

VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 2007.

Salud y Enfermedad Mental: Mapuche y Terapeutas.

Cristina García Vázquez y Aaron Saal.

Cita:

Cristina García Vázquez y Aaron Saal (2007). *Salud y Enfermedad Mental: Mapuche y Terapeutas*. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/15>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eCzH/rbc>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Salud y Enfermedad Mental: Mapuche y Terapeutas

Cristina García Vázquez* y Aaron Saal**

1) Introducción

En primer lugar, y como punto de partida, este trabajo forma parte de un proyecto de investigación cuyo objeto de estudio son las concepciones y las manifestaciones psicopatológicas de los mapuche en la ciudad de Neuquén (con la idea de incursionar más tarde en las comunidades mapuche del interior de esta provincia). Nuestro título remarca el hecho de que la intensidad de las enfermedades mentales y el modo de abordarlas varían de una cultura a otra. Debemos destacar que nuestra unidad de análisis está integrada por cuatro categorías: 1) los pacientes mapuche de los centros de salud públicos de la ciudad de Neuquén; 2) Los familiares de estos pacientes; 3) Los representantes de medicina tradicional mapuche y 4) Los terapeutas. Nuestra idea es poder contrastar el modelo de interpretación que sostiene cada uno de estos grupos, comprender y explicar sus convergencias y divergencias. En esta exposición ponemos la atención en mostrar algunos datos que surgen de las entrevistas con el grupo de medicina tradicional mapuche y las concepciones de la enfermedad mental de los terapeutas entrevistados.

2) Salud y enfermedad mental según la agrupación mapuche Baweh-ko

Para acercarnos a las representaciones sobre salud y enfermedad (mental o no), que sustenta el pueblo mapuche en su tradición cultural, es necesario partir de su concepción del cosmos, el *wajmapu*. El *wajmapu* se constituye a partir de la posición y función de todos los elementos que nos rodean. Este orden cósmico introduce la noción de **equilibrio** como resultado de la interacción entre las distintas fuerzas que lo integran. Podemos destacar los siguientes puntos:

- 1) El *wajmapu* constituye un sistema integrado por elementos o fuerzas, llamadas *nwen*.
- 2) No existen elementos abióticos¹, sino que cada uno de éstos ocupa un lugar y desempeña una función determinada.
- 3) No existe un ser, ente, fuerza, que ejerza un poder omnipotente, absoluto, sobre el resto de los elementos.
- 4) La función del *che* es mantener el equilibrio del sistema.

En el sistema etnomédico mapuche podemos encontrar varias explicaciones causales que tienen que ver con la ruptura del orden cósmico. El hecho de considerar a los *nwen* como *ente vivo con una fuerza propia, con una identidad propia, con sabiduría propia*, nos introduce en una concepción dinámica de la naturaleza. La idea de enfermedad mental estaría vinculada al impacto que ejercen dichas fuerzas en la persona. En muchos casos pareciera ser claro que aquella es producto de fuerzas negativas o espíritu malignos. Pero ésta no sería la única explicación, porque además la enfermedad física o mental tendría una relación directa con la transgresión del orden cósmico por el sólo hecho de irrumpir u ocupar un espacio de un *nwen*. En principio se trataría de una fuerza que reacciona cuando se altera su espacio y, por lo tanto, su función. Por ejemplo, cuando se transgrede alguna norma social que afecta la naturaleza, generándose un desequilibrio entre los distintos elementos.

El mantenimiento del orden cósmico tiene su correlato en el orden social; la salud con el equilibrio; la enfermedad con el desequilibrio cósmico. Por el testimonio de nuestros interlocutores pareciera como que dos fuerzas no pudieran compartir el mismo espacio y tiempo. Todo en su sitio, en su lugar. El *che* debe evitar entrar en contacto con fuerzas generadoras de desequilibrio y enfermedad.² Si seguimos este discurso, el desequilibrio cósmico y del *che* es un efecto de las transgre-

* Universidad de Flores-Subsede Comahue- Río Negro- Argentina. E-mail: cgarciavazquez@arnet.com.ar

** Universidad Nacional de Córdoba-Argentina. E-mail: asaal@ffyh.unc.edu.ar

sión de las normas sociales y de las que guían la interrelación entre el hombre y la naturaleza. Esta idea estaría revirtiendo la causa de la enfermedad en el mismo sujeto que la padece. De tal manera que se trataría de una representación etiológica de carácter endógeno, generalmente conocida como enfermedad-castigo, vinculada a la idea de pecado bajo la concepción cristiana. La agrupación *Baweh-ko*, que nos expresó haber experimentado con un guía espiritual mapuche un proceso de *descolonización*, no ha utilizado, hasta el momento, el término pecado; ya que implicaría acercarse a la cosmología cristiana, de la que claramente quieren diferenciarse. Por lo general cuando se interpreta la enfermedad como un castigo, no sólo se limita a la transgresión de las normas sociales y cósmicas de parte del individuo sino también del grupo social, del colectivo (Laplantine, F; 1999). El incumplimiento colectivo de las normas sociales (y en esto incluimos la penetración y aceptación de creencias externas) o el rechazo a no ejercer el rol predeterminado del individuo son causas endógenas de la enfermedad. Como nos dijeron: *Nosotros los mapuche por influencia de una creencia ajena, una forma de organización social diferente, hemos dejado nuestras propias normas de lado y nuestro propio pensamiento dando lugar a otro qué nada que ver con nosotros. Entonces, nosotros siempre nos acordamos lo que pasó en Lonco Luan.*

En el proceso de construcción de las ideas de salud y enfermedad mental o no, estos datos amplían la tan divulgada etiología que podríamos englobar en las llamadas «teorías personales de la enfermedad», según la conocida tipología de Foster y Anderson. Es decir, se personifica (brujo, espíritu y fuerzas, por lo general malignas) al agente causal y transmisor de una enfermedad. Sería el caso de conocido «daño» entre los mapuche y en la medicina popular.³

En el discurso de nuestros interlocutores salta a la luz varias dicotomías equilibrio/desequilibrio; salud/enfermedad; machi/brujo; bien/mal; positivo/negativo. El análisis estructuralista se ha encargado de expresarlas de diferentes formas. Se destaca una ambigüedad y ambivalencia y, por otro lado, una polaridad de creencias que enfrentan el bien con el mal. A partir de nuestros datos, pareciera ser que esta dualidad se fundamenta en una complementariedad más que en una simple oposición, aunque muchas veces en el discurso aparezca como tal.

Todos estos testimonios nos ponen en contacto también con las prácticas terapéuticas que el sanador tradicional en el cuidado de la salud lleva adelante. Nos

estamos refiriendo a el/la *machi*.⁴ Hoy día, en Argentina, no hay ninguna persona que pueda ser reconocida como *machi*; ésta nos interesa, entre otras cosas, porque su proceso de conversión nos aproxima a un concepto de enfermedad mental que adquiere en la cultura mapuche un aspecto positivo al otorgarle un status y rol reconocido dentro del grupo en cuestión.⁵ Así, entre los mapuche la gravedad e inexplicabilidad de una enfermedad pueden ser signos importantes de la vocación *machi*. Nuestros informantes la llaman *perimontún*, entendámoslo como lo extraño, lo incomprensible. Pagés Larraya (1990) analiza el modo en que *lo extraño* irrumpe en la existencia de los mapuche, provocando perplejidad, miedo, angustia, *locura*. El *perimontún* es el término utilizado para expresar la «experiencia de lo extraño», como el autor citado lo define, aquello que conmueve a quien lo experimenta o a quien recibe de otros el mensaje de que algo puede ocurrir, que escapa de la comprensión, que obliga a la celebración de un *nguillatún*. Tener o ver visiones, *perimontuy*, *machigerkealu*, «vio-visiones pues-iba- a- ser- machi» (Catrileo, 1998: 236).

Para los mapuche, esta experiencia puede ser valorada positivamente, si es acompañada de otras señales que indiquen el llamado a ser machi, o en forma negativa si su origen esta determinado por otros causantes o, como nos dijo Norma, cuando una persona o familia no contestó el llamado a ser machi, «a veces, vuelve a renacer, eligiendo otra persona. Pero puede ser que la elija como puede ser que la enferme. Y si la enferma tiene alteraciones mentales...»

El o la *machi* ha sido presentado por diversos autores como un ejemplo de práctica chamanística. Si bien hoy día se prefiere hablar de sanador tradicional y no de chamán por ser una categoría creada desde occidente, y por lo tanto de los centros académicos hegemónicos, como afirma Taussig (extraído de Pérez Sales, 2004); creemos que es importante reconocer ciertas características del llamado chamanismo que se hallan en los procesos de sanación de los pueblos originarios, respetando las propias concepciones y prácticas de cada uno de ellos. En este sentido no podemos olvidar trabajos como los de Levi-Strauss, quien definía al chamán como un verdadero «abreactor profesional», destacando que la eficacia simbólica de su abreacción en el momento del trance era fundamental en la abreacción del paciente (1997: 207). Desde esta perspectiva, más psicológica que sociológica, este autor marca tres elementos complementarios -el chamán, el enfermo y la opinión pública- para reconocer la eficacia

de la cura chamanística: su fracaso o éxito de un chamán depende del consenso social. Por eso es tan importante el papel de la *machi* en el proceso de interpretación de la enfermedad mental. La *machi* nos hace recordar aquellas palabras de Lévi-Strauss cuando afirmaba que la cura chamanística «está a medio camino entre nuestra medicina orgánica y las terapéuticas psicológicas como el psicoanálisis.» El machi le brinda un «lenguaje» a la enferma que le permita reorganizar su propio sistema de conocimiento para explicar su problemática (1997: 221). Como afirma Leandro: «Esa es la cosa que no puede hacer la medicina occidental, relacionarse con lo espiritual, con lo que no se ve».

Nosotros hemos terminado de entrevistar a todos los profesionales del sector de salud mental del hospital Heller, a algunos pertenecientes a centros de salud barriales y del hospital «Castro Rendón» -el de mayor complejidad de Neuquén-. El objetivo es analizar a un nivel discursivo cuál es o cuáles son sus modelos de interpretación teórica de la salud y de la enfermedad mental, qué valor le otorgan a la cultura, en qué condiciones se realiza su práctica profesional, la idea de enfermedad mental, su papel frente a ésta y la descripción de casos de mapuche, siempre y cuando los hayan atendido o los estén atendiendo.

3) Concepción/es de la enfermedad/es mental/es de los profesionales del área de salud mental

Las distintas clasificaciones en psiquiatría, como el DSM IV y el ICD, surgen de la necesidad de criterios universales para categorizar a las enfermedades mentales. No hay dudas de que constituyen herramientas útiles para los profesionales de salud mental. Por otro lado, se habla de que la enfermedad puede ser concebida de diferente manera de acuerdo con categorías culturales, aplicando una perspectiva *emic*, mental y conductual, para resaltar el punto de vista de los miembros de una cultura determinada. Las entrevistas que mantuvimos con los terapeutas nos condujeron a concepciones de la enfermedad mental en donde el psicólogo o psiquiatra se manifiesta como persona y como profesional. Uno de nuestros objetivos era descubrir cómo concibe el profesional de salud mental a la enfermedad desde una perspectiva *emic*; por lo tanto, desprendida de categorías *etic* que objetivizan a la enfermedad y la relación paciente-terapeuta. Nos interesa-

ba conocer, entonces, cuál era la idea de enfermedad mental que tienen nuestros entrevistados. Indirectamente esta representación nos llevó a la que tienen de sí mismo como profesionales en el ámbito público. En este sentido se subjetiviza la idea de enfermedad y debajo de esta imagen nos encontramos con un conjunto de emociones, sentimientos y pensamientos condicionados por la propia *praxis* profesional y por las características personales de nuestros entrevistados. En este sentido, podemos distinguir las siguientes representaciones de la enfermedad y cómo se definen a sí mismo en el ámbito de la salud:

A) La enfermedad mental vista como sufrimiento

La idea de la enfermedad mental como sufrimiento, nos introduce por un lado en una concepción de la enfermedad que se aleja de la explicación puramente biológica y nos acerca a una más subjetiva y relacional; por otro, nos brinda un perfil del profesional, el yoterapeuta, menos individualista y con una sensibilidad, en grados muy variados, por los problemas sociales.

Hay dos variables que se correlacionan en esta concepción de la enfermedad mental: 1) El sentido subjetivo que una persona le da a su malestar. Es decir, el grado de sufrimiento es un sentimiento que se define a partir de un entramado de significaciones que dependen de cada persona en particular. Tomar conciencia de que se sufre es el primer paso que lleva a una persona (o a sus allegados) a buscar la ayuda de un terapeuta. 2) La perspectiva social que hace hincapié en las relaciones sociales en las que se encuentra inserta una persona. Lo relacional puede ser tanto causa como efecto de sufrimiento, ambas variables se retroalimentan. El grado de sufrimiento depende del grado de conflicto relacional de un individuo, y viceversa. Desde este enfoque se ve a la enfermedad mental como:

Un modo de existir con más sufrimiento que otro. El sufrimiento más patológico si querés, [...] Con más sufrimiento puede ser un criterio, y hay modos de existir que son diferentes..., el sufrimiento viene dado por la relación con los otros.

La enfermedad implica una cuota de sufrimiento importante, de dolor y desarraigo porque me parece como que eso está en cualquier tipo de enfermedad, como que hay algo de aislamiento, algo como quedar dando vueltas como en sí mismo, que impide el vínculo con los otros, y esto es sufrimiento. Si yo te tengo que decir por la práctica de este servicio, la enfermedad, la locu-

ra tiene que ver con el correr el lazo con el otro en función de crear un propio mundo.

Sufrimiento, la mayoría de las veces incomprendido. Yo te puedo decir a vos: «Me duele el hígado» o «me duele la cabeza», y lo entendés. [...] Pero cómo podés explicar el sufrimiento mental? [...] ¿Cómo explicas que vos no sos vos y te estás desintegrando... Me parece que ahí está el sufrimiento y ahí se altera la comunicación y no tenés interlocutor.

Para mí la enfermedad mental así, sin teorizar, es cuando una persona se siente impotente frente a la vida. Cuando uno se siente que no puede, digamos, que no puede más con lo que ve, con lo que escucha, con lo que siente, entonces... eso es: no puede.

Esta concepción de la enfermedad mental parte de un yo-terapeuta que se percibe a sí mismo dentro una red social y con un grado de compromiso social, vinculado a la elección del ámbito público, que va desde quien afirma rotundamente «yo creo en un saber al servicio del otro [...] y elijo ponerlo en el hospital público como un ámbito de militancia social», pasando por los que sostienen que su trabajo en instituciones le ha «hecho tener una idea de rol social ...», es todo el tiempo estar pensando la manera que das respuestas a la demanda del otro», o «que la existencia del psicólogo en realidad es un modo de cubrir una falla de nuestra cultura. Nuestro papel —el de los psicólogos, psiquiatras y demás— es ese [ayudar a que la persona pueda] porque creo que se ha perdido», justificando la existencia del psicólogo por la falta de contención comunitaria y familiar, hasta el que simplemente pretende «tratar de ayudar en algo... y con estos recursos técnicos disminuir el sufrimiento».

Esta idea de ver a la enfermedad mental desde una perspectiva relacional parte de una mirada social, que posiciona al terapeuta como un agente social que comprende al otro y su problema a partir de una visión más integradora. Se trata de un tipo de actitud profesional que ha elaborado una «concepción expansiva de la enfermedad y de la salud», como afirma Laplantine, asumiendo una postura crítica frente al modelo médico hegemónico y revalorizando prácticas médicas tradicionales como caminos alternativos terapéuticos para el paciente y para la misma medicina de raigambre biológica (1999: 280-281). En este sentido, es específicamente en este grupo de psicólogos y psiquiatras en donde encontramos un mayor reconocimiento y aceptación de la intervención de la machi o sanador tradicional para abordar en forma conjunta a un paciente de origen mapuche.

B) La enfermedad mental vista desde la singularidad de una estructura psíquica

Esta manera de concebir la enfermedad mental considera que en las manifestaciones de una estructura psíquica intervienen elementos biológicos, culturales o simbólicos y la historia personal. La enfermedad no quedaría exclusivamente reducida a lo biológico o a lo psíquico, dejando de lado lo sociocultural; sino que este sería un factor presente en el contenido de la estructura psíquica de una persona que transita un momento histórico determinado. Se hace referencia a Freud y Lacan al tratar de relativizar los principios de normalidad y anormalidad, resaltando que la idea de salud y enfermedad mental es una cuestión de grados que depende de cómo reaccione una estructura psíquica frente a una pluralidad de factores. Ahora bien, si bien esta postura reconoce factores biológicos y culturales, al hacer tanto hincapié en cómo se manifiesta una estructura psíquica no se interesa por la complejidad de factores colectivos que inciden en la historia personal. Se insiste en comprender la singularidad de una estructura psíquica, en su particularidad: «un boliviano, un mapuche, un... lo que sea, uno ve los puntos donde la estructura se hace agua, y donde determinadas cuestiones fijan un traumatismo para esta estructura. Historia particular, y bueno! Venga de la cultura que venga.» Se entiende a lo cultural como el universo simbólico de un sujeto, en algunos casos estaría vinculado a la clase social como un factor más a tener en cuenta, pero sólo como contenido y no como un aspecto causal. Conocer o no ese bagaje cultural no es un requisito indispensable para comprender la problemática del paciente. Se da entonces por supuesto que existen categorías diagnósticas universales y procesos terapéuticos que el terapeuta utiliza para comprender y ayudar a la persona que lo consulta. Se trataría entonces de profesionales que se reconocen a sí mismos como expertos en un área específica de la medicina. El yo-terapeuta claramente se escinde entre lo que el piensa y cree como persona y lo que el debería pensar y hacer como terapeuta. En el encuentro con el paciente, el terapeuta como persona tiene una primera reacción que moviliza su propia socialización y su propio mundo sociocultural, sin embargo en la relación terapéutica él ha sido formado dentro de un saber académico, que es el que finalmente debería imponerse para encontrar respuestas en el proceso terapéutico. Es este mismo saber profesional el que genera la necesidad en el psicólogo de liberarse de la mayor cantidad de

prejuicios y de ver al paciente como alguien que asume riesgos.

Esto no significa que se descalifique a la medicina tradicional, sino que se diferencian sus ámbitos de acción y de que el individuo es libre en su decisión de optar por una u otra. Es claro que para el terapeuta el marco de creencias queda bajo la estrecha mirada de los principios científicos. Frente a alguien que cree que le han hecho un «daño» el terapeuta debe sondear si es una estructura psicótica o neurótica y descubrir hasta dónde ese cuerpo de creencias puede volverse en contra o dejar de acompañar a la persona para determinar los criterios de un diagnóstico.

C) La enfermedad mental vista como la pérdida de la salud

Desde esta perspectiva la enfermedad mental sería como cualquier otro tipo de enfermedad. Hay una clara distinción de lo patológico desde lo biológico que reúne tanto el aspecto mental como físico. Lo cultural se desvanece en categorías diagnósticas universales que permiten detectar la pérdida de salud de una persona. Lo biológico encuentra su fundamento en el avance del conocimiento científico, marcando una nueva etapa en la psiquiatría a partir de las investigaciones sobre plasticidad neuronal y el funcionamiento del cerebro. Sigue siendo uno de los tantos ejemplos de abordar la enfermedad desde el modelo médico hegemónico, confrontando abiertamente con el psicoanálisis.

La relación terapéutica es indiscutiblemente unidireccional, reduciéndola a *statu quo* psicofarmacológico que se renueva muchas veces sin necesidad de ver al paciente y evaluar su evolución. Aunque se reconozca que en algunos pacientes es necesario hacer un recorrido por su vida, la ahistoricidad en este tipo de discurso se manifiesta en restarle importancia a lo sociocultural. Creencias como el «daño» son consideradas como una «particularidad endémica» de la población local. La detección de esta particularidad y su diferenciación de lo que sería una psicosis depende del «ojo clínico» del psiquiatra y de su capacidad en la búsqueda del «fenómeno elemental patológico». Así lo manifiesta Raúl:

La psicosis, las esquizofrenias son iguales en todo el mundo. ... Un esquizofrénico en Tailandia va a tener la misma estructura fenomenológica y evolutiva que un esquizofrénico del barrio Norte de Buenos Aires. Y el porcentaje estadístico también. Es uno cada mil. [...] Después tenés distintas

enfermedades o distintos cuadros que ahí se mezcla la subjetividad y el ojo clínico y la capacidad de cada uno. Porque uno puede equivocarse y diagnosticar cosas que no lo son. [...]

Después tenés particularidades endémicas dentro del grupo poblacional. Ahí se mete mucho el concepto de «daño» o lo religioso. Mucha gente tiene incorporado el concepto de que alguien puede hacerle daño a alguien o a otra persona, un maleficio. Pero vos tenés que discernir muy fino si es psicótico o no. Porque ahí va la experiencia personal o el ojo clínico de cada uno. Es un peritaje que vos hacés. Los mapuches tienen su cultura. La cual yo desconozco en un 90 por ciento.

El paciente se convierte en un objeto de observación y el terapeuta en el sujeto cognoscente. Se trata de un yo-terapeuta que se diferencia de los anteriores por una visión egocéntrica de la realidad social, un «yo» que «cosifica» el sistema y con el que se negocia permanentemente para «salvarse» y no quedar afectado por ese todo social. Hay una ausencia total de una imagen reticular de la sociedad de un agente social que no se percibe a sí mismo como una parte más de la misma realidad que lo rodea, y que por esto mismo termina generando la reproducción del sistema que critica. Sin duda que el grado de individuación que tenga un profesional dentro de esta concepción genera tensiones y conflictos dentro del grupo del servicio y confronta al primer grupo de profesionales mencionados más arriba. Marca una clara antinomia entre lo individual y lo colectivo. ¿Cómo es posible que se articulen estos valores en una relación terapéutica con un profesional producto de una sociedad cada vez más individualista y un mapuche con un fuerte sentido comunitario? Dentro de este grupo se define a la propia práctica hospitalaria como: «paranoia latente»; «hacer lo que se puede dentro de ciertas situaciones inadecuadas»; «emergencia cotidiana», «Tenés todo un aparato que te obliga a prescribir psicofármacos», «uno es un empleado del estado», «hay cosas que no se pueden cambiar», «Estás en la trinchera», «tenés que negociar», «no hay espacio para la terapia y el diálogo». Aunque algunas de estas expresiones no son exclusivas de este último grupo sino de los tres –lo que muestra la situación laboral de los equipos de salud mental y permite entender el síndrome de desgaste profesional o burnout-; la negociación es una palabra constante en algunos y se manifiesta en una conciencia práctica, además de discursiva⁶, que nos permite comprender la práctica

hospitalaria. «Estar en la trinchera» puede tener muchas interpretaciones. Se puede hacer referencia a las tensiones individuales frente a las agresiones externas y al modo de protegerse para salir lo más ileso posible: es un estado temporario de fuerte tensión y de alto riesgo. Sin duda que el trabajo en salud no es nada fácil, pero no cabe duda que para otros estar en la trinchera puede ser el único lugar para constituirse en un agente de cambio social. Hay una tendencia egocéntrica de concebir al sistema como una «cosa» que coacciona a los profesionales. Esto distingue, por lo menos, dos «tipos ideales» de profesionales en el campo de la salud mental: por un lado, los que «cosifican» la estructura y apelan a la negociación y por otro los que frente a la coerción del sistema se autodefinen como actores sociales dispuestos a luchar y generar un cambio.⁷ Son estos últimos lo que se manifiestan a favor del diálogo intercultural entre la medicina científica y la tradicional.

3.1.) *El «yo-terapeuta» y el «nosotros-machi»*

Los límites y los obstáculos de las prácticas interculturales suelen ser reducidos a las diferencias entre las llamadas sociedades modernas y las tradicionales. Se insiste en que las primeras han profundizado, y de un modo cada vez más acelerado, el proceso de individuación: el yo se antepone al nosotros. Mientras que las sociedades tradicionales se prioriza el nosotros y se habla desde este último. «Yo pienso», «yo creo», «yo los escucho», «yo siento», «yo me identifico con...», «Yo no lo veo así», etc, son expresiones más que frecuentes en los psicólogos y psiquiatras entrevistados. En nuestras conversaciones con el grupo de medicina tradicional *Baweh-ko*⁸, la primera persona en plural se impone de un modo categórico: «Nosotros los mapuche». Nadie duda de que esto marca un fuerte sentido de pertenencia al grupo originario, sin embargo comprender este «nosotros» implica resaltar el contexto social, económico y político de reivindicaciones del pueblo mapuche, y la dimensión relacional sobre la que se reconstruye. En este caso, más allá de ser una característica de los pueblos originarios, el «nosotros» no puede comprenderse fuera de la trama de relaciones sociales que definen las fronteras étnicas con la sociedad dominante y capitalista: «ustedes saben que nuestra misión –como *machi* y mapuche– es totalmente distinta a la visión que ha dado la iglesia, los colegios, instituciones y toda la maquinaria que el Estado posee», afirma el *machi* Víctor Caniullan (2000: 123). Es

esencial resaltar que estas pocas palabras nos permiten no sólo entender la base relacional sobre la cuál los pueblos construyen sus identidades étnicas sino la desigualdad estructural que da forma y contenido a las relaciones étnicas. Estamos frente a un proceso de reconstrucción de un «nosotros» como una respuesta contestaria frente y en los diversos espacios sociales donde se pretende ejercer un poder hegemónico, pero también estamos presenciando las contradicciones del sistema capitalista no sólo en su relación con los pueblos originarios sino dentro de sus propias relaciones intragrupalas. Los cuestionamientos a la medicina hegemónica no sólo vienen desde fuera sino desde dentro.

En nuestro intento de «objetivar al sujeto objetivante» en psicología y psiquiatría para comparar la diversidad de modos de concebir la salud y la enfermedad mental, debemos resaltar que el «yo-terapeuta» se redefine a sí mismo desde la experiencia social de la práctica hospitalaria vista como un servicio comunitario, que a su vez lo confronta en su proceso de autodefinición, asumiendo diferentes grados de compromiso social. En este sentido, el «yo-terapeuta» también se define en términos relacionales, específicamente políticos e ideológicos, ya sea adoptando una posición de tolerancia y solidaridad con lo diversos grupos subordinados y su bagaje cultural; ya sea reconociendo parcialmente que existen otras maneras de pensar y de actuar. Esto no significa que le quiten legitimidad al conocimiento científico representado por la psicología y la psiquiatría, más bien se trata de reflexionar sobre sus pretensiones de validez universal y, por lo tanto, de verdad absoluta, y de re-posicionarse de algún modo frente a las prácticas de la medicina tradicional.

Cuando le preguntamos a nuestros entrevistados si aceptarían la intervención de un *machi*, respondieron afirmativamente, argumentando que «de hecho» existiría una práctica intercultural entre la medicina popular y la occidental. Ahora bien, es necesario aclarar que existe una confusión general de identificar al *machi* con un curandero: «Mientras no haya interferencia en las responsabilidades, bienvenidos sean... Muchos vienen postcurandero, la mayoría [...] No te lo dicen. Te lo dicen cuando están bien. Cuando agarraron confianza. Pero vos sabés que trabajás en equipo con el curandero...» No se tiene en claro la distinción entre medicina tradicional y popular, más allá de la vinculación entre ambas, se sigue definiendo a partir de dicotomías antagónicas (medicina popular/medicina científica) o com-

plementarias dependiendo de cuánto afecte al proceso terapéutico del modelo hegemónico.

Para finalizar, tenemos que destacar que el marco teórico predominante es el psicoanálisis, influenciado por la formación universitaria. Esta postura nos provoca toda una serie de interrogantes. Primero, si bien todos afirman que tienen en cuenta el aspecto cultural, en la práctica concreta, estos terapeutas se encuentran muchas veces con demandas que tienen que resolver de forma inmediata. En esta línea surgen dudas en cuánto a la articulación de la técnica psicoanalítica (asociación libre de parte del paciente, interpretación y secreto profesional de parte del analista) y las posibilidades que tienen estos terapeutas de incursionar en el plano cultural, muchas veces utilizando el concepto de cultura cuando en realidad se trata de cuestiones sociales, económicas y políticas que generan un modo de vida particular. En este caso, la causal es completamente diferente. Segundo, siendo el psicoanálisis una técnica de aplicación que implica tiempos estipulados para poder trabajar con el paciente, por ejemplo sesiones de 45 a 50 min. Nos preguntamos cómo es posible aplicarla en el ámbito público, con consultorios reducidos, espacios físicos escasos e inadecuados a la práctica, con una *judicialización* de la mayoría de los casos, con políticas de salud poco claras que por su propia desidia tienden a minusvalorar a la salud mental mientras que al mismo tiempo *psiquiatrizan* problemas cuyas causas obedecen a situaciones económicas, políticas y sociales de exclusión. Así práctica y teoría se distancian radicalmente. Poder reconocer esto ante poblaciones históricamente relegadas por el Estado y por la sociedad hegemónica, implica un replanteo teórico-científico a favor de una práctica que bajo las condiciones antes señalada lleve a los pacientes a sentirse *comprendidos* (al decir de Jaspers) y aliviados en su sufrimiento.

Otra realidad no ha dejado de sorprendernos en nuestra investigación, realidad que por cierto la propia experiencia nos ha permitido también comprobar y es lo que podríamos llamar como una cierta «*psicologización*» del discurso del paciente que, por supuesto, no escapa a la costumbre social, cada vez más generalizada, de recurrir a la terminología técnica «*psi*» en la vida cotidiana. Hasta ahora los pacientes que colaboran con nuestro trabajo, al ser entrevistados no recurren a las concepciones culturales tradicionales acerca de su enfermedad sino que adoptan para la explicación de lo que les sucede una terminología netamente psicológica y psiquiátrica. Nos preguntamos ¿cómo

reinterpreta el paciente el diagnóstico «casi sentencia-do» dado por el terapeuta y qué efecto ejerce en su recuperación? Saber de su sufrimiento es lo que motiva muchas veces la consulta, la valoración que el terapeuta realice, le debería permitir decidir hasta dónde comunicar el diagnóstico, que terminología utilizar y aun de que manera intervenir sin generar mayor angustia o sufrimiento. Aquí se corre el riesgo, a diferencia de lo antes expuesto, de que la teoría tiña la práctica. La interpretación o la explicación de lo que le está sucediendo al paciente lo introducen en un discurso desconocido, dando una variedad de respuestas a su problemática. En este sentido el modelo de interpretación del terapeuta puede generar conflicto, complementar o yuxtaponerse al modelo de la medicina tradicional mapuche. Sin duda que este discurso desconocido, también genera sentimientos y emociones que pueden ser desconocidos, adoptando una diversidad de formas que van de la aceptación del diagnóstico «sin ser entendido», pero que genera alivio al poder darle forma a lo que le sucede hasta generar situaciones de angustia al no encontrar comprensión en el terapeuta.⁹

Notas

¹ Término utilizado por nuestros interlocutores.

² Díaz Mujica et.al (op. cit) menciona a las *weda newen*, energías negativas manejadas por los kalku; los *weda püllü*, espíritus negativos como animales deformados, pájaro que canta a medianoche, etc. y los *weda kürüf*, encuentros con espíritus negativos, como los *meülen* o remolinos de viento.

³ Para Wille Arrue y Beatriz Kalinsky, éste es un elemento propio de la medicina popular, afirman que para los mapuche «la enfermedad es el producto del «daño», y éste «es producto de la envidia que genera una persona en otra, quien recurre a los servicios de un brujo capacitado...» (1991: 34).

⁴ Estudios recientes en Chile, mencionan los actuales actores sociales reconocidos por los mapuche en su sistema etnomédico. Ellos son: el o la *machi*, «única persona autorizada para establecer un puente directo con los espíritus creadores y los ngen (espíritus protectores), según Aukanaw; el o la *Lawenche*, conocedor de las hierbas medicinales; el *Ngütamchefe*, compo-nedor de huesos y el *Püñeñelchefe*, especialista en maternidad y en el nacimiento de niños (Marileo, 2002).

⁵ En relación a esto último nos basamos en el trabajo de Michel Foucault, *Enfermedad mental y personalidad*, citado en bibliografía.

⁶ Véase la distinción de Giddens sobre conciencia práctica y conciencia discursiva.

⁷ Claro que existen formas intermedias, en muchos casos condicionadas por la trayectoria social del profesional.

⁸ Véase García Vázquez y Saal, 2007.

⁹ Para ampliar el tema hasta aquí considerado ver Karl Jaspers etc.

Bibliografía

ARRÚE, W y KALINSKY, B.; 1991, *De « la médica» y el terapeuta*, Centro editor de América Latina, Bs. As.

CATRILEO, María, 1998, *Diccionario Lingüístico-etnográfico de la lengua mapuche*, Andrés Bello, Santiago de Chile.

CANIULLAN, Víctor; 2000, «El mundo mapuche y su medicina», en, VVAA, *Acercamientos metodológicos hacia pueblos indígenas*, Universidad Católica de Temuco, pp. 123-140.

ERIZE, Esteban; 1989, *Mapuche*, tomos 1, 2, 3 y 6, Yapun, Bs. As.

FARON, L. C. (1997). *Antüpañamko*. Santiago de Chile: Ediciones Mundo.

FOERSTER, R. G. (1993). *Introducción a la Religiosidad Mapuche*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

FOUCAULT, Michel; 2003, *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Bs. As.

GARCÍA VÁZQUEZ, C. y SAAL, A.; 2007, «Transculturalidad y enfermedad mental: los mapuche en Neuquén», *Revista de la Facultad*, n° 13, Fac. de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nac. Del Comahue, Roca.

LAIN ENTRALGO, P. ;1978/1989, *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat.

LAPLANTINE, F.; 1999, *Antropología de la enfermedad*, Ediciones del Sol, Bs. As.

LÉVI-STRAUSS, Claude; 1997, *Antropología estructural*, Barcelona, Altaya.

PÉREZ DE NUCCI, A.; 1988, *La medicina tradicional del noroeste argentino*, Bs. As Ediciones del sol.

PÉREZ SALES, Pau; 2004, *Psicología y psiquiatría transcultural*, Bilbao, Descleé Brouwer.

PÉREZ TAMAYO, R.; 1988, *El Concepto de Enfermedad. Su evolución a través de la historia. Tomo I*, México, Fondo de Cultura Económica.