

# **ANTROPOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL.**

**Pau Pérez Sales**

# **ANTROPOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. 1**

## **1. Conceptos básicos de antropología en el trabajo en salud mental. 4**

## **2. Elementos de psicología transcultural. 10**

*¿Existen diferencias interétnicas en los procesos psicológicos básicos (atención, percepción, memoria...)?.* 10

*El concepto de persona y de yo.* 10

*Emociones básicas del ser humano.* 12

*Sensaciones corporales: Aspectos transculturales de la percepción de dolor.* 13

*Implicaciones de los planteamientos transculturales para una teoría del desarrollo humano.* 14

*Sociedades individualistas / sociedades colectivistas.* 15

*Estudio de caso práctico: El duelo desde una perspectiva transcultural.* 19

*Limites culturales en la conceptualización del duelo.* 20

## **3. Psicología Social Transcultural. 22**

## **4. Las principales escuelas antropológicas. 27**

## **5. Historia de las relaciones entre antropología y psiquiatría. 32**

*1. Evolución de los modelos causales de la enfermedad mental.* 32

*2. La corriente Cultura y Personalidad y su influencia sobre la psiquiatría y la antropología.* 34

## **5. Elementos de psiquiatría transcultural. 38**

*1. Síntomas psicóticos : relativismo cultural de los delirios y las alucinaciones.* 38

*2. Aspectos transculturales del síndrome esquizofrénico.* 40

*3. Trastornos por ansiedad - trastorno por somatización.* 42

*4. Trastornos afectivos.* 42

*5. Otras neurosis.* 43

*6. Abuso de sustancias.* 43

*7. Trastornos de la personalidad.* 44

## **6. ¿Existen los llamados Síndromes Ligados a la Cultura?. 47**

*1. Concepto.* 47

*2. ¿Qué tienen en común los Culture-Bound Syndromes?* 50

*3. Pero... ¿existen los Non-Culture-Bound Syndromes?.* 54

## **7. Fracaso de los actuales modelos en psiquiatría transcultural. Propuestas alternativas.56**

*1. Alternativas desde la psiquiatría académica. 59*

*2. Alternativas desde la etnopsiquiatría. 60*

## **8. El proceso terapéutico. 61**

*1. Los sistemas médicos como construcciones culturales. 61*

*2. La depresión como entidad de la cultura euroamericana : reflexiones sobre etiología y clasificación de enfermedades. 64*

*3. La terapia simbólica : elementos transteóricos en el trabajo en psicoterapia. 72*

*4. ¿Son universalmente aplicables las psicoterapias de corte occidental? 75*

*5. Las estrategias de afrontamiento. 77*

*6. Aspectos culturales de la prescripción de fármacos 77*

*7. ¿Qué puede aprender la psicoterapia de los sanadores tradicionales?. 77*

## **9. Planificación de servicios desde una perspectiva transcultural. Comparación de sistemas médicos e integración de recursos. 79**

*1. ¿Es posible trabajar en otras culturas? 79*

*2. Comparación de sistemas médicos. 79*

*4. Interacción y coordinación entre sistemas : trabajo con sanadores tradicionales. 81*

*5. Modelos de interacción. 84*

*6. La figura del trabajador bicultural como eje de la planificación de servicios. 85*

*7. Dificultades prácticas en la articulación de sistemas médicos. 86*

## **10. Antropología psiquiátrica aplicada. Aspectos específicos. 89**

*Aspectos culturales de los procesos de inmigración. 89*

*De las fases a las tareas. 93*

*Puntos de desencuentro cultural en el trabajo con refugiados. 98*

*La comunicación inter-personal : elementos relevantes en el diálogo, la entrevista y la negociación. 99*

*El trabajo con traductores 100*

*Elementos culturales en las organizaciones. 101*

*Reentrada y choque cultural reverso. 102*

*BIBLIOGRAFIA 106*

# 1. Conceptos básicos de antropología en el trabajo en salud mental.

\* *¿Qué es una etnia?*

Una **etnia** es un conjunto de personas con una tradición cultural común simbolizada por un nombre que la identifica, apoyada generalmente en una historia, una lengua y un territorio. Desde la perspectiva sociocognitiva contemporánea la etnia se define desde la **conciencia colectiva** de permanencia a la misma. En el mundo se considera que existen en la actualidad entre 10 y 15.000 etnias distintas.

¿Qué diferencia hay entre los conceptos de etnia y raza?. La definición anterior nos lo está señalando. Mientras diferenciar etnias sería diferenciar matrices culturales, es decir, tipos de *software*, la **raza** sería el soporte físico, el *hardware*. Una **raza** sería un subtipo de una especie animal en general y del hombre en particular. Entre una raza y otra existirían variaciones **morfológicas** (biotipo, esqueleto, vello, color de piel, distribución de enzimas...). En los libros se encuentran diferentes clasificaciones de razas humanas (que van desde 4 a 31 razas distintas), aunque la realidad es que el concepto de raza es desechado por la antropología contemporánea dado que (1) las diferencias bioquímicas y biomecánicas entre individuos de una misma 'raza' son a menudo más importantes que las diferencias entre individuos de 'razas' distintas, (2) cada vez hay más evidencias de un origen común en unos pocos troncos con un posterior avance migratorio. (3) En ningún momento de la historia parecen haber existido razas puras. (4) La raza como entidad puramente biológica es difícil de objetivar, dado que el ser humano tiene un componente psíquico fruto de interacciones complejas entre lo biológico y lo cultural. No hay evidencias que apoyen la atribución de caracteres psíquicos significativos a un grupo humano en base a diferencias biológicas. Una **nación** es una estructura política que agrupa a personas con un origen histórico común y que puede por tanto englobar a una o varias etnias. En este sentido pueden existir naciones con **estado** y naciones sin estado en función del reconocimiento internacional o no de una determinada nación y del establecimiento por acuerdo de límites fronterizos.

Se habla de **genocidio** como del exterminio físico de un pueblo. Se habla de **etnocidio** (*crimen cultural*) como del proceso de desestructuración de una etnia por la invasión impuesta de otra cultura.

\* *¿Qué es entonces una cultura?*. Existen más de doscientas definiciones de *cultura*. Una buena definición podría ser que una cultura es *un conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo ciertos modos pautados y compartidos de pensar, sentir y actuar*. Quienes pertenecen a esa cultura constituyen, como veíamos, una etnia.

\* Pero *¿Quién pertenece a una determinada cultura?*. Esta (o cualquier otra definición) de cultura o de etnia, aparentemente tan sencilla desde el punto de vista teórico, empieza a hacer aguas cuando se la somete al "test de realidad", es decir, cuando se pretende construir una variable operativa, medible, objetiva. Cuando queremos definir unos parámetros que permitan establecer de modo científico si un conjunto de actitudes, valores y creencias compartidos por un grupo de gente pueden ser considerados o no una "cultura" y si una determinada persona en particular puede considerarse miembro o no de la misma.

Se han definido cerca de 80 elementos que podrían ser considerados como diferenciadores de una cultura. ¿Cuáles deben ser considerados los básicos, los que permiten

*clasificar?*. Cualquier elección (las habituales: lengua, territorio, historia común, autoidentificación... u otras) conlleva problemas y situaciones confusas<sup>a</sup>.

Todo ello nos lleva a pensar que en realidad todo lo que incluíamos arriba dentro de la definición de *cultura* es una generalización sobreinclusiva y falsamente homogénea. Hay una perspectiva alternativa: no ver la cultura como una categoría estática que define a un grupo cerrado de personas (como lo sería, por ejemplo, haber nacido con ojos de color rosa) sino como una serie de características *individuales*. Una cultura pasaría entonces a ser *todos aquellos elementos del proceso de socialización de una persona (en concreto) que determinan su modo de ver el mundo y situarse en él, su sistema de creencias y sus relaciones, su concepción de las normas, derechos y deberes con los demás*. Desde esta perspectiva (que hemos denominado antes sociocognitiva) cada persona es una única mezcla de elementos de socialización.

En resumen, es imposible determinar de modo objetivo (1) si un grupo cultural puede llegar a constituir o no una etnia. Resulta básico, en este sentido, su propia identificación subjetiva como colectivo, peor no es posible decidir qué tan diferentes han de ser para ser considerados etnia. (2) Si una persona pertenece o no a una etnia. Por eso suele recurrirse a estrategias indirectas como selección por apellidos o similares. Pero, en lógica con todo lo dicho hasta ahora, deben ser criterios ineludibles:

- Haber sido endoculturado en esa tradición, es decir, haber pasado por una infancia y adolescencia inmerso en esa matriz cultural<sup>b</sup>.

- Identificarse como miembro y desear serlo<sup>c</sup>. (*¿Usted se considera....?*)

\* *La etnia como estructura dinámica*. Un corolario de todo lo anterior es que una etnia no es una estructura estática definida por esa serie indefinible de parámetros (tradiciones, folclor, lengua...) sino una **estructura dinámica** y heterogénea en interacción constante con las otras etnias circundantes. La realidad contemporánea es, además, la de personas que se mueven cómodamente en varias culturas de modo simultáneo, de inserciones, préstamos, cambios e intercambios. Por todo ello la etnicidad se entiende cada vez menos como algo “dado” (postura *primordialista*) y cada vez más como una construcción social cambiante (postura *modernista*)<sup>d</sup>.

\* *Etnia y sentimiento de agresión*. Desde esta perspectiva relacional y dinámica es básico el concepto de oposición étnica. Aquello que caracteriza a una cultura es lo que más la diferencia de las culturas que la rodean. Cuando un grupo humano se identifica como portador de una cultura se produce un círculo de refuerzo<sup>1</sup>. La cultura ayuda a reforzar, promulgar, fortalecer las similitudes conductuales y de razonamiento ante problemas de diferentes grupos de población. el punto decisivo que habría de ser examinado sería el de la frontera étnica del grupo y no el del contenido cultural que encierra. Acorde con ello habrá un **recurso prioritario a la identidad** cuando una comunidad se siente agredida. La etnia actúa entonces como elemento

---

<sup>a</sup> Mirado desde otra perspectiva: ¿No hay muchas veces más similitudes en el modo de pensar y funcionar entre dos personas de culturas aparentemente diferentes (pongamos USA y España) pero identificadores (clase social, trabajo, lecturas...) similares?

<sup>b</sup> Este tema es mucho más polémico de lo que parece. Significa que si nos atenemos a la estricta concepción antropológica no sería posible afirmar, como se hace desde parámetros jurídicos o políticos, que, aceptando la existencia de una cultura catalana, *catalán* sea todo aquel que vive y trabaja en Cataluña. Otra cuestión es que haya una voluntad de acogida y una apuesta por la equiparación absoluta a todos los efectos. No se puede ser miembro de una cultura porque uno lo decida o se traslade a vivir a ese lugar.

<sup>c</sup> Tema también polémico. Significaría, por ejemplo, que un joven mapuche que emigra a la ciudad y se reivindica como “argentino” o “chileno” no puede ser considerado mapuche *contra su propio criterio*. Y no todo el mundo está de acuerdo en esto.

<sup>d</sup> Implicación directa de esto sería, por ejemplo, el error que supone intentar definir las características de un pueblo conversando con personas tradicionales. Los jóvenes mayas que han emigrado a las ciudades, procuran aprender *castilla* sin renunciar a sus raíces y buscan disimular su origen en un intento de adaptación a la cultura mayoritaria o se sienten atraídos y adoptan otros patrones, hábitos, ropas o músicas, son también exponentes de una etnia maya tan representativos como los tradicionales.

básico aglutinador. Se establecería una cadena agresión al colectivo – agrupamiento – reacción étnica. Se recupera la historia, se buscan elementos diferenciadores, se exaltan batallas o mitos. Cuando la agresión cede disminuye también el recurso a la etnia como forma de apoyo mutuo<sup>2</sup>.

Comparando a los refugiados hutus que se refugiaron en Tanzania con los que emigraron a las ciudades, se observa cómo en los campos de refugiados se dio un proceso de concienciación colectiva de identidad étnica que les llevó a crear, repetir y ampliar un mito muy politizado referente a su origen y que servía para sostener la reclamación de los Hutus acerca de los antiguos derechos sobre las tierras. En dicha mitología los Tutsis son considerados extranjeros que habían abusado de la hospitalidad y les habían arrebatado su “nación”. El mito proporciona un sentimiento de identidad que moviliza a la acción y la resistencia en condiciones muy difíciles. En ese proceso, adoptar la nacionalidad tanzana es visto como una traición y a los que fueron a las ciudades se les considera fuera del mito. Caso opuesto ocurría entre los Hutus de fuera de los campamentos que solían esconder su pertenencia étnica y se autodenominaban “burundeses” como un modo de mejorar<sup>3</sup>

La postura extrema de este razonamiento en la línea de la psicología y la antropología sociocognitiva radical afirma que las naciones son comunidades imaginadas que se recuerdan y se olvidan. Un sistema de educación inculcaría esta forma de memoria social que se consolida a través de los rituales públicos y de los símbolos que ensalzan la nación<sup>e</sup>

En todo caso la mejor forma de acercarse a una cultura desconocida es la de no considerarla como un “texto” que puede desempolvarse de una biblioteca para releerla de vez en cuando<sup>2</sup>, sino entablar un diálogo con ella y verla *actuar* ante situaciones concretas. A partir de un esqueleto básico, buscarla desde lo dinámico y desde la praxis, aceptando la heterogeneidad de sus miembros, sus contradicciones como colectivo y su mutabilidad según la funcionalidad histórica.

Es peligroso creer que se puede conocer los elementos de una cultura por algunas conversaciones con unos pocos informantes clave, por muy cualificados que estén.

\* *Concepto de endoculturación.* Las características de una etnia se mantienen a lo largo del tiempo por una transmisión generacional de los rasgos de la misma. Ese es el proceso de endoculturación que se realiza en parte de modo automático e inconsciente y en parte de modo voluntario y por decisión de los padres. Ante las tendencias xenófobas o etnocéntricas propias de cualquier ser humano cabe pensar que si la persona xenófoba hubiera sido endoculturada en el seno de otro grupo, todos esos estilos de vida supuestamente salvajes, inhumanos, molestos o irracionales serían ahora los suyos.

Un ejemplo muy interesante de esto es el análisis de *textos indígenas de la conquista* en lo referente a lo que podría denominarse “Normas de la Guerra”. Mientras que los conquistadores españoles veían a los mexicas de Tenochtitlán como salvajes por los desollamientos y sacrificios humanos, para aquellos eran formas de mantener la relación con los dioses a través del ritual de la sangre –algo que sin duda recuerda al sacrificio de Jesucristo por el pueblo judío-. En las relaciones indígenas en cambio, se refleja como una abominación signo de la barbarie de los invasores barbados la violación sexual de mujeres prisioneras, inconcebible y repulsiva para ellos<sup>4</sup>. ¿Quiénes son, objetivamente, los *salvajes*?

\* *Relativismo cultural y derechos humanos.* El *relativismo cultural* defiende que todas las pautas culturales son igualmente válidas y dignas de respeto. Esta no es una postura mayoritaria de la antropología aunque pueda ser científicamente justificable. Las desigualdades sociales, la discriminación de la mujer, la pena de muerte etc. no parece que debieran ser defendidas en base al respeto cultural. Cuando entran en contradicciones los *derechos humanos* fundamentales con los derechos étnicos y culturales la mayoría de antropólogos opinarán que deben primar aquellos, si bien es un tema abierto a polémica. La razón del debate estriba en quien juzga lo que es reprobable o no : ¿los científicos euroamericanos desde su propia matriz ética cultural?

---

<sup>e</sup> Este tipo de argumentación aunque muy atractiva intelectualmente, encierra muchos peligros. ¿Son los sentimientos procesos de memoria social o aprendizajes? ¿Es el sentimiento de pertenencia a una cultura solamente un problema de símbolos y de la necesidad primaria de afiliación del ser humano?. Hay un gran riesgo de derivar hacia posturas postmodernistas, hipotético preludeo de un pensamiento único “científicamente” avalado. No debería caerse en una visión mecanicista de los sentimientos humanos .

Y detrás de ello las voces que consideran que la Declaración Universal de los Derechos Humanos carece de una perspectiva transcultural y está elaborada desde una perspectiva individual y no comunitaria y no responde a los códigos de valores esenciales de otras culturas distintas a las que la promovieron<sup>f</sup>.

. *De la endoculturación a la ruptura generacional.* Las actuales pautas de transmisión cultural están rotas por el ritmo creciente del avance tecnológico. Los hijos asimilan este cambio a mayor velocidad que padres o abuelos, entrando con frecuencia en un descrédito o minusvaloración de los valores. Por primera vez en la historia, los niños saben más que los ancianos. Este es uno de los elementos fundamentales que están marcando un punto de inflexión en la historia de la humanidad.

\* *La 'cultura de la pobreza'.* Otro de los temas polémicos de la antropología contemporánea es el de los límites del proceso de endoculturación. El clásico texto de **Oscar Lewis** *Antropología de la pobreza* plantea el debate. Este autor realiza un estudio de varias familias extremadamente pobres de la ciudad de Méjico y formula la teoría de que existe una *cultura de la pobreza* transmitida de padres a hijos que impide que estos salgan de sus condiciones. **Martín-Baró** y otros han ampliado estas ideas desde la psicología social para hablar del *fatalismo latinoamericano* y del inevitable destino de las capas pobres latinoamericanas. Este concepto, de gran impacto en toda una generación de sociólogos y antropólogos es cuestionable : la subcultura de la pobreza (suponiendo que exista) ¿se replica porque los padres la transmiten a sus hijos o porque los hijos se enfrentan a las mismas condiciones estructurales (políticas, económicas y sociales) a las que se enfrentaban sus padres?. ¿Transmiten los padres fatalismo (poco estímulo al estudio, elogio del trabajo manual precoz, de la natalidad precoz, del consumo a crédito...) o los hijos carecen de las oportunidades para no repetir el ciclo?. Los datos parecen apuntar a que las condiciones estructurales tienen un peso mayor que la resignación y la autocomplacencia en la pobreza, endoculturalmente transmitida.

Esta idea puede ampliarse a las otras *culturas* que se postulan. Por ejemplo la *cultura de la violencia*: en Colombia o Centroamérica ¿se recurre a la violencia porque es transmitida de padres a hijos o porque las condiciones estructurales y políticas hacen que la violencia sea **funcional** (es decir, que sea la manera más eficiente de resolver conflictos)?. Aunque haya un proceso de aprendizaje y tolerancia social, esta es avalada por las instituciones públicas, detentadoras de la máxima violencia, y la impunidad y tiene su mayor raíz en las profundas desigualdades y la falta crónica de perspectivas, junto a la vía fácil del recurso a la violencia.

\* *Perspectivas etic y emic en antropología.* Una cultura puede observarse desde dos perspectivas : la del que la vive (*emic*) y la del observador externo (*etic*). Mientras que desde la primera perspectiva se intenta estudiar la estructura subyacente sin preconcepciones, en la segunda el observador compara lo que ve con lo que le es propio.

Así, por ejemplo, el *susto* como etnoenfermedad puede estudiarse desde una perspectiva *emic* si se recogen descripciones del mismo, se estudian las causas que la gente cree que tiene y los tratamientos usados. Y puede hacerse desde una perspectiva *etic* considerándolo una variante local de reacción de ansiedad y viendo la características que lo asemejan y distinguen de otras reacciones de ansiedad que conocemos. La etiología y el tratamiento serán entonces, no los propios de la cultura, sino los comunes a las reacciones de ansiedad según las entiende el observador.

Consideramos que puede hablarse de *antropología psiquiátrica* como del estudio de las concepciones relacionadas con la mente y su enfermar desde una perspectiva multiétnica, es decir, desde cada cultura. Y de *psiquiatría transcultural* como del estudio comparativo de los trastornos mentales a través de la culturas, es decir, desde una perspectiva *etic*. Mientras la primera se basará en metodologías cualitativas (esencialmente la *observación participante* : llegar a pensar desde el otro), la segunda lo hará en la validación y estandarización de

---

<sup>f</sup> Véase por ejemplo, para un debate sobre el tema : An-Na'im A.A. Human Rights in Cross Cultural Perspectives. A Quest for Consensus. Univ. of Pennsylvania Press. 1992; Wilson RA. Human Rights, culture and context : anthropological perspectives. Pluto Press. Londres. 1997.

instrumentos psicométricos y su aplicación comparada en diferentes medios. Este último es el enfoque utilizado por la psiquiatría académica tanto desde la Organización Mundial de la Salud como desde las diferentes asociaciones profesionales a nivel mundial dominados por las concepciones euroamericanas.

El debate entre lo *etic* y lo *emic* constituye uno de los clásicos de la antropología. Las escuelas tradicionales y especialmente la inglesa se han movido desde una base *etic*: llegar, observar, analizar, clasificar, comparar, describir. Esto ha llevado a movimientos de rechazo cada vez más importantes, sobretodo desde los propios *sujetos de observación* que han postulado que debe intentar verse la realidad desde los ojos propios y que una auténtica antropología debe estar construida desde dentro de la cultura. Así, una etnografía *kuna* solo va a ser real cuando esté escrita por gente *kuna*, puesto que ellos son los únicos que pueden alcanzar una auténtica comprensión de determinados términos, valores, significados o ritos. Esta fue la postura del particularismo, del relativismo y la actual postura post-modernista.

La siguiente tabla resume las diferencias esenciales entre estos dos modos completamente distintos de entender la antropología:

<b>Comparativistas (ETIC)</b>	<b>Particularistas (EMIC)</b>
Ideal de las ciencias naturales	Ideal de las humanidades
Búsqueda de la explicación	Búsqueda de la comprensión
Búsqueda de leyes generales	Registro de casos únicos
Etnología (análisis). Síntesis comparativa	Etnografía (descripción). Análisis de lo peculiar
Elaboración tipológica de los rasgos comparables	Expresión de la cultura en sí misma
Desarrollo de la cuantificación	Exaltación de lo cualitativo

**Los Pros.** No hay ninguna duda que hartos de una antropología colonialista, folclorista, paternalista, irrespetuosa y caricaturizante las posturas *emic* representan versiones mucho más avanzadas de análisis de la realidad. Los estudios antropológicos sobre la melancolía portuguesa -la *saudade* de los fados- es de comprensión más asequible a quien proceda de una cultura que tenga este término y vivencia intraducible en otros idiomas. Ante una realidad que no le es propia un médico, poseedor de conocimientos de medicina occidental, puede analizar las formas de tratamiento local como remedos de lo que él hace y buscar elementos terapéuticos en ello. O puede aceptar que hay múltiples medicinas en el mundo, acorde con múltiples cosmovisiones, acercamientos a las causas y modos del enfermar humano, y múltiples formas de tratarlo acorde con ello. La primera es, probablemente, una postura etnocéntrica, falsamente antropológica.

**Los Contras.** Pero el relativismo también tiene sus contradicciones<sup>5</sup>. Por ejemplo:

- No es posible un auténtico avance de la ciencia sin que en un momento determinado se establezca un análisis comparativo de datos para llegar a síntesis. La acumulación de datos referidos a decenas de culturas no va a significar un avance, si no hay un análisis *etic* de ellos. Este puede ser subjetivo, pero lo que habrá que hacer será discutir esa posible síntesis, no descalificarla por ser como todo intento de síntesis, injusto con todos.

- Ser miembro de una etnia no tiene porque dar mejor conocimiento de la misma. Como dice Reynoso<sup>5</sup>, nada peor que un ciudadano norteamericano para definir lo que es nuclear y característico de los ciudadanos norteamericanos. En otras palabras, sería ingenuo pensar que las claves de lo real están al alcance de la conciencia y el sentido común<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Un marxista diría que la mayoría de la población no es consciente de su papel social y su situación de explotación y un psicoanalista que nada más lejos de la comprensión que la conciencia.

- El uso de una lengua –por ejemplo- no implica el conocimiento de sus estructuras lingüísticas. De igual modo participar de una cultura no tiene porque significar conocer el modo en que ésta opera.

- Una estrategia *emic* rigurosa es un fracaso porque presupone una visión única y compartida de los miembros de la cultura por parte de sus actores, y que estos , al ser preguntados, podrán compartirla. No es congruente con la complejidad.

**La síntesis: las dos posturas son necesarias.** Una visión ajustada a la praxis podría ser que deben proponerse y potenciarse los estudios etnográficos (es decir *emic*) elaborados por sus protagonistas o en todo caso a partir de los propios etnoconceptos locales (no tanto estudiar cómo ven los derechos humanos –concepto *etic*- las poblaciones *hutu* y *tutsi* como cual sería el concepto cultural más cercano –búsqueda del concepto *emic*- y en qué se basaría éste).

Y, a continuación, elaborar síntesis comparativas *etic* a partir de estas etnografías, que no deberían ser patrimonio de académicos del norte, sino elaborados desde el mayor espectro posible de pensadores en diferentes lugares y culturas.

**Aunque ante la duda: *emic*.** En todo caso en el dilema entre pasar por post-modernista o por colonialista, parece menos deleznable lo primero. La experiencia del trabajo en terreno muestra tozudamente una y otra vez que la antropología aplicada, es decir la resolución de problemas prácticos en el día a día –que es en definitiva la más relevante en el terreno de la salud- se beneficia mucho más de los enfoques *emic* que parten y se nuclean desde el respeto a la perspectiva de aquellos con quienes trabajamos. Las *etic* serán más propias de los debates de académicos y universitarios. Más adelante, en el capítulo 9, volveremos al terreno de la antropología aplicada y a metodologías para una aproximación *émica* a la realidad.

## 2. Elementos de psicología transcultural.

*¿Existen diferencias interétnicas en los procesos psicológicos básicos (atención, percepción, memoria...)?*

Revisando la literatura se observa que existen pocas investigaciones al respecto. Los estudios que comparan habilidades viso-espaciales entre diferentes etnias realizados en Australia, India y África, coinciden en concluir que cada etnia tiene el patrón de habilidades que se ajusta mejor a su medio. La *ley de diferenciación cultural* defiende que mientras que todas las poblaciones tienen tanto los mismos procesos cognitivos y perceptivos como el mismo potencial para el desarrollo cognitivo y perceptivo, los factores culturales y ecológicos marcan qué es lo que se va a desarrollar; en consecuencia diferentes ambientes culturales llevan al desarrollo de diferentes patrones de habilidades<sup>6</sup>. En estos procesos existe una *edad crítica de diferenciación*. Si tomamos el ejemplo del lenguaje, el ser humano tiene un enorme potencial fonemático. Durante los primeros años de vida se produce un proceso de selección por el que sólo se retienen un determinado número de ellos, perdiéndose el resto. Así, por ejemplo, un niño inglés que nació en la India y permaneció allí el suficiente tiempo como para mantener entre su repertorio las vocales aspiradas, aunque no llegara a aprender ninguna lengua indostánica podrá luego aprenderla de adulto con un correcto uso de fonemas.

### *El concepto de persona y de yo.*

El concepto de 'persona', pieza clave en la construcción de la filosofía y la psicología, no es universal, como parecemos asumir al hablar, por ejemplo, de trastornos de la personalidad. Así en culturas no centradas en el individuo y con una perspectiva holística las 'personas' no pueden entenderse si no es en relación con los demás y con el medio ambiente. La persona no se define (desde el nombre hasta sus rasgos) por una serie de propiedades que le caracterizan, sino por su modo de interactuar con el medio. Por eso diferentes autores cuestionan el concepto de persona en la psicología actual, por su carácter no contextual y por asumirse como una estructura y no como una función.

Matsumoto<sup>1</sup> revisa diferentes estudios transculturales que han examinado esta cuestión. Una técnica de aproximación es, por ejemplo, pedir a grupos de personas que escriban una lista de características que las definen tan rápido como puedan. En las autodescripciones se observan algunas diferencias notables.

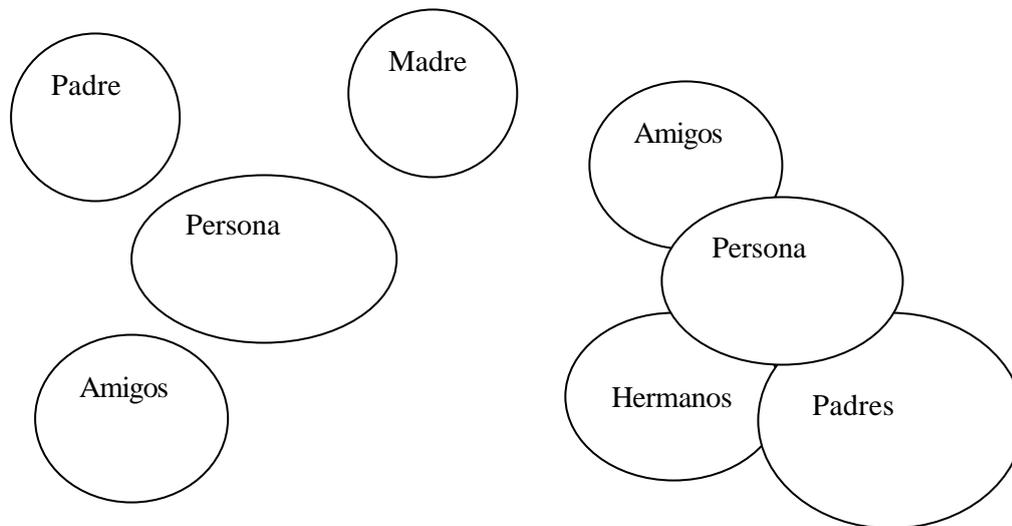
- En el medio occidental las personas se definen en términos abstractos generales, del tipo “soy un buen conversador” o “ayudo a los demás”
- En culturas no occidentales las definiciones son situacionales, es decir, del tipo “cuando estoy con mis amigos soy conversador”, o “en el trabajo suelo ayudar a los demás”. En un estudio realizado en China el 80% de las características que daban los sujetos tenían que ver con su pertenencia a alguno de múltiples grupos y no entendían que se les preguntara por su manera de ser si no se explicitaba en qué contexto en concreto.

Esta diferencia es esencial, y vendría reflejada en el gráfico<sup>h</sup>. Para muchas culturas no occidentales de carácter colectivista (ver más adelante) no puede asumirse que la independencia y la individuación sean un valor. Estas culturas enfatizarán lo que podría denominarse el espíritu de conexión básica entre las personas. El valor más importante no es mantener la independencia, sino la interdependencia, y el proceso de socialización se encamina precisamente a potenciar esto:

---

<sup>h</sup> Adaptado de Matsumoto D. *Culture and Psychology*. Brooks/Cole. New York. 1996. pp 38-40

adivinar lo que el otro desea o necesita, ser agradable a los demás, no resultar ofensivo, etc. Esto lleva a una **construcción interpersonal de la personalidad**, que sería lo que refleja el gráfico de la derecha.



Como casi siempre en etnopsicología, éstas perspectivas no son incompatibles y muchas personas pueden coexistir con ambas, según el medio en que están en ese momento o el idioma que usan.

Lo importante, en este sentido, y que puede ayudar a entender este concepto básico es preguntarse cómo se ve la persona a sí misma, cómo se define.

**Aspectos cognitivos de la personalidad.** Una de las consecuencias de esto es que cuando en un cuestionario o en una entrevista se le pregunta a una persona de una cultura no occidental respecto a si tiene tal o cual “característica” no sepa qué responder o le parezca una pregunta confusa, esperando que se le defina en qué contexto se aplica esto. Y al revés, ante una pregunta muy contextualizada una persona occidental tenderá a responder en términos generales. Por ejemplo, si a un estudiante japonés se le pregunta “¿Es usted descuidado?”, puede que responda, tras un rato, “no, en el trabajo soy meticuroso”, mientras que si a una persona euroamericana se le pregunta “¿suele ser descuidado en casa?”, puede que conteste: “Bueno, a veces, pero mi manera de ser en general es ordenada, porque en el trabajo, por ejemplo...”. Es decir la información considerada **relevante y distintiva** es diferente. Esto tendrá que ver también con la manera como la persona se ve entre los demás. En diferentes estudios epidemiológicos en población general se observa que cuando se le pregunta a ciudadanos norteamericanos respecto a cómo se ven en comparación con los demás, alrededor del 70% se consideran más inteligentes, más hábiles o con mayor capacidad de liderazgo *que la media*. Lo cual es estadísticamente imposible. Hasta un 60% de ciudadanos norteamericanos se autocalifican como “dentro del 10% más dotado<sup>1</sup>”. Es decir, hay una tendencia a infravalorar a los demás, a creerse único y especial. Esto es adaptativo en una sociedad en la que la autoestima es necesaria para la supervivencia. Pero en una sociedad interdependiente este tipo de asunciones serían inadaptativas, enfrentarían a la persona con las demás y le dificultarían sentirse bien, porque para mantener un sentido de valía personal lo importante es ser capaz de mantener vínculos fuertes y estimulantes con las personas de referencia.

Otra consecuencia muy importante desde el punto de vista de la psicología social y del trabajo en salud mental es que dado que desde una perspectiva independiente se asume que las personas tienen rasgos definidos y estables, será mucho más fácil que a partir de cualquier conducta de otra persona se realicen “inferencias” respecto a cómo es esa persona, o cuales son sus características internas, supuestamente estables, es decir, hay una estructura más proclive a la formación de estereotipos y prejuicios. Desde una perspectiva interdependiente, en cambio, se

reconocerá con mucha más facilidad que lo que hace una persona depende directamente del contexto en el que está y de los factores situacionales.

Por último, desde el modelo de personalidad independiente los motivos que guían a la persona tendrán que ver, sobretodo, con el logro del éxito, la mejora de las cualidades personales etc. Desde una perspectiva interpersonal, en cambio, las conductas sociales estarán más guiadas por las expectativas de los demás, las obligaciones que la persona percibe que tiene respecto a los otros o el sentido del deber hacia alguno de los diferentes grupos de pertenencia de la persona.

**La perspectiva clínica.** La psiquiatría académica parte del supuesto de un concepto universalmente compartido de *personalidad* para definir entidades nosológicas: los *trastornos de personalidad*. La psicología también en la medida que se realiza la validación transcultural de instrumentos psicométricos de medida de la misma y se parte para ello del supuesto básico de que habría unos ejes básicos compartidos (extroversión / introversión, neuroticismo...) <sup>7</sup>. Se buscan tipologías de base biológica (como la de Cloninger) o de base cognitiva (Locus de control, Búsqueda de sensaciones....) supuestamente (y probablemente) universales. Si aceptáramos la existencia de una estructura de personalidad no contextual, coherentemente con lo desarrollado en el primer capítulo, la búsqueda de sus elementos básicos no debería basarse en la traducción de cuestionarios y replicación en otras culturas <sup>1</sup> sino en realizar estudios locales *emic* elaborando propuestas de rasgos básicos de personalidad surgidas desde la propia cultura para luego poder compararlas con otras medidas surgidas en otras. Esto es lo que intentaron McCrae, Costa y Yik <sup>8</sup> cuando empezaron investigando los rasgos de personalidad que podían aislarse en un medio cultural chino y comparándolo progresivamente con análisis de otras culturas hasta proponer los denominados *The Big Five*, cinco factores supuestamente universales surgidos de ese análisis comparativo de estudios en diferentes culturas. Su expresión psicométrica es el cuestionario NEO-PI-R, traducido y usado en estudios en todo el mundo en la década de los noventa. Serían supuestamente universales la extraversión (*extraversion*), deseo de agradar (*agreeableness*), escrupulosidad (*conscientiousness*), estabilidad emocional (*emotional stability*) y apertura a las novedades (*openness to experience*). Su existencia como universales, dicen los autores, no significa que en cada cultura no haya rasgos adicionales que añadir a estos. Así, según ellos, por ejemplo, la *simpatía*, en las culturas latinas o el *amae*, dependencia y lealtad a los superiores y a las tradiciones, en Japón. Pero esta propuesta no resuelve la cuestión de las diferencias que surgen si abandonamos la perspectiva individual, como ocurriría en sociedades colectivistas (supuestamente China, por cierto).

### ***Emociones básicas del ser humano.***

Si existen estas diferencias respecto a los procesos psicológicos básicos. ¿Ocurrirá algo similar respecto a las emociones?. Responder a esta pregunta es responder a uno de los clásicos de la psicología: si existen unas emociones básicas del ser humano. Se han hecho diferentes propuestas de emociones básicas desde una perspectiva etológica o a partir de estudios experimentales con humanos. Parece que pueden aceptarse, con diferentes matices, cinco: felicidad, tristeza, ansiedad, ira y rechazo o aversión. Pero, ¿qué ocurre cuando miramos esto desde la perspectiva cultural?.

Si mantenemos la distinción respecto a la perspectiva independiente e interdependiente en el estudio de la personalidad y la negligencia de estudios respecto a esta última, algo parecido puede ocurrir al hablar de las emociones.

---

<sup>1</sup> La técnica usual suele ser traducirlo, adaptarlo culturalmente, administrarlo a una muestra representativa y realizar un análisis factorial de los resultados mostrando que surgen subescalas similares a las de la versión original (generalmente inglesa o americana) en diferentes culturas. Algunos estudios jocosos (por ejemplo Bijnen, Van der Net y Poortinga (1986) en su polémica con Eysenck) han mostrado que esto puede conseguirse simplemente con series aleatorias de cuestionarios generados por ordenador, es decir, que hay una tautología en el propio diseño de todos estos estudios que reciben, globalmente, la denominación de *etic-forzados*.

Kitayama, Markus y Matsumoto (1995)<sup>9</sup>, como psicólogos de origen japonés y adscripción a una universidad norteamericana han intentado poner palabras a este desencuentro y proponen ver dos tipos de emociones: las **emociones socialmente relacionadas** (*socially engaged emotions*) y **socialmente dependientes** (*socially disengaged emotions*). Un ejemplo puede permitir entender esto. Ellos hablan también del *Amae* como de una emoción básica para entender la psicología de las emociones en Japón. El *Amae* se refiere al deseo o expectativa de recibir indulgencia o favor por parte de otros. Su forma prototípica encontraría su raíz en la dependencia materno-filial, que es subsecuentemente elaborado en la vida adulta en forma de *Amae* de un modo mucho más complejo y sofisticado y aplicado a las relaciones sociales, laborales y de todo tipo. Así, un subordinado espera *protección, benevolencia y favor* de su inmediato superior. Las acciones de ésta determinarán la creación de un vínculo especial de carácter afectivo entre ambos. El rechazo a asumir este vínculo por cualquiera de las dos partes conllevará emociones negativas y confrontación. Para un observador occidental es incomprensible la mezcla de elementos personales y laborales que existen en las fábricas japonesas o el hecho de que un empresario japonés sienta entre sus obligaciones buscar esposas para sus empleados solteros y organice fiestas en su casa con tal propósito. El *Amae* sería un ejemplo de emoción socialmente relacionada. Existen múltiples descripciones antropológicas de emociones similares<sup>j</sup>. La *culpa* sería un ejemplo de este tipo de emoción universalmente compartido. Tangney es el autor anglosajón que más ha profundizado en el estudio contemporáneo de la culpa y la vergüenza como emociones relacionales desde paradigmas sociocognitivos.

### ***Sensaciones corporales: Aspectos transculturales de la percepción de dolor.***

Un sacerdote francés, Daniel Roussière, comentaba una vez con enorme admiración, tras años de estar trabajando en Haití con víctimas de tortura: “Me gustaría que alguna vez alguien investigara la tolerancia al dolor de esta gente (refiriéndose a la población negra de los suburbios de Gonaï ves). Yo no tengo palabras, hablo de un *endurissement*, de que parece que en lugar de piel tengan ya cuero, que aguantan y aguantan sin quejarse nunca... a veces me pregunto si son humanos o qué... Siempre inmutables...Son de otra especie.”.

Las investigaciones publicadas sobre aspectos transculturales del dolor se han enfocado a elementos muy concretos y parciales. De ellas parece inferirse lo que la lógica sugiere:

- a) Las *sensaciones de dolor* que experimentan los seres humanos son *iguales* entre las diferentes étnias. No hay variaciones en la sensibilidad de los receptores de dolor ni se han demostrado procesos de habituación.
- b) Existen grandes diferencias en el *modo aprendido socialmente* de expresar el dolor. Así, en unas culturas se refuerza el estoicismo y la negación, mientras que en otras se considera socialmente aceptable los gritos, las quejas y la elevada expresividad emocional.
- c) Cuando, además de la matriz cultural, se tienen en cuenta otras variables –como la clase social, los años de escolarización etc- se observa que éstas pueden tener un peso superior y cambiar completamente el patrón de respuesta. No existen trabajos con grupos suficientemente grandes de población que estudien de modo experimental el nivel

---

<sup>j</sup> Desde el punto de vista cognitivo puede argumentarse así : Un bebé sonrío. Sus padres pueden, como respuesta, levantarlo en brazos y tirarlo hacia arriba. Esto favorece que la sonrisa se asocie con sensaciones de 'excitación' o 'emoción', lo que será más difícil que ocurra en una familia fría e inhibida. Los patrones de respuesta emocional serán mecanismos complejos de integración de sentimientos subjetivos, manifestaciones autonómicas, respuestas del medio, cogniciones y respuestas motoras. El componente cognitivo implica la formación de esquemas, es decir, de encuentros emocionales con el ambiente que son conceptualizados como memorias de la experiencia emocional. Dicho de otro modo, las experiencias pasadas de encuentros emocionales determinarán el repertorio futuro de respuestas emocionales. Los dos niños del ejemplo tendrán diferentes 'esquemas' de felicidad. Las emociones 'básicas' serían también dependientes del medio.

máximo de dolor tolerable para diferentes culturas, pero los disponibles parecen concluir que las diferencias dentro de cada cultura son tan grandes como las existentes entre culturas. El dolor debe ser analizado desde esa óptica personal.

Pero estas ideas dejan muchas otras dudas abiertas. Si aceptamos el dolor como una situación a la que la persona debe enfrentarse : ¿existen variaciones transculturales en las estrategias de afrontamiento empleadas?. ¿Son todas igualmente eficaces?.

Las investigaciones sobre hipocondría y otras indican que aquellos modos de afrontamiento que implican una *focalización sensorial* tenderán a una amplificación de la respuesta dolorosa, al contrario de aquellos basados en conductas, pensamientos o sensaciones incompatibles. Y esta variable no ha sido, que sepamos, objeto de estudio. Es decir, se han estudiado los aspectos psicofisiológicos del dolor (umbral) y las conductas observables de expresión del mismo, pero no el modo en que éste es conceptualizado, las tácticas para enfrentarlo y la relativa eficacia de las mismas en relación con el aumento o disminución de estas sensaciones.

Dicho de otro modo: Suponiendo que, como algunos autores apuntan, los pueblos mediterráneos son los que tienden a tener una tolerancia más baja a sufrir dolor y a quejarse antes, ¿cómo puede traducirse esto en términos funcionales?. ¿Gritar es útil?. ¿Sirve para conseguir ayuda, para tener otras aferencias sensoriales y sentir menos el foco original de dolor? ¿O por el contrario es una forma de focalización somática y por tanto cuanto más se grite y se exprese dolor, más dolor le parece sentir a la persona?.

Queda además, realizar estudios sobre el significado ontológico del dolor. Cuando un grupo comparte la noción de que en la vida se viene a sufrir y que lo raro es no hacerlo, hay una *normalización* del dolor, que es visto como parte de la vida cotidiana. Cuando la vida es vista únicamente como fuente de sensaciones placenteras, cualquier disrupción de éstas será vivido como anómalo y objeto de alarma. Una vez más no son las sensaciones en sí, sino la evaluación que se hace de las mismas (*appraisal* en términos de estrés) el que probablemente actuaría como mediador de la *respuesta* dolorosa.

Un corolario práctico es que hay que evitar las asunciones arbitrarias e injustas de que tal o cual cultura es insensible al dolor y que a la hora de aplicar analgesia a personas de culturas ajenas a la propia no hay que guiarse tanto por las expresiones de dolor, como de un interrogatorio adecuado respecto al mismo.

### ***Implicaciones de los planteamientos transculturales para una teoría del desarrollo humano.***

Sin querer entrar a fondo a revisar cada uno de los aspectos que se pueden ir concluyendo de todo lo anterior, sí merece la pena apuntar algunas ideas muy relevantes en cuanto a cuestionadas de conceptos básicos de la psicología euroamericana contemporánea:

- a) **Implicaciones para la teoría de los estadios del desarrollo de Piaget.** Resulta lógico pensar y los estudios así lo indican, que los estadios que definiera Piaget pueden encontrarse de modo universal en todas las culturas, pero hay diferencias culturales muy grandes en las diferentes edades en las que se pasa de un estadio a otro y que Piaget fijaba de un modo rígido, siguiendo lo observado en sus hijos (suizos de clase media). Hay así mismo diferencias muy importantes en el orden en que se van adquiriendo habilidades específicas dentro de los diferentes estadios.

Un tema especialmente polémico de la teoría de Piaget es que considera el pensamiento *científico* como la forma superior de desarrollo cognitivo humano. Esto es culturalmente dudoso. Diferentes culturas pondrán el énfasis en valores y habilidades diferentes, y puede que tener una elevada capacidad para formular hipótesis y desarrollar pensamientos de carácter inductivo no sea considerado socialmente útil o relevante. En sociedades colectivistas un exceso de pensamiento abstracto puede verse como un obstáculo y un defecto de la persona<sup>k</sup>.

- b) **La teoría del desarrollo moral de Kohlberg.** En su conocida teoría sobre los estadios del “desarrollo moral” se propugnan tres niveles de desarrollo: Moral preconventional (donde el énfasis está en la evitación del castigo y la búsqueda del refuerzo a través del cumplimiento de normas), la moral convencional (en que se aceptan y asumen las normas sociales y se actúa respecto a ellas por un principio de conformidad al grupo) y la post-conventional (en que la persona es capaz de desarrollar una ética propia y cuando hay una contradicción con las normas sociales puede guiarse por sus propios principios de un modo crítico).

Definir precisamente como el estadio de “máximo desarrollo moral” aquel en el que la persona es capaz de cuestionar al grupo social en el que está no es probablemente un concepto que sea compartido de modo universal. Es posible, por ejemplo, que sea mucho más grave desde el punto de vista de “desarrollo moral”, faltar al respeto a un anciano o a una autoridad, no prestar apoyo a un miembro de la comunidad en una situación difícil o no dar hospitalidad a un desconocido, valores que no son relevantes en la teoría de Kohlberg.

- c) **La teoría del vínculo de Bowlby.** Los clásicos experimentos de separación maternal temprana con monos de Harlow y otros han ido dando soporte a la idea de que la teoría vincular tendría una base biológica universal. Pero los estudios comparativos muestran que quizás no es así. Si se compara a niños crecidos en orfanatos con niños crecidos en *kibbutz*, se puede ver que aunque en superficie ambos comparten una forma de separación extrema de los padres y un vínculo con terceros, en este último no existen las anomalías que aparecen en los primeros. La diferencia estibaría en que en los *kibbutz* se establecería un patrón de relaciones múltiple, pero afectivamente reconfortante, estable y gratificador. Otras evidencias cuestionadoras son las que proceden de los estudios transculturales sobre el duelo. Nos detendremos sobre ellos pormenorizadamente más adelante.

### ***Sociedades individualistas / sociedades colectivistas.***

Durante los últimos años la psicología social ha dedicado gran parte de sus esfuerzos a distinguir dos modelos de sociedades que Hofstede<sup>88</sup>, que fue quien primero introdujo el concepto bautizó como *alocéntricas* o centradas en el grupo e *idiocéntricas* o centradas en el individuo. Triandis<sup>10-11</sup> ha sido el autor que, con posterioridad, más ha contribuido a la sistematización y desarrollo de este concepto. La siguiente tabla resumida de diversas investigaciones en las que éste autor ha participado casi siempre, muestra los principales hechos que las diferencian:

	<b>Allocéntricas</b> <b>Sociocéntricas</b> <b>Lealtad al grupo</b> (p.e India, China, Japón, sociedades indígenas...)	<b>Idiocéntricas</b> <b>Lealtad al individuo</b> (p.e. Europa, EUA, Australia...)
--	--	---

<sup>k</sup> En el terreno de lo anecdótico es inevitable pensar en el conocido libro *Los Papalagi*, colección de relatos que realiza un jefe samoano a sus conciudadanos a la vuelta de un viaje a Londres. Una de las conferencias se titula precisamente “La enfermedad del pensamiento profundo”. (Tuiavii de Tiavea. Los Papalagi. Integral. Ed Oasis. Barcelona. 1981).

1. ¿A quien beneficia lo que uno hace?	* Colectividad o colectivos más globales.	Las personas deciden y actúan en función del beneficio personal. El interés se centra en uno mismo o en la familia nuclear.
2. Recursos materiales.	Recursos comunitarios. Incluso en sociedades cazadoras (mas individualistas) se observa por ejemplo la tendencia a compartir después la caza. Reciprocidad a través de prestamos, regalos etc. Se va a mayores distancias para conseguir mantener las relaciones sociales.	Se valora la independencia y la autosuficiencia. Cada cual tiene su cuenta en el banco y cada familia sus bienes privados.
3. Recursos no materiales.	Hay una expectativa de reciprocidad referida al afecto, al tiempo y al contacto social.	Es menos plausible este tipo de razonamientos de reciprocidad .
4. Susceptibilidad a la influencia social.	-Se presta gran atención a la opinión de los demás. Se evita el rechazo y se busca la conformidad que es un <i>valor social</i> . -No se cambia de grupo de referencia a no ser que mantenerse en él signifique un costo personal altísimo. Si no, se prefiere pagar los costos personales y mantener la conformidad.	-La conformidad al grupo es relativa -Suelen haber varios grupos de referencia y se depende menos de ellos. En situación de conflicto se tiende a cambiar de grupo de referencia.
5. Modo en que uno se presenta a los demás.	Preocupado por conseguir la aprobación de la colectividad y evitar la vergüenza de no conseguirlo.	-La conducta esta menos dirigida por la vergüenza que por la culpa, y el punto de referencia es uno mismo (self) o instancias superiores (Dios, autoridades...). -Menos preocupados por las apariencias, porque ser aceptados por los demás no es tan imprescindible.
6. Compartir las consecuencias de los actos.	Los errores, deshones y desgracias, así como los honores y éxitos de la persona lo son de la familia (extensa) o incluso de todo el clan/grupo. El éxito o la mancha afecta a todos.	Mientras uno no interfiera en la vida de los demás, puede ir haciendo su camino. Ante un error los demás no comparten las consecuencias.
7. Sentimiento de sentirse implicado en la vida de los demás.	Elevado. Por ejemplo, los padres se sienten responsables en la elección de amigos, trabajo, pareja, lugar de residencia etc de sus hijos.	El sentimiento de implicación es respecto a un grupo reducido de personas, y sólo en ciertos aspectos de su vida. Muchos padres consideraran que no es de su incumbencia las elecciones personales que vayan a hacer sus hijos.
8. Relaciones de equilibrio grupal	Igualdad mas que equidad. Preferencia por la evitación de los conflictos y los procedimientos de no enfrentamiento. <sup>Error! Marcador no definido.</sup>	Equidad más que igualdad. Preferencia por la explicitación de los conflictos.

En suma, los tres elementos que establecen más claramente la diferencia serían:

- a) El principio de reciprocidad entre las personas.
- b) El principio de conformidad al grupo.
- c) El principio de corresponsabilidad en las decisiones, los aciertos y los fracasos.

**Problemas con el constructo.** Pero estas diferencias no son tan claras como pudiera parecer.

Pueden hacerse al menos 6 observaciones : (1) Se trata de áreas difusas y con frecuencia difíciles de delimitar. (2) Se trata de áreas heterogéneas : hay personas individualistas en sociedades colectivistas y grupos colectivistas en el seno de sociedades individualistas. (3) La expresión 'colectivista' esconde profundas diferencias internas. No tiene nada que ver el colectivismo japonés con el de una comunidad gitana. En lugar de considerarlo como dos categorías separadas habría que pensar en una dimensión, un *continuum*, con múltiples matices. Otra posibilidad que algunos autores valoran sería un modelo ortogonal de dos ejes

(individualismo/colectivismo). (4) Los grupos colectivistas sólo lo son respecto al endogrupo. Una persona colectivista trasplantada a un medio individualista adopta formas individualistas. (5) Incluso una misma persona o grupo puede variar según el contexto, el momento y la utilidad de la acción y funcionar de modos distintos. Los factores de percepción situacional (definición de la situación, objetivos internos del grupo, confianza, identificación con el objetivo, objetivo de la interacción etc) juegan un rol modulador importante.

Más allá estas diferencias conceptuales están las sobresimplificaciones respecto a lo que significa cada modelo desde una perspectiva de valores humanos. Es cierto que los datos indican que la anomia, la soledad y la marginalidad encuentran su máxima expresión en sociedades individualistas, mientras que en las sociedades colectivistas hay más apoyo mutuo y solidaridad. Pero esto es a expensas de sentir la vida condicionada por los demás. Las sociedades colectivistas estimulan la sumisión y la obediencia al grupo y la interferencia constante de la familia en las decisiones propias. No hay que mitificar ninguno de los dos arquetipos de sociedades.

*Errores comunes al conceptualizar los arquetipos de sociedad individualista y colectivista.*

. CONFORMIDAD como valor social y cultural :

- Menos conductas antisociales, menos agresión y menos delincuencia pero
- Más autoritarismo y más violencia estructural.

. El COLECTIVISMO tiene que ver con la unidad de supervivencia. No debe confundirse con altruismo.

. Se comparten las PREOCUPACIONES y los RECURSOS, pero también los FRACASOS y el DESHONOR. Los errores propios pueden serlo de todos.

. Elevada INTERFERENCIA en las decisiones (trabajo, relaciones...)

Respecto al futuro, algún autor (p.e. Kagitcibasi)<sup>12</sup> cuestiona la visión fatalista de la inexorable evolución al individualismo como una exigencia del desarrollo económico e industrial. Existen investigaciones históricas que muestran que la tendencia individualista en Europa, centrada en la familia nuclear, estaba definida en épocas preindustriales, y que sociedades altamente tecnificadas, como la japonesa, mantiene en cambio su estructura colectivista. Para ellos el principal factor de cambio es que la mayor riqueza económica lleva a que unas generaciones no necesiten de las otras (p.e. abuelos de padres) y por tanto a la disminución de los lazos.

**De la sociedad al individuo.** Del mismo modo en que se habla de sociedades colectivistas-individualistas, se habla de personas idiocéntricas o aloécnicas. Las personas aloécnicas en las culturas individualistas reciben mas y mejor apoyo social que el resto, los idiocéntricos tienen mas vivencias de soledad. En las culturas colectivistas los estudios (por ejemplo en la India) apuntan a que es necesario recibir soporte social para sentirse bien; si no se recibe apoyo social ser aloécnico es más un inconveniente que una ayuda al bienestar psicológico. De hecho, en sociedades colectivistas y entre aquellos que reciben poco apoyo social, los individualistas refieren mejores niveles de bienestar psicológico.

La mayoría de resultados publicados en realidad dependen de la cultura específica. Por ejemplo, mientras que en unas culturas aparece una asociación muy fuerte entre individualismo y hedonismo, en otras esta asociación es muy poco importante, o por ejemplo, algunos trabajos encuentran que la confianza en uno mismo se asocia al individualismo, pero en cambio también puede encontrarse confianza en uno mismo en sociedades colectivistas, aunque el significado del constructo cambia. Mientras en las culturas individualistas *confianza en uno mismo* significa

'quiero hacer lo mío', en culturas colectivistas está unido a la idea : 'quiero ser responsable, y no ser una carga para mi colectividad'.

Los patrones de socialización del colectivismo enfatizan la obediencia, el deber, el sacrificio en favor del grupo, la cooperación, favorecer a los miembros del grupo y la interdependencia. En la socialización individualista prima la independencia, la confianza en uno mismo, la creatividad o la aceptación de la desobediencia si el niño tiene un buen rendimiento.

**Individualismo versus individuación.** Morales<sup>13</sup>, en una revisión sobre el concepto de individualismo considera que debe irse más allá de la dicotomía individualismo – colectivismo. A partir de un estudio realizado a partir del análisis de grupos focales en diferentes puntos de España sobre el tema se sugiere que debe considerarse el concepto de individuación como el producto del proceso de industrialización y socialización de las fuentes de ocio e información. Cada persona construye mundos más individuales. Pero esto no debe implicar, para Morales, más individualistas. Las formas de organización de los individuos para conseguir fines superiores pasaran a ser elecciones posibles que ya no vendrán determinadas por criterios de eficacia o supervivencia. Para él deben distinguirse diversos tipos de individualismo. Las personas pueden reaccionar de modo individualista en unas esferas, pero no en otras etc.

**Implicaciones para la psiquiatría transcultural.** Todos estos conceptos tienen una implicación directa en el trabajo clínico y psicosocial en un contexto multicultural. Así, por ejemplo, Arieti (1981) comparando a personas del norte (individualista) y el sur (colectivista) de Italia propuso la distinción entre dos tipos de depresión que denominó anaclítica e introyectiva.

DEPRESION ANACLITICA	DEPRESION INTROYECTIVA
<i>.Madre Dominante</i>	<i>Padre Dominante</i>
. Sociedades pequeñas. Sociedades agrícolas	- Sociedades complejas - Sociedades nómadas/cazadoras
. Se enfatiza la sumisión a la autoridad. Poca individuación.	- Se enfatiza la autonomía e individuación
. Obediencia a normas. Control.	. Se estimula el rendimiento y logro personal
. Expresión inconsistente de afecto	. Expresión inconsistente de afecto
- Problemas interpersonales / con la comunidad	- Problemas de rendimiento / existenciales
- Somatización	- Intelectualización

En una sociedad de base colectivista un trastorno afectivo tendería a seguir el modelo anaclítico. En este contexto, por poner sólo un ejemplo, una terapia de corte cognitivo-conductual que ponga el énfasis en la capacidad hedónica de la persona, la consecuencia de logros y metas y vencer la baja autoestima estará destinada al fracaso, porque se le están aconsejando a la persona estrategias que aún lo van a aislar más y en consecuencia a deprimirle. En su contexto y en función de los reforzadores en los que ha sido aculturado es mucho más relevante ayudarle a recomponer sus contactos sociales y a que estos vuelvan a ser gratificantes. Este tipo de objetivos pueden tal vez conseguirse mejor con un trabajo comunitario o grupal o con éste combinado con un breve asesoramiento individual.

**El concepto de autoestima.** Esto es congruente con los estudios transculturales que profundizan en el concepto de *autoestima*. Éste tendrá una perspectiva más amplia que la considerada usualmente por el mundo académico euroamericano. Si consideramos la *autoestima* como la sensación de valía personal derivada de ser capaz de cumplir las expectativas sociales (¿culturales?) introyectadas en la infancia, en sociedades individualistas la *autoestima* estará más en relación con factores de logro interno, mientras que en sociedades colectivistas con cumplir expectativas interdependientes. Si se utilizan medidas basadas en autoafirmaciones positivas de

carácter individual y colectivo, se observa que no hay diferencias globales entre países en los niveles de autoestima, sí en el concepto que subyace a ésta.

### Estudio de caso práctico: El duelo desde una perspectiva transcultural<sup>14</sup>.

Suele afirmarse que el duelo es el conjunto de sentimientos que se desencadenan en el ser humano tras una pérdida de cualquier tipo. La terminología anglosajona distingue dos términos para designarlo: *grief* y *mourning*. El primero corresponde al sentimiento interno de pena o dolor a la respuesta afectiva individual, psicológica o somática. El segundo al hecho socialmente sancionado y compartido, a los ritos, que estarían coloreados por las prácticas culturales.

Suele aceptarse en la literatura sobre el duelo que éste, en cuanto a reacción emocional, a *acto para sí* correspondería a la esfera de lo intrapsíquico y sería por tanto universal, mientras que en su vertiente de rito colectivo o *acto para los demás* vendría determinado por la cultura. En palabras de Bowlby: “*Contamos con suficientes pruebas de que [las respuestas emocionales de los deudos] se asemejan en líneas generales, y a menudo también en sus detalles, a las que conocemos en Occidente. Las costumbres humanas presentan enormes diferencias entre sí; la respuesta humana es más o menos la misma*<sup>15</sup>”

Pero existen muchos datos que apuntan a que ésta es una visión etnocentrada del duelo, y que no se ajusta a la realidad transcultural.

### La construcción cultural del duelo.

Nancy Scheper-Hughes estudió en diversos períodos separados veinticinco años entre sí la reacción de madres brasileñas de las *favelas* a las muertes de sus niños<sup>16</sup>. Parte de la siguiente observación: *Lordes tenía dieciséis años cuando la conocí, en el parto de su primer hijo. Cuando la reencontré había tenido once embarazos más [...]. Solamente cinco de sus hijos sobrevivieron a la primera infancia y uno de estos, llamado Zezinho, que inicialmente sufrió el rechazo de su madre, creció y se convirtió en su favorito, su hijo "predilecto" para sólo encontrar más tarde un final trágico*<sup>17</sup>. Esta y otras muchas historias conforman un panorama donde la muerte infantil es la norma. Cuando por primera vez llegó a la zona, Scheper-Hughes no podía entender la relación de las mujeres de la barriada con sus hijos pequeños. En sus primeras observaciones vio como algunas madres dejaban morir a sus pequeños más débiles con actos más o menos inconscientes de negligencia en la alimentación o cuidados, a favor de los hermanos más fuertes. Y a la muerte del niño no seguía un proceso de duelo. Otros niños del barrio acompañaban al pequeño ataúd en una procesión habitual denominada *cortejo de ángeles* hasta el cementerio, donde era enterrado. La madre con frecuencia no acudía y en todo caso la vida continuaba con normalidad. A lo largo de sus años de trabajo la autora fue progresivamente asumiendo que siempre que los científicos sociales abordan el estudio de la maternidad o el duelo se topan inevitablemente con teorías de la naturaleza humana (y maternal) que se han derivado acríticamente de asunciones y valores intrínsecos a la estructura de la familia occidental, "moderna"<sup>18</sup>. Las *relaciones objetales* que toman forma en la experiencia femenina del embarazo, el nacimiento y los primeros cuidados infantiles pueden igual de "naturalmente" producir sentimientos maternos de distancia y extrañamiento que de cariño y empatía. Como dice la autora: “*En situaciones de emergencia, la modalidad del triage - la rudimentaria pragmática de salvar lo salvable - a menudo sustituye a otros principios éticos más estéticos e igualitarios [...] Resulta injusto solicitar a estas mujeres que argumenten su pensamiento moral, el cual se produce en unas circunstancias que sólo pueden calificarse de crueles y extraordinarias. [...] Quizás la relación más explotadora de todas sea la que demanda a las mujeres pobres no sólo que den a luz una y otra vez, como ellas hacen, sino que además muestren sentimientos maternos "apropiados"*<sup>19</sup>”

¿Cómo explicar la ausencia de *duelo*?. De su trabajo ella llega a algunas conclusiones importantes (1) En el Alto do Cruzeiro los bebés, como los maridos o los novios, son considerados, en el mejor de los casos, compromisos temporales y como tales, son reemplazables. (2) Todos los bebés necesitan ser "adoptados". Se establece un período "de prueba" en el que cada embarazo es acogido de forma ambivalente y cada recién nacido con cautela, con una aparente falta de "empatía". En lugar de la maternidad fiera e irrestricta del estándar euroamericano (y que han de

sufrir muchas madres como *socialmente exigido*) hay una actitud de indiferencia. A partir del primer año y cuando la supervivencia parece plausible se inicia un proceso de *antropomorfización* del bebe, por el que este pasa a ser humano. Se le da un nombre y se empieza a conocerle como distinto por alguna peculiaridad. El ser humano, así, estaría mucho más allá de los modelos de apego de base etológica inspirados en la teoría del *imprinting* de Konrad Lorenz y transmutados a la hembra-madre humana por Bowlby<sup>20</sup>. Lo que las madres de las favelas muestran es -para Scheper-Hughes- que ser madre es un acto social voluntario, independiente del acto de parir. (3) Esto es el producto final de una construcción de la maternidad y la muerte. Las mujeres norteamericanas son literalmente bombardeadas en consultas médicas, clínicas y hospitales con libros y clases sobre el comportamiento y los sentimientos maternos apropiados. Están expuestas a tanta "inducción emocional" que la mayoría de las mujeres norteamericanas probablemente hacen lo posible para producir los sentimientos "apropiados" de euforia, amor, pasión y apego celoso al bebé. Frente a esto las madres de las favelas han tenido una formación de las emociones y de las reacciones a la muerte infantil forjada en la primera infancia cuando como niñas se han criado participando activamente en una media de 4 a 6 "cortejos de ángeles" al año, demoran en atribuir significado a los llantos y muecas y a hablar al bebé como si fuera un pseudo-adulto, no buscan a quién se parece, ni lo bautizan hasta muy tarde, no se le sostiene en brazos durante la *cuarentena* (cuarenta días tras el parto). La muerte es celebrada como una fiesta, como una bendición. El niño muerto tiene la felicidad garantizada en el otro mundo, puede rezar por los que quedan vivos. Llorar está proscrito en el entierro: las lágrimas de una madre hacen resbaladizo el camino del angel-bebé y humedecen sus delicadas alas. En muchas culturas de América Latina se baila, se celebra la muerte. En las favelas no. Pero no se llora.

Con todo esto no se estaría avalando la idea racista de que en los países con alta mortalidad por hambre o enfermedades endémicas se sufre menos porque se convive más con la muerte. Cada caso es distinto y los prolongados e interminables procesos de duelo descritos en madres de barrios marginales de El Cairo que han perdido niños pequeños ilustra el peligro de las generalizaciones. No puede deducirse la intensidad del dolor privado (*Grief*) de la existencia y/o aparatosidad de las ceremonias públicas (*Mourning*)<sup>21</sup>.

Podría simplificarse todo esto diciendo que en las mujeres de las favelas no se ha producido una libidinización del hijo y que esto explica que no haya duelo, por lo que no habría contradicción con las teorías psicoanalíticas de base intrapsíquica. Pero el tema es más complejo: el hecho es que hay un *modelado social de los sentimientos y emociones* que quien sobrevive tiene respecto a la persona fallecida. La cultura no *colorea* a la emoción, sino que la *antecede y determina*.

### Limites culturales en la conceptualización del duelo.

Pero todo lo visto en este capítulo nos permite ir más allá: los procesos de duelo han sido analizados, desde las sociedades de tipo individualista, como la respuesta a las necesidades intrapsíquicas de la persona en el proceso de adaptación a la pérdida. Bowlby<sup>1</sup>, acotando a Firth (1961) considera que el rito funerario "tiene como objetivo ostensible a la persona muerta, pero no beneficia al muerto sino a los vivos... en realidad el ritual se lleva a cabo en beneficio de quienes sobreviven".

Este enfoque entra en contradicción con dos perspectivas alternativas: (1) Aquella que procede de sociedades colectivistas (India, China, culturas indígenas americanas etc) pone el énfasis en el grupo en lugar de en el sujeto, (2) Aquellas que consideran el duelo un proceso más encaminado a ayudar a la persona que ha fallecido que a los que quedan en este mundo. La siguiente tabla detalla cómo se conceptualizaría el duelo desde modelos relacionales:

Sociedad occidental / euroamericana	Sociedades pequeñas
- La persona está muerta o viva.	- Se aceptan numerosos estadios de transición durante los

<sup>1</sup> Op. Cit. Pg 141

	<p>cuales el fallecido aún está presente. Hay muchas <i>gradaciones</i> de la muerte (desde celebrar el funeral estando vivo a mantener ritos de vida estando sin ella, pasando por estados de transición del espíritu).</p> <p>- En consecuencia hay numerosas vías de comunicación con quien está en estos estadios de transición,</p>
<p>- Transición para la persona que queda.</p> <p>. Sacerdote: transición espiritual</p> <p>. Psicoterapeuta: transición afectiva – etapa a superar – adaptación al estrés.</p>	<p>- Transición para la persona que muere. Toda la colectividad debe apoyarle en el momento más difícil de su vida.</p>
<p>- El funeral es un acto privado.</p> <p>- Se tolera un cierto nivel de expresión pública de llanto.</p>	<p>- El funeral es un acto social y comunitario (a) de apoyo al fallecido en su transición (b) de reajuste comunitario.</p> <p>- Se suele animar la expresión abierta de dolor, por regla general.</p>
<p>- La muerte es un problema sanitario. Se encarga el hospital primero, y la funeraria después, de manejar todo lo referente a los restos.</p>	<p>- La muerte es un tema familiar.</p>
<p>Tendencia a conceptualizarlo como incapacidad médica (incapacidad para prolongar más la vida): no es rara la búsqueda de culpables. Sentimientos de rabia proyectada.</p>	<p>- Tendencia a conceptualizarlo como provocado por otros (a través de influjo, mal...) y a consultar para conseguir saber el responsable. Sentimientos de rabia proyectada.</p>

Desde esta perspectiva, el fallecimiento de una persona comporta el inicio del momento más difícil de la existencia de la persona: el del viaje a otro mundo. Este hecho -común a prácticamente la totalidad de las culturas- requiere del apoyo de toda la comunidad. El duelo como rito (*Bereavement*) se convierte así en un proceso pensado desde y para el fallecido y entendido como un acto colectivo al que nadie debe faltar, aunque pudieran existir diferencias con la familia del finado, y no como un acto para el/ los dolientes, enfoque más propio del individualismo.

Además de acompañar a la persona fallecida en su tránsito hacia otros estadios, los rituales cumplen, por supuesto, otras funciones de carácter intrapsíquico, social y comunitario: (1) Ayudar a los familiares a asumir la realidad de la pérdida, (2) permitir las manifestaciones públicas de dolor y el refuerzo de lazos de amistad y parentesco, (3) iniciar el período oficialmente declarado de duelo (4) presentar a la comunidad el nuevo rol social (y estatus asociado) de los familiares (5) favorecer las manifestaciones de solidaridad<sup>22</sup>.

### 3. Psicología Social Transcultural.

La psicología social transcultural tiene un desarrollo escasísimo. A pesar de que existe un contingente notable de publicaciones a lo largo de los últimos treinta años, se observa que, en realidad, el conjunto ofrece aún sólo algunas líneas de arranque que se van repitiendo. Un resumen global de esta literatura refleja, al menos, las siguientes consideraciones básicas:

□ Se trata de estudios, en la mayoría de los casos, en los que la unidad de análisis son los *países*. Hay, por tanto, una falacia ecológica de gran trascendencia. Así, por ejemplo, se consideran estudios transculturales los que comparan valores en una determinada variable entre, por ejemplo, Austria, Italia y Suiza, o Italia y Francia. La falacia de hacer equivalente país y cultura es doble. Por un lado el hecho de que dentro de cada uno de estos Estados pueda existir más de una cultura. Y sobretodo, el hecho de que las diferencias esperables entre ellos no corresponden, en este momento, a auténticos bloques culturales diferenciados. Este tipo de estudios, dudosamente transculturales, constituyen la gran mayoría de los disponibles.

□ Otro gran bloque de estudios de psicología social *transcultural* corresponden en realidad a estudios de diferencias respecto a determinada variable entre diferentes grupos étnicos de los EUA o Inglaterra. Su valor es también muy relativo porque es difícil separar los efectos generacionales de los efectos culturales comunes. ¿Dónde llega lo propio? ¿Son los hispanos o negros de los EUA auténticos representantes de bloques culturales distintos?.

□ Los estudios auténticamente transculturales en un sentido estricto se limitan, abrumadoramente, a estudios comparativos entre EUA y Japón y con frecuencia se generaliza a comparaciones entre sociedades *colectivistas* e *individualistas* lo que se ha contrastado exclusivamente en este contexto. Como se reflexionaba en el anterior capítulo, hay muchas formas de colectivismo y es difícil considerar asimilables la sociedad y las costumbres niponas con, por ejemplo, las de los pueblos originarios latinoamericanos o el colectivismo del mundo árabe. En algunos casos, las diferencias son clamorosas.

□ Existen estudios que comparan variables individuales entre países y algunos que comparan datos de carácter colectivo. Para un avance de la investigación en psicología social transcultural se requeriría de estudios que combinaran variables individuales y sociales para poder analizar la interacción entre ellas, asumiendo que en cada cultura existen mayor o menor frecuencia de determinadas actitudes o formas de respuesta, pero que no hay una relación de correspondencia –como veíamos en el capítulo anterior, por ejemplo, en una sociedad colectivista hay personas individualistas y viceversa y esto ha sido ya repetido demasiadas veces en las conclusiones de los trabajos como para que todo nuevo estudio de psicología social transcultural no intente tenerlo en cuenta para poder aportar un avance real.

□ Hay un predominio abrumador en la literatura de los estudios *etic-impuestos*, es decir, de uso de entrevistas y cuestionarios designados en medios euroamericanos, traducidos y adaptados a otros medios y administrados con fines comparativos. Esta estrategia, como veíamos, no permite avances reales. Es necesario partir de estudios *etic* reales, que lleven a formulaciones autóctonas de la realidad que puedan, posteriormente, ser sometidos a procesos de síntesis reflexiva desde cada cultura y a estudios transculturales de comparación bi o multidireccionales (el concepto A en la cultura B, C, D y viceversa).

Todo ello configura un panorama limitado. Vamos a resumir los principales hallazgos y evidencias disponibles en las siguiente tablas<sup>23</sup>, pero debe tenerse en cuenta que estaremos

hablando, casi siempre, de estudios etic-impuestos entre grupos de personas cuya variable de agrupamiento sea ser japoneses o norteamericanos<sup>m</sup>.

---

<sup>m</sup> La mayoría de datos referenciados en ambas tablas pueden encontrarse desarrollados y discutidos con más extensión en las dos grandes revisiones que existen, hasta la fecha, sobre el tema : Smith P.B., Harris Bond M. *Social Psychology across cultures*. (2<sup>nd</sup> Ed). Prentice Hall Europe. Londres. 1998 y Markus H, Kitayama S. *Culture and the Self: implications for cognition, emotion and motivation*. *Psychological Review* (1991) 98, 224-253.

Paradigmas clásicos de la psicología social.	Estudios transculturales	Problemas en el análisis – conclusiones provisionales
<p>1. <b>Conformidad e independencia.</b> En los clásicos estudios de Asch de los cincuenta diversos grupos de personas eran confrontados a dibujos representando líneas de tamaño desigual. En compañía de otras personas que daban respuestas consistentemente erróneas, los sujetos e experimentales tendían a elegir también la línea errónea..</p>	<p>Los estudios parecen indicar que hay un mayor efecto de conformidad en culturas no euroamericanas.</p> <p>[Debe matizarse que este efecto se produce sólo cuando los sujetos experimentales pertenecen al mismo grupo, no así con extraños. Las tasas de <i>conformidad</i> dependen directamente del nivel de vínculo entre los jueces].</p>	<p>La <i>conformidad</i> es vista con connotaciones negativas, desde una perspectiva euroamericana. Esta idea no tiene por qué ser universal. Es posible que haya gente que <i>se de cuenta</i> de que se han emitido juicios incorrectos, pero evite decirlo para evitar una situación embarazosa a sus compañeros de experimento. En lugar de <i>conformidad</i> puede reconceptualizarse como <i>tacto</i> y <i>sensibilidad</i> hacia los demás.</p>
<p>2. <b>Influencia social.</b> (<i>Social Deviates</i>). Réplicas al estudio de Schachter (1951), ampliado posteriormente por Moscovici y otros. Dentro de un grupo hay diferentes roles experimentales previamente definidos: (1) El que tiene una opinión radicalmente enfrentada al grupo y se mantiene tercamente en su posición, (2) El que se opone inicialmente pero luego va poco a poco cediendo hasta acabar conformándose al grupo. (3) El que desde el principio da la razón siempre a la mayoría. En EUA los <i>confrontativos</i> llamaban inmediatamente la atención. Al cabo de un rato los inflexibles eran marginados y los flexibles adoptados y apoyados.</p>	<p>- En las réplicas europeas (y con niños) parece que si el enfrentado es suficientemente consistente, puede llegar a imponer su criterio. En estudios en Inglaterra, Alemania y Bélgica provocan menos rechazos, pudiendo resultar atractivos y ser asumidos como líderes.</p> <p>- En estudios comparativos entre Japón y USA, dadas unas determinadas condiciones, un grupo minoritario muy convencido puede, con persistencia, arrastrar a la mayoría a su posición.</p>	<p>- Los estudios muestran que cambios muy pequeños en el método provocan cambios muy importantes en el resultado (por ejemplo, la edad, el tema de discusión...). ¿Son realmente estudios transculturales?. ¿Son comparables los resultados?-. - Es probable que haya un efecto consistente de desviación de un gran grupo por un grupo pequeño consistente.</p>
<p>3. <b>Desresponsabilización por la acción grupal</b> (<i>Social Loafing</i>). El modelo postula que cuando se trabaja en grupo, el esfuerzo global es menor a la suma de esfuerzos (tres hombres tirando de una cuerda no equivalen a lo que tira un hombre multiplicado por tres).</p>	<p>Los estudios parecen indicar que este fenómeno es mayor en USA que en Japón o Israel. En Japón, de hecho, diversos estudios apuntan a que cuando las personas saben que están trabajando en equipo, trabajan <i>más</i> que cuando creen que lo hacen solos.</p>	<p>Aunque no hay estudios en otras culturas, si parece deducirse que la dilución grupal no es un fenómeno universal.</p>
<p>4. <b>Obediencia a la autoridad.</b> Réplicas de los estudios de Milgram. En ellos, en la versión más extrema, un 65% de personas norteamericanas en las condiciones adecuadas, aceptaban y ejecutaban órdenes de dar choques eléctricos a sujetos experimentales superando los umbrales de máximo dolor que se les habían dado, pese a las gesticulaciones de las supuestas víctimas.</p>	<p>Múltiples réplicas. Se observa una gran variabilidad con pequeños cambios en las condiciones experimentales (por ejemplo, que la víctima sea un ejecutivo con americana y corbata o un joven desaliñado, un tono de voz más o menos seco al dar las órdenes etc.) Los niveles de obediencia varían del 0% (cuando se les recuerda de cuando en cuando que ellos son los responsables de los que pudiera ocurrir) o el 10% (cuando dos personas antes rechazan dar los choques) al 92% (cuando la persona no da el choque directamente sino que ordena a otro que a su vez es quien lo da).</p>	<p>Todas las réplicas se han realizado en países industrializados. En líneas generales los resultados son bastante homogéneos dadas unas condiciones experimentales similares. En todos ellos ha habido personas que han asumido el paradigma y en todos los países el proceso ha resultado altamente influenciado por la manipulación de las circunstancias del experimento.</p>
<p>5. <b>Estilo de liderazgo.</b> Basado en los estudios de Lewin (1939). Se comparan los estilos de liderazgo autocrático, democrático y <i>laissez-faire</i>. Los democráticos son, en EUA, los más populares y</p>	<p>Las réplicas han encontrado patrones muy diferentes. Los resultados parecen indicar que en diferentes muestras de China, Japón e India los grupos prefieren tener líderes</p>	<p>No parece ser universal que el estilo de liderazgo democrático sea el preferido por las personas en todas las culturas.</p>

donde hay más satisfacción entre los miembros. Pero los grupos con una dirección autocrática son los que rinden más. El estilo <i>laissez-faire</i> es poco productivo y genera insatisfacción y quejas.	autocráticos. No hay estudios similares en otras culturas colectivistas no asiáticas.	
<b>6. Toma de decisiones en un grupo.</b> También se basa en estudios de Lewin (1947). En este caso el experimento mostraba como amas de casa norteamericanas tenían más tendencia a cambiar su opinión tras una discusión de grupo en la que participaran que tras una conferencia.	Los resultados en las replicaciones son confusos, aunque parece que en Japón el efecto positivo de la participación en la toma de decisiones es mayor todavía, en otros contextos no es así. En algunos estudios la toma participativa de decisiones es vista como signo de debilidad de aquellos a quienes les corresponde hacerlo. Existen múltiples variables de tipo ecológico que influyen en cuando es valorada positivamente una toma de decisiones grupal, que no han sido aún suficientemente estudiadas.	No puede afirmarse que haya una consistencia transcultural.
<b>7. Polarización de grupo.</b> Siguiendo los estudios de Moscovici de los años sesenta y setenta, se postula que cuando una decisión la toma un grupo se llega a posturas más extremas (bien en un sentido, bien en otro) que cuando las toma una persona responsable.	En las réplicas se ha visto que depende mucho del tema a discusión (nivel de riesgo a asumir), el estilo de liderazgo y el modo de conducir la asamblea. El efecto, además, se diluye con el tiempo a medida que la gente se conoce más y las opiniones extremas son más esperadas.	No hay datos que permitan afirmar que haya un efecto universal de polarización en grupo.
<b>8. Conflicto y cooperación cuando hay una causa superior.</b> Paradigma basado en los estudios de Sheriff (1953,1961) que mostraban que cuando en un grupo en conflicto se propone un objetivo superior común o un enemigo común, los conflictos desaparecen y aparecen actitudes de cooperación.	Se han hecho algunas réplicas con grupos de adolescentes en campamentos de verano donde se han creado condiciones experimentales. En un grupo hecho en Líbano acabó en batalla campal, mostrando que los determinantes culturales (cristiano / musulmán...) tenían un efecto superior al de la pertenencia a grupo.	El paradigma parece funcionar con personas que se conocen poco entre sí y a las que se coloca de repente en la situación experimental. Fracasa cuando hay preconcepciones muy arraigadas previas de mayor fuerza que el conflicto creado.
<b>9. Dilema del Prisionero.</b> Dos personas tienen que tomar decisiones simultáneas (en el ejemplo clásico, no se les pregunta sobre su culpabilidad, sino certificar la culpabilidad del otro). El resultado final depende de la suma de decisiones. Si ambos confían en el otro y callan, el resultado es óptimo. Si ambos hablan, pésimo. Y existen dos soluciones intermedias en que uno de los dos es condenado. La elección es, de nuevo, cooperar o competir.	- En estudios comparativos no hay diferencias EUA-Europa en el número de respuestas cooperativas versus competitivas, pero sí en qué situaciones evocan unas u otras. Parece que los sujetos europeos son más <i>sensibles al contexto</i> (¿es el otro un extraño, un amigo, un superior? ¿esta a la vista, le oigo? ¿cómo lo oigo?). - En los escasos estudios no euroamericanos parece haber una tendencia consistente a un mayor número de respuestas cooperativas.	Los resultados dependen del contexto, pero cuando no hay información contextual, las personas euroamericanas tienden a competir (maximizar su beneficio) y las de otras culturas a cooperar (maximizar el beneficio de los dos aunque sea menor para cada uno).

Sesgos cognitivos clásicos	Estudios transculturales	Problemas en el análisis – conclusiones provisionales
----------------------------	--------------------------	---

<p>1. <b>Optimismo ilusorio.</b> Tendencia consistente a creer que las cosas buenas le van a ocurrir a uno y las desgracias a los demás.</p>	<p>Datos sueltos apuntan a que esta tendencia es menor en muestras japonesas que en EUA.</p>	<p>No hay datos definitivos.</p>
<p>2. <b>Sesgo de Atribución Causal.</b> (<i>Self-Serving Bias</i>) Tendencia a considerar que los fracasos son debidos a las circunstancias y los éxitos a los méritos propios.</p>	<p>- Existen datos consistentes que indican que en Japón la tendencia es inversa: atribuir los éxitos a la buena fortuna y los fracasos a errores propios (<i>Self-Effacement Bias</i>).  - Algunos estudios en África parecen sugerir que hay un patrón consistente diferente de origen educativo en la atribución de resultados al esfuerzo, la habilidad o la suerte en unas etnias y otras.  - En el medio árabe parece haber una normatividad hacia la <i>exageración</i>, que es mucho más valorada socialmente que la modestia o el realismo.</p>	<p>No hay un patrón universalmente homogéneo de atribución del éxito o el fracaso al esfuerzo, la habilidad o la suerte. Depende del patrón educativo.   Los resultados varían no sólo con la cultura, sino con el contexto experimental (tarea, personas implicadas...)</p>
<p>3. <b>Sesgo de Atribución Positiva Grupal.</b> Creencia compartida que atribuye cualidades positivas al propio grupo de pertenencia y negativas a los otros.</p>	<p>- Numerosas réplicas en diferentes contextos. Así, por ejemplo, son clásicos los estudios de mercado que confirman la tendencia a considerar los alimentos del país como más sanos y mejores que los importados.  - Esto determina juicios de valor intergrupo. Por ejemplo, al pedir a sacerdotes hindúes que evalúen la conducta de un tendero que sisa a sus clientes, cuando se les informa que es hindú tienden a pensar que lo hace obligado por las circunstancias, y si es musulmán, por su disposición personal a estas conductas. Hay múltiples réplicas de estos trabajos.</p>	
<p>4. <b>Creencia en un Mundo Justo.</b> Creencia consistente en creer que la vida a largo término es justa y cada uno tiene lo que merece (p.e. los pobres o fracasados lo son por negligencia o abulia)</p>	<p>- Los resultados indican, consistentemente, que esta tendencia es superior en muestras de EUA que de Japón y Europa. No hay datos en otros contextos.</p>	<p>- La Creencia en un Mundo Justo no parece ser un sesgo cognitivo universal.</p>

## 4. Las principales escuelas antropológicas.

La antropología como disciplina del mundo occidental, tiene su origen en el sg XIX a partir del interés por las sociedades 'exóticas' que nace con las expediciones comerciales y militares. Podemos considerar dos momentos en la evolución de la disciplina:

\* *Pensadores pre-antropológicos*. A finales del XVIII y principios del XIX. Se difunde el mito del 'buen salvaje' a partir de la obra de Diderot y Rousseau y se desarrollan las ideas de la evolución del hombre hacia la sociedad compleja

\* *Antropología exótica*. A lo largo del XIX van apareciendo descripciones a cargo de misioneros, médicos, administradores coloniales o investigadores. Se crean academias de antropología en París (1838) y Londres (1843).

### Hasta 1930.

\* *Antropología evolucionista*. La antropología del sg XIX intenta traspasar el modelo evolucionista de Darwin a las civilizaciones humanas y se buscan los caminos que llevan desde las 'tribus salvajes' a la 'civilización'. Como figuras de referencia cabe destacar al norteamericano **Lewis Henry Morgan** que estudia a los nativos americanos y a **James Frazer** que en su monumental obra intenta demostrar que la magia ha precedido en todas partes a la religión y que ésta ha precedido al pensamiento científico.

**Freud** en su denostado *Tótem y Tabú* sigue también un esquema evolucionista y en sus textos identifica el psiquismo del 'primitivo' con el del niño.

Entre las críticas que se han hecho al modelo destacan:

- 1) No hay datos que avalen un modelo evolucionista dentro de las civilizaciones (es decir, no puede trazarse la cadena evolutiva que va de una sociedad comunitaria al modelo matriarcal euroamericano)
- 2) No hay datos que avalen que los modelos de sociedades complejas sean estadios (a) mas evolucionados, (b) mejor dotados para la supervivencia (c) procedentes de soluciones y selección adaptativas, respecto a los de las sociedades no complejas.

Un modelo de neo-evolucionismo desde una perspectiva marxista es **Marvin Harris** que suele proponer soluciones neo darwinianas (por otra parte muy atractivas) a temas tan diversos como la dieta, la religión, la distribución del trabajo, los tabúes sexuales o la demografía.

Como reacciones al evolucionismo surgen :

\* *Particularismo histórico*. La figura de referencia es **Franz Boas** (1858-1942) considerado el fundador de la antropología como disciplina científica. Boas critica los estudios folcloristas y los presupuestos evolucionistas (sin negarlos) reivindicando la recolección de datos sin añadir especulaciones. Frente a los modelos comparativos, defiende los estudios individuales y la evitación de las generalizaciones. Publica más de 600 trabajos. Su experiencia investigadora es sobretudo con población esquimal y nativa norteamericana.

Desarrolló el concepto de *relativismo cultural* a través del que postula que no existen formas superiores o inferiores de cultura. Términos como 'salvajismo', 'barbarie' o 'civilización' no expresan más que una perspectiva etnocéntrica que piensa que la forma de vida euroamericana es más normal que la forma de vida de otras personas. Heredera de esta disputa es la actual respecto al concepto de *desarrollo* y *subdesarrollo*.

\* *Antropología difusionista*. Críticos a los estudios que buscan encontrar puntos en común en los pueblos 'primitivos' para buscar su 'esencia', para la escuela difusionista la fuente principal de diferencias y similitudes culturales no es la inventiva de la mente humana sino la tendencia de los humanos a imitarse entre sí. Las culturas surgen así como un mosaico de elementos derivados de una serie fortuita de préstamos entre pueblos cercanos y diversos.

Los autores difusionistas y particularistas acumulan cantidades ingentes de datos a través de 'expediciones' y múltiples estudios etnográficos con descripciones minuciosas sin que a ello siga ninguna tentativa de síntesis. En ellas queda claro el reduccionismo evolucionista y la gran riqueza, ingenio e inteligencia de las diferentes etnias que pueblan el mundo.

### Años 30-50

\* *Escuela funcionalista inglesa*. La figura de referencia es **Bronislaw Malinowsky** y posteriormente **Alfred Radcliffe-Brown**. Sus estudios, realizados sobre todo en Australia e islas del pacífico (entre 1920 y 1950) parten del presupuesto de que hay que buscar una explicación a los hechos antropológicos y ver su *función* relativa en el conjunto de una cultura. Para entender un rasgo de una cultura hay que entender todo el funcionamiento real de esa sociedad, instituciones, reglas, tecnología, ideología y rituales.... Para ello sólo hay un método posible: la *observación participante*: comprender desde el interior las mentalidades y los valores estudiados desprendiéndose en la medida de lo posible de los valores propios y de los intentos de comparación. Malinowsky desacredita los trabajos de síntesis elaborados desde centros de documentación y los estudios comparativos y rechaza cualquier aportación que no esté hecha desde un estudio sistemático de una sociedad desde el interior de la misma. La función del antropólogo es realizar un *análisis funcional* de una sociedad. Pero para que el modelo tenga sentido Malinowsky debe establecer que un sistema cultural es una respuesta a ciertas necesidades fundamentales del ser humano (supuestamente universales y relacionadas con exigencias fisiológicas: alimentación, reproducción, protección...). La lista propuesta por él resulta poco convincente. Muchos autores han postulado posteriormente que dentro de una sociedad hay muchos elementos no funcionalistas.

Radcliffe-Brown desarrolla un modelo funcionalista que no parte de las necesidades fisiológicas sino de necesidades sociológicas.

En suma, el funcionalismo vuelve a potenciar lo *emic* pero no puede superar el escollo de definir los elementos *universales* que conformarían una sociedad porque al fijar el esquema ya está éste mismo pervertido. Estudiar la religión supone preguntarse: ¿Cuál es el concepto de religión? Y este tipo de preguntas recurrentes llevan a una espiral sin fin.

### Años 40-60

\* *Cultura y Personalidad*. Esta línea de investigación se desarrolló paralelamente al funcionalismo inglés. Lo inicia **Edward Sapir** que critica al difusionismo por su excesiva dependencia geográfica y utiliza como vía de estudio la etnolingüística de la que es considerado el fundador. Inicia el estudio de la relación entre antropología y psicología y el análisis de los 'patrones culturales'. **Ruth Benedict** es quien llevará a su máxima expresión esta escuela con la publicación en 1934 de *Patterns of Culture* y posteriormente **Margaret Mead** con sus estudios en Samoa y Polinesia. Más adelante se dedica una sección específica a estudiar esta corriente y volveremos para analizar detalladamente sus postulados.

\* *Escuela estructuralista británica*. En Inglaterra la figura más representativa es **Evans-Pritchard** que trabaja sobretodo estudiando a los Nuer del Sudán, con los que vive largas temporadas hasta su regreso a Oxford. En su primer libro (*Brujería, oráculos y magia entre los azande-1937*) rechaza la teoría funcionalista que concibe toda sociedad como un mecanismo adaptativo (cada creencia y cada práctica tendrían una *función* definida) y considera a la sociedad azande un *sistema de relaciones simbólicas* y busca demostrar que hay una coherencia lógica dentro de las 'supersticiones' y ritos nuer. Su interés por las formas de estructura y

organización social le hacen ser considerado el fundador de la antropología política. De este modo Evans-Pritchard pasa del modelo sincrónico ahistórico de los análisis funcionalistas a un modelo diacrónico histórico. La antropología estudia las instituciones sociales y se aproxima mucho a la sociología.

### **Años 60-80**

\* *Escuela estructuralista francesa*. La figura de referencia es **Claude Lévi-Strauss** que utiliza la noción de estructura como las 'reglas' que rigen el funcionamiento de una sociedad. Estudia así, las formas de parentesco, las estructuras familiares, los ritos, los tatuajes y símbolos... Estas serán la expresión de una lógica : el 'pensamiento salvaje'. Así, cuando Levi-Strauss analiza las formas de parentesco y los reduce a diferentes tipos de intercambio de mujeres no lo ve desde la perspectiva de qué función social tendrían estos intercambios sino como formas de *comunicación social*, como símbolos. Adopta una perspectiva ahistórica. Si se prescinde de sus conceptos más colonialistas, su aportación al desarrollo de una teoría simbólica es básica, como veremos, en la comprensión de los procesos de enfermedad y curación.

\* *Antropología Política*. Evans-Pritchard hizo el primer intento de clasificación de los sistemas políticos que encuentra en África. **Edmund Leach**, influido por sus trabajos, criticaría, años después, la ilusión funcionalista de una realidad lógica y describible con un conjunto armonioso de normas que olvidan la historia y los conflictos y que mitifican las formas de solidaridad. Para Leach hay que estudiar las sociedades como sistemas inestables dinámicos en el que la variable fundamental es el poder político (que no deja de existir en las sociedades sin Estado o sin estructura formal) y la comprensión partirá del análisis de las estrategias que se ponen en marcha en función de ese poder económico y político.

### **A partir de los 80.**

Entre las corrientes contemporáneas predominantes pueden considerarse en una selección injusta:

\*. *Neo-evolucionismo*. Surgen sobretodo de los trabajos de **Julian Steward** que se basa en dos hechos : (a) A medida que las investigaciones arqueológicas e históricas progresan se observan cada vez más similitudes y paralelismos en la evolución de antiguas civilizaciones como Perú, Méjico, Egipto, Mesopotamia o China. (b) La antropología no ha valorado suficientemente el papel de la interacción con las condiciones naturales (tierra, lluvias, temperatura...) junto a los factores culturales (tecnología, economía....) para explicar la evolución de los pueblos.

Surgen textos de *ecología cultural* que profundizan en estos aspectos.

. \* *Materialismo*. Herederos de la tradición marxista representan también variaciones de modelos evolucionistas. Para Marx las sociedades evolucionaban teniendo a los modos de producción como el móvil esencial de la evolución cultural. Para el *materialismo histórico* en su formulación más radical de los 60 y 70 la historia sigue un proceso dialéctico cuyo inevitable estadio final sería la sociedad sin clases (sociedad *comunista*). El *materialismo cultural* constituye una versión menos ideologizada que postula que lo que determina de manera más probable la evolución de las culturas no son las ideas y valores o los cambios en la espiritualidad, sino la necesidad de producir alimentos, vivienda y bienes materiales, y que es más probable que la evolución en el modo en que estas necesidades se satisfacen determine la evolución de las ideas que no al revés<sup>24</sup>. En este sentido, la mayoría de rasgos culturales que habrían aparecido por ensayo y error y transmisión posterior. **Marvin Harris**, el más popular de los antropólogos entre los no antropólogos y probablemente el más denostado de los antropólogos entre los propios antropólogos, es la figura más conocida del materialismo cultural.

. \* *El debate actual : Antropología Post-Moderna*. Sin duda alguna la corriente dominante en la antropología contemporánea. La mayoría de sus autores son norteamericanos, el más conocido **Clifford Geertz**. Postulan un neo-particularismo. En las obras más conocidas de Geertz (*From the native point of view; El antropólogo como autor*) defiende que la antropología debe renunciar a cualquier tipo de formulación teórica y abrazar una perspectiva *emic* radical<sup>25</sup>. La tarea del antropólogo es *describir* lo que ve utilizando técnicas de *observación participante*, hacer una *descripción fotográfica* de las culturas. El antropólogo *externo* tiene sentido en una cultura como una etapa transitoria hasta que personas de la propia cultura puedan asumir la tarea de estudiarla y analizarla desde dentro. Es prácticamente imposible estudiar rasgos culturales sin contaminarlos. El antropólogo debe desprenderse ya no de cualquier ideología, sino de los propios conceptos culturales y empezar sin ninguna pre-concepción ni hipótesis. Cualquier juicio de valor o intento de comparación es probablemente una deformación.

La *antropología dialógica* de **Dennis Tedlock** surge, dentro del movimiento post-moderno, como crítica a la propuesta de **Clifford Geertz** de la etnografía como texto. Este dice que es imposible reflejar el punto de vista del nativo a través de descripciones y monólogos. La realidad no es analógica (habla de antropología analógica en contraposición a la que él propone) sino dialógica. El antropólogo deberá reflejar los *diálogos* e *interacciones* tal como se producen, empezando por aquellos en los cuales la persona no quiere trabajar con el antropólogo o no recuerda ningún mito interesante. Esta postura ha sido posteriormente criticada por otros autores, como **Tyler** para quienes en realidad se trataría de un truco en el que se utilizaría la voz del otro para redactar no diálogos, sino textos sofisticados al modo de Platón: diálogos fingidos que apoyan nuestra línea argumental. La grabadora y las transcripciones literales se convierten, así, en la herramienta inseparable del antropólogo post-moderno. Para Tyler, cualquier mutilación al diálogo tal cual se produjo ya es una instrumentalización del nativo a la voluntad del etnógrafo. Las discusiones bizantinas alrededor de la posibilidad de una ciencia objetiva han sido largas.

\* *Post-vanguardia y crítica al post-modernismo*. Desmarcándose del post-modernismo existen algunos francotiradores, entre los que cabe situar a **Michael Taussig**. Con sus conocidos libros sobre Chamanismo y Terror<sup>26</sup> donde analiza la reacción de los campesinos colombianos y los mineros bolivianos a su integración como proletariado en una economía monetaria reinterpreta fenómenos que habían sido considerados como 'folclore' o mecanismos sociales anacrónicos como gestos de resistencia frente a los nuevos modos de producción. Mezcla textos literarios, citas de Walter Benjamin o Foucault con experiencias personales y observaciones de campo, razonamientos de economía política con antropología interpretativa. Este estilo le vale la crítica furibunda de la antropología académica y el fervor de un público aburrido de Geertz y Tedlock

\* *El debate actual*. **Reynoso** y otros<sup>5</sup> han criticado violentamente el post-modernismo por considerarlo no un avance científico sino el fruto de un determinado contexto ideológico. Para el post-modernismo el antropólogo debe colocarse como observador omnisciente e impasible y tomar como igualmente válidos y oportunos las perspectivas de todos y cada uno de los actores que intervienen en un determinado análisis de la realidad. Reynoso considera que aunque la teoría es atractiva, sus consecuencias no lo son tanto. Afirmar que 'todo vale', que cualquier visión de la realidad es por igual digna de crédito y que no existe ningún procedimiento que garantice la verdad de lo que se afirma y que a lo máximo que puede aspirarse es a 'transcribir' es un ideal peligrosamente falaz. No hay que buscar la 'verdad', sino ser 'honesto' sería la máxima. Pero ¿es esto posible?. Los post-modernos, dice Reynoso, hablan de la realidad como si ésta no existiera. Considerar la perspectiva del torturador y del torturado como 'igualmente verdaderas', que después de un holocausto todas las verdades son igualmente ciertas y que la verdad 'objetiva' es una ilusión, es sencillamente falso, cuando no una coartada para el olvido, el silencio histórico y la impunidad. La antropología post-moderna es la deconstrucción de la antropología clásica, sin ofrecer una alternativa válida. Se deconstruyen las etnografías clásicas para demostrar que, por ejemplo, las etnografías de Evans-Pritchard no eran más que ilusiones y desde ahí se avanza y se termina cerrando un círculo 'deconstructivo' negando la posibilidad de la verdad. ¿Para llegar a dónde?. Según unos al respeto y a la dignidad con cada etnia, según otros al peligroso nihilismo del intelectual universitario.

La proyección de este debate en el terreno de la antropología médica supone el enfrentamiento entre la autodenominada corriente del Constructivismo Cultural (*Cultural Constructivism*), heredera de Devereux y con Gaines y Kleinman como figuras más prominentes en el terreno de la antropología psiquiátrica y la de la antropología médica crítica, en la que ninguna figura de las que más han aportado se ha dedicado específicamente a temas de psiquiatría o salud mental.

. *Antropología Aplicada*. Pero cada vez más autores claman por hacer una antropología de la propia realidad euroamericana, y convertir a ésta, además, en una herramienta social. Usar las metodologías antropológicas para el estudio del funcionamiento de los servicios sociales, los programas de drogas o de salud mental, impacto ambiental, ecología y sistemas de urbanización, la inmigración y los sistemas interculturales de educación o salud etc., en un territorio colindante a veces con la sociología y que se distingue de ésta fundamentalmente por la utilización de metodologías cualitativas (historias de vida, conversaciones individuales, análisis de contexto, análisis de los modos y pautas de interacción social....) en lugar de las cuantitativas que predominan en aquella (encuestas, grandes estudios comparativos, análisis de series temporales...etc).

# 5. Historia de las relaciones entre antropología y psiquiatría.

## 1. Evolución de los modelos causales de la enfermedad mental.

En la historia cultural las explicaciones dadas a las enfermedades mentales han oscilado de modo pendular en ciclos históricos del modelo natural al sobrenatural. Desde el modelo natural las enfermedades mentales serían la consecuencia de la interacción del cuerpo humano con agentes patógenos del medio o por la disfunción de los propios órganos. Desde el modelo sobrenatural se trataría de entidades externas que invaden la persona como castigo a la trasgresión de normas sociales o de relación con las divinidades. Podemos distinguir *grosso modo* las siguientes grandes fases :

- a) Etapa Pre-literaria. Aunque se desconoce el modelo conceptual manejado, las trepanaciones de cráneos prehistóricos indican que desde los primeros tiempos hubo intentos por comprender y tratar las enfermedades mentales y que hubo una probable identificación con el cerebro como órgano rector de los procesos mentales. A ello se sumarían, sin duda, elementos sobrenaturales.
- b) En la etapa Clásica se postula un modelo NATURAL.

. Tanto en Grecia como en Roma o el mundo árabe las enfermedades mentales son atribuidas a disfunciones orgánicas. Recordemos por ejemplo :

- La teoría de los cuatro humores de Hipócrates y su relación con los temperamentos (Flema-flemático; Sangre-Sanguíneo; Bilis Amarilla-Colérico; Bilis Negra-Melancólico).
  - Aristóteles en sus libros avala y abunda en las ideas de Hipócrates.
  - Platón en el *Fedro* cuando habla de trastornos de origen *orgánico, ético y divino*.
  - Asclepiades (124 a), el médico por excelencia, que habla de las influencias ambientales sobre los estados del alma.
  - Celso (120 dc) cuando localiza la “histeria” en una alteración del útero y la “hipocondría” en una disfunción del hipocondrio.
  - Según narra Avicena (sg IX) se crea en un país árabe el primer hospital mental (Bagdad 792) donde se prescribe ejercicio físico, fiestas, paseos, hidroterapia, música...
- c) Sg IX-X : Quiebre del modelo natural y regreso al modelo SOBRENATURAL.

- Las epidemias de tarantismo (Italia) o Mal de San Vito (Francia) -probablemente episodios colectivos de carácter disociativo-por hiperventilación con funciones catárticas- son interpretados de un modo mágico y como premonitorios de calamidades y pestes.
- Las enfermedades mentales son tratadas con exorcismos y/o reclusión.

El momento álgido llega en 1484 cuando Inocencio VII en la encíclica *Summi Desiderantes Affectibus* 'exhorta a todos los clérigos a utilizar todos los medios a su alcance para detectar y eliminar la brujería'. Hasta 1782 en que tiene lugar la última ejecución por brujería se producen 300 años de terror para muchos enfermos mentales.

d) Sg. XVII- XIX. Ilustración : Resurge el modelo NATURAL.

- Pinel a finales del sg XVIII es quien con más fuerza lo reintroduce y promueve, congruentemente con ello, la reforma psiquiátrica y la introducción de la 'cura moral'.
- Con Kraepelin el 'modelo natural' se adapta al discurso científico y pasa a 'modelo biomédico'. Seguirán Bleuler, Jaspers, Schneider culminando con la introducción de los neurolépticos en 1950.

e) 1965-1975. El segundo quiebre del modelo NATURAL.

A finales de los 60 el péndulo vuelve a desplazarse al otro extremo, sólo que en lugar de que el factor externo sea espiritual, los tiempos piden que sea social. Aparece el movimiento **antipsiquiátrico**, en el que es decisiva la aportación de la antropología.

Hay 4 troncos del movimiento de crítica al modelo *natural* de la enfermedad mental:

- *Antropólogos defensores del Relativismo Cultural* que incursionan en el campo de la psicología creando la corriente denominada *Personalidad y Cultura* . Ahí se encuentran Ruth Benedict y Margaret Mead cuestionando la universalidad de las costumbres sexuales y de los conceptos de normalidad/anormalidad o Malinowsky cuestionando, sin realmente desearlo, la universalidad del complejo de Edipo.
- *Antropólogos - Psiquiatras*. El caso más influyente es el del psiquiatra Gregory Bateson, (esposo de Margaret Mead) fundador de la denominada Escuela de Palo Alto, que formula la teoría del Doble Vínculo como origen de la esquizofrenia. En sus ideas se basará Laing en su radical propuesta cuestionadora de la familia occidental.
- *Corriente política*. a) En Francia es el filósofo francés Michael Foucault que en plena lucha por la independencia de Argelia describe en su Historia de la Locura en tres volúmenes a la psiquiatría como una prolongación de la estructura represora de la sociedad, como reforzadora de tabúes y normas y estigmatizadora de disidentes. La antropología no sale mejor librada. Foucault la considera un instrumento colonial que pretende dar un aval científico a la presencia europea en las colonias con su modelo jerárquico de sociedades y de etapas de desarrollo. b) En Italia Franco Basaglia con la creación del partido político Psiquiatría Democrática y la lucha parlamentaria hasta la promulgación de la famosa Ley de Desinstitucionalización (Ley 180) en 1978.
- *Corriente antipsiquiátrica norteamericana*. Con raíces en el movimiento contracultural tiene su máximo exponente en Tomas Szasz y sus textos *La fabricación de la locura* (1972) y *El mito de la enfermedad mental* (1976).

f) 1975 : La crisis del modelo social : Radicalización del modelo biomédico.

Siguiendo la ley del péndulo que intentamos mostrar, la antipsiquiatría provoca como reacción un hiperbiologicismo representado por la *Escuela de San Luis*, en Estados Unidos. De este núcleo surgen las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) que conocemos, que alcanzan su esplendor en 1983 con la publicación del DSM-III replicados posteriormente por la Organización Mundial de la Salud que crea y actualiza una clasificación similar y progresivamente convergente (C.I.E.).

Esta etapa se define por la búsqueda de un diagnóstico etiológico a través del trabajo descriptivo. Se habla de un modelo biopsicosocial, es decir, de la integración de factores sociales, biológicos y psicológicos, pero es una definición más en los papeles que en la praxis. La imparable y ciega proliferación de diagnósticos (más de 400 en las últimas ediciones de la DSM y la CIE) muestra que se trata de un modelo destinado a quebrar en la próxima oscilación de péndulo y a provocar probablemente hilaridad en los psiquiatras del siglo XXII.

Este breve repaso nos permite ver :

1. Que a lo largo de la historia ha habido un vaivén entre diferentes modelos explicativos que ponían el origen de las enfermedades mentales en el mundo interno o en el externo de la persona.
2. Ninguno de los modelos es intrínsecamente malo. En ocasiones ha sido necesario proteger a los enfermos mentales defendiendo el origen natural y el carácter de enfermedades de estos trastornos y en otras ha sido necesario protegerlos enfatizando el carácter externo y social.
3. La antropología desde su constitución como ciencia a lo largo del siglo XIX y XX ha influido de modo decisivo en la evolución de la psiquiatría.

## ***2. La corriente Cultura y Personalidad y su influencia sobre la psiquiatría y la antropología.***

En antropología siempre ha habido autores que han postulado que debían describirse conductas, rituales y organizaciones, pero intentando evitar minuciosamente las *emociones* o las *motivaciones* subyacentes y menos todavía formular arquetipos étnicos. Frente a esto otros autores han considerado que es imposible prescindir de las emociones en las descripciones antropológicas y que en lugar de ser evitado el tema, debía ser objeto de estudio. Surge el interés de algunos antropólogos, impactados por los textos psicoanalíticos, por tener una perspectiva mentalista del hombre que vaya más allá de lo social y cultural. La corriente de *Cultura y Personalidad* surge de ese encuentro entre antropología y psicoanálisis y pretende que la descripción etnográfica incluya el estudio y la formulación de los objetivos y motivaciones psicológicamente significativos de las etnias.

1. ***El configuracionismo.*** En 1934 se publica, como veíamos en el capítulo anterior, *Patterns of Culture* de Ruth Benedict, discípula de Boas, que significa un punto de inflexión en los estudios antropológicos. Para Benedict '*las culturas son psicología individual proyectada en pantalla grande*'.

Benedict centra su análisis en la comparación de los *apolíneos* zuñi y los *dionisiacos* kwakiutl. El análisis engloba instituciones, ideología, sociedad, familia y guerra. Es por tanto, un análisis profundo. La idea de Benedict es que toda cultura tiene una consistencia interna que se manifiesta en todas sus expresiones sociales, si bien 'la falta de integración de ciertas culturas parece ser tan característica como la extrema integración lo es de otras'. Se queda por tanto, como discípula de Boas, dentro de un *particularismo histórico* : cada cultura selecciona o escoge entre la infinita variedad de posibilidades de comportamiento un segmento limitado que unas veces se ajusta a una configuración y otras no.

Con posterioridad se han publicado numerosas críticas a su libro mostrando que ni los zuñi eran tan apolíneos ni los kwakiutl tan dionisiacos, y que destacó algunos aspectos callando otros para hacer cuadrar su modelo configuracionista. Esto plantea el problema del método.

Margaret Mead era discípula de Boas y Benedict. El primero de sus múltiples textos es *Coming of age in Samoa. A psychological study of primitive youth for western civilization (1928)*. En el libro se analiza las pautas sexuales abiertas y liberales entre las jóvenes samoanas, con fomento de las técnicas amorosas y de las relaciones prematrimoniales, destacando la inexistencia

de una crisis de adolescencia (lo que demostraría la preeminencia de la cultura sobre la biología) y de frustraciones de origen sexual. La importancia de estos hechos radicaba, para Mead, en relativizar la forma de vida euroamericana y abrir el paso (recordamos el año en que se publicó el libro) a la reivindicación feminista liberadora. Sus conclusiones se redactan a partir de algunas historias de vida y de su propia interpretación de las mismas. Durante toda su vida rechazó un modelo de ciencia exacta para la antropología, lo que a la postre constituyó la principal crítica a las teorías psicoculturales : pretender extrapolar a partir de casos particulares.

En su tercer libro *Sex and Temperament in three primitive societies* (1935) se plantea el determinismo cultural de los roles de género. En apenas un radio de cien millas encuentra una cultura en que hombre y mujer tienen conductas 'femeninas', otra en que ambos tienen conductas 'masculinas' y una tercera en que son invertidas a los estereotipos occidentales : hombres que se rizan el pelo, van de compras etc, y mujeres enérgicas, que toman decisiones y no llevan adornos. La propia Mead dice que describe lo que vio aunque haya quien lo dude. En su trabajo en Bali (*Balinese character*) realizado ya en colaboración con su marido Gregory Bateson en 1936 emplea la fotografía (más 25.000) y la película (7000 metros) como un modo de obviar su anterior problema de credibilidad. Aunque se trata de algo revolucionario y es una de las grandes contribuciones de M. Mead, esto no cambia el núcleo del problema. De una fotografía no se infiere personalidad, y además, siguen siendo ellos los que seleccionan subjetivamente el material y lo presentan.

En la última fase, Benedict, Mead y los discípulos y colaboradores se lanzan al análisis de sociedades como la japonesa o la americana, basándose en entrevistas en profundidad con informantes clave. Las críticas sobre la representatividad de los informantes, la selección de las preguntas y sobre la existencia de un supuesto carácter nacional son obvias.

Por eso la segunda generación de estudiosos va a basar sus estudios en la utilización de tests y pruebas. En este sentido, por ejemplo, Wallace trabajando con el test de Roscharch en indios tucaro .

Puede concluirse que la corriente fracasó en cuanto que las diferencias psicológicas individuales sobrepasan la magnitud de las diferencias culturales.

En este sentido Freud con sus ideas se enfrentaba a Mead postulando que en la naturaleza humana había componentes biológicamente determinados, como la libido y sus complejos, que se expresaban en estadios de comportamiento definidos (anal, oral, sádico...), independientemente de su específico entorno sociocultural. Freud apostaba por la biología (es decir, en la polémica Boas-Spencer, por el darwinismo social de Spencer). Como este, para Freud más allá de las variaciones culturales superficiales, existía una estructura común universal de base hereditaria. Habría un proceso ontogénico de tipo universal, guiado por la libido o fuerza instintiva del comportamiento humano. Aparecen después los conceptos de Eros y Thanatos o pulsiones de vida y de muerte para explicar fenómenos sociales como el masoquismo, las guerras o el suicidio. Esto choca frontalmente con Mead, empeñada en demostrar el relativismo, el antideterminismo hereditario, la relatividad de las normas sociales desde una perspectiva liberadora. Por eso Mead intentaba demostrar que las etapas del desarrollo infantil lejos de ser uniformes entre las culturas tienen extraordinarias variaciones y que los estadios de Freud están determinados por la propia cultura.

Margaret Mead convulsionó con sus textos al gran público que, por primera vez, leía estudios antropológicos como quien lee novelas y su influencia aún permanece. Pero en el terreno académico no ha encontrado la misma aceptación por todos estos problemas de método. Sería un error que estos problemas impidieran ver la importancia de la aportación de Mead, cuyas ideas el tiempo ha consolidado en gran medida. Los post-modernistas han intentado superar los problemas de método, aunque en el fondo no han ido mucho más allá.

**2. El complejo de Edipo en la literatura antropológica : Freud frente a Malinowski.** Freud en su incursión antropológica *Tótem y Tabú* (1913) defiende que el hombre empezó su carrera cultural bajo la forma de una organización social en la que un único patriarca detentaba privilegios sexuales exclusivos sobre todas sus hermanas e hijas. En algún momento no especificado sus hijos sexualmente reprimidos planearon el asesinato del padre, lo mataron y se lo comieron. Inmediatamente les abrumó la conciencia de culpa y en consecuencia reprimieron el deseo de tener relaciones sexuales con sus madres, sus hermanas y sus hijas

(**tabú del incesto**, origen de la **exogamia**). Al mismo tiempo crearon el **mito del tótem**, el animal símbolo del padre que desde ese momento pasó a ser un **alimento tabú**, prohibido salvo en ocasiones rituales. Las huellas de todo ello laten en el inconsciente colectivo y se expresan en el **Edipo**, lucha entre el deseo de matar al padre para poseer a la madre, y el miedo a las consecuencias de ello. Para Freud era evidente la identificación de la personalidad del salvaje con la personalidad infantil.

Para todo ello, por supuesto, no hay la menor evidencia y pocos antropólogos han tomado en serio esta teoría más cercana a Lovecraft y a la literatura fantástica de terror que a la etnografía.

De entre las numerosas críticas que pueden hacerse a éste mito fantasioso destacan las pruebas que Malinowski adujo en sus trabajos de 1923 y 1927 contra la universalidad del complejo de Edipo con sus estudios entre los habitantes de las islas Tobriand, donde la figura que encarna la autoridad no es el padre sino el hermano de la madre. Malinowski muestra como hay culturas en las que el hombre que tiene el monopolio sexual de la madre no es el mismo que el que reprime al hijo. Aunque Malinowski nunca pretendió cuestionar a Freud sino describir variaciones de lo que él aceptaba como universal, otros sí utilizaron los textos de Malinowski en este sentido. Y eso, por supuesto, le valió la excomunión de Freud, aunque el trabajo desagradable se lo dejó a **Gèza Roheim**, antropólogo y psicoanalista muy influyente, con experiencia tanto clínica como de trabajo de campo. Roheim defiende el modelo freudiano a ultranza : quien no crea en el complejo de Edipo es porque sufre del mismo y debe psicoanalizarse cuanto antes. Roheim se enzarza en una polémica epistolar con Malinowski respecto a sus estudios con los tobriandeses. Su argumento se basa en que el hermano solo aparece como figura de poder cuando el niño tiene ya 7 o 8 años de edad, es decir, cuando el Edipo ya está formado. Sus cartas, muy virulentas, descalificaban e insultaban a los antropólogos con epítetos clínicos de toda clase

**3. Puntos de encuentro entre psicoanálisis y antropología.** No todo fueron divergencias y desencuentros. Se compartieron otros aspectos por ejemplo los antropólogos con la relativización de la normas sexuales (**M. Mead**), y el psicoanálisis mostrando las consecuencias neuróticas de los tabúes sexuales (p.e. con **Wilhelm Reich**) apuntaban conjuntamente hacia una mayor liberalización sexual y eran aliados naturales en muchos foros. Es la época en que el término 'pueblos primitivos' se erradica. Las teorías psicológicas de Freud eran demasiado atractivas a la hora de incluir sus ideas en los estudios etnográficos como para pelearse por *Tótem y Tabú* o los problemas transculturales del Edipo. Una militancia común de antropólogos y neofreudianos en áreas cercanas a la izquierda intelectual les acabó de aproximar. **Karen Horney, Erich Fromm, Abram Kardiner, Erik Erikson** y otros neofreudianos se alejaron de las connotaciones más deterministas del modelo biomecánico freudiano y mantuvieron un activo intercambio con los antropólogos interesándose por ampliar el sistema psicoanalítico a los efectos de las variables culturales.

Abram Kardiner, psicoanalista profesional con interés por la antropología y que realizó varios estudios etnográficos, fue especialmente influyente en este encuentro. El apostaba por la existencia de una estructura de la personalidad básica típica de los miembros de una sociedad dada, dividiendo los aspectos institucionales de la cultura en dos categorías : primaria y secundaria. Primarias son las instituciones más directamente relacionadas con la disciplina, la gratificación y la inhibición de los niños, aunque no elaboró una lista al considerar que estas variarían según culturas. Entraría la organización de la familia, la pauta de alimentación y destete, la solicitud o descuido en la atención de los niños etc. Entre las instituciones secundarias están aquellas que satisfacen las necesidades y mitigan las tensiones creadas por las instituciones primarias o fijas. Aquí sitúa los sistemas de tabú, la religión, los rituales, los cuentos populares y las técnicas de pensamiento. Considera fecunda la identificación que hace Freud de los dioses de las religiones con el padre. El dios judeo-cristiano es, por ejemplo, la imagen proyectada del padre severo, normativo y autoritario. Kardiner intenta ofrecer explicaciones antropológicas a ciertas conductas. Por ejemplo Kardiner y sus colaboradores refieren que las personas de etnia *alor* tratan

de manera descuidada a los hijos. La madre pasa el día trabajando en el huerto dejando a los niños abandonados en el poblado, apareciendo con frecuencia, según ellos, claros signos de negligencia o abandono. Dos años de estudios etnográficos de una colaboradora suya permitieron recoger ocho historias de vida completas (sobretudo en el aspecto de infancia - adolescencia) y varias muestras de test de Rorschach. La evaluación independiente por Kardiner y Oberholzer de este material coincidió en una estructura básica de *personalidad* alor definida (según ellos) por una vida emocional superficial, inseguridad, suspicacia, indiferencia y apatía.

Entre las críticas realizadas destaca la que argumenta que muchas sociedades tienen estructuras laborales similares y no aparece la misma constelación. El resultado es pues ingenioso, aunque incompleto y especulativo.

En esta misma línea están algunas de las especulaciones de **Marvin Harris** desde su defensa del materialismo histórico. Para él no hace falta apelar a determinantes psicoanalíticos para justificar la relación de causalidad entre rasgos de personalidad y estructura social. Ve como precursor a **Weber** y su defensa de la relación entre ética protestante y capitalismo. Para Harris en las sociedades contemporáneas la familia nuclear y los patrones de crianza han perdido gran parte de su relevancia en favor de la sociedad en un sentido político, económico y social. Apoya sus reflexiones en los conocidos trabajos en África de Barry, Bacon y Child que relacionan el sistema económico de algunas etnias (acumulador-recolector-agricultor versus no acumulador-cazador-nómada) con patrones de educación y de personalidad (dependencia-sumisión en los primeros versus independencia y búsqueda de aventura en los segundos). Para Harris -y aquí es donde se nos manifiesta la escuela en la que se mueve- la *personalidad* (entendida como ciertos modos de reacción compartidos) vendrá determinada por la economía que optimiza la supervivencia. En su opinión, por poner un ejemplo, la televisión o las pautas escolares americanas que inculcan un estilo de vida basado en la competitividad y la ambición tienen una importancia mucho mayor que la edad del destete o la fijación en tal o cual etapa del desarrollo infantil como postularían los antropólogos neofreudianos.

## 5. Elementos de psiquiatría transcultural.

Existen numerosos textos de psiquiatría transcultural que realizan revisiones bibliográficas extensas<sup>27-28-29</sup> de los estudios comparativos que se han realizado de trastornos mentales desde una perspectiva *etic*, por lo que sólo vamos a destacar los aspectos esenciales y algunos elementos críticos relevantes. Desde la perspectiva de la psiquiatría transcultural la metodología de estudio está basada por lo general en :

(1) Definir una entidad por consenso entre expertos a través de unos criterios lo más operativos posibles. (2) Diseñar un instrumento capaz de medir dicha entidad (cuestionario, entrevista semi-estructurada u otros). (3) Traducir y contratraducir dicho instrumento al idioma y cultura locales por personal procedente de cada una de las dos culturas. (4) Adaptación cultural del instrumento. (5) Administración a una muestra no sesgada y representativa de dicha cultura. (6) Comparación transcultural de los datos obtenidos en diferentes países<sup>a</sup>.

Desde esta perspectiva se han desarrollado los diferentes estudios piloto de carácter internacional impulsados por la Organización Mundial de la Salud y la mayoría de estudios publicados en las revistas especializadas de psiquiatría. La entrevista semiestructurada PSE (Psychiatric State Examination) con corrección informatizada a través del programa CATEGO sería el instrumento más conocido y utilizado para este tipo de estudios. Prácticamente la totalidad de los cuestionarios utilizados en la actualidad por profesionales de salud mental han sido traducidos y/o validados *transculturalmente* y existen datos de procedencia diversa comparando valores normativos en lo que anteriormente denominaban estudios *etic-forzados*..

A nivel general puede considerarse que en las culturas no occidentales (1) Hay una tendencia a la aparición de cuadros psicóticos breves con una menor tendencia a la cronificación (2) Los síntomas psiquiátricos pueden ser más dramáticos y espectaculares para un observador occidental. (3) La expresión psicológica de los síntomas suele ser global, abigarrada o atípica, y la diferenciación entre las diversas categorías psiquiátricas, incluso entre neurosis y psicosis, es difícil. (4) Lo somático y psicológico se presenta desde una visión unificada. Hay una gran expresión somática de las emociones o estados de ánimo, con frecuencia predominante sobre la puramente cognitiva (5) Las reacciones de miedo y pánico son muy frecuentes, adoptando formas de presentación culturalmente específicas. Es importante destacar que con mucha facilidad estas reacciones de miedo/pánico adquieren un matiz paranoide.

Analizándolo según las principales categorías de las clasificaciones occidentales, pueden considerarse los siguientes apartados.

### ***1. Síntomas psicóticos : relativismo cultural de los delirios y las alucinaciones.***

\* Delirios. Los delirios deben lógicamente reflejar el tiempo y el espacio en el que se producen. Un paciente paranoide en una ciudad occidental se quejará de que la policía lo controla y persigue, o de que recibe radiaciones de la pantalla del ordenador mientras que un paciente de idénticas características de un poblado africano identificará probablemente a sus agresores con personas de otras comunidades. Algunos autores, como Sarró, han querido ver elementos transculturales universales en los contenidos delirantes ( los *mitologemas* ), vía de estudio que ha encontrado poco eco.

Hablamos de un delirio como de una creencia irracional que la persona defiende de manera firme a pesar de los argumentos o pruebas que existen en sentido contrario, y que no es

---

<sup>a</sup> Este proceso es en realidad bastante más complejo y hay diversos manuales específicamente sobre la validación transcultural de instrumentos psicométricos que pueden consultarse.

consistente con la información de que dispone el individuo o con las creencias culturales de su grupo social de referencia. Por eso, es imprescindible conocer en detalle la matriz cultural de extracción de la persona antes de decidir si sus creencias son o no delirantes. Leff<sup>29</sup>, en su revisión, cita a Field (1968) para quien en Ghana *'la gente es sorprendentemente paranoide. En casas, camiones, barcas, cajas de herramientas o máquinas de coser se pueden leer frases como 'No creas a nadie', 'Me rodean enemigos', 'Ten miedo a los hombres y juega con las serpientes' etc. Explica que "un carpintero al que le entró un cuerpo extraño en el ojo mientras iba en bicicleta no hizo ningún intento para extraerla, sino que fue directamente a ver a un adivino para que le averiguara quien se lo había mandado'*. Este tipo de observación son parte de la cotidianidad en general de todas las sociedades pequeñas en general e indígenas en particular en las que un correcto diagnóstico suele incluir localizar al responsable del problema.

Determinadas religiones (p.e. los cultos pentecostales) estimulan por ejemplo que la gente *'hable en lenguas'*, como un estadio de éxtasis religioso. Los creyentes pronuncian sílabas sin sentido como manifestación de la inspiración divina. Se suele citar con frecuencia a San Pablo, quien en su epístola a los Corintos, ya previene contra esta práctica y dice : *'si debe oírse en la reunión que alguien habla en lenguas, no dejéis que sean más de tres los santos que exhiban este don, y en sucesión uno después de otro. No les dejéis hablar en lenguas a menos que haya alguien que sea capaz de entender las palabras e interpretarlas a los asistentes. Si toda la congregación hablara en lenguas a la vez y un no creyente o alguien sin experiencia en estos dones los viera, pensaría: están todos locos'*<sup>b</sup>.

- Alucinaciones. Las alucinaciones tienen menor valor de lo que la psiquiatría les suele conferir como elementos diagnóstico clave en los trastornos psicóticos. Diversos trabajos han mostrado como el 50% de las personas que están en las primeras semanas de un duelo por fallecimiento de la pareja experimentan alucinaciones relacionadas con la persona fallecida. En algunos casos esto se produce incluso años después de la pérdida. En algunas culturas este tipo de percepciones están culturalmente reconocidas y avaladas. Así el *Peyewiin* es la visión, entre la etnia mapuche, de la persona pocas semanas después de su muerte. Tradicionalmente puede aparecer en un cruce de camino, a pie o montado a caballo. Se interpreta como que la persona aún desea cuidar sus cosas<sup>37</sup>. Probablemente los fenómenos alucinatorios sean también bastante frecuentes en nuestra sociedad pero el estigma asociado a ellos haga que la gente prefiera callarse y no comentarlo.

La tolerancia social afecta sin duda al *dintel* de aparición de las alucinaciones. En culturas en que tener contacto con espíritus es altamente valorado, es frecuente que la persona manifieste tener alucinaciones visuales o auditivas. Recordemos que con frecuencia uno ve lo que quiere ver. Así por ejemplo hay numerosas etnias en las que tener alucinaciones confiere un estatus elevado sobre los demás. Las palabras o las imágenes suelen corresponder en la mayoría de casos a las de un antecesor y la visión pueden estar en relación con actos propiciatorios o ceremoniales. Las *visiones* son un signo de llamado de las fuerzas sobrenaturales para ser sacerdote o sanador. Desde este marco cultural, los muertos viven en el mismo mundo psíquico que el individuo.

En su revisión Leff<sup>29</sup> cita un estudio epidemiológico de Schwab (1977) realizado en Florida sobre la frecuencia de trastornos perceptivos en población general. Se observa que la frecuencia con que estos son declarados por la población varía en función de la clase social (clase social baja cinco veces más que clase social alta) y sobretodo de la filiación religiosa (judíos 0%,

---

<sup>b</sup> Esta peculiar distribución geográfica y cultural del culto religioso y el avance de los cultos evangélicos y pentecostales frente a la iglesia católica tiene que ver, en otras muchas cosas, con un proceso en las sociedades occidentales por el que se fomenta que la persona profundice en su experiencia interna, en la contemplación introyectiva del yo. Cuanto más se alejan de estas prácticas, las iglesias tienden a atraer a personas con esquemas menos centrados en el individuo y sus cogniciones y a ciertos sectores de gente con mayor desestructuración y desarraigo (inmigrantes recientes, personas con psicosis o trastornos de personalidad etc). En este sentido p.e. Leff cita un estudio de Spencer (1975) en el que observa en los ingresos a un hospital australiano que entre los testigos de Jehová hay dos veces más trastornos neuróticos y cuatro veces más esquizofrenia.

luteranos, presbiterianos, metodistas blancos 2-5% , metodistas negros 4-10%, y en el extremo la Iglesia de Dios Pentecostales en el que el 21% afirman tener este tipo de experiencias).

## 2. Aspectos transculturales del síndrome esquizofrénico.

1. El Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS y otros utilizando los criterios de la Organización Mundial de la Salud muestran que se pueden diagnosticar cuadros de esquizofrenia en todas las culturas y hábitats y se considera, por tanto que, como enfermedad, sería universal. En el Estudio la frecuencia es constante cuando se utiliza el diagnóstico CIE-9 estricto (incidencia : 12 por 100.000, prevalencia de 0.8 a 1.2 por 100). Pero intrigantemente cuando se utiliza el concepto de espectro *esquizofreniforme* la frecuencia varía, en cambio, entre el 1.5 (Dinamarca) y el 4.2 (India) por 100)
2. Hay ligeras variaciones en la incidencia en las diferentes culturas, atribuibles probablemente a las diferencias en la patogénesis (del mismo modo en que hay diferencias en la prevalencia de hipertensión, diabetes o cáncer de colon en función de factores ambientales). En el caso de la esquizofrenia podría influir variaciones en la distribución de infecciones perinatales, deficiencias nutricionales, traumatismos craneoencefálicos, trastornos endocrinos o abuso de sustancias. Esto por sí sólo no explica, por el momento, las cifras notablemente más elevadas de prevalencia en ciertas áreas geográficas (p.e. Irlanda, Croacia, norte de los países escandinavos, o inmigrantes caribeños de segunda generación en Inglaterra) por lo que deberían aceptarse quizás algunos determinantes genéticos.
3. Respecto a la patoplastia en las culturas no occidentales la esquizofrenia se presentaría *coloreada* por los elementos culturales (aunque manteniendo el síndrome nuclear). Así, por ejemplo, en la esquizofrenia en Japón hay un aumento de la frecuencia de síntomas fóbicos y de culpa y aparecen con frecuencia formas exageradas de autoacusación. En China en la presentación se da, en cambio, gran relevancia a los síntomas somáticos etc. Pero en una cultura u otra habría un núcleo (delirio/pseudoalucinaciones) reconocible.
4. En cuanto a los subtipos y las formas de presentación en los países *occidentales* (exceptuando Japón) los estudios señalan que se hizo el giro de las esquizofrenias con fondo afectivo o las catatonías a las formas de esquizofrenia paranoide que son actualmente la abrumadora mayoría. En las de los países no euroamericanos este cambio se estaría produciendo ahora, y cada vez aparecerían con mayor frecuencia personas con esquizofrenias paranoides, en detrimento de las agudas o las de fondo afectivo. Este fenómeno no es tan sorprendente si se tienen en cuenta al menos 3 factores : (1) Los estudios clásicos que describían cuadros catatónicos no tenían bien perfilado el terreno en que solapan los trastornos afectivos y esquizofrénicos. Hoy en día se sabe que la mayoría de cuadros catatónicos corresponden a síndromes afectivos y no esquizofrénicos. Habría pues un problema de variación de los criterios diagnósticos (2) La segunda causa de catatonía son los síndromes orgánicos cerebrales (neoplasias, encefalitis, cuadros degenerativos...) mejor diagnosticados y tratados hoy por hoy en los países occidentales. (3) Los síntomas catatónicos desaparecen rápidamente en la actualidad con la administración de neurolépticos o TEC y ya no reaparecen.

Especialmente conflictivos desde una perspectiva transcultural resultan los denominados *síntomas negativos* de la esquizofrenia (apatía, anhedonia, vacío afectivo...) Los estudios transculturales (usando todos ellos traducciones de las conocidas escalas de síntomas positivos y negativos de Andreasen<sup>30</sup>) utilizan un pensamiento circular. En realidad si ya es difícil distinguir en los países occidentales entre síntomas negativos, síntomas afectivos, depresión post-psicótica o efectos secundarios de las medicaciones, desde una perspectiva antropológica hay que añadir otros elementos : ¿Se trata de síntomas endógenos o de una reacción defensiva que depende del modo en que se trata al paciente y los niveles de exigencia social después de que aparecen los signos de

enfermedad?. ¿Se trata de la retracción que sigue a la imposibilidad para asumir la "competición social"? Todas estas reflexiones fueron las que llevaron a la formulación del modelo de la Alta y Baja Emoción Expresada como un intento para explicar los determinantes familiares y sociales de las recaídas en la esquizofrenia. Según este modelo una exigencia excesiva o una sobrestimulación son tan negativos para el pronóstico como la falta de estimulación ambiental.

5. En cuanto al curso clínico, en culturas no complejas las esquizofrenias se describen como cuadros de inicio agudo y fulminante y remisión completa, frente a los cuadros más solapados y con evolución con tendencia a la cronicidad de los países occidentales. El estudio internacional de la OMS de 1986 sobre factores determinantes del pronóstico en diferentes culturas (*Determinants of Outcome*) muestra que incluso utilizando sólo primeros brotes psicóticos (para evitar los sesgos por las diferencias en los sistemas de atención sanitaria) y aplicando criterios homogéneos, el pronóstico es notablemente peor en los pacientes que viven en el medio occidental. Estos resultados han sido replicados con diferentes modelos y contextos y son consistentes y universales. No hay todavía una explicación plausible para el proceso de cronificación de la esquizofrenia que se asocia al medio euroamericano.

Las diferencias en la forma de presentación, el curso y el pronóstico, unido a que los términos esquizofrenia simple, hebefrénica, latente etc son de difícil aplicación en muchos países no euroamericanos ha hecho que Wig<sup>27</sup> y otros autores postulen que la única distinción que parece útil en las personas no occidentales sea entre formas agudas y crónicas de esquizofrenia.

En este sentido para entender las psicosis en el sur habría que rescatar, para Wig, el diagnóstico de psicosis *histérica*. En la India son muy frecuentes, en su experiencia, los cuadros psicóticos que asientan sobre personalidades marcadamente *histéricas*. En todas estos casos, como en los referidos en África por múltiples autores, acostumbra a haber un precipitante en forma de estrés agudo. Si intentáramos rescatar el concepto evitando el término *histeria* podría decirse que se trata de psicosis transitorias mal diferenciadas, fácilmente producidas por desencadenantes ambientales y de aparición recurrente. No hay datos de seguimiento longitudinal de estas psicosis como para situarlas en la familia de las esquizofrenias o no<sup>c</sup>.

El siguiente cuadro resume las principales diferencias :

<b>Medio no occidental</b>	<b>Medio occidental</b>
El Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS y otros muestran que se diagnostican cuadros de esquizofrenia en todas las culturas y hábitats. La incidencia es similar cuando se utiliza el diagnóstico CIE9 estricto y la prevalencia varía por factores ambientales (infecciones perinatales..) o genéticos.	
<i>Reacciones</i> psicóticas (agudas y breves).	<i>Trastornos</i> psicóticos (insidiosos y crónicos)
El delirio y las pseudoalucinaciones no tienen porque ser los síntomas más prominentes. Pueden añadirse otros síntomas sobretodo de tipo somático	El síndrome se define sobretodo por la existencia de delirio y (pseudo)alucinaciones.
¿Mayor frecuencia de esquizofrenia simple, catatónica o indiferenciada?	¿Mayor frecuencia de esquizofrenia paranoide o desorganizada?
Menor trascendencia social de los síntomas negativos.	Dudas sobre la naturaleza de los síntomas negativos. Gran importancia social y creciente interés sobre los mismos.
Tendencia a la remisión completa. Mejor pronóstico a medio y largo plazo.	Tendencia a evolucionar hacia la cronicidad. Pronóstico más incierto.

<sup>c</sup> Aunque se trata de una propuesta interesante, consiste en remedar un error (una perspectiva diagnóstica etnocéntrica en la consideración de los subtipos de esquizofrenia) apelando a otro concepto si cabe más dudoso, el de *histeria*. ¿Qué es la *histeria*?. Los elementos a considerar son en realidad otros.

### **3. Trastornos por ansiedad - trastorno por somatización.**

**La relación entre ansiedad e histeria.** Los cuadros clásicamente calificados como *histeria* están en franca disminución en la cultura occidental. Este tipo de reacciones han pasado a considerarse un signo de debilidad y de falta de autocontrol y se trataría de una forma socialmente cada vez menos **tolerada** de expresión de emociones. Algo muy distinto de lo que ocurría, por ejemplo, en la era victoriana en la que los desmayos eran signo de sensibilidad y delicadeza (el famoso *bote de las 'sales'* que portaban algunas mujeres). El diagnóstico de *histeria* era tan común a finales de siglo como para centrar la atención de los más grandes psiquiatras de la época (Freud, Charcot...).

Una cuantificación de ese viraje en apenas veinte años se obtiene cuando se comparan los estudios epidemiológicos realizados con soldados en la I y en la II Guerra Mundial. Puede observarse la casi desaparición de los cuadros *conversivos* e *histéricos*, siendo reemplazados por una abrumadora mayoría de cuadros de *ansiedad* y *somatización*. Si además nos vamos a las cifras de principios de siglo puede verse que este tipo de diagnósticos aparecían independientemente de la clase social o el nivel intelectual del soldado u oficial, lo que indica que *el factor cultural predominaría sobre el nivel intelectual* a la hora de determinar la *forma de expresión del distrés*.

Los fenómenos disociativos/conversivos (cegueras, parálisis, monoplejías, convulsiones pérdidas de conciencia....) siguen teniendo una importancia enorme en la clínica de las culturas menos occidentalizadas. Se trata por tanto de una forma normal de expresión de emociones displacenteras y no debe interpretarse como una falta de recursos emocionales o una falta de mecanismos maduros de afrontamiento (como se indicaría desde el psicoanálisis) sino como una expresión adecuada al medio, fruto de un proceso de socialización. La hipocondría y los trastornos psicósomáticos son el principal diagnóstico en hombres en medios árabes, y la neurastenia el principal diagnóstico no psicótico en China. En los pacientes occidentales se postula, en cambio, una relación inversa entre la expresión franca y abierta de ansiedad y depresión y la presentación somática de síntomas y se consideran normativas las formas cognitivizadas de ansiedad.

### **4. Trastornos afectivos.**

El principal problema con que hubieron de enfrentarse las nosologías occidentales al intentar abarcar los trastornos depresivos en otras culturas era el de los diferentes modos de presentación.

Se considera desde la OMS que la depresión se presenta de una u otra forma en todas las culturas, aunque en los *países de la periferia* lo hace, igual que ocurre con la ansiedad, con predominancia de síntomas somáticos e hipocondríacos, siendo mucho menos prominentes los trastornos clásicos del humor euroamericanos. En un intento de ampliar su perspectiva la CIE-10 modificó en consecuencia la 9ª clasificación para considerar que los trastornos afectivos debían subclasificarse según (a) la presencia o no de síntomas psicóticos y (b) la presencia o no de síntomas somáticos.

**Objeciones.** Esta perspectiva, con ser mejor que las precedentes, sigue siendo confusa. :

- 1) Para los psiquiatras occidentales 'síntomas somáticos' equivale a lo que la psiquiatría clásica consideró signos biológicos de *melancolía* (anorexia con pérdida de peso superior al 10 por ciento, insomnio de tercera fase con despertar precoz al menos dos horas antes de lo habitual etc) lo que puede no tener mucho que ver con los síntomas somáticos relevantes en otras culturas donde, por ejemplo, hablar de pérdida de peso puede llegar a ser una ironía.
- 2) Se mantiene la separación artificial entre soma y psique, entre lo "somatoforme" y lo "afectivo", cuando en la mayoría de culturas se observa un cuadro indiferenciado, sincrético o combinado *somato-emocional*.

Por eso sería necesario :

- 1) Priorizar los cuadros "mixtos" *somato-psíquicos*<sup>d</sup> en lugar de forzar la distinción entre lo somático, lo depresivo y lo ansioso.
- 2) Trabajar más subgrupos dentro de lo somatoforme acorde con las tendencias en otras culturas p.e. por órganos ( digestivo, respiratorio...), modos de presentación ( agudo, subagudo, crónico...) u otras.
- 3) Ampliar el espectro de emociones y psicopatología cubierto por el sistema clasificatorio. P.e. rabia/ira patológica, miedo intenso, estados de trance y posesión... evitando la reificación de la tristeza.

### **5. Otras neurosis.**

Una vez más encontramos el problema de lo que es social e institucionalmente considerado motivo de consulta. Así, para Wig<sup>27</sup>, en los hospitales de la India los diagnósticos de Neurosis Obsesiva y Neurosis Fóbica son prácticamente desconocidos. Pero más adelante matiza que se trata de casos que se presentan con cierta regularidad, pero que no son diagnosticados o no se consideran motivo de consulta. El problema es el marco conceptual y las nosologías forzadas.

La despersonalización, la neurastenia o la hipocondría tampoco son diagnosticadas por los profesionales hindúes en cuanto a que son formas de manifestación de otros síndromes. Como afirmaba Kleinman en su estudio *Patients and healers in the context of culture*<sup>31</sup> la neurastenia es el principal diagnóstico *médico* en China y sólo la introducción de los modelos euroamericanos está desplazando estos pacientes de la medicina tradicional y la medicina general a la atención en salud mental. Las consecuencias de esta intromisión por el futuro son impredecibles.

### **6. Abuso de sustancias.**

En este apartado más que en ningún otro los conceptos euroamericanos son de difícil aplicación transcultural. ¿Cómo puede definirse el 'abuso de sustancias' desde una perspectiva que sea válida en todas las culturas?. Hay subculturas, por ejemplo, que en base a criterios religiosos o culturales exigen la abstinencia absoluta y consideran 'anormal' cualquier consumo de alcohol. Otras, en cambio, toman como referencia el momento ('anómalo' consumir en una celebración religiosa o durante al trabajo, 'normal' el consumo en fiestas o reuniones familiares), la edad ('anómalo' el consumo en mujeres, o en menores de edad) y otras en fin las consecuencias ('anómalo' cuando se asocia a negligencia en las responsabilidades personales, familiares o comunitarias y 'normal' cuando no).

Suponiendo que fuera éste último el criterio más extendido, ¿dónde se establece el dintel, dada la gran diferencia en la tolerancia social a estas situaciones?. No podemos olvidar que ciertas conductas "anómalas" (peleas, dormir toda la noche tirado junto a un camino etc.) son en realidad culturalmente 'normales'. Así, una niña guatemalteca del Ixcán vive como un hecho normal que algunos días en que el padre sale con los amigos a *tomar* ella deberá salir después de madrugada enviada por la madre a buscarlo por el camino y cuando lo encuentre, tumbado en algún lugar, se debe sentar a su lado hasta la mañana para que no le ocurra nada y regresar con él a casa cuando despierte. Esto no menoscaba la autoridad del padre ni su desempeño en la *milpa* durante el resto de la semana.

---

<sup>d</sup> Utilizamos esta expresión a propósito para evitar el término *psicosomático* que ya tiene un significado específico en nuestro medio.

Parecería que lo adecuado sería usar criterios médicos *objetivos* (desarrollo de tolerancia, definición de unos límites en gramos de alcohol/día o algún parámetro similar...). Pero incluso en este caso cabe cuestionarse la validez universal de un criterio absoluto.

La aparente universalidad de los parámetros biológicos no siempre es tal. Un ejemplo clásico al que se suele recurrir es el de la definición de la anemia en base a la concentración de hemoglobina en sangre. Los textos de medicina interna definen la anemia como la existencia de tasas de hemoglobina inferiores a 12grs en la mujer y 13'5 en el hombre. En realidad el punto de corte dependerá del ambiente. Así, un habitante de un pueblo africano tendrá valores crónicamente bajos por la desnutrición y la malaria. Su cuerpo está adaptado a estos valores. Si se le ingresa en un hospital se le recuperará con un tratamiento y nutrición adecuados. Pero en cuanto sea dado de alta y vuelva a su ambiente natural volverá a reinfectarse y regresará a su dieta sin vegetales. En consecuencia debe aceptarse que sus valores *normativos* de hematocrito pueden ser incluso 8-9 grs, valores que en nuestro medio serían prácticamente indicación de transfusión.

Respecto a otras sustancias: ¿Debe considerarse el uso de cualquier droga *ilegal* como patológico y dejar el referente a las autoridades políticas?. ¿Debe considerarse como patológico el uso de sustancias potencialmente dañinas para el cuerpo? ¿Quién establece cuales deben ser consideradas y en base a qué?. ¿Debería considerarse cualquier sustancia psicoactiva? ¿Qué hacemos entonces con el té, el café y la coca-cola?.

Un caso paradigmático, en este sentido es el del consumo de coca en Bolivia. En la estación central de autobuses de La Paz un enorme cartel *gubernamental* pintado en una pared denuncia la hipocresía de los países occidentales y defiende el consumo de té de hojas de coca por sus propiedades medicinales y tónicas. Diversos programas muestran como la desaparición del mascado tradicional de la hoja de coca ha venido acompañado por el consumo de polvo de coca y se están ensayando diversos programas de reintroducción de las técnicas tradicionales de mascado - que no es, por cierto, algo sencillo- entre los jóvenes indígenas andinos como un modo de enfrentar la desestructuración y el abandono provocados por el consumo de cocaína inhalada. Algo similar ocurre respecto a los fumadores de opio en Asia y la introducción de la heroína.

Tema aparte, en el que no entraremos aquí por su obviedad, es el de las implicaciones para el consumo de toda la parafernalia que acompaña hoy en día al uso de drogas ilegales que ha creado una subcultura de la droga (uso escondido, precios desorbitados, asociación con delincuencia, sentimientos de culpa y negación en los consumidores, riesgo de infecciones etc.).

Westermeyer<sup>28</sup> propone como criterio definir el patrón patológico de uso en función de la aparición de *tolerancia fisiológica* (defiende en este sentido la validez del criterio de los 80 grs. alcohol/día) y de riesgo para uno mismo o los demás (p.e. uso de cannabis mientras se pilota un avión o uso en menores de edad), independientemente de las normas étnicas o culturales, por cuanto éstas tienden en general a minusvalorar los riesgos del consumo y a ser excesivamente tolerantes con él, ocurriendo raramente lo contrario.

Esta solución es probablemente sensata para los planificadores de salud, los políticos y los epidemiólogos, pero poco satisfactoria para los clínicos. Para el trabajo cotidiano será más adecuado prescindir de definiciones y trabajar desde un enfoque narrativo-construccionista que parta de la percepción social y que trabaje desde un enfoque centrado en las consecuencias negativas percibidas por la propia persona más que en los diagnósticos.

## **7. Trastornos de la personalidad.**

La perspectiva oficial ha intentado demostrar la validez transcultural de los trastornos de la personalidad basándose en :

1. Las modelos biológicos. El paradigma de modelo neuroquímico de la personalidad es el Tridimensional de Cloninger (Eje I, Evitación de daño (relacionado supuestamente con la serotonina), Eje II Dependencia del refuerzo (en relación aparentemente con la dopamina) y Eje III Búsqueda de novedades (de supuesta base noradrenérgica)). La exageración de cualquiera de los

ejes o de combinaciones patológicas de los mismos llevarían a los trastornos clínicos de la personalidad. La realidad se empeña en no cuadrar con una propuesta tan seductora.

2. Investigaciones Etic-Forzadas, como el Estudio Internacional sobre Trastornos de Personalidad de la OMS, utilizando una entrevista semi-estructurada adaptada transculturalmente (Personality Disorder Examination que da diagnósticos CIE-10), aplicada en 15 lugares de investigación mostraría que *pueden reconocerse todos los patrones* de TP en los diferentes lugares de investigación y que las prevalencias no son muy diferentes en cada zona. Ya hemos comentado respecto a la falacia tautológica que subyace a todos estos estudios.

Como problemas fundamentales en un análisis transcultural de los trastornos de personalidad cabe destacar al menos tres:

- a) Ya veíamos que los estudios de la corriente *Personalidad y Cultura* cuestionan muy seriamente la universalidad de las estructuras de personalidad, empezando porque no hay un único concepto de 'persona' y de 'yo'. Muchas de las asunciones respecto a ese tema son productos occidentales. Por ejemplo, una visión alternativa de la personalidad en una cultura socio-céntrica sería cómo desarrollábamos en el capítulo dos, la basada en una concepción holística de las relaciones individuo-sociedad en la India, donde se entiende que las 'unidades' (personas) son alteradas por las relaciones en que entran con otros. El pensamiento puede, por ejemplo, describir al individuo no en términos de rasgos abstractos duraderos inherentes a la persona sino en términos de relación con los otros.
- b) Si nos ceñimos a las clasificaciones internacionales euroamericanas vemos que éstas consideran que se puede hablar de trastorno de personalidad *sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y maladaptativos y provocan problemas en el funcionamiento de la persona o un distrés subjetivo* (APA, 1987). En consecuencia el problema no es tanto si los rasgos descritos en los TP del DSM/ICD son realmente universales, sino si son *universalmente disfuncionantes* o provocan de modo universal un *distrés subjetivo*.
- c) Hay que distinguir, dice Foulks (en Mezzich et al<sup>28</sup> cap. 31) en cada cultura un tipo de *personalidad ideal* (¿Cómo le gustaría que fueran sus hijos? ¿Cómo intentaría criarlos?), una *personalidad típica* (¿Cómo cree usted que es la mayoría de la gente?. ¿Cómo se comportaría la mayoría de la gente en esta situación?) y una *personalidad atípica* (o extravagante, es decir, no necesariamente patológica). El ideal budista podría corresponder a un trastorno esquizoide euroamericano. Desde ahí se debería empezar a construir una taxonomía emic de la *anormalidad*.

Entre las propuestas a reflexionar frente a esta situación, podría estar:

- Realizar investigaciones *emic* para definir Trastornos de Personalidad propios de ciertos grupos étnicos que no están en los sistemas estándar. Por ejemplo entre los esquimales Inuit las formas extremas de asertividad personal, de puntualidad y de toma independiente de decisiones, son calificadas como *inmadurez*.
- Realizar investigaciones que estudien específicamente si se ven disfuncionantes los TP euroamericanos en otras culturas.
- Añadir junto al diagnóstico de TP una evaluación del grado de egodistonía, es decir, hasta que punto la persona siente que esto es un problema y desea cambiarlo.
- Hacer una *dissección cultural* del supuesto trastorno de personalidad, es decir un estudio *emic* en cada contexto respecto a cómo entender el problema desde (a) parámetros culturales, (b) la opinión de familiares y personas de referencia y (c) informadores-clave.

Una alternativa sumamente interesante y que ofrece muchas ventajas desde un punto de vista transcultural es el de los modelos constructivistas de los trastornos mentales a los que hemos venido aludiendo en diferentes partes de este texto. Thakker, Ward y Strongman publicaron en 1999 una revisión de este enfoque alternativo<sup>32</sup>.

## 6. ¿Existen los llamados Síndromes Ligados a la Cultura?.

### 1. Concepto.

Las clasificaciones internacionales resuelven el problema de las diferencias transculturales en los síndromes psiquiátricos a través de la definición de los denominados Síndromes Ligados a la Cultura (*Culture Bound Syndromes*). Estos se definen como cuadros locales determinados por la matriz cultural de esa zona.

A lo largo de la historia de la psiquiatría transcultural se han definido una serie de cuadros clásicos que son los que una y otra vez aparecen en las publicaciones y a los que aludiremos muy someramente para a continuación intentar ir más allá de ellos. No tenemos mayor interés en considerar estos cuadros por encima de otros, pero dado que son los *oficialmente* más reconocidos y publicitados, partiremos de ellos para reflexionar un esquema conceptual.

#### - Koro.

Consiste en la creencia extremadamente angustiante en una progresiva retracción del pene que va a llegar hasta la invaginación. En el momento en que esto ocurra la persona morirá.

Suele ser individual aunque se ha descrito ocasionalmente en epidemias (p.e. en 1969 se describió una tras que corriera el rumor de que había 'cerdos' infectados, y que todos los que hubieran comido esa carne podían sufrirlo. Aparecieron más de 100 casos en 1 día en el hospital de Singapur (8 mujeres). Se ha descrito también en el sudeste asiático, sobretodo entre la población de origen chino y hay fenómenos casi idénticos en Tailandia (Rok joo) y noreste de India (Jinjina bemar).

Durante mucho tiempo fue considerado por la psiquiatría como una forma de delirio. Pero si analizamos los fenómenos acompañantes vemos algunos hechos curiosos:

- (1) Los familiares ayudan en el proceso de sujeción del pene con piedras para evitar que se invagine. Se trata, por tanto, de una creencia compartida.
- (2) Entre los chinos hay el convencimiento de que la retracción del pene es un signo de muerte inminente, porque los fantasmas no tienen pene.
- (3) Existen manifestaciones de ansiedad extrema.
- (4) Hay una relación con hechos desencadenantes (tras el baño, por ejemplo) y en relación a vivencias de culpa (masturbación, dificultades de erección etc) en una sociedad que valora de manera preeminente la actividad sexual.

Tiene mecanismos comunes con la hipocondría : la *sobrescrutinación de una función corporal*. Algunos estudios muestran como provocando ansiedad relacionada con el tema en un paciente de koro y midiendo con pletismografía el tamaño del pene, hay una disminución del flujo vascular y efectivamente, el pene empequeñece. Es decir, de hecho, el temor tiene, en cierto modo, una base real, como la tienen las sensaciones corporales que el hipocondríaco magnifica con la hipervigilancia y monitorización. La descripción de unos 15 casos de *koro-like* en población occidental muestra como es posible la aparición de un análogo del síndrome en toda persona que monitoree un aspecto de su cuerpo (en este caso los genitales), si bien no habrá miedo a la muerte porque no hay la creencia cultural al respecto, ni habrá maniobras de ayuda del medio. Por eso Berrios y Morley en su revisión concluyen que no debe hablarse de Koro cuando aparece fuera del contexto propio del síndrome.

- **Psicosis por windigo : temor al canibalismo.**

Descrito en los años cuarenta entre las tribus Cree, Ojibway y Salteux de Alaska y norte de Canadá. Se trata de pueblos que vivían inviernos extremadamente duros. Bajo estas condiciones y cuando hay una hambruna se desarrollaría el miedo a la antropofagia concretado en (1) un tabú rígido contra el canibalismo humano y (2) la creencia en el Windigo o espíritu caníbal del hielo. En la 'psicosis por windigo' la persona siente que no le apetece la comida normal, tiene náuseas y vómitos ante ella. Si esto sigue adelante y el sanador no interviene aparece un cuadro de progresiva ansiedad creciente y con cada vez mayor repugnancia por la comida, como prueba irrevocable de que la persona se está convirtiendo en Windigo. Si el tratamiento sigue sin conseguir resultados positivos, el paciente pedirá a la tribu que le mate para evitar que pueda convertirse en caníbal, lo que en épocas pasadas, al parecer, se hacía.

Puede observarse cómo en el Windigo, cuadro del que hace años que no hay descripciones y que algunos dudan que incluso haya existido, una vez más tendríamos la ansiedad y las expectativas sociales como, probablemente, los dos factores decisivos.

- **Amok : Violencia disociada para lavar una ofensa**

De predominio en Malasia y países cercanos el *amok* se produce cuando un elemento masculino de la comunidad es ofendido en su honor. Abandona entonces la comunidad un periodo de tiempo, durante el cual no come, no habla con nadie, vaga sin rumbo y piensa en su orgullo herido regresando al cabo de unos días, generalmente armado de algún modo. En estado de descontrol arremete contra cualquiera que se cruza pudiendo herir o matar a una o más personas. La comunidad, con palos detiene a la persona que, tras el *amok*, queda soñolienta. Cuando vuelve en sí se reintegra con más o menos dificultades a su vida.

Leff<sup>29</sup> destaca la tolerancia social a estos episodios pese a las muertes, lo que coincide con la tolerancia de la ley francesa a los crímenes pasionales.

- **Latah : Conducta imitativa femenina con ecopraxia y coprolalia.**

También en Malasia, pero además en culturas muy distantes y diversas : Burma (*yaun*), Tailandia (*bah-tsche*), Filipinas (*mali-mali*), Siberia (*myriachit*), Laponia (*pánico lapón*), Ainú de Japón (*imu*) etc. Se trata de mujeres que presentan una conducta imitativa, copiando todos los movimientos de las personas que tienen delante, sin aparentemente, poder evitarlo. Hay una respuesta automática a las ordenes, y en ocasiones, la persona habla con expresiones groseras y malsonantes. El desencadenante puede ser desde un gesto inesperado de una persona a una experiencia atemorizante, como ver una serpiente. Se considera que se trata de una posesión por el espíritu Latah que entra en la persona durante un sueño. Se considera normal, que no requiere tratamiento y remite espontáneamente (como de hecho así es).

En diferentes estudios se ha mostrado que las reacciones de hiperalerta están en todas las culturas. Aparecen cuando la persona está o bien hiperconcentrada en algo o bien hipoconcentrada (somnolienta). A ello se añade, en el caso del latah, la posibilidad liberadora : en este estado pueden decirse y hacerse cosas que no serían toleradas en estado de plena conciencia. El latah sería, plausiblemente, la respuesta ante la presión social de algunas mujeres realizando de manera socialmente aceptable actos obscenos o agresivos que no le son habitualmente tolerados en una cultura dominada por hombres. Al igual que en los estados de trance y posesión se requiere una vulnerabilidad fisiológica para entrar en estados disociados de conciencia.

- **Taijin Kyofusho : evitación social extrema por resultar física o psicológicamente ofensivo a los demás.**

De predominio en Japón se caracteriza porque el paciente se presenta al médico con quejas de que alguna parte de su cuerpo resulta ofensivo a los demás por su aspecto, olor, expresión (como en los gestos faciales) o movimientos. Se manifiesta especialmente en situaciones interpersonales y

el trastorno es tan prevalente que, en Japón, son frecuentes los grupos de autoayuda. Se traduciría como 'síndrome de miedo interpersonal'.

No hay equivalente occidental y estaría a caballo, desde una perspectiva étic, entre lo obsesivo y lo fóbico.

- **Hwa-Byung : rabia no expresada.**

Se describe como dolores epigástricos atribuidos en Corea a la rabia no expresada y retenida. Es un fenómeno interesante porque mostraría toda una patología de la *rabia* en la cultura coreana que se repite en muchas otras culturas y que no tiene equivalente occidental.

**Culture-Bound Syndromes: una visión de conjunto.**

Todos estos casos que son los más conocidos, no hacen sino encabezar una lista interminable. En la famosa monografía de Simons y Hughes<sup>33</sup> se describen decenas, algunos de ellos tan conocidos como la muerte por Voodoo, el susto, el Dhat, la neurastenia, etc. Casi doscientos *síndromes ligados a la cultura* que abarcan toda clase de reacciones humanas ante el *distrés*. La lectura de este texto, que no deja de tener un tono folclorista y a detenerse más en lo pintoresco que en lo nuclear sin llegar a mayores cuestionamientos conceptuales, deja una sensación global de pretender vaciar el mar con un vaso. En lugar de pensar en sistemas conceptuales (ver más adelante el capítulo sobre el proceso terapéutico, y definir sistemas de etnomedicina explorando las raíces en una visión que respete su coherencia interna, se extrae un catálogo de curiosidades *zoológicas* descritas fuera de contexto y con mirada ajena.

El estudio del susto (sobre el que existen innumerables publicaciones, p. ej. Rubel et alt<sup>34</sup>) es especialmente interesante porque muestra como tras una misma denominación puede haber múltiples modos de entender la enfermedad y su terapéutica, a veces en distancias geográficas relativamente pequeñas. Si no somos capaces de definir la depresión ¿qué sentido tienen los intentos por encontrar y definir síndromes de los que ni siquiera hay una buena comprensión de su matriz cultural?. Hay que intentar entender las diferentes etnomedicinas como sistemas complejos (ver más adelante) y evitar los intentos de *sindromización* de la realidad.

**La perspectiva DSM.**

Se han hecho diferentes intentos por incluir los CBS dentro de las clasificaciones usuales. La siguiente tabla resume la propuesta de relación entre los Culture-Bound Disorders y la clasificación DSM-IV hecha por un grupo de estudio ad-hoc (González CA and Griffith EEH, en Mezzich et alt<sup>28</sup>).

Grupo DSM-IV	Agrupaciones propuestas	Ejemplos	Propuesta clasificatoria
<i>Síndromes disociativos.</i>	(1) Estados de trance y posesión ["el cuerpo de un paciente ha sido ocupado por un espíritu"]		Crear una categoría dentro del capítulo de Trt. Disociativos
	(2) Síndromes de huida o escape ["caminar sin dirección ni objeto. Período prodrómico con letargia, depresión, ansiedad e inicio brusco de hiperactividad y estado disociativo posterior"].	Piblogtok, Chakore (Panamá) Grisi Sikmis (Miskitos). Amok . Considerado aparte por el componente de amenaza a la vida propia o la de otros.	Clasificar como Fuga Disociativa. Clasificar como Trast. Explosivo Intermitente
	(3) Síndromes de desconexión motora. [Reacción ante situaciones de miedo, conflicto o gran tensión. La persona no puede moverse aunque oye y entiende lo	Falling-out (población negra de EUA). Indisposición (Haití)	Clasificar como Reacción Aguda ante Gran Estrés o Psicosis Reactiva Breve.

	que pasa a su alrededor]		
<i>Síndromes somatomorfos</i>	(1) Koro [entendido como síntoma hipocondríaco no psicótico de menos de seis meses de evolución].		Crear una categoría dentro de los Trt. Somatoformes
	(2) Síndromes somáticos generalizados .Ode-Ori (Yoruba): "Un organismo dando vueltas por la cabeza", ruido en los oídos, pérdida de visión... .Hwa Byung o 'enfermedad por ira'. Masa epigástrica por ira o rabia no expresada.		Clasificar como Trt Somatoformes
	(3) Síndromes neurasténicos	Neurastenia (China) Shinkeisujaku (Jap)	Clasificar como Trt. Afectivo mayor con síntomas somáticos
	(4) Ataques de nervios o 'síndrome de Puerto Rico' (sic)		Clasificar como Reacción aguda ante gran estrés.

Kirmayer<sup>28</sup> formula al respecto las siguientes protestas :

- La 'posesión' es en muchos lugares una explicación causal sin relación con una condición disociativa.
- El Latah (no considerado en la clasificación) es una forma socialmente tolerable de expresión de emociones ¿dónde se coloca?. ¿por qué no considerarlo, si sólo nos fijamos en la conducta aparente, como un síndrome de movimientos automáticos o tics?.
- 'Somatomorfo' es un concepto extraído de la dualidad mente/cuerpo. ¿Es correcto remitir el Koro y otros cuadros a esta categoría?
- Hay muchísimas descripciones de síndromes, pero se sabe muy poco de su auténtico valor y relevancia.
- En el koro, por ejemplo, la ansiedad es el síntoma clave, pero aparecen también ideas delirantes, somatizaciones, dismorfofobia... ¿en qué categoría incluirlo cuando eso ocurre? ¿dónde se pone el énfasis principal?.
- ¿Qué muchos casos de neurastenia respondieran a ADT es suficiente para situarlo entre los trastornos afectivos?.
- ¿Los 'ataques de nervios' son una entidad como tal (*disease*) o simples formas de expresión (*idiom of distress*)

Análogas a estas consideraciones podrían hacerse innumerables más en un proceso inacabable de cuadratura del círculo. El intento de encajar las piezas en el armazón del DSM provoca constantes dificultades conceptuales y es una vía tortuosa y compleja.

## 2. ¿Qué tienen en común los Culture-Bound Syndromes?

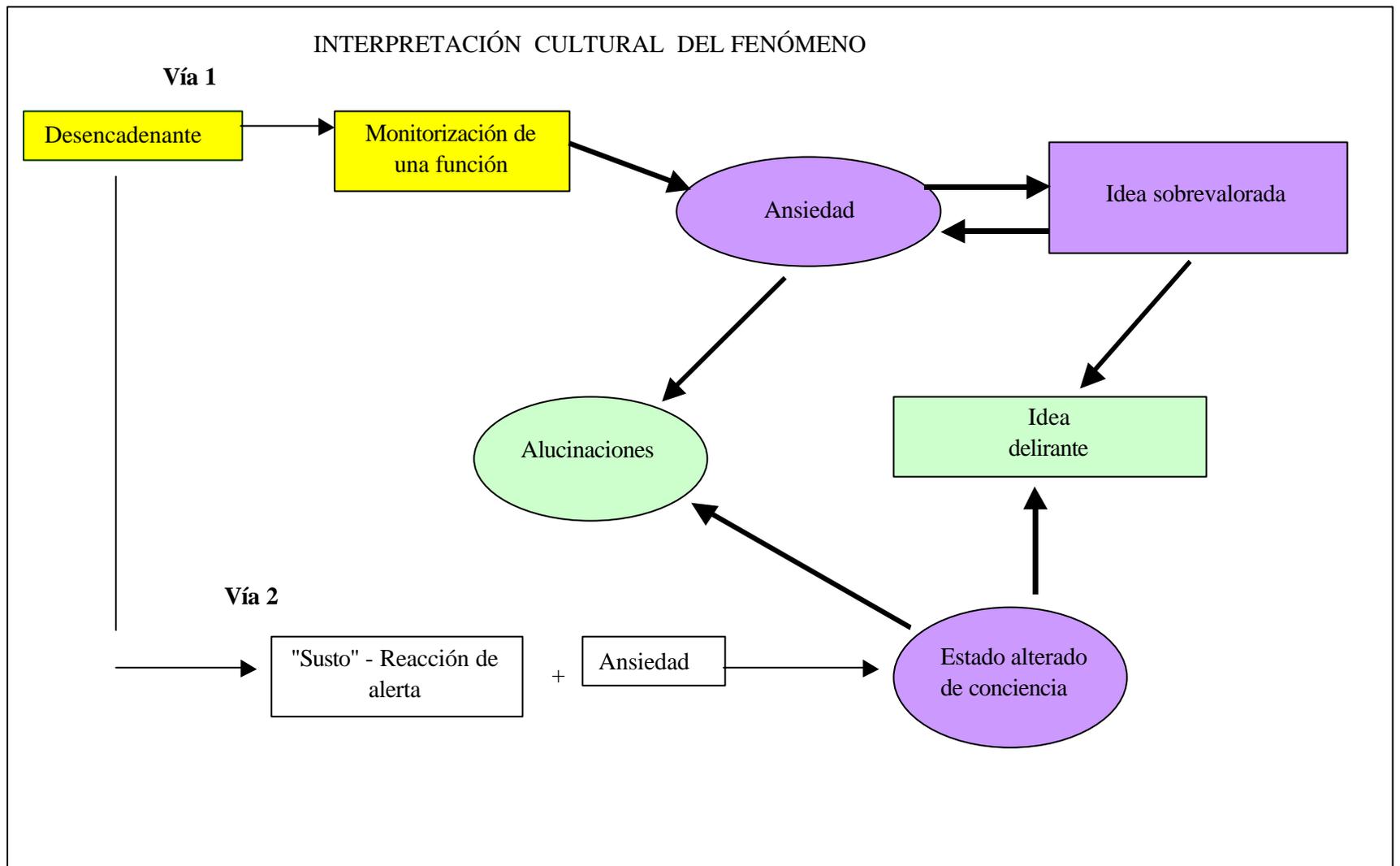
Es posible ver que todos los síndromes descritos anteriormente comparten un esquema común etiopatogénico. Puede proponerse el siguiente esquema conceptual válido para muchos de ellos (ver figura 1). Un hecho desencadenante (retracción fisiológica del pene, la hambruna, la desorientación en un ambiente cultural desconocido, una situación embarazosa...) lleva a una focalización de la atención, a una monitorización de una función corporal y a una ansiedad progresivamente creciente. Aparecen rumiaciones potenciadas por una base cultural y por un refuerzo del medio familiar o social, que llegan a consolidarse en ideas sobrevaloradas, que dominan el pensamiento de la persona, y en algunos casos a ideas pseudodelirantes. Pseudo, en tanto en cuanto son coherentes con el medio cultural y delirantes en cuanto a no reductibles por razonamiento lógico.

La ansiedad extrema puede favorecer la aparición de ilusiones catafímicas (es decir, interpretaciones anómalas de experiencias reales, en función de las expectativas y el estado emocional) o incluso de pseudoalucinaciones o alucinaciones.

Una segunda vía de acceso tiene que ver con un desencadenante, en esta ocasión brusco, que unida a altos niveles de ansiedad, desencadena la aparición de alteraciones de la conciencia (bien estados disociados en sus múltiples formas bien estados de conversión), en cuyo contexto son plausibles la aparición de síntomas que, no encajando en la estructura del yo no escindido, pudieran identificarse como alucinaciones o delirio.

Lo que interesa destacar es como, más allá de las taxonomías, es posible entender que existen vías fisiopatológicas de respuesta del ser humano, como expresiones de una amenaza percibida extrema, congruentes con un modelo enculturado y socialmente normado de expresión. La amenaza encuentra su reflejo desde una perspectiva no dualista en somatizaciones, cuadros de ansiedad con síntomas psicóticos o cuadros conversivos o disociativos. Cada uno de los denominados “síndromes ligados a la cultura” puede tener múltiples formas de expresión, porque no se trata entidades discretas, sino de constelaciones de respuesta. Lo relevante es, probablemente, realizar una buena formulación psicosocial del caso sin encallarse en la patoplastia.

Congruentemente con ello, todos los fármacos que disminuyan los niveles de ansiedad (incluidos, claro, los neurolépticos) serán potencialmente útiles, sin que esto signifique mayores connotaciones diagnósticas. Y, probablemente, tan o más eficaces serán aquellos tratamientos que, desde la cultura, ataquen el origen de esas formas extremas de ansiedad.





### 3. Pero... ¿existen los *Non-Culture-Bound Syndromes*?

El concepto de *Culture Bound Syndrome* carece de sentido y sólo responde a una visión de la psiquiatría que define una serie de cuadros desde un modelo cultural y que luego reconoce ciertas entidades 'folclóricas' y les da carta de aceptación, es decir, que pretende obtener validez transcultural fagocitando aquello que cuestiona su modelo y reconociéndolo en una sub-categoría diagnóstica. Cuando alguna entidad cuestiona el modelo, la táctica de la American Psychiatric Association es crear un subcomité que diseñe una nueva subcategoría. Y seguir avanzando. En este caso para crear la categoría de *Culture-Bound Syndromes* :

1. Se escogieron algunos síndromes *folclóricos* de entre los centenares de diagnósticos *emic* que existen en las diferentes culturas del mundo.
2. Se les elevó al altar diagnóstico entrando por la puerta de atrás y considerándolos entidades discretas y específicas. Esta consideración es en realidad una falsedad tranquilizadora.
3. Se pone el énfasis en lo anecdótico. Las publicaciones científicas, por ejemplo, han aceptado y publicado numerosos casos de "*Koro*" asociado a cuadros orgánicos cerebrales, a trastornos psicóticos delirantes etc. en países occidentales. Lo que se considera "nuclear" del *Koro* es la convicción de retracción del pene (es decir, lo en sí mismo anecdótico) y lo que se ignora es el aprendizaje sociocognitivo de este cuadro, su significado para la persona, la familia y la sociedad, las atribuciones de causa que hace la gente que lo sufre y los modos de tratamiento acordes con esa etiología que se hacen desde la propia cultura. Hay publicaciones de psiquiatras transculturales pretendiendo identificar cuadros de *Amok* en América Latina o de *Latah* en Turquía : se trata de la psiquiatría del síntoma llevada a su expresión más surreal.

Del mismo modo en que no puede cometerse el error de querer universalizar los cuadros euroamericanos, tampoco puede cometerse el error opuesto : pretender asimilar los cuadros *emic* a las concepciones occidentales. Por ejemplo, la literatura psiquiátrica norteamericana se ha empeñado en los últimos años en crear un síndrome denominado *nervios* que algunos han llegado a denominar el *síndrome de Puerto Rico* porque está definido por psiquiatras que atienden a población portorriqueña. Los *nervios* han sido incluso considerados como entidad en algunas secciones del estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area) del National Institute of Mental Health norteamericano. Para cualquier hispanohablante es insensato pretender considerar la expresión *nervios* como una categoría psiquiátrica y esto lo demuestra el hecho de que no existan publicaciones de autores latinos al respecto (que son quienes, al compartir la cultura de los supuestos afectados, deberían también explicar a la comunidad psiquiátrica en qué consiste). Como bien sabe cualquier hispanohablante la expresión *padecer de nervios* puede corresponder a múltiples descripciones : desde una crisis de ansiedad a un episodio disociativo, desde una depresión a un brote de esquizofrenia. Se trata de una expresión inespecífica, no de un diagnóstico popular. Los autores anglosajones que lo han "descubierto" se apuntan a la versión "crisis disociativas en contextos de gran tensión". La expresión *nervios* se acercaría quizás más a lo que algunos autores ingleses denominan *idioms of distress* (expresiones de distrés) que no a un *culture-bound syndrome* (de existir hipotéticamente estos). En este sentido, los intentos por definir el síndrome de *nervios*, crear cuestionarios, realizar estudios epidemiológicos y análisis factoriales con ellos y toda la parafernalia de la psiquiatría transcultural sólo muestran, por un lado la inadecuación de buscar relaciones biyectivas entre los cuadros euroamericanos y las expresiones locales (polemizando por ejemplo, si los *nervios* son un trastorno por ansiedad, somatoforme o de otro tipo) y la inadecuación de una psiquiatría neocolonial que asimila lo que no encaja y que sustituye con parafernalia metodológica la incapacidad para tener en cuenta la *perspectiva local, o emic* , en tanto en cuanto ésta es cuestionadora del actual modelo.

En este sentido la falacia opuesta a la de creer que existen los denominados *culture-bound syndrome* es pretender buscar entidades psiquiátricas en cualquier expresión local de distrés. Más allá de un síndrome, debe haber un marco cultural, una hipótesis etiológica y una hipótesis terapéutica, reconocidos y compartidos desde la cultura.

Wig<sup>27</sup> resume todo esto del siguiente modo : *Respecto al concepto de culture-bound syndrome, el psiquiatra que ejerce en el Tercer Mundo se siente algo perplejo y divertido cuando los psiquiatras occidentales plantean como hipótesis que aquello que se da en los hospitales de Europa o USA es típico y no cultural, en tanto que los fenómenos psiquiátricos observados en los países de la periferia son 'atípicos' y 'ligados a la cultura'.*

## 7. Fracaso de los actuales modelos en psiquiatría transcultural. Propuestas alternativas.

La perspectiva *etic* desde la que se trabaja en la mayoría de la psiquiatría transcultural oficial tiene muchos problemas. Repasemos los principales que hemos venido desgranando hasta aquí y que vamos a sintetizar ahora en una panorámica conjunta.

El eje nucleador que la vertebra es la dudosa validez conceptual de los estudios *etic-forzados* en que se basa la actual psiquiatría transcultural.

- a) **La falacia categorial.** Algunos términos como ansiedad, histeria, fobias, hipocondría, psicopatía, a los que la psiquiatría moderna ha concedido el estatus de entidades patológicas, apenas han sido utilizados como tales en la literatura médica antigua de los países del “Tercer Mundo”, como China, India o los países africanos<sup>27</sup>. Más de las tres cuartas partes de los enfermos mentales del globo viven, de hecho, en este 'Tercer Mundo'. Los sistemas de diagnóstico y clasificación actuales no tienen prácticamente en cuenta los diferentes modelos existentes en el mundo ni sus propias necesidades en materia de clasificaciones psiquiátricas. Kleinman pone el siguiente ejemplo : *‘Imaginemos que la psiquiatría asiática domina el mundo y que existe un bien conocido síndrome caracterizado por cansancio excesivo, pérdida de interés y preocupaciones somáticas intensas, asociado a la idea de que hay una pérdida progresiva de semen y con él de la energía vital. A este síndrome se le llama Dhat. Tras diseñar un estudio para detección de Dhat y validarlo para lectores anglófonos, el cuestionario se administra en Estados Unidos. Aunque encontraríamos un 1% de personas que cumplieran criterios de Dhat, ¿podríamos afirmar que el Dhat es universal y que tiene una determinada prevalencia en los EUA?. Evidentemente no y hacerlo sería cometer una falacia categorial.’* Desde el punto de vista epidemiológico cuando se definen unos criterios diagnósticos cerrados siempre es posible encontrar un número suficientemente elevado de falsos positivos como para cometer una falacia categorial. En nuestro caso es posible que una parte sustancial de los centenares de diagnósticos y subcategorías diagnósticas (e incluiríamos en un lugar destacado, por ejemplo, la histeria, el trastorno somatoforme, ciertas formas de TOC o la fobia social) sean falacias categoriales en culturas no euroamericanas.
- b) **Dualismo.** El actual sistema de diagnóstico y clasificación ha surgido del pensamiento filosófico europeo del siglo XVII, y está contagiado de su sistema. Así, el espíritu europeo está acostumbrado a pensar en términos de dualidad; es decir, bajo la forma de principios alternos, por ejemplo el bien y el mal. Análogamente el pensamiento europeo ha perdido mucho tiempo en intentar distinguir la naturaleza del cuerpo y el espíritu, la importancia de los factores genéticos y el medio, las afecciones endógenas y reactivas etc. Para muchas culturas estas divergencias dicotómicas no tienen importancia, porque la vida es considerada en un sentido de continuidad<sup>27</sup>.
- c) **El lenguaje de las emociones.** Cualquier traductor se da cuenta que los diferentes idiomas no tienen traducciones exactas para las distintas emociones que recogen. Muchas veces es imposible encontrar palabras equivalentes para determinados sentimientos que pensamos 'universales'. Así, por ejemplo, y refiriéndose al Psychiatric State Examination, Leff señala como en la traducción al yoruba (etnia mayoritaria de Nigeria) no había traducción posible para *ansiedad* o *depresión*. Había que utilizar expresiones como *'el corazón está débil'* o *'el corazón no reposa'*. En chino una sola palabra corresponde con las expresiones del PSE *ansiedad, tensión y preocupación*. Esto no pasaba al traducir entre lenguas del tronco indoeuropeo. En una revisión del tema<sup>35</sup> Marsella y colaboradores observan que no existen palabras que recojan la categoría depresión ni como síntoma, ni como síndrome ni como enfermedad, en (entre otros) China<sup>36</sup>, Malasia, Borneo o África así como en numerosas etnias

americanas, aunque si puede haber ciertas frases complejas que expresan el hecho de sentirse triste.

Entre los Pintupi de Australia se hace distinciones muy sutiles en el campo de la ansiedad y la depresión :

- . *Kammarringu* : Miedo repentino que hace que la persona se voltee.
- . *Nyinguinyiwarringu* : Miedo repentino que hace que la persona dé un salto.
- . *Minyirrpa* : Tristeza que lleva a no hablar ni reír, con preocupaciones y pesadillas (¿depresión inhibida?).
- . *Mirrpanpa* : Tristeza con habla disminuida y aumento de la agresividad (¿depresión hostil?).

En el otro extremo los Kaingang de Brasil tienen, en cambio, muy pocas palabras para las emociones, siendo la entonación, golpes silábicos y muecas faciales o corporales son las que introducen los matices. La etnia guaraní tiene un lenguaje muy poético y rico en matices emotivos, mientras que en la etnia mapuche parece haber un predominio de las formas de expresión no verbal.

Entre nosotros, y sin ir tan lejos : ¿qué equivalencia tiene en castellano la expresión gallega *morriña*? (añoranza de la tierra). La mayoría de lenguas latinas no tienen equivalente y o bien la incorporan o han de recurrir a expresiones tipo *melancolía*, que no significan lo mismo. En inglés hay importantes matices entre *guilt*, *shame* y *sinfulness* , las tres traducidas como culpa al castellano. En realidad la primera es la culpa jurídica (en el sentido de responsabilidad por ser el autor de los hechos) y el remordimiento asociado, la segunda tiene más que ver con vergüenza ante los demás por lo que se ha hecho y el tercero es la culpa moral.

En resumen, los estudios de etnolingüística apuntan (como ya veíamos al hablar del duelo en el capítulo 2) a que la cultura no colorea las emociones sino que probablemente las antecede y determina, lo que, en consecuencia abre nuevas reflexiones sobre la pertinencia de las nosotaxias tal y como están definidas en este momento.

d) **El lenguaje de los síntomas.** Frente a los síntomas clásicos que explora la psiquiatría euroamericana desde la fenomenología de Jaspers (insomnio, anorexia con pérdida de peso, apatía, nerviosismo...) otras etnomedicinas trabajaban en base a otros síntomas-guía. Así, por ejemplo, en América Latina o África la gente puede quedarse de *dolor de cerebro* (que no equivale a cefalea), *calor que sube y baja por el cuerpo*, *sentir gusanos y hormigas caminando por dentro*, *orinar mucho y constantemente por la noche* u otros síntomas que un sanador local identificará dentro de una secuencia coherente.

e) **Síntomas somáticos, síntomas psicológicos o todo lo contrario.** Todas las culturas aceptan bien la idea de que los acontecimientos vitales y las emociones fuertes tienen un papel tanto en la salud como en la enfermedad. En cambio la idea de que los síntomas somáticos puedan ser producidos por factores psicológicos subyacentes o por conflictos inconscientes es una aportación de la medicina europea. En los sistemas de medicina indígena de cualquier continente no hay tal separación entre síntomas somáticos debidos a causas somáticas y aquellos otros debidos a causas psíquicas.

A los sanadores de otras culturas les cuesta comprender que existan síntomas "físicos" que puedan ser producidos por causas "psicológicas" ocultas. Es la sensación que transmite un médico que trabaja bajo un paradigma oficialista intentando explicar a los padres de una jovencita llevada a urgencias a consecuencia de una parálisis o una afonía 'histérica' que en realidad estos síntomas no son físicos sino completamente psicológicos. Esto la rebajará, en ocasiones, a la consideración de falsa enferma o al estatus de psicológicamente débil. Un enfoque completamente distinto del que hará un sanador local con una visión más integrada culturalmente.

- f) **¿Por qué la ansiedad y la depresión?** Numerosas culturas han reconocido en todas partes la manifestación en el hombre de las emociones demasiado intensas. No obstante la psiquiatría europea ha designado selectivamente a dos *emociones* : la activación general excesiva (*ansiedad*) y la tristeza (*depresión*), y las ha elevado al estatus de enfermedades psiquiátricas. Si el temor o la tristeza excesivas se consideran anormales, resulta difícil comprender que en idénticas condiciones la cólera, los celos, el odio, la avaricia o la rabia no lo sean. En este sentido la expresión 'enfermarse de rabia' aparece en múltiples culturas indígenas y síndromes asociados a rabia contenida o introyectada en diversos contextos asiáticos. Las emociones predominantes y cuales, expresadas de modo exagerado, serán consideradas *anómalas* dependerá en buena medida del patrón de socialización. Así, la rabia se postula que se exprese entre esquimales o tahitianos mientras que es considerado que no debe ser así en etnias de Nueva Guinea o entre los Yanamomo de Brasil donde existen vías muy sofisticadas para expresar enojo. Entre los maya expresar rabia o cólera delante de niños o ancianos puede ser causa de enfermedades porque se considera que es energía negativa que les debilita. Por eso nunca deben estar presentes. La propia persona que expresa estos sentimientos corre grave riesgo de enfermarse porque queda débil después de ello.

Todo eso si no optamos -siguiendo el apartado b por irnos más allá y partir de la necesidad de definir las categorías indígenas de emoción. Trabajando con víctimas de represión política de origen indígena<sup>37</sup> una de las primeras preguntas era : cuando preguntamos por el miedo o por la rabia ¿qué entienden ellos por miedo?. ¿Qué connotaciones, que experiencias y emociones? ¿Refleja la misma palabra, aparentemente traducción fiel del Tzotzil o el Tojolabal, la misma emoción y experiencia que usada en *castilla*?. ¿No estaremos ante una de tantas ilusiones de consenso?. Existen metodologías, al respecto, para el estudio emic de las emociones básicas.

- g) **¿A qué llamamos personalidad anómala?** Mientras la psiquiatría moderna hace referencia al concepto de *norma media* (todo aquello que se desvía es francamente anormal) y al grado de disfuncionalidad personal y social de ciertos rasgos de personalidad, los sistemas médicos antiguos se apoyan sobre la *norma ideal* (todo aquello que es inferior al ideal es negativo y debe mejorarse). Así, por ejemplo, la etnia Guaraní tiene el concepto de *kirarí* como norma. La persona guaraní busca a lo largo de su vida la 'perfección' manifestada a través del amor a los demás, el respeto y la solidaridad grupal, lo que lleva a un estado personal de tranquilidad y equilibrio (*kirarí*). Desde que el niño nace es educado para llegar a ese estado calmo y no agresivo. Ser *kirarí* es ser tranquilo, moderado, paciente y sobretodo silencioso. Por eso, en los años ochenta ante la presión colonizadora sobre esta etnia en territorio de Brasil y sobretodo Paraguay, la comunidad no respondió con actitudes violentas sino con episodios de suicidio colectivo<sup>38-39</sup>. La etnia mapuche define el carácter o *Ad* de la persona desde la infancia e intenta modificarlo con pautas nutricionales y educativas. Cada *Ad* estaría en relación con el tronco o linaje familiar y con características propias de la persona.

- h) **Idiocéntrico versus sociocéntrico.** Aceptando la existencia de un continuum entre las diferentes sociedades, ¿cabe plantear una exploración con preguntas respecto a diagnósticos que dependen de los sentimientos individuales ("me siento desanimado", "no tengo el interés de siempre...") y no los colectivos ("hay más tensión entre nosotros...", "parece que no disfrutamos de las cosas tanto como antes y que enfermamos más....")?.

- i) **¿Pueden crearse categorías en función de los antecedentes?** Gran parte de las categorías diagnósticas de la psiquiatría euroamericana tienen que ver con la reacción 'exagerada' ante 'agentes estresores'. Pero estos pueden ser infinitos y desde luego son culturalmente dependientes. Pueden aparecer problemas en situaciones que van desde el abuso sexual a los accidentes de tráfico, de la persecución política y los horrores de la guerra al divorcio o la muerte del cónyuge. Hay que ir con cuidado en no patologizar las experiencias de la vida y empezar a crear síndromes : síndrome del inmigrante, del torturado, del nido vacío, del duelo,

del enfermo terminal, de quien suspende crónicamente el examen de conducir... En traumatología no se clasifican las lesiones en función de lo que causó el impacto sino del daño inflingido. Un auto pequeño puede provocar un gran destrozo y un autocar un rasguño. Por tanto, más que buscar 'síndromes' en función de circunstancias adversas de la vida habría que estudiar reacciones y modos de afrontamiento ante estas circunstancias, potenciando los factores positivos de crecimiento personal.

- j) **Diagnósticos 'transversales'**. Las clasificaciones euroamericanas tienen poco en cuenta la *patoplastia* de los trastornos en otras culturas. Carothers, que trabajó durante años en el África negra, decía : '*La histeria es en África la 'marca de fábrica' de la psiquiatría. El mecanismo histérico se utiliza tan voluntariamente que los síndromes de conversión colorean no sólo las depresiones neuróticas, sino también las psicosis auténticas*'. Esta visión, obviamente etnocentrista, se repite constantemente en nuestro medio cuando, en poblaciones con una alta expresividad social el diagnóstico de histeria es usado de modo generoso, respondiendo más a los prejuicios y a la clase social y cultural de procedencia del evaluador que a lo que le ocurre al paciente. En este sentido es especialmente notable (y merecedor de estudio) las personas que han recibido un diagnóstico de Trastorno Histriónico de Personalidad cuando en realidad padecían de trastornos bipolares expresados de un modo colorista y con abundancia de teatralidad (para el gusto del terapeuta) y expresiones somáticas. Del mismo modo entre la población de origen árabe -especialmente hombres- hay una marcada tendencia a la expresión de emociones negativas a través de constantes quejas somáticas. El sobrediagnóstico de hipocondría o trastorno somatomorfo ignora que las quejas múltiples somáticas *atraviesan transversalmente* toda la patología árabe. En nuestro medio, por el contrario, se acepta gratuitamente el concepto de *depresión enmascarada* o *depresión sin depresión*, diagnóstico elegante para el terapeuta y el paciente y que preserva su honorabilidad, basada en poco más que en un diagnóstico *exjubantibus* ante la mejoría con la administración de fármacos usualmente antidepressivos. Paradojas nosológicas.

### **1. Alternativas desde la psiquiatría académica.**

El comité ad-hoc sobre aspectos culturales del DSM-IV planteó tres posibles soluciones a todas estas cosas:

- a) La incorporación progresiva de ciertas entidades para las que se demostrara una cierta especificidad integradas como *Culture-Bound Syndromes*. Ya hemos hablado de ello.
- b) En cada categoría hacer una **sección** sobre variaciones culturales que se han observado en diferentes países y otras posibilidades diagnósticas (p.e admitir "un marcado aumento de o "preocupación por" las quejas somáticas como criterio de trastorno depresivo).
- c) La creación de un nuevo eje diagnóstico. En un intento de abarcar cada vez más y más cosas y de huir hacia delante, el DSM tiene en estudio dos 'candidatos' a nuevos ejes : un sexto eje para los mecanismos de defensa y un séptimo para los aspectos culturales.

Todas ellas son malas soluciones. La primera, que es la que hoy por hoy se ha adoptado, es sumamente peligrosa. En lugar de asumir las diferencias culturales y buscar un enfoque que las supere, se adopta la solución como decíamos en el capítulo anterior, de *fagocitar* ciertos cuadros folclóricos de entre los centenares disponibles en la literatura etnográfica y darles el rango oficial de síndromes ligados a la cultura.

La segunda ya supondría una pequeña revolución. Significaría aceptar que es posible realizar ciertos diagnósticos de modo específico en según qué medios culturales, por ejemplo, neurastenia en China, pero no en Australia. Es quizás la vía más interesante de avance.

La tercera ha resultado muy polémica. Todo hace pensar que se trataría de otro eje más de los que nunca se usan y que preserva la validez del bloque nosográfico. Este sexto o séptimo eje

describiría cómo evalúa y describe el paciente lo que le pasa, cómo lo hace (si es relevante) su familia o su grupo social primario de referencia y el significado cultural que se le da. Es decir, trataría de reflejar la perspectiva emic del diagnóstico. El clínico debería incluir :

1. Categoría de enfermedad según la terminología (o etnoclasificación si la hubiera) local.
2. Modelo explicativo.
3. Términos en que es descrito el problema.
4. Conductas de enfermedad
5. Nivel percibido de disfuncionalidad.

El ejemplo que ponen los miembros de la comisión es el de un trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos en un joven paciente portorriqueño al que en una pelea han matado a un amigo. El eje VI diría que ha sufrido un *ataque de nervios* o *síndrome de Puerto Rico* (sic) por la muerte, que él y la familia consideran que no puede trabajar y que se le pasará con el tiempo y no hay que hacer ninguna intervención psiquiátrica específica.

## ***2. Alternativas desde la etnopsiquiatría.***

Hay que distinguir los intereses del epidemiólogo, del planificador, del administrador y del jurista de los intereses del clínico. La misión de un clínico no es 'encontrar la verdad', ni encontrar una 'enfermedad', sino ayudar a la persona que se acerca con una dolencia. En este sentido no precisa para su trabajo de diagnósticos como entidades y categorías a las que aspirar y que una vez correctamente definidas van a ser las que decidan los procedimientos terapéuticos. El clínico tiene suficiente con la realización de un diagnóstico sindrómico y con el diseño de las estrategias de intervención centradas en el foco (sea éste una determinada queja, un modo de funcionar, un conflicto o una crisis). Es decir, un enfoque centrado en el problema, no en la enfermedad.

En este sentido en un paciente con un síndrome esquizofrénico, será probablemente más importante ver si estamos ante una forma brusca, abigarrada, colorida y de buen pronóstico (*aguda*) o una forma de evolución insidiosa, tórpida, apagada y de mal pronóstico (*crónica*), única distinción que se ha mostrado útil en otras culturas. Más que decidir si un delirio es cultural o subculturalmente aceptable (decide el psiquiatra, perspectiva etc), será útil hablar con amigos o familiares cercanos de la misma comunidad étnica, examinar la congruencia entre los contenidos delirantes y las creencias (recuérdese el gráfico que hacíamos a propósito de los culture-bound syndromes), ver la congruencia con creencias del entorno (familiares/amigos), la flexibilidad/rigidez de las creencias y la funcionalidad de las creencias al entorno.

Entender así el "diagnóstico" no como un proceso de búsqueda de una entidad, sino como el análisis de un proceso dinámico que permite formular hipótesis de ayuda. Es aquí donde el modelo construccionista se perfila como una alternativa interesante. Queda pendiente el reto de lograr la formulación de un número significativo de sistemas conceptuales autóctonos de entre los actualmente existentes, formulados desde las propias etnomedicinas, creando una base suficientemente amplia de modelos emic como para poder trabajar posteriormente procesos de síntesis y derivar modelos transculturales. Cabe hipotetizar que el día que esto se logre y haya una gestión más democrática de la ciencia, se deberá llegar a la formulación de modelos más basados en estilos de razonar y formular que en categorías.

## 8. El proceso terapéutico.

Cualquier clínico, en cualquier lugar del mundo, cuando atiende a unos cuantas personas con un cierto parecido en sus manifestaciones, formula hipótesis mentales respecto a si estará ante una nueva entidad clínica. No es posible no intentar estructurar la realidad. Del mismo modo en que no es posible no tener estereotipos ni prejuicios porque de algún modo, son filogenéticamente adaptativos y nos ayudan a orientarnos en la vida, tampoco es posible, para la mayoría de personas, dejar de intentar clasificar la realidad. El problema estriba en no reconocer que existen múltiples perspectivas y sistemas.

Todos estos sistemas se definen por tener : (1) Una etnoclasificación local de enfermedades, (2) Unas hipótesis etiopatogénicas sobre el origen de los trastornos, (3) Una etnoterapias propias, acorde con las conceptualizaciones y las etiopatogenias, (4) Unas figuras reconocidas socialmente para ejercer la cura.

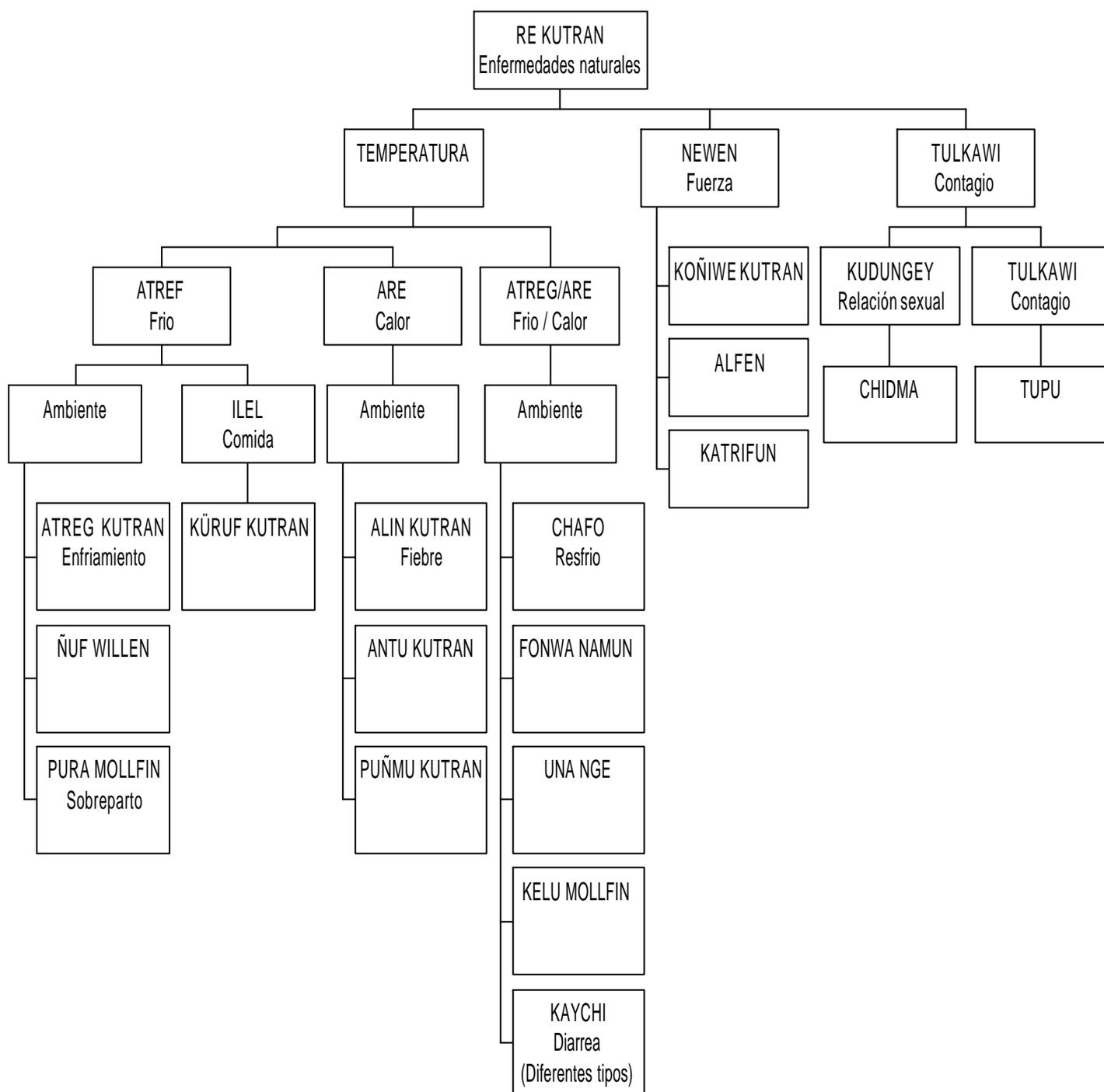
Examinando cuidadosamente las tablas anexas se puede observar esquemas de algunos aspectos de la etnomedicina del pueblo mapuche, en el extremo sur de América. Se trata de una aproximación *etic* y los cuadros han sido elaborados por antropólogos con formación euroamericana y afán ordenador y sólo muestran una pequeña parte de la gran riqueza semiología y conceptual de las enfermedades mapuches. A falta de que la propia gente mapuche elabore una tradición escrita de sus raíces médicas, puede servir para evidenciar que más allá de la descripción *folclórica* de determinados síndromes, existe todo un marco lógico producto de la experiencia de generaciones desde el que trabajan los *machis* o sanadores. Vamos a profundizar en esta idea para analizar los sistemas terapéuticos.

### 1. Los sistemas médicos como construcciones culturales.

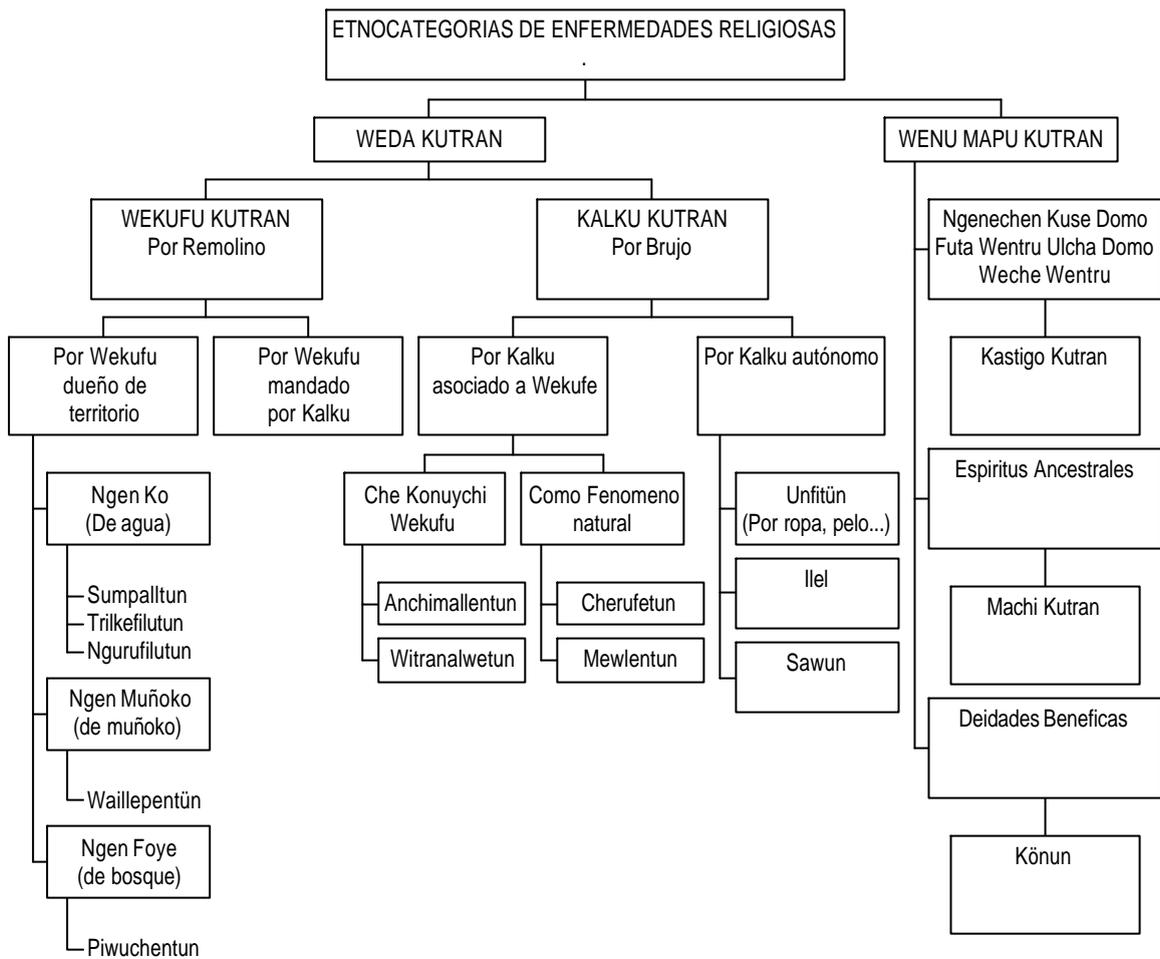
Los sistemas médicos pueden entenderse como construcciones culturales<sup>40</sup> como lo son las diferentes clasificaciones y nosologías. Desde el punto de vista de la antropología médica en general y de la psiquiatría transcultural en particular deben establecerse cinco niveles de comprensión en el proceso salud / enfermedad :

1. Los **signos** (objetivos) y **síntomas** (subjetivos) como la fiebre, el dolor, la tristeza o la rabia que constituyen fenómenos inherentes al ser humano y como tales cabría pensar que son universales<sup>41</sup>.
2. Cada cultura agrupa los síntomas de un modo peculiar para construir **síndromes**. Un síndrome es un conjunto de síntomas al que aún no podemos identificar como enfermedad, aunque sí podemos observar que suelen presentarse asociados. Así, hablaremos de un síndrome diarreico, un síndrome afectivo o psicótico o un síndrome consuntivo. Su utilidad radica en que detectado un síntoma, el sanador buscará sistemáticamente la presencia de los demás y se orientará hacia un cierto prototipo de enfermedades. Se trata de agrupaciones arbitrarias, sancionadas por la experiencia de los sanadores que se adhieran a esa clasificación.
3. Cuando se conoce el origen de un síntoma o síndrome (*etiología*) y puede establecerse por tanto la relación causal que lleva al trastorno, hablamos de **enfermedad**. Las etiologías que pueden *atribuirse* a un conjunto de síntomas dependen del marco cultural. Hoy por hoy, los trastornos mentales, tal como los entiende la medicina oficial son categorías pactadas por consenso por el estamento médico a partir de la investigación y la experiencia. Aceptarlas o no constituye un acto de fe sobre el que

PRINCIPALES CATEGORIAS DE ENFERMEDADES NATURALES  
EN EL MUNDO MAPUCHE



Fuente: VVAA. Medicinas y culturas en la Araucanía. Ed. Sudamericana. Temuco. Chile. 1995. pp 137ss).



Fuente: VVAA. Medicinas y culturas en la Araucanía. Ed. Sudamericana. Temuco. Chile. 1995. pp 172 ss).

cada terapeuta optará. Ante una serie de síntomas un médico identificará un prototipo al que denominará depresión y transmitirá este término al paciente que lo aceptará como un modelo explicativo de lo que él nota en sí mismo. Esto es lo que comunicará a sus familiares que han leído descripciones similares en los medios de comunicación y las personas cuando se encuentren en situaciones que identifican como similares utilizarán el mismo término. Un vocablo médico es asumido por la sociedad e incorporado al léxico. Las sucesivas generaciones irán a los agentes de salud quejándose no ya de tristeza, sino de *depresión*. Pensemos en el modo en que el término *anorexia* desconocido hace treinta años, es ya parte de la cultura popular de los países euroamericanos. Una reflexión sobre la facilidad con que aparecen y desaparecen las categorías diagnósticas con cada nueva edición de las modernas clasificaciones psiquiátricas y las conocidas luchas de poder entre los diferentes lobbies psiquiátricos para imponer o vetar diagnósticos, bastan para justificar esta afirmación.

4. A la enfermedad, además, cada cultura le atribuye un **significado** distinto. Puede ser interpretada como benigna o maligna, como buen o mal augurio, como indicativo de conflicto intrapsíquico o de dificultades interpersonales etc. El significado es también culturalmente dependiente. La diferencia social de tener una infección vírica por el virus de la gripe o por un retrovirus HTLV-1<sup>a</sup>
5. Según esa interpretación, la persona tendrá un modo de enfermar y adoptará unas conductas de persona enferma que son, también, culturalmente dependientes. En unos casos se impondrá la baja laboral o el cuidado por quienes rodean a la persona, en otras se espera de la persona que mantenga su funcionalidad social mientras pueda etc

Si se aceptan estos cinco niveles y que sólo el primero (y de manera objetable) es universal, resulta menos difícil entender que tiene poco sentido buscar no ya *estrés post-traumático*, o *trastorno afectivo moderado con síntomas somáticos*—, sino que el simple concepto de *depresión* o de *ansiedad* podría ser perfectamente cuestionable.

La depresión, como un universal, no existe. Existirá, en todo caso, la tristeza, pero no la depresión.

## ***2. La depresión como entidad de la cultura euroamericana : reflexiones sobre etiología y clasificación de enfermedades.***

Si tomamos como ejemplo la cultura mapuche, vemos que en esta no existe un equivalente al término depresión ('enfermedad'), ni un conjunto de fenómenos similar ('síndrome'), si bien hay mucha gente que experimenta tristeza ('síntoma'). El mapudungun, lengua del pueblo mapuche, tiene varias palabras que definen la tristeza : *Ūrküyawlu* cuya traducción literal sería 'El que anda cansado', *Lladken* que es identificado como pena en algunas zonas y en otras como Rabia o Ira, *Weñagkün* como tristeza que dura largo tiempo, pensar mucho, tener dolor en el corazón , no comer.

Pero el término que más se acerca al de depresión es el de '*enfermarse*' entendido éste como un proceso de afectación integral del cuerpo (orinar mucho por la noche, estar sin hambre, querer estar sólo, la comida se atora en la garganta...). Esta tristeza, este enfermarse puede ser de causa natural (frío, esfuerzo, contraste brusco de temperaturas....) o de causa sobrenatural (mal por transgresión de normas o envidia), y se vive *desde el cuerpo*, originándose del mismo modo que cualquier otra enfermedad<sup>7</sup>

La tabla siguiente resume las diferencias existentes entre las concepciones indígena y occidental de trastorno mental.

	CONCEPCIÓN OCCIDENTAL	CONCEPCIÓN CULTURAS
--	-----------------------	---------------------

<sup>a</sup> Véase p. ej. Susan Sontag *El cuerpo como metáfora*. Ed Nueva Visión. 1987.

		TRADICIONALES
Origen	Agente INTERNO (Quiebre personal). Es necesario recuperar los mecanismos internos desbordados.	Agente EXTERNO (Agente físico (frío, agua...) o sobrenatural) El <i>mal</i> como personificación de la enfermedad que ha penetrado y hay que expulsar.
Inicio	En la MENTE	En el CUERPO (ENFERMARSE) : Orina mucho, Cansada, Dolor de cabeza, Lloro.
Modelo Cultural	Problemas biológicos Problemas personales o de relación.	Problemas biológicos (Temperatura, alimentos). Problemas de relación (envidia). Transgresión de normas

Bajo el primer modelo una mujer indígena que está pasando por una época de tristeza puede atribuirlo a que se levantó demasiado temprano por la mañana y estuvo en contacto con agua helada, o a que por algún problema con otras personas, siente que padece un mal. Se trata en ambos casos de agentes Externos a ella, que han penetrado. Tras ello en algunos casos, hay un problema de equilibrio con otras personas o con fuerzas de la naturaleza y serán necesarios remedios o ceremonias que extraigan el mal y pongan remedio a la situación.

Bajo el segundo modelo un ejecutivo de nivel medio europeo que pasa por una época de cansancio (síntoma físico) puede atribuirlo a una depresión (entidad psicológica) entendida como un quiebre (agente Interno) al no poder afrontar una carga laboral, problemas familiares y económicos. Un psiquiatra intentará ayudarla a recuperar sus niveles previos de funcionamiento interno que le permitan volver a recuperar el control.

Estos dos modelos (occidental y tradicional) no son sistemas estancos sino estructuras dinámicas en constante cambio e interacción. No se trata de *modelos cerrados* y contrapuestos sino de *modelos ideales* que representan los polos de un determinado continuum. La práctica en cada sistema se insertará dentro del contexto cultural (e histórico, político, social, económico), y siempre en interrelación con los otros sistemas médicos que coexistan en una zona. En las sociedades occidentales proliferan las formas de medicina popular que se basan en ideas similares a las de la medicina tradicional. A su vez muchos sanadores han adoptado el uso de *tecnología* occidental (por ejemplo el uso de inyecciones intramusculares de vitaminas por sanadores africanos como un modo simbólico de asimilar la tecnología occidental – aumentando su prestigio terapéutico pero a costa de ayudar involuntariamente a la rápida difusión del HIV en este continente - Un sanador tradicional mapuche separa las enfermedades susceptibles de mejorar con la medicina occidental (*wigka kutrán*) de las atendidas clásicamente por él y reconoce la necesidad de utilizar los diferentes sistemas médicos según el tipo de trastorno.

El **diálogo intercultural** entre sistemas en constante imbricación encuentra su sentido en la capacidad de las medicinas tradicionales para percibir los enormes avances de la medicina occidental, y en la capacidad de ésta para percibir los elementos de la medicina tradicional de los que se carece, es decir la parte donde el terapeuta occidental no tiene respuesta y donde se requiere el diálogo con los sanadores tradicionales.

### 3. *Terapéuticas tradicionales y psicoterapia : caminos en común y divergencias..*

Vamos a analizar todo esto a través de una reflexión sobre el video “*Una Vida entre Dos Mundos*”, realizado en territorio mapuche de la Araucanía por la antropóloga chilena Ana María Oyarce<sup>b</sup>

El vídeo describe la historia de Arnoldo, un joven de Capitán Pastre, una población cercana a la zona del lago Budi, en la IX Región de Chile (Araucanía). Arnoldo consulta al médico por cansancio y dolores de cabeza. Este interpreta el cuadro como banal y prescribe un tratamiento sintomático. Su estado va empeorando con el tiempo y cuando contacta con el hospital regional presenta quejas múltiples somáticas y síntomas psicóticos, siendo ingresado en el servicio de psiquiatría para estudio. Es dado de alta al cabo de un tiempo con un diagnóstico de psicosis exógena y tratamiento neuroléptico. Ante la ausencia de respuesta el padre, de origen mapuche, lleva a Arnoldo a una *machi*, una sanadora tradicional mapuche. Esta considera el caso de extrema gravedad : el alma del muchacho está a punto de perderse. Prescribe un *machitún*, una ceremonia de dos días de duración en la que participa toda la familia y parte de la comunidad. Las imágenes van repasando todas y cada una de las fases del *machitún* y los procedimientos empleados por la *machi* y sus ayudantes. Al final del largo ritual Arnoldo, aparentemente repuesto y cambiado (no se le oye hablar y no podemos saberlo seguro), toma café en la mañana con su familia y resto de miembros de la comunidad.

¿Qué le pasa a Arnoldo?. Si seguimos un esquema *etic* de análisis, un médico occidental empezaría por preguntarse qué diagnóstico tiene Arnoldo. Ésta no sería, necesariamente, la primera pregunta para un terapeuta tradicional. Aunque el diagnóstico es también un elemento importante del proceso terapéutico y prueba de ello es que existe, como veíamos, una etnoclasificación de enfermedades propia de la gente mapuche y unas técnicas diagnósticas (interrogatorio, inspección de orina, fragmentos de ropa...), el proceso tiene unas connotaciones distintas en tanto en cuanto en la etnomedicina indígena **el diagnóstico se mezcla inseparablemente con el proceso terapéutico.**

La madre nos dice que Arnoldo estaba **triste**, que **estaba cansado**, le **dolía el cerebro** y que tenía **conductas extrañas**, abandonando el trabajo y regresando a casa sin motivo, alegando que en el trabajo **la gente se reía de él**. Es decir, los síntomas iniciales son, desde la medicina occidental, hipotimia, somatizaciones y percepciones autoreferenciales. En este momento no sabemos si esas percepciones se acompañan de pseudoalucinaciones auditivas. Por lo que nos cuentan, no parece haber ningún contenido delirante estructurado.

Este tipo de síntomas así descritos son muy inespecíficos y en este momento el diagnóstico es imposible sin una exploración específica de las percepciones autoreferenciales, algo que no hace el primer médico que le atiende cerca de su comunidad. Éste solo se fija en el dolor de cabeza, habla, según la madre, de *flojera* y prescribe un analgésico primero y un tranquilizante en la segunda consulta después.

A los pocos días y probablemente al empeorar los síntomas Arnoldo es ingresado en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional, donde se le hace una exploración más completa. El psiquiatra habla en el video de que existen alucinaciones auditivas, rigidez afectiva y mutismo.

Es difícil determinar de modo retrospectivo que le ocurre a Arnoldo. Aunque en el vídeo no se dice la edad, es un muchacho joven, de menos de 25 años. Sus síntomas son compatibles con una esquizofrenia. La edad de inicio y el tipo de síntomas lo sugiere también. Pero para el diagnóstico de esquizofrenia las clasificaciones occidentales exigen que los síntomas se mantengan durante al menos 6 meses, algo que aún no ocurre en el caso de Arnoldo. Mientras tanto habría que hablar de una Psicosis Reactiva Breve o del antiguo Trastorno Esquizofreniforme.

La *machi* entra en escena. Es difícil analizar las palabras de la *machi* cuando nos cuenta su visión del problema de Arnoldo : debe expresarse en castellano, que no es su lengua y se nota la

---

<sup>b</sup> Ana María Oyarce. Una Vida entre Dos Mundos. Videosur. Temuco. Chile. 1996. (45').

dificultad que tiene para encontrar las palabras. Nos dice que Arnoldo tiene *Weludüam Küley Longko*, que va a requerir de una *operación*, que hay que *machitucarlo*, realizar un *machitún*. Elementos terapéuticos. No nos compete analizar la naturaleza de este diagnóstico y su lógica dentro de las etnoconcepciones de enfermedad propias del pueblo mapuche. Manteniéndonos en la perspectiva *etic* merecen destacarse cuales son los elementos diagnóstico-terapéuticos que, a partir de ese momento, van apareciendo en el vídeo y que ayudan a entender la poderosísima capacidad terapéutica del *machitún*.

Podemos considerar, al menos, quince elementos terapéuticos

1. **Recontextualización del problema.** Arnoldo y su familia acuden a la machi desorientados. Han estado en la consulta del médico de Traiguén y en el servicio de psiquiatría de Temuco y no han recibido una explicación que les haya convencido. Bien porque la información al paciente fuera insuficiente, bien porque el lenguaje no fuera claro o asequible, bien porque el tratamiento administrado comportara unos efectos secundarios difíciles de tolerar y que no fueron adecuadamente explicados o prevenidos, el caso es que la familia acude quejosa de la medicina oficial. El hecho de que Arnoldo fuera dado de alta con un diagnóstico presuntivo de Psicosis Exógena sin un estudio detallado de organicidad apunta también a que el trato recibido no fue quizás el óptimo. La machi, en cambio, ofrece una explicación y un marco de referencia al problema coherente con la cultura. La enfermedad tiene un nombre (*Weludüam Küley Longko*) y una causa en un mal que una muchacha *wingka* (no mapuche) le ha hecho a Arnoldo (*esos dos pedacitos, esos eran géneros... y la que es mala coloca eso en la pieza de ropa...*).

2. Esta comprensión es además, **integral y empática**. El proceso de recontextualización sólo tiene sentido cuando se realiza de modo congruente con las propias normas culturales. Dicho de otro modo, un terapeuta mapuche difícilmente conseguirá un efecto positivo en un paciente hispanoamericano, porque no hay una base cultural que sirva para anclar la explicación del terapeuta. Y a la inversa, la explicación de la medicina occidental sólo podrá ser aceptada en aquellos contextos donde sea compatible con las raíces culturales. Arnoldo es hijo de padre mapuche y madre *wingka* por lo que puede moverse en los dos sistemas médicos. Un probable factor que marcará la diferencia será la empatía al desarrollar el terapeuta el marco conceptual desde el que propone jugar la partida terapéutica.

Hablamos de empatía como la identificación que se produce entre terapeuta y paciente, la existencia de una comprensión y una sintonía íntima entre ambos. No es necesario insistir en que la empatía es uno de los principales factores inespecíficos responsables de mejoría en los estudios comparativos entre escuelas de psicoterapia<sup>c</sup>.

3. **Elementos de relajación corporal** : El ritual de curación es a través de un *machitún doble*. En él se ponen en juego masajes, que se prolongan durante más de dos horas, sahumeros (es decir combustión de plantas aromáticas y ahumado de la persona con las mismas o con exhalaciones de humo de tabaco que la *machi* realiza por el cuerpo del paciente), aspersiones ( la *machi* introduce agua en su boca con la que sopla sobre el cuerpo del paciente) etc.

4. **Elementos de hipnoterapia.** A través del ritual la persona va entrando en un estado mental especial a medio camino entre el sueño y la vigilia, en el que hay una mayor predisposición a la introyección de todos los elementos que están teniendo lugar en el proceso terapéutico y a las normas y consejos que seguirán.

5. **Catársis pasiva.** La catársis es un elemento terapéutico que se utiliza cuando una persona tiene una gran implicación emocional con algo que le está ocurriendo y este hecho le impide

---

<sup>c</sup> Aunque aparentemente para una buena empatía no es imprescindible compartir los códigos culturales, puesto que la comunicación no verbal desempeña un papel decisivo, en realidad ésta sigue también unas convenciones y normas. Así, un joven mediterráneo de actitud entusiasta, con contacto visual directo permanente, sin barreras al contacto físico y con una importante cercanía corporal puede resultar extraordinariamente empático en culturas latinas, pero invasivo en otras donde podría ser rechazado.

verlo y reaccionar de un modo adecuado. La catársis es el proceso por el que la persona, contando lo que le ocurre en este caso al terapeuta, logra ir teniendo una visión más distanciada emocionalmente. La catársis implica, por tanto, buscar un término medio en la implicación emocional, de modo que ni la persona se olvida de lo que le ocurre ni está tan metida que no puede reaccionar. En la psiquiatría occidental la catársis es un proceso activo, es decir, es el paciente el que, en primera persona, refiere lo que le está ocurriendo. Pero esto no debe por fuerza ser siempre así. En las terapéuticas tradicionales (y en el caso de Arnoldo es así) es igualmente frecuente la catársis pasiva. En esta técnica es el terapeuta el que, a partir de algunas informaciones y de su conocimiento del contexto, va narrando lo que le ocurre a la persona, reconstruyendo la historia de su dolor y resituando las cosas en ese punto de mayor distanciamiento emocional. Este proceso requiere de un esfuerzo mucho mayor del terapeuta.

6. **Abreacción.** La abreacción tiene mucho que ver con la catársis, aunque no es lo mismo. La abreacción es el proceso de acompañamiento que el terapeuta hace para conseguir que el paciente le ponga palabras a lo que siente y consiga verbalizarlo. En este caso lo que se busca es que un miedo inespecífico y mal definido se concrete, que la amenaza quede a la vista. En la catársis se narran hechos, en la abreacción se pone nombre a los fantasmas y se les coloca delante.

7. **Utilización de metáforas, mitos y leyendas.** La utilización de metáforas y leyendas. Técnica básica de la sanación tradicional, permite realizar de una manera poderosa (1) una función de espejo (en la cual el oyente empieza a asociar su vida con la narración, reflejando esta su problema), (2) una función de modelo (las historias proponen soluciones y nuevos puntos de vista para el problema), (3) una función mediadora (se disminuyen las defensas, porque se habla en un espacio neutro, mítico, que permite esquivar la vergüenza, las inhibiciones, el ridículo o la culpa), (4) una función nemotécnica (el ejemplo queda fácilmente en la memoria), (5) una función desdramatizadora (a través de la narración se quita trascendencia al tema). En suma, a través de las metáforas y los mitos se construye un espacio alegórico en el que jugar la partida, que ambos comparten y entienden y que evita muchos de los problemas de las terapias denotativas o explícitas.

8. **Curación simbólica**<sup>42-43</sup>. Pero el auténtico núcleo del tratamiento es la curación simbólica. Aquí es donde la comprensión resulta más difícil desde la mentalidad occidental. En el vídeo se ve nítidamente como la *machi* procede a la *extracción* de diferentes elementos. Ella habla en la película de *operar* al muchacho, y *sacarle el bicho que tiene*, que en la operación *salió toito el líquido que estaba aentro, el nervio, sangre...* Lo que se ve en la grabación es que la *machi* manipula con algo que tiene envuelto en un pañuelo y que, de pronto, todo se llena de sangre. Ese algo es una sanguijuela. En sus manipulaciones ésta es aplastada llenando la espalda de Arnoldo de sangre. La *machi* muestra el pañuelo manchado y la espalda como prueba de la extracción del *mal*, de que la *intervención* ha sido un éxito.

Para un observador externo lo primero que se plantea es que se trata de un engaño. La *machi* está deliberadamente engañando a Arnoldo y su familia con un juego de manos. Pero no es así: *todos los presentes, incluido el paciente y sus familiares han visto lo que ha hecho la machi*. No hay ningún engaño. Ella no intenta esconder nada ni hacer un juego de manos. Lo que está ocurriendo es bien distinto: la sanguijuela actúa como un símbolo, simboliza ese mal que se está extrayendo., y es una simbología pactada y comprensible. Veremos en la próxima sección cómo entender este hecho, pero en esencia lo que ocurre es que el sanador asimila las emociones de los pacientes a símbolos transaccionales particularizados a partir del mito general construido en el proceso de recontextualización terapéutica. A continuación el sanador manipula los símbolos transaccionales para ayudar al paciente a traspasar sus emociones. Desde una perspectiva sistémica los diferentes estratos de la realidad (ecológico- social - mente (yo consciente) - cuerpo - células - moléculas - átomos) estén en una mutua relación dinámica. Esta relación permite la manipulación de los procesos de la mente a través de la manipulación de los

elementos simbólicos a nivel social<sup>d</sup>. El punto clave es que *el mundo mítico contiene los símbolos que ponen en relación (emparejan) el sistema social con el pensamiento y las emociones del paciente*<sup>e</sup> y que una vez establecidos esos puntos de enlace se dispone de un instrumento poderosísimo para actuar sobre las emociones negativas de un modo directo, lo que ayuda a entender que las terapias tradicionales cuando son efectivas, tiene unos resultados prácticamente inmediatos. Más adelante volveremos a ello con más calma.

9. **Fitoterapia.** La machi prescribe remedios y hierbas (*le di un bago de remedios del campo*). En otros casos pueden utilizarse productos animales o minerales elaborados.

10. **Tiempo.** La machi dedica un día entero a la ceremonia. Durante un día se concentra en ayudar a la persona y vuelca una gran cantidad de energía. A través de largos cantos y recitativos pide a las fuerzas sobrenaturales, a *Neguechen* que no la abandone y que la ayude a sanar, escucha, aconseja, hace balance de la vida de la persona, indaga a través del trance las causas del problema y busca una explicación comunicándose con fuerzas sobrenaturales. La persona percibe ese extraordinario esfuerzo que se realiza para él. Se trata de un tratamiento excepcional que requerirá de él un esfuerzo y un compromiso similares.

11. **Persuasión y Prescripción de nuevas conductas.** A lo largo de la ceremonia la *machi* explica e insiste en el origen del trastorno : Una mujer *wingka*, a través de restos de ropa y de pelo de Arnoldo que consiguió retener o robar, es la responsable del problema. Ella hizo eso por un problema de celos y de disputa con otra mujer. Esta mujer *wingka* está intentando separarle de su familia. La *machi* utiliza su poder de persuasión para hacer comprender que ese es el origen del problema y para prescribir las conductas futuras : *Arnoldo no debe andar más de visita donde le hicieron el mal. Así se mejorará. Paso a paso recordará su patio, su casa. Nos dirá dónde estaba. Pero si vuelve a ese lugar empeorará.*

12. **Apoyo de la familia y la comunidad y compromiso ante ésta.** Toda la ceremonia ha tenido lugar delante de la familia y la comunidad que con sus gritos, sus cantos y su presencia han ayudado al proceso de curación<sup>44</sup>. Además, en la fase final del *machitún* se van acercando uno a uno a Arnoldo a desearle una pronta recuperación y a pedirle que siga las instrucciones de la *machi* y que se comporte de modo adecuado para que no vuelva a enfermar. Cualquier conducta de ahora en adelante, tendrá a toda la comunidad como juez<sup>e</sup>.

---

<sup>d</sup> Existen numerosas ceremonias de curación simbólica descritas en la literatura, la mayoría sorprendentemente similares pese a la distancia geográfica. Se suelen describir en dos categorías : aquellas en las que hay una *extracción* de la enfermedad, o aquellas en las que se *transfiere* la misma a animales u objetos, siendo estos posteriormente destruidos o sacrificados. Frazer, en el clásico *La Rama Dorada*, da un sinnúmero de ejemplos, siendo especialmente curiosos los extraídos de la Biblia. Esta manera de considerarlo es conceptualmente errónea. Todo proceso curativo implica fenómenos de curación simbólica. No sólo la manipulación directa de la enfermedad por extracción o transferencia. La curación simbólica impregna transversalmente todo el proceso curativo en su conjunto.

<sup>e</sup> En la misma línea está la influencia de la mente en el cuerpo. Una de las razones por las que la medicina occidental tiene tantos problemas con el concepto de placebo es por el empecinamiento en el dualismo cartesiano. Es importante entender que el flujo del pensamiento es inconsciente, es decir, que la interpretación de los símbolos puede ser mediada por el subsistema somático sin necesidad de ser procesado por la mente consciente. Esto es una ventaja adaptativa : el inconsciente es capaz de almacenar miles de estímulos potencialmente amenazantes que requieren de respuestas no-conscientes .

<sup>f</sup> Existen numerosas situaciones similares descritas en culturas de los cinco continentes. Katz y Wexler<sup>44</sup> por poner un ejemplo, describen un ritual de carácter tanto preventivo como curativo entre los *!Kung* de Botswana en el que todos los miembros de la comunidad participan en una ceremonia que dura toda la noche, que incluye muchos elementos (danzas, ruegos colectivos, mensajes al enfermo de parte de los otros miembros de la comunidad...) sorprendentemente similares al *Nguillatún* mapuche.

<sup>g</sup> Esto significa que, como en toda estructura de sanación de base colectivista, habrá un elemento positivo (el apoyo de todos en la recuperación) y uno negativo (la comunidad como elemento controlador cuando no opresor). En el caso de Arnoldo le puede permitir una mayor aceptación y solidaridad, pero a la vez le dificultará el acceso al mundo no mapuche.

13. **Resignificación del rol de la persona** dentro de su familia o de su comunidad. Cuando por tradición el hecho disruptivo ha cambiado el estatus de la persona, se puede recuperar el estatus anterior (p.e. ritual de purificación tras una violación, reequilibrio con fuerzas naturales o sobrenaturales tras una transgresión de normas, resolución de un conflicto de envidia...) <sup>h</sup>

14. **Se provee de un ambiente social estructurado.** El tratamiento prescrito, además, refuerza el vínculo con la comunidad y la cultura. Arnoldo es aceptado por los demás, se le recomienda que se mantenga cerca de sus padres y que vaya realizando tareas en la casa. En el caso de un paciente psicótico esto es especialmente importante desde un punto de vista de rehabilitación y no exclusión.

15. **Reestructuración social.** La mayoría de sanadores tradicionales aluden de manera específica a problemas con la familia o a otros problemas sociales. Muchas creencias relacionadas con enfermedades en diferentes culturas sostienen que la enfermedad procede de trastornos en las relaciones sociales. Existen numerosísimos ejemplos etnográficos de pueblos que encuentran el origen de la enfermedad en la ruptura del equilibrio del hombre con otros seres, con la naturaleza, con las otras personas o con la comunidad. La cura, en este caso, es reintegrar al paciente a una situación de equilibrio, aconsejándole lo que debe hacer al respecto. En algún caso esto llega al extremo de que debe ser toda la comunidad la que se reestructure. Esto es descrito por Turner entre los Ndembu, donde la enfermedad es vista como un signo de que 'algo se ha roto' en el cuerpo social. El paciente no va a mejorar hasta que las tensiones y agresiones en las interrelaciones del grupo se hayan puesto explícitas y hayan sido objeto de tratamiento ritual.

La *machi* utiliza en la ceremonia todo un gran abanico de técnicas. Otros sanadores utilizan aún alguna más. Resultan especialmente relevantes por su amplia difusión y efectividad los rituales que **permiten la comunicación simbólica con ancestros o con espíritus de personas fallecidas**, entre los que estarían rituales de aplacamiento de los dioses tras una muerte violenta o un suicidio, comunicación con personas fallecidas para intentar recuperar el equilibrio perdido con ellas <sup>i</sup> etc,

---

<sup>h</sup> Hiegel<sup>62</sup> un caso muy ilustrativo de este factor terapéutico: *'Llegaban con frecuencia niños Khmer a los que se les veía infelices. Los padres les acusaban de golpear al resto de la familia, de huir de casa, destruir las pertenencias familiares etc. Entre los antecedentes en común estaba el que todos habían nacido con el cordón umbilical rodeando alguna parte de su cuerpo, generalmente el cuello. No lloraron inmediatamente después del parto y necesitaron reanimación. De acuerdo con una creencia tradicional Khmer los niños desde su estancia en el feto tienen un espíritu (Kru Komneut) que resulta ofendido por un parto tan malo. Se requiere una ceremonia para desagraviar al espíritu del niño. La ceremonia del sanador se realiza en presencia del niño. La gente se agrupa alrededor de un árbol-banano joven. se queman diversas hojas, incienso, velas, nueces y flores de jazmín y se hacen ofrecimientos. A los dos días el comportamiento de los niños comienza a cambiar y se vuelven sonrientes, relajados y felices. Nosotros vimos bastantes casos que seguimos durante años comprobando que el cambio era total y permanente'*.

La explicación que da Hiegel es que la madre cuando nace sabe lo ocurrido e inconscientemente actúa en concordancia al tipo de niño que 'seguro' que tiene. Esto lleva a un patrón de interacción. El niño responde a estas expectativas con su conducta. La comunidad funciona en este sentido de igual modo. La ceremonia sirve para cambiar el estatus del niño delante de la comunidad y de la familia. Tras la ceremonia se asume que ya es un niño 'curado' y se le trata de modo distinto, con lo que también su conducta cambia.

<sup>i</sup> Kleinman<sup>40</sup> explica cómo observó a un sanador taiwanés interpretar un dolor de espalda agudo en casi todos los miembros de una familia que habían experimentado una muerte reciente de una joven muera bajo circunstancias más que cuestionables, como que el espíritu intranquilo de la joven tironeaba de la espalda de sus familiares íntimos como una muestra de rabia por todos los problemas familiares que habían provocado que se suicidara. El dios que poseyó al sanador fue el primero que dijo públicamente en voz alta este término amenazador. La expresión de este hecho se convertía en el elemento central de un exorcismo culturalmente prescrito del fantasma que les estaba atacando, permitiendo de un modo literal, el volcado de sentimientos ambivalentes de pena y dolor y algo parecido a una confesión y una absolución.

En Africa<sup>59</sup> y el Caribe se describen al menos dos técnicas más : (a) el uso de bailes hipnóticos destinados a llevar al paciente a situaciones de **trance kinético**<sup>j</sup> durante el que es posible inducir cambios a través de preguntas, mensajes u órdenes, provocar fenómenos de catársis emocional, permitir al paciente expresar patrones de conducta o afectos reprimidos e instaurar estados de bienestar psicológico intenso por fusión con un yo colectivo superior (b) el uso (éticamente cuestionable) de **sensaciones corporales extremas** : dolor intenso y lacerante, cambios de temperatura bruscos, incisiones corporales, laxantes o vomitivos.

Más cercanos a la medicina euroamericana están la **interpretación de sueños** y el uso de **pautas dietéticas** según la enfermedad

Al final del vídeo vemos a Arnoldo aparentemente recuperado. Se ha producido un cambio en su estado y no es la misma persona que empezó la ceremonia. ¿Qué significa esto cara al diagnóstico?. Aparentemente no mucho. Decíamos al principio que, desde una perspectiva *etic* había sobretodo dos grandes posibilidades: depresión con síntomas psicóticos y pre-esquizofrenia. La mejoría espectacular de Arnoldo no descarta ni apoya ninguna de las dos. Esto es especialmente cierto en el caso de una psicosis. La psiquiatría europea denominaba *boufee delirant* a cuadros que, como su nombre indica, eran como una gran bola de aire que crecía y crecía hasta que en un momento determinado *estallaba* (de ahí el nombre de *boufee*) y la persona recuperaba su estado normal como si despertara de un sueño. Los estudios muestran que la mayoría de estos cuadros con el tiempo evolucionaban a formas clásicas de esquizofrenia<sup>k</sup>. Es decir, la resolución más o menos espectacular de los síntomas de Arnoldo no descarta, desde la perspectiva de la psiquiatría occidental, que pudiera tratarse de una esquizofrenia. En el caso de una depresión con síntomas psicóticos es más difícil explicar la resolución rápida aunque no son tampoco raras. Esto es especialmente cuanto que Arnoldo está al menos una noche entera sin dormir y está demostrada la utilidad de la privación de sueño en el tratamiento de algunas depresiones graves.

Muchos de los elementos terapéuticos que hemos desgranado son inasequibles para un psiquiatra al ser alguien externo a la cultura, o al no estar en la disposición o en la posibilidad de hacerlo. Pocos psiquiatras estarán dispuestos por ejemplo a dedicar a sus pacientes la cantidad de energía que se invierte en un machitún.

El siguiente cuadro ofrece una tentativa comparativa de los dos arquetipos:

	Terapeuta tradicional	Psiquiatra
Recontextualización del problema.	+	+
Esta comprensión es además, integral y empática.	+/-	+/-
Elementos de relajación corporal	+	+
Elementos de Hipnoterapia.	+	+/-
Técnicas de Trance Kinético	+/-	-
Catarsis Pasiva.	+	-
Abreacción.	+	+
Utilización de metáforas, mitos y leyendas.	+	-
Interpretación de sueños	+	+
Curación simbólica.	+	+
Fitoterapia.	+	+
Terapias a través de la pauta de dieta	+	+

<sup>j</sup> Existe una amplia controversia sobre la lógica terapeutica del trance kinético. Junto a los fenómenos de fusión en un yo colectivo, descritos como sumamente placenteros y restauradores del equilibrio, parece ser importante el hecho de conseguir que la persona llegue a la extenuación física completa, sumiéndose después en un largo sueño. En este sentido podría recordar a la exposición con prevención de respuesta de la terapia cognitivo-conductual.

<sup>k</sup> Véase por ejemplo, Ey H. Tratado de Psiquiatría. Toray-Masson. Barcelona. 1975.

Tiempo.	+	+/-
Persuasión y prescripción de nuevas conductas.	+	+
Apoyo de familia y comunidad y compromiso ante ésta.	+	+/-
Se provee de un ambiente social estructurado.	+	+
Resignificación del rol de la persona	+	+
Reestructuración social	+	+/-
Permite la comunicación con ancestros o con espíritus de personas fallecidas	+	-

Exceptuando algunas técnicas concretas, los terapeutas tradicionales ponen en juego buena parte de los elementos que emplea un psiquiatra occidental y que estudian las modernas corrientes de psicoterapia integradora<sup>45-46</sup> y añaden algunos más.

Es obvio que la psiquiatría occidental utiliza a su vez otros recursos que no utiliza la machi como los todopoderosos psicofármacos o técnicas específicas de intervención familiar o grupal que le hacen tener también su propio potencial.

Cada sistema médico pone en juego determinados elementos terapéuticos, y en general son muchos más los que se comparten que los que son propios y exclusivos. Lo relevante es entender que todos son válidos, que existen argumentos científicos para avalar la eficacia de las terapias tradicionales en general y muy en especial el papel de la eficacia simbólica, la de mayor potencial, pero a la vez la más susceptible de ser tildada como de engaño o fraude por quien no entiende sus bases.

En el caso de Arnoldo, fuera un esquizofrenia o una depresión, el tratamiento fue efectivo, aparentemente más que los neurolépticos que probablemente se le prescribieron en el hospital. En realidad, en el caso de Arnoldo, probablemente ambas terapéuticas se solaparon y -suponemos- se complementaron, aunque fuera desde planteamientos mutuamente excluyentes y enfrentados. Lo ideal hubiera sido que el respeto hubiera permitido que eso no hubiera sido así y que Arnoldo no se hubiera visto obligado a elegir entre uno u otro sistema médico.

### ***3. La terapia simbólica : elementos transteóricos en el trabajo en psicoterapia.***

Los sanadores tradicionales han recibido diferentes nombres. Mircea Eliade (1968) popularizó la palabra chamán, un término acuñado por la antropología de principios de siglo a partir de estudios etnográficos en Siberia y Asia central<sup>47</sup>. Este concepto que remite en la concepción popular a lo mágico y esotérico, no ha ayudado a avanzar en el conocimiento de la medicina tradicional, sino que ha acabado por ser un obstáculo y en la medida de lo posible es un término a evitar. Michael Taussig (1980) lo expresa así: *“El chamanismo es un invento postizo, una categoría moderna, occidental, una reificación artefactada de prácticas disparatadas, flashes de folclorismo y folclorizaciones sobregeneralizadas, residuos de mitos establecidos hace tiempo mezclado con los intereses políticos de los departamentos académicos, los curriculums, las conferencias, los artículos de revistas y de los comités de ediciones y las agencias financieras*<sup>48</sup>. Desde esta visión es necesario intentar hablar de sanadores tradicionales y no de chamanismo, de terapéuticas autóctonas y no de tratamientos mágicos, de técnicas simbólicas y no de efecto placebo.

#### **La terapia simbólica.**

Hay un acuerdo general en que la curación religiosa, la sanación tradicional y la psicoterapia occidental invocan los mismos procesos psicológicos. Parecen focos distintos sobre la misma estructura. Pero ¿cuál es esa estructura?.

Dow<sup>42</sup> considera 5 fases en todos estos procesos de sanación :

1. Las experiencias de los curadores y de los curados se generalizan a través de símbolos específicos de la cultura.
2. Un paciente que está sufriendo acude a un sanador que persuade al paciente de que el problema puede ser definido en términos de ese mito.
3. El sanador asimila las emociones del pacientes a símbolos transaccionales particularizados a partir del mito general.
4. El sanador manipula los símbolos transaccionales para ayudar al paciente a traspasar sus emociones y a promover o desarrollar otras emociones y/o conductas alternativas.

Las variaciones en la estructura se deberán a la velocidad a la que se resuelve la paradoja terapéutica y a la imagineria simbólica específica de esa cultura.

Muchos sistemas de curación con obvios componentes simbólicos incorporan también elementos físicos y farmacológicos. No se propone que siempre el mayor componente terapéutico del proceso curativo sea simbólico, a pesar de que el aspecto simbólico *siempre* está hasta en el más escueto acto de prescripción de hierbas o fármacos.

**El mundo mítico.** Los símbolos elicitán ciertos estados de la mente y ésta a su vez afecta al cuerpo. Ésta es, de una manera grosera, la manera como funciona la cura simbólica. Existen diferentes términos en cada cultura para explicar el proceso. En las psicoterapias occidentales se utilizan términos como 'ego', 'libido', 'alma', 'amor', 'pecado', 'defensa', 'narcisismo', 'culpa', 'mejoría', 'autoestima' o 'salvación'. Se trata de constructos *experienciales* (son conceptos que la ciencia no humanística deja entre paréntesis por su falta de empirismo) en el sentido de que están basados en cómo la mente responde a la experiencia, incluyendo en ello los aspectos afectivos y cognitivos.

La cura se basa, con frecuencia, en la reestructuración de una alteración que ha sido modelada en ese mundo mítico. En las psicoterapias occidentales los elementos míticos son evidentes. Todo terapeuta tiene un sistema de creencias que corresponde a la escuela a la que se adscribe según su formación. Se le enseña a identificar el distrés emocional o conductual con ciertos principios científicos y ciertos tratamientos sistematizados. Existen cerca de un centenar de diferentes psicoterapias occidentales que corresponden a otras tantas construcciones conceptuales no empíricas: mundos "míticos" sobre los que operar el acto terapéutico, basdos en creencias cuyo fundamento tiene un bastante de lógica y un mucho de fé. Estas creencias que son consistentes con su mundo de asunciones, hacen la sustancia de las hipótesis personales : 'Usted tiene una autoestima baja', 'usted no ha superado un complejo de inferioridad'... de los que surgen las sugerencias terapéuticas.

El cambio se produce en la medida en que el paciente cree en las posibilidades curadoras del terapeuta, y puede cambiar y encontrar nuevas posibilidades adaptativas guiándose por el sistema mítico de conceptos mutuamente pactado previamente. Establecido el campo de batalla (sea "la falta de habilidades sociales", la "falta de afectos en la infancia" o la irrupción de "la envidia y el mal en el cuerpo") se genera un proceso de movilización en función de la distribución de piezas en el campo terapéutico de modo transparente a ambos jugadores o parcialmente oculto a uno de ellos, según el modelo relacional escogido.

Sabemos que el simple hecho de dar nombre y construir una lógica ya tiene un valor terapéutico. Ejerce una función tranquilizadora y devuelve la sensación de control : puede razonarse sobre lo que está ocurriendo y empezar a actuar al respecto.

En general en la cura puede llegar a existir un paralelo entre hechos en el mundo mítico y la condición somática del paciente. Así el ejemplo en el análisis que hace Levi-Strauss del mito curativo para parto complicado de un sanador kuna<sup>43</sup>, donde hay una mezcla de elementos hipnóticos -a través de la repetición monótona-, de guía en el trabajo de parto y de acompañamiento relajador.

Así pues, el primer requerimiento para un proceso terapéutico es la construcción de un marco mítico general compartido por sanadores y potenciales pacientes. En el proceso de curación el sanador particulariza parte del mundo mítico general, asimila un papel a las emociones y busca cómo manejarlas.

Siendo riguroso podría decirse que la psicoterapia occidental coloca el mundo mítico particularizado en un lugar científico más adecuado que un sanador indígena : dentro de la mente del paciente y no en fuerzas sobrenaturales. Por eso el psicoterapeuta occidental le pide al paciente que explique qué es lo que le ocurre, es decir, que mire hacia dentro. Algunos sanadores tradicionales narran ellos mismos y escenifican los sentimientos que tiene el paciente. El paciente permanece pasivo, mientras el sanador proyecta el mundo mítico.

La particularización del mundo mítico dentro de la cura tradicional puede ocurrir por revelación en el trance, por sueños del paciente, por sueños del sanador relacionados con el paciente por contacto con ropa u objetos personales del paciente o con restos de faneras. A su vez, el curador simbólico y el psicoterapeuta hacen el mundo mítico mas 'real', uno dramatizándolo para el paciente, otro interpretándolo. La gran diferencia es en el significado ontológico de la relación con el mundo mítico.

El éxito de los sanadores tradicionales muestra cómo la actitud empírica de la medicina científica no es un componente necesario para que funcione la cura simbólica, aunque los fundamentos científicos sean necesarios para el progreso terapéutico. Dicho de otro modo, los sanadores tradicionales dejan de sanar en la medida en que la medicina occidental destruye su mundo mítico sustituyéndolo por otros mitos que en el fondo son tan dependientes de la fe como los primeros.

**La Relación terapéutica.** Para que el paciente acepte el mundo mítico particularizado es necesario que se establezca una relación especial, en la que se deposite la confianza. Para eso es importante que el sanador demuestre que es capaz de hacer lo 'imposible', que está en otra dimensión. De ahí las numerosas descripciones de procedimientos espectaculares previos al propio proceso terapéutico (separar la cabeza del tronco, quebrar piedras, 'operar'...). El psiquiatra occidental juega con otras técnicas, a veces con paradojas y promueve también la empatía y la confianza. Una hora de espera en una sala con las paredes llenas de libros, títulos y fotos busca ejercer un efecto similar. Pero los procesos terapéuticos juegan a velocidades distintas. Mientras los métodos tradicionales lo hacen a gran velocidad, las psicoterapias occidentales necesitan mucho tiempo para la elaboración del mito terapéutico.

**La jerarquía de sistemas.** Desde una perspectiva sistémica los diferentes estratos de la realidad (ecológico → social → yo → cuerpo → células → moléculas → átomos) están en una mutua relación dinámica. Esta relación permite, decíamos al hablar del caso de Arnoldo, la manipulación de los procesos del yo a través de la manipulación de los parámetros simbólicos a nivel social. El punto clave es que el mundo mítico contiene los símbolos que ponen en relación (emparejan) el sistema social con el sistema del yo del paciente. En la misma línea está la influencia de la mente en el cuerpo. Una de las razones por las que la medicina occidental tiene tantos problemas con el concepto de placebo es por el empecinamiento en el dualismo cartesiano. El concepto de *efecto placebo* ha sido en este sentido un obstáculo para la ciencia. Se trata de otro cajón de sastre, una categoría mal definida que agrupa a todo aquello para lo que la medicina académica no encuentra una causa definida. Si bien se reconoce el poder del mismo (de un 25 a un 75% de la mejoría global de los pacientes según diagnósticos<sup>49</sup>) se considera más bien una molestia que contamina al científico puro que una herramienta a entender y optimizar.

Es importante entender que la cognición es inconsciente, es decir, que la interpretación de los símbolos puede ser mediada por el cuerpo sin necesidad de ser procesado por el yo consciente. Esto es una ventaja adaptativa : el inconsciente es capaz de almacenar miles de estímulos potencialmente amenazantes que requieren de respuestas no-conscientes<sup>50-51</sup> Tal vez la evolución filogenética cambie esto.

**El proceso de Transacción.** El hecho importante es -dice Dow<sup>42</sup>- que, si el trabajo se ha hecho bien y se ha construido adecuadamente el mito, la manipulación de los símbolos transaccionales (sacar uñas, cirugía, extracción de demonios, actuación sobre figuras o muñecos etc) actuará sobre el sistema emocional de la persona. Levi-Strauss apela a la abreacción y a la transferencia, es decir, a términos psicoanalíticos, pero no es así en realidad, porque no hay necesariamente un

proceso de *insight* y toma de conciencia de los sentimientos interiores, sino una manipulación de éstos a través de la manipulación de símbolos. El mismo chamán -según la terminología de Levi-Strauss- se convierte en un símbolo transaccional vivo en el que las emociones van cambiando<sup>1</sup>.

Otras analogías interesantes son el de la 'posesión' y el insight. Una vez liberado de la posesión, el paciente explica al sanador la experiencia de la posesión, en un proceso de 'insight'.

**Curación simbólica y biología.** Dow<sup>42</sup> hipotetiza que la curación simbólica podría existir por el hecho de que la comunicación de (a través de) las emociones es filogenéticamente anterior a la comunicación por el lenguaje. A medida que ha avanzado la evolución se han desarrollado sistemas simbólicos y míticos, y la comunicación social a través de símbolos arrastró a la comunicación emocional.

En resumen es importante entender que el proceso de curación simbólica es universal y se utiliza en todas las técnicas terapéuticas<sup>40</sup>. Cuando alguien consulta a un terapeuta por dificultades de relación con los demás, según el marco teórico del terapeuta devolverá una recontextualización u otra. Si es cognitivo-conductual puede explicarle que tiene problemas de asertividad o de autoestima o de falta de refuerzos positivos dentro de la pareja, si es psicoanalista, el marco será tal vez de un super-ego insuficiente o de un déficit narcisista, desde una escuela sistémica se puede hablar de separaciones infantiles tempranas y de problemas en el establecimiento de vínculos (attachment) etc. Ninguno de estos marcos de referencia tiene en sí mismo mayor valor que el de constituirse como universos en los que terapeuta y paciente pactan una explicación y un camino terapéutico. Una persona de clase media americana, profundamente desmoralizada por su fracaso en la empresa acepta un modelo cognitivo-conductual de su problema y que el origen de sus dificultades está en los efectos de una personalidad autodestructiva que le lleva a ideas constantes de ineficacia e impotencia. Cree que esto puede cambiarse a través de la relación con un terapeuta que, aplicando un protocolo autorizado de intervenciones conductuales, le indica cómo ir cambiando. Se generan cogniciones positivas, con la sanción positiva de la epistemología conductista y se experimenta a través de los significados simbólicos mediadores de la terapia cognitiva, alterando la autoimagen del paciente y activando mecanismos psicobiológicos de optimismo y convicción, es decir, produciendo cambios neuroendocrinos y autonómicos, que conllevan una disminución de la disforia, mejoría del sueño, la energía, disminución del dolor, debilidad y otros síntomas. Es un modelo de persuasión social y aprendizaje. Todo ello, elementos de cura simbólica con una estructura subyacente paralela a la del *machitún*.

#### **4. ¿Son universalmente aplicables las psicoterapias de corte occidental?**

Si aceptamos que todas las psicoterapias son, al igual que los procesos de sanación tradicional, formas de terapia simbólica, la siguiente pregunta es: ¿permite todo lo visto hasta ahora hipotetizar que los modelos occidentales de psicoterapia son universalmente aplicables?.

Existen algunos argumentos que permiten dudarle:

---

<sup>1</sup> Kleinman considera el esquema de Levi-Strauss simplista, y piensa que la eficacia de casos como el Cuna tiene más que ver con condicionamientos tempranos a códigos culturales clave (sonidos, olores, palabras, imágenes...) que no a una auténtica comprensión y utilización de los códigos del mensaje : 'Se exorcizan los demonios y el paciente ansioso empieza a creer que la causa del problema ya no existe; esta convicción, elicitada por el ethos terapéutico y acrecentada por el círculo social, altera los procesos cognitivos de hipervigilancia y respuesta aprensiva a las situaciones nuevas para crear un estado emocional diferente : calma en lugar de aprensión y fe en la capacidad de manejar los problemas de la vida en lugar del miedo a que las cosas sean incontrolables .

- La mayoría de técnicas de psicoterapia euroamericanas basan su poder terapéutico en hablar de uno mismo, desentrañando los núcleos conflictivos. La tendencia a hablar de uno mismo hemos visto que no es universal. En muchas culturas de carácter colectivista la definición que la persona hace de sí misma pasa sobretudo por sus grupos de pertenencia y sus relaciones con miembros significativos de su entorno. Mientras que en la cultura euroamericana puede considerarse saludable pensar sobre uno mismo, y en especial sobre los aspectos negativos de la manera de ser o los errores cometidos, en otras culturas esto no es vivido como un logro. El equilibrio y el poder se logran *evitando* los pensamientos desagradables, focalizándose en los agradables, desarrollando relaciones mejores<sup>52</sup>. Se considera como conducta *saludable* la inhibición y el control de los pensamientos desequilibrantes.

- Diversos autores<sup>53-54</sup> han señalado la imposibilidad de realizar psicoterapias europeas en el Africa subsahariana por al menos las siguientes razones: el paciente acude al médico buscando alivio para un síntoma concreto y no tiene como objetivo entenderse mejor a sí mismo ni cambiar su forma de ser, espera que se le de un tratamiento físico para lo que entiende que es un problema físico, y no comparte la necesidad de hablar de su infancia para ser tratado de su síntoma actual.

- Una de las variables clásicas de la psicología social introducida por Hofstede es la denominada *Evitación de la Incertidumbre*. En estudios transculturales Hofstede mostraba cómo hay culturas con una alta tolerancia y aceptabilidad de los cambios de trabajo, de vivienda, de amigos, a la poca seguridad económica...), mientras que otras tienen una tendencia a requerir de certezas ambientales para sentir bienestar psicológico. La psicoterapia requiere estar dispuesto a aceptar planteamientos que cuestionen el modo de vida de la persona, que la conviertan en objeto de crítica y evaluación, el deseo de intentar nuevas conductas alternativas. Todo el proceso requiere de una importante tolerancia a la incertidumbre, por lo que, en culturas asiáticas, por ejemplo, se observa una escasa repercusión de este tipo de técnicas.

- Las terapias de corte euroamericano (cognitivo-conductual, psicoanalítico, interpersonal, sistémico, humanista...) suelen fomentar una serie de valores centrados en el individualismo. No contemplan tampoco la necesidad de reestructurar las relaciones comunitarias o restaurar los equilibrios dentro del grupo como un modo de volver a la normalidad psicológica. Este es precisamente el foco de algunas escuelas asiáticas de psicoterapia como la Terapia de Morita.

- Las personas de culturas colectivistas tenderán a buscar el apoyo en situaciones dentro del grupo de personas (familia, familia extensa, relaciones) con las que mantienen relaciones de interdependencia. A ello se añade la idea de que los problemas no deben ser contados fuera del núcleo familiar porque esto puede ser fuente de descrédito o deshonor para el grupo. Los problemas son privados y deben mantenerse dentro de los límites de la familia y algunas psicoterapias occidentales rompen esta norma básica.

- Existen formas de “psicoterapia” no occidental esperadas por el paciente que escapan a las técnicas habituales. Así, por ejemplo, en culturas asiáticas el médico es visto con frecuencia como un maestro, o un poseedor de verdad y sabiduría, y quien acude, un estudiante, o alguien que espera recibir esa sabiduría. En este contexto las respuestas de la persona a las preguntas del procedimiento psicoterapéutico tenderán a ser positivas y en la línea en la que el entrevistado cree complacer al maestro. No estar de acuerdo o ser escéptico sería una falta de respeto inaceptable. Se esperaría del médico que adivine el problema (*catársis pasiva*) y que prescriba conductas exactas, claras y precisas para la mejoría.

Todo ello no significa que un terapeuta experimentado de formación occidental no pueda trabajar en otras culturas. Los problemas surgirán si intenta aplicar *su* terapia simbólica. Pero como bien sabe cualquier clínico, la mejor y más eficaz técnica de psicoterapia es una escucha empática sin juzgar y la búsqueda de soluciones desde el otro, y en este proceso ni la cultura, ni el sistema de creencias, ni el género, ni el momento o el lugar deberían ser limitantes letales.

## 5. Las estrategias de afrontamiento.

Más allá de las categorías y diagnósticos y de los procedimientos simbólicos de curación, en el trabajo en salud mental es de una gran trascendencia respetar y potenciar las **estrategias de adaptación y afrontamiento** propias de cada cultura. Esta es otra de las ventajas de los sanadores tradicionales sobre los psiquiatras euroamericanos cuando trabajan en su medio: es más probable que un sanador tradicional recomiende estrategias culturalmente adecuadas y aceptables. La siguiente tabla muestra esta idea. Mientras algunas estrategias de afrontamiento parecen ser universales, otras varían considerablemente entre culturas:

Elementos Comunes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Apoyo familiar .</li> <li>. Apoyo social .</li> <li>. Aumento de la cohesión grupal.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajar para no pensar en lo que ocurre</li> <li>Autodisciplina y responsabilidad.</li> <li>Apoyo en la fe religiosa.</li> </ul>	
Culturas idiocéntricas	Culturas Sociocéntricas o Colectivistas
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Aceptar la responsabilidad individual</li> <li>. Buscar más información</li> <li>. Buscar un significado profundo a la experiencia.</li> <li>. Reducción psicológica del agresor.</li> <li>. Fortalecer la identidad y los valores personales.</li> <li>. Fantasías compensadoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Creencia en el Karma y el destino y en el sufrimiento como caminos a estadios superiores.</li> <li>. Aceptación pasiva de los hechos. Resistencia por la cosificación de uno mismo.</li> <li>. Negación y silencio. Evitación del conflicto.</li> <li>. Focalizar en los nuevos problemas a resolver. Perspectiva cortoplacista.</li> <li>. Focalización del conflicto en síntomas somáticos inespecíficos.</li> <li>. Remarcar la responsabilidad y la solución colectiva de problemas.</li> </ul>

## 6. Aspectos culturales de la prescripción de fármacos

Por lo desarrollado hasta aquí resulta evidente que un fármaco, además de su valor físico-químico tiene un valor simbólico dentro del proceso terapéutico. Constituye la forma de expresión social más universal del acto médico euroamericano. En este sentido la prescripción tiene *per se* un valor que no hay que desdeñar.

Makanyoula<sup>59</sup> cita nueve componentes simbólicos de una prescripción: (1) significado o connotaciones del nombre del fármaco (2) sonido (suave, contundente, técnico...) del nombre del fármaco (3) forma y aspecto del remedio (4) cualidades físicas (5) modo en que se comporta (por ejemplo “pomada que “penetra” en la piel...) (6) parte que se usa del remedio (por ejemplo los testículos de un toro para tratar la impotencia) (7) color simbólico (por ejemplo, remedios negros combaten mejor ciertos males, una inyección rojo denso es más “fuerte” que una clara y transparente...).

Las expectativas sociales de eficacia son otro elemento de gran relevancia. Así, es común en América Latina la creencia de que las *inyecciones de vitaminas* combaten la astenia y los dolores de cabeza recurrentes. Pese a que esto no tenga base físico-química demostrada, la expectativa social hace que pueda tratarse de una herramienta terapéutica valiosa. Crear, en consecuencia, una lista de *medicamentos esenciales* sin tener en cuenta algunas de las costumbres locales puede llevar a perder algunas claves de eficacia terapéutica, por lo demás generalmente populares y baratas.

Por último hay factores de carácter cultural asociados al cumplimiento terapéutico. Existe con frecuencia la tendencia, en culturas determinadas, a abandonar los tratamientos una vez desaparecen los síntomas, al no existir el concepto de continuidad de cuidados o de prevención. Será necesaria la monitorización de casos en determinadas patologías, como por ejemplo la tuberculosis, a través de sistemas de registro y no confiar en la comprensión de los fines del tratamiento.

## 7. ¿Qué puede aprender la psicoterapia de los sanadores tradicionales?

Los estudios comparativos de psicoterapias no pueden determinar, hoy por hoy, la superioridad de una escuela sobre otras. Algunas escuelas parecen tener más éxito con algunas patologías y otras con otras. En los estudios controlados y protocolizados con patologías tan integralmente biopsicosociales como los trastornos de alimentación muestran, por ejemplo, que las terapias de corte cognitivo-conductual parecen obtener resultados de un modo más rápido al inicio, pero al cabo de algunos meses los resultados se equiparan y no hay diferencia con los resultados de terapeutas de formación dinámica o sistémica<sup>55-56</sup>. Tampoco parecen influir los años de experiencia o la calificación profesional del terapeuta (psiquiatra-psicólogo-trabajador social). Dos terapeutas experimentados procedentes de escuelas distintas se parecen más entre sí en lo que hacen que dos terapeutas noveles de una misma escuela de formación<sup>57</sup>. Bajo la auto-denominación (preferida por muchos terapeutas en la actualidad) de 'enfoque ecléctico' lo que hay que entender es que cada vez es más necesario reconocer que los llamados **elementos inespecíficos** determinan el éxito de la psicoterapia<sup>58</sup>.

## 9. Planificación de servicios desde una perspectiva transcultural. Comparación de sistemas médicos e integración de recursos.

### 1. *¿Es posible trabajar en otras culturas?*

Con todo ello no se intenta transmitir que es imposible trabajar en otra cultura, lo que sería caer en el nihilismo que acompaña al relativismo cultural extremo, sino que es necesario entender : (1) que hay que trabajar desde el cuerpo y no desde las cogniciones, (2) que hay que esforzarse en mantener un diálogo intercultural constante con la realidad local –generalmente mezcla abigarrada de conceptos y prácticas occidentales, populares y tradicionales y (3) que ese diálogo sólo es posible desde el respeto sincero e igualitario y no sólo desde la curiosidad intelectual.

La perspectiva de la salud mental comunitaria y el trabajo de base psicosocial superan muchas de las contradicciones que plantea la necesidad del respeto a la cultura.

### 2. *Comparación de sistemas médicos.*

Kleinman<sup>31-40</sup> propone tener en cuenta siete bloques de aspectos al comparar dos sistemas médicos :

#### . **Marco en que tiene lugar el acto de sanación.**

-¿Dónde se localiza al sanador?. ¿Cuál es su estatus dentro de la sociedad?. ¿Cuál es el marco (institución profesional, consulta, casa...)

#### . **Características de la interacción.**

- Número de participantes, sólo un encuentro o interacciones periódicas, frecuencia de las mismas, tipo de relación (formal/informal, autoritaria o igualitaria, grado de confianza y apoyo expresado...).

#### . **Características del sanador/médico-psicólogo.**

- Personalidad (carismático, empático, desordenado...)
- Razones por las que llegó a ser un sanador.
- Ritos de inicio
- Entrenamiento
- Trayectoria personal y experiencia clínica
- Tipo de práctica
- Estatus social
- Insight dentro del proceso clínico
- Recompensas (económicas, morales, ninguna...)

#### . **Vías de expresión y comunicación.**

- Modo (somático, religioso, moral, psicológico, social...)
- Código ( verbal, no verbal, sistema semiótico especial...)
- Modelos explicativos de un determinado episodio de enfermedad (p.e. compartido, conflictivo, abierto, tácito...)
- Técnicas retóricas para describir la enfermedad y negociar el tratamiento
- Trabajo de interpretación.

### Realidad clínica.

- Sagrada o no.
- Orientada a la enfermedad (*disease*) o a la dolencia (*illness*).
- Foco del tratamiento (paciente, familia, grupo social...)
- Niveles dentro del sistema médico (primario, secundario, terciario...)
- Intervenciones simbólicas y/o instrumentales
- Estilo abierto o interrogativo (dirigido)
- Centrado en el terapeuta o centrado en el paciente
- Expectativas terapéuticas (especialmente grado de 'fe', de confianza del terapeuta en sí mismo y del paciente respecto al terapeuta)
- Percepción de dónde está el centro de responsabilidad (paciente o terapeuta)
- Elementos de confesión y/o testimonio moral.

### Estadíos terapéuticos y mecanismos.

- Proceso
- Mecanismos de cambio (catársis, modelado, persuasión, lograr insight...)
- Adherencia
- Final del tratamiento
- Evaluación de los resultados (incluyendo posibles efectos iatrogénicos...)

### Aspectos extraterapéuticos.

- Control social
- Código ético y problemas al respecto.
- Coste económico y restricciones al acceso al sistema terapéutico
- Implicaciones políticas.

Las diferencias, usando el esquema de Kleinman, entre un psicoterapeuta occidental y un sanador tradicional podrían resumirse en el siguiente cuadro:

	Sanador Tradicional	Psicoterapeuta
. Marco general / Setting.	-Relación no institucionalizada ni burocratizada - Espacio público	-Institución profesional -Consulta, -Relación uno a uno en intimidad (diádica)
. Insight	Exceptuando quizás los terapeutas asiáticos, los sanadores tradicionales no suelen incidir en el <i>insight</i> como elemento importante para el cambio terapéutico, -no se habla de individuación /autonomía /crecimiento personal etc etc. Enfoque sociocéntrico	Terapéuticas dirigidas al <i>insight</i> . Enfoque idiocéntrico con énfasis en la autonomía y el crecimiento personal.
. Personalidad	Los sanadores tradicionales tienen personalidades carismáticas, que irradian poder, inspiran confianza y demuestran empatía por la experiencia del paciente.	Pueden serlo también, aunque no es una condición necesaria.
Comunicación	A través de símbolos	A través de lenguaje técnico y símbolos.
Significados	Los síntomas físicos representan con frecuencia metáforas corporales de las quejas que buscan negociar problemas personales o sociales	Los síntomas físicos representan con frecuencia metáforas corporales de las quejas que buscan negociar problemas personales o sociales
Interpretación	Elemento esencial	Elemento esencial
Etiología	Tiene sus propias etnoteorías (Ayurvédica, China, hindú, indígena americana...)	Teorías emanadas desde la medicina académica euroamericana.
Foco de interés	El enfermo	La enfermedad
Terapia	Simbólica	Simbólica
Estructura	Abierta	Interrogativa
Foco terapéutico	Individual, familiar y social	Individual, familiar o social.
Expectativas	Mejoría rápida y espectacular	Mejoría a medio o largo término.

Control Social	Importante. Elemento sancionador de las relaciones sociales. En ocasiones el rol social viene dado por ejemplo, por las acusaciones de brujería, de magia, de responsabilidad en la muerte de otro etc. y pueden llevar a la expulsión o muerte del acusado.	Creciente. Cada vez mayor intromisión del aparato social en la vida individual (retirada de tutela de niños por no escolarización o falta de cuidados, procedimientos de internamiento o de terapia forzada por orden de un juez, intromisión en la vida privada para fiscalizar subsidios sociales. Peligrosidad de conceptos “médicos” como persona o familia ‘en riesgo’ para el control social.
Coste económico	En ocasiones muy caras (rituales que toman uno o más días y requieren de sacrificios de animales o de apoyo de la comunidad...). El tema del hipotético apoyo financiero a las terapias tradicionales es complejo.	Sistema público gratuito con una tendencia creciente a la privatización y al pago por diagnósticos.
Eficacia.	No evaluada	Débilmente evaluada
Estatus legal.	Difícil de oficializar. Riesgos de la institucionalización. Dificultades para oficializar las medicinas tradicionales, y problemas si se ilegalizan. Deberían ser prácticas reconocidas pero sin caer en que el Estado u organizaciones profesionales fijen unos estándares de calidad, sino permitir que fuera la propia comunidad cuando no existieran evidencias de que se realizan prácticas peligrosas o inaceptables éticamente.	Oficial. Institucionalizado. Rol reconocido por el Estado.

#### **4. Interacción y coordinación entre sistemas : trabajo con sanadores tradicionales.**

Existen muy pocas referencias bibliográficas de trabajos con terapeutas tradicionales. Peltzer<sup>60-59</sup> es el autor que más ha trabajado en esta línea en diferentes contextos africanos, aunque de un modo poco estructurado y sin evaluar. En uno de sus artículos describe la integración de un sanador tradicional en el trabajo con refugiados sudaneses en un campo en Uganda. El esquema es el de evaluación del caso por el psiquiatra con remisión posterior al sanador<sup>60</sup> :

*‘Una mujer de 40 años, refugiada, había sido diagnosticada de Asilaza (enfermedad – tristeza del corazón), Jok-jok (enfermedad del espíritu) y Inyanya (hechizo). La mujer había tenido un negocio en Sudán. Su marido murió durante la guerra y todas sus propiedades fueron incautadas. Por eso huyó con sus hijos a Uganda. Se presentó al puesto médico con los siguientes síntomas : hablaba a veces cosas sin sentido, temblores, dolores de cabeza, sueños de personas que la atacaban, oía voces estando sola, era capaz de adivinar donde había agua envenenada y cuando una persona había sido envenenada. Ella decía que estos poderes le venían de familia y que ya su madre los había tenido. Los médicos decidieron que, por el tipo de problema, lo más adecuado era la remisión a un sanador tradicional. El tratamiento consistió en la aplicación de versos del Corán, danzas rituales con tambores y sacrificar un pollo y un toro. Después de tres meses de tratamiento había habido una gran mejoría y pudo ser dada de alta tras la ceremonia de sacrificio’. (pp 126-7).*

Efraime<sup>61</sup> describe a un muchacho en Mozambique que ha sido soldado y que consulta a un sanador porque siente que le persiguen los espíritus de aquellos a los que ha matado. El sanador decide hacer una ceremonia en la que deben estar presentes los padres del soldado y en la que se permite que estos espíritus hablen a través de él. El muchacho puede escucharles y pedirles perdón. Los fallecidos piden compensación material y que el soldado ayude a los familiares supervivientes a seguir adelante, lo que éste acepta y efectivamente hace, sintiéndose mucho mejor.

Hiegel (1994), describe un programa de coordinación con sanadores tradicionales atendidos por Cruz Roja Internacional en Tailandia cuando llegaron los refugiados de los Khmer rojos<sup>62</sup>. Su razonamiento inicial para impulsar ese programa, que fue muy criticado por el resto del personal, es que era éticamente inaceptable empezar a dar neurolépticos a los pacientes psicóticos cuando el futuro de los refugiados era incierto, no sabían cuando iban a volver a su país y en cuanto lo hicieran no iban a conseguir la medicación. Era un dilema similar al que se presenta con la gente que tiene malaria endémica. Si se la trata, después pueden resultar más vulnerables a las formas mortales de la enfermedad. ¿Cual es la conducta éticamente recomendable?.

Hiegel promueve la creación de Centros de Medicina Tradicional. Inicialmente solo había el lugar, después se dan cuenta que es necesario dotarlo de elementos fitoterapéuticos y de los requerimientos que el sanador precisa. Remarca algunas dificultades en este proceso :

- Los sanadores tradicionales no van a aceptar en seguida y con agrado el diálogo porque saben que la medicina occidental les tiene en menos y se van a sentir fácilmente juzgados o minusvalorados. Hay que demostrarles que se les respeta y se busca una relación entre pares. Es importante no entrar en competición y reconocer que ambos sistemas médicos tiene éxitos y fracasos.

- Algunos sanadores pretenden ser capaces de curarlo todo. No es buena táctica intentar demostrar lo contrario, porque solo se va a provocar un mayor empecinamiento y posturas más extremas. Para Hiegel suele tratarse más de afirmaciones para defender su prestigio que de autentica falta de sentido común.

- Es muy importante que los sanadores sientan que pueden trabajar con entera libertad sin preocuparse por el porcentaje de éxitos o fracasos que tengan. Debe quedar claro que los sistemas son complementarios y no que están compitiendo. Así se favorece que haya referencias mutuas.

Respecto a si debe entrenarse a los sanadores tradicionales en la medicina occidental, lo rechaza frontalmente. Considera que lo que se consigue es que no sean una cosa ni la otra y refiere, anecdóticamente, de algún sanador entrenado en medicina occidental por ONGs que se paseaba por el campo con un estetoscopio que no sabia usar. Esta opinión difiere de la expresada por De Jong<sup>63</sup> y otros para quienes la capacitación es básica y debe enfocarse a distinguir qué patologías deben ser derivadas al sistema oficial.

En el campo de refugiados dirigido por Hiegel<sup>62</sup> los sanadores tradicionales recomendaban elementos específicos a tener en cuenta en el tratamiento : por ejemplo en qué orientación debía colocarse la cama, o que para muchas mujeres era necesario respetar la costumbre Khmer de quemar incienso baja la cama de una mujer que acaba de parir para evitar que se acumule 'mala sangre' en el útero. Los médicos de los campamentos observaron cómo cuando se convenció al personal del hospital para que lo hicieran, el numero de quejas post-parto o de problemas psicosomáticos posteriores disminuía. En los casos en que estas quejas se producían los sanadores tradicionales las podían resolver a través de ceremonias adecuadas.

### ¿Cooperación o complementariedad ?.

Parte de la polémica puede diluirse si tenemos en cuenta los siguientes hechos :

- 1) Allí donde coexisten varios sistemas médicos, la mayoría de la población utiliza simultaneamente los diferentes sistemas, bien yendo a consultar por el mismo motivo y asumiendo aquello que le convence más de cada cual, bien discriminando aquellas enfermedades que corresponden a un tipo de medicina o a otra. La medicina mapuche tiene una categoría (*wingka kutran*) para designar a las enfermedades del mundo no mapuche. Probablemente una parte importante de los sanadores tradicionales ante infecciones graves o neoplasias suelen recomendar respetar la prescripción del médico.
- 2) Algunos estudios permiten sospechar que el perfil de motivos de consulta a cada sistema parece ajustarse bastante al tipo de medicina. Según Peltzer<sup>59</sup> los principales motivos de consulta por trastornos psicosociales a sanadores tradicionales en Malawi eran, por este orden: (1) problemas sociales (problemas económicos o laborales, problemas familiares, brujería,

robos, problemas legales y de seguridad), (2) trastornos psiconeuróticos (histeria, neurosis depresiva, neurosis de ansiedad), (3) trastornos psicóticos funcionales, (4) trastornos psicosomáticos (problemas menstruales, impotencia, asma), (5) trastornos relacionados con el consumo de alcohol y cannabis, (6) problemas psicosociales en pacientes con infertilidad, epilepsia, esterilidad, retraso mental o minusvalías físicas, (7) rehabilitación psicosocial – cuidado de enfermos crónicos y/o pacientes terminales. Aunque también hay consultas por trastornos de carácter biomédico, las consultas psicosociales ocupan, según Peltzer, la mayor parte de la consulta de un sanador tradicional africano.

En este sentido es curioso el fenómeno que él anuncia en Africa y que ya se ha vivido en América Latina de desplazamiento de los sanadores tradicionales por las iglesias pentecostales. Sus planteamientos radicales frente al consumo de alcohol, la violencia y otros problemas endémicos en los contextos rurales deprivados, la espectacularidad de las ceremonias de sanación o de exorcismo y los medios populistas a través del uso de la música a gran volumen y las ceremonias de identificación grupal hacen que tengan una progresión imparabla, siendo ya también las formas de culto predominantes en la gran mayoría del Africa subsahariana rural.

**Ventajas y Desventajas de la coordinación de sistemas.** Trabajar con terapeutas tradicionales, si se lograra, tiene unas innegables ventajas. La Organización Mundial de la Salud ya señalaba en su famosa declaración de Alma Ata<sup>64</sup> en 1979 y en documentos anteriores<sup>65</sup> la necesidad de integrar a los sanadores en la consecución del objetivo de atención primaria en salud de cobertura universal. Como consecuencia de aquellos documentos hubo un interés renovado por los terapeutas tradicionales.

Pero el tiempo ha ido mostrando que se han integrado poco, con dificultades y que su aporte al objetivo Salud para Todos no ha sido el esperado. El mensaje era que había que intentar, de algún modo una *profesionalización* de los terapeutas tradicionales lo que se ha mostrado como muy difícil. Aunque ha habido un aumento de la organización y han surgido asociaciones nacionales de terapeutas tradicionales en muchos países y áreas geográficas del mundo, los antropólogos constatan en múltiples culturas como el número de sanadores va disminuyendo rápidamente en estas últimas décadas, creciendo el sector de la medicina popular<sup>m</sup> o siendo directamente sustituidos por la medicina occidental. La integración se ha mostrado imposible por múltiples razones : competencia desigual y en inferioridad al entrar en una dinámica pseudomédica que no es la propia, heterogeneidad de prácticas, pérdida de cohesión de las comunidades y cambio del estatus de autoridad moral a favor de otras figuras externas a la cultura (políticos, ejército, autoridades locales...), cambio del patrón de residencia de la población etc. Además su legitimidad no puede emanar de la validación externa, sino de su propio carisma y de las tradiciones. Es difícil que el prestigio pueda venir desde una lejana burocracia gubernamental.

Velimirovic<sup>66</sup> hace la crítica más radical. En su opinión la iniciativa de la OMS era bien intencionada, pero mal orientada. Considera que la integración de sanadores desde 1978 no ha contribuido prácticamente en nada a conseguir los objetivos de salud universal para el 2000, en parte, afirma, porque la definición de la OMS de medicinas tradicionales nunca fue clara, ni su asunción poco fundamentada de que es eficaz, ignorando sus muchos fallos y carencias –como por ejemplo su incapacidad para prevenir o curar la malaria, el cólera, la fiebre amarilla u otras enfermedades. En muchos casos su visión de las enfermedades fueron tan perjudiciales para el trabajo que se convirtieron en un problema más que en una ayuda. Además, en muchos países en desarrollo la medicina tradicional no es tan popular como se quiere ver, y hay mucha gente

---

<sup>m</sup> La Medicina Indígena tiene sus raíces en las culturas originarias de cada zona y se distingue de la Medicina Popular, que surge a lo largo de los procesos de colonización por el contacto con los colonizadores. Esta surge como fenómeno sincrético a partir de las prácticas de la medicina nativa prehispánica introducida por los conquistadores (flebotomistas, barberos, herboristas, comadronas, curanderos, hechiceros...) y de las prácticas tradicionales indígenas y expresados hoy en otras figuras (santiaguadores, quebradores de empacho, yerbateros, componedores de huesos, parteras, naturistas, iridólogos etc.). Mientras los primeros son sistemas reglados con un proceso de asunción de rol y de formación estructurado, la segunda se trata de un conglomerado polimorfo, contradictorio y generalmente no reglado.

que prefiere consultar a la medicina oficial o a paraprofesionales entrenados, aunque estén mucho más lejos geográficamente.

Estas críticas tiene un fondo de verdad : la contribución de los terapeutas tradicionales a la disminución de la morbi-mortalidad infecto-contagiosa ha sido sin duda escasa, y algunos terapeutas se han enfrentado a las formas de medicina oficial por considerarlas contrarias a la cultura. Pero la medicina –sobre todo en atención primaria- es mucho más que el alargamiento cuantitativo de la vida a través del control de neoplasias e infecciones.

En la atención en salud mental hay algunos puntos críticos relevantes. Así Pérez-Sales, Bacic y Durán<sup>37</sup> en el estudio sobre procesos de duelo en familiares de personas detenidas desaparecidas o ejecutadas por razones políticas de etnia mapuche en Chile, observaban al menos tres puntos clave: :

- (1) Atribución de causalidad. Ante la detención, la tortura o la muerte, la interpretación de un terapeuta tradicional es probable que tenga que ver con causas locales (envidia, ruptura del equilibrio con vecinos o con fuerzas naturales....) lo que entra en contradicción con la visión de un terapeuta occidental que consideraría en primer lugar las causas generales (sistema político represor, conflicto bélico, núcleos de poder....). Se formula, por ejemplo, el problema en términos de una antigua disputa por animales entre la familia de quien denunció y la familia del desaparecido y se plantea la resolución en términos de restaurar el equilibrio entre las familias. Esto puede dar lugar a graves problemas al interpretarse erróneamente que detrás de este enfoque hay una connivencia de la medicina tradicional con las estructuras represoras.
- (2) En función de ello, los objetivos del tratamiento también pueden diferir sustancialmente, centrándose en la comunidad, pero sin una perspectiva socio – política.
- (3) Sí puede que además, efectivamente, algunos sanadores sean parte de la estructura de poder opresor. Taussig (1980) ha publicado en profundidad sobre la relación entre chamanismo, terror y poder<sup>26</sup>. Un exceso de preocupación por favorecer a los terapeutas locales dejó a refugiados rwandeses en manos de aquellos que precisamente habían sido co responsables del genocidio de su pueblo unos meses antes.

Ventajas	Inconvenientes
(1) Trabajo desde la cultura. Utilización de estrategias terapéuticas no asequibles con facilidad para un terapeuta occidental	(1) Atribución de causalidad imprevisible,
(2) Más respetuoso éticamente,	(2) Objetivos divergentes,
(3) Eficacia documentada.	(3) Algunas prácticas podrían no ser respetuosas con los derechos humanos.
(4) Refuerzo de las estrategias adaptativas propias de la cultura	(4) Los sanadores a veces pueden estar aliados con las fuentes de poder.
(5) No problemas con idioma ni necesidad de traductores.	(5) Es necesario poder distinguir a los auténticos terapeutas tradicionales (ritual de iniciación, proceso de formación de años, experiencia) del terapeuta empírico sin formación o el charlatán.

## 5. Modelos de interacción.

Para Hiegel<sup>62</sup> hay tres modelos posibles de interacción : (1) los pacientes son examinados primero por médicos entrenados que deciden si el caso es susceptible de ser remitido al sanador. (2) el sanador los ve primero, actuando como un médico de cabecera que deriva a atención especializada aquellos casos que no puede atender, (3) lo que ellos recomiendan : los dos servicios están abiertos y es la propia gente la que decide cual quiere que sea la 'puerta de entrada' al sistema. Después hay vías pactadas de referencias mutuas o incluso, si es preciso, de valoraciones conjuntas, de algunos casos.

Una opción alternativa es la del modelo KCBM (Kruu Khmer, Counselling, Buddhism, Medication). Se trata de un esquema de tratamiento en salud mental que se viene desarrollando desde hace más de 15 años en el campo II de desplazados camboyanos en la frontera tailandesa<sup>67</sup>.

Se basa en las prácticas de los terapeutas tradicionales del pueblo Khmer (Kru Khmer) - que utiliza fitoterapia, masajes y diferentes tipos de ceremonias rituales -. Considera al Counselling y al Budismo métodos diferentes pero compatibles de permitir que la gente emocionalmente afectada encuentre apoyo, y utiliza las Medicaciones occidentales como un modo de dar alivio inmediato a ciertos síntomas particulares –indicados especialmente en trastornos psicóticos– . Es decir, se usan elementos terapéuticos Khmer y occidentales desde los esquemas de cultura y pensamiento Khmer. Para ello se trabaja en equipos de co-terapia con un trabajador de salud mental local bilingüe y un terapeuta occidental que discuten y preparan las sesiones, o pueden interrumpir la sesión para discutir entre ellos cómo está yendo la entrevista y por donde debería seguirse. Ambos acuerdan el mejor enfoque posible para el paciente dentro de los ejes KCBM, recurriendo para ello a los terapeutas tradicionales o a los monjes budistas que viven en el campo de refugiados–con los que previamente se ha venido estableciendo contacto -. Es importante tener en cuenta que, pese a que las sociedades asiáticas son colectivistas, el modelo budista tradicional entiende el sufrimiento y las tragedias como resultado del ‘karma’ individual, relacionado con hechos y vidas anteriores, lo que significa que se estimula la supresión de la ira y la conformidad individual más que las formas de apoyo y organización colectivas, lo que obliga a primar, en muchos casos, el tratamiento individual en lugar del grupal preferible en otras culturas.

Una pieza clave de este tipo de sistemas compartidos es el del trabajador bicultural.

## **6. La figura del trabajador bicultural como eje de la planificación de servicios.**

Es importante aquí el concepto de *trabajador bicultural* como la pieza clave del diálogo entre sistemas médicos. Las personas, sistemas u organizaciones que trabajan con una perspectiva intercultural en salud mental deberían asumir progresivamente esta concepción y dejando atrás a la figura del traductor.

La diferencia esencial es el estatus concedido a éste, que pasa a ser de intermediario neutro a miembro del equipo terapéutico. Así, mientras un traductor es la persona de la que se espera que reproduzca fielmente los contenidos expresados en un idioma a otro, un trabajador bicultural hace una interpretación, sitúa las palabras en el contexto cultural, ayuda en la entrevista o asume directamente parte de la misma, y da su opinión en la formulación del caso y en la propuesta de soluciones acorde con la cultura. Para trabajar en otra cultura o en interacción de culturas, es la figura esencial.

Un esquema de funcionamiento con un trabajador bicultural (TB) podría incluir las siguientes fases:

- a) Tras ver conjuntamente algunos pacientes (o grupos) ámbos analizan desde sus respectivas perspectivas cuales son las problemáticas que afloran. El terapeuta occidental explica cual es la formulación de caso que se plantea, qué tipo de elementos busca al hacer la exploración y que datos le son más relevantes para saber la gravedad y elaborar un posible plan terapeutico. El trabajador bicultural opinará respecto a si este enfoque es adecuado a la cultura (*aceptabilidad*) y lo complementa o lo contrasta con otras posibles maneras tradicionales de resolverlo (*idoneidad*) explicando qué elementos en el interrogatorio permitirían saberlo.
- b) Durante la entrevista uno u otro inician el diálogo. Cuando el paciente (o alguien del grupo) realiza un recuento de algún hecho vital emocionalmente relevante, no se interrumpe la narración, sino que se hará un brevísima traducción-resumen al final, procurando no romper el clima emocional. El terapeuta irá apuntando aquellas cuestiones que le son relevantes, pero con la flexibilidad suficiente para que el trabajador bicultural pueda hacer preguntas adicionales para matizar o profundizar aspectos. Cuando se lleven un número suficientes de actos terapéuticos conjuntos generalmente el diálogo a tres bandas (paciente/grupo, terapeuta, TB) será rápido y fluido. Cada vez más el TB adivinará qué preguntaría haría el terapeuta y éste, a su

vez, puede adivinar bastante bien lo que está diciendo el paciente por su expresión no verbal y las anteriores entrevistas.

- c) Ambos deciden cuando dan por acabada la entrevista. El terapeuta formulará brevemente la prescripción que será explicada por el TB. En casos complejos o si alguno de los dos lo considera necesario se comentarán las recomendaciones a dar en un aparte, buscando combinar y aprovechar lo mejor de cada perspectiva.

Además de constituir un modelo de trabajo más eficaz y en el que el paciente encuentra mayor sintonía, favorece también una mayor integración y satisfacción de los equipos de trabajo. Dergam<sup>68</sup> desde su papel como traductora para refugiados de los Balcanes en España refiere la tensión que se experimenta por el hecho de no poder intervenir en la entrevista ante elementos relevantes, el desgaste de escuchar pasivamente narraciones en ocasiones muy traumáticas, desde una cercanía histórica y cultural, careciendo de un espacio de intercambio y ventilación. Mientras la prevención y el tratamiento del *burnt-out* del terapeuta ya forma parte de los protocolos de trabajo de la mayoría de centros y organizaciones de salud mental, en pocas ocasiones se reflexionan sobre el desgaste psicológico y humano y la traumatización secundaria de los traductores.

La siguiente tabla resume algunas de las ventajas e inconvenientes del rol de trabajador bicultural, frente al de traductor.

Traductor	Trabajador Bicultural
- Transcribe	- Reinterpreta
- Se requiere dominio del idioma	- Se requiere un cierto nivel académico y entrenamiento en habilidades básicas de entrevista (empatía, capacidad de escucha, no juzgar, no dirigir, no aconsejar...)
- Debe evitar que sus opiniones influyan. No añadir ni quitar.	- Sus opiniones son importantes para ayudar a formular el caso.
- Se evitan sesgos derivados de la pertenencia étnica, la clase social o la zona de procedencia.	- Menor control sobre posibles sesgos potencialmente graves.
- Se interrumpe la narración.	- Formato de entrevista más natural y sintónico.
- Se avala el rol del “experto extranjero”, lo que en algunos contextos tiene un gran valor simbólico	- Se avala el sentido de equipo y la importancia de la cercanía.
- Riesgo de lejanía (el otro “nunca va a entender”)	- Riesgo de cercanía (¿por qué no me pregunta él?).
- Autocontrol	- Implicación
- Vulnerabilidad al desgaste.	- Mayor cuidado profesional.

En el capítulo 10 se desarrollan específicamente algunos elementos instrumentales del trabajo con traductores.

### **7. Dificultades prácticas en la articulación de sistemas médicos.**

Cualquier que sea el esquema de interacción que se intente, la articulación siempre va a ser difícil. Estos son algunos de los problemas que pueden encontrarse<sup>60-62,69-70</sup>

*Problemas estructurales.*

- Educar a los sectores más reacios (iglesia, sanidad oficial, agencias internacionales...) respecto a la conveniencia y a la necesidad de trabajar con los sanadores tradicionales.
- Los promotores de salud que tienen convicciones cristianas tradicionales pueden rechazar el trabajo con los sanadores tradicionales. Identificación con brujería
- Falta de materiales –especialmente en campos de refugiados o centros de salud en contextos alejados- (hierbas etc)
- Los sanadores tradicionales no están reconocidos
- Problemas de transporte.
- Dificultades para seleccionar con quienes trabajar (envidias, pueden generarse problemas entre ellos, grado de legitimización real desde la cultura...).

*Problemas de articulación entre sistemas.*

- Identificar los principales síndromes (etnoclasificación local) para facilitar el diálogo.
- Identificar diferentes “especialidades” dentro de los sanadores.
- Identificar las principales enfermedades susceptibles de referencia mutua .
- Disponer de un listado de sanadores de la zona que aceptarían integrarse en un sistema intercultural y ponerla a disposición de los facilitadores culturales.
- Discutir la conveniencia de mantener algún tipo de registro común con algunos datos básicos respecto a datos de identificación, motivo de consulta etc., sopesando las ventajas desde un punto de vista epidemiológico y de seguimiento de casos y las desventajas de desvirtuar y contaminar el trabajo de los sanadores tradicionales.
- Precio (coste de la medicina tradicional versus atención subvencionada por parte del Estado a la medicina oficial).
- Aspectos prácticos de los sistemas mutuos de referencia (identificación, desplazamiento, control epidemiológico de datos...).

Hay algunas áreas donde –a priori tendría especial interés la perspectiva intercultural :

1. Problemas derivados de la esfera sexual :

- a) Abuso, relaciones forzadas, embarazo. (Ventaja : Mejor comprensión del papel de la sexualidad y sus connotaciones en la cultura. Inconvenientes : En algunas culturas los sanadores son mayoritariamente masculinos; problemas de confidencialidad respecto a la familia, algunas normas pueden ser muy represivas y sancionar negativamente este tipo de problemas aumentando la culpabilidad o el estigma).
- b) Infertilidad. Dificultades en la relación de pareja.
- c) Problemas menstruales.

2. Problemas derivados de la relación con la muerte :

- a) Muerte o asesinato de algún miembro de la familia, especialmente si éste se ha producido lejos del hogar y no se han podido celebrar los rituales de despedida del difunto.
- b) Suicidio.

3. Problemas con síntomas somáticos prominentes, especialmente cuando el sanador tradicional y la persona afectada reconocen una posible influencia de elementos espirituales (pérdida de energía interna o de fuerza espiritual, agresión o posesión por fuerzas externas).

4. Cuando la persona pide explícitamente algún tipo de consejo : dudas sobre la identidad cultural, el futuro personal, decisión respecto a trabajo, cambio de residencia etc.

5. Problemas de conducta en niños.

6. Síntomas de ansiedad : insomnio, pesadillas, inquietud, incapacidad para trabajar .

7. Consumo abusivo de alcohol, especialmente cuando este tiene que ver con evitar los problemas.

En cada cultura coexisten diferentes sistemas médicos. Estos no son elementos estancos y aislados, sino dinámicos y en continuo intercambio e interacción. Desde esta perspectiva los terapeutas tradicionales propios de las culturas indígenas, aunque no son la panacea, si constituyen elementos que deben ser tenidos en cuenta en el trabajo de salud mental intercultural. En la actualidad sabemos más de las dificultades de articulación que de los éxitos y constituye sin duda un reto avanzar en esta dirección. Para ello hará falta construir una relación de mutuo respeto y confianza y entender que se trata de sistemas médicos que deben aprender y complementarse. El punto es, como en la fábula, encontrar ese justo término en el que los erizos se daban calor los unos a los otros sin pincharse.

Si finalmente se llega a la conclusión de que la colaboración, por cualquiera de las múltiples razones citadas, es imposible, queda al menos intentar aprender lo máximo para aplicarlo en nuestro trabajo.

## 10. Antropología psiquiátrica aplicada. Aspectos específicos.

### *Aspectos culturales de los procesos de inmigración.*

Las profundas desigualdades económicas entre el Norte y el Sur, el centro y la periferia capitalista o las zonas más pobres y ricas de un país, hace que haya un flujo permanente de personas que intentan traspasar el muro de la riqueza. A ello se une el caudal mucho menor de quienes se ven obligados a buscar asilo o refugio por guerras o violencia política.

El estudio de las consecuencias psicológicas de los procesos de inmigración y refugio ha puesto el énfasis generalmente, en la psicopatología que estos generan, y en los diferentes problemas que encuentra el inmigrante en su proceso de adaptación.

Una visión contemporánea estudiaría además otros factores. En estudios longitudinales a largo término se muestra como los colectivos de inmigrantes voluntarios que han encontrado una buena recepción en el país de destino han presentado generalmente, tasas de enfermedades físicas y psicológicas sensiblemente inferiores a las de la población local. Para explicar esto hay muchas razones : los que emigran suelen ser personas con más capacidad de iniciativa, con confianza en sí mismos y generalmente sanos, y que tienen una alta motivación para la supervivencia.

Centenares de miles de personas emigran anualmente en todo el mundo. Muchos encuentran ésta experiencia personalmente enriquecedora, buena parte se adaptan perfectamente y sus recursos personales y de red serán suficientes para ello. Sólo un grupo –más o menos grande según el contexto- tendrá dificultades en el proceso. Ser inmigrante es una condición, no una patología.

En los años ochenta se acuñó el término de *choque cultural* asociado al estudio de las reacciones en este grupo. Pero posteriormente este término ha sido sustituido por el de *estrés aculturativo*. Con éste nuevo enfoque se pretende destacar (1) que el grupo o la persona se encuentran en una situación nueva (2) ante la que desarrollan estrategias de adaptación, es decir, que no son receptores pasivos de un *choque*, (3) el proceso es de hecho una *interacción* entre la cultura de llegada y la de recepción.

Por último, habrá un pequeño –muy pequeño- grupo que desarrolle psicopatología clínica relevante (depresión o ansiedad severas, síntomas psicóticos, somatizaciones graves...) que requieran de una intervención psicológica o médica específica. Excepto en el caso de refugiados políticos o víctimas de violencia o catástrofes, las consultas de salud mental para inmigrantes no suelen estar desbordadas por la demanda, y por lo general la patología que acude suele ser menor.

### **¿De qué depende que haya una buena integración o que aparezca *estrés aculturativo*?**

Berry ha propuesto un esquema que ya es clásico<sup>71</sup>. En él se tienen en cuenta dos variables fundamentales: ¿Considera el inmigrante importante mantener vínculos e integrarse en la sociedad de acogida?, y ¿Considera importante mantener su identidad y características de origen?.

En función de esto aparecen cuatro posibilidades:

	<b>Mantener la identidad</b>	
<b>Integrarse en</b>		

sociedad de acogida	SI	NO
SI	Integración	Asimilación
NO	Separación / Segregación	Marginalización

La asimilación, en el primer cuadrante, será la renuncia a la cultura de origen en aras de integrarse a la de recepción. En el otro extremo la separación será el intento deliberado por mantener los valores propios y minimizar las interacciones con la cultura de llegada cuando esto es voluntario. Cuando es forzado será una segregación.

La marginalización aparece cuando la persona no puede mantener sus vínculos de identidad y no puede tampoco mantener relaciones con la sociedad receptora.

En resumen, la integración se producirá sólo cuando hay un interés por ambas culturas.

Las condiciones para una integración serán:

- Que la sociedad receptora considere la multiculturalidad como un valor importante.
- Niveles relativamente bajos de prejuicios sociales. Ausencia de rechazo étnico específico.
- Deseo de todos los miembros de contribuir al desarrollo de la comunidad en la que viven.

En este sentido los resultados de las investigaciones convergen en una idea: La variable que parece predecir mejor el bienestar psicológico de los inmigrantes, supuesto que se den éstas condiciones de acogida, es la propia voluntad de integración de estos, el que vean como un reto y busquen compartir los valores de la sociedad de llegada manteniendo su propia herencia cultural. El máximo estrés aculturativo se produce, por el contrario, en aquellas personas o grupos que optan por la separación o son marginalizados.

### **Aspectos culturales de los procesos de migración forzada : el “choque cultural”.**

En las guerras contemporáneas la población civil es cada vez en mayor medida el blanco de las intervenciones militares. La población desplazada y refugiada es, en este sentido, uno de los mayores exponentes de la utilización política de la población . La denominada Crisis de los Grandes Lagos, con los desplazamientos de centenares de miles de personas de un país a otro en función de los intereses del momento es una muestra palpable de este hecho.

En la guerra de Bosnia-Herzegovina la política de limpieza étnica implementada por los diferentes bandos y especialmente por los gobernantes serbios y serbiobosnios provocó la migración masiva de la población huyendo de las masacres y buscando protección y seguridad. El problema de los desplazados y refugiados fue, en la guerra de la ex-Yugoslavia, uno de los factores determinantes del conflicto siendo utilizado por todos los bandos como arma de presión.

Todo refugiado que llega a una zona que no conoce, lejos de su lugar natural de referencia, con problemas de idioma, sin posibilidades laborales y económicas, debe enfrentar una situación de adaptación. A la hora de apoyar a la población refugiada y desplazada, la consideración de los aspectos culturales es esencial para el trabajador de salud mental. En este sentido hay una importante carencia de trabajos. Baste pensar que de los cerca de 30 millones de refugiados del mundo según el último informe de ACNUR<sup>72</sup>, cuatro de cada cinco están en Asia o África y no tienen ningún sistema de atención o apoyo. La mayoría de trabajos publicados, en cambio, corresponden a refugiados atendidos en centros de tratamiento o integración de los EUA o Europa, que son una muestra que no representa a la mayoría de los refugiados en el mundo.

La distinción entre refugiado y desplazado interno tiene que ver con el hecho de cruzar la frontera para poder huir, pero los efectos psicosociales y la problemática enfrentada son similares, y la distinción, introducida por ACNUR a efectos de definir su mandato, con frecuencia no tiene excesivo sentido<sup>73-74</sup>.

Los elementos clave para entender la diferencia entre un emigrante y un refugiado o un desplazado interno son:

- 1- Suele haber una historia personal de ansiedad, rumores, amenazas o situaciones traumáticas directas, que son las que han provocado el desplazamiento. Estamos ante personas que pueden ser más vulnerables a nuevos estresores.
- 2- La huida se produce con frecuencia en un contexto de persecución y de peligro.
- 3- Hay una pérdida, generalmente brusca, de todo lo que definía la vida de la persona.
- 4- Hay un desarraigo, con lo que no puede recurrirse a tácticas sociales usadas previamente para enfrentar situaciones difíciles.
- 5- Se trata de una situación involuntaria. El refugiado, a diferencia del emigrante, no va a la búsqueda de oportunidades y busca por tanto la integración cuanto antes, sino que es empujado fuera de su hogar y busca regresar a su patria en el menor tiempo posible, por lo que todo aquello que sugiera una integración será vivido con frecuencia como una traición.

### **Quien emigra y quien busca refugio : dos mundos diferentes.**

A todo lo anterior hay que añadir un dato fundamental y clave: los refugiados son personas que huyen ante una amenaza. Exceptuando casos de connotados defensores de derechos humanos que deben buscar refugio político, en los desplazamientos masivos el motor suele ser el miedo, derivado de acciones de intimidación y castigo sobre población civil o de rumores. Se trata, por tanto, de personas en situación de *vulnerabilidad*.

En el caso de los inmigrantes la situación es la opuesta. Se trata, por lo general, de personas jóvenes, entre quince y cuarenta años, que se lanzan a una peligrosa aventura que puede llevarles a la muerte por conseguir mejoras económicas. Se trata, por tanto, por lo general, de las personas psicológicamente más fuertes de las comunidades de origen, que se perciben a sí mismos como suficientemente resistentes como para lograr aquello que otros ya han logrado<sup>n</sup>. El viaje, además, es caro. En el caso del Estado Español un vuelo desde América Latina o un país del Este o el paso clandestino del Estrecho puede costar el sueldo entero de un año de un trabajador promedio. Quienes emigran, por tanto, no son, por lo general, las oleadas famélicas que el hambre impulsa desesperadamente, sino las clases medias (dentro de lo que son las clases medias de un país del Sur) que tienen la información social, el dinero y los contactos para intentar el viaje<sup>75-76</sup>. No puede considerarse al *inmigrante* como un ser frágil y vulnerable, cuya condición va a requerir *per se* de un tratamiento psicológico en centros especializados. Probablemente se ajuste más a la realidad verlos como un grupo de personas, por lo general jóvenes y resistentes, altamente motivados a lograr su propósito como sea, porque de ello depende su orgullo personal, el futuro dorado prometido, la suerte de sus familiares endeudados para que él, en nombre del grupo, lo intente, y que, en consecuencia, no puede verle volver derrotado etc. En el caso de los inmigrantes, a diferencia de los refugiados, es necesario probablemente pasar de un modelo de vulnerabilidad a uno de resistencia y de una visión asistencialista o psicologicista a esquemas de apoyo instrumental práctico y de potenciación de las fortalezas individuales y colectivas. Esto, unido al miedo a la expulsión y al estigma asociado, quizás explique porque la mayoría de centros de atención psicológica a inmigrantes tienen muchos problemas para encontrar *pacientes*.

---

<sup>n</sup> Como en toda situación en que un ser humano se enfrenta a un cambio, creer en las propias posibilidades es un factor fundamental de resistencia y de éxito. Se habla de personas resistentes (*hardiness*) como de aquellas que frente a una situación de crisis o cambio vital presentan (a) mayor compromiso con la meta (b) mayor percepción de reto personal (c) mayor percepción del cambio como oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal. En este sentido cabe pensar sobre los programas *informativos* desarrollados por ONGs en el país de origen respecto a las dificultades esperables del viaje, la dificultades de la integración por razones legales etc. Dejando obvias cuestiones éticas aparte, este tipo de iniciativas ¿Fomentan una visión más realista y por tanto mayor capacidad de resistencia, o disminuyen la confianza en uno mismo y aumentan por tanto la vulnerabilidad?. Si este tipo de mensajes por si solos no suelen frenar a personas altamente motivadas, ¿cuáles son en realidad las consecuencias?. ¿Quizás por esto suelen generar rechazo entre quienes están pendientes de *cruzar al otro lado*?

**Las pérdidas.** Probablemente el término que define y ayuda a entender la situación del refugiado es la del duelo. Mientras que el inmigrante renuncia a parte de su historia personal buscando nuevos horizontes y por tanto puede tener más factores atenuantes de las pérdidas, ser refugiado es, ante todo, asumir una sucesión constante de pérdidas bruscas no deseadas: (a) Pérdida de amor y respeto (amigos/familiares) (b) Pérdida de estatus -que puede acompañarse o no de discriminación-, (c) Pérdida de un ambiente familiar que con sus deberes y obligaciones da sentido a la vida (d) Pérdida de un proyecto vital, (e) Pérdidas materiales significativas etc.

En este contexto de múltiples y repetidas pérdidas la primera regla básica debería ser, para el trabajador de salud mental, hacer lo posible para que el refugiado además, no pierda el sentido de control sobre su vida. En la mayoría de casos los refugiados son enviados a centros de recepción organizados como campamentos cuasi-militares organizados de tal modo que casi siempre se les priva de cualquier posibilidad de tomar sus propias decisiones. Pese a que muchos funcionarios coinciden en que en lo posible habría que luchar contra esta tendencia y buscar métodos de funcionamiento de los centros de refugiados que tengan en cuenta la opinión de estos, en la práctica casi nunca se desarrollan estos planteamientos. Cuanto menos formas de organización plenamente autogestionadas.

Eisenbruch postula el concepto de *duelo cultural*<sup>77,78</sup> entendido como la experiencia de la persona o grupo que pierde completamente sus raíces (pérdida de las estructuras sociales, los valores culturales y la identidad propia). La persona -o grupo- continúa viviendo en el pasado, es visitada (en su experiencia con refugiados camboyanos en Australia) por fuerzas sobrenaturales del pasado mientras duerme, sufre sentimientos de culpa respecto a haber abandonado su cultura y su tierra de origen, le resulta doloroso comprobar que los recuerdos de su país parece que se desvanecen, le vienen imágenes del pasado durante su vida cotidiana (incluyendo, a veces, en el caso de los camboyanos, imágenes traumáticas), realiza ceremonias que significan cumplir obligaciones respecto a familiares muertos o antecesores, le atacan sentimientos de angustia, pensamientos rumiativos y rabia que le impiden funcionar en su vida cotidiana...

Se trata, para él, de un proceso de duelo en toda regla con “fases de negación, rabia, depresión y finalmente aceptación”. Eisenbruch propone distinguir entre un '*duelo cultural normal*' y otro '*duelo cultural patológico*' considerando 'normal' las alteraciones del afecto, las expresiones excesivas de rabia, conductuales -como realizar conductas de riesgo-, rumiaciones acerca de lo ocurrido, la incapacidad para creer a los demás, la pérdida de creencias previas etc... Este tipo de síntomas deben ser considerados como manifestaciones de un *duelo cultural* y no como algo patológico.

Así, por ejemplo, las alteraciones del afecto pueden explicarse por el cambio de un ideal revolucionario a un posibilismo de supervivencia, las conductas de riesgo asociado a creencias religiosas en el karma etc etc. Se trata, desde ésta óptica, de 'síntomas' útiles de que se está produciendo un proceso adaptativo. Será necesario que cada terapeuta intente profundizar en la cosmología 'normativa' de la cultura con la que trabaja y las implicaciones cara a la mejora y equilibrio de los pacientes. En función de todo esto el camino terapéutico está, en su caso, en facilitar el acceso a los sistemas terapéuticos tradicionales, a los rituales de la cultura de origen, a los sanadores tradicionales, el ofrecer un marco de comprensión cultural grupal con apoyo entre ellos, en lugar de someterles a una terapia individual de corte occidental que puede tener más o menos en cuenta los factores culturales pero que no está hecha desde la cultura. Lo importante de la idea de Eisenbruch es comprender que los inmigrantes no realizan el duelo de acuerdo a las normas de la sociedad que los acoge, sino de acuerdo a las de su sociedad de procedencia, y que no podrán hacerlo si no tienen acceso a sus propios modos de expresión, y en su caso, a sus ceremonias y recursos tradicionales.

Otra conclusión importante de todo lo dicho para el trabajador de salud mental es que las *políticas de dispersión* de refugiados e inmigrantes (al estilo de las que se realizan en Holanda, por ejemplo) son un claro error y constituyen una mala lectura del modelo de Berry. Por aislar a la persona no se mejora su integración. En lo posible debe intentar mantenerse a las personas reagrupadas, facilitar las vías de contacto, las reuniones y los intercambios, dejando que sea cada persona la que vaya marcando su propio ritmo de integración al medio de refugio. Debe darse a los

refugiados una *moratoria* suficiente para que realicen la integración a su velocidad, trabajando las técnicas de supervivencia en el medio que les acoge y facilitando los intercambios culturales. El refugiado prototipo, a diferencia, por lo general, del inmigrante, desea volver a su país de origen cuanto antes y por tanto hay que aceptar el rechazo a la integración no como atentados a la autoestima del trabajador de salud mental o del trabajador social que está dando apoyo sino como procesos lógicos, evitando con la actitud que la persona sienta que no puede expresar este tipo de sentimientos si no quiere ser rechazado.

Existen diferentes modelos propuestos de las fases por las que pasan los refugiados al llegar al lugar que les acoge. Baraudy, Páez y colaboradores<sup>79</sup>, a partir de su experiencia con refugiados latinoamericanos que llegan a Bélgica, consideran cinco fases :

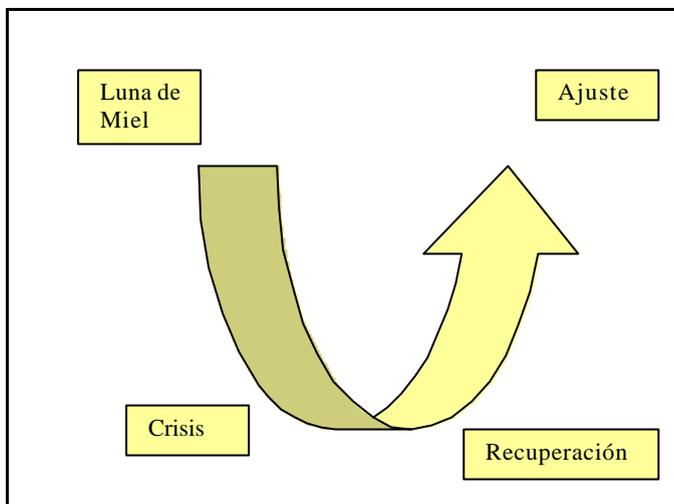
- (1) Euforia. El recién llegado ve todo maravilloso. Experimenta el alivio de dejar atrás el horror y el mundo que le acoge está lleno de sorpresas. En esta fase puede aparecer hiperactividad. Llevado por esta euforia la persona puede emprender múltiples actividades. Organiza peñas, actos de solidaridad con su país, campañas de difusión... Esta fase suele durar en su estudio alrededor de tres meses.
- (2) Realismo. La persona empieza a darse cuenta de las dificultades de la vida, los problemas económicos. El país receptor responde con indiferencia a su mensaje, el contacto con el país de origen es difícil y se empieza a añorar lo perdido.
- (3) En algunos casos empieza a aparecer rabia hacia el país receptor : se trata de personas frías, insolidarias, racistas, que miran siempre por encima del hombro. Siempre se ríen de uno por las dificultades en el idioma, porque parece que a veces no comprende las cosas, o por su situación personal. En algunos casos se puede llegar a actitudes paranoides.
- (4) Depresión. Suele aparecer como promedio, dicen estos autores, alrededor de 6 a 9 meses tras la llegada. Todo lo que se realiza parece inútil. El refugiado se percibe como una persona marginal, que no puede integrarse a la sociedad que le acoge, con dificultades para realizar ninguna tarea útil. Ha perdido lo que tenía en su país y no puede reconstruirlo en el país receptor.
- (5) Aceptación. Lentamente se va integrando. Empieza a desarrollar estrategias adaptativas : encuentra trabajo, compañía sentimental... acepta la necesidad de vivir esta etapa de transición.

Hertz<sup>80</sup> formula unas etapas muy similares. Coincide en la euforia, la rabia y la depresión (que sitúa también sobre los 10 a 12 meses de la llegada como promedio). En la cuarta fase, la de adaptación, Hertz considera que hay diferentes posibilidades : (a). Adaptación y formación de una identidad bi-cultural, que sería la situación ideal, (b). Adaptación superficial. La persona se adapta al nuevo ambiente, pero de un modo oportunista y aparente. Por ejemplo, aprende el lenguaje y aprende a manejarse en el país receptor para conseguir mejor casa, apoyo económico etc, pero evita el contacto social y rechaza fuertemente los valores de la cultura receptora. (c) Sobreadaptación. Algunos refugiados se adaptarían muy rápidamente o de modo excesivo a la cultura receptora, rechazando cualquier conducta que pudiera asociarse con su cultura de procedencia. Evitan a los compatriotas, hablan de manera despectiva de su país de origen etc. Parece -según este autor- que estos refugiados, cuando proceden de sociedades con niveles de desarrollo económico menor, darían una gran importancia a conseguir un buen nivel de vida, a comprar productos y exhibir toda la parafernalia de las sociedades occidentales. Incluso occidentalizan rápidamente su nombre.

### **De las fases a las tareas.**

No son éstos los únicos autores que desde los años cincuenta han postulado modelos de *fases* para describir la evolución temporal del proceso de *choque cultural*<sup>81</sup>. Se trata de modelos que comparten una visión similar. Con diferentes nombres y tiempos esperados, describen esquemas en U.

La realidad muestra que las cosas no son así : (a) No todos los inmigrantes y refugiados tienen por qué pasar por estas fases (muchos no experimentan euforia inicial, otros no pasan por crisis, bastantes no conseguirán el ajuste final...), (b) No se ha demostrado que haya una determinada secuencia de hechos en la que unas cosas sean el antecedente de las otras (desde esta óptica sería, por ejemplo, deseable romper la “luna de miel” y favorecer la “crisis” del inmigrante como paso previo necesario para el ajuste....).



En realidad tiene más sentido conceptualizar la adaptación desde dos ejes:

a) Viendo el proceso no desde la

**monoculturalidad** (proceso de *transición* de una cultura a la otra), sino desde la **biculturalidad** (proceso de asumir y moverse con comodidad en dos medios culturales, el propio y el adoptado). Esta distinción tiene connotaciones muy importantes.

Modelo monocultural o de transición Esquema de Fases o en “U”	Modelo bicultural o de coexistencia Esquema de “Tareas” o en pendiente.
- La adaptación pasa por la renuncia.	- La adaptación pasa por el aprendizaje.
- Intenta evitar el estigma de la diferencia para adaptarse mejor.	- Intenta defender el derecho a la diferencia y enfrentar el estigma para adaptarse mejor.
- Énfasis en el proceso de duelo.	- Énfasis en el estrés derivado del afrontamiento de una situación nueva.
- Empobrecimiento de la persona (siempre va a estar peor preparado que el autóctono)	- Enriquecimiento de la persona (dispone de recursos adicionales propios).
- Políticas de dispersión de inmigrantes.	- Políticas de fomento de la autoorganización y apoyo entre inmigrantes y refugiados.

El modelo bicultural requiere de la percepción por parte del inmigrante o refugiado de la voluntad de la sociedad receptora de permitir la biculturalidad, para, acorde con el modelo de Berry, poder optar por la integración.

b) Entendiendo el proceso como **tareas** y no como **fases**. En un modelo de tareas podrían considerarse, haciendo el equivalente de las consideradas por Worden<sup>82</sup> en el análisis de los procesos de duelo, cuatro :

Tareas	Acciones
1. Aceptar la realidad de la pérdida	- Evitar el pensamiento recurrente respecto a regresar o no. Poder reconsiderar la decisión sólo periódicamente. Concentrar las energías en la adaptación.
2. Permitirse sentirla	Ser capaz de mantener vínculos activos con la cultura de origen (miembros de la comunidad, manifestaciones culturales y políticas,

	alimentos utilizados para cocinar, ritos y tradiciones....)
3. Recuperar la funcionalidad. Habilidades de la vida diaria.	Poder aprender las nuevas habilidades necesarias para controlar y funcionar eficazmente en la cultura de acogida. Ser <i>uno más</i> como objetivo.
4. Integración. Biculturalidad.	Llegar a un punto de plena biculturalidad . moverse cómodamente en las dos culturas, poder pensar, sentir, trabajar, indistintamente con los parámetros de una u otra.

Dentro de la primera tarea es importante evitar la **duda del regreso**. Esta es la piedra angular de las dificultades en el caso de los refugiados y desplazados. Quien se ve obligado a huir de su casa vive pendiente de las noticias que le permiten replantearse si se dan las condiciones necesarias para el regreso. Esto es, no solo inevitable, sino necesario, máxime cuando uno tiene muchas probabilidades de que su casa o sus pertenencias hayan sido ocupadas por otros, saqueadas o destruidas, o cuando han quedado familiares en la zona de violencia. Es exactamente la misma situación que aparece en los procesos de duelo de los familiares de detenidos desaparecidos. No es posible la integración porque no se desea asumir la pérdida y hacerlo puede ser vivido como una traición por los otros refugiados del mismo país. Aparecen dinámicas de culpa asociadas a actitudes de integración que pueden llevar en ocasiones al activismo político o social exagerado y a no cuidarse en el plano personal. La alegría está prohibida y quienes intentan integrarse pueden ser rechazados por los demás.

Ser capaz de trabajar esta ambivalencia y resolverla a través de algún tipo de pacto emocional o simbólico es una condición imprescindible para el trabajo posterior de integración y cambio hacia la biculturalidad.

Para frontar la segunda y tercera tareas será necesario trabajar:

- a) Hábitos de vida saludables. En el caso de los refugiados, trabajar que es posible mantenerse activo y militante, pero cuidando a la vez los aspectos personales y familiares más directos. En el de los inmigrantes que es probablemente positivo mantener espacios de ocio e intercambio con personas de una y otra cultura y no aislarse con ninguna de las dos en exclusiva.
- b) Combatir la culpa del exiliado. Abrir progresivamente la tolerancia a espacios de ocio.
- c) Mantener, en la medida de lo posible, el contacto periódico con los que quedaron allá, estableciendo los vínculos de apoyo mutuo que sean posibles.
- d) Favorecer una mirada integradora, viendo el tiempo en el país de acogida no como un tiempo muerto de espera, sino como un tiempo vivo de aprendizaje, de formación, de reflexión, de actividad. Como una experiencia vital positiva de la que puede salirse fortalecido.

En el caso del inmigrante serán mucho más importantes las habilidades instrumentales para la integración : técnicas de búsqueda de alojamiento o empleo, acceso a recursos protegidos, aprendizaje del idioma, acceso a espacios de ocio no discriminatorios etc.

En este proceso es importante entender la biculturalidad no desde una *visión dimensional* (cuanto más se acerca la persona a la cultura A, tanto más se alejará de la cultura B), sino *ortogonal* (los avances en un eje no tienen por qué condicionar la posición en el otro). Si bien esto no es estrictamente cierto, y muchos años inmerso en la cultura de acogida favorecerán que la persona cada vez piense, sienta y actúe más de manera espontánea respecto a los parámetros de esta, también es cierto que ambas cosas no son, desde luego, ni proporcionales ni correlativas. De esta relación de desplazamiento es prueba la existencia del denominado *estrés aculturativo del retorno*, que se verá más adelante, pero que en todo caso siempre es de mucha menor importancia que el estrés aculturativo de llegada.

**¿Cuántos y quienes se integran?.** No existen datos epidemiológicos fiables, pero parece que podría estimarse en un setenta por ciento, según contextos, los que entrarían en el primer cuadrante del modelo de Berry<sup>o</sup>. Podemos considerar que en el proceso de integración juegan tres tipos de elementos : los dependientes del propio inmigrante, los que dependen de la sociedad de acogida y los que dependen de la interacción entre ámbos.

**Elementos dependientes del propio inmigrante.** Además de todos los elementos de duelo ya citados, entre los factores de los que depende la integración, desde la óptica de quien llega, merecen destacarse:

- La denominada *tensión o fatiga cultural* provocada por el esfuerzo que supone el que todos los procesos de la vida cotidiana (comprar, tomar el autobús, preguntar una dirección, tomar café con un grupo...) deban ser conscientes y requerir de gran concentración. Es una sobrecarga cognitiva y un estado de alerta que podría llegar a provocar reacciones de rechazo o desconexión.
- No saber a qué atenerse respecto a ciertas normas y convenciones sociales (alquiler, propinas, combinación u orden de comidas considerado razonable...) lo que puede llevar a la sensación de vergüenza y a la retracción social por *miedo al ridículo*.
- La percepción real o imaginada de *rechazo* por parte de las personas con las que se interacciona, que puede hacer estar especialmente pendiente de signos no verbales o actitudes, que en condiciones normales no serían interpretados.
- Sensación de bloqueo e *impotencia* frente a dificultades en ocasiones menores, pero frente a las que la persona no dispone de estrategias espontáneas al no estar en su medio habitual. Por ejemplo, dónde buscar trabajo informal, los trámites para el alquiler de una habitación etc.

Todos estos puntos son precisamente los que mejor cubren las formas de autoapoyo impulsadas desde los propios inmigrantes. Aquellos que ya han pasado por el proceso son quienes pueden realizar mejor el apoyo y asesoramiento de quienes llegan proveyendo : (a) un espacio de descompresión cultural e idiomática, (b) acompañamiento en las primeras interacciones sociales (por ejemplo ir a una discoteca...) y modelado de actitudes socialmente recomendables, (c) poder separar el rechazo por cuestiones étnicas de las múltiples otras razones de rechazo entre seres humanos, y poder desarrollar tolerancia a aquel en función de la aceptación de la diversidad, tanto cultural como humana, también en la cultura de acogida, (d) apoyo en la resolución, en un marco de confianza, de algunas dificultades instrumentales.

Hay datos abrumadores que demuestran que el apoyo de los compatriotas emigrantes es un factor decisivo de integración y bienestar psicológico<sup>83</sup>. Se une al hecho de poder estar con la pareja. Los estudios indican que, por lo general, los solteros se adaptan peor<sup>83</sup>. Datos, éstos, que

---

<sup>o</sup> Existen problemas metodológicos importantes para realizar estudios epidemiológicos. Berry desarrollo una Escala de Actitudes de Aculturación acorde con su modelo de las cuatro posibles salidas. Pero el instrumento deja claras las respuestas socialmente deseables. Por ejemplo, ante la pregunta “¿Prefiere usted comer sólo comida Coreana o no le importa probar comida Canadiense y Coreana?” que, según la baremación, ayuda a distinguir entre Marginalización e Integración, resulta evidente que una mayoría abrumadora contestarán canadiense Y coreana porque parece una opción mucho más sensata y razonable. Lo mismo ocurrirá respecto al uso del idioma u otros. Pero ¿significa que eso sea realmente así en la vida diaria de esa persona?. Otras medidas (Cultural Life Style de Mendoza et al. (1989) la Bicultural Involvement Scale de Szapocznik y Kurtines (1980) y otras), enfrentan problemas similares. A nivel informal pueden utilizarse cinco parámetros: (a) Tiempo, a lo largo del día, en que se usa uno u otro idioma (o pronunciación, modismos o giros típicos en caso de latinoamericanos en España), (b) Hábitos culturales *por defecto* (tipo de consumo, comidas, patrón de uso de alcohol, forma de relación entre sexos...), (c) Valoración de la identidad étnica propia (positiva, a potenciar versus neutra o negativa) (d) Valoración de la interacción étnica (considerada como positiva y gratificante o como neutra o negativa) (e) Percepción de distancia y expectativas de éxito en la tarea de integración (objetivo alcanzable o no alcanzable; a corto, medio, largo término).

refuerzan, junto a razones basadas en la carta de derechos humanos, las políticas de reunificación familiar.

Corolario de todo lo anterior sería pensar que, desde la óptica del que llega, lo recomendable es una política de *punto medio*. Una inmersión excesiva en la cultura de acogida provocará un estrés derivado de la *fatiga cultural* y podrá llevar a sentimientos *desesperanza e impotencia*. Refugiarse en exceso en miembros de la propia cultura hará la integración muy difícil<sup>p</sup>. El apoyo social, en este caso, en lugar de ser un elemento integrador positivo, sería un elemento marginalizador negativo. El *punto medio* es el contacto progresivo que permita ir experimentando éxitos y percibir la posibilidad real de integración. Dónde esté ese punto, es algo imposible de determinar a priori y dependerá de múltiples condicionantes económicos, socio-históricos y culturales de ese proceso de interacción en concreto.

En este proceso el elemento generacional es muy relevante. Múltiples estudios realizados en USA, Australia, Israel o Canadá, y en nuestro medio con inmigrantes en Catalunya o Euskadi muestran la brecha que suele producirse entre la primera y segunda generación de inmigrantes. En esta última la pérdida de valores y referentes es mucho más rápida, disminuyendo ya, en cambio, de esta generación en adelante. Esto conlleva, como aspectos negativos, fenómenos de confrontación familiar que deberían ser estudiados desde los programas de integración, buscando soluciones acorde con las demandas y expectativas de cada generación. Como aspecto positivo, la potencialidad de los adolescentes y jóvenes de segunda generación como trabajadores preferenciales en programas de acogida de inmigrantes, desde su posición privilegiada de biculturalismo activo.

***Elementos dependientes de la sociedad de acogida.*** Desde la óptica de la sociedad de acogida resulta fundamental la situación social y económica del país. Así, por ejemplo, diversos estudios han mostrado la asociación entre tasa de paro y rechazo a la inmigración<sup>84</sup>. Las actitudes de mayor rechazo a la inmigración pueden encontrarse entre aquellos colectivos que sentirían que quienes llegan están entrando como competidores en su mercado laboral, y las de tolerancia entre las clases medias poco afectadas o incluso beneficiadas por su llegada. La prostitución, el servicio doméstico o los obreros no cualificados de la industria o la construcción son ámbitos laborales en los que el rechazo a los/las inmigrantes es potencialmente más intenso. Dispuesto a lograr trabajo a cualquier precio provocan una depauperización de las condiciones laborales de los sectores ya de por sí más depauperados laboralmente. Por ello, una de las tareas básicas para la integración de inmigrantes es la lucha legislativa y sindical a todos los niveles tendente a que quienes llegan obtengan, como mínimo, las condiciones laborales que tienen los trabajadores autóctonos, en lugar de provocar una caída de las mismas en función de la ley de la oferta y la demanda. Esta debía ser, sin duda, una de las tareas fundamentales y prioritarias de las políticas sociales de integración.

En la misma línea estarán las políticas de formación e inserción laboral que permitan que obreros cualificados o profesionales de nivel medio no se vean obligados a trabajar en categorías laborales muy por debajo de las de sus países de origen<sup>q</sup>. La adaptación laboral de los inmigrantes y exiliados será otro elemento clave al que dedicar esfuerzos.

Silove<sup>85</sup> y otros en un amplio estudio longitudinal con refugiados que buscan asilo político en Australia analiza qué factores son lo que predicen la existencia posterior de menor psicopatología. Observan que las condiciones de acogida en el país resultan mucho más importantes, incluso, que las experiencias traumáticas experimentadas en el país de origen (incluyendo la prisión y la tortura). Los autores, en un trabajo que motivó posteriormente

---

<sup>p</sup> Es importante tener en cuenta que la integración sólo es posible a través del contacto. De acuerdo a la definición de cultura que dábamos en el primer capítulo en la mayoría de casos se trata de conductas y valores implícitos, no declarados ni escritos y muy difíciles de transmitir verbalmente. Las reglas reales se aprenden viviendolas.

<sup>q</sup> En un estudio del COLAT<sup>79</sup> (1991) sobre la integración de refugiados políticos chilenos en Francia se observó que al cabo de tres años sólo alrededor de la tercera parte había logrado una cierta estabilidad en sus ingresos económicos y que apenas un 13% tenían un trabajo de una categoría similar al que tenían en Chile antes de partir.

editoriales de varias revistas médicas de primer nivel internacional, ponen el énfasis en las cada vez mayores barreras que ponen los gobiernos a reconocer el estatuto de asilo y refugio y las condiciones inhóspitas que se crean para "facilitar" el retorno cuanto antes. Defienden que la clase médica debe oponerse a estas situaciones recordando, como su estudio indica, que gran parte de la psicopatología postraumática es derivada de lo que denominan la retraumatización post-crisis más aún que de la crisis en sí.

**Elementos derivados de la interacción.** Hay estudios que muestran<sup>86</sup> que muestran más interés en conservar su herencia cultural aquellos grupos étnicos que resultan menos "visibles". Así, por ejemplo, en Canadá los inmigrantes europeos y judíos son "no visibles" versus los hindúes, sudamericanos, vietnamitas o africanos, que son colectivos "visibles". Se trataría de conductas de sobreadaptación ante la expectativa de experiencias de prejuicio y discriminación hacia ellos. Desde estos datos, las políticas de integración deberían priorizar la atención a los grupos más "visibles", cuando en ocasiones, por razones de idioma o de tradición cultural compartida, se tiende quizás a focalizar el apoyo en inmigrantes procedentes de zonas más próximas.

En este sentido es importante enfatizar<sup>86</sup> que en el proceso de integración hacia la biculturalidad las conductas cambian mucho más rápidamente que los valores, especialmente en el área privada. Conviene, por tanto, no subestimar las situaciones de *pseudointegración*, en la que personas aparentemente integradas en la esfera pública (venta ambulante siendo en ocasiones conocida ya en el barrio, presencia en bares...) no corresponden a la integración en la esfera privada (alojamiento en ghettos, en condiciones de hacinamiento con otras personas procedentes de la misma comunidad, con normas de endogrupo rígidas o existencia, en algunos colectivos, de mafias que funcionan estrictamente según las reglas del país de origen o según las reglas propias de todo sistema coactivo y que son las que condicionan la vida real de la persona.

### **Puntos de desencuentro cultural en el trabajo con refugiados.**

Existen una serie de temas comunes que se suelen producir y frente a los que conviene estar alerta:

- a) *Ser capaz de reconocer los propios sesgos y creencias culturales*, a la hora de intentar entender las actitudes de las personas refugiadas, especialmente cuando aparecen conductas consideradas excesivamente sumisas o dependientes.
- b) *Incapacidad para percibir el conjunto de la experiencia personal del refugiado*. El trabajo diario con personas refugiadas puede hacer que se vea a estas en el aquí y ahora sin tener en cuenta las historias personales y que el refugio es el estadio final de un largo proceso que, en buena medida, determina las reacciones y actitudes que ahora vemos.
- c) *Dificultad para establecer una relación de confianza*. Una de las primeras cosas que aprende un refugiado es a no hablar. Entre las múltiples razones para ello hay (1) el miedo acumulado por todas las situaciones vividas (2) la mentira es el estado sociológico normal en tiempos de guerra, practicado por todos los bandos (3) cualquier información personal puede ser usada para repatriarle, (4) los datos que pudiera dar podrían poner en peligro a los familiares o amigos que quedaron en el país, (5) es imposible saber si aquel que tenemos delante es realmente quien dice ser etc. A ello hay que añadir que, en ocasiones han sido múltiples veces interrogados respecto a su historia personal para un trámite de rutina y ya no desean volver a repetir una vez más el mismo recuento ante otro desconocido más<sup>87</sup>.

Esta actitud de silencio o desconfianza genera con frecuencia un rechazo por parte de la persona que pretende establecer una relación de ayuda y que interpreta en la esfera personal lo que esencialmente tiene que ver con las circunstancias del otro. Al cabo de un tiempo las dificultades para escuchar de manera mantenida historias traumáticas, unido a las dificultades para conseguir establecer relaciones empáticas y a esa percepción de desconfianza cuando no la detección de engaños u omisiones, puede llevar a una agresividad latente y a un trato distante y formal del ayudador, una relación a la defensiva para evitar ser "utilizado" o "engañado".

A todo esto habrá que añadir las dificultades derivadas de los diferentes estilos de comunicación verbal o no verbal, los modos de expresar las emociones –de modo más somático o más verbal– y las dificultades en la relación empática propias de tener que trabajar con traductores.

### ***La comunicación inter-personal : elementos relevantes en el diálogo, la entrevista y la negociación.***

Los estudios transculturales muestran que existen una serie de puntos típicos de desencuentro en la comunicación interpersonal entre miembros de culturas diferentes. Es importante tener presentes los siguientes aspectos:

- a) **Conversación íntima** (*Self-Disclosure*). Existen hallazgos consistentes que apuntan a una tendencia mayor a efectuar revelaciones íntimas o personales en culturas individualistas. La lógica vendría dada porque en éstas es necesario saber quien tenemos delante para poder decidir si deseamos establecer una relación personal más intensa. Desde una perspectiva colectivista es más relevante saber la filiación, las normas de relación etc. Las conversaciones íntimas se producirán preferentemente dentro del endogrupo.

Esto motiva situaciones de incompreensión, como el comentario, repetidamente escuchado de que se trata de personas “impermeables”, que no van “de frente”, se “reservan” o es “imposible saber qué piensan”, al sentir personas de matriz euroamericana que el nivel de sus revelaciones íntimas no se ve correspondido por un nivel similar de revelaciones de su interlocutor.

- b) **¿Qué es una situación embarazosa?**. En un caso la consigna es preservar el *yo* (mostrando aspectos positivos de uno mismo y ocultando los negativos) y el otro el *nosotros* (restringiendo las expresiones emocionales, buscando preservar la armonía y sortear el peligro de crear un clima negativo). Para unos puede ser embarazoso hacer un comentario inadecuado o fuera de lugar, para otros interrumpir levantando mucho la voz, para apoyar las ideas dichas con nuevos argumentos.
- c) **El valor del silencio**. Existen hallazgos consistentes en culturas asiáticas, no replicados en otras culturas colectivistas, que indican que el silencio es visto como una forma de controlar una conversación, es bien tolerado y usado conscientemente en procesos de negociación. En EUA la *sensación de control* se deriva, en cambio, de hablar más y *dirigir* la conversación.
- d) **El concepto de verdad**. Desde una perspectiva individualista las cosas o son verdad o son mentira. Pero en culturas colectivistas las cosas tienen, con frecuencia, un contexto. En este sentido hay una alta tolerancia e incluso deseabilidad al uso de *mentiras piadosas* en aras del bienestar del grupo. Recuérdese, además, lo que decíamos en el capítulo cuatro: la exageración parece ser normativa en el mundo árabe. No hacerlo significa correr el riesgo de no ser creído<sup>r</sup>
- e) **Sonreír**. Existen escasos estudios, aunque en comparaciones entre USA y países asiáticos se observa que mientras allí es considerada signo de simpatía y deseo de agradar, en China y Japón puede tener connotaciones de estupidez y falta de autocontrol.

---

<sup>r</sup> Algunos analistas consideran, como señalan Smith y Harris-Bond<sup>23</sup>, que esta diferencia podría haber sido un factor a tener en cuenta en la guerra del Golfo. Las amenazas USA efectuadas en velado lenguaje diplomático no fueron tomadas en serio por la cúpula de la política exterior iraquí que pensaron que aún tenían mucho margen de maniobra. Análogamente con las exageraciones iraquíes respecto a su armamento real o a la dialéctica de consumo interno usada en el conflicto, incomprensible para la prensa euroamericana que hizo de ella bandera de burla (la denominación usada por el régimen del conflicto como “la madre de todas las guerras” etc etc)

- f) **Mirar a los ojos.** Mientras en culturas euroamericanas en un signo de confianza y sinceridad y esquivar la mirada puede ser entendido como deseo de ocultación o desinterés, en culturas indígenas de América Latina y en Asia puede ser visto como una actitud de desafío y reto y una falta de respeto. En este sentido, esquivar la mirada es una deferencia y una muestra positiva hacia el otro.
- g) **Olor corporal.** Existen escasos estudios. Parece que las personas de Japón puntúan los olores corporales como más desagradables que muestras europeas, y éstas más a su vez que muestras árabes. De hecho en países árabes se observa la tendencia a respirar cerca del otro. Expelir el aliento sobre otra persona se entiende un signo de cercanía y no es visto como una incorrección.
- h) **Sentido del tiempo.** En culturas colectivistas donde la vinculación al grupo es mucho más intensa y con frecuencia de carácter transgeneracional habrá una concepción del *tiempo corto* (que abarca una o más décadas) y otra del *tiempo largo* (que tendrá que ver con una perspectiva histórica basada con frecuencia en la transmisión por tradición oral de elementos vertebradores).

Además, en culturas individualistas se habla de un *tiempo monocrónico* (el tiempo es visto como un recurso escaso que debe ser racionado y controlado a través de citas y agendas. El tiempo vacío es vivido mal y se requiere de actividades para “matar” el tiempo). En culturas colectivistas se habla de un *tiempo policrónico* (el tiempo como un recurso flexible para poder cumplir con las obligaciones necesarias de reciprocidad social)<sup>s</sup>.

- i) **Sentido del humor.** Las cosas que provocan risa en todas las culturas parece que son aquellas que surgen de elementos cognitivos incongruentes. Dado que aquello que es considerado “incongruente” depende de códigos culturales particulares, habrá importantes variaciones en qué y cuando determinadas cosas provocan hilaridad, especialmente cuando se trata de juegos de palabras o dobles sentidos basados en el lenguaje.

El sentido del humor parece depender, además, de la tolerancia a ideas o situaciones absurdas. Las culturas que enfatizan el razonamiento lógico y la conducta ordenada y racional y la autocontención tienen más dificultades para encontrar divertidas las ideas absurdas.

### ***El trabajo con traductores***

Aunque el *trabajador bicultural* debería ser, como veíamos, el referente profesional en los casos en que terapeuta y paciente tienen idiomas diferentes, en muchas ocasiones, generalmente por razones de tiempo, será necesario trabajar con *traductores*.

Trabajar con traductores especialmente cuando ellos mismos son inmigrantes o refugiados políticos puede tener inconvenientes. Es necesario asegurarse que, más allá de la aparente similitud por el idioma, su etnia o zona de procedencia no inspiren en realidad desconfianza o recelo en algunas personas. Hay que desconfiar cuando la traducción es mucho más extensa o mucho más breve que el original por razones que se nos escapan. En el primer caso puede ser que el traductor esté introduciendo elementos de su propia cosecha, interpretando las palabras del paciente e intentando clarificar al terapeuta, o añadiendo elementos de su propia experiencia personal. En el segundo puede tratarse de elementos de censura o de contenidos no transmitidos porque son

---

<sup>s</sup> Un curiosa serie de estudios Levine [*A Geography of Time*. New York. Basic Books. 1997] estudia lo que denomina el ritmo de vida (*Pace of Life*) en 31 países. Observa una correlación muy estrecha entre la velocidad con la que camina la gente por la calle, la puntualidad de los relojes en lugares públicos y el tiempo que tarda un funcionario en despachar una carta. Concluye que es posible encontrar una tendencia culturalmente transmitida.

excesivamente dolorosos para el propio traductor por recordarle experiencias propias o porque significan versiones de la historia o los hechos con los que el traductor no está de acuerdo.

Por eso es muy importante darse un tiempo para conocer a fondo al traductor, su procedencia, sus experiencias en el proceso de migración e integración, sus vivencias como posible víctima de situaciones de violencia etc, y conversar con él la necesidad de que esto no influya en su trabajo.

Como posibles soluciones, en el desarrollo práctico de la traducción generalmente se recomienda :

- Que el traductor hable en primera persona *como si fuera* el otro (no decir 'él dice que cuando estaba en la casa...' sino 'yo estaba en la casa cuando...').
- Que el traductor sienta empatía hacia el paciente, pero sin que ello le lleve a intervenir en el tratamiento. Es aconsejable que se conozcan, que tomen un café y que hablen entre ellos unos minutos antes de la entrevista.
- Que el traductor tenga una formación básica (por ejemplo situaciones del país, tipos de leyes, modos de tortura si la hay, contexto político, posibles síntomas/respuestas que pueden aparecer...).
- Explicar al traductor las bases de la terapia : no ser directivo, preguntas abiertas, no inducir las respuestas al formular la pregunta, confidencialidad de toda la información, que el silencio terapéutico tiene un significado y no debe cortarse por impaciencia etc.
- Formular preguntas cortas y concisas. Evitar las largas explicaciones introductorias a la pregunta.
- Evitar si es posible que los familiares actúen de traductores, para que la discusión no siga luego en casa o para que no interfieran elementos de censura o potenciación que no controlamos.

En realidad la frontera entre el traductor y el trabajador bicultural, si los equipos no son muy rígidos, suele acabar diluyéndose. En Bosnia-Herzegovina el equipo de Médicos del Mundo refería que al cabo de algunas semanas de trabajo las traductoras sabían tan bien la sucesión de preguntas que los psiquiatras solían hacer y lo que estaban buscando, que ellas mismas interrogaban profundizando en las respuestas y hacían diagnósticos con una notable precisión.

### ***Elementos culturales en las organizaciones.***

1. **Distancia al Poder.** Se habla de culturas con una baja distancia al poder<sup>88</sup> como de aquellas en las que se da poca importancia a las jerarquías. Las investigaciones muestran que las culturas latinas tienen, por lo general, una alta distancia al poder<sup>88</sup>. Mientras que en aquellas se espera un funcionamiento participativo, en estas se espera que quienes lo detentan decidan cómo se deben hacer las cosas. Hacer lo contrario podría ser visto como eludir su responsabilidad.
2. **Concepto de tiempo.** La cultura (no sólo ella) ayuda a determinar los aspectos referidos al manejo del tiempo : Si hay que ser exacto y puntual en las citas o si lo esperable es llegar diez minutos tarde, si dos meses para hacer una tarea es poco o mucho tiempo. Por ejemplo en Japón una reunión planificada a las diez supone que se permite a cada cual ir a su lugar de trabajo, despachar los asuntos urgentes que pudiera haber y luego ir a la reunión. En otros contextos podrá significar que se llega más tarde a trabajar o que hay tiempo para un café antes de la reunión<sup>23</sup>.
3. **Aspecto personal / vestido.** Así, por ejemplo, mientras para un miembro de un equipo europeo un uniforme de trabajo puede resultar molesto y visto como signo negativo de gregarismo, suministrar un traje o un uniforme de trabajo en un país colectivista puede ser un incentivo y una señal de prestigio y de cohesión de grupo. En un contexto asiático puede ser importante para una mujer aparentar con su modo de vestir mayor edad de la que tiene porque es inusual que las mujeres lideren equipos de trabajo.
4. **Refuerzo individual o colectivo.** En algunas culturas la tendencia es a que los éxitos del equipo supongan estímulos y recompensas colectivas. En otros se destaca a personas

individuales por encima del equipo. Hacer reconocimientos públicos de la labor de una persona requiere cautela y suele ser necesario observar si puede provocar problemas.

5. **Utilización del lenguaje**. Cuando no se controla el idioma y se precisa traducción constante es importante aprender a interpretar la entonación vocal, los gestos, las emociones, el rol del contacto físico y el uso de los silencios para más allá de las palabras, hacerse una idea propia de cómo se siente / reacciona la persona que tenemos delante.
6. **Canales de comunicación**. Hasta no estar seguros de cómo funcionan las cosas en cada cultura es probablemente mejor que los mensajes de trabajo circulen siempre por escrito y evitar abusar del sentido del humor.
7. **Tiempo público / tiempo privado**. Hay países (p.e. Japón o ciertas zonas de Europa) en los que será usual y nadie cuestionará quedarse trabajando el fin de semana si la urgencia lo requiere. En otros la distinción entre tiempo privado y tiempo público es muy estricta y debe irse con cuidado de no invadirla.
8. **Tiempo de comer**. En las sociedades colectivistas lo usual es compartir el tiempo de comida y crear un espacio común. No integrarse puede ser visto como una señal de rechazo o de distancia.

Hay múltiples otros aspectos de una cultura que quizás merezcan valorarse en el trabajo de organizaciones y equipos de trabajo multiculturales: el papel de la religión y las costumbres asociadas que deben respetarse (especialmente en un país musulmán o hindú), el uso de regalos, la información familiar/personal que se comparte, el barrio de la ciudad que se escoge para vivir, hacerlo en un hotel o alquilar un apartamento, utilizar transporte público o alquilar un automóvil, el tipo de auto que se escoge... Elementos en los que no sólo importa la pragmática o el confort sino la integración y el espíritu de equipo con los compañeros.

### ***Reentrada y choque cultural reverso.***

Una última experiencia, no siempre esperada, es el del desencuentro en la vuelta a la cultura de origen. Ya Marco Polo describía cómo se sentía extraño en su tierra al regresar de sus viajes, y debía al poco tiempo emprender de nuevo camino, y ésta es la experiencia de muchas de las personas que han pasado largas temporadas fuera de su medio habitual. Los grupos de derechos humanos han estudiado las consecuencias del exilio y las dificultades del retorno<sup>89-90-91</sup>, las empresas con trabajadores en diferentes países, las universidades con programas de intercambio internacional o las ONGs por las dificultades de la integración tras el retorno<sup>92</sup>.

### **¿Por qué ocurre el estrés re-culturalivo?.**

Repasando la experiencia de las personas a las que les ocurre esto pueden considerarse cinco bloques de explicaciones<sup>92</sup>:

1. **Cambios en el propio autoconcepto**. Se cuestionan los vínculos con ciertas características de la propia cultura de origen que ahora pueden ser vistas con más distancia. Es posible que se valoren nuevas formas de moverse, de expresarse, que se aprecien otros conceptos y valores culturales. La persona puede sentir la presión para que sus conductas se conformen a los valores culturales de su sociedad de origen. Esto puede provocar muchas veces una reacción de afirmación por parte de la persona y de defensa de sus nuevas opciones, lo que aún causaría más problemas con el entorno. Todo ello puede generar un sentimiento de soledad y de extrañamiento en la propia tierra de origen<sup>t</sup>.

---

<sup>t</sup> Sentimientos de este estilo eran por ejemplo, los expresados por jóvenes saharauis que habían permanecido en el Estado Español para estudiar o ser atendidos médicamente, al volver a los campos en

2. **Expectativas frustradas del que llega.** Aunque hay mucha gente que espera tener un cierto choque al llegar a un país nuevo, hay muy poca gente que espere tener un proceso similar al regresar. Algunas veces, especialmente en el caso de los exiliados políticos, la persona tiene una visión idealizada del propio país. Esto es especialmente así en aquellas personas que recurrían con frecuencia a pensar en el momento del retorno como un modo de superar el estrés de la integración. Especialmente problemáticas pueden ser las expectativas respecto a las relaciones personales o afectivas que, en la distancia, tienen formas de expresión y vínculo distintas y en ocasiones no reproducibles.

3. **Expectativas frustradas de los demás.** Puede ocurrir también que la familia, los amigos o los compañeros de trabajo tengan sus propias expectativas de lo que el que llega querrá hablar, ver, hacer o comer etc. A veces estas expectativas tampoco son realistas. Puede interpretarse el deseo de estar sólo o comentarios irónicos respecto a las costumbres locales como rechazo o prepotencia.

4. **Sentimiento de pérdida.** Al retorno suele describirse una sensación de "pérdida" irreversible de algo. Tener que decir adiós a amigos que quizás no se van a volver a ver, dejar quizás una casa o un paisaje<sup>u</sup>, unos compañeros de trabajo, un proyecto de vida que fue pleno.... Todo ello tiene que conllevar también un proceso de duelo. A esto se pueden añadir otros duebs : quizás la persona disfrutaba de un estatus, de las relaciones sociales estrechas que se suelen dar entre la comunidad extranjera en un país, disponibilidad de dinero o de bienes culturales proporcionalmente superiores etc. Volver a la ciudad de origen puede ser volver a otro estilo de relaciones más urbano, más distante, o a las rutinas de lo conocido.

5. **Cambio de valores y elecciones.** El principal reto para la persona que regresa será, por lo general, cómo conseguir *reconocer* los cambios en sus valores y actitudes y *decidir* cuales se desea conservar y cuales es mejor abandonar en aras de una armonía al regreso. Es muy importante que la persona sea capaz de reconocer esos cambios, redefinirse y elegir.

Como ha reflejado Mario Benedetti en sus obras<sup>93</sup>, las relaciones familiares suelen reforzarse con la separación y resentirse con el retorno, y las relaciones de pareja cuando la experiencia no ha sido compartida por ámbos, pueden entrar en crisis.

Las tablas siguientes pueden ser guías para la intervención en este sentido.

---

la R.A.S., o exiliados del Cono Sur al regreso después de muchos años en Europa. De hecho, la mayoría de los que estaban en Francia o Alemania, tras algunos viajes y contactos y contra lo que habían dicho durante años, optaron mayoritariamente por seguir viviendo en Europa, especialmente si tenían ya hijos adolescentes o jóvenes.

<sup>u</sup> En el paisaje actual de Catalunya se conocen las casas de los *indianos*, que regresaron con los años de América, por su arquitectura, que imita la de allá, y por una palmera en el centro del patio de la casa, inusual en las casas autóctonas. Las *havaneras*, como expresión musical o la introducción y producción local de ron, son otras formas de expresión del mismo sentimiento de añoranza.

**Preguntas para ayudar a la reflexión antes del regreso de una estancia prolongada.**

- \* ¿Con quien, de tu familia o amigos, deseas contactar de entrada y a quien prefieres dejar para más adelante?
- \* ¿Con quien crees que habrá que redefinir la relación o que las cosas van a cambiar mucho y es mejor pensar y preparar el reencuentro?
- \* ¿Qué cosas tienes ganas de compartir con tu familia y cuales crees que es mejor no hacerlo?. ¿Qué cosas de tus nuevos valores pueden generar tensiones o malentendidos?
- \* ¿Por qué motivos viajaste tú?. ¿Por cuales tu pareja o tus hijos?. ¿Cómo crees que eso va a repercutir una vez de vuelta en casa?
- \* ¿Qué vínculos deseas seguir teniendo con la organización? ¿Vas a plantearlo abiertamente?
- \* ¿Qué te planteas respecto a trabajo y empleo?
- \* ¿Qué vas a echar a faltar del lugar que dejas?

## **Las dificultades del retorno. Medidas de apoyo.**

### **1. Desde la institución.**

\* Dar información de antemano dentro de la documentación de viaje, de los procesos de formación o de la documentación para el regreso.

\* Recibir al que llega reservando un espacio para que cuente su experiencia, entregue informes. Expresarle el reconocimiento al trabajo y al esfuerzo y que sienta que la institución valora su experiencia y su esfuerzo

\* Procurar que las personas se integren a otras que han regresado del mismo país y formen algún grupo de trabajo o tengan un espacio reconocido para seguir dedicando tiempo y no sentir un corte brusco.

### **2. Desde la propia persona.**

#### **a) Antes del retorno.**

1. Prepara a aquellos que te esperan. Escribe explicando aquellas cosas que te preocupan, lo que esperas o no esperas al regresar. Escribe sobre los cambios que se han producido en ti, las experiencias que te parezcan más relevantes, lo que más echas a faltar de tu país y más ganas tienes de reencontrar. Permite que los demás te "preparen" el retorno. Permite que los demás expresen sus expectativas con tu vuelta.

2. Prepárate a ti mismo. Igual que harías al viajar a un país nuevo, pregunta a amigos por las novedades, compra la prensa, cambios en el trabajo...

#### **b) Una vez en casa.**

1. Dar tiempo al tiempo. Después de una ausencia de años puede estar bien por ejemplo, dejarse uno o dos meses antes de lanzarse a buscar trabajo, para poder decidir qué tipo de trabajo, con quien o cómo queremos vivir a la vuelta.

2. Durante las dos primeras semanas es esperable estar cansado, irritable, de mal humor, con sensación de vacío etc. Por la alteración de ritmos biológicos de vigilia / sueño y ciclos de actividad.

3. Puede ser útil dosificar poco a poco el "reencuentro" con la gente, para evitar la sobresaturación en pocos días. Es decir, reintegrarse en dos fases : uno al país, la comida, la realidad sociopolítica etc y la otra, más dosificada, a los amigos y la gente. Decidir a quien se va a llamar y en qué orden. La familia o los amigos pueden servir de filtro.

4. Busca a personas con las que hablar. Suele ser útil personas de la propia organización con experiencia de largas estancias fuera y que puedan entender los sentimientos y las contradicciones.

5. Intenta mantener el contacto o, en su caso, el compromiso moral con el país o la gente dónde estuviste.

6. Repítete a ti mismo que ésta es una experiencia de interacción cultural, que tan real es un mundo como el otro. Intenta observar tu propia cultura con ojos de antropólogo y sentirte un privilegiado por tener esa doble visión en lugar de un solitario por no estar plenamente integrado en ninguna.

7. Piensa que tienes que decidir cosas : qué valores de los nuevos con los que has entrado en contacto quieres mantener, si vas a adoptar o no una posición beligerante y con quien etc.

### **3. La familia y los amigos.**

1. Intentar escuchar sin juzgar. No entender los desencuentros de un modo personal o como un ataque. Estimularle a que hable.

2. Protegerle, si lo pide, de demasiada gente alrededor, o proponerle actividades si se aísla demasiado, pero respetando su deseo de estar solo si así lo expresa.

3 Aceptar sus cambios en gustos, preferencias, actividades etc.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- <sup>1</sup> Matsumoto D. *Culture and Psychology*. Brooks / Cole. New York. 1996.
- <sup>2</sup> Instituto de Derechos Humanos. Universidad de Deusto. *La antropología en la ayuda humanitaria*. Serie Ayuda Humanitaria. Textos Básicos #8. Bilbao. 2000.
- <sup>3</sup> Voutira E, Benoist J, Piquard B. *La antropología en la ayuda humanitaria*. Universidad de Deusto. Bilbao. 2000. pg 58-60).
- <sup>4</sup> Universidad Nacional Autónoma de México. *Visión de los vencidos. Relaciones indígenas de la conquista*. México. 2000.
- <sup>5</sup> Reynoso C. *Corrientes en antropología contemporánea*. Editorial Biblos. Buenos Aires. 1998.
- <sup>6</sup> Sánchez O. Juan. *Procesos cognitivos en psicología transcultural*. *Rev. Psicol. Gral Aplicada* (1984) 39:2, 263-280.
- <sup>7</sup> Bijnen EJ, Van der Net TZJ, Poortinga YH. *On cross-cultural comparative studies with the Eysenck Personality Questionnaire*. *J. Cross Cultural Psychology* (1986), 17, 3-16.
- <sup>8</sup> McCrae RR, and Costa PT. *Personality trait structure as a human universal*. *American Psychologist* (1997) 52, 509-16.
- <sup>9</sup> Kitayama S, Markus HR, Matsumoto H. *Culture, self and emotion: a cultural perspective on "self-conscious" emotions*. En J.P. Tangney y K. Fisher (ed) *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. Guilford Press. New York. 1995. pp 439ss
- <sup>10</sup> Kagitçibasi Ç. Berry J.W. *Cross-cultural psychology : current research and trends*. *Ann. Review Psychology* (1989) 40:493-531.
- <sup>11</sup> Triandis HC, McCusker C. et al. *An etic-emic analysis of individualism and collectivism*. *J. Cross-Cultural Psychology* (1993) 24:3 366-383.
- <sup>12</sup> Kagitçibasi C. *A critical appraisal of individualism-collectivism: toward a new formulation*. En Kim U, Triandis C, Kagitçibasi C et al (eds) *Individualism and collectivism: theory, methods and applications*. Sage. 1994.
- <sup>13</sup> Morales JF, Gaviria E, Molero F, Arias A, Paez D. *Individualism: one or many?*. *Psicothema* (2000) 12:34-44.
- <sup>14</sup> Pérez-Sales P, Lucena R. *Duelo : una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor*. *Psiquiatría Pública* (2000) 12:3 259-271.
- <sup>15</sup> Bowlby J. *El duelo en otras culturas*. En Bowlby J. *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Ed . Paidós. 1993 pg 140
- <sup>16</sup> Sheper-Hughes N. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Ed Ariel. Barcelona. 1997.
- <sup>17</sup> Op. Cit pg 15.
- <sup>18</sup> Op. Cit. Pg 384.
- <sup>19</sup> Op. Cit pg 388.
- <sup>20</sup> Bowlby. J. *Attachment*. Nueva York. Basic Books (1969). *Separation: Anxiwety and Anger*. Nueva York. Basic Books (1973), *Loss: Sadness and Depression*. Nueva York, Basic Books (1980).
- <sup>21</sup> Lewis O. *Antropología de la pobreza*. Fondo de Cultura Económica. México. 1968.
- <sup>22</sup> Eisenbruch M. *Cross-cultural aspects of bereavement II: Ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices*. *Culture, Medicine and Psychiatry* (1984) 8:315-347.
- <sup>23</sup> Smith P.B., Harris -Bond M. *Social Psychology Across Cultures*. 2<sup>nd</sup> Ed. Prentice Hall Europe. 1998.
- <sup>24</sup> Harris M. *Antropología cultural*. Alianza Editorial. Madrid 1990. (original inglés de 1983).
- <sup>25</sup> Geertz C., Clifford J. y otros. *El surgimiento de la antropología posmoderna*. *Antropología y etnografía*. Editorial Gedisa Mexicana 1991.
- <sup>26</sup> Taussig M. *The Devil and Commodity Fetishism in South America*. University of North Carolina Press. 1980.
- <sup>27</sup> Wig NN. *Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. Aspectos transculturales*. *Confrontaciones psiquiátricas* (1984) 20 : 12-45
- <sup>28</sup> Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective*. American Psychiatric Press. 1996
- <sup>29</sup> Leff J. *Psychiatry around the globe. A transcultural View*. Gaskell. Londres. 1988
- <sup>30</sup> Bulbena A, Berrios G, Fernández P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Masson. Barcelona. 2000.
- <sup>31</sup> Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley. University California Press.
- <sup>32</sup> Thakker J, Ward T, Strongman KT. *Mental disorder and cross-cultural psychology: a constructivist perspective*. *Clinical Psychology Review* (1999) 19:7. 843-74.

- <sup>33</sup> Simmons R.C. & Hughes Ch. C. *The Culture-Bound Syndromes. Folk illnesses of Psychiatric and Anthropological interest.* D. Reidel Publishing Company. Dordrecht. 1985.
- <sup>34</sup> Rubel A.J., O'Neill C.W., Collado R. *Susto: una enfermedad popular.* Fondo de Cultura Económica. México. 1984.
- <sup>35</sup> Marsella AJ, De Vos G, Hsu FLK. *Culture and self: Asian and Western perspectives.* Tavistock. Londres. 1985.
- <sup>36</sup> Kleinman A, Good B. *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder.* 1985. Berkeley Univ. of California Press.
- <sup>37</sup> Pérez Sales P, Bacic R, Durán T. *Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: una perspectiva étnica.* Ed. Lom Santiago de Chile. 1999.
- <sup>38</sup> Editorial. *Se suicidarían ante abusos.* El Caribe. Santo Domingo. 9/03/1996
- <sup>39</sup> Da Costa Pereira, M.A. *Una rebelión cultural silenciosa. Suicidios entre los Guaraní: Ñhandeva y Kaiwá do Mato Grosso del Sul.* Actas I Congreso Internacional "Salud Psicosocial, cultura y democracia en América Latina". ATYHA-IPD. Asunción. Paraguay. 1986. Vol 3 pp 31-55.
- <sup>40</sup> Kleinman A. *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience.* Free Press. 1988. pg 108-141.
- <sup>41</sup> Fernández-Dols JM, Iglesias J, Mallo MJ. *Comportamiento no verbal y emoción.* En Palafox S, Vila J. *Motivación y Emoción.* Alhambra Universidad. 1990. pg 255-309.
- <sup>42</sup> Dow J. *Universal aspects of symbolic healing : a theoretical synthesis.* *American Anthropologists* (1986) 88: 56-69
- <sup>43</sup> Levi-Strauss C. *Antropología estructural.* EUDEBA. Buenos Aires. 1968 (original de 1958). [Capítulos IX : El Hechicero y su magia y X. La eficacia simbólica].
- <sup>44</sup> Katz R, Wexler A. *Healing and transformations : lessons from indigenous people (Botswana).* En Peltzer K, Ebigbo P.O. (eds) *Clinical psychology in Africa.* IKO Verlag. Frankfurt. 1989
- <sup>45</sup> Prochaska JO. *Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis.* Homewood. Illinois. The Dorsey Press. 1984
- <sup>46</sup> Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach : crossing the traditional boundaries of therapy.* Homewood. Illinois. 1998.
- <sup>47</sup> Eliade M. *El Chamanismo y las Técnicas Arcaicas del Extasis.* Fondo de Cultura Económica. Mexico. 1968.
- <sup>48</sup> Taussig M. *Un gigante en convulsiones.* GEDISA. 1995.
- <sup>49</sup> Roberts A.H., Kewman D.G., Mercier L, Hovell M. (1993) *The power of nonspecific effects in healing: implications for psychosocial and biological treatments.* *Clinical Psychology Review* 13:375-391
- <sup>50</sup> Erdelyi M.H. *Psicoanálisis : la psicología cognitiva de Freud.* Ed Labor. Barcelona. 1990.
- <sup>51</sup> Lewicki, P. *Nonconscious social information processing.* Academic Press, INC ed. 1986: Harcourt Brace Jovanovich.
- <sup>52</sup> Toukmanian S.G., Brouwers M.C. *Cultural aspects of self-disclosure and psychotherapy.* En Kazarian S.S., Evans D.R. (ed) *Cultural Clinical Psychology.* Oxford University Press. 1998.
- <sup>53</sup> Jegede RO, Baiyewu O. *A study of chronic illness in Nigeria.* *African Journal of Medicine* (1989) 18: 13-20.
- <sup>54</sup> Jegede RO, Olatawura MO. *Problems of psychotherapy in changing societies.* *African Journal of Psychotherapy* (1977) 1: 75-80.
- <sup>55</sup> Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. *Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy.* *Arch Gen Psychiatry* (1993) 50(6):419-28
- <sup>56</sup> Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. *A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa.* *Arch Gen Psychiatry* (2000), 57(5):459-66.
- <sup>57</sup> Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas.* Desclee de Brouwer. Bilbao. 2001.
- <sup>58</sup> Frank JD. *Persuasion and healing.* Baltimore. John Hopkins University Press. 1973
- <sup>59</sup> Peltzer-K., *Psychotherapy in Africa.* *Philippine Journal of Psychology*, 1998. 31(1-4): p. 47-90.
- <sup>60</sup> Peltzer K. *Counselling and Psychotherapy of victims of organised violence in sociocultural context.* IKO. Frankfurt. 1996.
- <sup>61</sup> Efraime B. *Erleben und verarbeiten von Kriegsereignissen bei mosambikanischen Kindern.* Berlin. Humboldt Universität Diplomarbeit. 1993.
- <sup>62</sup> Hiegel JP. *Use of indigenous concepts and healers in the care of refugees : some experiences from the Thai border camps.* En Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J. (1994) *Amidst peril and pain. The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees.* American Psychological Association.

- 
- <sup>63</sup> World Health Organization. *Mental Health of Refugees*. Geneva. 1996.
- <sup>64</sup> World Health Organization. *Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000 : Guiding Principles and Essential Issues*. Ginebra. WHO. 1979.
- <sup>65</sup> World Health Organization . *The promotion and development of traditional medicine*. WHO Tech. Rep. Ser. 622. Ginebra. WHO. 1978
- <sup>66</sup> Velimirovic B. Is integration of traditional and Western medicine really possible?. En Coreil J. and Mull JD (ed) *Anthropology and Primary Care*. Westview Press. Londres. 1990.
- <sup>67</sup> Harvard Program in Refugee Trauma. *Harvard Guide to Khmer Mental Health*. Cambridge. Masachussets. 1996
- <sup>68</sup> Dergam A. *El desgaste profesional del traductor*. (mimeo). Madrid. 2001.
- <sup>69</sup> Pérez-Sales P. *Elementos de cultura mapuce para trabajadores de salud mental* (mimeo). Temuco. Chile. 1997.
- <sup>70</sup> Pérez-Sales P. *Etnopsiquiatría y terapéuticas autóctonas*. En Pérez-Sales P. (ed) *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Ed Exlibris. Madrid. 1999.
- <sup>71</sup> Berry J.W. *Acculturation and Health*. En Kazarian S.S., Evans D.R. (ed) *Cultural Clinical Psychology*. Oxford University Press. 1998
- <sup>72</sup> ACNUR. *La situación de los refugiados en el mundo. En busca de soluciones*. Alianza Editorial. 1995.
- <sup>73</sup> Bouchet-Saulnier. *Diccionario práctico de derecho humanitario*. Médicos Sin Fronteras. Ed. Península. Barcelona. 2001.
- <sup>74</sup> Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). *La situación de los refugiados en el mundo. Cincuenta años de acción humanitaria*. Icaria. Barcelona. 2000
- <sup>75</sup> Sánchez Alonso, B. Los emigrantes de ayer. *El País. Opinión*. 26.01.2001. pp 16-7
- <sup>76</sup> Goytisolo J, Naï r S. *El peaje de la vida : integración o rechazo de la emigración en España*. Ed. Aguilar. Madrid. 2000.
- <sup>77</sup> Eisenbruch M. From Post-traumatic stress disorder to cultural bereavement : diagnosis of southeast asian refugees. *Soc. Sci Med* (1991).
- <sup>78</sup> Eisenbruch M. Cultural bereavement and homesickness. En Fisher S, Cooper CI. (ed) *On the move : The psychology of change and transition*. 1990. John Wiley and Sons. pp 191-205.
- <sup>79</sup> Colectivo Chileno de Trabajo Psicosocial. *Crisis Política y Daño Psicológico*. *Lecturas de Psicología y Política*. Edición privada. Santiago de Chile. 1983.
- <sup>80</sup> Hertz DG. Conferencia pronunciada en Universidad de Amsterdam (29/IV/87). Citado por Van der Veer G. *Providing assistance to refugees : overcoming cultural differences*. *Counselling and Therapy with Refugees*. *Psychological problems of victims of war, torture and repression*. Amsterdam. 1996.
- <sup>81</sup> Oberg K. Cultural Shock : adjustment to a new cultural environment. *Practical Anthropology* (1960) 7, 177-182.
- <sup>82</sup> Worden WJ. *El tratamiento del duelo: asesamiento psicológico y terapia*. Paidós. 1997
- <sup>83</sup> Ward, C. (1996). *Acculturation*. En: D. Landis y R.S. Bhagat (Eds.) *Handbook of Intercultural Training*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- <sup>84</sup> Guimond, S. (1999). *Le multiculturalisme comme politique de gestion de la diversité culturelle*. In J.L.Beauvois, N.Dubois & W.Doise (Eds.). *La construction sociale de la personne*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- <sup>85</sup> Silove, D., Z. Steel, and C. Watters, *Policies of deterrence and the Mental Health of asylum seekers*. *JAMA*. 2000;284:604-611, 2000. 284: p. 604-611.
- <sup>86</sup> Páez D, Gonzalez JL, Aguilera N, Zubieta E. *Identidad cultural, Aculturación y Adaptación de los Inmigrantes Latinoamericanos (chilenos)*. Mimeo. Centro Cultural Chileno PABLO NERUDA. Dpto. de Psicología Social y Metodología de la Universidad del País Vasco. Bilbao. 2000.
- <sup>87</sup> Daniel E.V., Knudsen J.C. *Mistrusting refugees*. University of California Press. Londres. 1995
- <sup>88</sup> Hofstede G. *Cultures and organizations: software of the mind*. London. McGraw-Hill. 1991.
- <sup>89</sup> Castillo MI, Piper I. *Jóvenes y procesos migratorios*. ILAS / CESOC. Santiago de Chile. 1996
- <sup>90</sup> Martín-Baró. I. *Psicología social de la guerra : trauma y terapia*. UCA Editores. El Salvador. 1990.
- <sup>91</sup> Colectivo Chileno de Trabajo Psicosocial - CCTP -*Lecturas de Psicología y Política*. Santiago de Chile. 1983.
- <sup>92</sup> Wang MM. *Reentry and Reverse Culture Shock*. En Cushner K, Brislin RW (ed) *Improving intercultural interactions*. Sage Publications. 1997.
- <sup>93</sup> Benedetti, M. *Primavera con una esquina rota*. Alfaguara. Barcelona. 1998.