

TÉCNICAS DEL MANEJO PSIQUIÁTRICO EN UNA REGIÓN POLICULTURAL (BOLIVIA)

Por MARIO GABRIEL HOLLWEG *

RESUMEN

Este trabajo es producto de la experiencia, desde 1977, en el manejo terapéutico de pacientes procedentes de diferentes culturas aborígenes y occidentales, atendidos en el Centro de Salud Mental de Santa Cruz en Bolivia, un país policultural y una región de atracción económica en proceso rápido de occidentalización. El tiempo y las experiencias obligaron a adoptar técnicas de abordaje para obtener resultados terapéuticos ante la falta de respuesta psicofarmacológica en muchos casos de pacientes de culturas indígenas diversas. Para el abordaje terapéutico se consideró como pre-condición conocer y comprender:

- 1. El sistema mítico de referencia cultural.*
- 2. La estructura social (comunitaria en las culturas andinas e individualista en las culturas amazónicas).*
- 3. Los modos de interacción familiar ("ligado" en las culturas andinas y de "expulsión" en las culturas amazónicas y platenses).*

Con el objetivo de ayudar terapéuticamente a estos pacientes se aplicaron técnicas de gran flexibilidad de acuerdo a estas condiciones en un servicio de comunidad terapéutica. A estas técnicas de abordaje intercultural se las llamó técnicas del camaleón.

SUMMARY

This work is the outcome of experience since 1977 in the therapeutic management of patients coming from native or aboriginal and western cultures. They were treated in the Santa Cruz Mental Health Centre in Bolivia, a poly-cultural country and a region offering economic attractions and in a rapid process of westernisation. With time and experience, procedural techniques needed to be adopted to gain therapeutic results, due to a lack of psychopharmacological response in many cases of patients from diverse native cultures. We considered as pre-conditions for the therapeutic procedure to know and understand:

- 1. The mythical system of cultural reference.*
- 2. The social structure (communitarian in the case of Andean cultures, and individualistic in Amazonian cultures).*

* Profesor de la Universidad Privada Santa Cruz de la Sierra y Director de la Revista de Salud Mental (Bolivia).

3. *The modes of family interaction ("linked" in the Andean case and of "expulsion" in the Amazonian and River Plate Basin).*

In order to help these patients therapeutically, techniques of great flexibility were applied according to these conditions in a community therapy system. These techniques of intercultural procedure were named chameleon techniques.

PALABRAS-CLAVE : Pacientes policulturales, técnicas de intervención intercultural, occidentalización, coterapeutas.

KEY WORDS : Policultural patients, techniques of intercultural intervention, westernisation, cotherapist.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el fruto de experiencias en el manejo terapéutico de pacientes con trastornos mentales procedentes de diferentes culturas occidentales y no occidentales, que se internaron desde 1977 en el Centro de Salud Mental de Santa Cruz de la Sierra - Bolivia.

Esta ciudad localizada en los llanos del Oriente del país, es el mayor centro de atracción económica de la república, encontrándose en un franco proceso acelerado de urbanización y a donde afluyen constantemente contingentes de inmigrantes de diferentes regiones de Bolivia, buscando nuevas posibilidades de vida.

Los resultados de una investigación de Migración, Empleo y Vivienda de la población total, realizada en 1988, muestran la creciente afluencia de migraciones a este polo de desarrollo económico del país:

Total poblacional:	570,335 habitantes.
No migrantes:	314,929 habitantes.
Migrantes:	255,406 habitantes.

De estos inmigrantes corresponden 44.9% a las provincias del departamento de Santa Cruz y 45.1% a los otros departamentos de la República.

En 1992 se admitieron 1521 pacientes internados y de consulta externa, en el Centro de Salud Mental (la más importante clínica psiquiátrica de la región), distribuidos de la siguiente manera según su procedencia, lo que refleja la frecuencia de trastornos mentales en estos inmigrantes provenientes de una diversidad de culturas:

No migrantes (cultura local):	34.0%
Migrantes:	66.0%

De los cuales corresponden:

1. Migrantes de las regiones amazónicas y chaqueña: 32.0%.
2. Migrantes de la región andina: 16.8%.
3. Migrantes extranjeros: 10.7%.
4. Otros: 6.5%.

De noviembre a mayo de 1996, fueron internados 280 pacientes con trastornos mentales, mostrando un aumento porcentual de la población andina:

Santa Cruz:	30.97%
Provincias cruceñas:	33.63%
Otros departamentos:	31.86%
Extranjeros:	3.54%

Conforme estas estadísticas, hay un incremento creciente de pacientes procedentes de las culturas amazónicas, andinas y extranjeras (alemanes, japoneses y otros), que se constituyen ya en su conjunto en un grupo mayoritario que

supera en número a los locales. Herencias culturales diferentes de aquellos pacientes que recurrían a:

1. Entrevistas individuales con las familias.
2. Aquellos en que la familia poco o nada participaba.

Llevó años de dedicación experiencial para entender los sistemas culturales de los pacientes no occidentales y aun los occidentales que provenían de Los Andes, en el Centro de Salud Mental.

Bolivia es un país muy complejo por la diversidad de culturas, y por eso, conflictivo en sus relaciones interculturales. Especialmente entre pacientes procedentes de las culturas andinas y de las culturas amazónicas.

Se preguntó porqué los pacientes con problemas de salud no recurrían generalmente a los hospitales de las comunidades provinciales (rurales). La razón era que ellos preferían a sus curanderos o yerbateros, a quienes les prodigaban mayor confianza que a la medicina occidental. La migración hacia las ciudades de estos campesinos muchas veces les ocasionaba desórdenes mentales por los problemas del cambio y de aculturación.

Se pensó entonces en ciertas técnicas de abordaje intercultural para entender a pacientes de diversas culturas en un medio de migración constante con problemas mentales en Santa Cruz de la Sierra y atendidos en el Centro de Salud Mental.

Conforme a las estadísticas de los últimos años hay un incremento de personas que acuden a este centro que son inmigrantes procedentes de culturas de las provincias, de culturas andinas y extranjeras, como menonitas

alemanes y japoneses, constituyéndose en su conjunto en un grupo mayoritario a los locales.

ABORDAJE DEL TERAPEUTA A LOS PACIENTES POLICULTURALES

¿Cómo se ha abordado terapéuticamente a estos pacientes policulturales para tratarlos efectivamente?

En el comienzo se requirió un proceso de esfuerzos cognoscitivos paulatinos a través del establecimiento de las relaciones médico-paciente para ir entendiendo a estas personas no occidentales desde el sentido lógico de sus sistemas de referencia culturales. El cuestionamiento se encuentra sobretodo en el diagnóstico, por la formación monocultural del psiquiatra en el manejo terapéutico de estos pacientes.

Se hacía entonces necesario un enfoque transcultural en sentido comparativo de estos pacientes inmigrantes para entender sus trastornos mentales y lograr un diagnóstico congruente con su sistema de realidad cultural (el terapeuta tiene que superar la óptica etnocéntrica). ¿Cómo? Para conseguir ese objetivo se hizo imprescindible el entrenamiento del terapeuta en psicología intercultural para ayudarlo a observar y entender más ampliamente los factores socioculturales de los trastornos psíquicos de estos pacientes más allá de su educación médica académica, pues del diagnóstico depende la orientación terapéutica del paciente y los resultados esperados.

METODOLOGÍA

Con el tiempo y las experiencias, el terapeuta fue adoptando métodos de comprensión intercultural en el manejo de

los pacientes, consiguiéndose así tratar más adecuadamente estos casos. Se aplicaron métodos de abordaje de gran flexibilidad de acuerdo a las necesidades individuales de la cultura de cada paciente, en un servicio de hospital abierto, de comunidad terapéutica, siguiendo las pautas metodológicas dadas por Hubertus Tellenbach¹, que le llamó **Método del Camaleón** (Das Methode Chamaleon), que destaca un abordaje multidimensional tendiente a ubicarse en el sistema de referencia cultural del paciente (sus valores), la necesidad previa de una concepción antropológica integral que esté de acuerdo a la dimensionalidad humana del hombre como un ser biopsicosocial (métodos científico, natural y espiritual) y la multicausalidad.

Siguiendo estas pautas de flexibilidad metodológica (método del camaleón) se lo aplicó a la multiculturalidad de las condiciones humanas tendiendo a ubicar el sistema de referencia cultural del paciente y tomar a éste en cuenta como existencia individual de una relación de lo objetivo a lo subjetivo. A través de la comunicación terapeuta-enfermo, los problemas del paciente son tratados personalmente, tomándose en cuenta su personalidad cultural.

Para este abordaje terapéutico se consideró como pre-condición básica una actitud antropológica de comprensión desde tres aspectos que están estrechamente interrelacionados:

1. El sistema mítico de referencia cultural (creencias y valores).
2. La estructura social (comunitaria o individualista).
3. Los modos de interacción familiar.

1. Sistema Mítico de Referencia Cultural

Bolivia es un país muy complejo por su diversidad cultural, y por estas diferen-

cias las relaciones interculturales son conflictivas.

Podemos señalar dos suprasistemas culturales existentes predominantes en el país: andino y amazónico, y uno tercero menor en el sur.

En cada suprasistema cultural existen aborígenes, criollos y mestizos, que tienen rasgos generales comunes y estilos de vida cuyos elementos culturales son integrados por concepción mítica de valores (cosmovisión mítica del mundo). De ella derivan una variedad de subsistemas culturales que se diferencian por sus rasgos específicos que les dan identidad dentro del suprasistema cultural. Los contenidos de sus creencias provienen de la cosmovisión mítica de estos pueblos que tienen una significación simbólica-mágica. Así, distintas creencias míticas influyen en los contenidos del pensamiento de personas con trastornos mentales referidos desde su sistema cultural. La falta de conocimiento sobre las mismas crea dificultades al psiquiatra monocultural para determinar si es un síntoma de un trastorno mental, considerado desde la patología mental de la psiquiatría académica, o si se trata de una creencia cultural (patoplastía).

El desconocimiento de la cultura trae consigo otra percepción mental de la realidad. Así, la creencia cultural de los izoseños guaraníes (oriente boliviano) tiene puntos de vista diferentes a los de la medicina occidental. Las enfermedades están adscriptas a su concepción de mundo mítico.

Un caso es el de M.B., esposa de un dirigente de la comunidad indígena izoseña. Ella se volvió agresiva y violenta hacia él; lo rechazaba y no lo consentía más pues pensaba que él le estaba poniendo "el

bicho" (*el aña*) en su cabeza para matarla por otra mujer. Le tenía mucha desconfianza porque desde hacía algún tiempo él venía ausentándose de la casa puesto que como dirigente tenía que preocuparse por las necesidades de la comunidad y poco tiempo le había estado dando a ella. Coincide esta situación con el alejamiento del hijo al norte argentino por trabajo en la cosecha de la caña. Se sentía sola y no podía dormir. Fue tratada con neurolépticos antes de su ingreso al centro de Salud Mental con diagnóstico de "esquizofrenia paranoide" pero sin resultado terapéutico favorable (presentaba un síndrome depresivo cultural).

Otro caso es el de E.H., maestro del pueblo, diácono de la iglesia evangélica y alcalde de una comunidad chiquitana. Después de la muerte de la madre quedó triste y a partir de entonces todo cambió para él. Tenía momentos de ansiedad y agitación (intranquilidad), presentaba "alucinaciones" en las que veía un tigre por todas partes. Se tornaba desorientado y entraba en estado de trance, "quedaba como hipnotizado". La esposa lo internó y lo abandonó en el Centro de Salud Mental, no quería saber más de él, porque se convertía presuntamente en tigre (hechicero) y estaba siendo tomado por espíritus malignos (secuestrada su alma). Ella le informó al pastor evangélico, quien vio la necesidad de exorcizarlo.

Los aymaras y quechuas (andinos) creen también que el cuerpo humano es vulnerable a la penetración de espíritus malignos que se apoderan del cuerpo ocupando el lugar del alma. Estos son los presuntos causantes de muchas enfermedades a través de emanaciones invisibles que afectan a las personas.

Los sistemas de contenido mítico favorecen la configuración de una patoplastía

que no corresponde al diagnóstico y tratamiento científico. En estos casos se valora la diversidad cultural de uno y otro, ubicándolo en el contexto de su referencia mítica cultural. Aquí es donde tiene dificultades el terapeuta que percibe al paciente desde fuera (objetividad empírica) sin el reconocimiento subjetivo. A veces el terapeuta tiene que confrontarse con la barrera lingüística que le impide penetrar en las creencias del paciente y tiene que buscar un intérprete, que generalmente es otro paciente que colabora.

2. La Estructura Social

Dos contextos sociales diferentes y contrastantes existen en los andinos (aymaras y quechuas) y en los orientales (cultura amazónica). El comportamiento social del andino (aymara-quechua) es el reflejo claro de su organización social comunitaria que tiene como su modelo primigenio el Ayllu (comunidad agraria indígena), que expresa el carácter psicológico social del *ser-colectivo*, cuyo sistema de referencia en sus relaciones es el "Nosotros" (sociocentrismo desde la sociedad) existiendo una estrecha cohesión en las relaciones grupales e intensa tendencia a la asociación comunitaria en la que se encuentra una manera de satisfacer una gran necesidad de estimación valorativa² y de prestigio social. Factores climáticos-socioeconómicos influyeron para esta forma de organización social como una necesidad de supervivencia en un medio inhóspito a través del trabajo cooperativo y comunitario³.

En cambio el comportamiento social en las culturas orientales (Bolivia) es individualista, desde el yo. Sin embargo, existen diferentes variaciones de individualismo de acuerdo a las diversas culturas indígenas y su sincretización con la catequización católica. Los guarayos

son personas muy independientes y al mismo tiempo tienen un sentido de cooperativismo en sus modos de relaciones grupales por la influencia católica franciscana.

3. Modos de Interacción Familiar

Es imprescindible conocer los modos de interacción en el sistema de relaciones entre los miembros de la familia en estas culturas, tanto en aquellas de estructura social comunitaria (aymara-quechua) como en las individualistas. En los primeros sus modos de interacción son muy estrechos, muy ligados. Esto corresponde a lo que Helm Stierlin⁴, terapeuta familiar sistémico, llama modo de interacción de "familias ligadas" (*gebundene familie*). En esta forma de ligazón la persona está presa al "ghetto" familiar, formándose en esta cultura un patrón relacional de interdependencia.

El grupo familiar de Los Andes, tanto del Altiplano como de los valles de las culturas aymara-quechua, así como el mestizo criollo, es muy integrado, lo que caracteriza el llamado "familismo andino" (familias patriarcales extensas, estrechos contactos entre padres e hijos, los hijos llevan a sus mujeres a la casa...)⁵.

En la familia del oriental, los modos de interacción social son al contrario "desprendidos" o "desligados". Stierlin⁶ llama a este sistema interacción familiar de "expulsión" (*ausgestossene familie*), cuyas relaciones características son propias de una estructura social individualista patriarcal en la que se acelera la separación de los hijos de los padres, adquiriendo tempranamente una autonomía prematura, tal es el caso de los chiquitanos, los yuracaré, los guaraníes y los guarayos, que han sido muy celosos de su independencia personal; dejaban a los hijos libremente que se separaran

precozmente de la familia. Heath⁷ dice al respecto del ambiente de la región, "al niño se lo prepara desde temprana edad para que se baste a sí mismo, lo que lo faculta para la vida relativamente aislada de la adolescencia". Geográficamente dispersas se hallan las familias nucleares y por consiguiente tan independientes unas de otras, que los lazos de parentesco son muy tenues e inestables.

Los andinos son afectivos y hasta "pegajosos", en cambio los otros son aparentemente indiferentes, desapegados.

En los pacientes mentales que proceden de una u otra cultura, sus modos de interacción están afectados, manifestándose en las reacciones ante sus trastornos. Los andinos tienden a reacciones pasivas, mientras que los orientales a reacciones ansiosas y excitables. Los primeros presentan con mucho más frecuencia depresiones de formas inhibidas y quejas somatizadas e hipocondriacas⁸.

CONCLUSIONES

Las terapias occidentales no se acuan muchas veces al sistema de creencias de estos pueblos no occidentales. Hay que ubicarse en sus contextos culturales para poder abordarlos de manera terapéutica. Las dificultades se dan generalmente en el sentido lingüístico y conceptual. Para poder comprender la realidad psicológica, hay que tomar en cuenta los sistemas de organización social (comunitario e individual) y la estructura de sus pensamientos, creencias y mitos.

Determinamos las condiciones previas para acceder al ser de estos pacientes:

1. Superar nuestra visión occidental.
2. Ubicarse en el sistema de referencia cultural del paciente.

3. La psicoterapia intercultural funciona más eficazmente con la contribución participativa del *coterapeuta*: persona procedente de la misma cultura del paciente (conocedor del idioma, del sistema de valores, mitos, etc.), que puede ser un familiar o un religioso.
4. Conocer la organización de la estructura familiar, en la que se encuentran sistemas cerrados fusionados (andinos) y sistemas abiertos individuales (amazónicos).
5. La formación del terapeuta en etnografía y psicología transcultural o intercultural para poder abordar el contexto de realidad del mundo de valores y significantes culturales de estos casos, que depende mucho de la experiencia antropológica y flexibilidad del terapeuta¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tellenbach H. *Psychiatrie als geistige medizin*. Munchen: Verlag fur angewandte Wissenschafteng; 1987.
2. Lercsh Ph. *La estructura de la personalidad*. Barcelona: Editorial Scientia; 1966.
3. Hollweg MG. *Locura, cultura y magia*. Santa Cruz: Imprenta Nueva; 1992.
4. Stierlin, Rucker-Embden, Wetzel, Wirsching. *Terapia de familia: La primera entrevista*. Barcelona: Ed. Gedisa SA; 1986.
5. Martínez-Odena. *Matrimonio y familia en Bolivia*. La Paz: Editorial Los Amigos del Libro; 1976.
6. Stierlin H. *Eltern und kinder*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag; 1977.
7. Heath D. *Los cambas: un pueblo emergente*. En: *Abriendo Surcos (2da época)* 1963; octubre-diciembre:3-5.
8. Hollweg MG. *La "locura" en los indígenas y mestizos bolivianos*. *Revista de Humanidades, Ciencias Sociales y Relaciones Internacionales* 1991;1:19-27.