

Depresión cultural: antropología de la depresión femenina en la Galicia rural

RESUMEN: Se realiza una aproximación antropológica de la Depresión como estrategia en un determinado segmento cultural de mujeres campesinas gallegas. Los discursos de estas paciente son interpretados como conductas; y, al dejar que se construyan como autoras de su propia historia clínica, se accede a otra racionalidad.

PALABRAS CLAVE: Antropología aplicada. Narrativas. Duelos. Depresiones. Ruralidad.

SUMMARY: An anthropological approach towards Depression as an strategy has been developed in a certain cultural sector of peasant galician women. These patients discourses are interpreted as behaviours and by allowing them to build themselves up the authors of their own case-history, a different kind of rationality is achieved.

KEY WORDS: Applied anthropology. Narratives. Bereavements. Depressions. Rurality.

En nuestro medio, son los médicos quienes emplean más el término *nervios*, mientras que los usuarios prefieren utilizar el vocablo *depresión*. Si quienes me leen no trabajan el sector sanitario gallego o, aunque lo hagan, si no se paran a reflexionar, pensarán que me acabo de equivocar y que en realidad pretendía decir lo contrario. Ese era nuestro planteamiento antes de comenzar una pequeña investigación sobre el constructo *nervios*.

Partíamos de la hipótesis de que *nervios* era una herramienta popular. Resultó que quienes más la usaban eran precisamente los médicos, para nominar síndromes, enfermedades o síntomas que los usuarios les traían a la consulta y en los cuales todas las exploraciones biomédicas eran normales. Algo semejante nos ocurrió con la utilización del término *depresión*. Aunque es una construcción ajena a la medicina popular tradicional gallega tal como, magistralmente, ha demostrado Rodríguez López (1), rápidamente fue incorporada, popularizada, domesticada, incluso galleguizada. Ha pasado al lenguaje popular y cumple una función muy importante. Más o menos, es lo mismo que ocurre con otras expresiones originalmente médico-técnicas como pueden ser la enfermedad de Parkinson, la epilepsia o el reumatismo. A nivel profesional ya estamos superando el concepto unitario de tales constructos y comienzan a ser cuestionados, siendo probable su desaparición en los próximos años tal como ya ha ocurrido con la última de ellas. Pero los usuarios siguen necesiéndolos.

El continuo trasvase entre medicina oficial-medicina popular, que en muchas ocasiones dificulta la diferenciación, es similar y comparable al que se observa entre religión oficial-religión popular. Una «contamina» a la otra y viceversa. De todas maneras, en el aspecto concreto que ahora nos ocupa necesitamos destacar que el campo semántico del término *depresión* es mucho más reducido que el del término *nervios*. Estamos pasando de lo comunitario a lo individual; de ahí, que se comience a singularizar.

Con calma, vamos a ir aproximándonos al complejo problema de los trastornos psíquicos en lo rural gallego. Más concretamente, en contextos rurales agrarios poco desarrollados. Es en uno de estos contextos donde, como mínimo un día por semana, trabajo como psiquiatra del sector público.

Allí me encuentro aún con «reliquias» expresivas; escucho palabras-emoción, palabras-sensación, palabras-sentimiento, etc. En vez de tristeza o de depresión, todavía, muchos nos dicen que tienen «pena» y no es infrecuente que se lleven simultáneamente la mano derecha al pecho para señalarnos dónde se localiza o corporaliza preferentemente esa pena, ese pesar. Este y otros muchos gestos percibidos en esos encuentros terapéuticos me permiten cuestionar, por ejemplo, a Tousignant y Habimana (2), para quienes esto de que el cuerpo sea el centro del discurso de la emoción es típico de las sociedades no occidentales. Desde esta periferia atlántica ya estamos muy acostumbrados a que la cultura dominante no nos considere occidentales.

También, sin quererlo, estos aldeanos nos recuerdan a Mendelson (3) cuando nos señala cómo los términos amor, odio, felicidad y vulnerabilidad, siendo aspectos básicos de la vida humana, pasan al lenguaje clínico, en apariencia aséptico, recibiendo entonces otros nombres, como dependencia o narcisismo, pero sin conseguir desprenderse de la gran carga de valores que encierran.

Mujeres equilibristas

En la clínica, y desde el rol que los antropólogos llamarían de observador participante, detecto que en los últimos años aparece un nuevo grupo de riesgo: mujeres de mediana edad residentes en zonas agrícola-ganaderas. Interpreto que se deprimen más que antes porque su rol actual está menos definido. Forman parte de una sociedad sometida a un rápido proceso de cambio. Se está pasando, en estos medios, del tradicional concepto de *casa*, que incluía familia extensa, tierras, animales, rituales, obligaciones, derechos, etc., al de *empresa*. Este cambio, como todos, provoca reajustes y, como siempre, se van a resentir más aquellos grupos o individuos que tienen menos poder.

Asistimos a nuevas estrategias que se ponen en marcha tanto a nivel del marco doméstico como del comunitario. Tenemos la impresión de que, a menudo, deprimirse es la única salida, o quizá la más económica. Aunque el caso clínico que presentamos al final corresponde al grupo de las que se quedaron, la mayoría de estas mujeres se vieron obligadas a emigrar de recién casadas; casi eran adolescentes. Allí, en Suiza, en Alemania o en Holanda, se sentían importantes y valoradas porque ganaban casi tanto como sus maridos. Su única pena era que a los dos o tres meses de dar a luz en Galicia tenían que volver a su trabajo europeo y

dejar que fuesen la suegra o la madre quienes criasen y socializasen a sus hijos. A pesar de todo, la separación era menos dolorosa porque en realidad era la *casa* quien realizaba esta función, quien las substituía.

Con los ahorros construyeron una casa nueva, modernizaron el establo o compraron un puesto de trabajo para el hombre; nunca pensaron en su futuro laboral. Tal vez pensaban que había de ser la *casa* la que iba a solucionar ese problema. Su ansia por poder «dar estudios» a los hijos y verlos crecer ya adolescentes «sin que les faltase de nada», pudo asimismo influir en que se olvidaran del resto. Si emigrar les obligó a un profundo cambio, a un complejo proceso adaptativo, el retorno migratorio les obliga a otro. Tanto los roles instrumentales como los afectivos han de sufrir, además de mutaciones, disociaciones. Es necesario preservar la identidad. De ahí que los primeros investigadores que estudian los trastornos psíquicos de la emigración gallega a Centroeuropa (4) describan cuadros psicopatológicos que apuntan hacia una pérdida de identidad.

Mientras ellas han permanecido fuera, su aldea, su parroquia, su municipio, su comarca, es decir, su entorno, han estado sometidos a un profundo cambio. Las remesas de ahorros en divisas que mensual y regularmente enviaban no son ajenas al mismo. La tierra pierde fuerza como referente identitario. Asistimos al paso de una identidad local a otra de tipo personal. Necesariamente la subjetividad tiene que reconstruirse, mejor dicho, tiene que construirse porque antes era el grupo quien identificaba. Al regresar ya no le preguntan, ¿de qué casa eres?, sino, ¿tú quién eres? Ser alguien es, por ejemplo, tener unos buenos signos externos de riqueza, o hablar castellano como los «señoritos» (los médicos incluidos). Por eso, aquellos que triunfaban en la emigración a ultramar volvían a su aldea con un ostentoso automóvil, cargados de oro (anillos, cadenas), vestidos y calzados de otra manera (telas y calzados blancos). Lo mismo ocurría con el gran transistor y las gafas de sol de los primeros emigrantes a Europa.

Resaltando un poco más las piruetas, los equilibrios que tienen que realizar estas mujeres, para no caerse, para no descarrilar, tendríamos muy de pasada que introducir el tema del espacio. Las sensaciones, los sentimientos y muchas conductas se organizan en torno al mismo. En la emigración, por la situación marginal de los inmigrantes apenas había diferenciación entre espacios de masculinidad y de feminidad. El ocio era compartido en pareja y con otros emigrantes. Ambos cónyuges trabajaban fuera del «piso»: siempre distinguen en sus discursos el piso de Zurich como lugar de anonimato donde apenas conocían al vecino de al lado, de la «casa» aldeana como referente de identidad familiar. Volver significa reencontrarse con la acusada diferenciación de espacios en función del sexo. El bar, la cantina del pueblo, es un espacio de masculinidad. También lo es la peluquería e incluso en la iglesia los hombres se quedan detrás de las mujeres. Emigraron en la adolescencia, cuando con sus pares iniciaban la ruptura compartiendo algunas

conductas con el otro sexo en las modernas discotecas. Pero llevan la impronta de ver lo que hacían su madre y su abuela. El hombre al retornar encuentra «sus espacios» fuera del hogar rápidamente y mucho más fácil si tiene trabajo. A ellas les va a ser difícil. Parecen refugiarse de entrada en una casa que han construido con sus ahorros, al lado de la vieja casa familiar. La decoración (tapices, etc.) y el colorido señalan tópicos del país donde han estado. Sistemáticamente destina una habitación a salita... En ella pretende fumar unos cigarrillos cada día: en Suiza fumaban todas, igual que las «señoras», delante de sus asustados maridos. En su nueva casa ha de esconderse de la mirada-censura de los padres o suegros. Su madre y su abuela además de criar a los hijos y de hacer la comida trabajaban manualmente en la agricultura tanto como sus maridos. Las equilibristas, aunque lo desearan, muy pocas podrán hacerlo. Al modernizar y mecanizar la explotación agraria sobra mano de obra y la estructura social tiende a recluirla en casa.

Incluso se calcan modelos urbanos y aparecen en su pueblo asociaciones de amas de casa que suelen ser dóciles instrumentos del poder político para impartir esperpénticos cursos de formación profesional (joyería, antigüedades, encuadernación, manualidades) con los que se pagan clases y dietas a determinados amigos. Todo esto algo tendrá que ver como mínimo con la forma de deprimirse. En el medio del que escribimos apenas existen o no tienen vida las asociaciones de vecinos. Sí la tienen, en cambio, las de *cazadores* y las de *amas de casa*. Ellos se irán alcoholizando y ellas deprimiéndose.

Estas mujeres, que, medidas con parámetros de modernidad, nunca han podido viajar como ocio, ni disfrutar de unas vacaciones, aún van a sufrir otro atentado. Desde Europa les dicen a quienes administran sus impuestos que se debe promocionar en la zona el turismo rural. Es otra manera más sutil de señalarlas como diferentes, como inferiores. Por eso luchan desafortadamente para que sus hijos no se queden a vivir de la tierra; de esa tierra que las esclavizó. Como mucho, no les parecería mal que algún día viniesen triunfantes a hacer turismo rural en las tierras de sus abuelos. No es infrecuente que una de las primeras razones con las que quieren explicarnos su depresión sea el fracaso escolar de los hijos ya en 7.º o 8.º de EGB, o el rechazo a ir a la Universidad si dan terminado el BUP. Se preguntan para qué se sacrificaron y qué hicieron mal.

Mujeres rurales

Las utópicas declaraciones de la OMS marcando como objetivo «Salud para todos en el año 2000», que criticamos hace ya muchos años (5), resultan cada vez más insultantes para los que trabajamos con demandas rurales. Pensamos que la salud mental de estos usuarios empeora, al tiempo que se modifica la forma y el

lugar de expresar la queja. Tenemos ya que trabajar con lo que Gayral (6) llama psicopatología del acontecimiento. Una parte significativa de las demandas acuden a las Urgencias de los hospitales generales. No obstante, el pasado sigue estando presente. La continua presencia de la naturaleza y del mundo animal producen referentes ecológicos para síntomas, metáforas e interpretaciones. *Depresión* como diagnóstico popular tiene poco en común con el término oficial. Si en la primavera brotan los árboles y las plantas, todo florece y la mayoría de los animales cambian el pelaje, no debe de sorprendernos que esta aldeana que incorporó ya algunas conductas europeas, siga siendo muy periférica respecto la cultura dominante y nos pida vitaminas en esta época del año. Aunque utilice el vocablo depresión, lo tiene que engarzar con el resto de su cosmovisión. Cree que su sangre también se renueva en esta época del año y justo cuando se está produciendo este cambio su organismo es muy vulnerable. De ahí la racionalidad de su demanda de vitaminas (aunque ya no entren en el Seguro) para ella y sus vástagos. Pretende fortalecer esa «sangre» para evitar que le venga, que le entre desde el exterior, una depresión. Tardamos un tiempo en darnos cuenta de la metáfora; esa sangre era linaje.

Cuadros patológicos de la taxonomía popular como «aires», «paletillas caídas» «estómagos caídos», «anemias», cuyo nombre coloquial no puede pronunciar delante de su médico, son integrados en el término «culto» de las depresiones. No hace muchos días una usuaria nos pedía nuestro docto parecer acerca de si debería acudir al reconocimiento médico-tecnológico de una campaña para prevenir cáncer de mama. La experiencia (y también los sistémicos) me aconsejó seguir preguntando antes de responder. Razonaba que si iba y le daban después fármacos, como les ocurriera a algunas vecinas, corría riesgo de que su cáncer despertase... Pensaba que el cáncer lo tenemos todos dentro, pero dormido..., y diversos estímulos pueden despertarlo...

En una de sus últimas aportaciones Cabaleiro Goás (7), de forma apasionada, pero rotunda, defiende una clínica antropológica. Concretamente lo que él llama «relato de su vida desde dentro», «autobiografía». Se está adelantando muchos años a la moderna Narratología. Ocurre al contrario con muchos de los que nos presentan esta metodología y se olvidan de la historia, de Zubiri, de Ortega, etc. Como veremos dentro de un momento, las depresiones de estas mujeres gallegas son suyas, están humanizadas y quedan lejos del reduccionista concepto biomédico de depresión que mantienen no pocos técnicos.

Ya estábamos familiarizados con las «depresiones» o mejor dicho con los duelos de las viejas y viejos rurales que se veían forzados a jubilarse (colonización), es decir, a dejar de figurar como productores de leche, para poder cobrar *su pensión*. Empatizábamos con esas reacciones depresivas que ellos relacionan con un hito biográfico: «los hijos me sacaron las vacas de casa». Sin embargo, cuando

comenzamos a conversar terapéuticamente con estas mujeres no entendíamos sus razones. Participábamos ya del mito popular, de que «no tiene motivos», «no le falta de nada»... Al ir haciendo biografías, al ir dejándolas que se fuesen construyendo y dándole sentido y significado a su malestar, nos fuimos dando cuenta de lo complejo y profundo que era su mal. Eran depresiones lamento... Incluso parece que se escucha el tiempo. Todo se dota de sonoridad. Surge el pasado cargado de simbolismo; se comprende el presente; pero parece que no existe futuro. Como diría Arfuch (8), la narración es la que da sentido a los hechos que de otro modo «serían sólo señales en el calendario». Componen un personaje abierto a sucesivas actualizaciones.

Al aplicar los manuales diagnósticos universales (CIE 10, DSM IV) al cuadro clínico de estas mujeres, tendríamos que etiquetarlo de «atípico». Nos conecta esto con aquellos autores que explican la somatización como un artefacto generado por la inmensa brecha cultural que existe entre el diagnosticador y el diagnosticado.

Esa transformación de la *casa* en *empresa* donde ya se va a imponer la racionalidad capitalista destruye el equilibrio cultural tradicional. Cuando en la narratología de la depresión de una de estas mujeres escuchamos frases tales como «non son ninguén... todo o mundo é alguén», nos está planteando un problema de identidad.

Mujeres «malas» enfermas

Este atipismo sintomatológico ha llevado a algunos colegas a considerarlas «malas pacientes» por no ajustarse al manual. Cuando era moza, si esta mujer se deprimía lo hacía con otra patoplastia. Entonces, aunque se considerase pobre, nunca se preguntaba quién era. Con decirse de qué casa era y en qué parroquia vivía ya le bastaba. No necesitaba D. N. I. Ahora, además de éste y de la «cartilla del Seguro» también tiene un NIF. Nos los mostrará en el primer contacto. Necesita enseñar papeles oficiales para decirnos y decirse quién es. Al deprimirse ya no es nadie; el cambio es profundísimo. Cuando se casó se fue a vivir a la casa de su marido porque éste era un «millorado» (heredero de casi todas las tierras de esa casa). Al nacer los primeros hijos, con el marido pensaba en cuál de ellos sería a su vez el mejorado (por el hecho de serlo tenía que cuidar a los padres). Aún disponía de esa arma estratégica para mantener el poder y la casa. Actualmente, por lo que fue viendo en sus vecinos, ya no dispone de esa posibilidad porque ninguno de los hijos quiere quedarse con la casa. La rivalidad con la nuera tendrá que solventarse en otros terrenos.

De los estudios transculturales de la OMS, Girolamo (9) nos muestra claramente cómo los japoneses, los canadienses, los iraníes y los suizos presentan dis-

tinta calidad de síntomas cuando se deprimen. Desde la Antropología y desde la Psiquiatría Social vemos esto coherente. También lo acepta la Psiquiatría Biológica siempre que no se trate de un reduccionismo que, con palabras de Mendlewicz, «no vea en el espíritu humano más que un aparato específicamente programado» (10). Desde esta visión pluralista y humanista, se comprende bien que las diferencias en las ideas suicidarias y en los sentimientos de culpa eran muy notables entre los países citados. Lo mismo ocurría con las somatizaciones. En Galicia también observamos importantes diferencias aunque utilicemos escalas americanas: solamente va a depender de quién, cómo y para qué haga las preguntas. Damos por sentado que en la clínica distintas miradas y escuchas de distintos terapeutas producen también diferentes historias clínicas. Incluso, sobre todo en casos de patología neurótica o depresiva menor, se generan distintos diagnósticos. No obstante, a estos mismos clínicos nos cuesta aceptar la existencia de un fino filtro cultural que va a dejar pasar un tipo de síntomas y detener otros. Es lo que nos venía a decir Hall (11) al señalarnos que «personas de culturas diferentes viven en mundos sensoriales distintos. Un país como el nuestro, donde buena parte de la generación que hoy ronda los cincuenta años pasó hambre, forzosamente interpretará el exceso de peso de forma peculiar. Las hijas, en cambio, ya valorizarán un cuerpo estilizado. Las anemias eran lo que preocupaban a nuestros actuales viejos; si les hacemos relatar los síntomas que sufrían, hoy las etiquetaríamos de depresiones. Cuando la nieta que ya estudia en la Universidad se pone a dieta porque se acerca el verano, la madre interpretará que adelgaza porque los exámenes de fin de curso ocasionan mucho gasto y desgaste cerebral. Si el síntoma es más bien de tipo sónico (tinte amarillento de la piel, orinas oscuras), la respuesta se unifica. Hija, madre y abuela pueden hacer diferentes interpretaciones, pero la modernidad y la tecnología médica se imponen, y todos aceptarán que sufre una hepatitis. De dónde vino es otro cantar; pero nadie duda los pasos a seguir. Al contrario, si una de las numerosas Sandras, Vanesas o Estefanías de procedencia rural está delgada, perdió peso, y se le fueron esos sonrosados colores que tanto le gustan a la abuela y nada a ella por delatarla como aldeana, el conflicto es inevitable. La madre ya no sabrá hacia dónde inclinarse; para la abuela es enfermedad, para la nieta es salud.

Mujeres que cuentan historias de su malestar

Con los datos y quejas que nos traen podemos construir un síntoma y buscarle nosotros, técnicos, el significado. Pero también podemos dejarlas que se vayan construyendo. Campos semánticos, narrativas, actor, sujeto social, constituyen el núcleo de este trabajo. Si nos mantenemos en la rigidez clínica universal-

zadora hablaremos de depresión. Si facilitamos que se vayan haciendo, si propiciamos, siguiendo a Kleinman (12), las Narrativas del Malestar, ya etiquetaremos duelos, ya tendremos que salirnos de los manuales (por sobrepasar los seis meses) o poner muchas etiquetas V (DSM-III-R). Si nos radicalizamos un poco más, ya no pondremos etiquetas e intentaremos devolver a la comunidad lo que en ella se generó. Porque al final nos damos cuenta de que estamos hablando de un extracto social concreto. Del *disease* volvemos al *illness* y al *sickness*; deshacemos determinadas psiquiatrizaciones.

Ese «desánimo», esa «pena», ese «apartarse del mundo», puede remitirnos a todo un universo cultural de significados. Quejas de aquellos que sufren pueden ser convertidas en síntomas; todo depende de la racionalidad con la que las analicemos. Es fácil adscribirse a un modelo causalista, etiológico y poco productivo: entre otros aspectos, porque tapa la condición metafórica y polisémica del discurso del paciente o informante. Los discursos también son conductas, dato que no siempre parece contemplar Kleinman. Los discursos de enfermedad son interacciones sociales; la enfermedad permite negociar determinados privilegios. Los continuos avances tecnológicos permiten a la Medicina pensar que la observación (la mirada humana amplificada con instrumentales) acaba con la escucha.

La hendidura cultural a la que hace poco aludíamos ayuda a esta utopía. ¿Cuándo un cambio en el estado de ánimo deja de ser normal para convertirse en patología? Clase social, edad, profesión, cultura e incluso la subjetividad individual van a definir aquello que los manuales necesitan universalizar. La «Ciencia» necesita generalizar para estudiar. De ahí que sea necesario construir *depresión* en abstracto aunque en cada nueva revisión de los manuales se introduzcan cambios. Méndez (13) critica muy bien el concepto de *Galicía total* que los libros de Lisón Tolosana nos quieren hacer ver. El fino análisis de esta antropóloga en el caso concreto de unas mujeres rurales gallegas, sirve de guía a buena parte de lo que aquí decimos. Además de la diversidad del mundo gallego, la autora destaca la tendencia rural a negar los conflictos genéricos. Desde nuestro rol de técnicos en salud mental escuchamos trozos de un grupo concreto de mujeres. Pequeño microcosmos desde el que pretendemos ir algo más lejos. Ya tendríamos que hablar de «Saludes Mentales» en vez de generalizar. La autora antes citada, hace pocos años recogía en un medio muy semejante al que nosotros trabajamos, cómo en los velatorios y en los rituales de los entierros a las mujeres se les permiten gritos, «pequeñas crisis nerviosas», lloros, y en general actitudes corporales más marcadas que a los hombres. Destaca cómo las más jóvenes ya están más tranquilas y con una actitud más «neutra». La modernidad exige limitar esos excesos emotivos que serán etiquetados de «atraso», de «falta de cultura», de costumbres «antiguas» que conviene ir abandonando. De ahí, que la «domesticación» de las emociones, la

colonización de las mismas, no es algo que tengamos que atribuir exclusivamente al sistema sanitario. Es algo coherente con el cambio que se está produciendo en otros niveles, y por eso señalábamos al empezar cómo el concepto de *depresión* ya es más popular que técnico. Remarcan los antropólogos la desaparición o como mínimo la suavización de los duelos, de los gemidos y lloros en público, de la riqueza simbólica del mundo de la muerte en la sociedad tradicional gallega. Cada año se inauguran nuevos tanatorios e, incluso, hornos crematorios. El dolor por la pérdida de un miembro de la casa deja de ser un asunto público, comunitario, y deber ser substituido por un penar solitario y en un espacio de anonimato. Es el mismo cambio que desde la clínica percibimos con el término depresión. Los antiguos conceptos de «anemias», «aires», «paletillas caídas», incluso algún «mal de ojo» o algún «meigallo», están desapareciendo, y con facilidad caemos en la trampa comparativa de decir que ese campo lo asumió la depresión. El hecho de que sea imposible cobrar una pensión de invalidez o una simple baja laboral por un «mal de ojo» algo tendrá que ver.

Ahora bien, al trabajar con *narrativas*, al intentar recuperar la escucha sin corsés rígidos, nos permite percibir que en el cajón de las depresiones se han metido los *duelos*.

Mujeres que «perdieron» su rol

La pérdida que produjo este duelo no es tan visible como nos parecía a primera vista. Las narrativas les permiten a ellas darse cuenta de lo que perdieron; al relatar se van «construyendo». En el relato global a nosotros nos resulta más fácil percibir cómo en no pocos casos lo perdido ha sido el rol social. Cuando trabajaban en Suiza, Alemania, Francia u Holanda, y en las vacaciones del mes de agosto acudían a las ferias y fiestas de su comarca natal, actuaban como motor de cambio. Caminaban al lado del marido (en vez de unos pasos retrasada como antaño), manejan su propio dinero, entraban en bares, fumaban en público e, incluso, se «metían en conversaciones de hombres». Creían que habían superado las diferencias del género. Pero, en cuanto cruzan la frontera para el retorno definitivo se va a producir un corte brusco. El hombre vuelve a recuperar sus privilegios. Casi ninguna tendrá trabajo. Transcurrido el primer año comienzan a quejarse, a presentar síntomas, a ir de médicos... Del aburrimiento pasan a la tristeza y desde ésta es fácil construir una depresión. El entorno les pregunta: «¿pero qué te pasa?, ¿No tienes falta de nada!». En medio de los psicofármacos, si alguien se para a escucharlas dirán: «allá, yo estaba mejor...». Otra de las salidas es que comience a beber.

Si fue de las que se quedó aquí se aferró a la tierra; era parte de una *casa*.

Tal como ya dijimos, al cambiar el sistema de producción las máquinas realizarán parte de su trabajo. La casa actual ya se parece cada vez más a un piso urbano en el que la irán recluyendo. Se ha ido imponiendo otra lógica, otra racionalidad.

A ambas no les queda otra salida digna que buscar trabajo, pero, ¿dónde? Comienzan a preguntarles la edad, para todo. Antes la edad solo les interesaba para saber cuando tendrían derecho a cobrar «una paguiña por vieja». Ahora en las oficinas del INEM no hacen más que preguntarles los años y la «profesión». Cuentan que cuando nuestro ilustre e ilustrado médico Novoa Santos oposita desde Santiago a la Cátedra de Patología General de la Universidad Central (Madrid), en el ejercicio práctico se olvidó de preguntar la edad de la paciente. Su rival, andaluz, quiso ponerlo en evidencia; D. Roberto, como buen clínico, tenía grandes recursos y sabiendo que la paciente era gallega salió airoso con esta respuesta: «bien se nota que mi oponente no ejerce en Galicia, los gallegos nunca sabemos la edad que tenemos». La anécdota que recoge García-Sabell (14) refleja una realidad social. No necesitaban saber los años concretos; a los hombres les bastaba con saber de qué «quinta» eran, las mujeres ni eso. Casa y parroquia le daban la identidad necesaria. Con el cambio, el *tiempo* comienza a ser necesario. Antes era un ciclo temporal agrícola. Era la Naturaleza la que imponía que en unas épocas se durmiese más horas que en otras; el concepto de insomnio era algo distinto. Actualmente cualquier aprendiz de psiquiatra o de psicólogo pregunta ya en la primera entrevista cómo se duerme y cómo se come. En la depresión se agotaría el tiempo de espera y la comida pierde gusto. Ambas categorías estaban ritualizadas de otra manera en la sociedad tradicional. A estas mujeres se les exige ahora que piensen de forma urbana. En la ciudad la persona es individuo. El grupo es pensado como agregado de segundo orden y, como tal, perfectamente separable y sustituible. En la aldea la persona sólo tiene sentido dentro del grupo, dentro de la *casa*. En no pocos casos, los duelos de muchas de estas mujeres que etiquetamos de depresión parecen, más bien, un intento de soldar algo que se está rompiendo.

Cierto que la edad es un dato; pero aún dentro de los elementos más jóvenes de la Comunidad nos encontramos con individuos en los que el subsistema simbólico del pasado consiguió sobrevivir a los avatares del cambio. El potencial recuperador de las actitudes tradicionales se percibe mejor en los momentos de crisis. Es entonces cuando descubrimos el potencial terapéutico del ritual, las sutilezas de las terapias populares. En este sentido, por ejemplo, para nosotros la palabra es un apéndice a nuestro servicio. Para las culturas no urbanas las personas son apéndices de las palabras, de suerte que una vez pronunciadas cobran autonomía para beneficiar o destruir. El pánico con el que se acoge una maldición en la cultura tradicional llega para demostrar lo que estamos señalando.

Mujeres gallegas

El estudio de la OMS que comentábamos antes subraya significativas variaciones sintomatológicas de tipo cultural. Es necesario añadir el tema de las subculturas, de segmentos culturales e incluso de las diversas culturas que cada uno llevamos dentro según el momento histórico, el contexto, etc. Recordemos una vez más que el mundo humano es un mundo *construido*, en el cual nada se da en sí mismo sino que todo esta mediatizado, dotado de significación y de sentido.

De esta atribución de significados y de sentidos a las cosas surgen las culturas como «lenguajes» diferentes. Marcel Mauss (15), en un ya clásico trabajo sobre el duelo, insistía en el aprendizaje cultural de las emociones. En un velatorio, decía, no se llora para expresar la emoción sino porque se está obligado a hacerlo: obligación que no excluye la sinceridad.

Esta vivencia humanizada que tienen estas aldeanas gallegas de las cosas, les da a sus *narrativas* un sentido peculiar. Cuando nos hablan con la terminología moderna de la *depresión* nos dicen que «su» depresión, fue «cogida», casi «agarrada», etc. Realmente hablan con las cosas y las cosas les hablan a ellas. El cemento, el asfalto, el alquitrán o el adoquín urbano impiden sentir los latidos de la Tierra. Desde nuestros despachos urbanos o pueblerinos, nunca aldeanos, necesitamos escuchar de otra forma. La gran labor de la Cultura es la de crear estrategias para acotar, para poner límites a la depresión. El relato de Herminia que pronto vamos a escuchar tendremos que interpretarlo como su estrategia.

«¿Qué como?... ¿Puedo comer de todo?». El depresivo puede comer, pero lo hará a solas. Si el entrevistador-colonizador no tiene esto en cuenta puede sesgar y anotar que no hay patología de la alimentación. «Duermo, pero no descanso. Como, pero sin gusto, prefiero comer yo solo», son frases que resumen lo que quiero decir. Los hábitos alimenticios constituyen una parte integrada de la totalidad cultural. Esa necesidad de nutrirse está tan cargada de significados y de emociones que desde esta óptica se entiende mucho mejor la proliferación actual, de las Ferias Gastronómicas gallegas (del cocido, del queso, de los grelos, del marisco, de la filloa, de la empanada, de lamprea, etc., etc.). Si se sostienen no son por los factores económicos, sino por lo ceremonial y socio-cultural...

Heterogeneidad económica, social y cultural. Pluralidad de trayectorias existenciales, de estilos de vida, forzosamente tienen que generar distintas *depresiones*. Si realmente pretendemos aproximarnos al conocimiento del otro debemos contemplar que al psicologizar se despersonaliza. Antes, al hablar de la identidad señalábamos cómo estamos pasando de lo grupal a lo individual, y debemos añadir cómo se está potenciando la psicologización como ideal.

Además, hemos de proseguir destruyendo el mito de lo rural como algo uniforme. Al presentar la depresión individualizada de Herminia podemos aproxi-

marnos a muchas mujeres gallegas, rurales, agrícolas, de edades medias, más bien pobres, pero nada más. De universalizar ya se encargan la DSM-IV, la CIE-10, las escalas, los tests, los protocolos, etc.

Al ir provocando que se narren, que se autobiografien, vemos cómo más que conductas se interpretan significados. En vez de observar comportamientos se descifran construcciones semióticas discursivas. Es un choque frontal con la actual tendencia de muchos técnicos de contemplar las enfermedades como categorías abstractas desvinculadas de la persona. Frente a la rigidez del signo reivindicamos la plasticidad del síntoma.

Otro tanto tendríamos que decir la peligrosísima tendencia a considerar la Salud como la ausencia de ruido de los órganos, como la negación de las emociones y de los sentimientos. Cuando en gallego escuchamos expresiones tales como: «atacaráronme os nervios... non sei por qué... sería porque tiven a regla e ó pasarme quedou o sangue feble... estou gorda pero débil... de contado collo sorpresa... Tristeza non, aburrída sí... teño pena mai que tristeza... ando disgustada asombrada, dóeme o sentido... O médico de reuma mandoume poñer unhas indicións e non sei si se me despertarían os nervios», reafirmamos la utilidad de las *narrativas de malestar*. Siempre recuerdo a un paciente rural somatizador que al preguntarle qué le pasaba me contestó: «me duele todo, menos la lengua, si no no podría quejarme».

Narrativa del malestar de Herminia

Para terminar vamos a reproducir, en la medida de lo posible, el relato de Herminia. Veremos cómo más bien parece un lamento. Son irreproducibles las entonaciones, las pausas, etc. Al traducirla al castellano se pierden matices y se descolocan no pocos significados. Pusimos en cursiva aquellos momentos en que nos pareció percibir un mayor dramatismo. Cuando la releemos nos parece estar escuchando a Celso Emilio Ferreiro, uno de nuestros mejores poetas. Ella no sabe de él.

Tiene 45 años, está casada y vive en una aldea de la Galicia interior. Fue algo a la escuela; lo que ella consideraba normal para la época: «leer, escribir y las cuatro reglas». Atiende un pequeño establo con siete vacas de leche; también cuida media docena de ovejas, tres o cuatro cerdos y unas gallinas.

Cuando aún no había cumplido los 18 años se casó «para la *casa*» en la que ahora vive. Antonio, el marido es cinco años mayor que ella y trabaja con un camión recogiendo leche. Hijo de soltera; su madre, Ausencia, es la dueña de esa *casa* que era más bien pobre en aquel entonces, porque las tierras solo permitían (antes de existir piensos y abonos minerales) mantener dos vacas. En la actualidad tiene 75 años y está parálitica, encamada desde hace dos años. Es analfabeta.

En la *casa* ahora sólo quedan dos hijos. Sonia es una enlutada (asexuada bajo un flojo y amplio vestido negro) moza de 20 años que estudia para profesora de EGB en Santiago. Tenía un novio Guardia Civil que falleció de accidente hace sólo ocho meses. Se pensaban casar este mismo año cuando ella terminase sus estudios. El otro vástago, el Pepiño, acaba de cumplir los 18 y ya lleva más de dos trabajando de fontanero con un pequeño constructor local; los fines de semana, igual que todos los miembros de la familia echa una mano en las labores agrícolas.

Luis, de 22, al venir de la mili se fue a Suiza a trabajar en la construcción. En Zurich además de muchos vecinos también viven varios tíos maternos. Por último Toniño, el mayor, de 26 años, trabaja como carpintero en La Coruña; ya lleva allí muchos años y hasta que se casó venía todos los fines de semana a la *casa*, también en las vacaciones y en las etapas de paro. Su esposa procede de la misma aldea y en la capital provincial trabaja en un gran supermercado.

A principios de septiembre último Herminia viene ella sola a consulta a la Unidad de Salud Mental. Trae un volante de la médica de cabecera que dice: «paciente con síndrome depresivo, se ruega consulta». También nos muestra un informe de cuando acudió a Urgencias del Hospital Xeral, a fines de agosto. En esta ocasión la médica residente de Psiquiatría anota: «Hoy, a raíz de un enfado se tomó 4 comprimidos de... Diagnóstico: Parasuicidio».

Las dos mujeres médicas que han intervenido en el caso tienen entre 25 y 30 años, saben hablar gallego, pero se expresan en castellano y siempre escriben sus informes médicos en esta lengua. Ambas han cumplido bastante bien con su rol, hicieron un diagnóstico y encasillaron a Herminia. De casualidad, nosotros en la USM no hemos seguido el mismo camino.

Nos va diciendo que no quería venir a la consulta pero que la «doctora» de cabecera la convenció (más adelante pensamos que venía a ver si conseguía una baja). Trata de minimizar el intento de suicidio: «casi quería desaparecer... no tengo humor para nada... sin embargo, tengo miedo a la muerte... en un momento difícil de un ataque de nervios... puede que ese día riñésemos algo yo y el marido... al final tuvo que salir conmigo para el médico... se dio cuenta porque quedé atravesada en la cama... no reaccionaba... fue a buscar la doctora... yo solo sé que desperté en el Hospital. No soy llorona, pero ese día que tomé las pastillas lloré continuamente... yo no lloro pero sufro».

Vemos cómo utiliza el concepto de «ataque de nervios» para explicar su conducta. Está en un centro sanitario al cual viene desde una periferia aldeana. Relaciona el cuadro clínico (cansancio, insomnio de primera fase, irritabilidad, cefaleas, etc.) con los eventos: matrimonio del primogénito, fallecimiento del novio de la hija, la emigración de otro de los hijos. Pero también construye otro relato más existencial:

«A veces deseo estar una temporada fuera de la *casa*, si pudiese coger una

bajita me iría a dar una vuelta a Suiza con mis hermanos. Parece que se me han puesto las ideas de coger unas vacaciones... *Nunca he salido de la casa...* Pienso, *¡Muy pobre soy, nunca tuve un sueldo siempre dependiendo de que me diesen cinco duros para ir a una feria!*... Con la baja, si juntase unos dineritos me iría de vacaciones».

A una agricultora autónoma que paga unas 16.000 ptas de cuota a la S. Social, si consigue que el médico le dé de Baja, este organismo le pagará unas 60.000 ptas. al mes mientras se encuentre en esta situación.

«Hasta los 18 años estuve en la Casa de mi padre y después me casé para esta Casa y listo...». «Tengo cuatro hermanos en Suiza». «*Yo no he cambiado tanto... cambió el mundo*».

«En julio se casó el hijo mayor... viven en La Coruña; es la pérdida de un hijo que venía todos los fines de semana a casa; ahora va a dormir a otra casa aunque sea de la misma aldea».

«Él (mi marido) algunas veces me dice que yo no tengo nada, dice: *Tú no vales nada*. Dice que mi trabajo no vale tanto como el de él». «*Se me meten tonterías en la cabeza*».

«Distingo los domingos si voy a la Misa, el resto siempre trabajando, pienso: *Muy pobre soy, nunca he disfrutado de ocho días en una playa*. Como pueda este verano, *una vez que quede el trabajo hecho*, escapo. Cuando se casó el hijo se fueron ocho días a las Canarias».

«La suegra está encamada; las piernas ya no la sostienen, pero es *ella* quien manda; me tiene dicho que la Casa es de ella y la puerta mía... Aún ahora, en la *pensión manda ella, voy yo a cobrársela pero tengo que entregarle todo...* a lo mejor le da algo a los nietos y a mí mil duros, pero el resto lo guarda *ella*».

«La hija adelgazó muchísimo, temo que coja una depresión a los nervios. Estaba fuerte como un roble. Ya llevaban cuatro años de novios. No va los bailes, se puso de negro. Hemos querido darle estudios para que no tenga que ser una esclava como yo. Hoy las mejores tierras que podemos dejarles son los estudios. La casa grande del lugar dicen que van a dedicarla a Turismo Rural; vinieron a buscar a nuestra Sonia para trabajar allí de camarera en el verano. No la dejamos ir, no tiene porque servir a los señoritos, ya me llegó a mí que la casa de mi padre no era nuestra y el señor estaba en Madrid... Me ofrecía para ir yo a ese trabajo, pero prefieren las mozas jóvenes y guapas».

«Cuando me casé todos decían que había tenido mucha suerte: mis hermanos tuvieron que marchar por el mundo. Sin embargo, ahora ellos viven mejor que yo».

«El marido tiene razón, lo que yo hago no produce. La leche la pagan muy mal y la carne en vez de subir baja. Estoy pagando el Seguro alto (*Seguridad Social Agraria con derecho a bajas*) y mi hombre tiene que pagar el de

Autónomos. La hija en Santiago, estudiando nos cuesta mucho... el dinero no llega a nada...»

«No quiero que ningún hijo se quede en la *tierra*. *Mi nuera viste como una señorita* aunque tiene que trabajar muchas horas cada día. Ya se han metido a dar la entrada para un *piso*».

«Mi marido es muy bueno, nunca me dio un disgusto. Ese día discutimos algo y yo le tomé a mal cosas que él me dijo pero que son ciertas. *El mundo no sé hacia donde va, pero la gente joven es más lista*, miran más por ellos mismos...»

«Si le digo la verdad a veces entiendo a los que se ahorcan... no sé para qué estamos *aquí*; y aún hay gente que dice que existe Dios...».

No necesita comentarios. Si nos ponemos a interpretarlo estaríamos contradiciéndonos. Herminia se piensa así. Ya no nos parece ninguna broma el «para-suicidio» de esta señora. De depresión también queda poco. El término «enfado», que utiliza la MIR de Psiquiatría en el informe de urgencias, lo vemos ahora como un atentado cultural: una de las frecuentes microagresiones colonialistas.

Concluyo resaltando que Herminia sí salió de la *casa*, sí se divirtió. Incluso en dos otoños se fue a los Baños (curas termales) a Cuntis acompañando a su suegra. No se perdió ninguna de las ferias comarcales de referencia ni tampoco las Fiestas del Patrón de su parroquia y de la de sus padres.

En su juventud la comunidad disponía de estrategias, de rituales para canalizar las tensiones vecinales. Con toda seguridad, en la boda de Herminia se celebró una «regueifa» (desafío poético), y también participó en otros ritos como el de la «esfolla», donde no existía la tajante separación actual entre el trabajo y la diversión, y donde al tiempo que se deshojaba el maíz, simbólicamente se producían desfloramientos, ritos de paso a la adultez... Pero, los tiempos han cambiado y en el asunto del ocio, al igual que en otros muchos, no lo puede hacer ni como su suegra ni como su nuera, está hecha un lío. Deprimirse también puede ser una salida socialmente reconocida.

El estado clínico de Herminia es local, oportuno e individual, no puedo universalizarlo. La lógica narrativa opera de modo diferente al pensamiento categórico. Con el pensamiento narrativo intentamos comprender lo que está ocurriendo con lo que ya pasó. Al igual que la metáfora, la narrativa ofrece un modo de contemplar lo inefable, lo abstracto, por vía de lo concreto. «Enfermedad y curación quedan situadas dentro del tiempo humano», como escribe Mattingly (16).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., «Galicia: A medicina popular ante a depresión», en GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. (coord.), *Cultura e Saúde Mental*, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 1994, pp. 29-38.
- (2) TOUSIGNANT, M.; HABIMANA, E., «Emotion et culture», *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, París, 1993, 37-715-A-20.
- (3) MENDELSON, M., «Perspectivas psicoanalíticas de la depresión», en WOLMAN, B. B.; STRICKER, G., *Trastornos Depresivos*, Barcelona, Áncora, 1993, pp. 21-36.
- (4) CABALEIRO GOAS, M.; MORALES ASÍN, F., *Problemas psíquicos de la emigración*, Madrid, P.N.A.P., 1967.
- (5) GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E., «Saúde Mental: Historia», *A Nosa Terra*, Vigo, Decenario, 1988, pp. 123-132.
- (6) GAYRAL, L. F., «Semiología actual en la medicina mental», *Anales de Psiquiatría*, 1993, 9, 1, pp. 1-6.
- (7) CABALEIRO GOAS, M., *El camino hacia una Psiquiatría Antropológica*, La Coruña, Real Acad. de Med. y Cirug. 1973, Sesión Inaugural.
- (8) ARFUCH, L., *La entrevista, una invención dialógica*, Barcelona, Paidós, 1995, pp. 91-100.
- (9) GIROLAMO, G., «Diferencias transculturales de la Depresión», *Focus on Depression*, 1993, 3, 2.
- (10) MENDELWICZ, J., *Psiquiatría Biológica*, Barcelona, Masson, 1990, p. 2.
- (11) HALL, E. T., «Proxémica», en BATESON, G. y otros, *La Nueva Comunicación*, Barcelona, Kairós, 1994, p. 202, 4.ª ed.
- (12) KLEINMAN, A. K., *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Nueva York, Basic Books, 1988.
- (13) MÉNDEZ, L., *Cousas de Mulleres. Campesinas, poder y vida cotidiana (Lugo 1940-1980)*, Barcelona, Anthropos, 1988, p. 14.
- (14) GARCÍA-SABELL, D., *Hombres que hicieron Galicia. Roberto Nóvoa Santos*, Coruña, Banco del Noroeste, 1988.
- (15) MAUSS, M., «L'expression obligatoire des sentiments. Rituels oraux funéraires australiens», en *Oeuvres*, 3, París, Minuit, 1969, pp. 267-269.
- (16) MATTINGLY, CH.; GARRO, L. C., «Narratives. Introduction», *Soc. Sci. Med.*, 1994, vol. 38, 6, pp. 771-774.

* Emilio González Fernández, Psiquiatra, Unidad de Salud Mental n.º 2, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
Correspondencia: Emilio González Fernández, c/ López Ferreiro, n.º 4, 15702 Santiago de Compostela (La Coruña).

** Fecha de recepción: 21-XI-1995.