

# Hacia una nueva clasificación antropológica de las alteraciones mentales de los inmigrantes negroafricanos

Towards a new anthropological classification of mental disorders in black African immigrants

PEDRO LUIS IBÁÑEZ ALLERA<sup>a</sup>, FRANCISCO CHECA Y OLMOS<sup>b</sup>

(a) *Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital de Poniente, El Ejido (Almería), España.*

(b) *Universidad de Almería, España.*

*Correspondencia: Pedro Luis Ibáñez Allera (pibanezallera@hotmail.com)*

Recibido: 30/03/2017; aceptado con modificaciones: 26/07/2017

**Resumen:** En este trabajo los autores realizan una novedosa clasificación de las problemáticas mentales que presentan los inmigrantes negroafricanos asentados en la provincia de Almería (España). Muchos de estos cuadros presentan tal gravedad sintomática que finalmente precisan de un ingreso en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Poniente, para allí afrontar el comienzo de su tratamiento. En esta clasificación antropológica se entrecruzan dos modelos médicos, el biomédico y el tradicional africano, y dos miradas divergentes, la de los profesionales de salud mental (*etic*) y la de los inmigrantes afectados y los integrantes de sus redes locales (*emic*). Partiendo de esta base, se describen tres cuadros diferentes: locura ancestral o síndrome negativo, locura moderna o síndrome positivo y locura tóxica o síndrome mixto. En cada una de estas tres modalidades se especifica su etiología, modo de presentación, sintomatología, evolución, pronóstico, itinerario terapéutico y efecto en la red social de referencia.

**Palabras clave:** trastornos mentales, comparación transcultural, emigrantes e inmigrantes, servicios de salud mental, África Occidental.

**Abstract:** In this study, the authors carry out a new classification of the mental problems presented by black African immigrants settled in the province of Almería (Spain). In many of these cases, symptom severity is such that they eventually require admission to the Mental Health Unit of the Hospital de Poniente in order to be treated. In this anthropological classification, two medical models, the biomedical and the traditional African, and two divergent points of view, that of mental health professionals (*etic*) and that of the affected immigrants and the members of their local networks (*emic*), become intertwined. On this basis, three clinical profiles are described: ancient madness or negative syndrome, modern madness or positive syndrome, and toxic madness or mixed syndrome. The etiology of each of these three types, its mode of presentation, symptomatology, progress, prognosis, therapeutic itinerary, and its effect on the social network of reference are described..

**Key words:** mental disorders, cross-cultural comparison, emigrants and immigrants, mental health services, Western Africa.

## INTRODUCCIÓN

A DÍA DE HOY ningún autor que trabaje en el campo de la salud, por muy biologicista que sea, se atreve a ignorar la influencia que tienen los aspectos culturales en la singularidad de las manifestaciones psicopatológicas de las alteraciones mentales. Muy al contrario, la discusión se centra en establecer dónde se encuentra la influencia dominante de los síntomas observados, si en lo biológico, en lo cultural o en la existencia de una interacción entre ambos, de manera interdependiente y sin prevalencia de uno sobre otro, como señalan Maturana y Varela (1), Buffill y Carbonell (2), Wilson (3), Ingold (4), Augustenborg (5), Ramachandran (6), Gazzaniga (7) y Bartra (8).

Otros autores, como Laín Entralgo (9), Pakman (10), Menéndez (11) o Kottow y Bustos (12), dan cuenta del consenso existente en cada cultura, por muy grande o pequeña que sea, para que, cuando algún integrante suyo presente problemas de salud, ya sea en su lugar de origen o en otro lugar al que haya migrado, se pongan en juego inmediatamente diversos procedimientos para que la persona recupere su equilibrio. Dichos procedimientos –de diagnóstico y sanación– están en congruencia con esa cultura en particular.

Esto sucede con todos los procesos salud/enfermedad/cuidados (SEC); por lo tanto, las problemáticas en el campo de la salud mental no son ajenas, como apuntan

Deveraux (13), Martínez Hernández (14) y Huertas (15), sino que vienen condicionadas por el medio cultural en el que aparecen. Es más, no faltan autores, como Benedict (16) o Castilla del Pino (17), por señalar a algunos, que mantienen que la enfermedad mental es una categoría construida en el ámbito de lo sociocultural. Son los grupos los que deciden qué debe ser considerado “normal” y qué es anormalmente aceptable. Por otra parte, otros investigadores, entre los que se encuentran Foucault (18), Szasz (19), Canguilhem (20) y Braunstein (21), aseguran que la categoría de enfermedad mental, en sí misma, tiene un claro fin de control social.

Ahora bien, es fácil comprobar que cuanto acabamos de decir queda perfectamente imbricado en el campo de la discusión teórica de los movimientos médicos y humanistas; en cambio, en la práctica, cuando nos referimos a enfermedades mentales, el poder de su clasificación actualmente lo detenta en exclusiva la biomedicina hegemónica: a saber, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA), con sus respectivas clasificaciones sobre los trastornos mentales (CIE-10 y DSM-5; 22, 23), que imponen una modalidad inexcusable de diagnóstico a los profesionales del sistema sanitario público. Este encorsetado modo de clasificar las alteraciones mentales preconiza una única verdad, mediante la que, “sin género de error” (*sic*), los profesionales de salud mental acertarán en sus diagnósticos.

Sin embargo, si las alteraciones –también las mentales– se encuentran mediatizadas por los ámbitos culturales, como acabamos de mantener, ¿cómo es posible que exista una única verdad en el campo de las alteraciones cognitivas y/o comportamentales? ¿Qué ocurre entonces con las otras medicinas del mundo? ¿Acaso el resto de culturas no tienen su propia verdad, en ocasiones en las antípodas de la propuesta biomédica? En este caso, cuando hablamos de las otras medicinas, estamos haciendo referencia a las medicinas tradicionales, las –mal– llamadas “alternativas” por la medicina imperante. No nos referimos únicamente a esos modelos médicos que tienen mayor presencia en el mundo, como son el chino o el hindú; muy al contrario, lo que pretendemos es poner también en valor esos otros modelos médicos pertenecientes a culturas pequeñas que caen fuera del ámbito de conocimiento del mundo occidental.

Migración y enfermedad mental no son dos categorías que cotidianamente se entrecrucen, si bien es cierto que cuando en los migrantes –bien por causas internas o externas– aparece un cuadro de locura, sí se pone de manifiesto esta interrelación. A partir de ahora llamaremos “locura” a las alteraciones en el campo del pensamiento y de la conducta que aparecen en estas personas y son siempre consideradas por sus iguales como desviadas de la norma (24, 25).

En este artículo nos proponemos establecer una novedosa clasificación de las alteraciones mentales, según nuestros estudios, más cercana a las propias culturas

donde dichas alteraciones se producen, lo que no significa, en ningún caso, que esté en nuestro ánimo despreciar la taxonomía de la biomedicina. Esta nueva propuesta de clasificación de las alteraciones mentales se centra en el ámbito de las migraciones, en concreto, como se verá más adelante, en las amplias colonias de negroafricanos procedentes de África Occidental que llegan a España, si bien estamos convencidos de que es aplicable a todas las culturas ancestrales del resto del mundo.

No obstante, no podemos olvidar que, dado que la cultura impregna a la locura, en las explicaciones y manifestaciones que de la misma encontremos en otros grupos, por ejemplo, el magrebí, habrá elementos comunes y otros diferentes a los cuadros que describiremos más adelante. Esto se debe precisamente al hecho de que las manifestaciones singulares de la locura dependen en gran medida de cada cultura.

Esta clasificación deviene de una mirada antropológica sobre estas problemáticas de salud desde la perspectiva de la psiquiatría transcultural. Nuestra taxonomía de la locura coincide en gran medida con la que establece la biomedicina, es cierto, pero también difiere en muchos aspectos del modelo clasificatorio hegemónico. Por ello, incorporamos tanto aquellas alteraciones a las que la biomedicina define como trastornos mentales (recogidos en la CIE-10 y el DSM-5) como aquellas que, aunque no son reconocidas por el modelo biomédico, son consideradas alteraciones del ámbito mental y conductual por las medicinas tradicionales, arraigadas en las sociedades de origen de donde proceden los inmigrantes. Estas últimas, sin duda, tal como señalan Espina Barrio (26) y Menéndez (27), proceden de otros modos de pensamiento, de otras creencias, de diferentes modos de procesar y valorar el mundo, que, no por ello, deben ser entendidos como a-lógicos; más bien al contrario: son coherentes con su propia lógica.

## MATERIAL Y MÉTODO

### *a) Sujetos*

La muestra con la que hemos trabajado surge de aquellas personas negroafricanas que presentaron alteraciones mentales por las que precisaron al menos un ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital de Poniente de El Ejido, provincia de Almería (España).

Durante el periodo 2003-2016, hemos recogido información de 122 personas, 104 varones y 18 mujeres. Todos ellos eran originarios de 12 países del África Occidental: Senegal, Malí, Ghana, Nigeria, Guinea-Bissau, Gambia, Guinea Ecuatorial, Sierra Leona, Guinea-Conakry, Costa de Marfil, Mauritania y Burkina Faso. Las características y procedencia de los integrantes de la muestra se presentan en la Tabla 1 y la Figura 1.

Todos ellos, en algún momento de su estancia en España, presentaron sintomatología mental y/o conductual por la que fueron atendidos en el hospital, donde, tras una valoración psiquiátrica, quedaron ingresados en la unidad de salud mental.

#### *b) Método de recogida de datos*

Con el propósito de establecer una clasificación más acorde con la realidad, hemos recogido los síntomas observados durante los periodos de hospitalización y las interpretaciones que hacen de ellos los diferentes actores implicados –profesionales biomédicos e inmigrantes–, con objeto de poner en relación las explicaciones que dan sobre los cuadros de locura ambos modelos (el biomédico y la medicina tradicional africana).

Para el presente trabajo, además de revisar las historias clínicas de los pacientes, donde los profesionales, desde su posición biomédica, dejan constancia de lo que observan y diagnostican (mirada *etic*), hemos realizado también multitud de entrevistas a los afectados e integrantes de sus redes sociales (mirada *emic*).

La metodología cualitativa utilizada ha sido la de entrevista en profundidad, que, tal como indican Taylor y Bogdan (28), permite establecer una estrecha relación entre entrevistador y entrevistado, facilita el acceso a una información personalizada de una manera holística y contextualizada, y permite clarificar los conceptos que aportan los entrevistados. A través de ellas, hemos podido constatar la presencia de creencias ancestrales ancladas en las medicinas tradicionales africanas.

Con esta metodología nos ha sido posible profundizar en las creencias sostenidas desde cada perspectiva sobre aquello que les está sucediendo a los afectados e ir construyendo una nueva manera de leer lo que le ocurre a esta población singular.

Para establecer nuestra clasificación antropológica, como ya hemos dejado constancia, hemos tomado entidades psicopatológicas de la CIE-10, principalmente aquellas que se encuentran descritas dentro de los trastornos psicóticos, los trastornos disociativos y los trastornos por consumo de sustancias psicotropas. Estas entidades nosográficas son las que aparecen en los informes de alta hospitalaria tras los episodios que motivaron el ingreso. Asimismo, incorporamos aquellos cuadros de padecimiento psíquico de los que da cuenta la medicina tradicional africana. Para ello utilizamos las descripciones sintomáticas e interpretaciones de antropólogos y etnopsiquiatras como Bogaert (29), Bélanger (30), Carvalho (31) y McKinley (32), quienes han profundizado en este modelo médico ancestral.

Dentro de las manifestaciones sintomáticas relacionadas con los trastornos mentales que explicita la CIE-10, y a los que asigna una etiología natural, este manual de diagnóstico biomédico destaca como síntomas más prevalentes los siguientes: alteraciones del pensamiento, con presencia de ideas delirantes; alteraciones sen-

soperceptivas, como alucinaciones; alteraciones en el lenguaje; dificultades en las relaciones sociales y el desempeño de habilidades cotidianas y el cuidado personal; así como alteraciones en el comportamiento.

Por su parte, la medicina tradicional africana atribuye las alteraciones del psiquismo y de la conducta a una etiología sobrenatural. En esta línea argumental, Zempleni (33) establece diferentes grupos sintomáticos, señalando los siguientes ámbitos de afectación: la alimentación, la locomoción, el habla, las relaciones sociales, las alteraciones psicósomáticas difusas y en los sueños, las visiones y las voces. Esta línea es también apoyada por otros autores como Traoré (34), de Rosny (35) y Geschiere (36).

Debemos aclarar que, a lo largo del trabajo de campo, hemos podido observar todas estas manifestaciones sintomáticas, tanto las dadas por la biomedicina como las que ofrece la medicina tradicional. Ahora bien, dada la diversidad de personas que componen la muestra de nuestro trabajo, inmigrantes procedentes de países y etnias muy distintos, no nos es posible abordar en estas páginas la diversidad de sus problemáticas mentales una a una, según sus modelos étnicos. De manera que, con el fin de ejemplarizar lo singular y entenderlo en categoría de universal, tomamos como modelo el de la medicina tradicional de Senegal, por la sencilla razón de que es el país con mayor presencia de inmigrantes en la provincia de Almería, al tiempo que los senegaleses han sido el colectivo que ha requerido de un mayor número de ingresos en salud mental en el Hospital de Poniente.

Por último, estamos convencidos de que una clasificación más cercana a las creencias de las personas que padecen estos síntomas permitirá a los profesionales biomédicos intuir cuál será el itinerario terapéutico que los pacientes recorrerán tras su alta hospitalaria, ayudándoles a buscar una solución sanadora más precisa al problema de salud que motivó su ingreso.

## RESULTADOS

Hemos agrupado los síntomas y explicaciones sobre la locura que hemos encontrado en tres grandes grupos o síndromes psicopatológicos claramente diferenciados. A éstos los hemos denominado “locura ancestral”, “locura moderna” y “locura mixta”.

Tal como veremos más adelante, algunos de estos grupos sintomáticos –o síndromes– se encuentran asociados a las creencias de la biomedicina, mientras que otros se asocian con la medicina tradicional. Esto es debido a que, tal y como señalan Laplantine (37), Bationo (38) o Lado (39), en el continente africano se encuentra presente, además de la medicina moderna, la medicina tradicional.

Los síndromes incluidos en nuestra clasificación se encontrarían en el extremo de mayor sufrimiento psíquico del llamado “estrés crónico y múltiple del inmigrante”

o “síndrome de Ulises”, definido por Achotegui (40) y caracterizado por ansiedad, depresión, insomnio o somatizaciones. Es más, muchos de los cuadros que hemos encontrado ya se encuentran fuera de él, pues son aquellos que la biomedicina encuadra dentro de la esfera de la psicosis. Por tanto, son cuadros donde las alteraciones del contenido del pensamiento, la sensorpercepción, la capacidad volitiva, las relaciones interpersonales o la conciencia de realidad se encuentran severamente afectadas. Por tanto, si bien algunos inmigrantes con síndrome de Ulises podrían encontrarse dentro de nuestra clasificación, otros quedarían claramente fuera de la misma.

A continuación, desgranamos los tres síndromes de locura detectada en la población inmigrante negroafricana, explicitando en cada uno de ellos su etiología, modo de inicio y resolución, psicopatología expresada, evolución y tratamiento, lo que permitirá poder diferenciar, y con ello diagnosticar, la manifestación singular de cada cuadro. Esta clasificación ha sido posible al establecer una relación directa entre los síntomas observables y las explicaciones etiológicas de los mismos que dan los actores implicados. Igualmente, mostraremos las consecuencias que conlleva padecer alguno de estos tres tipos de locura para sus redes sociales de referencia, locales y translocales.

#### *a) Locura ancestral o síndrome negativo*

Este cuadro se caracteriza por tener un inicio brusco, en el que la persona afectada pasa de encontrarse en una completa normalidad cognitivo/comportamental a manifestar, en apenas unas horas o escasos días, todo el cortejo sintomático. Los síntomas esenciales que permitirán hacer el diagnóstico de este tipo de locura son, además de la rapidez en su instauración, que la persona afectada permanece la mayor parte del tiempo aislada en su habitación, acostada e inmóvil, presentando un estado de mutismo total, no respondiendo a ningún estímulo verbal o físico, ni a cualquier pregunta que se le realice. Asimismo, el afectado suele mantener una resistencia absoluta a la ingesta, con una negativa plena a aceptar cualquier tipo de sólido o líquido que se le ofrezca, y rechaza igualmente los medicamentos que se le indican.

Al igual que su comienzo, la resolución del cuadro sucede también de manera rápida, pasados apenas de uno a tres días. A partir de ese momento, el afectado comienza a interactuar de manera espontánea con el medio, sale de la habitación donde se había recluso, se relaciona con las personas que lo rodean, responde a todas las preguntas que se le hacen de manera natural, acepta sin reticencias alimentarse, en ocasiones con apetito voraz, y admite sin reparos los psicofármacos que se le suministran. Desde entonces la persona afectada presenta una recuperación completa *ad integrum* de todas las capacidades cognitivas y conductuales que tenía antes del episodio de locura, manteniendo un discurso plenamente coherente y recuperando una relación adecuada con el medio.

¿Cuál es la etiología y el itinerario terapéutico de este cuadro de locura? Para acercarnos a las explicaciones causales que dan los propios afectados, y los integrantes de sus redes sociales, sobre lo que les sucede, es preciso alcanzar un grado de confianza que normalmente se consigue con el tiempo. La población africana, por costumbre, prefiere no hablar de lo que le atañe, especialmente de las creencias sobre sus procesos SEC. Siendo sinceros, podemos mantener que no confían fácilmente en los profesionales españoles, blancos occidentales, pues están convencidos de que nadie creará las causas ancestrales de sus dolencias, sobre todo por ser personas ajenas a su cultura. Como antropólogos, hay que armarse de paciencia. Cuando logramos esa confianza, con el tiempo y tras mostrar mucha empatía con su situación y su cultura, la mayoría de ellos se abre al interlocutor y relata la verdad –la suya– de lo que le sucede o ha sucedido.

En cuanto a las explicaciones que ofrecen, los afectados aseguran que lo que les ocurre tiene un origen de tipo sobrenatural, ya que entienden que lo sucedido se relaciona con algún tipo de daño que les ha producido otra persona, quien –en la proximidad o desde sus propios países de origen– quiere que fracase en su proyecto de vida. Esto generalmente viene provocado por la existencia de envidias, celos o incumplimiento de deberes contraídos. En la gran mayoría de las ocasiones, entre la persona dañina y la dañada intermedian curanderos, bien para provocar el daño o bien para restituir la normalidad. Asimismo, los cuadros pueden ser provocados por dioses o ancestros fallecidos, al no cumplir los afectados con los preceptos religiosos o culturales, como puede ser, por ejemplo, no realizar las ofrendas o sacrificios anteriormente contraídos. Estos dioses o ancestros, hasta ese momento protectores, se transforman ahora en dañinos, retomando su función protectora sólo cuando se les hayan restituido sus derechos.

En relación al itinerario terapéutico de las personas afectadas por locura ancestral, el único abordaje al que se recurre en la mayoría de los casos es la propia medicina tradicional africana. Aunque durante su breve ingreso hospitalario son tratados con la biomedicina, tras el alta hospitalaria abandonan todo fármaco y no acuden a las citas de seguimiento programadas en los equipos de salud mental. En definitiva, tanto el afectado como los integrantes de sus redes sociales –los familiares mayores de la red translocal– asumen el control del tratamiento. A partir de ese momento hay dos caminos. O bien viajan hasta sus países de origen en busca de sanadores que los asistan, al no encontrar aquí especialistas reconocidos en su modelo médico, o bien permanecen aquí, pero en este caso los familiares u otros integrantes de sus redes transnacionales hacen las consultas pertinentes a diferentes sanadores y les envían el tratamiento específico a España. Normalmente, se trata de amuletos protectores y/o plantas medicinales para purificarse, acompañados de rezos concretos.

Como puede observarse, en este tipo de locura la biomedicina tiene un papel muy marginal, generalmente acotado al inicio de los síntomas y durante el breve pe-



riodo de hospitalización; después es sustituida por la medicina ancestral africana. En cambio, apréciase el papel tan fundamental que juegan los integrantes de sus redes sociales, local y transnacional. Éstos no pierden en ningún momento los vínculos que tenían con el sujeto antes de aparecer el cuadro sintomático. Muy al contrario, desde su comienzo se preocupan de él e instauran tratamientos basados en autocuidados, incluso organizándose para proteger al afectado en la vivienda. Únicamente cuando no pueden mantener esos cuidados, dada la intensidad de las manifestaciones de locura, lo llevan a algún dispositivo de salud biomédico. De igual manera, durante el periodo de hospitalización, los integrantes de su red visitan al enfermo y contactan con la red transnacional para informar de lo que está sucediendo. Llegado el caso, tras el alta hospitalaria y regreso a la vivienda –generalmente compartida con compatriotas–, los compañeros recaudan dinero para pagarle el viaje de regreso a su país, para que busque allí el tratamiento adecuado. En conclusión, antes, durante y después del cuadro de locura, la red social protege a la persona que la padece.

Caso 1: Joven que llegó de manera ilegal a España con apenas 17 años. No había presentado previamente ningún tipo de alteración mental hasta que, ya cumplidos 22 años, es llevado al hospital por otros inmigrantes con los que convivía. El motivo era que, de manera brusca, y desde hacía cinco días, se mostraba aislado, no hablaba con ellos y se negaba a ingerir cualquier tipo de alimento que le ofrecían. Ante esta sintomatología, se decide ingreso en salud mental. Tras permanecer tres días en el hospital, todos los síntomas desaparecen de manera repentina. Al entrevistarlo, no habla sobre aquello que le ha sucedido, pero sus tíos paternos, que también vivían en España, a petición del padre del joven, deciden llevarlo a su país para ser tratado por la medicina tradicional: “Esto no es cosa de médicos, son cosas de África... Una mujer vieja de allí le ha mandado un daño... Las medicinas de aquí sólo lo tranquilizan, no lo curan... Sólo la medicina de África cura su daño”. Al alta hospitalaria, tal como decidió su red social, fue llevado a su país para ser atendido por un especialista en medicina tradicional africana.

#### *b) Locura moderna o síndrome positivo*

Este cuadro, al contrario del anterior, se caracteriza por tener un inicio insidioso, lento y progresivo, transcurriendo varias semanas o meses desde la aparición de los primeros síntomas hasta completarse todo el cortejo sintomático que lo caracteriza. Los síntomas principales que pueden observarse en este tipo de locura son: conducta muy desorganizada y episodios de agitación psicomotriz, con auto y heteroagresividad; estado de atención activado, hiperalerta; alteraciones del contenido del pensamiento (incomprensible, inconexo, con presencia de ideas delirantes); y alteraciones sensorceptivas, verbalizando alucinaciones auditivas y visuales.

Tras unos pocos días, una vez instaurado el tratamiento psicofarmacológico, estas personas comienzan a tranquilizarse lentamente y a relacionarse con los demás, cada vez con menos dificultad. Desde el primer día de su estancia hospitalaria aceptan, con escasa resistencia, los alimentos que les proporcionan y los psicofármacos que se les indican.

La evolución del cuadro es lenta, al igual que su presentación, precisando semanas –incluso meses– para que los síntomas se resuelva. Tras la lenta evolución del cuadro agudo, no siempre se consigue alcanzar la resolución plena del mismo; es decir, no se consigue en todas las ocasiones una *restitutio ad integrum*. Esto conlleva que esas personas no alcanzarán una recuperación completa del estado cognitivo/comportamental que tenían antes de la aparición de los primeros síntomas, quedando patente algún tipo de deterioro cognitivo.

En relación a su etiología e itinerario terapéutico, este cuadro se diferencia nítidamente de la locura ancestral. En este caso, los afectados y los integrantes de sus redes sociales vinculan los síntomas a causas de tipo natural, coincidiendo con la opinión que dan los profesionales biomédicos. Por ello, no dudan de que la resolución de su cuadro de locura la encontrarán en los tratamientos psicofarmacológicos que se les ha indicado.

Tras el alta hospitalaria los afectados acuden –aunque no siempre de manera regular– a las citas de seguimiento programadas en los equipos comunitarios de salud mental y mantienen, en la medida de sus posibilidades, los tratamientos psicofarmacológicos indicados. En los casos en que los abandonan, suele deberse a problemas económicos más que culturales, al carecer de ingresos suficientes para adquirir los fármacos. Hay quienes incluso recurren a alguna ONG para que se los suministre.

Sin embargo, aunque su idea es no abandonar el tratamiento biomédico –y a ello contribuyen de manera decidida los miembros de su red social–, eso no significa que ignoren por completo su medicina tradicional africana, a la que recurren al menos de manera complementaria. Muchos de ellos también reciben desde sus países los amuletos protectores y plantas sanadoras. Ahora bien, quienes al alta hospitalaria regresan a su país de origen mantienen su intención de continuar allí el tratamiento biomédico, acudiendo a un hospital o centro sanitario, y sólo en un segundo momento recurren a algún especialista de la medicina ancestral.

Al igual que sucede en el cuadro anterior, las redes sociales están atentas para prestar cualquier tipo de ayuda, organizándose para realizar los cuidados pertinentes y no abandonando nunca a los enfermos.

Caso 2: Varón que, dentro de un programa de reagrupación familiar, llega a España de manera legal con 15 años. Hasta entonces no había presentado síntomas de alteración mental. Cumplidos los 29 años es llevado al hospital por su madre, con quien convive. Ésta refiere que desde hace meses lo ve cada vez más raro, des-

confiado, aislado, hablando solo y presentando cuadros de agresividad hacia otras personas. Se decide su ingreso en salud mental. Desde el primer día el paciente se muestra colaborador en las entrevistas con su psiquiatra, haciendo referencia a sintomatología delirante y alucinatoria de más de un año de evolución, y acepta los tratamientos indicados. La sintomatología se mantiene durante semanas, remitiendo parcialmente al momento del alta hospitalaria. En ningún momento tuvo conciencia de enfermedad. Frente a lo sucedido, su madre comenta “Mi hijo está enfermo, en el hospital sabrán curarlo, necesita medicinas. Esto no es cosa de África, es de médicos”. Después de este ingreso, reingresó en otras dos ocasiones. Actualmente realiza seguimiento en un equipo comunitario de salud mental.

### *c) Locura tóxica o síndrome mixto*

Este cuadro tiene una presentación lenta, que puede ir desde semanas a meses, y siempre va asociado al consumo de diferentes sustancias tóxicas. La sustancia ingerida, su frecuencia, cantidad o la sensibilidad a la misma del consumidor son variables que van a determinar esta presentación tan irregular en el tiempo. Los síntomas por los que se caracteriza este tipo de locura son una mezcla irregular de algunos síntomas que caracterizan a los dos anteriores. A ellos se les suma el hecho de que el afectado muestra una dejadez completa en el cumplimiento de las conductas que le vienen exigidas por las buenas costumbres sociales y las normas religiosas de un buen practicante, hecho que no sucede en los cuadros anteriores.

En este sentido, además de la presencia del consumo en cantidades importantes de diferentes sustancias psicoactivas, entre ellas alcohol y otros psicotóxicos (con toda seguridad, ingesta rechazada por su grupo social), a estas personas puede encontrárselas deambulando por las calles solos, semidesnudos y sucios, y cuando se asean a veces lo hacen en fuentes públicas a la vista de cualquiera. Algunos viven y duermen al aire libre, en cualquier lugar por inhóspito que parezca; carecen de domicilio fijo. Son personas que no rezan, rebuscan en la basura para alimentarse e ingieren esos alimentos sin preocupación, aunque contengan carne de cerdo —prohibido en el Islam— o estén en mal estado.

En la mayoría de los casos, en apenas unos días, los afectados alcanzan una recuperación completa *ad integrum* de sus capacidades cognitivo/comportamentales, una vez que abandonan por completo el consumo de las sustancias psicoactivas causantes de su cuadro y toman los fármacos indicados.

En cambio, la etiología e itinerario terapéutico de este cuadro no es tan nítido como en los dos anteriores, pudiéndose encontrar una mayor variabilidad. Lo que sí está siempre presente es el consumo de sustancias psicoactivas. Pero, en su imaginario, su consumo puede venir provocado tanto por causas sobrenatura-

les –terceras personas que desean provocarles un daño impulsándolos a consumir drogas– como por decisión propia con intención lúdica. Por tanto, como vemos, la etiología del síndrome mixto puede ser doble, natural y sobrenatural al mismo tiempo.

Respecto al itinerario terapéutico, en una primera instancia se trata de conseguir la desintoxicación. En un segundo momento, una vez liberadas de las causas tóxicas que provocan la sintomatología, unas personas optan por el modelo biomédico, acudiendo a un centro de drogodependencias y de salud mental; mientras otras, al entender que la causa es sobrenatural, recurren a su medicina tradicional para sanarse del daño que les han provocado.

Al contrario de lo que sucede en la locura ancestral y moderna, las personas que presentan cuadros de locura tóxica sí son abandonadas, al menos temporalmente, por sus redes locales. Sólo son readmitidos nuevamente en las viviendas y en sus grupos sociales cuando dejan de consumir drogas y aceptan los tratamientos instaurados, biomédico y tradicional. Si retoman un estilo de vida ordenado, se reintegran al grupo sin problemas y la red vuelve a protegerlos. Es entonces cuando vuelven a mostrarse colaboradores con el grupo, cuidan su aseo personal, se alimentan de acuerdo a sus creencias y vuelven a rezar.

Caso 3: Varón que llega de manera ilegal a España cuando tenía 22 años. Había regularizado su situación y trabajaba de manera estable. Cumplidos los 31 años es llevado al hospital por personal policial, dado que estaba protagonizando episodios de heteroagresividad hacia personas y objetos en la vía pública. Tras ser entrevistado en el área de urgencias, muestra un delirio paranoide persecutorio, detectándose un importante consumo de cannabis. Se decide su ingreso en salud mental. Durante las entrevistas se muestra colaborador y reconoce importante consumo de sustancias psicoactivas: “Yo antes todo bien, trabajo mucho, ahora no puedo trabajar, un compañero de trabajo tiene un amigo brujo, me han manipulado, me hacen tomar muchas drogas, vivía en la calle, no rezaba, mucho problema con la Guardia Civil”. Con el tratamiento indicado se resuelve la sintomatología mental, pero mantiene el temor a que vuelvan a hacerle algún tipo de daño y esto le impida volver a trabajar. Frente a esto, al alta hospitalaria, aunque mantiene seguimiento en equipo comunitario de salud mental, también ha pedido a familiares que viven en África que le envíen desde allí un amuleto protector.

En la Tabla 2 hemos sintetizado las principales características de los tres tipos de locura que venimos describiendo.

Zempleni (41) se interesó en buscar algunas claves sintomáticas en las alteraciones mentales que presentaban los negroafricanos de cara a facilitar a los especialistas biomédicos el diagnóstico diferencial. En este sentido, estamos completamente de acuerdo con él cuando hace referencia a que el poseído no pierde su capacidad de

discernimiento, su conocimiento ni sus referencias sociales. Al contrario que el loco, no es agresivo de manera sostenida, no se encuentra desorientado en el tiempo y en el espacio, no se desnuda ni es negligente en el cuidado de su cuerpo. Sus conductas son, por tanto, significativamente diferentes. El poseído se corresponde con el cuadro que nosotros definimos como locura ancestral, mientras que el loco al que se refiere este autor se relaciona con la locura moderna y tóxica.

Hemos de decir que lo referido por Zempleni (41) ha sido plenamente constatado en los tres síndromes de locura que hemos descrito. Así, aquellas personas que presentan locura ancestral no pierden su capacidad de pensar con coherencia; son plenamente conscientes de dónde se encuentran, de su padecimiento; no se muestran agresivos, ni contra sí mismos ni contra otras personas u objetos; pueden reconocer a los integrantes de su red social y en ningún momento se los observa transgrediendo sus creencias religiosas. Por el contrario, aquellos inmigrantes que presentan locura moderna o algunos que presentan locura tóxica se caracterizan por presentar cuadros con una pérdida completa de sus capacidades de discernimiento, no reconocen encontrarse enfermos, se muestran desorientados, pueden presentar crisis de auto y heteroagresividad, en algunos casos se desnudan frente a la mirada de los demás y pueden ser negligentes en su autocuidado.

## DISCUSIÓN

A lo largo del presente artículo hemos mostrado una novedosa clasificación de las alteraciones mentales que presentan los inmigrantes negroafricanos asentados en la provincia de Almería. Para ello nos hemos acercado a una realidad singular relacionada con los procesos SEC particulares que estas personas traen al llegar a España. Tras un extenso trabajo de campo observando a estas personas durante sus ingresos en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Poniente de esa provincia a lo largo de catorce años, hemos ido esclareciendo unas modalidades patológicas, hasta ese momento invisibles para los profesionales de salud mental.

Durante el proceso de construcción de esta nueva taxonomía, hemos intentado acompasar las diferentes miradas que tienen la biomedicina y la medicina tradicional sobre estas problemáticas de salud. Con este propósito, se ha recabado información de ambos modelos asistenciales, siendo consultadas las historias clínicas biomédicas (visión *etic*) y entrevistados los inmigrantes afectados y los integrantes de sus redes sociales (visión *emic*). Esto nos ha permitido diferenciar tres modalidades distintas de locura: la locura ancestral o síndrome negativo; la locura moderna o síndrome positivo y la locura tóxica o síndrome mixto. En cada una de ellas hemos descrito su propia etiología, modo de presentación, sintomatología, evolución, pronóstico, tratamiento, itinerario terapéutico y afectación social.

Las tres locuras antropológicas descritas pueden ponerse en relación con las miradas de los dos modelos médicos citados. Así, hemos asociado la locura moderna con los trastornos mentales de la esfera psicótica o disociativa que diagnostican los profesionales biomédicos siguiendo los criterios de la CIE-10 y el DSM-5. La locura ancestral o síndrome negativo se asocia a los cuadros descritos por la medicina tradicional africana, teniendo una denominación específica en cada cultura particular. Por ejemplo, es asimilable al *ndöp* de la medicina tradicional senegalesa. Por último, la locura tóxica o síndrome mixto tiene encaje en ambas medicinas: en la biomédica se encuadra dentro de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, pero este consumo es a veces atribuido por los afectados a causas sobrenaturales, por lo que también tiene su explicación desde la medicina tradicional africana.

Hemos de aclarar que si bien entendemos que esta clasificación de la locura en tres tipos diferentes, ancestral, moderna y tóxica, es de plena aplicación a todas las culturas del mundo, no lo es la descripción específica que hacemos de los cuadros singulares que presenta la población negroafricana. Esto es debido a que, si tal como venimos sosteniendo, la locura está impregnada por la cultura, las manifestaciones que podamos encontrar en otros grupos étnicos, sobre todo en el caso de la ancestral y la tóxica por su causalidad sobrenatural, podrán ser muy diferentes a los descritos, ya que se sostendrían en otra cultura.

Entendemos que esta nueva clasificación, en ningún modo contrapuesta a la que utilizan los profesionales biomédicos, permitirá a éstos acercarse a esa otra realidad muy diferente a la suya y entender por qué los afectados –con el propósito de alcanzar la curación a su problemática psíquica– eligen determinados itinerarios terapéuticos.

## CONCLUSIONES

Consideramos que los profesionales de salud mental del modelo biomédico no deben conformarse con la verdad que se les impone desde este saber. Muy al contrario, su formación debe ampliarse a otras miradas, por otro lado, tan “verdaderas” como la suya propia.

Si la medicina hegemónica se permitiera abrirse hacia el campo de la antropología de la salud, incorporando aquellos elementos culturales que impregnan las representaciones mentales de las alteraciones psicopatológicas que presentan las poblaciones inmigrantes, el propio saber científico se enriquecería al poder tomar conciencia de aspectos que hasta ahora le son desconocidos. Esta incorporación ayudaría a los profesionales a acompañar a los inmigrantes en los itinerarios terapéuticos que seguirán en el futuro de una manera más adecuada y congruente con sus creencias y necesidades, aceptando y comprendiendo por qué algunos de sus pacientes abandonan la biomedicina para recurrir al modelo de la medicina tradicional africana.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Maturana H, Valera F. El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano. Buenos Aires: Universitaria Lumen; 2003.
- (2) Buffil E, Carbonell E. Conducta simbólica y neuroplasticidad: ¿Un ejemplo de coevolución gen-cultura? *Rev Neurol*. 2004; 39(1): 48-55.
- (3) Wilson RA. *Boundaries of the Mind: The Individual in the Fragile Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
- (4) Ingold T. Tres en uno: cómo disolver las distinciones entre cuerpo, mente y cultura. En: Sánchez-Criado T, coord. *Termogénesis. La construcción técnica de las ecologías humanas*. Madrid: Antropólogo Iberoamericanos en Red, 2008; 2: p. 1-33.
- (5) Augustenborg CC. The endogenous feedback network: A new approach to the comprehensive study of consciousness. *Conscious Cogn*. 2010; 19(29): 547-579.
- (6) Ramachandran VS. *The Tell-Tale Brain: A Neuroscientist's Quest for What Makes Us Human*. New York: Norton; 2011.
- (7) Gazzaniga MS. ¿Quién manda aquí? El libre albedrío y la ciencia del cerebro. Barcelona: Paidós; 2012.
- (8) Bartra R. *Antropología del cerebro. Conciencia, cultura y libre albedrío*. Valencia: Pre-textos; 2014.
- (9) Laín Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat; 1978.
- (10) Pakman M. Redes: una metáfora para la práctica de intervención social. En: Dabas E, Najmanovich D, comp. *Redes: El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós, 2002; p. 294-302.
- (11) Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia&Saude Colectiva* 2003; 8(1):187-207.
- (12) Kottow M, Bustos R. *Antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005.
- (13) Deveraux G. *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Seix-Barral; 1973.
- (14) Martínez Hernández A. *Antropología y salud mental*. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán E, González Rojo E, coord. *Salud mental en la inmigración*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008; p. 33-47.
- (15) Huertas R. En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsi*. 2011; 31(111): 437-56.
- (16) Benedict R. Anthropology and the abnormal. *J Gen Psychol* 1934; 10:59-82.
- (17) Castilla del Pino C. Carta sobre la locura (en prensa). *El País*. Disponible en: [http://elpais.com/diario/1988/01/28/opinion/570322810\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1988/01/28/opinion/570322810_850215.html)
- (18) Foucault M. *La historia de la locura en la época clásica (I)*. México DF: FCE; 1998.
- (19) Szasz TS. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
- (20) Canghilhem G. *Lo anormal y lo patológico*. México: S.XXI; 2005.
- (21) Braunstein N. *Clasificar en psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2013.
- (22) Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Décima rev. Madrid: Meditor; 1992.
- (23) American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
- (24) Martínez Hernández, A. *Antropología médica. Teorías sobre cultura, el poder y la enfermedad*. Madrid: Anthropos; 2008.

- (25) Ibáñez Allera P. La enfermedad mental en los inmigrantes subsaharianos. Una mirada antropológica desde el sur de España. Almería: Universidad de Almería; 2015.
- (26) Espina Barrio A. Manual de antropología cultural. Quito: Abya-Yala; 1996.
- (27) Menéndez E. Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En: Perdiguer E, Comelles JM, edit. Medicina y cultura. Barcelona: Bellaterra, 2000; p. 163-88.
- (28) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Ibérica; 1984.
- (29) Bogaert H. Enfermedad mental, psicoterapia y cultura. Santo Domingo: INTEC; 1992.
- (30) Bélanger M. Les rites de la médecine traditionnelle bambara et le traitement de la "folie" jinébana: l'esprit jinè, acteur de la continuité du sens. *Anthropologie et Sociétés* 2002; 6(2-3): 235-51.
- (31) Carvalho de LM. Doença e cura em África. Medicina tradicional e pastoral de saúde no povo chuabo. Uma questão de interculturalização. Lisboa: Roma; 2009.
- (32) Mckinley C. Treating the spirit: An ethnographic portrait of senegalese animist mental health practices and practitioners in Dakar and the surrounding area. Independent Study Project (SPS) Collection. Paper [revista electrónica] 2012. [consultado febrero 2017]. Disponible en: [http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2423&context=isp\\_collection](http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2423&context=isp_collection)
- (33) Zempleni A. Du symptôme au sacrifice. *Histoire de Khady Fall*. L'Homme 1974; 14:31-77.
- (34) Traoré D. *Medicine et magie africaines*. Dakar: Presence Africaine; 2000.
- (35) De Rosny E. *L'Afrique des guérisons*. Paris: Khartala; 2010.
- (36) Geschiere P. Sordellerie...comment guérir le mal qui vient de l'intérieur. En: Lado L, editor. *Le pluralisme médical en Afrique*. Paris: Karthala, 2011.
- (37) Laplantine F. *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Africa Noire*. Paris: J-P Delarge; 1976.
- (38) Bationo F. Le pluralisme médical à Ouagadougou. En: Lado L, dir. *Le pluralisme médical en Afrique*. Karthala: Pucac-Karthala, 2011; p. 289-300.
- (39) Lado L. Introduction. Une approche pluridisciplinaire du pluralisme médical en Afrique. En: Lado L, editor. *Le pluralisme médical en Afrique*. Karthala: Pucac-Karthala, 2011; p.15-24.
- (40) Achotegui J. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Barcelona: Mayo; 2003
- (41) Zempleni A. La dimension thérapeutique du culte des rab. Ndöp, tuuru et samp, rites de possession chez les lebou et les wolof. *Psychopathologie Africaine* 1966; 2: 295-439.



TABLA I  
*Características de la muestra*

País de origen	Total Muestra	Hombres		Mujeres	
		Total	Promedio edad (años)	Total	Promedio edad (años)
<b>Senegal</b>	45	42	27,3	3	27,1
<b>Mali</b>	23	21	26,9	2	26,2
<b>Guinea Bissau</b>	19	16	25,6	3	26,9
<b>Ghana</b>	10	8	28,4	2	25,4
<b>Gambia</b>	7	5	29,1	2	26,9
<b>Nigeria</b>	5	1	24	4	21,3
<b>Guinea Ecuatorial</b>	4	3	27,8	1	23
<b>Costa de Marfil</b>	3	2	23	1	32
<b>Guinea Conakry</b>	3	3	34	-	-
<b>Sierra Leona</b>	1	1	43	-	-
<b>Mauritania</b>	1	1	27	-	-
<b>Burkina Faso</b>	1	1	22	-	-
<b>Total inmigrantes</b>	122	104	-	18	-
<b>Promedio edad (años)</b>	25,86	-	25,9	-	25,5

Fuente: Memoria Salud Mental. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. Elaboración propia.

TABLA 2

Clasificación antropológica de la locura en los inmigrantes negroafricanos

	<b>LOCURA ANCESTRAL</b>	<b>LOCURA MODERNA</b>	<b>LOCURA MIXTA</b>
<b>Etiología</b>	Sobrenatural	Natural	Natural/ Sobrenatural
<b>Inicio</b>	Rápido	Lento	Irregular
<b>Consumo de tóxicos</b>	No	No	Sí
<b>Sintomatología</b>	Síntomas negativos: - Aislamiento - Mutismo - Clinofilia - Ausencia de ingesta	Síntomas positivos: - Ideas delirantes - Alteraciones sensoperceptivas - Hiperactividad - Hiperalerta - Heteroagresividad	Síntomas positivos y negativos: - Descuido en aseo personal - Descuido en alimentación - Vive y duerme solo en lugares abandonados
<b>Evolución</b>	Resolución rápida	Resolución lenta	Resolución rápida (Tras dejar de consumir tóxicos)
<b>Pronóstico</b>	Favorable Restitución <i>ad integrum</i>	Desfavorable No restitución <i>ad integrum</i>	Favorable Restitución <i>ad integrum</i>
<b>Tratamiento</b>	Medicina Tradicional	Biomedicina	Biomedicina/ Medicina Tradicional
<b>Red Social</b>	Lo contiene	Lo contiene	Lo expulsa

Fuente: Elaboración propia.

FIGURA I  
Países africanos de la muestra



Fuente: Didactalia. Adaptación de los autores.

