

VISION PANORAMICA: FUNDAMENTOS DE LA PSIQUIATRIA CULTURAL

Dr. Armando R. Favazza*
Antrop. Mary Oman*

Título original:
OVERVIEW: FOUNDATIONS OF
CULTURAL PSYCHIATRY **

Los autores demuestran la significancia de añadir la dimensión cultural a conceptos psiquiátricos básicos. Señalan áreas en las que el trabajo de la antropología y de la psicología social son relevantes a la psiquiatría, incluyendo el entendimiento de la salud y la enfermedad mental, las prácticas de crianza infantil y sus efectos sobre la personalidad, la cognición, las redes familiares y sociales, los roles y conductas sexuales, el uso de alcohol, la comunicación y la terapia. También presentan algunos de los principales fundamentos de la psiquiatría cultural, que incluyen a la etnografía, a los acercamientos "émicos" y "éticos", al acercamiento intercultural y al estudio de la cultura subjetiva.

Las piedras angulares tradicionales de la psiquiatría moderna son la biología (las neurociencias) y la psicología. A través de la influencia de estudios epidemiológicos y del movimiento de salud mental comunitaria, la sociología se ha vuelto una piedra angular más reciente, siendo la "clase social" la variable más importante. A pesar de los miles de artículos con temas culturales que han aparecido en la literatura sobre Salud Mental (1), el estudio de la cultura no ha sido aún establecido como una piedra angular de la psiquiatría.

Los propósitos de este artículo son: presentar algunos de los principales fundamentos conceptuales de la psiquiatría cultural, familiarizar a los lectores con el trabajo en antropología y psicología social que es de relevancia para la psiquiatría, y demostrar la significancia de la adición de la dimensión cultural a conceptos psiquiátricos básicos. Nosotros preferimos usar el adjetivo "cultural" más que "intercultural" o "transcultural" porque es más inclusivo, menos exótico, y no implica una sola metodología. Entre las áreas importantes, que no discutiremos por limitaciones de espacio, se encuentran la socialización (2), el envejecimiento, la agresión (3), el racismo (4), el uso de drogas (5), la inmigración y la aculturación (6).

Definiendo la cultura

White, Kroeber y Durkheim esbozaron una teoría superorgánica de la cultura; es decir, ellos postularon que la cultura puede ser analizada sin referencia a los individuos en los que se expresa. Así, el suicidio puede ser examinado como un hecho social explicado óptimamente por factores sociales antecedentes, más que enfocándose sobre la motivación individual. La mayoría de los teóricos han incorporado otras teorías de la cultura, además de la superorgánica, para producir una definición ampliamente aceptada de la cultura. En las palabras de Kroeber y Kluckhohn (7):

"La cultura consiste de patrones explícitos e implícitos de y para el comportamiento, transmitidos a través de símbolos, y que constituyen el logro distintivo de los grupos humanos, incluyendo su conformación en instrumentos; el núcleo esencial de la cultura consiste en ideas tradicionales (es decir, derivadas y seleccionadas históricamente) y especialmente en sus valores asociados; los sistemas culturales pueden, por un lado, ser considerados como producto de la acción y, por el otro, como elementos condicionantes de la acción futura" (p. 180).

El psicoanálisis ha producido una interesante literatura referente a la cultura. La bibliografía para *Tótem y Taboo* (8) revela las amplias lecturas de Freud sobre antropología cultural. En *Símbolos de Transformación*, de Jung (9), éste presenta muchas referencias a la arqueología y a la mitología. H.S. Sullivan fundó *Psiquiatría*, una revista que ha promovido el trabajo conjunto con la antropología. Roheim fundó la serie hoy conocida como *El Estudio Psicoanalítico de la Sociedad*. Robert LeVine (10) ha sido pionero en el desarrollo de una moderna metodología psicoanalítica para el estudio de la cultura. La meta general de todos estos estudios ha sido el enriquecer nuestro entendimiento de la cultura. Sin embargo, nuestro concepto de la psiquiatría cultural se refiere específicamente a la aplicación de *insights* culturales al enriquecimiento de la práctica psiquiátrica y a nuestro entendimiento de la situación humana.

Rara vez se aprecia que la cultura afecta no sólo al individuo, a la psicología del grupo y al orden social, sino también a la biología (11). Las preferencias en cuanto a la pareja, determinadas culturalmente, afectan las reservas genéticas (12). Las preferencias dietéticas afectan al

*El Dr. Favazza es Profesor Asociado, Jefe de la Sección de Psiquiatría General y Jefe del Servicio de Psiquiatría Comunitaria en la Escuela de Medicina de la Universidad de Missouri-Columbia, 803 Stadium Rd., Columbia, Mo. 65201. La señorita Oman es estudiante de posgrado en el Departamento de Antropología de la Universidad de Missouri-Columbia. Los autores desean agradecer a la Dra. Barbara Favazza, a Edward Foulks, a James Hedlund, a Paul Horton y a E. M. Pattison por sus constructivas críticas.

**Traducido de la revista *American Journal of Psychiatry*, 135: 3, marzo de 1978 (págs. 293-303), con la debida autorización de sus editores a quienes agradecemos su gentileza. Traducido por Francisco Gómez-Mont.

estado nutricional (por ejemplo, el efecto de la dieta sobre la pelagra). La investigación actual parece indicar que las operaciones fundamentales de la mente pueden diferir radicalmente con el contexto cultural (13). La teoría en desarrollo del estructuralismo biogenético, que, según Laughlin y d'Aquili (14), trata de clarificar el concepto de estructura cognoscitiva examinando el vínculo necesario entre la sociedad humana y el estudio del Sistema Nervioso Central, proporciona una visión interesante de la esquizofrenia. Según Damon (15), uno de los principales temas de la antropología fisiológica es "la evaluación de la forma en la que las respuestas fisiológicas de los hombres en medios ambientales generadores de ansiedad afectan y son afectados por patrones conductuales definidos culturalmente" (p. 8).

Dimensiones culturales de los conceptos psiquiátricos

En la siguiente discusión examinaremos algunos de los conceptos básicos para la psiquiatría. Al enfocarnos en la dimensión cultural de estos conceptos no queremos implicar que las dimensiones psicológicas, biológicas y sociológicas tengan una importancia secundaria. Más bien, pretendemos señalar que la adición de la dimensión cultural enriquece nuestro entendimiento de los conceptos psiquiátricos y proporciona un contexto expandido para una práctica clínica psiquiátrica exitosa. Está floreciendo una bibliografía vital sobre los aspectos culturales de la psiquiatría (16-18). El número de psiquiatras con entrenamiento doctoral en antropología está aumentando, existiendo muchos más psiquiatras con menos entrenamiento formal en esta área. Los departamentos de psiquiatría de las Universidades de Miami y Hawai son los líderes en la integración de las áreas antropológica y psiquiátrica.

Entendiendo la salud y la enfermedad mental

Sapir (19) mencionó que la antropología cultural es importante porque constantemente redescubre lo normal. La enfermedad mental existe y es reconocida en todas las culturas, de las más simples a las más complejas, si bien su expresión e identificación es variable (20-21). Algunas culturas, por ejemplo, "tienden a enmascarar el pensamiento delirante latente debido a su configuración globalmente mágica" (22). En culturas como la nuestra, que enfatizan la racionalidad y la objetividad científica, más que el sobrenaturalismo, es más difícil que una persona psicótica se ajuste, y es más probable que sus síntomas sean identificados tempranamente.

En relación a la enfermedad mental, se ha considerado a la cultura como un factor moldeador tanto a nivel etiológico (23) (a través de ciertas prácticas de crianza infantil, de roles generadores de ansiedad o de cambios culturales), como a nivel sintomático (20) (como en el caso de los síndromes vinculados a cada cultura). Dunham (24), por otro lado, expresó que "resulta casi imposible especificar de manera concluyente aquellos factores sociales y culturales que causan o precipitan desórdenes mentales específicos". Las personas mentalmente enfermas pueden desarrollar una constelación de síntomas llamativos que frecuentemente pueden asociarse con ciertas creencias y prácticas culturales. Estos síndromes "vinculados a una cultura", han sido conceptualmente categorizados en reacciones de miedo (susto, *latah*, *imu*, *koror*), furia (*amok*) y disociación (trance, posesión, *kitsun-tsuki*). Nuestra comprensión actual, según Wittkower y

Prince (20), indica que estos síndromes son básicamente los estándares descritos en la segunda edición del "Manual Diagnóstico y Estadístico" (DSM-II)*

La importancia del concepto de desorden (mental) ligado a una cultura estriba en que los factores culturales son aceptados por los psiquiatras como importantes, tanto para el entendimiento como para el tratamiento de estos desórdenes. Debido a que los desórdenes pueden estar limitados a grupos culturales específicos, a menudo exóticos, se integran fácilmente a la conceptualización psiquiátrica. Sin embargo, en una evaluación moderna los factores culturales serían considerados en perspectiva junto con otros factores relevantes. Por ejemplo, la monografía de Foulks sobre las Histerias Árticas de los Esquimales del Norte de Alaska (26) consideró no sólo las tradiciones culturales, sino también la demografía de la aldea, el medio ambiente ártico, así como el funcionamiento psicológico y biológico. El descubrimiento de que algunos casos de histeria ártica estaban relacionados con niveles bajos de calcio fue visto en el contexto cultural de la vestimenta esquimal (que disminuye la exposición a la luz solar) y de sus patrones dietéticos.

El mismo proceso que usamos para definir e identificar a la salud y a la enfermedad mental está ligado a nuestra herencia cultural. Como ha notado Fabrega (27), "Los resultados de la investigación comparativa en biología humana y medicina por lo menos nos deben hacer recapacitar sobre las bases evaluativas, arbitrarias y culturalmente vinculadas de lo que visualizamos como sistemas biológicos 'normales' (o enfermos)" (pág. 298). Todos los desórdenes psiquiátricos están en algún grado ligados a la cultura, pero debido a que estamos íntimamente involucrados en nuestra propia cultura, encontramos difícil el considerarlo en forma objetiva. Es tan importante entender el contexto cultural de las histerias vienesas o americanas, como lo es para las histerias árticas.

El entrenamiento de los niños y la personalidad básica

Una causa célebre en la relación entre la psiquiatría y la antropología ocurrió en los años veinte de este siglo (28), cuando Malinowski, un antropólogo que estudiaba a las gentes de las islas Tobriand, reportó que los niños varones de este lugar desarrollaban odio hacia el hermano de la mamá, más que hacia su padre (29). Algunos críticos del psicoanálisis arguyeron que debido a que se demostraba que el complejo de Edipo no era universal, la base del psicoanálisis había sido hecha añicos. Jones (30) y Roheim (31) contestaron que la situación en Tobriand era simplemente un ejemplo de la forma en la que los sentimientos podrían ser desplazados en forma defensiva del padre al tío. Al paso de las décadas el debate sobre la universalidad del complejo de Edipo ha perdido su fuerza. El complejo específico descrito por Freud está limitado culturalmente. El principal descubrimiento de Freud fue el del romance universal de la familia (32). El etnocentrista puede sostener que el complejo vienés es primario y que otras versiones son "solamente" variaciones sobre el tema. El psiquiatra culturalista sostiene que el concepto de romance familiar es primario y que las diferentes versiones culturales son todas igualmente válidas. Así, la posición cultural no denigra los descubrimientos del psicoanálisis, sino más bien trata de expandir su utilidad

* De la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos de Norteamérica.

relacionándolos al medio ambiente cultural en el que la gente y sus símbolos viven.

La Segunda Guerra Mundial estimuló estudios que intentaban explicar la personalidad adulta en base a patrones de crianza infantil (33). Una teoría prominente atribuía rasgos de carácter japonés a las prácticas de entrenamiento en el baño (34). El rigor en este entrenamiento supuestamente causaba una furia reprimida que resultaba en características japonesas tales como el fanatismo, la arrogancia, el sadomasoquismo, la suspicacia, la pedantería y una obsesión con obscenidad patológica y sexualidad anal (35). Los estudios subsecuentes han claramente demostrado los aspectos reduccionistas de estas teorías y su falta de sustancia (36).

El libro de Whiting y Child *Entrenamiento a los Niños y Personalidad* (37), escrito en 1953, ha sido de gran influencia en los estudios interculturales. Estos autores correlacionaron datos etnográficos de diversas sociedades con factores antecedentes —consecuentes en el desarrollo individual. Uno de sus descubrimientos fue que la privación excesiva en la niñez podía ser correlacionada con reacciones patológicas y con creencias culturales relevantes. No se pudo encontrar tal correlación para la gratificación excesiva en la niñez.

También se han estudiado las diferencias culturales en el desarrollo motor de los niños. Un estudio de sujetos balineses (38) relacionó métodos de cargar y maniobrar a los niños con una organización tonal persistentemente baja. En África, los niños de Ganda demuestran una temprana precocidad motora notable, que rápidamente declina después de los 3 años a normas por abajo de las occidentales (39). Si bien los factores genéticos son seguramente importantes en estos estudios, el componente cultural no puede ser descontado con ligereza.

A pesar del énfasis de la psiquiatría dinámica sobre la importancia de los años de la niñez para el funcionamiento mental del adulto, es de notar que menos de 20 artículos sobre los aspectos culturales de la crianza infantil fueron publicados en revistas de salud mental antes de 1950. Al colocar nuestros *insights* psicológicos y biológicos en un contexto cultural, la relación entre el desarrollo del niño y la personalidad del adulto quizá se vuelva menos problemática. Un entendimiento del proceso de la formación de la personalidad tendría importantes implicaciones para los programas preventivos en salud mental.

Cognición

Los psiquiatras probablemente están familiarizados con los estudios de Piaget sobre la ontogénesis cognoscitiva. Las teorías de Piaget han sido probadas en diversas culturas (40). La mayoría de estos estudios se han enfocado en el principio de la conservación y en el período de las operaciones concretas (7-11 años de edad). Si bien las etapas piagetianas del desarrollo han sido identificadas en todas las culturas, no hay evidencia de que todas las personas pasen por todas las etapas, y que las edades para llegar a cada etapa se ajusten a la norma de Ginebra, o que el orden del desarrollo sea invariante (41).

El desarrollo de habilidades perceptuales en diferentes culturas ha sido también estudiado. Las experiencias visuales tempranas parecen afectar la forma en la que una persona percibe su medio ambiente. Por ejemplo, personas educadas en un medio urbano tienden a percibir los ángulos y las ilusiones de pruebas visuales de una manera diferente a como lo hacen los sujetos educados en un medio visual diferente (42). El lenguaje, el arte y las artesanías pueden actuar como mediadores culturales

que intensifican la adaptabilidad perceptual. Varios estudios (43, 44) han demostrado que una mala ejecución en pruebas perceptuales puede ser revertida a través de programas educacionales.

La antropología cognoscitiva es una orientación teórica relativamente nueva que, según Tyler (45), "se enfoca al descubrimiento de la forma en la que diferentes personas organizan y usan su cultura... es un intento por entender los principios de organización que subyacen al comportamiento" (pág. 3). Mucho del trabajo en este campo se refiere a la terminología del parentesco. Es de importancia potencial para la psiquiatría la aplicación de técnicas antropológicas cognoscitivas al estudio de la familia y de las redes sociales. Por ejemplo, estamos iniciando un proyecto en el que exploraremos los dominios cognoscitivos del parentesco, de la amistad y de las relaciones sociales entre pacientes alcohólicos y personas cercanas en su red psicosocial. Nuestra hipótesis es que las redes con altos niveles de similitud cognoscitiva en dominios significativos son más apropiadas para la intervención terapéutica en provecho de los miembros de la red.

Familias y redes sociales

Hasta muy recientemente, la familia intacta, nuclear, de clase media alta, se había considerado como la familia estereotípica, normal en los Estados Unidos. Pattison (46) revisó la literatura sociológica de la familia en los EUA y anotó cuatro tipos importantes de estructura familiar. La familia extendida tradicional, típica de la clase trabajadora y de la clase social alta y muy rica, es una unidad social y económica interdependiente; cada subfamilia nuclear vive en proximidad geográfica y depende de la familia extendida para obtener importantes recursos afectivos e instrumentales. La familia débil y en disolución, típica de las situaciones en las "ciudades perdidas", es una en la que la mayoría de las funciones de parentesco han sido tomadas por organizaciones formales a gran escala, dejando a la familia nuclear con pocos recursos y con pocas capacidades para hacer frente a la situación. La familia nuclear aislada, típica de la clase media en movilización geográfica y en ascenso social, mantiene menos funciones familiares esenciales pero lo hace con estabilidad, frecuentemente al precio de un gran esfuerzo para mantener la cohesión familiar. La estructura familiar extendida modificada, típica de las clases media y media superior (con éxito adaptativo), consiste en una coalición de familias nucleares en un estado de dependencia parcial.

A medida que abandonamos nuestra visión estereotipada de la estructura familiar, descubrimos diferentes estructuras en los procesos familiares. Descubrimos que el concepto de familia puede ser demasiado limitante para una intervención terapéutica máxima. El enfoque sobre el individuo dentro del contexto de su red psicosocial constituye un aspecto importante de los estudios culturales.

El concepto de red social se deriva de la antropología. Quizá los estudios mejor conocidos son los de las relaciones en ciudades africanas (47) y el análisis de Boissevain de varias redes europeas (48). Los modelos matemáticos de redes sociales desarrollados por los antropólogos europeos han dado resultados que coinciden con los descubrimientos clínicos de Pattison, que señalan que las personas normales tienen redes sociales significativas que incluyen alrededor de 25 individuos, mientras que las redes de personas neuróticas contienen como 15 y las de personas psicóticas como 7 (46). El porcentaje de indivi-

duos dentro de una red que interactúan con otros en la red varía de un 30% para las personas normales a un 60% para las personas neuróticas y a un 90% para las personas psicóticas (46).

Las implicaciones de estos descubrimientos para la psiquiatría son enormes. En años recientes algunos terapeutas familiares han iniciado la terapia de redes, que incluye a la familia nuclear así como los parientes, amigos, vecinos y asociados laborales de los miembros de la familia. Este concepto se amolda bien al concepto de Caplan de un sistema social de soporte (49) y esboza un nuevo acercamiento terapéutico de importancia (50). En la medida en que nuestro conocimiento sobre las redes sociales aumente y en que aprendamos a usar estas redes terapéuticamente, podemos esperar una nueva vitalidad en los programas de salud mental comunitaria.

Roles sexuales y comportamiento

No hay duda de que los brillantes estudios de Freud sobre el desarrollo sexual y sobre el comportamiento sexual, describieron con precisión la era Victoriana Occidental. Sin embargo, su concepto de que la anatomía es destino llevó a muchos psiquiatras a creer que la posición freudiana era universal y que cualquier desviación representaba patología manifiesta o latente. Si bien las psicoanalistas como Horney y Thompson cuestionaron el concepto de la superioridad inherente al varón, fue la antropóloga Margaret Mead la que presentó la evidencia más fuerte de la cultura sobre los roles sexuales.

En 1953 Mead estudió el comportamiento relacionado con lo sexual en hombres y mujeres de tres tribus que vivían en un área de 100 millas en Nueva Guinea (51). Observó que en términos occidentales, los hombres y mujeres Arapesh eran maternales como padres, femeninos y poco agresivos. El sexo no era una fuerza motivadora importante en esta cultura. En contraste, los hombres y mujeres Mundugamor eran agresivos, sin piedad y altamente sexuales, actuaban como hombres occidentales indisciplinados y violentos. El tercer grupo, los Tchambuli, presentaron aún más contraste con la cultura occidental. En esta cultura las mujeres eran las dominantes, impersonales y organizadoras, mientras que los hombres eran menos responsables y emocionalmente dependientes. Así, Mead demostró que si bien la anatomía impone algunas limitaciones, no es "destino". Ella reconoció dos tipos de desviados —el psicológicamente inadecuado y el cultural. Este último poseía una discrepancia fundamental entre su disposición innata y las normas de su sociedad. Mead opinaba que una sociedad podía crear desviados al ignorar la totalidad del potencial humano y al conectar artificialmente al sexo con comportamientos específicos que sí son aprobados. Por ejemplo, un individuo que es homosexual por su temperamento innato puede fracasar en el ajuste a los estándares aceptados por una sociedad que acepta como norma sólo a la heterosexualidad. Cuarenta años después de que Mead puntualizara esto, la Asociación Psiquiátrica Americana votó para remover a la homosexualidad de su lista de desórdenes mentales.

Los estudios de Kinsey y sus asociados en relación al comportamiento sexual de hombres y mujeres de los EUA (52, 53) reportaron datos sorprendentes que cuestionaban los estereotipos sobre la sexualidad humana. Sin embargo, un estudio más reciente (54) indicó que los estereotipos en cuanto al rol sexual son prevalentes en nuestra cultura y, además, que están ampliamente difundidos entre los profesionales de la salud mental. Un

estereotipo sexual problemático estriba en que la mayoría de los rasgos positivos que se describen como masculinos (agresividad, independencia y dominancia) se consideran como más descriptivos de adultos saludables. Abernethy (55) ha destacado que este autoconcepto femenino negativo puede explicar el dato que señala que el rendimiento escolar de las mujeres tiende a deteriorarse alrededor de la secundaria y que la prevalencia reportada de desórdenes mentales en mujeres adultas es más alta que en los hombres (al contrario de la prevalencia reportada en niños).

Gould (56) anotó que "los estudios comparativos de hombres y mujeres en diferentes periodos en la historia, y otros conducidos durante el mismo periodo pero en diferentes culturas, dan apoyo a la tesis de que no hay patrones de comportamiento peculiares a un sexo que no puedan ser observados en el sexo opuesto". Las implicaciones de esta idea para el psiquiatra incluyen el reconocimiento del efecto invalidante de los supuestos comportamientos ligados al sexo sobre las potencialidades humanas, así como un nuevo entendimiento de la institución del matrimonio a la luz de los cambiantes roles socioculturales para hombres y mujeres.

Uso del alcohol

La mayoría de los estudios médicos y conductuales sobre el uso de alcohol se han enfocado sobre la patología llamada alcoholismo y sobre consecuencias tales como accidentes de tránsito, familias rotas y enfermedades del hígado. Sin embargo, el alcohol es un artefacto cultural, y la forma y significados del ingerir bebidas alcohólicas están definidas culturalmente (57). Hay culturas en las cuales las intoxicaciones agudas y la disrupción de la vida social no son problemas inevitables, a pesar de una alta tasa de consumo de alcohol. Los estudios descriptivos del consumo de alcohol abundan. El libro de Washburn "La bebida entre los primitivos" (58) es una fuente fundamental. Entre los estudios de casos bien conocidos están los de los Indios de Norteamérica (59). Hay evidencia de que éstos fueron introducidos al alcohol por los europeos los cuales también dieron modelos de comportamiento durante la intoxicación aguda tales como la violencia, la trampa y la promiscuidad.

Se pueden encontrar ejemplos intrigantes de las influencias culturales sobre las reacciones individuales en el estudio *Comportamiento del Intoxicado* de MacAndrew y Edgerton (60). La mayoría de los textos considera al alcohol como un desinhibidor que libera lo reprimido por la moral, que libera los centros cerebrales inferiores de controles cerebrales superiores, y que afloja el control sobre las urgencias instintivas. Aflora entonces un comportamiento sin controles; los impulsos liberados se expresan con fuerza. Sin embargo, hay ejemplos culturales en los que la teoría de la desinhibición no se mantiene, Norbeck (61) describió a la comunidad de pescadores japoneses de Takashima como caracterizada por una actitud puritana hacia la sexualidad y por una rígida supresión de la agresividad. Durante las fiestas matrimoniales, las fiestas de juego y la borrachera *slambang* del Festival de Otoño, muchos habitantes de Takashima se intoxican; sin embargo, en vez de una liberación de la agresión y de la sexualidad, Norbeck reportó una intoxicación con camaradería, risa, chistes, canciones y bailes, que se consideraba el resultado inevitable, sino es que el objetivo, del beber en forma continuada.

El estudio de Horton sobre las funciones del alcohol en sociedades primitivas (62), así como el estudio de Bales

sobre las diferencias culturales en las tasas de alcoholismo (63), son trabajos clásicos. Bales concluye que las tasas de alcoholismo son influidas por el grado en el que una cultura opera para generar necesidades agudas de ajuste entre sus miembros, por el tipo de actitudes hacia el beber que produce entre los mismos, y por el grado en el cual una cultura proporciona formas sustitutivas adecuadas de satisfacción. La hipótesis de Horton es que la función primaria de las bebidas alcohólicas en todas las sociedades es la reducción de la ansiedad. En 1962, Field (64) reanalizó los datos de Horton y concluyó que la ingestión excesiva se encuentra en sociedades que carecen de grupos familiares formales que proporcionen un control sobre la ingestión.

El concepto de ingestión integrada ha emergido de estudios culturales (65). Bacon lo define como "un ajuste cultural al beber, como una adaptación e integración del consumo de bebidas alcohólicas a la forma de vida del grupo". Las sociedades con altas tasas de ingestión integrada generalmente tienen altas tasas de consumo de alcohol, así como una amplia participación y una aceptación generalizada del consumo de alcohol. Así, una tasa alta de consumo puede estar íntimamente ligada a valores positivos del grupo social y no necesita ser socialmente amenazadora. El beber integrado no es un predictor de intoxicaciones. Las sociedades que evidencian intoxicaciones alcohólicas poco frecuentes típicamente son indulgentes en cuanto a las necesidades de dependencia de los niños, usan prácticas de entrenamiento en el uso de baño relativamente severas, emplean más métodos permisivos que punitivos de socialización, ejercen relativamente poca presión socializadora hacia el logro y la independencia, toleran comportamientos de dependencia en el adulto, se involucran en la alimentación comunitaria y cuentan cuentos que tienden a describir el mundo como esencialmente tierno y amigable. Cuando los roles masculinos y femeninos están fuertemente diferenciados, las diferencias sexuales en cuanto a ingestión de alcohol tienden a estar presentes.

La marcada asociación encontrada en los estudios interculturales entre el bajo consumo de alcohol y las intoxicaciones poco frecuentes, con una aceptación crítica del comportamiento dependiente en el adulto, constituye un hallazgo de interés en conexión con el éxito de Alcohólicos Anónimos (65). Si bien uno debe ser cuidadoso en no "sobreculturalizar" la comprensión de la ingestión de alcohol debido a una baja incidencia de problemas con el alcohol en una cultura puede estar relacionada con variables metabólicas-fisiológicas (65), tampoco debe uno minimizar el contexto cultural en el que ocurre la ingestión de alcohol. Seguramente que hay necesidad de estudios clínicos culturales relacionados con el alcohol (67), ya que éstos pueden proporcionar una perspectiva eficaz para el desarrollo de programas para el tratamiento y prevención de la "ingestión anormal, adictiva y compulsivamente patológica de alcohol" (67). De especial interés en este contexto es el estudio psiquiátrico-antropológico de Jilek (68). El describió el aparentemente exitoso "programa" de tratamiento del alcoholismo desarrollado por los indios de la Costa Salisk, que incluyó la transformación de una ceremonia religiosa en un proceso terapéutico.

Comunicación

La psiquiatría, más que cualquier otra rama de la medicina, depende de la comunicación tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Labov y Fanshell (69) han

desarrollado recientemente un método de microanálisis de la conversación terapéutica. El psiquiatra debe estar atento no sólo a lo que el paciente dice y hace, sino también al contexto cultural de la comunicación del paciente (70-72). La bibliografía sobre la comunicación es impresionante en cuanto a complejidad y magnitud, comprendiendo áreas tan diversas como la arquitectura, la semántica, la danza, el arte, la antropología, la sociología, la etología, la filosofía, la cibernética, los estudios urbanos, la publicidad, los medios masivos de comunicación, la kinésica, la proxémica, la patología del lenguaje, la psicolingüística, la teoría de la organización, la psicología y la psicopatología.

Los estudios iniciales modelaron el estudio de todos los lenguajes en el indoeuropeo. Entonces, confrontados por los lenguajes marcadamente diferentes de los esquimales y de los indios americanos, los antropólogos resaltaron la unicidad de los lenguajes. Whorf (73) propuso la teoría de que el lenguaje no sólo expresa, sino también conforma al pensamiento. Somos cautivos de la estructura de nuestro lenguaje, reflejado en la manera como conceptualizamos áreas del tipo de la ciencia y el arte. Sapir (74) destacó que "el mundo real está en gran medida, inconscientemente, construido sobre los hábitos del lenguaje del grupo. Nunca dos lenguajes son lo suficientemente similares como para ser considerados como representantes de la misma realidad social". Existe una bibliografía impresionante sobre el papel del léxico como determinante de patrones conductuales y culturales (75) y, más específicamente, sobre las ramificaciones semánticas del diagnosticar una enfermedad (76).

Los Estados Unidos son una nación de inmigrantes de muchas culturas con diferentes visiones del mundo. Sin embargo, como lo destaca Skefflen (77), "En los EUA, donde hay un lenguaje común, estas diferencias étnicas frecuentemente se pasan por alto y son por tanto más problemáticas. Debido a que las personas hablan inglés, creen que se entienden las unas a las otras" (pág. 94). Algunos estudios recientes de importancia incluyen los relacionados con la inteligibilidad y las actitudes interétnicas (78), con el desarrollo de antilenguajes que sirven para crear y mantener estructuras sociales subculturales (79), el inglés de los negros (80), con las dificultades en las interacciones verbales-sociales creadas por diferencias entre lenguajes comunes y técnicos (81), y con la psicoterapia con pacientes bilingües (82).

El Diferencial Semántico (83) es un instrumento para determinar los significados de los conceptos verbales, por ejemplo, las variaciones étnicas en el significado de la vergüenza (84). Los pacientes califican a los conceptos de acuerdo a una serie de escalas bipolares. A través de análisis estadísticos los conceptos pueden ser situados en un espacio semántico tridimensional. El Diferencial Semántico quizá demuestre su relevancia en la clínica como una forma de evaluar el progreso terapéutico (85), así como un instrumento de investigación clínica (86).

Gregory Bateson ha tenido un importante impacto en la psiquiatría, merced a sus estudios de la comunicación. En *Naven* (87) desarrolló el concepto de esquimogénesis —el proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual— resultante de la interacción acumulativa entre individuos. Ruesch y Bateson (88) describieron a la comunicación como la matriz social de la psiquiatría. En 1956, Bateson y asociados (89) formularon la teoría del doble vínculo de la esquizofrenia, relacionando una comunicación alterada con el desarrollo de desorden mental.

La psiquiatría se ha enfocado tradicionalmente sobre la comunicación verbal más que sobre la no verbal. No fue sino hasta 1952, cuando Birdwhistell publicó su *Introduc-*

ción a la *Kinésica* (90), que los psiquiatras comenzaron a apreciar de mejor manera otros modos de comunicación. El libro de Spiegel y Machotka (91) integró conceptos conductuales y estéticos para proporcionar una teoría cognoscitiva de los mensajes corporales. Ellos describieron estrategias de investigación en el estudio de la comunicación no verbal, notando que la mayoría de los sociólogos siguen el principio de la exclusión somática, es decir, "la dispensabilidad del cuerpo como un objeto de estudio de la sociología ha sido repetidamente afirmada" (p. 81). Los sociólogos han desarrollado modelos en los cuales el acto comunicativo es considerado como una lucha para lograr el orden social. Por ejemplo, los axiomas de Duncan sobre la forma en la que los símbolos crean y mantienen el orden social (92). En general, la bibliografía sociológica sobre la comunicación es relevante para la psiquiatría social y para el concepto de una comunidad competente.

Edward Hall (93, 94), cuyo trabajo se deriva de estudios culturales, etológicos, fisiológicos y psiquiátricos, ha escrito una serie de libros sobre la cultura como comunicación. El acuñó el término de "proxémica" —las observaciones y teorías interrelacionadas sobre el uso que hace el hombre del espacio como una elaboración especializada de la cultura. Asimismo, describió ocho dimensiones de la determinación del comportamiento proxémico: identificadores posturales-sexuales; orientaciones sociofugales-sociopetales; factores kinestésicos; códigos táctiles, térmicos y olfativos; combinaciones retinales; y escalas de sonoridad de la voz. El análisis proxémico es pertinente para entender no sólo patrones generales de comportamiento cultural, sino también interacciones diádicas y de grupo.

El concepto de la comunicación es quizá el territorio común más significativo de la ciencia y del arte. Los aspectos culturales de la comunicación son de especial relevancia para los psiquiatras, dado que son determinantes primarios de nuestra codificación de la realidad, de nuestra capacidad para relacionarnos significativamente con otros, y de nuestros intentos por construir y preservar el orden social, tanto figurativa como literalmente.

Terapia

Si bien el término *shaman* se refiere específicamente a un tipo de curandero siberiano, tiene una connotación más genérica referente a un conjunto de actitudes tomadas por curanderos locales que usan formas de tratamiento "mágicas" y no científicas. Cada grupo cultural tiene sus *shamanes*, como los *hugans* de Haití, los *tembladores de manos* Nahos, los *hombres obeah* de las Indias Occidentales y los que curan a través de la fe en Occidente. No es sorpresivo que algunas prácticas shamánicas sean similares a la terapia científica, por ejemplo, el uso de agentes psicoterapéuticos, del psicodrama, de la abreacción catártica, de la manipulación ambiental, de la sugestión, de la terapia recreativa y ocupacional y del apoyo directo al ego (95). Algunos procedimientos *shamánicos*, como el exorcismo, las vendas, y los trucos mágicos como chupar espíritus malignos, pueden demostrar ser efectivos si el paciente y otros en la cultura tienen fe en las habilidades del *shaman*. Frecuentemente los *shamanes* son capaces de movilizar a la red familiar y social y al apoyo comunitario para el paciente. Murphy (96) destacó que el *shaman* eficaz se apoya en un sistema total de creencias ampliamente difundidas y emocionalmente aceptadas por un grupo cultural; dramá-

ticamente lleva a cabo la ceremonia de curación en el contexto de un grupo, lo maravilla por sus poderes extraordinarios, puede actuar como un agente de un espíritu, y activamente involucra al paciente en el tratamiento al prescribir actividades específicas. También destacó:

"Si bien el Shamanismo parece tener una gran fuerza para lograr sus limitadas metas, resulta débil en la estimulación de independencia y en la producción de *insight*. La efectividad del shamanismo al remover síntomas y liberar de la ansiedad, se apoya en la habilidad del *shaman* para demostrar que se puede repetidamente contar con él para estos fines".

Si bien hay algunas similitudes entre el conjunto shamánico y las formas de terapéutica psiquiátrica, también hay marcadas diferencias (97). A pesar de la demostración de los efectos placebo en el tratamiento, los psiquiatras no son unos verdaderos shamanes en su versión moderna, y es dudoso que los psiquiatras puedan usar procedimientos shamánicos mágicos de manera eficaz. Existe una bibliografía sólida sobre las ideas mágicas en relación a las enfermedades mentales y a su tratamiento, las cuales son sostenidas en grados diversos por grupos culturales en la civilización occidental. Los ejemplos incluyen el "espiritismo" (inmigrantes de Puerto Rico), el "curanderismo" (mexicano-norteamericanos) y el "trabajo de raíces" (negros norteamericanos). Los pacientes frecuentemente esconden sus creencias. Por tanto, un psiquiatra debe hacer preguntas directas para obtener esta información. En los casos de algunos pacientes cuyos sistemas de creencias contengan conceptos mágicos, el psiquiatra debe colaborar con el curandero nativo o integrar algunas de las prácticas de éste al administrar el tratamiento (98-100).

En 1959, Spiegel reportó sus estudios sobre familias de la clase trabajadora de origen irlandés-americano, italo-americano y *yankee* (101). En 1976 señaló los cambios enormes en su comprensión de los grupos étnicos (102), haciendo notar que aunque la literatura sobre los factores de clase social y económicos involucrados en el tratamiento psiquiátrico sea voluminosa, hay muy pocos estudios que analicen los factores étnicos. Subrayó la suposición de invariación en las conceptualizaciones de "cultura de la pobreza" y "salud mental del pobre":

"Se presume que las familias de la clase trabajadora tienen en la vida los mismos valores y perspectivas... En mi opinión, este punto de vista es definitivamente irrealista. No toma en cuenta el rango inmenso de variabilidad en cuanto a valores y perspectivas culturales asociados con el *background* o antecedente étnico. Descuida el grado hasta el cual las familias étnicas pueden quedar 'atrapadas' por valores conflictivos al ser sometidas a la movilidad y a los cambios sociales... Cuando la etnicidad se combina con la variación de la clase social, el terapeuta debe ser un tanto antropólogo... Debe familiarizarse con las costumbres en cuanto a la crianza de los niños y con las relaciones familiares del grupo étnico relevante... Y debe ser capaz de percibir hasta qué punto la conducta del paciente puede ser extravagante, desviada o conformista, no sólo de acuerdo a los estándares de la clase media americana, sino fundamentalmente a los valores de su clase social, de su grupo étnico y de su contorno o contexto social (102)".

En cuanto a la transferencia y la contra-transferencia, Spiegel (102) postulaba un acercamiento de acuerdo con los valores de las afiliaciones grupales fundamentales (asociaciones) del paciente. La creación de una alianza

terapéutica debe tomar en consideración la edad, sexo, color, nombre, acento, ropa, trasfondo étnico y grado de etnocentrismo del terapeuta. El terapeuta debe estar preparado para proporcionar guía y consejo si el paciente procede de un trasfondo (*background*) cultural en el que se enfatice la obediencia a la autoridad. Una actitud pesimista hacia algunos grupos de pacientes puede ser el resultado de un acercamiento estereotipado o rígido del terapeuta, un acercamiento que no logra tener en cuenta los valores culturales distintos a los propios. El paciente de origen inglés que llega 5 minutos tarde a la terapia puede estar demostrando resistencia; el mexicano-norteamericano que llega sólo 5 minutos tarde puede estar demostrando una actitud positiva hacia la terapia.

Algunos de los mejores ejemplos de la importancia de la perspectiva cultural provienen de la consulta de salud mental. La conducta exitosa con grupos y entidades subculturales en los países occidentales, y con grupos y entidades de países extranjeros, requiere una comprensión de los parámetros culturales, políticos, sociales, geográficos y económicos (103). El terapeuta debe estar alerta en cuanto a las actitudes etnocéntricas del grupo de autoridad que puedan interferir con el funcionamiento efectivo de la unidad (104, 105).

Aproximaciones para el estudio de la cultura

El psiquiatra interesado en la interpretación de los datos culturales o en llevar a cabo una investigación sobre ellos, debe estar familiarizado con los conceptos y técnicas que se han desarrollado para facilitar el estudio de la cultura y de los procesos culturales. Es el caso del movimiento de cultura-y-personalidad o psicológico-antropológico originado en los EU a principios de siglo, siendo Franz Boas, Margaret Mead y Ruth Benedict las figuras más famosas del desarrollo de dicho movimiento. La obra de Wallace sobre este tópico (106), la cual enfatiza la cultura y la cognición, la distribución de las características de la personalidad, la psicología del cambio cultural, y la cultura y la enfermedad mental, presenta un acercamiento más contemporáneo a este movimiento. La visión panorámica más reciente es la de Williams (107).

Honigsmann (108) perfiló las siguientes fórmulas generales de la cultura y de la investigación de la personalidad: los antecedentes sociales generales, las condiciones culturales (tales como la conservación de los sistemas de cultura, la economía y la tecnología) y las características antecedentes no culturales de naturaleza humana (como las necesidades básicas fisiológicas y psicológicas, la prolongada infancia humana y los instintos agresivos y sexuales) conducen a experiencias de crianza infantil socialmente determinadas (tales como la socialización o la aculturación, las instituciones primarias y las disciplinas) que conducen a experiencias vitales posteriores socialmente determinadas (tales como la socialización adulta, el aprendizaje de roles y experiencias críticas), las cuales conducen a la personalidad (características socialmente moldeadas de comportamiento abierto o encubierto, evidentes en los individuos y los grupos), que llevan a su vez a la cultura y a la sociedad (patrones de cultura, roles sociales, instituciones secundarias y *ethos*), que llevan finalmente a una retroalimentación (ej.: las condiciones culturales y sociales pueden reforzar o validar los contenidos de personalidad y pueden funcionar para mantener los procedimientos existentes de socialización).

Una gran parte de la investigación antropológica trata sobre las relaciones entre personalidad, cultura y sociedad. En algunos estudios la cultura es considerada

como un instrumento que facilita el ajuste personal; en otros, la personalidad individual es vista como un instrumento para mantener la cultura. En estas áreas la investigación antropológica ha enfocado principalmente las "eufunciones" más que las disfunciones, y las explicaciones son a menudo teleológicas, ej.: los acontecimientos son explicados por fenómenos subsecuentes más que antecedentes (108). Un gran reto para la cultura psiquiátrica lo constituye el desarrollo de una investigación de la cultura y la personalidad que se enfoque específicamente en la etiología de la enfermedad mental. Otros enfoques especiales de relevancia para la psiquiatría incluyen a la etnografía, a los acercamientos émicos y éticos, al enfoque transcultural y al estudio de la cultura subjetiva.

Etnografía

La etnografía, una técnica de documentación de los fenómenos observados, emplea un método de explicación que trata de describir inductivamente las formas culturales a través del examen de una serie de casos. Entre las herramientas usadas por los etnógrafos están la observación participativa, la recolección de historias de vidas, las entrevistas estructuradas, los cuestionarios, los tests proyectivos, las medidas de percepción, las tareas de clasificación, las crónicas escritas, la recopilación de los mitos y cuentos del folklore, y el análisis lingüístico. El énfasis puesto por la etnografía temprana en la investigación condujo a la crítica de este enfoque. Los patrocinadores del enfoque etnográfico personal señalan la desviación común del énfasis de la descripción a la explicación (109). El enfoque etnográfico tiene un atractivo natural para los psiquiatras. Tanto el empleo de esquemas vitales como de un psicoanálisis extenso son intentos para comprender una situación individual actual en un contexto histórico. Pocos psiquiatras han emprendido un estudio etnográfico completo de un paciente. Quizás el primer paso para un psiquiatra valeroso consistiera en estudiar el desarrollo de una enfermedad mental dentro del contexto de la propia familia del paciente. Pueden existir problemas técnicos importantes al emprender esta tarea, pero éstos pueden ser resueltos posiblemente a través de un trabajo conjunto en el reporte e interpretación de los datos. Los reportes detallados de casos y los libros que describen las observaciones psiquiátricas sobre un paciente (generalmente dentro de una institución) son, en cierto sentido, etnografías parciales. Las etnografías de pacientes no institucionalizados pueden proporcionar información importante acerca de las influencias culturales en la etiología y el curso de la enfermedad mental. La literatura antropológica contiene ya varios estudios etnológicos sobre la medicina y sobre la enfermedad en general (110, 111).

Enfoques émicos y éticos

Siguiendo la distinción de los estudios lingüísticos entre la fonémica (sistema de descripción de un sonido en una cultura) y la fonética (sistema de descripción de los sonidos en todas las culturas), Pike (112) propuso que los fenómenos culturales pueden ser estudiados desde enfoques émicos y éticos. El enfoque émico estudia la conducta desde dentro del sistema cultural con objeto de descubrir la estructura relevante para el informante, ej.: los principios de clasificación y conceptualización del informante. Un enfoque ético estudia el comportamiento desde fuera del sistema cultural; la estructura es creada por el analista, cuyos criterios son considerados como

absolutos y universales. Un enfoque émico pide que el investigador abandone todo estereotipo y toda noción preconcebida, y que él o ella capten la verdadera "interioridad" de las prácticas y creencias de una persona. Dentro de las técnicas ampliamente usadas para un enfoque émico se encuentran: el análisis componencial, la Kinesia, la semántica generativa, el procesamiento de la información semántica y la sociolingüística.

La distinción émico/ética dirige nuestra atención hacia las formas en las que los sujetos o pacientes pueden malinterpretar la conducta del investigador o del terapeuta y viceversa. Un método para equilibrar (o balancear) los dos enfoques sería el enfoque émico profundo, en el cual el informante proporciona la estructura básica y los criterios para la formación de las categorías, de los cuales el investigador saca sus propios datos analíticos (113). Esto fue descrito por Berry (114) como el enfoque ético impuesto-derivado; este método también fue descrito por Goode-nough (115).

Enfoques transculturales y holoculturales

Brislin y asociados (41) definieron el método transcultural aplicado a la psicología como "el estudio empírico de varios grupos culturales que han tenido diferentes experiencias, las cuales conducen a diferencias predecibles y significativas en el comportamiento. En la mayoría de estos estudios los grupos investigados hablan lenguas diferentes y son gobernados por unidades políticas distintas" (p. 29). Esos autores recopilaron una lista de instrumentos que han sido ampliamente usados en estudios transculturales: los tests intelectuales cognitivos, incluyendo el Test de Estilo Cognitivo de Witkins, los Cubos de Kohs, y el Laberinto de Porteus, y los Tests de inventario de Personalidad con el MMPI, la Escala de Control de Locus, el Inventario de Personalidad de California y el Diferencial Semántico. Los instrumentos proyectivos son difíciles de evaluar y en forma notoria están ausentes de la lista, a pesar del uso muy amplio de estas pruebas en estudios transculturales. Brislin y asociados señalaron que la evaluación de los datos transculturales invariablemente se aprovecha de las técnicas estadísticas avanzadas, especialmente cuando más de dos culturas están en estudio.

Campbell (116) advirtió a los investigadores que consideraran plausibles las hipótesis rivales que explicaran los resultados de las investigaciones transculturales. En cada cultura estudiada el investigador debe considerar preguntas sobre metodología como las siguientes: ¿Hasta qué punto están los sujetos acostumbrados a usar tests en los que se usa el papel y el lápiz? ¿Hasta qué punto están acostumbrados a responder a preguntas extensas? ¿Qué tan representativos son los sujetos (ej., fueron escogidos solamente los sujetos más cooperadores)? ¿Tienen las preguntas el mismo significado para sujetos de culturas diferentes? ¿Ejerce la cultura del sujeto influencia sobre las pruebas o su conducta durante la entrevista?

Una gran parte de los estudios transculturales no son especialmente válidos desde un punto de vista científico. Con demasiada frecuencia lo que se presenta como estudio transcultural es un reporte de viaje impresionista en el cual el autor observa o estudia brevemente a algunos sujetos en una región exótica, comentando a continuación las diferencias que existen con respecto a los descubrimientos de las corrientes americanas y europeas principales. Algunos estudios son el resultado de "circunstancias fortuitas", el investigador se encuentra por casual-

idad en un contexto cultural extraño y decide llevar a cabo un rápido estudio. Este enfoque oportunístico a menudo no es tan productivo como sería factible, ya que el investigador o la investigadora no han escogido con suficiente previsión ni la metodología ni los instrumentos necesarios para las pruebas.

El enfoque holocultural es un enfoque transcultural bastante difundido que intenta llevar a cabo un estudio correlacional mundial de todas las culturas conocidas (117). El enfoque holocultural surgió en gran parte del desarrollo de los Archivos del Área de las Relaciones Humanas (HRAF), llevado a cabo por Murdock en la Universidad de Yale. Los materiales del HRAF y de publicaciones asociadas tales como: el *Compendio de las Culturas Mundiales*; el *Compendio de datos Culturales* y el *Atlas Etnográfico*; constituyen la compilación categorizada de datos culturales más amplia del mundo.

El libro de Murdock *La Estructura Social* ha inspirado muchos estudios, la mayor parte de los cuales tratan de incluir los cuatro principios clave del trabajo de Murdock:

- 1) una muestra representativa de todas las culturas primitivas del mundo;
- 2) una prueba de hipótesis predeterminada por medio de correlaciones estadísticas;
- 3) un test de significancia para tratar la "muestra fortuita" o la hipótesis nula, y
- 4) un grupo objetivo, formal y detallado de definiciones conceptuales que conduzcan a una codificación objetiva (117).

El método transcultural de encuesta ha tenido su parte de críticas (122). Un problema importante, especialmente pertinente en psiquiatría, es que la mayor parte de las sociedades existentes no han sido adecuadamente investigadas con respecto a conceptos clave. Narroll (117) opinó que de las 4 a 5 000 sociedades humanas existentes en el siglo pasado, sólo de 100 a 150 —dependiendo del tópico de la investigación— han sido suficientemente descritas para ser incluidas en una investigación holocultural.

Cultura subjetiva

El concepto de "cultura subjetiva" de Triandi (123) se enfoca en variables que son atributos de la estructura cognitiva de grupos de personas y se refiere al modo característico en el que un grupo cultural percibe su ambiente social. La cultura subjetiva es similar a conceptos tales como mapas cognitivos, espacio vital, percepción del mundo, ambiente conductual y laberintos.

La estrategia de los estudios de la cultura subjetiva consiste en colocar a personas que pertenecen a grupos culturales o biológicos distintos, en situaciones similares y presentarles estímulos varios, para observar sus respuestas. Campbell (124) cita 80 conceptos que pueden inferirse de las consistencias en situaciones y respuestas. Los conceptos más útiles para el estudio de la cultura subjetiva son: las asociaciones, las actitudes, las creencias, los conceptos (categorización), las evaluaciones, las expectativas, los recuerdos, las opiniones, las percepciones, las percepciones de roles, las estereotipias y los valores.

La literatura para cada uno de estos conceptos es amplia, tan sólo hay más de 3 000 referencias sobre el tema de los valores. Opler (125) considera los valores como temas centrales y fuerzas dinámicas que los grupos culturales emplean para conceptualizar al mundo. El estudio sobre valores más ampliamente citado es el de Kluckhohn y Strodtbeck (126). Ellos sugieren 5 orientaciones básicas sobre los valores: 1) la naturaleza humana

innata; 2) las relaciones del hombre con la naturaleza; 3) el enfoque en cuanto al tiempo; 4) la modalidad de las actividades humanas tales como la competencia y las metas y 5) la modalidad de las relaciones del hombre para con los demás. El instrumento de Kluckhohn y Strodtbeck limita las opciones y puede diferenciar 2 688 patrones de rango que pueden ser usados para distinguir una cultura de otra. El estudio psiquiátrico de Mazer sobre la población del Viñedo de Martha (EU) puso de manifiesto cómo el conocimiento de los valores de una subcultura puede influir la selección de los servicios de salud mental que serían más aceptados entre la población, así como la mejor metodología para establecer estos servicios.

Conclusiones

En este estudio hemos revisado conceptos y descubrimientos importantes en el campo de la antropología cultural con la esperanza de enfatizar la utilidad de la información relevante y de las metodologías disponibles para la comprensión y tratamiento de una amplia gama de problemas relacionados con la enfermedad mental.

La cultura es un concepto holístico cuya utilidad va más allá del estudio de las tribus exóticas en escenarios distantes. La antropología cultural es importante para el estudio de la sociedad industrial en general y para el estudio de las subculturas de la sociedad moderna en particular.

Creemos que la psiquiatría cultural es un concepto que finalmente se ha logrado, concepto que participará de una posición central dentro de las principales corrientes de la psiquiatría.

La psiquiatría cultural no promete ninguna era de prosperidad ni ningún enfoque muy destacado y nuevo. Más bien, consideramos la inclusión de la dimensión cultural como un componente integrativo y esencial de la psiquiatría científica (128). Como una aplicación del conocimiento de varias disciplinas, la psiquiatría cultural tiene mucho en común con la antropología psicológica, con la sociología comparada y con la psicología transcultural, pero su "razón de ser" esencial es médica —para fundamentar nuestra comprensión de la salud mental, para hacer más efectivos nuestros esfuerzos para promover la salud, para aliviar el sufrimiento y para prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. FAVAZZA, A.; OMAN, M.: *Anthropological and Cross-Cultural Themes in Mental Health*. Columbia, University of Missouri Press, 1977.
2. WILLIAMS, T. R.: *Introduction to Socialization: Human Cultures Transmitted*. St. Louis. C.V. Mosby Co., 1972.
3. MONTAGU, A. (ed.): *Man and Aggression*. Nueva York, Oxford University Press, 1968.
4. THOMAS, A.; SILLEN, S.: *Racism and Psychiatry*. Nueva York, Oxford University Press, 1968.
5. WEPPNER, R.: An anthropological view of the street addict's world. *Human Organization*, 31:11-121, 1973.
6. ZWINGMANN, C. A.; PFISTER-AMMENDE, M. (eds): *Uprooting and After*. Nueva York. Springer-Verlag, 1973.
7. KROEBER, A.; KLUCKHOHN, C.: Culture. *Papers of the Peabody Museum*, 47 (1), 1952.
8. FREUD, S.: Totem and taboo (1913), en *Complete Psychological Works*, Vol. 13. Traducido y editado por Strachey J. Londres, Hogarth Press, 1957 (1-161).
9. JUNG, C. G.: *Symbols of Transformation*. Collected Works, Vol. 5 2a. ed. Bollingen Series XX. Princeton. Princeton University Press, 1967.
10. LeVINE, R.: *Culture, Behavior and Personality*. Chicago, Aldine Publishing Co., 1973.
11. CHAPPLE, E.D.: *Culture and Biological Man*. Nueva York, Holt. Rinehart and Winston, 1970.
12. CROW, J.; FELSENSTEIN, J.: The effect of assortive mating on the genetic composition of a population. *Eugenics Quarterly*, 15(2):85-97, 1968.
13. PAREDES, J. A.; HEPBURN, M.J.: The split brain and the culture-and-cognition paradox. *Current Anthropology*, 17: 121-127, 1976.
14. LAUGHLIN, C. D.; d'AQUILI, E. G.: *Biogenetic Structuralism*. Nueva York. Columbia University Press, 1974.
15. DAMON, A. (ed.): *Physiological Anthropology*. Nueva York, Oxford University Press, 1975.
16. EVERETT, M. W.; WADDELL, J. P.; HEATH, D.B. (eds): *Cross-Cultural Approaches to the Study of Alcohol*. Chicago. Aldine Publishing Co., 1976.
17. WESTERMEYER, J. (eds): *Anthropology and Mental Health*. Chicago. Aldine Publishing Co., 1976.
18. FOULKS, E.; WESTERMEYER, J.; WINTROB, R. Y COLS.: *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*. Nueva York, Spectrum Publications, 1977.

19. SAPIR, E.: Cultural anthropology and psychiatry, en *Selected Writings of Edward Sapir in Language, Culture and Personality*. Editado por Mandelbaum, D.G. Berkeley, University of California Press, 1963 (509-532).
20. WITTKOWER, E.D.; PRINCE, R.: A review of trans-cultural psychiatry, en *American Handbook of Psychiatry*, 2a.ed. Vol. 2. Editado por Caplan G.; Arieti S. editor en jefe. Nueva York. Basic Books, 1974 (535-550).
21. MURPHY, J. M.; LEIGHTON, A. H. (eds): *Approaches to Cross-Cultural Psychiatry*. Ithaca, Cornell University Press, 1965.
22. BENEDICT, P. K.; JACKS, I.: Mental illness in primitive societies. *Psychiatry*, 17:377-389, 1954.
23. LEIGHTON, A. H.; HUGHES, J. M.: Culture as a causative of mental disorder. *Milbank Mem. Fund. Q.*, 39:446-488, 1961.
24. DUNHAM, H.W.: Society, culture, and mental disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33:147-156, 1976.
25. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2a.ed. Washington, D.C. APA, 1968.
26. FOULKS, E.: *The Arctic Hysterias of the North Alaskan Eskimos*. Washington, D.C. American Anthropological Association, 1972.
27. FABREGA, H.: *Disease and Social Behavior*. Cambridge, MIT Press, 1974.
28. FAVAZZA, A.: Oedipus interruptus: a psychiatric-anthropological interface. *Journal of Operational Psychiatry*, 5(2):37-51, 1974.
29. MALINOWSKI, B.: *Sex and Repression in Savage Society*. Nueva York, Harcourt Brace, 1927.
30. JONES, E.: Mother-right and the sexual ignorance of savages. *Int. J. Psychoanal.*, 6:109-127, 1925.
31. ROHEIM, G.: *Psychoanalysis and Anthropology*. Nueva York, International Universities Press, 1950.
32. HARTMANN, H.; KRIS, E.; LOEWENSTEIN, R. M.: Some psychoanalytic comments on "culture and personality". En *Psychoanalysis and Culture*. Editado por Wilbur, G.; Muensterberger, W. Nueva York, International Universities Press, 1951 (3-31).
33. FAVAZZA, A.: A critical review of studies of national character. *Journal of Operational Psychiatry*, 6(1):3-30, 1974.
34. GORER, G.: Themes in Japanese culture. *Trans. NY Acad. Sci.*, 5:106-124, 1943.
35. LaBARRE, W.: Some observations on character structure in the Orient: the Japanese. *Psychiatry*, 8:326-342, 1945.
36. HARING, D.: Japanese national character: cultural anthropology, psychoanalysis, and history, en *Personal Character and Cultural Milieu*. Editado por Haring D. Syracuse. Syracuse University Press, (424-437) 1956.
37. WHITING, J.; CHILD, I.: *Child Training and Personality: A Cross-Cultural Study*. New Haven. Yale University Press, 1953.
38. MEAD, M.; MacGREGOR, F. C.: *Growth and Culture: A Photographic Study of Balinese Childhood*. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1951.
39. AINSWORTH, M. D.: *Infancy in Uganda*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1967.
40. DASEN, P. R.: Cross-cultural Piagetian research: a summary. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 3:23-39, 1972.
41. BRISLIN, R. W.; LONNER, W. J.; THORNDIKE, R. M.: *Cross-Cultural Research Methods*. Nueva York, John Wiley & Sons, 1973.
42. SEGALL, M. H.; CAMPBELL, D. T.; HERSKOVITS, M. J.: *The Influence of Culture on Visual Perception*. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1966.
43. HUDSON, W.: Pictorial depth perception in sub-cultural groups in Africa. *J. Soc. Psychol.*, 52:183-208, 1960.
44. D'ANDRADE, R. G.: Testing and training procedures at Bassawa, paper 4. Ethiopia. Ahmadu Bello University Institute of Education, 1967 (en proceso).
45. TYLER, S. A. (ed.): *Cognitive Anthropology*. Nueva York. Holt, Rinehart and Winston, 1969.
46. PATTISON, E. M.: A theoretical-empirical base for social systems therapy, en *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*. Editado por Foulks, E.; Westermeyer, J.; Wintrob, R. y cols. Nueva York. Spectrum Publications (en prensa).
47. MITCHELL, J. C. (ed.): *Social Networks in Urban Situations: Analyses of Personal Relationships in African Towns*, Manchester, Inglaterra, Manchester University Press, 1971.
48. BOISSEVAIN, J.: *Friends of Friends-Networks, Manipulators and Coalitions*. Nueva York, St. Martin's Press. 1974.
49. CAPLAN, G.: *Support Systems and Community Mental Health*. Nueva York. Behavioral Publications, 1974.
50. HENDERSON, S.: The social network, support and neurosis. *Br. J. Psychiatry*, 131:185-191, 1977.
51. MEAD, M.: *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Nueva York. William Morrow & Co., 1935.
52. KINSEY, A.C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E.: *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1948.
53. KINSEY, A.C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E. Y COLS.: *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia. W. B. Saunders Co., 1953.
54. BROVERMAN, I. K.; VOGEL, S. R.; BROVERMAN, D. M.: Sex-role stereotypes. *Journal of Social Issues*, 28:59-78, 1972.
55. ABERNETHY, V.: Cultural perspective on the impact of women's changing roles on psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 133:657-661, 1976.
56. GOULD, R. E.: Socio-cultural roles of male and female, en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2a.ed. Vol. 2. Editado por Freedman, A. M.; Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1975 (1460-1466).
57. MANDELBAUM, D.: Alcohol and culture. *Current Anthropology*, 6(3):281-293, 1965.
58. WASHBURN, C.: *Primitive Drinking*. Nueva York, College and University Press, 1961.
59. BROD, T. M.: Alcoholism as a mental health problem of native Americans. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32:1385-1391, 1975.
60. MacANDREW, C.; EDGERTON, R. B.: *Drunken Comportment*. Chicago, Aldine Publishing Co., 1969.

61. NORBECK, E.: *Takashima; A Japanese Fishing Community*. Salt Lake City, University of Utah Press, 1954.
62. HORTON, D.: The functions of alcohol in primitive societies. *Q. J. Stud. Alcohol*, 4:199-311, 1943.
63. BALES, R. F.: Cultural differences in rates of alcoholism. *Q. J. Stud. Alcohol*, 6:480-499, 1946.
64. FIELD, P. B.: A new cross-cultural study of drunkenness, en *Society, Culture and Drinking Patterns*. Editado por Pittman D. J.; Snyder, C. R. Nueva York. John Wiley & Sons, 1962 (48-74).
65. BACON, M. K.: Cross-cultural studies of drinking, en *Alcoholism: Progress in Research and Treatment*. Editado por Bourne P. G., Fox R. Nueva York. Academic Press, 1973 (171-194).
66. WOLFF, P. H.: Ethnic differences in alcohol sensitivity. *Science*, 175:449-450, 1972.
67. WESTERMEYER, J.: Alcoholism from the cross-cultural perspective. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1:89-105, 1974.
68. JILEK, W.: *Salish Indian Mental Health and Culture Change*. Toronto, Holt., Rinehart and Winston of Canada, 1974.
69. LABOV, W.; FANSHELL, D.: *Therapeutic Discourse*. Nueva York, Academic Press, 1977.
70. SMITH, A. G. (ed.): *Communication and Culture*. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1966.
71. HYMES, D.: *Language in Culture and Society*. Nueva York, Harper & Row, 1964.
72. HINDE, R. A. (ed.): *Non-Verbal Communication*. Londres, Cambridge University Press, 1972.
73. WHORF, B. L.: *Language, Thought and Reality*. Nueva York, Technology Press (John Wiley & Sons), 1956.
74. SAPIR, E.: Central and North American Languages. *Enciclopedia Británica*, 14 ed. Vol. 5, 1927 (139-141).
75. CARROLL, J. B.; CASAGRANDE, J. B.: The function of language classification in behavior, en *Readings in Social Psychology*, 3a. ed. Editado por Maccoby E., Newcombe T. M., Hartley E. L., Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1958 (18-31).
76. FRAKE, C. O.: The diagnosis of disease among the Subanum of Mindanao. *American Anthropologist* 63:113-132, 1961.
77. SCHEFLEN, A. E.: *Body Language and the Social Order*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, 1972.
78. WOLFF, H.: Intelligibility and inter-ethnic attitudes, en *Language in Culture and Society*. Editado por Hymes D. Nueva York, Harper & Row, 1964 (440-445).
79. HALLIDAY, MAK: Anti-languages. *American Anthropologist*, 78:570-584, 1976.
80. LABOV, W.: *Language in the Inner City: Studies in the Black English Vernacular*. Filadelfia, University of Philadelphia Press, 1972.
81. GUMPERZ, J. J.: Linguistic anthropology in society. *American Anthropologist*, 76:785-798, 1974.
82. MARCOS, L. R.; ALPERT, M.: Strategies and risks in psychotherapy with bilingual patients. *Am. J. Psychiatry*, 133:1275-1281, 1976.
83. OSGOOD, E. C.; SUCI, C. J.; TANNENBAUM, P. H.: *The Measurement of Meaning*. Urbana. University of Illinois Press, 1957.
84. MARSELLA, A. S.; MURRAT, M. D.; GOLDEN, C.: Ethnic variations in the phenomenology of emotions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 5:312-328, 1974.
85. DINGMAN, H. F.; PAULSON, M. J.; EYMAN, R. K. Y COLS.: The Semantic Differential as a tool for measuring progress in therapy. *Psychol. Rep.*, 25:271-279, 1969.
86. DICK, D. H.: The measurement of aggression and other attitudes in psychosomatic research by means of the Semantic Differential. *J. Psychosom. Res.*, 13:299-305, 1969.
87. BATESON, G.: *Naven*. Londres, Cambridge University Press, 1936.
88. RUESCH, J.; BATESON, G.: *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*, 2a. ed. Nueva York. WW Norton & Co., 1968.
89. BATESON, G.; JACKSON, D.; HALEY, J. Y COLS.: Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.*, 1:251-264, 1956.
90. BIRDWHISTELL, R.: *Introduction to Kinesics*. Louisville, University of Louisville Press, 1952.
91. SPIEGEL, J. P.; MACHOTKA, P.: *Messages of the Body*. Nueva York, Free Press, 1974.
92. DUNCAN, H. D.: The search for a social theory of communication, en *Human Communication Theory*. Editado por Dance FX. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1967 (236-263).
93. HALL, E. T.: *The Silent Language*. Nueva York, Doubleday & Co., 1959.
94. HALL, E. T.: *The Hidden Dimension*. Nueva York, Doubleday & Co., 1966.
95. KIEV, A. (ed): *Magic, Faith, and Healing*. Nueva York, Free Press, 1964.
96. MURPHY, J. M.: *Psychotherapeutic aspects of shamanism on St. Lawrence Island. Alaska*. Ibid. (53-83).
97. PRINCE, R.: *Indigenous Yoruba Psychiatry*. Ibid. (84-120).
98. KREISMAN, J. J.: The curandero's apprentice: a therapeutic integration of folk and medical healing. *Am. J. Psychiatry*, 132:81-83, 1975.
99. RUIZ, P.; LANGROD, J.: Psychiatry and folk healing: a dichotomy? *Am. J. Psychiatry*, 133:95-97, 1976.
100. PATTISON, E. M.: Psychosocial interpretations of exorcism. *Journal of Operational Psychiatry* 8:5-21, 1977.
101. SPIEGEL, J. P.: Some cultural aspects of transference and counter-transference, en *Science and Psychoanalysis*, Vol. 2. Individual and Family Dynamics. Editado por Masserman J. H.. Nueva York. Grune & Stratton. 1959 (160-182).
102. SPIEGEL, J. P.: Cultural aspects of transference and counter-transference revisited. *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 4:447-467, 1976.
103. WESTERMEYER, J.; HAUSMAN, W.: Cross-cultural consultation for mental health planning. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 20:34-38, 1974.
104. HENDRIE, H.; HANSON, D.: A comparative study of the psychiatric care of Indian and Metis. *Am. J. Orthopsychiatry*, 42:480-489, 1972.
105. YAMAMOTO, J.; JAMES, Q. C.; BLOOMBAUM, M. Y COLS.: Racial factors in patient selection. *Am. J. Psychiatry*, 124:630-636, 1967.

106. WALLACE, A.F.C.: *Culture and Personality*. Nueva York. Random House, 1970.
107. WILLIAMS, T. R. (ed): *Psychological Anthropology*. Chicago. Aldine Publishing Co., 1976.
108. HONIGMANN, J. J.: Personality in culture, en *Main Currents in Cultural Anthropology*. Editado por Naroll R., Naroll F. Nueva York, Appleton-Century-Crofts. 1973 (217—245).
109. HONIGMANN, J. J.: The personal approach in cultural anthropological research. *Current Anthropology*, 17:243-262, 1976.
110. GLICK, L. B.: Medicine as an ethnographic category: the Gimi of the New Guinea Highlands. *Ethnology*, 6:31-56, 1967.
111. FOSTER, G. M.: Disease etiologies in non-Western medical systems. *American Anthropologist*, 78:773-782, 1976.
112. PIKE, K.: *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*. La Haya, Mouton, 1966.
113. SILVERMAN, S.: An ethnographic approach to social stratification. *American Anthropologist*, 68:899-921, 1966.
114. BERRY, J. W.: On cross-cultural comparability. *International Journal of Psychology*, 4:119-128, 1969.
115. GOODENOUGH, W. H.: *Description and Comparison in Cultural Anthropology*. Chicago. Aldine Publishing Co., 1970.
116. CAMPBELL, D. F.: Reforms as experiments. *Am. Psychol.*, 24:409-429, 1969.
117. NAROLL, R.: Holocultural theory tests, en *Main Currents in Cultural Anthropology*. Editado por Naroll, R., Naroll F. Nueva York. Appleton-Century-Crofts. 1973 (309-384).
118. MURDOCK, G. P. (ed.): *Outline of World Cultures*. 5a. ed. New Haven, Human Relations Area File Press, 1975.
119. MURDOCK, G. P. Y COLS. (eds): *Outline of Cultural Materials*, 4a. ed. New Haven. Human Relations Area File Press, 1971.
120. MURDOCK, G. P.: *Ethnographic Atlas*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1967.
121. MURDOCK, G. P.: *Social Structure*. Nueva York, Free Press. 1965.
122. VERMEULEN, C.J.J.; DE RUIJTER, A.: Dominant epistemological presuppositions in the use of the cross-cultural survey method. *Current Anthropology*, 16(1):29-52, 1975.
123. TRIANDIS, H. C.: *The Analysis of Subjective Culture*. Nueva York. John Wiley & Sons, 1972.
124. CAMPBELL, D. T.: Social attitudes and other acquired behavioral dispositions, en *Psychology: A Study of a Science*. Editado por Koch S. Nueva York, McGraw-Hill Book Co., 1963 (94-172).
125. OPLER, M. E.: Themes as dynamic forces in culture. *American Journal of Sociology*, 51:198-206, 1945.
126. KLUCKHOHN, F. R.; STRODTBECK, F. L.: *Variations in Value Orientations*. Nueva York, Harper & Row. 1961.
127. MAZER, M.: *People and Predicaments*. Cambridge, Harvard University Press, 1976.
128. KENNEDY, J. G.: Cultural psychiatry, en *Handbook of Social and Cultural Anthropology*. Editado por Honigmann, J. J. Chicago, Rand McNally, 1973 (1119-1198).