural gallego se municipaliza cada vez más. La banca, los servicios médicos, el ayuntamiento, las cámaras agrarias, los servicios sociales, etc., están consiguiendo dotar de identidad a los municipios en detrimento de las parroquias. En la juventud de María, los sujetos se identificaban por la casa de la que formaban parte y por la parroquia (conjunto de aldeas), entidad anterior al cristianismo que supo adaptarse a las mismas cristianizándolas. Buena parte de la identidad de esta generación y de este estrato social es religiosa; por eso, nos señala varias veces que “las perturbadas de lo mental” eran cristianas, como ella; las otras serían “judías”, “paganas”, “protestantes”, etc. Cada parroquia se apropia de un Santo o Virgen patronos, y se sienten singularmente protegidos por los mismos, protección que no abarca a los de otras parroquias. Los muertos siguen formando parte de la comunidad con un rico y variopinto diálogo con los vivos (Compañía, cementerios, etc.). Antes de la mecanización agrícola, buena parte de las faenas del campo se realizaban parroquialmente (comunitarios), al igual que las fiestas locales.

Género

Nos habla María desde una trama socio-cultural en que todo está hecho y pensado por y para el género masculino. Son los hombres quienes toman las decisiones importantes. Lo ha señalado muy bien, entre otros, L. Méndez⁹, refutando el bucolismo de pretendidos matriarcados en sociedades agrarias como la de María.

En este sentido, su narrativa no deja lugar a dudas: sus hombres son tan fuertes que hasta ni el diablo consigue meterse en su interior.

En el duelo de Minia se percibe cómo el género masculino sigue ejerciendo el poder desde el más allá. En los duelos de estas mujeres es muy frecuente que aparezcan esas “alucinaciones” como estrategia cultural conservadora de la casa, y como una pesada losa, sobre todo en viudas jóvenes¹⁰. Por otro lado, en este caso se ve muy bien el cambio generacional facilitado por la emigración.

Campesinado-Clase social

La referencia que hace María a los obreros evidencia un cierto factor de estratificación social. Nos movemos en un mundo agrario en proceso de cambio acelerado y nada planificado, en el que coexisten economías precapitalistas con otras ya terciarizadas, sin apenas haber pasado por la etapa industrial. En la generación de María y de Minia, las tasas de analfabetismo femenino eran muy altas. La emigración, el trasvase rural-urbano y las subvenciones miserables (pensiones de vejez, invalidez, no contributivas), convierten a no pocas zonas rurales interiores de Galicia en asilos comunitarios no institucionalizados. Estos campesinos conservaron un estilo de vida y una identidad socio-cultural muy diferente al de los obreros, tema magistralmente estudiado por Álvarez Uría¹¹. Precapitalismo viene a significar residuo de sociedad feudal en la que ejercía un poder delegado la figura del cacique como intermediario. No pocas veces esta estrategia se traspasa a los médicos, caso que nos ilustra María al señalarnos que tiene un primo segundo médico del hospital. Asimismo, los Santos son revestidos de este poder intermediario (caciques parroquiales) delante de Dios.

El Santuario (Romería), Balneario y Hospital

Pueden ser contemplados como tres espacios culturales en los que se percibe claramente un cierto mestizaje. Las separaciones trabajo-ocio, medicina-religión, fiesta-culto, etc., no son propias de estas culturas. El elemento común de los tres, posiblemente, es el agua. En los santuarios siempre hay una fuente milagrosa para purificarse después del rito y antes de la fiesta; en los balnearios, el agua se convierte en el elemento central de la cura-reposo. En los hospitales, el agua viene en los “sueros” que tanto magnifican. *Fonte limpa*, llamaban hace años a la medicina compostelana.

En los tres casos, el campesino necesita salirse de su parroquia, tomar distancia para reforzar su identidad. En el santuario, la salida sería fundamentalmente por motivos religiosos; pero no existe santuario sin rome-

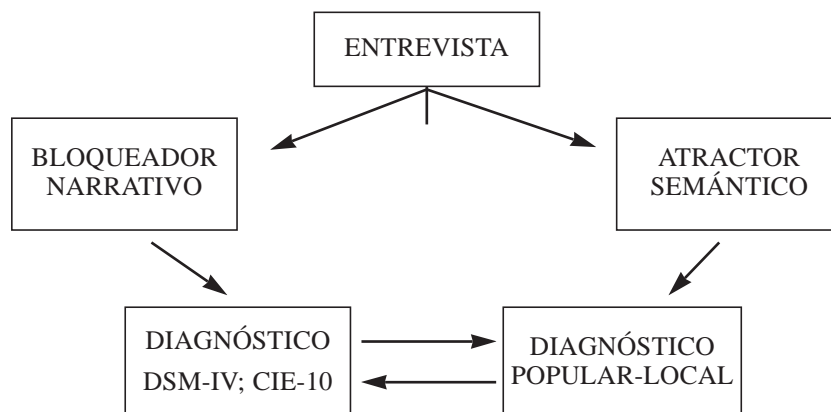


Fig. 1.

ría, sin comida, sin danza-baile y sin numerosos símbolos (pobres, deformados, penitencia, ofrendas, etc.). La salida al balneario es, primordialmente, paisajística y de descanso, al tiempo que se humidifica el cuerpo (el envejecimiento, en las medicinas hipocrático-galénicas, es pérdida de agua, de humedad corporal), se refuerza la identidad conociendo a compañeros/as de otras latitudes, generándose algo parecido a lo que podríamos llamar “grupo autobiográfico”. Por último, al hospital se sale por asuntos médico-sociales trascendentes; pero es obligatorio que los vecinos acudan a visitar al enfermo, nunca se le deja solo. Los viejos actuales ya casi no cuentan a los nietos batallas de la guerra o de la mili, porque la sustituyen por sus experiencias hospitalarias.

Al balneario apenas van los jóvenes (excepto anémicos y tuberculosis en otras épocas; ¿por qué no las actuales anorexias?). Lo hacen a partir de una edad media y siempre que han concluido la mayoría de los trabajos agrícolas (siega, recolección). Cura y espacio son compartidos con las clases medias-altas, pero en lugares separados (“señoritos” en hotel y “aldeanos” en fondas-pensiones). Las aguas, los baños, sirven de “carga” para la persona que comienza a deshumidificarse, a envejecer después de un agotador verano y, al tiempo, de “descarga” para la siguiente generación, que esos días se quedan sin los que mandan y oprimen en la casa. Incluso esa pautada salida de los mayores permite a los jóvenes ir ensayando su futuro rol cuando aquellos envejezcan mucho o fallezcan.

Discusión ideologizada

No vamos a hablar de Kraepelin y su Psiquiatría Comparada (si comparamos, siempre habrá castas subalternas), y tampoco utilizaremos el moderno constructo psiquiatría transcultural, porque consideramos

que son términos que encierran una nada desdeñable violencia simbólica. Minia y María tienen derecho, como aldeanas (no como ciudadanas), a que sus técnicos en Salud Mental les hablen en su propia lengua, desde una subcultura que conozca la de ellas, que haga visible el género¹², el extracto social y las relaciones de poder. Hablar, en estos momentos, de etnopsiquiatría, de folkmedicina e, incluso, de lo transcultural, con un concepto cosificado de cultura, me parecen “pendejadas”, como diría García Márquez.

Ambos casos deberían haber sido resueltos en Atención Primaria, si los Centros de Salud gallegos funcionasen (salvo excepciones) como tal. Derivarlos a una Unidad de Salud Mental monográfica podría significar otra microagresión o, incluso, una exclusión, por la facilidad con la que el monografismo nos puede devolver visiones parceladas del sujeto, monoculturales, como señala J. García¹³.

En la USM-2 no tenemos un programa específico de vejez, porque buena parte de los usuarios rurales sobrepasan los 65 años. Raro es el día que la prensa gallega no trae en los sucesos el caso de un viejo rural que se ha extraviado. Están perdiendo bruscamente su mundo y no nos extraña que se pierdan en todos los sentidos. Si en la exploración de María hubiésemos pasado una escala de depresión o un mini-mental test (Lamas, apunta agudamente que si son capaces de jugar una partida de escoba no pueden estar demenciados)¹⁴, tendríamos muchas posibilidades de haber introducido un bloqueador narrativo. En éstos y otros muchos casos, según el tipo de entrevista, obtendremos un diagnóstico u otro. Un bloqueador narrativo suele actuar como neutralizador, como homogeneizador, como portavoz de fuerzas conservadoras, o como reduccionista biomédico. Los representamos gráficamente así, destacando que el diagnóstico popular-local da cuenta de muchas conductas de enfermedad que no entendemos o que etiquetamos de paradójicas o atípicas (Fig. 1).

El empirismo ateorico del discurso oficial cultural y sociológico norteamericano, nos impediría ver, en el caso de María, la presencia de una disociación, estrategia socio-cultural muy socorrida de su época. A ella y a Minia las podemos negar si las consideramos ciudadanas. ¿Qué significa, a finales del siglo XX, ser psiquiatra en Galicia, o en el conjunto de España? En esta ocasión, escribo desde un localismo concreto, desde comarcas gallegas, con economías subvencionadas y preocupante envejecimiento poblacional.

A menudo, la entrevista psiquiátrica en estos contextos, puede equipararse a una solapada intervención quirúrgica. Intervenimos traumáticamente en la cultura del sujeto-enfermo, precisamente en un momento en el que la cirugía lucha por conseguir operaciones menos cruentas.

Si muchos de estos usuarios, nada más sentarse, dicen: “míreme bien”, “báixese bien”, no sólo me están solicitando una mirada ascética, maquinal y alexitímica, sino que, a su manera, nos piden que no lo metamos en el “síndrome del gallego”, parafraseando a Fanon¹⁵. El paciente, no sólo nos muestra su cuerpo, sino que, simultáneamente, nos habla (comunicación verbal y no verbal) desde una trama socio-cultural que debemos conocer, igual que necesitamos hacer visible el diseño cultural implícito en nuestro discurso científico (soplo cardíaco), aspecto que ignoró el médico del balneario (espacio anti-guamente no medicalizado) que exploró a María.

De ahí los riesgos de determinadas psiquiatrías transculturales con evidentes asunciones silenciosas¹⁶, que pretenden ocultarnos atraso económico, género, grupo de edad, *habitat*, migración, racismo, etc.

Idéntico riesgo les vemos a las pretensiones de solucionar la ausencia de una psiquiatría cultural con otro eje más en el DSM-IV¹⁷, señalado por señeras figuras como Kleimann o Mezzich. Lo mismo podemos decir respecto al loable intento de crear una Sociedad Española de Psiquiatría Transcultural. Antes, tendríamos que ser capaces de desenmascarar no pocas somatizaciones y muchos atipismos, que no son más que artefactos culturales.

El neokraepelinismo actual resuelve el problema homogeneizando, como sagazmente ha denunciado el conspicuo M. Desviat¹⁸ en esta revista. “La vida es pluralidad, la muerte uniformidad”, nos dice Octavio Paz. En viejos de edades avanzadas es frecuente que cometamos el error, por el modelo juvenil-mórfico reinante, de homogeneizarlos, de considerarlos residuos sociales próximos a la muerte, y les neguemos capacidad de crecimiento o que los uniformemos sin contemplar subgrupos de edad y de clase. Asimismo, se hace muy visible la intervención cultural cuando gestionamos la cronicidad o la exclusión.

Admitiendo un cierto narcisismo como estrategia de muchos viejos¹⁹, con M. Gondar hemos conseguido que los viejos de Santa Comba fuesen vistos por sus nietos como un “recurso cultural” al darles un espacio (libro “Cousas de vellos” y una clase de sociales en el colegio público), en el que poder exhibir sus conocimientos, que no son precisamente de ordenadores, ni de otras tecnologías modernas. Es lo mismo que ha ocurrido en la entrevista de María.

Para recuperar las narrativas de aflicción, un modelo de corte conductual o etiológico, que también necesitamos, es mucho menos productivo que una aproximación interpretativa que devuelve a los síntomas del informante su naturaleza metafórica y polisémica. Los síntomas no son el sonido amorfo de los órganos¹⁷, sino construcciones que expresan un sentido para el que los emite.

La medicina occidental también es un eficaz instrumento del sistema capitalista que ha generado numerosas desigualdades sociales, como evidencia, la problemática actual de los trastornos psiquiátricos crónicos. Si a Marsella²¹ se le acepta que diga que no existe un concepto de depresión válido para todas las culturas, por qué hemos de admitir un concepto de esquizofrenia similar en todo el mundo, como pretenden colarnos apasionados defensores de una sesgada manera de ver la epidemiología. Sacralizando a la OMS y a otros organismos internacionales, no resolvemos los problemas que aquí enuncio.

Buen cristiano, buen ciudadano, buen enfermo, es parte de un todo en el siglo en el que, como señala Zola²², la medicina va sustituyendo a la religión en el empeño de orientar los estilos de vida. En este sentido, aún está por estudiar el tipo de cultura sanitaria que pretendemos introducir con las USM frente a los antiguos dispensarios psiquiátricos, modelo que aún persiste en nuestra área.

Quienes defienden un universalismo diagnóstico, no tienen escrúpulos en proponer a continuación, un localismo terapéutico, apoyándose en que algunos tratamientos no son aplicables en determinados grupos humanos. De igual modo, se puede defender una multiculturalidad europea y negar la española. Como ocurría en estos dos casos, también podemos sostener un concepto homogéneo de la aldea que ha sido construido desde la ciudad para excluirla.

La medicina griega, que nos llegó a través de la romanización (dieta, etc.), no era, precisamente, la de los esclavos, sino la de los amos. Las culturas médicas populares de María y de Minia son parecidas, pero no idénticas. Igual que la aldea es un concepto construido desde la ciudad, un concepto de cultura y de medicina popular abstractos no existe más que en la construcción



que de ellas hace el modelo médico hegemónico²³. El constructo de medicina popular surge en la relación clase dominante-clase subalterna y niega la pluralidad de las medicinas populares.

La cultura no está construida únicamente por símbolos sociales, sino que es un instrumento de interacción sobre el mundo y un dispositivo de poder. Al separar el texto (historia clínica) del contexto (estructura social), puede averiguarse e interpretarse el punto de vista de los actores (pacientes), pero no las relaciones de poder y de dominación que los engloban. Recuperando el perspectivismo, aparece el primitivo significado de la epidemiología. Todas las culturas han construido, y siguen construyendo, saberes acerca de la enfermedad y del desorden; pero, globalmente, válidos solamente para ese segmento cultural concreto. Una antropología médica crítica debe considerar el extracto social como parte decisiva de su marco teórico, cuestionando corrientes ecológico-culturales, muy en boga, que lo ignoran.

Por último, como señala Comelles²⁴, cualquier profesión, en la sociedad contemporánea, no puede explicarse al margen de su articulación específica, en el desarrollo de cada estado y en el significado que cada uno adquiere. Con frecuencia, a los psiquiatras españoles los pacientes nos traen eventos, historias, como las de María y de Minia, y nosotros los ubicamos en el constructo cosificado, tipo DSM-IV, propio de una

Ruega por nosotros Nuestra Señora del Corpino.

Para que seamos dignos de alcanzar las promesas de Jesucristo

ORACION

Te rogamos, Señor Dios, que nos concedas a nosotros, tus siervos, gozar de perpetua salud de alma y cuerpo, y por la gloriosa intercesión de la bienaventurada Virgen María del Corpino, seamos libres de la tristeza presente y disfrutemos de la eterna alegría. Por Cristo Nuestro Señor. Amén.

mentalidad lógica-científica, atemporal y ahistórica. Intencionadamente, hemos optado por no mojar nos en describir nuestras propias relaciones de poder. Se veía perfectamente cómo a una acompañante (la hija de Minia), que, de alguna forma, nos cuestiona nuestro omnipresente saber, la ridiculizamos.

Bibliografía

1. Lisón Tolosana C. Endemoniados en Galicia hoy. Madrid: Akal; 1990.
2. Valente L. Notas para un estudio del *meigallo*: desorden y reconciliación. Sada (A Coruña): Sargadelos 1984;45:69-79.
3. Deverux G. Essais d'ethropsychiatrie générale. París: Gallimard; 1970.
4. Cañada S. Gran Enciclopedia Gallega. VII. Santiago de Compostela: Corpino; 1976. p.157-158.
5. Rodríguez López J. Supersticiones en Galicia. Lugo: Celta, 5ª ed; 1971.
6. Lís Quibén V. La medicina popular en Galicia. Madrid: Akal; 1980.
7. Cabaleiro Goás M. La psiquiatría en la medicina popular gallega (Tesis doctoral). Madrid, 1953.
8. González Fernández E. Meigallo. Encrucillada. 1990;69:326-341.
9. Méndez L. Cousas de mulleres, campesinas, poder y vida cotidiana. Lugo (1940-1980). Barcelona: Anthropos; 1988.
10. Gondar M. Mulleres de mortos. Cara a unha antropoloxía da muller galega. Vigo: Xerais; 1990.
11. Álvarez-Uría F. Medicina rural: el marco y los límites de una relación de reparación. En: Huertas R, Campos R (coord.) Medicina

- Social y clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas; 1992. p.177-212,
12. Rodríguez B, Bayón C, Franco B. Haciendo visible el género en la terapia de familia. Arch Neurobiol 1996;59(1):23-24.
 13. García González J. La creación de programas de rehabilitación en una red de servicios comunitarios de Salud Mental. En: García J, De las Heras B, Peñuelas E (eds). Rehabilitación psicosocial. Conceptos y estrategias. Oviedo: 1997. p.13-31.
 14. Lamas Crego S. Ojo Avizor. Siso/Saúde 1995;26.
 15. Fanon F. Por la revolución africana. México: Fondo de Cultura Económica; 1965.
 16. Martínez Hernández A. Antropología, biomedicina y relativismo. Barcelona: VII Congreso de Antropología Social; 1996. p.133-141.
 17. Caballero Martínez L. Diagnóstico psiquiátrico DSM-IV y formación cultural (editorial). Psiquiatría Pública 1997;9(2):89-90.
 18. Desviat M. Una sola enfermedad, un mismo tratamiento (editorial). Psiquiatría Pública 1998;10(1):9-10.
 19. Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós; 1988.
 20. Martínez Hernández A. Síntomas y pequeños mundos. Una etnografía de los nervios. Antropología 1996;12:53-74.
 21. Marsella AJ, Kaameoka VA. Aspectos étnicos-culturales en la evaluación psicopatológica. En: Vetzler S. ed. Medición de las enfermedades mentales. Barcelona: Áncora; 1991. p.225-261.
 22. Zola L. Culte de la Santé et méfaits de la Medicalisation. En: Médecine et société. Montreal: Les Années 80; 1981. p.31-51.
 23. Menéndez E. Estructura social y estructura del significado. El punto de vista del actor. En: Medicina Popular e Antropología da Saúde. Santiago: Consello da Cultura Galega; 1997. p.281-303.
 24. Comelles JM, Martínez A. Paradojas de la antropología médica contemporánea. Barcelona: Nueva Antropología; 1997. p.187-212.

Jornadas Internacionales sobre Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria en lengua castellana

Madrid, 4-6 noviembre de 1999

Lema: ¿Psiquiatría pública?: situación actual y perspectivas

Los interesados en participar en estas Jornadas deberán enviar un resumen de 250 palabras, en papel Din A-4 y en soporte informático, a la redacción de la revista, o por e-mail:

agr@intersalud.es