

EL DESARROLLO HUMANO Y LA SALUD MENTAL: PERSPECTIVAS SOCIOCULTURALES Y APUNTES METODOLÓGICOS (*)

*Duncan PEDERSEN (**)*

Se discuten las perspectivas socioculturales de los conceptos salud mental y desarrollo bio-psico-social del ser humano. Se señala que en ciencias sociales, el abordaje de la salud y enfermedad se realiza desde dos tendencias principales: cultural y social; las cuales no son contrapuestas sino complementarias. La influencia de los patrones culturales en la generación de ciertas enfermedades se hace evidente en el reconocimiento de los efectos patogénicos y patoplásticos de los estilos de vida. Los cambios culturales y los patrones de crianza son otros ejemplos de lo anterior. El enfoque sociocultural considera al hombre como un ser biológico que vive en un grupo humano específico y que es portador y a la vez creador de cultura; es decir, estudia las diferentes estrategias culturales desarrolladas por los diversos grupos humanos en sus negociaciones con el ambiente. Las investigaciones socioculturales de la salud y enfermedad se realizan desde tres tendencias fundamentales: 1) El estudio del "discurso popular", es decir lo que una población particular dice sobre la salud y enfermedad; 2) El estudio de lo que una población hace por mantener la salud y luchar contra la enfermedad; 3) El estudio de los condicionantes culturales y los determinantes socioeconómicos de los fenómenos salud y enfermedad. Por último, se discuten algunos problemas de método que se enfrentan en la investigación en salud mental y desarrollo humano.

PALABRAS CLAVE: *Salud mental - Enfermedad - Ciencias sociales - Enfoque cultural - Enfoque social - Investigación - Metodología - Desarrollo Humano.*

(*) Resumen de la ponencia presentada por el autor en el Seminario sobre Salud Mental y Desarrollo Humano, organizado por el Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología y por el Instituto Nacional de Salud Mental, en la ciudad de Puno, Perú, junio de 1986.

(**) Douglas Hospital Research Centre. Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Canadá.

HUMAN DEVELOPMENT AND MENTAL HEALTH : SOCIOCULTURAL PROSPECTS AND METHODOLOGICAL REMARKS

Sociocultural views about mental health and bio-psycho-social human development were reviewed. Health and illness in social sciences are discussed from cultural and social trends. The recognition of pathogenic and pathoplastic effects of life styles is evidenced by the influence of cultural models. Cultural changes and rearing models are other examples. Sociocultural view regards man as a biological existence living in specific social groups, being a carrier and a creator of culture; sociocultural views study different cultural strategies developed by several human groups on their environmental transactions. Sociocultural research considers three fundamental trends about health and illness: 1) The study of "popular speech" (what a particular population says about health and illness); 2) The study of what a particular population performs in order to maintain health and fight against illness, 3) The study of cultural conditioners and socioeconomic determinants about health and illness phenomena (why). Finally, methodological problems in health and illness research are reviewed.

KEY WORDS:

Mental health - Illness - Social sciences - Cultural trend - Social trend - Research - Methodology - Human development.

En las discusiones en torno al desarrollo bio-psico-social del ser humano y de la salud mental casi siempre se invoca la integralidad de ambos conceptos que constituyen un todo indivisible. En efecto, los problemas de la salud mental se presentan siempre como desviaciones más o menos importantes del proceso de desarrollo biológico, psicológico y social del ser humano a lo largo del ciclo vital. En las páginas siguientes voy a referirme en particular a la dimensión o perspectiva sociocultural de ambos conceptos, señalando algunos efectos de lo cultural sobre la sociedad y sus repercusiones en la salud mental y el desarrollo humano. Para terminar, voy a intentar caracterizar algunos enfoques y tendencias entre los investigadores y, también, señalar algunas cuestiones de método, sin pretender en ningún caso agotar el tema.

Antes de comenzar la presentación de los efectos de lo cultural sobre la sociedad, vale la pena hacer algunas consideraciones a modo de advertencia. En el abordaje de la salud y enfermedad desde las ciencias sociales los autores suelen ubicarse, por lo general, en dos polos o tendencias. Los que representan la tendencia cultural, tienden a explicar el fenómeno de la enfermedad y la diversidad de comportamientos resultantes, a través de la comprobación de un sustrato particular de conceptos y valores de la sociedad. Entre éstos, algunos tienen la tendencia a atribuir un peso excesivo a la base cultural de determinados comportamientos, los que se explican mejor sobre una base socioeconómica que a partir de los valores culturales del grupo. Por otro lado, los que representan la tendencia social, buscan interpretar el fenómeno de salud y

enfermedad desde una perspectiva situada en otro nivel o escala, a partir de los imperativos del ambiente ecológico, de los determinantes económicos y de sus estructuras de producción, y de los juegos de poder que se dan en la sociedad en el transcurso del devenir histórico de sus aparatos institucionales. Si bien el contexto ecológico y socioeconómico es indispensable para la comprensión del proceso de salud y enfermedad y de sus comportamientos resultantes, es, por sí solo y hasta cierta medida, insuficiente para explicar lo observado en ciertas poblaciones sumergidas en una ecología y situación económica similares, las que, no obstante, muestran en su interior enfermedades y tasas de morbilidad diferenciales, y distintas expectativas de vida, entre grupos, segmentos o clases sociales aparentemente homólogas.

En realidad, ambos polos o tendencias son legítimos y se sitúan en dos niveles diferentes de inteligibilidad, no necesariamente contrapuestos sino más bien complementarios. Las respuestas dadas por todo grupo social frente a los imperativos del ambiente social y económico son mediatizadas por las concepciones y valores del grupo, lo que explica mejor las variaciones en el nivel y estructura de salud y en el comportamiento de grupos sociales sometidos a presiones ambientales homólogas. Existen muchos ejemplos que ilustran esta afirmación: los estudios sobre obreros de la industria siderúrgica muestran variaciones significativas en la frecuencia y tipo de enfermedades según su origen étnico, o los habitantes de una misma región ecológica tienen diferentes tasas de infestación por malaria, según sean negros o indígenas aunque pertenezcan a un mismo estrato social y tengan una inserción similar en el aparato productivo.

EFFECTOS DE LO CULTURAL SOBRE LA SOCIEDAD

Muchos autores han intentado describir los efectos de la cultura sobre la población al identificar el rol que juega la cultura en la generación de ciertas enfermedades y dolencias. Hoy son cada vez más evidentes las relaciones entre algunas enfermedades y ciertos patrones de comportamiento de base cultural, tales como el tipo de alimentación, el uso de tabaco y alcohol, la actividad física y el sedentarismo. Estos hábitos o comportamientos cotidianos están determinados, en parte, por la cultura y hoy empiezan a delimitar el campo de los estilos de vida, el que viene reconocido por los investigadores como de importancia capital en la salud humana (1).

En un sentido restringido, el concepto de estilos de vida se aplica a los aspectos relacionados con el comportamiento individual. Desde una perspectiva más amplia, los estilos de vida son manifestaciones con una dimensión colectiva y social y a su vez están determinados y modelados por el contexto social, económico y cultural. Lo que es importante destacar aquí, es que hay estilos de vida como parte de un sistema cultural, que aumentan significativamente la exposición al riesgo de enfermar y de morir y tienen definidos efectos patogénicos sobre la población. Jilek (2) sostiene que la cultura no sólo tiene un efecto patogénico sino que, además, tiene un efecto patoplástico, al darles forma a las manifestaciones patológicas. En efecto, la cultura ejerce una influencia considerable en las condiciones psiquiátricas, no sólo en la manifestación de los síntomas sino también en el curso y aún en el pronóstico de la enfermedad (Jilek, 1983).

En la esquizofrenia se puede observar el efecto patoplástico que ejercen los factores culturales sobre el curso de la enfermedad: la frecuencia de ciertas alucinaciones, la aparición de síntomas catatónicos y de la respuesta afectiva, y aún el pronóstico, parecen ser mejor entre los africanos y asiáticos que entre los europeos. Una hipótesis para explicar este hallazgo es que el pronóstico puede variar de acuerdo con la clase de respuesta familiar y social frente al episodio inicial de psicosis, y esta respuesta está, a su vez, fuertemente determinada por la cultura.

El cambio cultural es otro proceso que induce efectos patogénicos y aún patoplásticos, en la expresión de ciertas enfermedades como las denominadas "síndromes de filiación cultural" que se presentan como productos transicionales entre la tradición y las influencias modernizantes. Estos síndromes son, por lo general, problemas de la esfera del comportamiento y están circunscriptos específicamente a una determinada cultura. Así, por ejemplo, la anorexia nerviosa es un cuadro que se presenta con exclusividad en familias pertenecientes a la cultura occidental y moderna y con mayor frecuencia entre migrantes; la histeria del Artico se registra sólo entre los esquimales y está vinculada a cambios sociales muy rápidos en un ambiente de gran estrés; el amok es una entidad descrita entre los nativos de la Malasia y se caracteriza por una explosión violenta de comportamiento, seguida por agotamiento y amnesia; el espanto es una entidad propia de la cultura indoamericana que se presenta en grupos predominantemente indígenas de Centroamérica y de la región occidental de América del Sur, casi siempre relacionado con la "pérdida" del alma al haber sido capturada por las divinidades que habitan en las entrañas de la tierra (por un encuentro súbito e inesperado con los espíritus, o dioses, en

vertientes, ríos, quebradas, grietas o grutas naturales).

Los efectos del cambio cultural también se hacen presentes en las poblaciones denominadas "marginales", como es el caso en Africa de los "destribilizados" o en América Latina de los migrantes hacia las grandes ciudades considerados como "semioccidentales" o "urbano-marginales". En el caso peruano, Carlos A. Segúin ha descrito el síndrome de desadaptación que ocurre entre los migrantes de la sierra hacia la costa, y que comprende un conjunto de síntomas de variada naturaleza, que por lo general se muestran resistentes al tratamiento médico convencional. Estos grupos están expuestos a un mayor riesgo de enfermar y morir no sólo por el hecho de estar segregados a los escalones más bajos de las clases sociales sino, además, por haber renunciado parcial o totalmente a su propia cultura, sin haber asimilado la nueva. En este estado transicional de "deculturación" o privación cultural, sumado a la pobreza y a ciertas condiciones adversas propias de la migración, es donde se encuentran los mayores riesgos de enfermar o de tener un episodio psicótico-reactivo.

Otro conjunto de efectos de lo cultural sobre la sociedad se muestra en torno a los patrones de crianza y a sus consecuencias sobre el desarrollo humano. Dos ejemplos bastan para ilustrar la gran variabilidad cultural que existe con relación a los patrones de crianza, los que no necesariamente muestran ventajas al comparar sus efectos sobre el desarrollo y comportamiento humano. La mayoría de los tratados de pediatría modernos aconsejan como el tiempo óptimo para iniciar el adiestramiento del niño en el control de sus esfínteres (vesical y anal) el segundo o tercer año de vida. Sin embargo, otros grupos culturales inician este entrenamiento mucho

antes, como es el caso de los Digo en Africa oriental, quienes empiezan a la segunda semana de vida, con un éxito en el 90% de los casos entre el cuarto y sexto mes(3). Eisenberg comenta que en este caso es la madre quien se adiestra en reconocer las señales del niño y no el niño quien es entrenado en responder a las indicaciones de la madre. En ambos casos, la familia moderna y la familia tradicional, mantienen un contexto indulgente de prácticas de crianza, pero los imperativos sociales, económicos y culturales son diferentes (4). No se trata, entonces de reconocer una práctica de crianza como la mejor sino, más bien, de reconocer que la cultura va modelando el conjunto de prácticas y que éstas no pueden desagregarse e imponerse aisladamente de un grupo cultural al otro, por fuera del contexto social en que éstas ocurren.

Otro tanto sucede con las teorías del denominado vínculo o relación materno-infantil ("bonding" de los autores anglosajones). Algunos autores sostienen que no hay evidencias consistentes para comprobar que el vínculo o "bonding" temprano es esencial para el desarrollo normal de las relaciones madre-hijo (4). En realidad, no se pretende desconocer la importancia de la relación temprana entre madre e hijo, sino que lo que se pone en tela de juicio es el determinismo por el cual se afirma que el "bonding" y el contacto corporal temprano y sostenido, son una condición esencial del establecimiento de esa relación. Como si el vínculo establecido fuera sinónimo de una "buena" relación y el vínculo no establecido resultara inexorablemente en una privación, con efectos irreversibles sobre la relación maternoinfantil y la salud mental del hijo.

Es evidente que las mujeres de la sociedad urbano-industrial tienen un contacto mucho

menor y menos frecuente con sus hijos que las mujeres de las sociedades rurales de economía campesina de América Latina. En la región andina, por ejemplo, la madre indígena mantiene un contacto muy estrecho con su hijo, a través de una lactancia prolongada y el constante acarreo en su espalda hasta el segundo año de vida, al punto que durante los primeros meses el niño prácticamente no tiene contacto con el suelo. Por otra parte, la madre urbana sometida a un régimen de trabajo como empleada y obrera, está muy limitada en la frecuencia de los encuentros y duración de los contactos con su hijo, lo que también afecta la duración de la lactancia. Ambos modelos de crianza y lactancia son, en realidad, una respuesta de naturaleza adaptativa a las condiciones sociales y económicas prevalentes en ambos grupos, en particular determinados por la inserción o no de la mujer en la fuerza de trabajo y, en menor medida, influidos por la pertenencia a la cultura rural-tradicional o a la cultura urbano-industrial, de tal manera que es difícil juzgar la validez de un modelo de crianza sobre el otro. En mi parecer, las mujeres indígenas que migran del campo a la ciudad mantienen por algún tiempo sus patrones de crianza y lactancia, mientras están dedicadas a tareas domésticas y trabajos eventuales (por ejemplo, las vendedoras ambulantes en las ferias, tiendas o puestos de comida), pero estos comportamientos se transforman significativamente cuando la mujer ingresa en el sector formal de la economía.

Las consecuencias que traen el grado y clase de intimidad y contacto físico entre madre e hijo sobre el desarrollo del niño, son inseparables del conjunto de prácticas de crianza y de los rasgos culturales que facilitan el proceso de adaptación a uno u otro ambiente ecológico y social.

ENFOQUES Y TENDENCIAS

El enfoque sociocultural considera al hombre como un ser biológico que vive en un grupo humano específico y que es portador y a la vez creador de cultura. Por lo tanto, este enfoque se interesa por la inmensa variabilidad de estrategias culturales desarrolladas por los diversos grupos humanos en sus negociaciones con el ambiente, al seno del cual se encuentran los fenómenos de naturaleza biológica que son compartidos por todas las sociedades (el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo, el envejecimiento, la enfermedad y la muerte). Esta situación se refleja, en parte, en el escenario de la investigación sociocultural sobre salud y enfermedad, en el que se perciben tres tendencias fundamentales (5):

a) Una primera tendencia agrupa a los autores que se interesan por lo que una población particular (o una clase social) dice sobre la salud y enfermedad, es decir el "discurso popular" de las enfermedades, su denominación e identificación, los síntomas y su significado, el modelo explicativo; etc. Este conocimiento tiene una particular relevancia para la práctica clínica.

Por lo general, los médicos están familiarizados con las diferencias culturales en la expresión de los síntomas y estas diferencias han sido confirmadas por la investigación sociocultural. El modelo biomédico interpreta los síntomas como simples manifestaciones de una realidad biológica subyacente (6). Estos síntomas se decodifican y luego se transforman en nombres de enfermedades para después prescribir un tratamiento apropiado a tal o cual enfermedad. Cuando el médico ha descartado todo posible significado biológico de un

síntoma que no tiene sentido en esta dimensión, se ve forzado a interpretarlo como de contenido psicológico. Este "reduccionismo", en la interpretación de los síntomas, a dos categorías representa una clara sobresimplificación dado que limita la importancia del significado de los datos sociales y culturales. La solución que se ha propuesto consiste en dotar de un código cultural para las diferentes subculturas, que pueda servir al médico para recodificar los síntomas y ubicarlos en las entidades respectivas; la base propuesta sería un enfoque centrado en el significado de los síntomas.

Esta tendencia de investigación, sobre lo que la gente dice, implica dos supuestos: el primero, que en diferentes grupos étnicos la misma enfermedad puede estar representada por diferentes síntomas (rol patoplástico de la cultura), y el segundo, que los síntomas, aparte de su significación biológica, son condensaciones de varios significados.

b) Una segunda tendencia se interesa por lo que una población hace por mantener la salud y luchar contra la enfermedad. Esta tendencia está representada por los autores que tratan sobre los estilos de vida, las prácticas y los comportamientos con respecto a la salud y enfermedad, incluyendo los comportamientos de reducción de riesgos y limitación de daños, de prevención y de búsqueda de la salud, los procedimientos y rituales terapéuticos, que hoy comprenden una buena parte de los trabajos publicados en el campo de la antropología médica, la etnopsiquiatría y la epidemiología sociocultural.

c) Por último, una tercera tendencia enfoca su atención sobre los condicionantes culturales y los determinantes socioeconómicos de los fenómenos. Los autores representativos de esta tendencia se concentran alrededor de un conjunto de

observaciones interculturales y estudios comparativos entre distintas culturas y grupos sociales, interesados en por qué una población determinada se enferma con un patrón de morbilidad y mortalidad diferente al de otra población, y en cómo buscan resolver o superar los problemas de salud, recurriendo a distintas instancias populares, laicas, religiosas o profesionales.

Los estudios comparativos interculturales constituyen una prioridad en el ámbito latinoamericano, en donde deben promoverse e iniciarse investigaciones que permitan comparar la eficacia entre terapias tradicionales y modernas, especialmente para aquellas entidades en las que la medicina moderna tiene un limitado éxito, tales como el alcoholismo, la depresión o los síndromes de filiación cultural. Además, los estudios interculturales pueden arrojar evidencias que permitan ampliar la accesibilidad y mejorar la aceptabilidad de servicios y tecnologías médicas; la atención del parto y el nacimiento, los patrones de crianza y de lactancia, el manejo de enfermedades frecuentes de la infancia y la alimentación infantil, son áreas críticas en las que se necesita información sobre las diferentes prácticas en los distintos grupos culturales de la región latinoamericana. El análisis comparado de esta información puede contribuir a la reformulación de estrategias y adaptación de los programas de atención a las condiciones locales.

A manera de simples notas finales quisiera señalar algunos problemas de método que se enfrentan en la investigación en salud mental y desarrollo humano. En general, en las tres tendencias o sectores mencionados, se mantienen todavía las discrepancias sobre la confiabilidad y reproducibilidad de los métodos e instrumentos de evaluación e identificación de los distintos problemas de

salud mental entre los diferentes grupos culturales y sociales. Si bien se han hecho progresos sustanciales en la estandarización de algunas pruebas y cuestionarios para poder hacer comparaciones entre distintos países, sobre la frecuencia y distribución de ciertos problemas, síntomas o síndromes de naturaleza orgánica o sistémica (retardo mental, epilepsia, etc.), las categorías o preguntas no siempre son válidas o comparables cuando tratan de medir frecuencia, distribución y características de problemas como el alcoholismo, la esquizofrenia o la depresión, en distintos países o nichos culturales. Las categorías impuestas desde afuera por los investigadores no siempre son compartidas por los sujetos bajo observación y este problema metodológico se sostiene a lo largo del diseño de instrumentos, del levantamiento y el análisis de los datos.

En relación con los estudios de interacción entre padres e hijos, basados en los experimentos etológicos de "imprinting", comparados en modelos animales con ciertas especies (ratones, lemúridos, gansos y otros), deben ser tomados con cautela frente a la excesiva tendencia a generalizar los resultados a la especie humana. Muchos de estos experimentos no han podido siquiera replicarse en otras variedades de la misma especie animal, lo que limita considerablemente su extrapolación al comportamiento humano.

El comportamiento frente a la situación de salud y enfermedad, y durante la crianza y la lactancia, son comportamientos complejos que requieren de investigadores experimentados en los métodos de observación participante. En efecto, es conocido que la sola presencia de uno o más observadores modifica las transacciones y los comportamientos entre los pacientes y sus terapeutas. Aun más, la comprobación más o

menos reciente de la aparición de ciertos compuestos químicos detectables en la sangre (por ejemplo: endorfinas) de los sujetos sometidos a un procedimiento o ritual terapéutico, y los cambios neurofisiológicos detectados a nivel hipotalámico como respuesta a la administración de sustancias

aparentemente “inertes”, obligan a cuestionar el denominado efecto placebo en los grupos de control y revisar cuidadosamente los diseños experimentales en los que se comparan los efectos sobre la salud de determinadas prácticas o procedimientos entre distintos grupos humanos.

REFERENCIAS

- 1) PEDERSEN D & BIBEAU G. Estilos de vida y salud. Documento de Trabajo. OPS/OMS Y W.K. Kellogg. Washington, D.C. Octubre 1985
- 2) JILEK W: Culture and Psychopatology Revisited. Culture, Vol. III N° 1, 1983
- 3) de VRIES M. The cultural relativity of toilet training readiness. Pediatrics 1977; 60:170
- 4) EISENBERG L. Social context of child development. Pediatrics 1981: 68;5
- 5) BIBEAU G. La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé: quelques balises. Santé, Culture, Health 1983: I(2)
- 6) GOOD B & DEL VECCHIO MJ. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice, en the Relevance of Social Science for medicine (Edited by Eisenberg L and Kleiman A). Reidel, Boston 1980.