

**SIGNOS, SIGNIFICADOS Y ACCIONES RELACIONADOS A LA EXPERIENCIA DEPRESIVA EN COMUNIDAD URBANO-POPULAR DE LIMA.(\*)**

*Carlos SAAVEDRA Ch.(\*\*) & María Elena PLANAS T(\*\*\*)*

*Se exploró el saber popular en torno a la experiencia depresiva en Tahuantinsuyo Bajo, distrito de Independencia, Lima, entre junio a diciembre de 1996. La investigación evidenció el rol fundamental de los aspectos sociales y culturales en la identificación, descripción e interpretación de la depresión y los procesos de búsqueda de ayuda que ésta genera. Las percepciones (signos y significados) y prácticas relacionadas a la salud están enraizadas en un contexto social y cultural, el mismo que define el lugar que ocupan, para la comunidad, determinados signos o síntomas y el recurso de los servicios profesionales en el seno de un universo más amplio de búsqueda de ayuda. Aunque el estudio es exploratorio y por consiguiente sus resultados deben ser tomados como hipótesis, esta aproximación invita a la reflexión y discusión de las posibles convergencias y divergencias entre los campos de percepción, expectativas y prácticas populares y profesionales, para lograr servicios de salud mental culturalmente sensibles que afronten los procesos de salud y enfermedad mental de la población.*

*PALABRAS CLAVE: Etnografía - Depresión - Comunidad*

**SIGNS, MEANINGS AND PRACTICES RELATED TO DEPRESSIVE EXPERIENCE IN AN URBAN-POPULAR SITE OF LIMA CITY**

*Popular knowledge about depressive experience in residents of Tahuantinsuyo Bajo, Independencia district (Lima City) was explored in a study carried out between June and December, 1996. The results show the role of social and cultural aspects in the identification, description and interpretation of depression and the help-seeking behaviour that it generates. The perception (signs and meanings) and practices related to health are deeply engrained in the social and cultural context defining at community level the locus of signs and symptoms besides the professional service resources within a universe of help seeking behaviour. Despite the exploratory nature of this study and although its conclusions must be taken as hypotheses, this approach invites us to a reflection and discussion about a possible convergent and divergent point of view between popular and professional's perception, expectations and practices, oriented to develop mental health services accordingly to the cultural characteristics of the served population.*

*KEY WORDS: Ethnography - Depression - Community*

(\*) Estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (contrato N° 035-INSM-96)

(\*\*) Antropólogo, Candidato a MSc. de la Universidad de Montreal, Canadá

(\*\*\*) Antropóloga, Candidata a MSc. de la Universidad de Montreal, Canadá

## 1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

La organización social, la experiencia personal y las consecuencias de emociones, conductas y características psicológicas varían con la cultura; asimismo, organizadas como realidades diferentes, comunicadas en una amplia gama de lenguas, relacionadas a contextos locales particulares. Consecuentemente, las emociones y conductas son interpretadas y evaluadas de diverso modo, motivando reacciones distintas y constituyendo, así, realidades significativas diferentes a través de las culturas. En lo referente a la depresión, las investigaciones en psiquiatría transcultural demuestran la existencia de una importante variabilidad en cuanto a su definición y sintomatología asociada de una cultura a otra (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). La evidencia de tal variabilidad plantea serias dudas acerca de la validez transcultural del concepto mismo de depresión. ¿Existe un concepto de depresión que tenga una validez universal, o por el contrario, hay tantos perfiles diagnósticos como variantes culturalmente condicionadas de este trastorno afectivo?

En general, los síntomas de depresión observados en las diferentes culturas no parecen tener la misma significación ni el mismo valor patológico. Por ejemplo, la disforia e incluso la pérdida de placer en aspectos normalmente valiosos de la persona, los objetos del mundo o las relaciones sociales, es asociada con síntomas de malestar significativamente diferentes y tiene, a través del mundo, consecuencias muy variadas para la persona afecta. Para un creyente budista, por ejemplo, que ha generalizado su desesperanza con respecto al mundo y a las relaciones sociales en términos de un problema ontológico

existencial, la experiencia depresiva es vivida y expresada significativamente en términos religiosos como el primer paso en el camino de la salvación; y en este sentido, la pérdida de placer o en general los afectos depresivos son percibidos no necesariamente como signos de anormalidad sujetos a tratamiento psiquiátrico sino que son integrados dentro de un discurso religioso que los normaliza permitiendo a las personas identificarse con un perfil valorado en términos culturales que parece ser altamente adaptativo, por ejemplo, en términos de una menor cronicidad (8).

En la medida en que los síntomas (signos) sirven como criterios para la depresión y en la medida en que la percepción, la experiencia y la significación de éstos varía significativamente a través de las culturas, la dificultad en establecer la validez transcultural de la categoría de depresión debe ser encarada a partir de la reconstrucción *emic* de la semiología popular relacionada a la experiencia de aquello que para la semiología psiquiátrica se definiría como depresión. El término *emic* en ciencias sociales sirve para designar a «los relatos, descripciones y análisis expresados en términos de los esquemas conceptuales y de las categorías consideradas significativas y apropiadas por los miembros nativos de una cultura de la que se estudian las creencias y los comportamientos» (9). Una de las características que mejor definen a la antropología es justamente el esfuerzo por descubrir lo *emic* (puntos de vista de una cultura dada sobre un fenómeno en particular) y recién luego de haberlo logrado, empezar el análisis y las elaboraciones en base a los esquemas conceptuales y categorías significativas para los miembros de la comunidad científica (enfoque *etic*).

Para reconstruir la semiología popular a partir de los términos y las significaciones locales, se deberán explorar entonces el conjunto de signos, significados y acciones que se asocian con la experiencia de dicha enfermedad.

Cabe señalar que en este mismo sentido, muchos autores han discutido, también, la validez de los estudios epidemiológicos que evalúan la prevalencia, la tasa de incidencia o los factores de riesgo asociados a la depresión en sociedades no-occidentales, ya que estos instrumentos se basan en criterios diagnósticos psiquiátricos obtenidos en el mundo occidental. De manera más amplia, además, se cuestiona el hecho que en la epidemiología psiquiátrica, los síntomas son tratados de manera aislada del contexto cultural. Si bien es cierto que la desarticulación de síntomas del contexto en que se presentan facilita la medición, también es cierto que estas entidades, aunque medidas, carecen muchas veces de significación y se muestran incapaces de generar marcos interpretativos útiles para la planificación de los servicios. La pregunta *¿cómo hacer?* no puede ser contestada sino a partir del esfuerzo por generar nuevos instrumentos epidemiológicos sensibles culturalmente.

En tal sentido, un postulado de base del presente estudio ha sido que los datos epidemiológicos que retratan la prevalencia de problemas definidos desde la semiología médica, profesional y occidental, no pueden bastar para fundar modelos de práctica adaptados a las realidades locales. Por un lado, porque la relación entre problemas y necesidades de servicio se encuentra lejos de ser unívoca; y por el otro, porque uno no puede afirmar de entrada

que la mejor manera de responder a las necesidades de servicios identificados es universal y corresponde a los modelos de práctica preferenciados por los profesionales (10), sobretodo en un contexto pluricultural y multiétnico como el peruano. Efectivamente, una hipótesis del proyecto es que las percepciones y prácticas relacionadas a la salud están enraizadas en un contexto social y cultural más amplio, y que son ellas las que definen qué lugar ocupan o no determinados signos o síntomas, y cuándo y en qué circunstancias se recurre a los servicios profesionales en el seno de un universo más amplio de búsqueda de ayuda. Si no se toman en cuenta las posibles convergencias y divergencias entre los campos de percepción, expectativas y prácticas populares y profesionales, los servicios corren el riesgo de no alcanzar realmente a la población y de quedar en la puerta falsa de sus deseos y expectativas (10).

En un estudio realizado en el distrito de Independencia titulado *Linderos Sociales y Culturales para Salud Mental Comunitaria* (11), los autores se sorprenden que a pesar de la importante prevalencia de depresión informada en estudios epidemiológicos (12), el estudio que llevaron a cabo muestra un porcentaje relativamente pequeño de personas que identifican casos de depresión en su comunidad. Así, cuando se pregunta por los síntomas o signos de enfermedad o problema mental sólo el 1.6 % de los pobladores mencionan la depresión. *¿Qué sucede?*, *¿existe un mayor grado de tolerancia-tolerancia cultural con respecto a la depresión o es que ésta se canaliza a través de otras expresiones y otra sintomatología?*

Al respecto, diversos autores han señala-

do que lo que se categoriza en terminología psiquiátrica como trastornos afectivos es percibido en gran parte en términos somáticos por diversas poblaciones (13, 14, 15). Así, se ha mostrado que en una buena parte de las culturas no-occidentales, los síntomas psicológicos relacionados a los trastornos que nos ocupa no se logran expresar por diversas razones, entre las cuales puede estar la concepción socio-céntrica de la persona en una cultura o el miedo al estigma social de la locura, de manera que el malestar se expresa mediante dolores localizados en el cuerpo. Según Kleinman y Good la somatización parece haber sido la estrategia generalizada de las culturas humanas para encarar ciertos estados psicológicos como aquellos que la terminología psiquiátrica denomina trastornos afectivos (14).

Estudios realizados en el Perú en poblaciones urbano-marginales nos muestran indicios de que la somatización puede ser un camino a través del cual se expresan los síntomas afectivos y puede ser una de las causas por las cuales los servicios psiquiátricos reciben, generalmente, pacientes con depresión en estadíos bastante avanzados y que probablemente han hecho un recorrido terapéutico en relación a quejas orgánicas.

Consecuentemente, se planteó el presente estudio con el objetivo general y de largo plazo de construir herramientas metodológicas que nos permitan una mayor sensibilización hacia los aspectos culturales de los problemas de salud mental. De manera particular, la investigación ha cumplido con poner en evidencia la construcción social y cultural de la depresión en una localidad al interior del distrito ur-

bano-marginal de Independencia buscando los principios que organizan esta construcción y su enraizamiento en sus contextos culturales y socio-históricos más amplios. Se ha pretendido en este sentido explorar los elementos semiológicos (signos y síntomas), interpretativos (significaciones socioculturales y matrices ideológicas) y pragmáticos (acciones) relacionados a la experiencia depresiva de los pobladores de Tahuantinsuyo Bajo. Como objetivos específicos se planteó contribuir al conocimiento de:

- Las causas, organización y efectos de la depresión en la población.
- Los factores sociales de estrés (tanto a nivel local como macro) que conllevan a la emergencia de la depresión.
- La relación entre la depresión y la somatización.
- Los itinerarios terapéuticos de la población en caso de depresión.
- Las causas de la subutilización de los servicios de salud mental.

Concretamente, el presente estudio ha pretendido descubrir la semiología popular, a decir, los sistemas de signos<sup>1</sup>, significados y acciones- relacionados a la experiencia de la depresión referida por pacientes en tratamiento psiquiátrico y posibles casos de la población pero que no recurren a los servicios de psiquiatras. El proyecto ha partido de un postulado fundamental, a decir, que desde una perspectiva sociocultural existe una continuidad entre la manera como una comunidad construye sus problemas de salud, y los procedimientos

<sup>1</sup> (ver nota al final del texto)

que ella desarrolla para resolverlos, o en otras palabras, entre los sistemas de signos, significaciones y acciones (16). Efectivamente, la manera como un individuo identifica e interpreta sus problemas vivenciales o los de su entorno está influenciada por los modelos semiológicos e interpretativos dominantes en su medio. De esta manera, el proyecto pretende explorar los idiomas culturales por los cuales la experiencia depresiva es construida al interior de una comunidad específica, para luego poder entender las acciones consecuentes, en particular el proceso de búsqueda de ayuda y los itinerarios terapéuticos. Consideramos así, que tomando en cuenta los elementos semiológicos, interpretativos y pragmáticos de la comunidad, se podría construir un sistema de salud culturalmente sensible y de participación comunitaria, objetivo general que anima substancialmente esta línea de investigación.

En este sentido se ha podido recoger información valiosa sobre los siguientes ejes temáticos:

1. *Taxonómica*. Los términos que la población utiliza para expresar su situación.

2. *Semántica*. La construcción cultural de la experiencia de la enfermedad: la percepción de los signos y el curso (factores agravantes, de ayuda, pronósticos, etc) de la enfermedad; la gravedad del problema (percepción de normalidad-anormalidad); y las causas de los problemas o modelos explicativos.

3. *Ecológica*. La identificación de detonadores claves y convencionales que tienden a generar un cuadro depresivo: la relación

a problemas familiares, sociales, laborales que crean estrés (¿qué tipos de problemas? en ¿qué circunstancias aparecen?, ¿cómo se reacciona en general ante esas dificultades?); con determinantes a nivel macro (sociales, políticos, económicos); la persistencia tanto de las quejas como de las fuentes sociales de malestar; la disminución de la incapacidad con la mejora percibida en la vida social (p.ej. retiro del trabajo, reconciliación familiar o marital, mejora en el trabajo) y la mejora en las situaciones familiares.

4. *Comunicación y manejo de emociones*. Los códigos expresivos involucrados en la comunicación de la experiencia depresiva y los mecanismos a través de los cuales ésta es o no compartida: la relación entre dolores corporales y depresión; somatización y aceptación de rol de paciente; percepción del problema como psicológico u orgánico y el tipo de ayuda que busca; la idea que la gente pueda tener de enfermedad psicósomática; los tipos de dolores más frecuentes, etc.

5. *Regulación social y tolerancia cultural*. El reconocimiento de las expresiones afectivas como apropiadas o inapropiadas en relación a las diferencias de género o edad por ejemplo.

6. *Pragmático*. Las reacciones y los procesos de búsqueda de ayuda o itinerarios terapéuticos: evaluación de las posibles terapias sufridas (desde las razones que motivaron a la persona hasta el balance global del proceso) las reacciones tanto de las personas afectadas como de los miembros del entorno cercano, así como la evaluación que se hace de esas reacciones; los recursos (de afrontamiento, familiares, fi-

nancieros) que tienen las personas para afrontar estos problemas.

En esta investigación se ha optado por una metodología de estudio eminentemente cualitativa, en función de su carácter exploratorio. Se trabajó en dos etapas. La primera identificó 10 personas de la comunidad con depresión que no habían sido reconocidos como casos médicos, a pesar del puntaje alcanzado en la escala de depresión. En una segunda etapa, luego de identificados los casos que de ahora en adelante denominaremos *no-pacientes*, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad. Igualmente, en esta segunda etapa, se entrevistaron también seis casos clínicos o pacientes diagnosticados de depresión, actualmente en tratamiento psiquiátrico en el Centro de Salud de Tahuantinsuyo Bajo. Del mismo modo, se entrevistaron en profundidad a familiares de cada uno de ellos. Debido a que nuestro interés era enmarcar los relatos dentro del contexto sociocultural que les diera sentido, la investigación comprendió paralelamente la recolección de datos a nivel comunitario: características generales de la comunidad; y sobre ciertos temas que consideramos relevantes para entender mejor el manejo de la experiencia depresiva por parte de los miembros de la comunidad, utilizando una guía. La estrategia de recolección de datos a nivel comunitario comprendió, en primer lugar, la observación participante a través de la participación activa en la vida comunitaria: asistiendo a reuniones comunales o familiares, visitando organizaciones populares y centros de interés comunitario como (parroquias, iglesia, centros de salud, mercados, etc.) del mismo modo, se realizaron visitas a un gran número de hogares. En segundo lugar, se realizaron varias en-

trevistas semi-estructuradas con informantes-clave tales como fundadores de la comunidad, líderes de organizaciones y personal de los servicios de salud. Por último, en el primer cuestionario que aplicamos se incluía una sección con preguntas relativas a estos temas.

La semiología popular o el ambiente semántico de reacciones y comportamientos concretos como lo señalan Corin y Cols. (16) no es algo fácil de estudiar, en la medida en que no está constituida por representaciones explícitas y conscientes que las personas podrían exponer respondiendo cuestionarios. Se trata, más bien, de un implícito estructurante, subyacente al discurso y al comportamiento, que es necesario entenderlo allí donde aflora más naturalmente: en su aplicación a la lectura y a la comprensión de casos reales. Lo que se pierde en extensión (haciendo una comparación con los estudios cuantitativos) se gana en profundidad y sentido.

La elección, tanto de *pacientes* como de *no-pacientes* para la investigación, responde a fines comparativos, dado nuestro interés en ubicar patrones diferenciados en la percepción de síntomas y signos, experiencia y significado de la enfermedad y reacciones a nivel familiar y local que expliquen la demanda de ayuda psiquiátrica en los primeros y la inexistencia de ésta en los segundos.

**Primera etapa.** Se trabajó con una muestra casual o accesible de personas que fueron contactadas en dos escenarios: el mercado y el centro de salud de la localidad. A estas personas se les aplicó una encuesta que en su primera parte comprendía dos cuestionarios el de Zung para la autome-

dición de la depresión, escogido en virtud de que en el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») ha sido validado como instrumento diagnóstico, y la medición de síntomas somáticos y fue elaborado por Beiser (15) en base al clásico estudio de Stirling County (17). Además, la encuesta incluía una larga lista de preguntas, una sección de las cuales estaba destinada a recoger datos socioeconómicos del entrevistado (profesión, edad, nivel educativo, ingresos, etc.); otra destinada a recoger información sobre la estructura y las relaciones familiares; otra, más extensa, comprendía muchas preguntas en torno a la percepción de experiencias depresivas y de somatización (propias o ajenas), al manejo y la comunicación de emociones (particularmente las depresivas) y a la percepción de los servicios de salud mental y en particular de los psiquiatras.

En el mercado (sin nombre) ubicado a la espalda del Centro Educativo Libertador San Martín, se aplicó la encuesta a los comerciantes de diverso tipo (con excepción de aquellos que vendían alimentos y que dado su trajín no disponían de tiempo para la encuesta) de diversa condición social y económica, dependiendo del tipo de productos que vendían y del stock que tenían. En el Centro de Salud de Tahuantinsuyo Bajo, se escogieron personas que se encontraban en la sala de espera de diversas áreas del centro de salud, la mayoría fueron pacientes o sus familiares de las áreas de obstetricia, ginecología y planificación familiar, se exceptuó a aquellos de salud mental.

La encuesta fue aplicado a 73 pobladores.

El tamaño de la muestra se diseñó a partir del criterio de cuotas, es decir, se continuó encuestando hasta llegar a contactar a los 10 personas que tuvieron un puntaje mayor o igual a 70 en la Escala para la Auto Medición de la Depresión de Zung. Las encuestas duraron entre treinta y cuarenticinco minutos en su gran mayoría. Inicialmente, se consideró el Diagnostic Interview Schedule (DIS) para seleccionar a las personas que alcanzarían los criterios de trastornos depresivos y realizar con ellos las entrevistas en profundidad<sup>2</sup>, pero se descartó dada la estructura del instrumento que interfería con la relación interpersonal. Finalmente, los puntajes más altos en la escala de Zung sirvieron como criterio para la elección del grupo de no-pacientes.

De las 73 personas encuestadas el 97.3% refirió ser migrantes: 44 de primera generación, es decir, migrantes nacidos fuera de Lima; y 27 de segunda generación, es decir, hijos de personas nacidas fuera de Lima; y, sólo dos eran limeños o hijos de limeños. De otro lado, la migración predominantemente serrana se dejó notar en la encuesta, de los 73 sujetos 57 eran serranos o hijos de serranos, el 78.1%. Un dato significativo de los sujetos de estudio es la presencia importante de ancashinos: 18 personas (25%) nativos de Ancash o hijos de ancashinos<sup>3</sup>.

De los encuestados 17 eran habitantes de Asentamientos Humanos (AAHH) y los 56 restantes vivían en alguna de las Urbanizaciones Populares (UP). En relación al sexo, la proporción de varones (36) fue similar al de mujeres (37). En relación al gasto mensual familiar de los encuestados, se halló el promedio de S/. 527.41.

<sup>2,3</sup> (ver nota al final del texto)

**Segunda Etapa.** En esta etapa se realizaron 22 entrevistas en profundidad: siendo no-pacientes seleccionados a partir de la primera etapa de encuesta (10); pacientes diagnosticados de depresión actualmente en tratamiento (6); y familiares de pacientes (6). El proyector inicial también comprendía la entrevista en profundidad con los familiares de los no-pacientes, opción que sin embargo quedó descartada.

La segunda etapa se llevó a cabo a través de entrevistas en profundidad semi-estructuradas, es decir, utilizando listado de ítems, de modo tal que permita el análisis y seguimiento de lo inesperado, sin el requerimiento de que todos los puntos de vista deban abrirse en una sola entrevista. Los ítems comprenden, a su vez, muchas preguntas que variaban en cada entrevista de modo que se respetase el discurso del paciente. Cada entrevista debía cumplir de manera adecuada todos los ítems considerados, por lo tanto, dependiendo del estilo o las maneras de comunicación de cada persona, la entrevista podía durar de una hasta tres horas. En varias ocasiones se realizaron dos y hasta tres entrevistas con una misma persona para aclarar ciertos puntos que quedaban irresueltos en la entrevista previa.

La entrevista semi-estructurada, aunque focalizada en rubros de interés (ejes temáticos señalados) fue flexible en la medida en que buscó no solo respetar el lenguaje original del entrevistado sino la lógica con la que exploraba los temas sugeridos. La reconstrucción de casos fue, pues, la estrategia que pretendió evocar situaciones críticas y abrir el espacio para una conversación franca con el entrevistado sobre los ejes temáticos.

Finalmente, el marco teórico-metodológico del estudio se basó en los desarrollos de las corrientes interpretativas y de la etnoepidemiología. Los trabajos de Byron Good (18, 19), Arthur Kleinman (20, 21, 22), Ellen Corin (16, 23, 24), Gilles Bibeau (11, 15, 26, 27) y la actual corriente de psiquiatría transcultural, en particular los trabajos de los grupos International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health (INECOM) y Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie (GIRAME) fueron fundamentales para el análisis.

## 2. DESCRIPCION DE LA LOCALIDAD

El presente estudio se centra en la población bajo el área de responsabilidad del Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo, es decir, la que habita en la Urbanización Popular (UP): Tahuantinsuyo, Payet, Victor Raúl Haya de la Torre; la Asociación Quiñones y los Asentamientos Humanos de los cerros colindantes.

La urbanización de la localidad se inició con la formación de una asociación provivienda a fines de los años 50. Lo primero que se lotizó fue la cuarta zona de la UP Tahuantinsuyo, posteriormente se poblaron las zonas de Tahuantinsuyo y Payet.

La población es bastante heterogénea, no sólo en relación al origen de procedencia de los pobladores sino también en cuanto a su perfil socioeconómico. Sobre esto último cabe señalar que conociéndose las dinámicas de migración y asentamiento propias a los barrios urbano-marginales y luego de recorrer la zona particular de estudio, se observa que al interior de ella



habría una primera diferenciación entre lo que se denomina Urbanización Popular (UP) y Asentamiento Urbano (AH). Idealmente, la UP corresponde a un planeamiento ordenado, una lotización (que implica una compra de los terrenos) y la contratación de una compañía constructora para el diseño de la urbanización. El AAHH, en cambio, es formado a partir de una invasión de terrenos del Estado o de propiedad privada y se ubican en zonas no propicias para vivienda tales como las laderas de los cerros. La accesibilidad a todo tipo de servicios es mucho más limitada que en el caso de las UP. La población de los cerros se ubica definitivamente en un estrato socioeconómico más bajo con problemas más serios de servicios básicos e infraestructura de vivienda. Quizá esto último sea un indicador más realista de las diferencias entre una UP y un AAHH.

No obstante, la diferenciación entre UP y AH no es del todo clara y no siempre responde a patrones diferenciados de asentamiento. Así, los AAHH pueden adquirir el nombre de UP con el transcurso de los años si mejoran las condiciones materiales, tanto de las viviendas como de la urbanización en sí. En Victor Raúl Haya de la Torre, por ejemplo, la urbanización comenzó como una invasión, sin embargo, el Gobierno aprista firmó un convenio con Italia que dio facilidades a los pobladores para que construyeran sus casas y pudieran tener los servicios de agua, desagüe, luz, pistas y parques. Al mismo tiempo, el proyecto tenía previsto la construcción de colegios y minifábricas. Eventualmente, solo se llegó a realizar a medias las obras debido a conflictos políticos entre las dirigencias del AAHH. Actualmente, a pesar de denominarse comúnmente UP, se

ubica realmente en una posición intermedia con respecto a la realidad de los asentamientos. Finalmente, cabe señalar que otro hecho que hace difícil distinguir de manera clara entre UP y AAHH es que, en gran medida, son los hijos o parientes de las personas que viven en una urbanización popular los que invaden los terrenos o cerros colindantes y forman los AAHH.

En cuanto a la procedencia cultural y geográfica de la población de Tahuantinsuyo, cabe señalar que es en su gran mayoría migrante y preferentemente serrana, hecho que está íntimamente relacionado con los cambios poblacionales ocurridos en el Perú en los últimos cincuenta años. Efectivamente, a partir de los años 40 y sobretodo en las décadas del 50, 60 y 70 se suscitó una migración muy rápida y masiva de provincianos a Lima. Los factores fueron muchos, como el desarrollo de las nuevas vías de contacto con la sierra, la crisis de la estructura agraria, los conflictos sociales y políticos a los que estaba sometida la población campesina, la aparición de la escuela como un medio de ascenso social, la penetración e influencia cultural de la capital, el optimismo desarrollista de los gobiernos, entre otros (ver Altamirano 1988). En esas décadas, la migración adopta características compulsivas, pero ¿Cómo migra la población?

La migración no se realizó por familias nucleares que llegan a la capital con un trabajo asegurado. Primeramente, la mayoría no llegó con una familia desde allá sino que vinieron aquí solos siendo jóvenes, tanto hombres como mujeres. Los que ya tuvieron mucha suerte pudieron llegar a casa de un familiar cercano que vivía en la capital. En general, los lazos con la fami-

lia extensa en la capital han sido de ayuda fundamental para la instalación en la ciudad de los migrantes pero esto se ha dado sólo en algunos de los casos. Los lazos de compadrazgo han sido en ésto también fundamentales. Sin embargo, el término padrinos o madrinas va más allá de sus connotaciones religiosas y puede extenderse simplemente a un conocido de los padres o de la familia. A veces, también, los lazos que se establecen con paisanos de los migrantes son también importantes. Otras veces la persona llega sin conocer absolutamente a nadie.

¿Pero qué sucede en todas estas situaciones? Si la persona que migra tiene en Lima a aquel familiar, conocido o paisano, a veces éstos le pueden ayudar (a veces no) a conseguir un trabajo, que generalmente suele ser de categoría muy baja. Si es hombre, trabajar de ayudante de artesanos, de mecánicos y si tiene más suerte, de obrero en una industria; si es mujer, un trabajo muy típico será el de empleada del hogar. El migrante, si tiene suerte, es acogido en la casa de un familiar o padrino y dependiendo de los lazos de afinidad o parentesco que mantengan con éste, este nuevo hogar, que si bien de todos modos lo ayuda en su inserción en la capital, le brindan diferentes grados de apoyo. A veces se puede ver un apoyo económico tan importante como el pago de los estudios tanto escolares como post-escolares; pero en otros casos (que no son pocos) hemos podido detectar incluso situaciones claras de explotación, como son los de servidumbre no remunerada mayormente femenina pero también masculina.

De todas las situaciones anteriormente des-

critas se desprenden tendencias importantes de inserción de la población migrante en la capital. El migrante llega a Lima frecuentemente con poco o nada y además solo, adquiere una posición subordinada y secundaria dentro del hogar que lo acoge (si es que lo acogen) y de todos modos dentro de la sociedad en general. Todo lo anterior implica que, al menos en los primeros años de inserción, la persona tiene una red de soporte social muy pobre tanto en términos de calidad como de cantidad.

En el mundo andino, el parentesco ha sido tradicionalmente el mecanismo central que facilita el acceso a los recursos, en ausencia de una economía monetaria. La única palabra utilizada para designar a la pobreza en quechua es *waqcha* que quiere decir, a su vez, persona, especialmente niño o joven sin parientes o con muy pocos parientes (29). El *waqcha* adquiere una condición de marginalidad en el mundo andino. Creemos que el migrante al llegar a la capital tiene la tendencia a ser, en mayor o menor medida, un *waqcha*, lo que acrecienta su condición de subordinación y marginalidad, situación que se vincularía a problemas gravitantes para la persona, que creemos que tienen consecuencias importantes para la salud mental. Al menos, eso es lo que hemos percibido a lo largo de varias de las entrevistas realizadas.

En opinión de los autores, los antropólogos que llevaron a cabo estudios sobre migrantes andinos a la capital han sobrevalorado las estrategias con que los migrantes afrontan la adaptación al medio urbano (ver las críticas que hace en ese sentido Wallace, 30) y han visto en ellas una reutilización de los lazos de parentesco

co y reciprocidad típicos del mundo andino. Esto se ha visto en las estrategias para conseguir trabajo, de subsistencia, de urbanización, de construcción de viviendas, etc. Si bien ésto se ha producido, creemos que tales estudiosos han subvalorado el impacto que establece la ruptura con el medio original y la adaptación a condiciones de vida difíciles y a un mundo no sólo radicalmente diferente sino que ubica al migrante en una situación social subordinada y muchas veces marginal no sólo a nivel macro sino incluso, como dijimos antes, a nivel local y familiar. El estudio de los problemas de salud mental, como el que hemos emprendido en esta población, nos informa factualmente sobre el universo de la desadaptación, de los conflictos familiares, de la inseguridad económica, de los conflictos de género, de los conflictos intergeneracionales, etc, lo que Gilles Bibeau (27) ha llegado a llamar dispositivos patogénicos estructurales.

Tal vez uno de los fenómenos más importantes que ha creado la migración es definitivamente una brecha generacional inmensa entre padres e hijos. Es cierto que tal fenómeno se produce, también, entre familias no migrantes en Lima y fuera de ella pero el grado de la distancia entre padres e hijos en términos culturales es mucho mayor en el caso de padres migrantes e hijos limeños. Este es un fenómeno al cual no se le ha dado mucha atención pero que tiene importantes consecuencias sociales. Los padres provienen de una sociedad rural en la mayoría de los casos, muchas veces de familias quechua-hablantes con muy poca instrucción escolar, con costumbres, tradiciones, valores, normas de comportamiento propias de esas sociedades. Los hijos han nacido en Lima y se han cria-

do en Lima, han tenido un acceso mucho mayor a la educación formal, han vivido siempre con la televisión al costado, en fin, han tenido muchas otras fuentes de información y educación (de valores, de conocimientos, de comportamientos). ¿Se ha producido en esos hogares una continuidad de la tradición andina en la generación siguiente? La respuesta es para nosotros clara: creemos que muy poco. Los códigos de comunicación y de transmisión de las costumbres, valores y conocimientos se han visto alterados, uno de las muestras más claras es que el quechua se pierde casi sin excepción en la segunda generación. Hemos podido notar en dos casos extremos consecuencias parciales de ésto. La brecha cultural entre padres e hijos genera una situación en la que en ciertos casos (y parcialmente en muchos) el padre o madre se encuentran desautorizados para educar a los hijos, sobretudo a partir de la adolescencia pero esta situación se inicia desde la infancia. Hemos visto situaciones en que los padres mismos parecieran sentirse impotentes de poder controlar y dirigir las vidas de los hijos. Este es un problema común de falta de ejercicio de la autoridad. Pero la dificultad de la comunicación entre padres e hijos puede generar el efecto contrario, la violencia física y verbal en el trato con los hijos. Así, la comunicación es en muchos casos imposible de hacerse de otra manera (en las entrevistas que hicimos ésta era una de las quejas constantes de los hijos). Aunque no fue nuestro propósito estudiar a profundidad este fenómeno intuimos que la brecha generacional y cultural entre padres e hijos debe ser una de las causas (en combinación con otras) que explican la rebeldía juvenil que en sus excesos podría haber ayudado a generar la proliferación actual

de la delincuencia, la drogadicción y el alcoholismo juveniles, así como las pandillas, las barras bravas y la prostitución. El siguiente fragmento de un entrevista que hicimos grafica lo descrito. En este caso se trata de un niño, que influenciado por el psicólogo del colegio desautoriza el modo en que los padres intentan educarlo. Su madre nos dijo lo siguiente: «Los psicólogos malogran más a los niños y a mí me consta porque a mi hijo lo he llevado varias veces al psicólogo y resultó peor, lo único que te remueven es: '¿qué hace tu padre por ti? ¿cuáles son los derechos del niño? que tus padres..., entonces el niño viene y me dice: 'Cuidado no más que me toques, no más te denuncio, por derechos del niño...' El Doctor dijo: 'No me alcas la voz, no pegarme, no gritarme, dejarme lo que yo quiera que haga' ¿qué le pasó? Por dejar lo que el quería que haga... Mi hijo no pasó de año, pero si le hubiese dado una paliza, lo hubiese bañado, lo hubiese mandado al colegio, me hubiese hecho la tarea, por llevarlo al psicólogo, mi hijo ya se dormía en la loza deportiva, se dormía en el parque del vecino, en la casa del vecino y ya ni dormía...» En otros casos hemos escuchado una sobrevaloración del rol de los profesores como educadores en desmedro de los padres. En una entrevista una joven nos comentó luego de haber criticado mucho a su padre porque no la había educado en nada o cuando había intentado había sido mediante los golpes: «yo, la verdad, si he tratado de ser mejor o algo o lo que soy en la vida yo le debo a mis maestros, a mis profesores porque ellos sí me han orientado, siempre en todo. Siempre que he andado en la vida, siempre he recordado sus palabras, de un profesor, Abel Flores, muy buen profesor. Para mí él es como si fuera mi padre. Mi papá, mi mamá su único pun-

to de conversación que son sus peleas que tienen o el dinero que no dejó, por qué no dejaste esto, nada más, ahí acabó... Se la pasan peleando por el dinero. Uno cómo puede tener confianza en personas así, si nunca me preguntan cómo te va y qué has hecho o si te sientes mal o te sientes bien... En la mayoría de hogares que he visto acá sucede, están tan preocupados en sus problemas económicos que ni siquiera se acuerdan que tienen hijos».

En el libro *Cicatrices de la Pobreza* (Rodríguez Rabanal, 31) donde se muestran los resultados de un estudio llevado a cabo en la zona de Victor Raúl Haya de la Torre (ubicada dentro del área del presente estudio) sobre «la dimensión psicosocial de la problemática de las barriadas» se confirman algunos de los rasgos de la vida comunitaria y familiar observados por nuestro equipo (desestructuración familiar, viviendas superpobladas, falta de vida privada, distancia padres-hijos, ciertos conflictos de género, etc.) a pesar de que no se comparten necesariamente los análisis y las conclusiones elaboradas por el autor. Sobre el punto en particular de la brecha generacional, el autor nos documenta en torno a los modelos de educación dominantes en el medio. El autor refiere que la enseñanza de los niños no privilegia modelos que inculquen la responsabilidad propia al menor ni existe mucha atención a lo que es particularmente suyo, sino por el contrario a éstos se les trata como si fueran «cada uno equivalente a otro» y se acostumbra a dejarlos «a su suerte» o se les exige que cumplan los deseos propios de los padres (ciertas notas en la escuela, cierto comportamiento en la casa, etc.) o sino se les castiga o pega. El autor habla de la niñez, que está marcada por muchas rup-

turas y carencias (no solo económicas o alimenticias) sino incluso afectivas y educativas y son muy comunes las situaciones traumáticas.

En la encuesta que realizamos se efectuó la pregunta siguiente: ¿En tu casa se conversa de los problemas que tiene cada uno o se tienen en conjunto? El 37.5% respondió que no; el 26.56% respondió que poco; y el 35.94% respondió que sí. Sin embargo, dentro del grupo de las diez personas con mayores puntajes de síntomas depresivos el 60% respondió que no; el 30% que poco; y sólo el 10% que sí. Esto nos puede indicar los problemas de comunicación existentes dentro de las familias, lo que se empeora, por la observación que hemos tenido, en el caso de las relaciones entre padres e hijos. Estos problemas tienen seguramente consecuencias importantes en la aparición y manejo de la experiencia depresiva por parte de la persona afectada y la familia de ésta. Veremos más adelante que una de las características de las personas con altos puntajes en síntomas depresivos es justamente la falta de comunicación de su problema afectivo a los miembros de la familia y el entorno.

Otra característica importante de la población en estudio es que una gran proporción de las viviendas son habitadas por familias extensas, incluso la mayoría de nuestros encuestados expresaron vivir esta situación. El término familia extensa en la literatura antropológica se refiere al grupo familiar que se extiende más allá de la familia nuclear (vínculo madre-padre-hijos). Primeramente, son los hijos quienes después de casados muchas veces continúan viviendo con sus conyugues e hijos en un cuarto de la casa de los padres. Parece que

esta es la tendencia general al menos durante los primeros años de convivencia. En una misma casa pueden vivir fácilmente tres, cuatro o cinco familias. En segundo lugar, vemos que otros miembros típicos de los hogares son los parientes (padres, sobrinos, primos, tíos), ahijados o padrinos, a veces acompañados, incluso, de sus familias nucleares respectivas. En relación a la distribución de los gastos en esos hogares, existe a su vez diversas situaciones. De todos modos hay ciertos gastos compartidos como la luz, el agua, el teléfono. Frecuentemente, todas las familias o parientes comen de una misma olla, aportando cada uno para la comida. Otras veces hay diversas cocinas en una casa. A pesar de que la convivencia con los parientes y otras familias puede ser vista como una estrategia de supervivencia ante las difíciles condiciones económicas o ante la difícil inserción en el medio urbano (en el caso de parientes venidos de provincia), esta situación trae, a su vez, como correlato que un individuo y un grupo familiar se desarrollen en lugares muy pequeños y en donde es difícil mantener la privacidad dentro del seno de la familia nuclear. Hay una injerencia permanente de los parientes en la vida de una familia. En la encuesta que aplicamos el 63.01% de los encuestados vivía en viviendas en donde otros miembros de la familia (fuera de la familia nuclear) u otras familias vivían. Dentro del grupo de las diez personas con mayor puntaje de síntomas depresivos, la cifra aumenta a 70%. Tanto en las entrevistas en profundidad como en las diferentes conversaciones que hemos tenido con miembros de la comunidad, esta situación acarrea verdaderos problemas. En particular, en el caso de las personas deprimidas que entrevistamos, los problemas que se gene-

ran a partir de esto se encuentran muy presentes en sus discursos, tanto de manera explícita como implícita.

Otro tema importante para nuestro estudio, es el campo de las relaciones de género. En esta comunidad, hemos notado una marcada división sexual del trabajo. Aparte de los trabajos que tienen las mujeres fuera del hogar (obreras textiles, vendedoras ambulantes, empleadas del hogar, lavanderas, etc.), ellas son las que se encargan de los asuntos familiares, de los hijos (alimentación, salud, educación). El hombre, por el contrario, está más ligado a la calle que al hogar, tanto en términos físicos como de responsabilidad. El hombre sale a trabajar muy temprano y llega a la casa muy tarde, y el contacto con los hijos es mínimo. Hemos visto que muy rara vez, a excepción tal vez del desayuno o almuerzo del domingo, la familia come junta. Incluso los sábados y domingos es muy común que el hombre esté poco tiempo en la casa. El hombre tiene sus amigos de trabajo con los que sale a tomar licor al menos en el fin de semana, o los amigos de barrio con los que sale a jugar fulbito los sábados o domingos y después también a tomar. Es claro que el hombre debe aportar económicamente para la casa. Sin embargo, cuánto es lo que realmente aporta en relación a lo que realmente gana. Este es un campo que genera una eterna inseguridad a la mujer siendo por lo tanto motivo de muchas discusiones o recelos.

Otros problemas típicos de género son los relativos a la fragilidad del lazo conyugal. No es infrecuente que un hombre haya tenido varias mujeres e hijos con cada una de ellas a lo largo de su vida. Uno de los resultados de esta situación es la existencia

de muchas familias monoparentales o de familias en las que conviven los padrastros con los hijastros y los medios hermanos. Otra situación que creemos es una señal de la fragilidad de los lazos conyugales es el alto número de personas no casadas pero que mantienen lazos de convivencia. Esta situación es también motivo de inseguridad para la mujer, quienes muchas veces tienen el temor de la huida del marido del hogar. Dentro de los casos que hemos conocido en que esta situación (el abandono del hogar por parte del marido) se ha dado, son muy pocas las mujeres que reciben una ayuda importante del marido para con sus hijos. O no reciben nada o reciben muy poco. Son menos aún las mujeres que emprenden alguna lucha legal para revertir tal situación.

Otro dato interesante que nos dio la encuesta en torno a los temas que hemos hablado es la mucho mayor comunicación que tienen los hijos con las madres que con los padres y la mayor identificación que tiene con aquellas que con éstos. La diferencia es abismal. Ante la pregunta: ¿Con quiénes se comunican más los hijos en su casa?, el 74.14% afirmó que con la madre; sólo el 8.62% respondió que con el padre; y un 17.24% respondió que con ambos. Estos datos se complementan con aquellos obtenidos en una encuesta aplicada a la población de Independencia anteriormente (32). En esta encuesta se hicieron preguntas en torno a relaciones significativas del niño en edad escolar (promedio 12.5 años) con la madre, el padre y el profesor. En relación al respeto a la autoridad, los niños afirman respetar más al profesor (96%) que a la madre (92%) y el padre (91%). En relación a la pregunta de si se sienten comprendidos por éstos, el 83% eli-

gió a la madre, el 69% al profesor y únicamente el 66% eligió al padre. Con respecto a la pregunta «Cuando tienes un problema, ¿le pides consejo a: tu madre, padre, profesor?», el 72% escogió a la madre, el 52% al profesor y sólo el 48% al padre. Por otro lado, mientras que el 90% de las niñas quería ser como su madre sólo el 58% de los niños afirmó querer ser como sus padres.

Hemos criticado el afán de los antropólogos por destacar únicamente las bondades de la supervivencia de la tradición andina para la adaptación del migrante a la capital, en términos de extensión de la reciprocidad tradicional de las relaciones de parentesco, compadrazgo o paisanería a Lima. Otros autores, preferentemente desde el campo de las ciencias sociales, han sobrevalorado el alcance de las organizaciones comunales en la vida comunitaria. Si bien es pública y notoria la fuerza que estas organizaciones han demostrado tener y los éxitos logrados a través de intensas luchas de muchos años, el diálogo con la población en general y con líderes y exlíderes de esas organizaciones nos ha mostrado la superficialidad de los lazos de solidaridad que se han generado en la zona en estudio. Las conversaciones siempre giraron en torno a las peleas, las desconfianzas, la corrupción de los miembros de esas organizaciones y además en torno a las rupturas y la falta de participación actual. La impresión que nos dejó este contacto (y es algo que también comparte Rodríguez Rabanal, 31) es que estas organizaciones giran en torno a la satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia (leche, comida, agua, luz, desagüe, vivienda, etc.) y que son destinadas de manera más o menos utilitaria a la realización de

los fines deseados. Incluso, luego de que una comunidad consigue los servicios básicos, la participación decae abruptamente. La posibilidad de que esas organizaciones hayan podido contribuir significativamente en la constitución de nuevas formas de convivencia o en la afirmación de la autoestima dentro de la población nos parece actualmente remota. Sin embargo, es en las organizaciones de mujeres donde, a pesar de los miles de problemas que éstas destacan, se ha visto una mayor participación y donde además se ha visto un espacio en donde se generan no sólo lazos de amistad y solidaridad más sólidos sino también, en algunos casos privilegiados, se produce una reestructuración de la identidad y la autoestima femenina mediante las discusiones que se llegan a crear en torno a violencia familiar, problemas familiares, derechos de la mujer, salud reproductiva, etc.

Además de estas características observadas en la población podemos mencionar los problemas que se generan directamente de la estructura económica actual de nuestro país, en donde la falta y la inestabilidad del empleo y los bajos sueldos genera que las familias vivan en una inseguridad económica permanente, con poca capacidad de previsión incluso en el presente más inmediato, y en donde muchas veces ambos padres tienen que dedicarse a trabajar cuando no son los hijos aún pequeños (en las familias más pobres) los que también aportan económicamente para la casa<sup>4</sup>

En la sección que termina no se ha intentado hacer una descripción general resumida de la comunidad, hemos tratado de aprovechar este espacio, más bien, para resaltar los problemas a niveles macro, local

<sup>4</sup>(ver nota al final del texto)

y familiar que tienen relevancia para el estudio actual. Todas las situaciones descritas forman el contexto en el que se desencadenan los problemas de salud mental. Evidentemente, las características mencionadas no se cumplen para todos los tipos de migrantes provincianos. Sin embargo, nos parece que sí evidencian tendencias importantes de la población estudiada ya que se desprenden de diversas conversaciones y de la observación de las familias que hicimos en los meses de trabajo. Sería interesante estudiar el impacto que tienen cada uno de estos fenómenos en la población y en particular en su salud mental. Es de todos modos arriesgado generalizar para la comunidad lo dicho hasta el momento por el carácter exploratorio que ha tenido el estudio pero nos puede dar pautas para identificar en futuros estudios cuáles son los problemas de mayor importancia en la zona en estudio. Al menos, en relación a los casos de personas sufriendo de depresión que estudiamos más a fondo, estos problemas estaban muy presentes en la mayoría de los relatos y parecían haber tenido importante participación en el desencadenamiento y curso de la enfermedad.

### 3. RESULTADOS: SIGNOS, SIGNIFICADOS Y ACCIONES

No se ha llegado a identificar en la población un término que corresponda exactamente con la categoría psiquiátrica de depresión, entendida como un complejo sindrómico particular. La semiología popular o los modelos interpretivos populares relacionados a la experiencia de depresión no plantean términos o categorías que tengan un simple correlato con estados fisiológicos particulares. Para analizar esta

situación nos hemos inspirado en estudios como los de Byron Good, que proponen una nueva semántica del lenguaje médico: «La enfermedad no es simplemente una condición biológica más o menos fielmente reflejada en las creencias locales relacionadas a la salud que producen un comportamiento más o menos racional frente a la enfermedad como sostendrían las ciencias médicas contemporáneas. La enfermedad es un «síndrome de la experiencia»: un conjunto de palabras, de experiencias de sentimientos que generalmente van juntos para los miembros de una sociedad» (19). Según este autor, un elemento cualquiera del lenguaje no tiene porque tener una correspondencia directa con un determinado elemento de la realidad. Más bien, para entender la relación entre los elementos del lenguaje y una enfermedad particular, debemos primero descubrir las nociones claves y las configuraciones de símbolos y experiencias movilizadas en la interacción social y que se encuentran profundamente integradas en la estructura social y cultural de una sociedad dada.

En este sentido, la presente investigación ha identificado una noción clave o categoría central con la que generalmente los casos entrevistados describen e identifican su experiencia de enfermedad: nervios o enfermedad de los nervios. Ésta es una categoría muy amplia que relaciona una serie de símbolos, causas, experiencias que van más allá de la categoría psiquiátrica de depresión. Como se verá a continuación, existen además también otras interpretaciones de la experiencia depresiva que emplean otros términos. En esta sección esbozaremos a grandes rasgos y de manera muy resumida, el sistema de signos, significados y acciones en torno a la experiencia depresiva de los casos entrevistados.



## Signos

¿Cuándo la población considera que ciertas manifestaciones indican un estado de enfermedad?, ¿cuándo motivan éstas un proceso de búsqueda de ayuda?

La encuesta inicial que hicimos a la muestra de 73 personas mostró que existe una relación proporcional entre los puntajes correspondientes a los síntomas afectivos y aquellos relativos a los síntomas somáticos. Las personas con más puntaje en síntomas afectivos les correspondía, a su vez, un mayor puntaje en síntomas somáticos; y aquellos con un menor puntaje en los primeros les correspondía un menor puntaje en los segundos. Las curvas correspondientes a cada uno de estos puntajes son relativamente paralelas como se ve en el gráfico 1.<sup>5</sup> Estos datos concuerdan con los de otros estudios basados en encuestas a población general (15) y otras que comparan ambos tipos de puntajes en grupos de pacientes psiquiatrizados y la población general (33, 34).

Sin embargo, poco podemos deducir de la relación entre somatización y depresión de estos datos sino vemos directamente lo que significan ambos tipos de síntomas para la población en sí, es decir, si no intentamos descubrir la manera cómo la sociedad los detecta, interpreta y reacciona ante ellos.

Una conjunción de síntomas psicológicos y somáticos se encuentran siempre presentes en la experiencia depresiva. Sin embargo, en los casos que hemos visto, tanto en el grupo de pacientes como en el de no-pacientes, son mayormente los síntomas somáticos los que son puestos en primer plano (a pesar de que la persona afectada

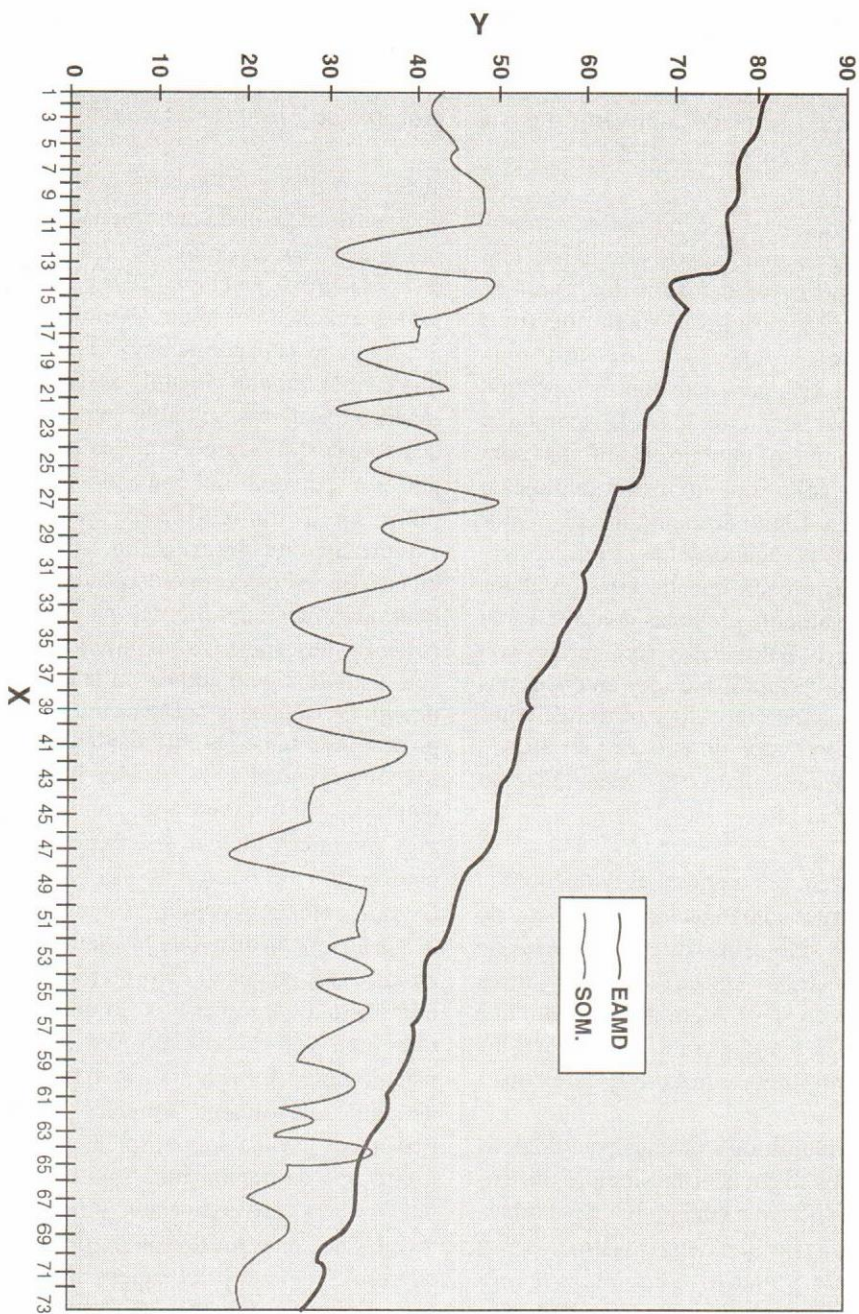
reconozca la existencia de perturbaciones psicológicas), son los que pueden ser mostrados más fácilmente a la familia y el entorno y son los que generan, a su vez, los procesos de búsqueda de ayuda.

¿Qué tipo de signos son los que motivan una consideración de enfermedad y generan una búsqueda de ayuda? Lo veremos en el Cuadro 1, en el cual se muestran éstos así como la interpretación inicial y posterior que le da la población y las acciones que ésta emprende. Cuando se hace referencia a los signos, se habla ya de realidades sociales, es aquello que es percibido por otras personas del entorno, en contraposición a los síntomas que es lo subjetivamente descrito por la persona afecta. En los casos que hemos estudiado generalmente los síntomas psicológicos (tristeza, desesperanza, irritabilidad, etc.) son ocultados y no adquieren la categoría de signos de enfermedad hasta mucho tiempo después, cuando la enfermedad adquiere mayor gravedad y ya resulta imposible ocultarlos. Por el contrario, son los síntomas somáticos los que son expresados al entorno. La agravación de estos síntomas (signos) somáticos conduce frecuentemente a la búsqueda de ayuda médica. Incluso, en los casos en que el entorno reconoce la enfermedad como nervios (lo que se produce una vez reconocidos los síntomas psicológicos). Es a partir de una conjunción de signos mayormente somáticos que una persona es llevada a un hospital, al médico u otro tipo de tratamiento. Sólo en tres de los dieciseis casos (pacientes y no pacientes), las personas mostraron desde un principio sus síntomas psicológicos al entorno, la cual es una cifra muy significativa.

Gilles Bibeau define signos salientes (del

<sup>5</sup>(ver nota al final del texto)

GRAFICO 1: INDICES EAMD Y SOMATIZACION



francés saillants) a aquellos que el entorno reconoce como significativos y que por lo tanto se generan los procesos de búsqueda de ayuda (16). Para la población en estudio, los signos salientes más comunes son entonces los somáticos y entre éstos los más frecuentes son: el insomnio, el cansancio, la debilidad, la dificultad para respirar, la agitación cardíaca, la lentitud motriz y los dolores corporales, sobretodo en la cabeza, el pecho, la espalda y el estómago.

### **Significados**

En nuestro estudio, no se ha encontrado una interpretación única que dé cuenta del problema que las personas tienen. Sin embargo, hemos podido elaborar tres modelos populares en los que se agrupan las interpretaciones que dan cuenta de la experiencia depresiva. Antes de señalarlos, es necesario hacer algunas aclaraciones.

Primeramente, hemos percibido que la experiencia depresiva en estos casos, como sucede en general con la experiencia de otras enfermedades, implica para la persona afectada, como también para su entorno, un proceso interpretativo largo, en donde habitualmente no hay una sino varias interpretaciones que se suceden entre sí o marchan paralelas. Frecuentemente, hay una interpretación que prevalece, en otros casos, este proceso no concluye con una interpretación acabada y final. En segundo lugar, debemos distinguir la interpretación de la persona afectada de aquella elaborada por su entorno. En realidad, a estos dos interpretaciones se suma la del psiquiatra (e incluso la de otros especialistas a los cuales haya recurrido la persona). Es sabido que la distancia entre la interpretación

del especialista de la salud (por ejemplo del psiquiatra) y aquella del paciente tiene importantes consecuencias terapéuticas. Kleinman dice lo mismo de la distancia entre la interpretación de la familia oxel entorno y la del paciente (20). Esto último lo hemos podido constatar en esta investigación.

Primer modelo: Enfermedad física. En esta primera interpretación, el problema que tiene la persona es una enfermedad física (no psicológica) causada por una disfunción orgánica. Aquí los síntomas psicológicos que experimenta la persona son interpretados como consecuencias secundarias del malestar causado por la enfermedad física y no se les presta mayor atención. Anteriormente señalamos que las personas tienden a ocultar sus síntomas psicológicos a la familia o al entorno. Esta última situación produce, en estos casos, que la familia o el entorno tiendan a considerar de esta manera la enfermedad o problema que tiene la persona afectada, mientras que la persona afectada puede tener una interpretación correspondiente al segundo o tercer modelo. Para la persona afectada, si bien esta primera interpretación puede aparecer muchas veces en un principio, acompañada frecuentemente de uno o de los otros dos modelos, ésta difícilmente permanece con el paso del tiempo. Las apreciaciones de otras personas o especialistas, sobretodo de los médicos, a los cuáles frecuenta, la hacen desistir de la idea de que tiene una enfermedad física. Unicamente, hemos detectado dos casos en donde este primer modelo de interpretación permaneció hasta el final, aún después de que ambas personas fueran donde médicos que descartaron su enfermedad física.

causas psicosociales, causas mágicas (susto o daño), causas físicas (mala alimentación)



debilidad del cuerpo y del espíritu  
(la debilidad del cuerpo debilita a la del espíritu y viceversa)



atacan los nervios



síntomas somáticos y psicológicos



puede desembocar en alguna enfermedad física aparte

Segundo modelo: Síndrome popular de nervios. El término predominante con el que la población nombra el problema depresivo es nervios o enfermedad de los nervios<sup>6</sup>. La población lo llega a interpretar como una enfermedad particular. Antes de reconstruir este modelo popular de enfermedad, vamos a presentar algunas reflexiones acerca de las categorías populares de clasificación de las enfermedades.

Para ciertos autores como Good, una categoría popular de enfermedad no es una categoría clara, diferenciada y bien definida por la población que de cuenta de ciertas manifestaciones determinadas de enfermedad (definida en términos médicos) y que separe a ésta de otras categorías mediante límites precisos. De otro lado, las clasificaciones populares de enfermedad no producen categorías que equivalgan exactamente a las elaboradas en las clasificaciones médicas. Por lo tanto, el análisis semántico de las categorías de enfermedad no podría producir una taxonomía jerárquicamente ordenada de categorías, definida por sus límites e independiente de su contexto de utilización (18). Good propone otro modelo de análisis, basado en las teorías del antropólogo británico Victor Turner acerca de los símbolos rituales. Retomando a este autor, Good sostiene que «un sistema de discurso posee ciertos símbolos que adquieren su poder y significado mediante el ligamiento de una serie de símbolos dispares y el condensamiento de éstos en una simple imagen la cual invoca un nexo de asociaciones simbólicas». Good va a llamar a estas imágenes, posteriormente, nociones claves.

El término generalizado que utiliza la población para nombrar la experiencia depre-

siva, desde el momento en que ésta se detecta como problema psicológico o más exactamente como una conjunción de problemas somáticos y psicológicos, es nervios o enfermedad de los nervios. Para el presente estudio se considera este término como una noción clave que condensa una serie de símbolos y experiencias socialmente relevantes y que forman un lenguaje particular de dolor o malestar.

Nervios en el lenguaje popular puede hacer también referencia a un estado psicológico momentáneo en la persona, sin embargo, en esta sección nos referimos al término o categoría popular que designa un problema crónico o enfermedad entendida como tal por la población. Las fronteras de esta categoría no se encuentran bien definidas si partimos de los síntomas manifiestos o de consideraciones etiológicas. Los síntomas pueden ser muy variados como dolores de cabeza, desórdenes del sueño, irritabilidad, dolores de estómago, mareos, llanto recurrente, intranquilidad, problemas de concentración, sensación de hormigueos, palpitaciones y dolores en el pecho, calor en el pecho y el estómago, sensación de dolor generalizado en el cuerpo, sensación de debilidad y cansancio; a veces se acompaña de sensaciones irracionales de miedo e incluso de algunos síntomas psicóticos. Es de destacar, también, la asociación que hace muchas veces la población de los dolores o malestares somáticos con una disfuncionalidad real de ciertos órganos como el corazón, el hígado, los riñones, el estómago. El síndrome de nervios abarca los casos de depresión pero puede a su vez ser aplicado a otros casos que escapan a esa categoría psiquiátrica. Según el DSM-IV (35), la categoría o síndrome popular de los nervios<sup>7</sup>descri-

<sup>6</sup> y <sup>7</sup> (ver nota al final del texto)

be un amplio rango de casos, que van desde algunos que se consideran escapan a la identificación de enfermedad mental (entendida en términos psiquiátricos) hasta presentaciones que se asemejan a desórdenes de adaptación, ansiedad, depresión, disociación, somatoformes e incluso psicóticos. Los grados de discapacidad de la persona, de pérdida de sus funciones y roles socialmente aceptados son, también, muy variables.

En relación a las causas de la enfermedad de los nervios, existe una identificación muy clara con situaciones de estrés que vive la persona, las cuales pueden derivar de conflictos familiares, problemas de trabajo, inseguridad económica, muertes o separación de personas queridas, separación del lugar de origen por migración; todas las cuales se pueden ubicar dentro del rango de causas psicosociales. También entre las causas de la enfermedad de los nervios puede encontrarse una falta de buena alimentación, o causas de tipo mágico como el susto y el daño.<sup>8</sup> Todas estas causas tienen en común el hecho de que se sitúan al exterior del individuo afectado. Es desde fuera, desde el medio social, mágico o físico (alimentación), que éste interpreta se genera su problema. Esto puede suponer (a pesar de que lo hemos percibido en varios casos, la muestra es muy pequeña como para afirmarlo) que éste no se considere responsable de la enfermedad y busque la solución al exterior de sí mismo, lo que de constatarse podría tener importantes consecuencias terapéuticas.

Una noción importante asociada a la categoría nervios y que se cruza en la red de significados asociados a este problema es la idea de debilidad de la persona. Se piensa

que diversas causas (dependiendo del caso) que pueden ser de orden psicosocial, daño, susto o falta de alimentación generan una debilidad tanto en el cuerpo como en el espíritu. De otro lado, existe la idea de una interdependencia entre debilidad del espíritu y debilidad del cuerpo. Se piensa que ambas se influyen entre sí: la debilidad en el espíritu genera debilidad en el cuerpo y la debilidad en el cuerpo genera debilidad en el espíritu. Esta debilidad genera una vulnerabilidad del cuerpo hacia cualquier tipo de enfermedades, las cuales pueden llegar a causar incluso la muerte.

Lo anterior permite plantear una consideración en relación a la semiología popular relativa a los nervios. Aparentemente, dentro de la concepción de la población, los nervios no son vistos como un problema únicamente psicológico o de origen psicológico. Al parecer, la población, por lo menos en relación a la enfermedad de los nervios, no llega a hacer una separación clara entre cuerpo y espíritu, división que tanto caracteriza el pensamiento occidental moderno. Se ha visto que el origen de los nervios en algunos casos no es considerado únicamente como psicológico, se ha escuchado mencionar a la falta de alimentación como causa y a la debilidad corporal como consecuencia. Más importante que esto es la importancia que le da la población a los problemas somáticos. Estos no son considerados como vagos reflejos de problemas psicológicos, los cuales no se podrían solucionar si es que no se combate la causa que es psicológica. La disfunción en el cuerpo o en ciertos órganos en particular es considerada real para la población y puede traer, por sí misma, consecuencias terribles para el organismo, siendo, muchas veces, tratada mediante

<sup>8</sup> (ver nota al final del texto)

hierbas o medicamentos destinados a curar algún órgano o alguna disfunción somática particular.<sup>9</sup> Para graficar esta concepción vamos a citar algunas palabras de Wilder, uno de nuestros entrevistados: «El sistema nervioso (otro nombre de la enfermedad de los nervios) viene combinado con dos factores, este... sistema emocional por ejemplo cuando una persona es nerviosa, fácilmente puede llorar o fácilmente puede reír también porque no, no es tan estable, o sea que nervioso es un estado de sensibilidad, o sea que ¿no?... y también cuando una persona está con sistema nervioso puede enfermarse también fácilmente, orgánicamente porque el mismo sistema pues ¿no? que no está tan duro, no está tan fuerte, es un poco débil».

Perales y Cols en el estudio ya citado (11), encontraron que los signos de problemas de salud mental más frecuentemente percibidos por la comunidad fueron las quejas físicas. En los casos analizados, la percepción del problema como *nervios* implicaba siempre la detección de síntomas psicológicos en la persona afectada además de la detección de los somáticos, que generalmente acompañan la experiencia de enfermedad. Los datos del mencionado estudio nos demuestran que la población sí relaciona las quejas físicas con problemas de salud mental; en nuestro estudio, lo encontramos como un implícito de la concepción popular de nervios. Sin embargo, para que la enfermedad sea percibida como nervios tienen que haberse reconocido ciertos signos psicológicos. Lo que sugieren estos datos, según lo aprendido en nuestra propia experiencia de investigación, es que las quejas físicas pueden considerarse signos salientes o el camino a través del cual muchas personas tienden a fijarse en pro-

blemas de orden psicológico de las personas afectadas, lo que conlleva, en el caso de que estos problemas psicológicos sean detectados, al diagnóstico popular de nervios.

Tercer modelo: Enfermedad o problema psicológico. La significación que se le da a un problema tienen que ver también mucho con la edad, la procedencia y el grado de instrucción de las personas. Se ha notado, tanto en la encuesta inicial como en las entrevistas posteriores, que los jóvenes (en su mayoría nacidos en Lima) tienden a hablar con los investigadores de las reacciones psicológicas generadas por los problemas que viven. Los jóvenes en general conocen la palabra depresión (a diferencia de los mayores que conocen muy poco ese término y menos lo utilizan) y saben generalmente que puede ser tratada por un psicólogo o un psiquiatra.

En este tercer modelo, las personas se pueden referir a su problema en términos intrapsíquicos. Las causas del problema son también psicosociales como en el caso del síndrome popular de nervios pero también existe una reflexión en torno al desarrollo de la personalidad, a la vulnerabilidad personal frente a ciertas situaciones, a las carencias individuales. En este modelo, los síntomas somáticos que se experimentan son puestos en un segundo plano y se les considera consecuencias secundarias del problema psicológico y por lo tanto no generan por sí solos procesos de búsqueda de ayuda. Todo lo anterior, nos muestra una interpretación que se asemeja a la occidental-moderna, la que a su vez ha sido influida por la psicología y psiquiatría occidentales. Estos casos sí pueden reconocer una mayor responsabilidad personal frente al

<sup>9</sup>(ver nota al final del texto)

NOMBRE	SINTOMAS	SIGNOS	EXPLICACION INICIAL	EXPLICACION FINAL	ACCIONES
Gaby	Dolor y calentura en estómago y vientre. Luego fuertes dolores de cabeza. Llanto, temores, desgano.	Dolor y calentura en estómago y vientre. Luego fuertes dolores de cabeza. Flojera	Algún problema con el estómago o las vías urinarias.	Nervios. Ella sin creer de que sean nervios. Su familia sí.	Fue a muchos médicos en un principio y hasta la actualidad. Luego de varios meses fue llevada a un psiquiatra. Sigue un tratamiento intermitente con psiquiatras y médicos no psiquiatras.
Wilder	Con el frío tiembla, suda, no puede respirar, la cabeza le zumba. Siente debilidad. aparte se siente decaído, triste, se siente menos que los demás.	Con el frío tiembla, suda, no puede respirar, la cabeza le zumba. Debilidad.	Neumonía. Infección, alergia.	Problema orgánico aunque tal vez relacionados a los nervios. Actualmente la familia y él piensan que es daño.	Diversos médicos y curanderos. Ha ido también al psiquiatra luego de muchos meses pero no le convenció su tratamiento. Ha ido también al psicólogo. Tiene tratamiento con hierbas y dieta.
Zoila	Insomnio. Dolores en diversas partes del cuerpo, primero en el pecho ("corazón") y luego en la espalda ("riñones"). Parálisis de cuerpo y medio cuerpo. Preocupación, tristeza.	Insomnio. Dolores en diversas partes del cuerpo, primero en el pecho y luego en la espalda ("riñones"). Parálisis de cuerpo y medio cuerpo.	Problema somático para ella y familia.	Después de un tiempo todos consideran que son los nervios a los cuales se han sumado las complicaciones de la menopausa.	A médicos diversos, incluso la llevaron de emergencia al hospital. Luego de mucho tiempo fue al psiquiatra.
Rosario	Insomnio. Miedo salir a la gente. Sentimiento de inferioridad. Mucha preocupación, tristeza.	Insomnio	Nadie de la familia supo nada hasta después de un tiempo. para ella es simplemente insomnio. Lo asocio siempre a las preocupaciones.	El problema es insomnio pero el insomnio puede traer alteraciones en el comportamiento. la familia piensa que ésta mal de los nervios.	Después de no poder dormir una semana entera se fue al INSM H.D.-IN. Se trató a partir de allí con psiquiatras.
José Luis	Se desencadenó repentinamente como un ardor en la cabeza, acompañado por taquicardia, sensación de electricidad por todo el cuerpo, imposibilidad de respirar y náuseas. Luego de un tiempo, temor a estar solo en la calle, tristeza, desesperanza, ataques de temblores, sudores, escalofríos y taquicardia.	La familia si percibió todos esos síntomas desde el principio.	Tanto él como la familia pensaban que podía ser nervios, aunque no descartaron otras enfermedades. Pensaron que podía haber sido un daño.	Permaneció la idea que tenía nervios.	Fue en un principio a varios médicos y algunos curanderos. Finalmente, después de un tiempo llegó a ir al psiquiatra en donde ha continuado su tratamiento durante tres años aproximadamente.



Raúl	Decaimiento, tristeza, insomnio, cansancio, dolor en el pecho.	Su familia recién se logró percatar de su problema cuando tuvo una crisis terrible de dos semanas y lo tuvieron que internar al INSM. antes de esa crisis nadie sabía nada.	Duda entre un problema somático y nervios	Nervios	Fue un principio a varios médicos y curaderos. Solo luego de una crisis terrible de dos semanas tuvo su primer contacto con los psiquiatras. Actualmente sigue un tratamiento con un psiquiatra en el Mini-Hospital de la zona.
Mariana	No podía respirar. "Opresión en el corazón". Parálisis y dolor en el brazo. Insomnio.	No podía respirar. "Opresión en el corazón". Parálisis y dolor en el brazo. Insomnio.	Nadie sabía que es lo que tiene. Pero lo asocian a los nervios.	Lo mismo	Fue llevada de emergencia al hospital. Según ella le dieron antidepresivos. No se trató con los médicos, solo con baños de agua fría, comidas frescas y ejercicios.
Tímoreo	Cansancio, decaimiento, debilidad, "opresión en el corazón".	Nadie sabe nada	Para él son consecuencias de las preocupaciones económicas y familiares. Los demás no se han enterado.	Lo mismo.	No ha recurrido a ningún tipo de terapia. Dice que le hacen bien las mejoras económicas y los viajes a la sierra.
Jessica	Dolor de Cabeza, desgano, tristeza, deseo de morir, falta de apetito. Adelgazamiento acelerado.	Dolor de cabeza, cansancio, falta de apetito, delgadez. Oculta la tristeza.	La familia pensaba que era una enfermedad. La llevaron al médico, le dijeron que era tal vez la tiroides. Para ella es depresión.	Lo mismo.	La familia la llevó al médico una vez. No continuaron viendo a los médicos. No ha seguido ningún tratamiento.
Viviana	Tristeza, debilidad, cansancia, deseos de morir, dolores de cabeza, insomnio, frío, sudor.	Nadie se ha dado cuenta de nada. Oculta síntomas.	Nadie se ha percatado de nada. Según ella está deprimida.	Lo mismo.	Ha llegado a ir donde un psicólogo pero este no le gustó.
Emma	Dolores en medio cuerpo. Tristeza deseos de morir, intranquilidad mareos.	Dolores en la mitad del cuerpo, intranquilidad. nadie se ha percatado de síntomas depresivos, los oculta.	Ella va al médico. Piensa que los dolores que tiene en la mitad del cuerpo son consecuencias de una enfermedad física. Cree que todo eso le ha traído nervios junto con los problemas económicos.	Lo mismo.	Ha ido donde médicos para que le curen su enfermedad pero dicen que no tiene nada.

Esther	Decaimiento, tristeza, cansancio ideas suicidas.	Lo ha ocultado a casi todo el mundo, lo sabe su madre únicamente.	Piensa que es depresión. Aparte de su madre, su familia no se ha percatado.	Lo mismo	No ha seguido ningún tratamiento.
Gisela	Decaimiento, tristeza, cansancio, dolor en el pecho.	Sólo una amiga lo sabe. Oculta todo a los demás.	Dudó entre la depresión y un problema cardíaco. Nadie conoce su problema.	Piensa que es depresión.	Fue a algunos médicos y se hizo diversos análisis. Le dijeron que no tenía ninguna otra enfermedad y que su problema era psicológico. Nunca fue donde un psicólogo o psiquiatra.
Ramiro	Tristeza, nerviosismo, decaimiento, se siente inferior. Ardor en la boca del estómago, irritabilidad, dolor en el pecho, mareos, temblores, desmayos.	Todo lo anterior solo lo sabe la esposa. Dice que los demás si perciben su decaimiento, nerviosismo pero él les dice que es porque está mal del hígado.	Dice que tiene nervios pero a su vez que está mal del hígado, para la esposa tiene nervios.	Lo mismo.	Se ha visto con los doctores por el problema del hígado pero le han dicho que no tiene nada. Nunca ha ido a un psiquiatra o psicólogo.
Hilda	Tristeza, vergüenza, aislamiento, cansancio, a veces le viene muchos temores cuando camina por la calle.	Sólo el esposo sabe de sus síntomas.	Nervios.	Nervios.	Una vez fue donde un psiquiatra pero no la convenció y no siguió el tratamiento.
Jaime	cansancio, decaimiento, tristeza, imposibilidad de respirar.	La familia percibe esos síntomas	Tristeza, mal del corazón (en el sentido de pena).	Lo mismo	Una vez fue al psicólogo pero no le gustó nada el tipo de tratamiento. Un sobrino lo llevo a la sierra unos meses para que se recuperase y se recuperó en gran medida.

problema y su cura, y las personas saben que si se agravan sus síntomas deberán recurrir al psicólogo o al psiquiatra. Este modelo sólo se pudo detectar en algunos de los casos jóvenes mas no en los mayores, quienes privilegian el segundo modelo. Hemos visto que, a pesar de que se reconozca claramente el problema como psicológico, estos jóvenes muy rara vez comunican la emoción disfórica que sienten a sus padres o familiares pero sí muchas veces a los amigos más íntimos que tienen.

En este modelo, se llega a utilizar más fácilmente la palabra depresión, aunque también se emplea la palabra nervios. Pero aquí, esta palabra se acerca más a la idea de un conjunto de reacciones psicológicas causadas por problemas que vive la persona y se distancia de concepciones más tradicionales que ligan los nervios a problemas en el organismo (tanto en sus causas, manifestaciones y consecuencias).

### **Acciones**

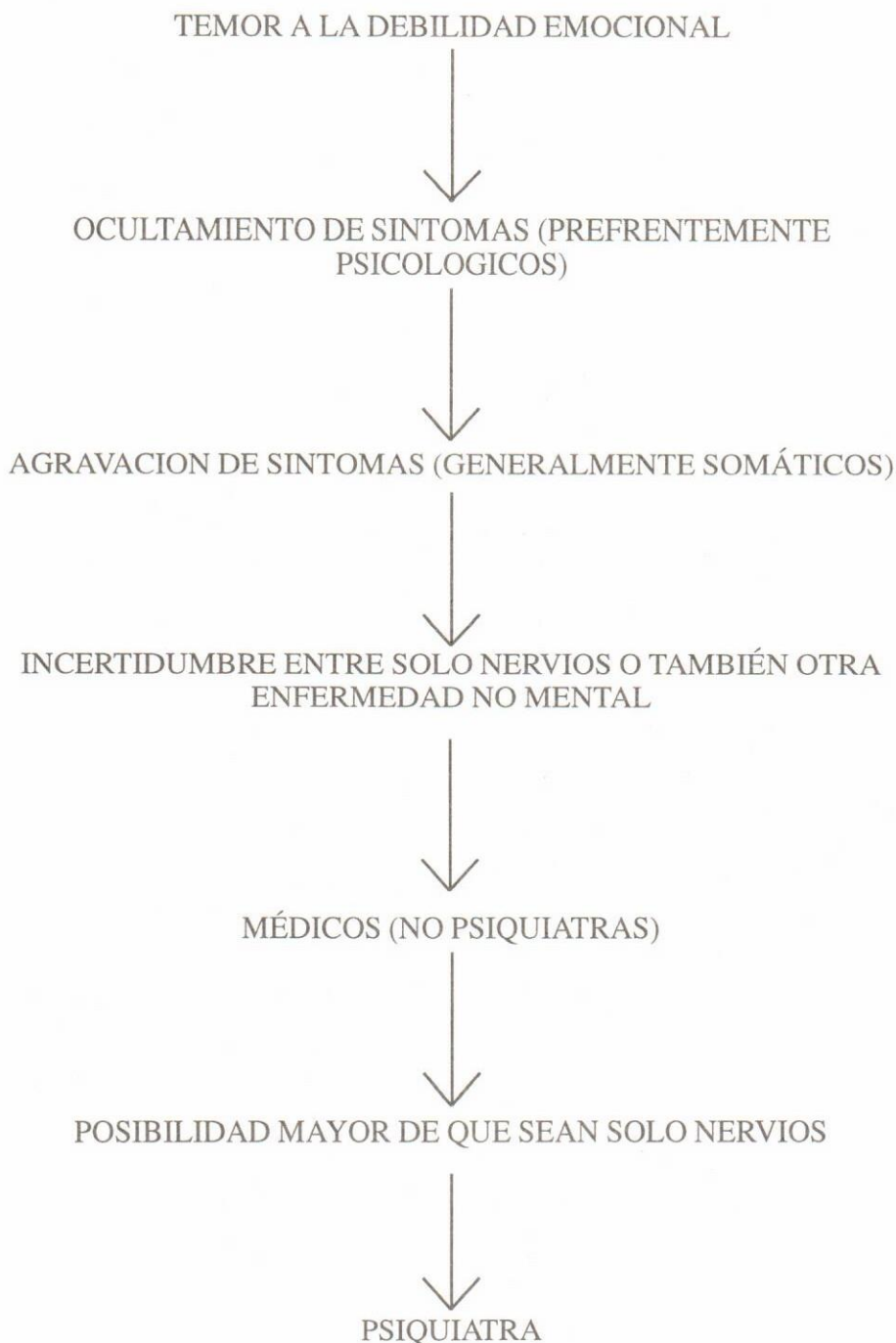
Los itinerarios terapéuticos que han realizado las personas entrevistadas son muy variados y han dependido definitivamente en primer lugar de la percepción de los signos de enfermedad y luego de las explicaciones que se les ha dado a estos. Sintetizaremos las principales tendencias que hemos podido apreciar.

Como dijimos antes, hemos constatado en los casos estudiados que el proceso de la enfermedad depresiva casi nunca implica una percepción clara de los signos de enfermedad ni tampoco una explicación acabada de lo que es y significa el problema. Generalmente es un proceso largo, lleno

de incertidumbres y de interpretaciones paralelas.

En el caso de los seis pacientes que hemos estudiado, únicamente una (Rosario) se dirigió en un primer lugar a un psiquiatra y lo hizo yendo a los servicios de Emergencia del INSM «HD-HN». Esta paciente se dirigió sola, sin que la familia se hubiera percatado o, al menos, sin haberle dado la atención suficiente a su problema principal, que era el no haber dormido durante una semana. Esta es la única persona de los dieciséis entrevistados que acudió primero a un psiquiatra y únicamente se trató con el especialista.

Dentro del grupo de pacientes, los otros cinco se dirigieron primero hacia otras opciones terapéuticas y sólo después de un tiempo largo llegaron a un psiquiatra, debido en cuatro de los cinco casos, a las recomendaciones de un médico. De las seis personas, cuatro relacionaron desde un principio su mal a las preocupaciones causadas por diversos problemas (familiares, de trabajo, económicos) que les habían acontecido. Las personas que no lo hicieron (Gaby y Wilder) desde un principio creyeron que tenían un mal en el cuerpo (cncer en la primera, neumonía en la segunda) y ni siquiera el tratamiento de los psiquiatras y psicólogos llegó a convencerlos que lo que tenían era una afección psicológica. Estos dos casos son una muestra del primer modelo de interpretación de la enfermedad (enfermedad física). En el caso de Gaby la familia también creyó, en un principio, que podría tener una enfermedad grave (no psicológica). Fue a partir de que los médicos informaron en repetidas ocasiones a la familia que lo que tenía era un problema psicológico que empezaron a



catalogar su mal como nervios. En el caso de Wilder, la familia creyó en un principio que él tenía una enfermedad física. Fue con el paso por los doctores que se fueron convenciendo, poco a poco, de que podían ser nervios pero no descartaron que las consecuencias que se habían creado en el cuerpo a causa de la debilidad habrían sido de consideración y podrían haberle generado problemas o enfermedades físicas.

Los otros pacientes entrevistados, que vinculaban su enfermedad al estrés causado por problemas importantes en la familia, en lo económico, en el trabajo, etc., tuvieron en un principio la incertidumbre (a excepción de Rosario) de tener algún problema en el cuerpo pero vislumbraban la posibilidad de padecer un problema psicológico (nervios). Uno de ellos fue Raúl quien después de haber ido a muchos doctores y a un curandero un buen día se encerró en su cuarto y permaneció en el suelo sin hablar con nadie, sin dormir, casi sin comer nada durante quince días. Una amiga de la familia, enfermera, le aconsejó internarlo en el INSM «HD-HN», lo que hicieron en los días subsiguientes. Él cuenta que estuvo muchos meses en un estado depresivo muy fuerte pero lo escondió durante mucho tiempo y cuando lo expresó nadie en su familia le dio, según él, importancia. A partir de la terrible crisis, recién la familia percibió que él estaba enfermo de los nervios. Él ha seguido un tratamiento en el INSM durante varios años. Los otros dos pacientes también tuvieron desde el principio la incertidumbre de no saber si tenían una enfermedad grave (no psicológica), enfermedad a los riñones, al corazón. Fueron atendidos por médicos quienes descartaron otro tipo de enfermedades. Ellos siguieron experimentando dolores en

diversas partes del cuerpo o síntomas somáticos que les daban pie para pensar que tenían algo más que nervios o que los nervios habían desencadenado otra enfermedad.

En tres de los pacientes, justamente en aquellos que parecen tener una mejoría considerable (Rosario, Zoila y José Luis), percibimos que la familia se había transformado en relación al trato con el paciente, le habían dado mayor apoyo y habían prestado atención al problema como una enfermedad. En este caso, la persona afectada había hecho explícito que su padecimiento era causado por ciertos problemas familiares o económicos y el papel de enfermo que adopta en el grupo familiar le sirve para obtener un mayor espacio de acción y obtener mayor protección y apoyo de parte de la familia; más aún si el problema se vincula a alguna preocupación familiar o falta de soporte. De ese modo, la persona afectada puede negociar una mejor posición o ubicación dentro de la familia y exigir que se reestructuren relaciones anteriormente conflictivas para ella. En los otros casos (Raúl, Wilder y Gaby), se notó que el hecho de considerar que la persona estaba mal de los nervios no era un argumento en favor de un mejor trato hacia ella sino, por el contrario, se les criticaba por creer que se hacían los enfermos («para llamar la atención»), que eran unas personas débiles y que lo que tenían eran «achaques». La familia mostraba molestia hacia ellos y no les prestaba la más mínima atención o ésta era mínima cuando se quejaban de algo o los veían mal. Esto es interesante. Anteriormente veíamos que el modelo popular de nervios desligaba la responsabilidad de la enfermedad a la persona y la dirigía al entorno (social, mágico o físico). Este tien-

de a ser el modelo elaborado por los pacientes. El entorno social, sin embargo, puede aceptar o no este modelo interpretativo. En los tres pacientes que muestran una mejoría considerable, el entorno adopta la misma interpretación del paciente, es decir, asume en cierta medida la responsabilidad que le atribuye el paciente en relación a la enfermedad y asume a su vez la responsabilidad del paciente, lo que de hecho contribuye a su recuperación. En los tres casos en que se produce lo contrario, vemos que el entorno social adopta una interpretación opuesta a la del paciente. Según esta interpretación, el paciente no sólo tiene cierta responsabilidad en relación a su problema sino que se le considera culpable de su situación. En este caso, la familia no asume ningún tipo de responsabilidad ni le brinda el apoyo necesario para su recuperación.

En relación a otras opciones terapéuticas percibidas en los pacientes, cabe decir que el recurso a las hierbas estuvo presente en cinco de los pacientes (a excepción de Gaby), tanto antes como después de haber comenzado el tratamiento con los psiquiatras. El recurso al curandero lo vimos en dos de los casos antes del tratamiento con el psiquiatra (Raúl y José Luis). En el primero sin éxito, en el segundo con éxito temporal. En otro de los pacientes (Wilder) se utilizó al curandero después de haber considerado que el tratamiento del psiquiatra falló. Al parecer, el paciente ha sentido alguna mejoría pero no cree haberse recuperado totalmente, piensa que tal vez lo haga en los días siguientes.<sup>10</sup>

En relación al tratamiento dado por los psiquiatras, hemos percibido que ninguno de los entrevistados ha seguido regular-

mente el tratamiento. Las asistencias a las citas fueron muy intermitentes. En uno de los casos se explica por mejorías temporales sentidas por el paciente. Este sólo iba cuando se sentía peor. En los demás casos, los pacientes interrumpían su tratamiento por considerar que los medicamentos que tomaban no les hacían bien o expresaban abiertamente que les hacían mal. Intentaban por un tiempo otros tratamientos (médicos, naturistas, curanderos, hierbas, otras pastillas) y después de un lapso volvían al psiquiatra (a excepción de Wilder que después de dos citas nunca más regresó). En dos de los casos (Gaby y Wilder) se sumaba a ello la idea de que lo que tenían tal vez no era psicológico. Es importante anotar que la gente dejaba rápidamente un medicamento si después de unos cuantos días o una semana no sentía el efecto o sentía un mal efecto.

Cinco de los casos (a excepción de Raúl) mencionaron que el psiquiatra nunca les informó su diagnóstico ni les explicó ni a ellos ni a sus familiares en qué consistía su enfermedad. Cinco de los casos (a excepción de Zoila) se quejaron abiertamente de su relación con el psiquiatra. La queja más común era la poca atención prestada por el médico a sus quejas, se criticaba la soberbia del médico de creer conocer el problema sin informarse mucho al respecto. Se utilizaba los adjetivos autoritario, militar, sobrado. Dos casos (mujeres: Gaby y Rosario) mencionaron no haber informado al psiquiatra que el medicamento no les hacía bien por vergüenza a decirle que se había equivocado. A pesar de las quejas, la mayoría de los pacientes (cuatro) agradece la ayuda recibida y reconoce la buena voluntad del psiquiatra; éstos a su vez justificaban la poca relación con éste por problemas de falta de tiempo.

<sup>10</sup>(ver nota al final del texto)

De los seis pacientes, tres expresaron haberse recuperado sensiblemente gracias al tratamiento de los psiquiatras (Rosario, Zoila y José Luis). Otros dos (Gaby y Raúl) dijeron que fueron ayudados en cierta manera pero que todavía se sentían mal. El paciente restante (Wilder) dijo que el tratamiento del psiquiatra no le había ayudado en nada y por eso lo dejó.

En todos estos casos hemos visto que el recurso al psiquiatra se realiza cuando la persona se encuentra en situaciones realmente extremas, mucho tiempo después de que la enfermedad se haya manifestado. En uno de los casos hubo un internamiento directo al INSM (Raúl), en otro (Rosario) la persona llegó al servicio de emergencia del INSM. En los otros casos, las personas habían sido conducidas una o varias veces al servicio de emergencia del Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo.

El proceso de enfermedad experimentado por los pacientes ha incluido generalmente el ocultamiento de los síntomas psicológicos a la familia durante un cierto tiempo. Las personas afectadas recurrían a los médicos generalmente por los síntomas somáticos que experimentaban, los cuales se temía pudieran ser signos de alguna enfermedad física. El futuro paciente se debatía entre diversas interpretaciones pero finalmente acababa aceptando (en gran parte debido a los comentarios de los médicos) que estaba enfermo de los nervios. Sin embargo, éstos recurrieron al psiquiatra únicamente después de una agudización de sus problemas, luego de haber pasado (como vemos arriba) por servicios de emergencia y generalmente a partir de las recomendaciones de un médico. La familia en cambio, recién llegaba a adoptar la inter-

pretación de nervios posteriormente, luego de un tiempo largo, después de percatarse de los signos de deterioro psicológico del paciente.

Dentro del grupo de los no-pacientes, los itinerarios terapéuticos emprendidos son variados. Cinco de las diez personas llegaron a ir a un médico (no psiquiatra) debido a la agravación de ciertos síntomas somáticos y no para tratarse el problema psicológico sino la posible enfermedad física que creían tener. En todos esos casos, existía una duda acerca si lo que tenían era nervios u otra enfermedad no mental. En cuatro de estos casos, los doctores descartaron cualquier enfermedad física. En el otro caso (Jessica) el médico les dijo que podrían ser dos cosas o un problema con la tiroides o nervios. En dos de los cinco casos el médico aseguró que la causa de lo que sentían era nervios. Ninguna de estas personas siguió un tratamiento posterior con un especialista.

Dentro de este grupo de los no-pacientes, dos llegaron a ir donde un psicólogo y uno a un psiquiatra. Estas personas sí consideraron que tenían un problema psicológico y por lo tal no vieron la posibilidad de ir a un médico (no psiquiatra). Ninguno de éstos siguió los tratamientos, fueron una o dos veces donde los especialistas y no vieron que ellos les podían ayudar. Sólo vemos que dos personas de este grupo de no-pacientes no ha ido donde ningún especialista.

Dentro del grupo de no-pacientes solo una persona se automedica (diazepám). Las demás utilizan hierbas, dieta, baños de agua fría para sentirse mejor. En algunos casos se ha podido detectar la utilización de no-

ciones de medicina humoral, que se basan en la idea de que el cuerpo ha perdido el equilibrio entre el calor y el frío. La utilización de las hierbas, la dieta y los baños se explican en esos casos como medios para restablecer el equilibrio. Es de destacar que tres de las diez personas han viajado a la sierra por el problema de salud que tenían. Ese viaje a la sierra los ha mejorado sensiblemente.

La idea de que estas personas tenían un problema psicológico fue totalmente clara desde un principio sólo en las tres personas que justamente se dirigieron a un psicólogo o psiquiatra. Las cinco personas que fueron a un médico (por la agravación de síntomas somáticos) tenían la duda (en algunos hasta la actualidad) de si era un problema simplemente psicológico o si tenían otra enfermedad física. Luego de que los médicos descartaran una enfermedad física, las personas afectas se inclinaban a aceptar que tenían nervios. Nadie de este grupo de no-pacientes desconoció la existencia de alteraciones psicológicas, incluyendo las dos personas que nunca fueron a un especialista y la mayoría explicaba su problema en términos del segundo modelo de interpretación, el de la enfermedad de los nervios, en algunos casos se aceptaba ésta como la única interpretación del problema, en otros, los que llegaron a ir a un médico se aceptaba (por lo menos durante un cierto tiempo) la posibilidad de tener alguna enfermedad física. Sólo tres de las personas entrevistadas, tres mujeres jóvenes llamaron a su problema depresión y expresaron que debería ser tratado por un psicólogo o psiquiatra. La interpretación de estas últimas corresponde al tercer modelo de interpretación, el de enfermedad o problema psicológico.

*Carlos Saavedra Ch. & María Planas T.*  
Como sucedía en el caso de los pacientes, la mayoría de los no-pacientes intentaba ocultar sus síntomas psicológicos a sus familias. En una mayoría de los casos, la familia no se había percatado del problema que tenía la persona o sólo se había percatado de los síntomas somáticos del problema. Entonces, en estos casos la interpretación de nervios solo correspondía al paciente pero no a la familia. Solo en dos casos del grupo de no-pacientes, algunos miembros del entorno detectaron que la persona sufría de nervios y se intentó solucionar el problema en ambas mediante hierbas y en una además mediante un viaje a la sierra. De otro lado, de todo el grupo de no-pacientes, estas dos personas estuvieron entre las tres que recurrieron en algún momento a un psicólogo o psiquiatra.

Este fenómeno del ocultamiento del problema psicológico es de principal importancia para entender el manejo de la enfermedad depresiva en esa sociedad en particular. Casi todos nuestros entrevistados mostraron una reticencia muy grande en relación a la comunicación de sus problemas psicológicos, sobretodo cuando no se encontraban solos. Por esta razón, optamos por mencionar a la familia que estábamos realizando una encuesta que se encargaría de reconocer los problemas de salud de la población, sin mencionar en absoluto el tema de la salud mental; se pedía además que la entrevista sea en privado.<sup>11</sup> Debido a que constatamos desde un principio que la estrategia del ocultamiento del problema psicológico era generalizada, el proyecto inicial de entrevistar a los familiares o a alguna persona del entorno cercano de los no-pacientes fue descartado; implicaba una intromisión en la vida íntima y familiar de

<sup>11</sup>(ver nota al final del texto)



la persona que considerábamos inadecuada desde un punto de vista ético. Discutiremos las razones de esta incomunicación de los problemas psicológicos más adelante.

Vemos que las personas sí tienen consciencia de una alteración psicológica (a pesar de que varios consideran que a esto se suman otros problemas del cuerpo) y consideran que tienen nervios a pesar de que en algunos casos puedan creer que tienen otras enfermedades que generalmente las asocian a los nervios de alguna u otra manera. ¿Por qué no se sigue un tratamiento con psicólogos o psiquiatras? ¿Y por qué cuando ésto se produce se llega a situaciones verdaderamente extremas (servicios de emergencia) como en el caso de los pacientes?

Una idea importante que impediría una búsqueda de ayuda con psicólogos o psiquiatras para el problema que vive la persona es la vinculación que éste tiene con situaciones conflictivas de la vida de la persona (problemas económicos, familiares). Los comentarios de las personas entrevistadas mostraban una especie de resignación: «Si las causas (pertenecientes al ámbito social o económico) que han generado mi problema no se mejoran yo no me voy a mejorar». Por eso, para muchos el psicólogo o psiquiatra tenían poco o nada que hacer en la solución de sus problemas. Otros factores que impedirían la búsqueda de ayuda se encuentran en la utilización de los otros mecanismos de tratamiento que hemos visto, como sería el uso de las medicinas caseras, dietas, viajes a la sierra. A pesar de lo que hubiera podido pensarse en este grupo de no-pacientes la utilización de otros especialistas (naturistas o curanderos) no se produjo en ningún caso aun- que una de estas personas estaba próxima

a acudir a un curandero.<sup>12, 13</sup> Un factor, mencionado por algunas de estas personas, que explica la razón de su falta de recurso a psicólogos y psiquiatras es la consideración de que las consultas y los medicamentos eran muy caros para sus posibilidades. Tanto los motivos económicos como la existencia de otras opciones terapéuticas y la resignación ante la enfermedad sino se resuelven sus causas son sólo respuestas muy parciales a las preguntas efectuadas. Para responderlas realmente es necesario adentrarnos un poco más en la significación que conlleva el problema de los nervios para las personas e intentar respondernos algo que nos parece fundamental y que ya hemos mencionado en el informe: el por qué del ocultamiento del problema depresivo a la familia y al entorno.

Guarnaccia, en un manuscrito no publicado titulado *A Critical Review of Epidemiological Studies of Puerto Rican Mental Health* (37), considera que los nervios en la población migrante puertorriqueña a New York es un lenguaje de malestar que permite a la persona afectada una reubicación de su situación familiar o social. Para este autor, los nervios es aceptado como una enfermedad y es asociada a situaciones o eventos estresantes en la vida de la persona. Siendo esto así, la persona adquiere una atención particular dentro de su entorno y realiza ante éste exigencias de transformación de ciertos problemas o situaciones comunes de su vida diaria. Podría darse, por ejemplo, que una mujer mediante esa enfermedad exija un cambio de actitud de su esposo con respecto a ella y sus hijos.

En la población en estudio, lo que se ha podido apreciar es una necesidad de ocul-

tar el problema de nervios ante la familia y el entorno. De las diez personas del grupo de no-pacientes siete ocultan el problema a su propia familia y otra lo oculta a todo el mundo menos a su esposa. En el caso del grupo de pacientes, vemos que éste también ha sido el caso. La familia sólo ha tomado conciencia del problema de nervios luego de un período muy fuerte de crisis que desembocó finalmente (después de un camino largo en otros especialistas sobretodo médicos) en la ayuda psiquiátrica. En todos los casos para la familia esto apareció como algo repentino, mientras que para las personas afectadas era el desencadenamiento de una historia ya larga de sufrimiento. El ocultamiento de los nervios es o ha sido la norma dentro del grupo estudiado. ¿Cómo se podría explicar esto?

Una posible vía para entender esta situación es la idea de que los nervios está asociado a una debilidad de la persona para encarar los problemas que generan las obligaciones normales de la vida cotidiana. En la situación en que una persona, un padre de familia por ejemplo, se encuentra mal a causa de los gravísimos problemas económicos que tiene que afrontar, expresar ante su familia que se encuentra decaído, abatido, significarían, para éste una especie de rendición, de derrota ante su obligación de sacar adelante a su familia. Además no lo quiere expresar porque no quiere generar más problemas de los que ya tiene la familia. La familia debe siempre conservar el nimo para salir adelante y se necesita dar la impresión de fortaleza ante las situaciones difíciles.

La gente entrevistada nos ha manifestado su temor de expresar su estado de ánimo porque piensan que en lugar de conseguir

una mayor atención de la familia van a ser considerados personas «mañosas», «engreídas», o que quieren llamar la atención.<sup>14</sup> Este es un temor que parece hallar su fundamento en la realidad: en los casos de pacientes atendidos psiquiátricamente, en que ya toda la familia reconoce la enfermedad de los nervios de la persona, ésta continúa siendo, como lo vimos antes, una queja de la familia en tres de los seis casos vistos!<sup>15</sup> En estos casos, la persona enferma de los nervios no goza de una consideración particular, a diferencia de lo que manifiesta Guarnaccia para los puertorriqueños de NY; la familia no presta atención a su estado, ni lo trata como una persona enferma que merece una consideración especial, más bien éste merece críticas de parte de éstos como «este se hace el loco», «eres una floja», «todas son tus ideas, ponte a trabajar», «la actividad te quita esa ociosidad», «ponte fuerte». La reticencia que tiene la persona a expresar sus síntomas psicológicos se explica pues por el temor a que los demás los consideren personas débiles emocionalmente, incapaces de afrontar los problemas de la vida, cargas para la familia. Algunos autores como Antonio Zapata (38) o Rodríguez Rabanal (31) cuando se refieren a la psicología de los sectores populares migrantes hablan de psicología del presentismo, refiriéndose con este término a la poca capacidad que tiene el individuo de interpretar el pasado y proyectarse hacia el futuro, debido básicamente a la inseguridad permanente por satisfacer día a día las necesidades inmediatas y primarias de subsistencia. En un contexto de esa naturaleza parece que existiera un rechazo inmediato hacia aquellos estados psicológicos que impiden justamente el continuar con esta lucha diaria, produciéndose una estigmatización de las

<sup>14</sup> y <sup>15</sup> (ver nota al final del texto)

personas que se muestran incapaces de entrar en esa lucha.

El temor a expresar los estados psicológicos producto de los problemas que vive la persona también se explica por el tipo de estructura familiar y de relaciones familiares que rodean a la persona afectada. Por ejemplo, los modos autoritarios de educación que destacamos anteriormente (entre los cuales la agresión física) pareciera que rechazaran de por sí la conversación de los problemas entre padres e hijos.

De otra parte, son de destacar las situaciones de aislamiento que vive una persona en medio de una familia en donde ésta ocupa una posición subordinada como ahijado, entenado, sobrino, producto muchas veces de una inserción particular en la ciudad con motivo de la migración y otras veces como consecuencias de una estructura familiar inestable en la que los hijos pueden haber sido abandonados por alguno o ambos de los padres y tienen que vivir en la casa de abuelos, tíos, padrastros o madrastras. En estas circunstancias, la red de soporte social del individuo es muy pequeña y frágil, volviéndose muy difícil para éste una libre comunicación de sus problemas afectivos. Otro factor es el de las situaciones extremas de subordinación de la mujer en el hogar que llega a abusos como el maltrato físico. En esas situaciones, la mujer trataría de no mostrarse mal de los nervios ante el marido porque sería como mostrarle a éste que «ha triunfado» (como si la finalidad de la agresión hacia ésta fuera la de disminuirla) y peor, la mujer teme que viéndola débil el marido pueda abusar aún más de ella y evitaría mostrarse así ante la comunidad por la vergüenza que le genera

su condición.

La conglomeración de varias familias dentro de una misma casa, tan típica en la zona, es otro factor que podría impedir una mayor comunicación en el seno de una familia más aún si se trata de la comunicación de los problemas más íntimos que viven las personas. Varios de nuestros entrevistados tienen plena conciencia de que esta situación les ha generado muchos problemas.

La idea de debilidad emocional que acompaña la noción de nervios es una noción clave para entender la significación que tiene este problema para la población y que por lo tanto se vincula a la percepción de los signos de la enfermedad y a las acciones que se emprenden para contrarrestarla. Nosotros afirmamos que el temor de una persona a ser considerado débil es el factor que más influye para que se oculte el problema a la familia y al entorno. Esta debe ser la causa de que la persona recién empiece a buscar ayuda (hacia médicos u otros especialistas) cuando hay una agravación de síntomas somáticos (esto tanto en el grupo de pacientes como en el de no-pacientes que buscaron ayuda) lo que implicaría que se busque la ayuda, que en general se dirige hacia médicos no psiquiatras, por la incertidumbre de tener alguna otra enfermedad (no mental) aún cuando se sepa generalmente (aunque no lo divulguen) que se está mal también de los nervios. Por último, esto explicaría que el recurso a los psicólogos y psiquiatras se produzca siempre tardíamente, cuando la persona ya se encuentra en una situación bastante crítica. Aparentemente las personas del grupo de no-pacientes aún no han pasado ese umbral.

#### 4. CONCLUSIONES

A través de la encuesta que hicimos se encuentra una correlación entre los puntajes relativos a síntomas afectivos y los correspondientes a síntomas somáticos. El Cuadro 1 muestra que casi no existen encuestados con altos puntajes en síntomas afectivos y bajos puntajes en síntomas somáticos y viceversa. Al parecer, en la población en estudio, la depresión viene acompañada siempre de una presentación de síntomas somáticos.

Tanto las entrevistas con el grupo de pacientes como con el grupo de no-pacientes dieron como resultado que éstas personas empezaban a preocuparse en buscar ayuda a partir de un agravamiento de los síntomas somáticos, temiendo la existencia de una enfermedad física y no a partir de las perturbaciones psicológicas que sí reconocían pero a las cuales no les daban una relevancia que ameritase una conducta de búsqueda de ayuda.

Se encontró que la categoría que generalmente utilizan los entrevistados para nombrar su problema es nervios o enfermedad de los nervios. Hay que tener cuidado sin embargo, de asociar esta categoría únicamente a la depresión ya que también puede ser utilizada para nombrar una amplia gama de perturbaciones como lo dijimos anteriormente.

La interpretación de un problema como nervios no se reduce a entender el problema como una perturbación psicológica. En esta interpretación no se produce la separación clara que se hace frecuentemente en la cultura occidental entre cuerpo-espíritu, entre enfermedad de la mente y enfer-

medad del cuerpo. Una noción clave para entender el significado de este problema o enfermedad es la idea de debilidad. Los nervios siempre están acompañados de una debilidad o fragilidad tanto psicológica como corporal. Primeramente, los nervios pueden ser causados por una debilidad debida a un problema de alimentación o a alguna enfermedad, como a problemas familiares, económicos, o causas sobrenaturales. En segundo lugar, los nervios por sí solos y debido a que el cuerpo tanto como el espíritu se encuentran débiles pueden causar enfermedades de toda índole incluso enfermedades físicas graves que conlleven a la muerte.

Como habíamos dicho antes, es a partir de un agravamiento de los síntomas somáticos que el padecimiento que vive la persona se expresa hacia los demás y se empiezan a generar procesos de búsqueda de ayuda. Al parecer, según lo recogido en las entrevistas, el recurso a la ayuda psiquiátrica se produce frecuentemente cuando las personas se encuentran en estados verdaderamente críticos y se produce luego de que éstas hayan recorrido un largo camino en el que primero se recurre a otros tipos de terapias y especialistas, sobretodo a médicos. ¿Por qué son los síntomas somáticos y no los psicológicos los que generan los procesos de búsqueda de ayuda? ¿Esto explicaría que los pacientes lleguen tardíamente al psiquiatra?

En primer lugar, algunos entrevistados se mostraron escépticos ante la posibilidad de que cambie su problema psicológico si no cambiaban las condiciones que los habían causado por eso el psicólogo o psiquiatra se presentaban como una posibilidad remota. En cambio, el problema físico sí les

preocupaba en sí y creían que podría tener tratamiento y cura.

En segundo lugar, un factor más importante aún se encuentra en un deseo de las personas de ocultar el problema psicológico que experimentan, por vergüenza o por un temor a mostrarse como personas débiles o frágiles emocionalmente lo que no sería bien visto en el entorno, iría en desmedro de su status y no los ubicaría en una buena posición para poder negociar en el juego de las transacciones interpersonales dentro de una familia o un medio particular. Este temor pareciera tener un fundamento real ya que se ha observado en algunos de los casos, en donde el problema de nervios era ya reconocido por la familia, que aquel generaba una estigmatización o reacciones negativas de parte del entorno y no ameritaba una atención o consideración especial para con la persona afectada. Es probable que la cifra que dimos al principio de 1.6% de personas que reconocían a la depresión como un signo de problema de salud mental en su comunidad (11) encuentre su explicación en el ocultamiento de la experiencia depresiva (al menos en sus formas menos severas) y en la falta de consideración de ésta como una enfermedad. En cambio, es probable que las personas tengan menos reparos en mostrar sus síntomas físicos y en buscar una ayuda por la aparición o agravación de éstos debido a que una enfermedad física les permitiría ser aceptados en el rol de enfermo, permitiéndoseles incluso una reubicación positiva en el entorno y una mayor capacidad de control de las relaciones interpersonales.

Algunos psicólogos y psiquiatras ven a la somatización como una estrategia

maladaptativa de afrente (coping) o de expresión de la depresión y otras formas de psicopatología. Así, algunas interpretaciones de la somatización la vinculan a un déficit psicológico (alexithimia) consistente en una incapacidad para pensar y expresar emociones de manera simbólica (39). En las entrevistas notamos que éste no era el caso ya que la gente sí reconocía sus perturbaciones psicológicas (a pesar de que intentase ocultarlas), reflexionaba en torno a éstas y lograba expresar su malestar en términos emocionales.

El fenómeno de la somatización podría verse de otra manera. Se podría interpretar la preeminencia que se le da a la expresión de los síntomas somáticos en los casos vistos como parte de una estrategia de adaptación y resolución del problema dentro de un contexto cultural y social particular. Éste sería un lenguaje socialmente permitido (aunque tal vez no conscientemente aceptado como tal) para hacer frente a los problemas emocionales.

Dado el carácter exploratorio del estudio, las conclusiones que se generan no pueden ser más que parciales y dejan más bien entrever líneas o caminos a explorar. El campo es muy rico y lleno de posibilidades.

De manera más concreta, las nociones de nervios y debilidad se presentan como conceptos emic fundamentales que podrían justificar la elaboración de una encuesta en una muestra representativa de la población, de manera de poder generalizar los resultados y empezar a discutir las consecuencias que podría traer en el sistema de atención de salud mental, la identificación de semejantes brechas a nivel de signos,

significados y acciones entre la población y los profesionales de salud. Para explorar las brechas existentes entre las semiologías médica y popular es indispensable contar con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, psiquiatras, psicólogos,

epidemiólogos e investigadores, y pensar en un plan de trabajo de más largo alcance. El presente estudio con las limitaciones de tiempo y personal ha planteado al respecto líneas interesantes a profundizar.

## AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a todas aquellas personas que contribuyeron de una u otra manera a la realización de este trabajo. Primeramente, debemos agradecer la generosidad de las personas que compartieron con nosotros en sus relatos de enfermedad, sus experiencias reflexiones y sentimientos. No podemos dejar de mencionar al Dr. Alberto Perales sin cuyo apoyo e interés no hubiera sido posible la presente investigación. Nuestro agradecimiento en este sentido es extensivo a la Dra. Cecilia Sogi. Ambos nos hicieron comentarios muy útiles respecto al diseño y a la perspectiva psiquiátrica. Agradecemos de manera especial además al equipo del Departamento de Salud Mental Comunitaria del INSM HD-IN quienes nos brindaron todo su apoyo para el trabajo con la población, en especial a los doctores Victor Híjar y César Arellano y al personal del área de Salud Mental del Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo: Ana Luisa Calle, Nelly Ontaneda y Marina Sarca. Participaron, además, de manera directa en el trabajo de campo, la Enf. Ana Luisa Calle en la aplicación de los cuestionarios DIS; y el antropólogo Pablo Del Valle colaborando en la realización de algunas entrevistas. A ambos un agradecimiento especial. De cualquier manera, queda claro que las conclusiones de la investigación son responsabilidad única de los autores.

REFERENCIAS

- 1) MARSELLA AJ. Depressive experience and disorder across cultures. En H. Triandis y J. Draguns, eds. *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, Vol 6. Allyn & Bacon. Boston, 1979
- 2) MARSELLA AJ. SARTORIUS N, JABLENSKY A & FERTON SR. Cross-cultural studies of depressive disorders. En A. Kleinman y B. Good, eds. *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press. Berkeley, 1986
- 3) SINGER M. y BAER H. *Critical Medical Anthropology*. Baywood Publishing Company, Inc. New York, 1985
- 4) MARSELLA A.J. & WHITE G. *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. D. Reidel. Boston, 1982
- 5) MURPHY H.B.M. *Comparative Psychiatry. The International Distribution of Mental Illness*. Springer-Verlag. Berlin, 1982
- 6) MURPHY H.B.M. *Migration, Culture and our Perception of the Stranger*. GIRA-ME. Montreal, 1987
- 7) KLEINMAN A y GOOD B. *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press. Berkeley, 1986
- 8) OBEYESEKERE, GANANATH. *Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka*. En A. Kleinman y B. Good (eds) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press. Berkeley, 1986
- 9) LETT J. *Emics and Etics: Notes on the Epistemology of Anthropology*. En T.N. Headland, K.L. Pike y M. Harris (eds) *Emics and Etics: The Inside/Outsider Debate*. Sage Publications, *Frontiers of Anthropology*, volumen 7. Newbury. Londres, 1990
- 10) BIBEAU G & CORIN E. *Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, sens et actions en santé*. En Charest P, Trudel F & Breton Y (eds) *Marc-Adélarde Tremblay ou la construction anthropologique de l'anthropologie québécoise*. Montreal, 1994
- 11) PERALES A, MONTOYA A y SOGI C. *Linderos sociales y culturales para salud mental comunitaria*. UPCH, INSM «HD-HN». Lima, 1995
- 12) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL «HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI» (Hayashi S, Perales A, Warthon D, Sogi C & Llanos R.). *Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia* (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental*, 1985; 1:206-222

- 13) KIRMAYER L.J. Somatization and Psychologization: Understanding Cultural Idioms of Distress. En Opaku (ed) *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington DC, 1995
- 14) KLEINMAN A y GOOD B. Introduction. En *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder* Kleinman A y Good B. (eds). University of California Press. Berkeley, 1986
- 15) BEISER M A. Study of Depression among Traditional Africans, Urban North Americans, and Southeast Asian Refugees. En: Kleinman, Arthur y Byron Good (ed.) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press. Berkeley, 1986
- 16) CORIN E, BIBEAU G, MARTIN J-C. y LAPLANTE R. Comprendre pour soigner autrement. Les Presses de l'Université de Montréal. Montreal, 1990
- 17) LEIGHTON A. *The Character of Danger*. Basic Books. New York, 1963
- 18) GOOD B. The Heart of What's The Matter: The Semantics of Illness in Iran. *Culture Medecine and Psychiatry*, 1977; 1:25-28.
- 19) GOOD B. *Medecine, Rationality and Experience*. Cambridge University Press. Cambridge, 1994
- 20) KLEINMAN A. *Patient and Healers in the Context of Culture*. University of California Press. Berkeley, 1980
- 21) KLEINMAN A. *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. The Free Press. New York, 1988
- 22) KLEINMAN A. *The Illness Narratives. Suffering, Healing and The Human Condition*. Basic Books, Inc. New York, 1988
- 23) CORIN E. La référence anthropologique dans la pratique clinique. En: E. Corin y otros (eds) *Regards Anthropologiques en Psychiatrie*. GIRAME. Montreal, 1987
- 24) CORIN E. Présentation. Les detours de la raison. *Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie*. Anthropologie et Sociétés, 1993 17 (1-2).
- 25) BIBEAU G. Current and Future Issues for Medical Social Scientists in Less Developed Countries. *Social Science and Medicine*, 1981; 13A:123-172.
- 26) BIBEAU G. Repères pour une approche anthropologique en psychiatrie. E. Corin y otros(eds) *Regards Anthropologiques en Psychiatrie*. GIRAME. Montreal, 1987
- 27) BIBEAU G. ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. En: Carlos Pinzón, Rosa Suárez y Gloria Garay (eds.) *Cultura y salud en la construcción de las Américas: Reflexiones sobre el sujeto social*. Colcultura y Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos. Bogota, 1993



- 28) ALTAMIRANO T. Cultura andina y pobreza urbana: Aymaras en Lima Metropolitana. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 1988
- 20) KLEINMAN A. Patients and Healers in The Context of Culture. University of California Press. Berkeley, 1980
- 29) MURRA J. La visita de los chupachu como fuente etnológica. En: Visita de la provincia de León de Huánuco en 1562. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco, 1967
- 30) WALLACE J M. Urban Anthropology in Lima: An Overview. Latin American Research Review, 1984; 19 (3): 57-84.
- 31) RODRIGUEZ RABANAL C. Cicatrices de la pobreza: Un estudio psicoanalítico. Editorial Nueva Sociedad. Caracas, 1989
- 32) PERALES A, TEJADA K, VILLANUEVA M & HAYASHI S. Relación madre-hijo en una población urbano marginal. Estudio piloto. Anales de Salud Mental, 1985; 1 (1-2): 50-68.
- 33) BEISER M. Measuring Psychoneurotic Behavior in Cross-Cultural Surveys. Journal of Nervous and Mental Disorders, 1976; 163 (1): 10-23.
- 34) KLEINMAN A, KLEINMAN J. Somatization. The Interconnections in Chinese Society among Culture Depressive Experiences and the Meanings of Pain. En Culture and Depression Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. A. Kleinman & B. Good (eds). University of California Press. Berkeley, 1986
- 35) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta edición. American Psychiatric Association. Washington DC, 1994
- 36) KIRMAYER L J. The Hong Dao y André Smith Cultural Variations in the Response to Psychiatric Disorders and Emotional Distress. Social Science and Medicine, 1989; 29(3): 327-339.
- 37) GUARNACCIA P J. A Critical Review of Epidemiological Studies of Puerto Rican Mental Health. Manuscrito.
- 38) ZAPATA A. Sociedad y poder local: La comunidad de Villa El Salvador 1971-1996. DESCO. Lima, 1996
- 39) TAYLOR G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. American Journal of Psychiatry, 1984; 141, 725.

## NOTAS

<sup>1</sup>Es importante señalar que cuando hablamos de signos desde una perspectiva antropológica nos referimos tanto a los "síntomas" como a aquellas señales que para la gente son saltantes y que no son siempre considerados por la semiología médica. En general, estos signos pueden ser físicos (anatómicos y fisiológicos), psicológicos (cognitivos o emotivos) o interpersonales.

<sup>2</sup>En una nota a pie de página posterior vamos a dar cuenta de este hecho y se intentan algunas explicaciones.

<sup>3</sup>Tahuantisuyo Bajo nació a partir de la iniciativa de una asociación de propietarios conformada en su mayoría por ancashinos. Su presencia es significativa en todas las zonas de Tahuantisuyo y es aún más importante en las zonas más antiguas.

<sup>4</sup>A pesar de la importancia de la pobreza y los problemas económicos en los relatos de las personas diagnosticadas tanto por los psiquiatras (pacientes) como por la escala de Zung como depresivas (no pacientes), el promedio de gastos familiares se acerca en estos casos al promedio encontrado en el grupo encuestado. De otra parte, otras características (zona de ubicación de la vivienda o tipo de vivienda, número de miembros de la familia, etc.) que nos permitió medir el nivel socio-económico de los encuestados, no parecen reflejar tendencias diferentes entre la muestra general y el grupo de las personas afectas de depresión.

<sup>5</sup>Como dijimos anteriormente, a todas las personas que participaron en la encuesta

se les aplicaron dos cuestionarios el de Zung y el de Beiser. El primero medía puntajes de depresión y el segundo de síntomas somáticos. Hemos agrupado los resultados EAMD (Zung) por grupos de acuerdo a los puntajes y los hemos comparado con aquellos de síntomas somáticos. En el siguiente cuadro primero ubicaremos el puntaje

EAMD y luego el puntaje de somatización:

EAMD	Promedio de somatización
Mayor a 70	45,46
Entre 60 y 70	40,6
Entre 50 y 60	35
Entre 40 y 50	31,12
Entre 30 y 40	27,11
Entre 20 y 30	21,33

<sup>6</sup>

Algunos otros términos que utiliza la población que corresponden a la misma interpretación es: estar mal o enfermo del sistema nervioso, o estar con el sistema nervioso simplemente.

<sup>7</sup>

Se puede encontrar este síndrome popular en otras regiones de Latinoamérica. Sin embargo, en cada región debe tener características muy específicas. En particular, en Tahuantisuyo, se manifiesta la influencia de la cultura médica popular andina no presente en otras regiones de Latinoamérica. El DSM IV habla en términos generales de nervios, pero al menos el párrafo citado de ese libro refleja lo percibido por nosotros en la comunidad de Tahuantisuyo.

<sup>8</sup>

Tanto el susto como el daño son dos términos de origen precolombino que designan perturbaciones tanto psíquicas como

somáticas que presentan una sintomatología realmente muy variada, la que se encuentra dentro de los conjuntos de síntomas que hemos descrito para nervios pero que va más allá de éstos. Aquí hemos considerado a ambos como causa de la enfermedad de los nervios, aunque ellos son considerados de por sí enfermedades específicas. Son dos categorías que se entrecruzan con aquella de nervios. La hemos incluido aquí porque para algunos entrevistados representan causas del problema de nervios. Estaría fuera de los objetivos del presente trabajo hacer una identificación más clara de ambos conceptos. Básicamente podemos decir que lo que los distingue son las causas asociadas a ambos. El susto es considerado causado por una impresión fuerte que ha tenido una persona, a veces asociado con una pérdida del alma, y el daño como causado por la mala intención o la envidia de un brujo o de una persona con cierto poder psíquico. De otra parte el susto es considerado como una enfermedad más leve y más fácil de ser curada que el daño.

Esta noción popular es una característica de la concepción que se tiene de los desórdenes psicósomáticos en otras poblaciones del mundo. Por ejemplo, Kirmayer, Trang Dao y Smith (1995: 23) mencionan en relación a este tipo de desórdenes en la población vietnamita: «De cualquier manera, debe quedar claro que la ausencia de expresión emocional abierta no indica la ausencia de una experiencia emocional significativa. Esto no significa, sin embargo, que tales emociones escondidas sean los rasgos «reales», esenciales o subyacentes de la depresión u otros problemas para los vietnamitas. El malestar somático, puede ser el aspecto más intenso y saltante de la «depresión» tanto por razones culturales

como por razones fisiológicas. Como resultado de nociones etnofisiológicas, los vietnamitas reportan comúnmente problemas relacionados a síntomas corporales específicos. Un amplio rango de idiomas comunes para el malestar social o emocional hacen mención a los sistemas de órganos, especialmente al abdomen o la región gastrointestinal».

<sup>10</sup> El tratamiento había justo finalizado a los pocos días de haberse realizado la entrevista final.

<sup>11</sup> Igualmente la aplicación del DIS (Diagnostic Interview Schedule) a estas personas, que se realizaba antes de la entrevista en profundidad por una enfermera del INSM, nos trajo muchos problemas para la consecución de las entrevistas posteriormente. Varias personas a las que se les había aplicado el cuestionario se mostraron muy incómodas o descontentas con la idea de hacerles una entrevista posterior, algunas (nos sucedió en tres casos) incluso ya no aceptaron la entrevista siguiente. Las propias personas nos hacían llegar sus comentarios acerca del DIS. Se le criticaba por ser muy agresivo al entrar en la intimidad de las personas, preguntándoles por todo tipo de síntomas de enfermedad mental de manera muy rápida y fría, sin posibilidad de réplica o de comunicación de parte de la gente. La relación con la persona, que en general había sido muy buena en el momento del contacto, se vio un poco afectada para la entrevista final. Es probable también que las personas se hayan sentido incómodas justamente de que los busquen para hablar de estos temas en sus hogares, en donde nadie sabe de sus problemas; luego, les incomodarían las explicaciones del caso ante sus familias o la posi-

bilidad de que escuchen algo de la entrevista. Cabe mencionar que esta crítica no se dirige a invalidar al DIS como instrumento diagnóstico sino que ubicado en el contexto del estudio actual, en donde se debía mantener una muy buena relación con los entrevistados para la realización de varias entrevistas, no resultó útil. La crítica se dirige, más bien, hacia la aceptabilidad de ese instrumento por parte de la población. El éxito reportado del DIS en términos de aceptabilidad en los estudios epidemiológicos realizados por el INSM HD-HN en la misma zona a principios de la década del ochenta (INSM HD-HN 1985), nos podría sugerir un cambio de actitud de la población en los últimos quince años, que tal vez no solo se suscriba a la aceptabilidad de ese instrumento particular sino a una mayor desconfianza y rechazo hacia otros instrumentos metodológicos o quién sabe en última instancia hacia la labor de la institución o de los profesionales de salud mental.

<sup>12</sup>Sólo una de estas personas afirmó que a penas consiguiere el dinero iría a curarse donde un curioso (curandero). Este hombre (Jaime) afirmó que su hijo (el cual experimentó diversos síntomas psicóticos y al que todavía no correspondía el diagnóstico de esquizofrenia pues a pesar de presentar el cuadro clínico no cumplía aún el tiempo requerido para tal diagnóstico) había sido curado de daño por este curioso en tres sesiones. Jaime comenzó, a partir de esa experiencia, a avisorar la posibilidad de que le habían hecho daño a él también.

<sup>13</sup>Sin embargo, como hemos visto anterior-

mente, en el grupo de pacientes sí se produjo en tres casos la utilización de curanderos y en uno de esos casos el recurso a los naturistas.

<sup>14</sup>En las entrevistas en profundidad se preguntó a las personas si veían diferencias en cuanto a la expresión de las emociones y en particular de la emoción disfórica entre hombres y mujeres. Las respuestas fueron variadas pero básicamente giraron en torno a dos opciones: la primera que los hombres eran de por sí más fuertes que las mujeres y no se ponían tan fácilmente nerviosos o tristes como éstas; la segunda era que los hombres no podían mostrarse de la misma manera que las mujeres, que debían aparentar al menos ser más fuertes pero que en el fondo sentían lo mismo. Ambas posibilidades nos hablan de la imagen social del hombre y de la mujer en cuanto a la expresión de las emociones y parecieran confirmar la idea de una mayor tolerancia cultural ante la expresión de la emoción disfórica en el caso de las mujeres.

<sup>15</sup>También se remarcó anteriormente que los otros tres casos sí merecieron una atención particular de parte de la familia. Los miembros de la familia cambiaron de actitud frente a algunos problemas que afectaban a la persona. En las entrevistas se hacía evidente el papel negociador que tiene la enfermedad para producir esos cambios incluso de manera consciente dos de estos pacientes amenazaban a sus familiares con que iban a ponerse mal sino modificaban una actitud en particular. Como lo habíamos dicho antes, son justamente estos pacientes los que han manifestado que se han mejorado considerablemente.

**PRUEBA DE CONOCIMIENTO**

**47) Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:**

- ( ) La antropología intenta descubrir lo emic (punto de vista de una cultura dada sobre un fenómeno en particular)
- ( ) En la reconstrucción de la semiología popular se exploran los signos, significados y acciones que se asocian con la experiencia de una enfermedad dada
- ( ) La epidemiología permite generar marcos interpretativos de utilidad en la planificación de servicios
- ( ) Las necesidades de salud de la población coincide con los modelos de práctica preferenciados por los profesionales

**48) Lo siguiente corresponde a objetivos específicos del presente estudio, excepto:**

- a) Contribuir al conocimiento de las causas, organización y efectos de la depresión en la población
- b) La distribución por sexo y edad de la depresión
- c) Los itinerarios terapéuticos de la población en caso de depresión
- d) Las causas de la subutilización de los servicios de salud mental.

**49) Lo siguiente corresponde a la metodología del presente estudio, excepto:**

- a) La primera etapa identificó 10 personas de la comunidad con depresión pero sin diagnóstico médico
- b) El la segunda etapa se entrevistaron casos clínicos con diagnóstico de depresión
- c) Se obtuvo información de la comunidad a través de la observación participante
- d) Se identificaron informantes-clave de la comunidad

**50) Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:**

- ( ) La Urbanización Popular (UP) corresponde a una planificación previa
- ( ) La UP prevee las necesidades comunitarias
- ( ) Los Asentamientos Humanos (AAHH) crecen caóticamente
- ( ) Los AAHH son habitados por migrantes
- ( ) Las poblaciones asentadas en los cerros son parte de la UP.

**51) En relación a los resultados del presente estudio las siguientes afirmaciones son ciertas, excepto:**

- a) Las interpretaciones populares sobre la depresión son variadas
- b) Los nervios o enfermedad de los nervios para la población requiere de tratamiento médico
- c) El término nervios es un concepto clave para la población
- d) El término depresión es interpretada como causada por problemas que vive la persona.