

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

CONOCIMIENTO Y USO DE LOS SINDROMES DEPENDIENTES DE LA CULTURA EN DOS HOSPITALES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Guido Pablo Korman y Cristian Javier Garay.

Cita:

Guido Pablo Korman y Cristian Javier Garay (2004). *CONOCIMIENTO Y USO DE LOS SINDROMES DEPENDIENTES DE LA CULTURA EN DOS HOSPITALES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/33>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/vwb>

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

53 - CONOCIMIENTO Y USO DE LOS SINDROMES DEPENDIENTES DE LA CULTURA EN DOS HOSPITALES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autor/es

Guido Pablo Korman, Cristian Javier Garay,

Institución que acredita y/o financia la investigación

Centro Argentino de Etnología Americana (unidad ejecutora independiente del CONICET)

Resumen

En este trabajo, los autores analizan el uso de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Trastornos Mentales (DMS-IV) en la atención de la salud pública del área metropolitana, donde se atiende a una población culturalmente diversa. En dos hospitales públicos del área metropolitana, los autores explorarán los conocimientos de los profesionales de la salud mental (restringiendo la muestra a residentes de psicología clínica y psiquiatría) acerca de la categoría “ síndromes dependientes de la cultura” . Con el fin de discutir el rol de esta categoría en los hospitales públicos, se examinarán los datos relevados.

Resumen en Inglés

In this paper, the authors analyses the use of the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) at the public health center of the Metropolitan Area where a pluricultural population is attended. In two public hospital of the Metropolitan Area, the authors research the knowledge of mental health professionals (restricting the sample to residents of clinical psychology and psychiatry) about the category “ cultural bound syndromes” . In order to discuss

the role of this category in the public health hospitals, the authors examines the collected data.

Palabras Clave

Diagnóstico, Cultura, DSM, Hospital

Introducción

Durante mucho tiempo se pensó que las nociones de la psicología y de la psiquiatría occidental eran universales y, por ende, sus terapéuticas aplicables a los hombres de cualquier sociedad con total independencia de las representaciones culturales. Incluso, podría afirmarse que en el ámbito de las enfermedades mentales sólo las teorías psicológicas y psiquiátricas occidentales eran juzgadas como terapéuticas y oportunas.

Dicha perspectiva fue objetada por diversos autores, entre los que vale la pena mencionar a Deleuze & Guattari (1985) quienes hablan de la colonización de Edipo para dar cuenta de la imposición de determinados modelos -tanto psicológicos como políticos y económicos- en los modos de organizar la realidad de diferentes culturas. Más específicamente, trabajos como los de Marsella demuestran el peso del etnocentrismo en la atención psicológica y psiquiátrica (Marsella, 1998 a y b). En el mismo sentido, Th. Szasz (1961) argumentó que el concepto de enfermedad mental no resulta de la observación, sino de la función que cumple tal categoría como herramienta de *control social*. Este último concepto, refiere a la impronta que se deja en los individuos durante su educación y la formación de sus personalidades, proceso a través del cual el sistema social ordena, disciplina y reproduce los mecanismos de control.

Es decir, control social, factores psicosociales, disciplinamiento, historia, creencias sociales, imposibilidad de comparar casos y procesos de cura en las diversas

sociedades a partir de premisas occidentales, son las críticas realizadas a las ideas de inconsciente estructural-universal y de determinación biológica absoluta.

En el contexto de esta crítica, el desarrollo de la antropología médica ha mostrado los problemas emergentes en la atención de la salud en contextos interculturales, a saber: a) la existencia de conflictos de índole cultural entre prestadores de los servicios y usuarios (Fernández, 1997; Idoyaga Molina, 1997 y 1998; Luxardo, 1998; Pelegrín, 1998); b) la falta de tratamiento del amplio espectro que la biomedicina segrega (Good, 1987); c) diagnósticos equivocados o parciales en un gran número de consultas hechas en hospitales y centros de salud del tercer mundo (Bannerman, 1983; Twumasi, 1981;).

La antropología médica llama la atención sobre: a) la dimensión sociocultural de la enfermedad (Guattari, 1996; Idoyaga Molina, 1999a y 2000a.; Marsella, 1998a y b); b) la imposibilidad de comparar los taxa vernáculos con los biomédicos (Idoyaga Molina, 2000a y b); c) la necesidad de considerar los recursos tradicionales con que cuentan las diversas sociedades (Fernández, 1997; Morón & Jardines, 1997; Sansebastián & Goicolea, 1997); d) la complejidad de los conceptos en torno a la salud y a la enfermedad que implican nociones sobre el cuerpo, las entidades que integran la persona (almas, nombre, imagen refleja, etc.), etiologías sociales – (envidia, brujería, etc.) y míticas (acciones y castigos de las deidades, violación de tabúes) y prácticas terapéuticas que involucran la manipulación de lo sagrado (Idoyaga Molina, 2000a y b); e) el papel de las representaciones culturales en la valoración de las prácticas terapéuticas propias y ajenas (Idoyaga Molina, 1999a y 2000a). En síntesis, la antropología médica considera que la noción de enfermedad y la praxis terapéutica son construcciones sociales.

El sistema DSM

El DSM-IV constituye uno de los más amplios, flexibles y utilizados sistemas de clasificación diagnóstica en la mayoría de las sociedades occidentales. Prueba de su aceptación es el uso por parte de diversos profesionales (biomédicos,

psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros, etc.). En el contexto de la Ciudad de Bs. As., la clasificación que debiera utilizarse por la Ley de Salud Mental es la CIE-10. Sin embargo, habitualmente de ella sólo se toman los códigos que correlativos con el DSM-IV.

Dado que las representaciones y prácticas relativas a la enfermedad y a la terapia varían según las diversas sociedades, entendemos conveniente decir que la utilización del manual es limitada a la hora de utilizarse para diagnosticar al otro cultural. Pese a ello, presenta grandes ventajas a comparación con otros sistemas debido a que muchos de estos otros ni siquiera incluyen variables culturales.

El DSM-IV (APA, 1995) se orienta hacia la búsqueda de una gran cantidad de información cuyo objeto principal es la de constituirse en una herramienta útil que permita el diálogo entre los distintos profesionales del campo de la salud. Apunta a ofrecer categorías diagnósticas amplias y flexibles que puedan dar cuenta de la totalidad de cuadros que se presentan a los profesionales en la atención de la salud, teniendo en cuenta la diversa formación de los mismos, la que incluye desde biomédicos hasta asistentes sociales, pasando por la extensa gama de orientaciones y teorías que representan los psicoterapeutas en la actualidad.

Para definir la enfermedad, el DSM-IV recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos. De acuerdo al manual se trata de un síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. Cualquiera sea la causa, debe entenderse el trastorno como la manifestación individual de una disfunción de comportamiento, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej. político o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que sean síntomas de una disfunción (APA, 1995: XXI).

La definición propuesta, aceptando las perspectivas de otras culturas sobre qué tipo de experiencias pueden definirse como normales, constituye un claro avance en el área pues deja fuera de su campo a numerosos fenómenos culturales que previamente habían sido clasificados como enfermedades mentales. Esto se refiere a experiencias y conocimientos ligados a las prácticas shamánicas y curanderiles, a la relación entre el individuo y sus auxiliares, así como a las visiones, las experiencias de lo sagrado, las extáticas, las oníricas y, en general, a las experiencias en estado alterado de conciencia.

Los Síndromes Dependientes de la Cultura en el DSM-IV

En lo que hace a la dimensión cultural, el DSM-IV consta de tres tipos de información relacionada con aspectos culturales: “ 1) Una discusión sobre variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM-IV. 2) Una descripción de los síndromes relacionados con la cultura y no incluidos en el DSM-IV (...) 3) Directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el impacto del contexto cultural del individuo ...” (APA, 1995: XXIV). Incluso agrega que la valoración diagnóstica puede constituir un reto cuando un psicoterapeuta usa el DSM-IV para evaluar pacientes pertenecientes a otros grupos étnicos. Un terapeuta que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia habituales en la cultura del entrevistado. El DSM-IV incluye una guía sobre aspectos culturales, utilizada para aclarar y aplicar los criterios diagnósticos en contextos pluriculturales: “ La formulación cultural permite una revisión sistemática del conocimiento cultural del individuo, el papel del contexto cultural en la expresión y evaluación de los síntomas y disfunciones, y el efecto que las diferencias culturales puedan tener en la relación entre el individuo y el clínico” (APA, 1995: 863).

A continuación se señalan los elementos que deben ser tomados en cuenta, según el DSM-IV, para poder describir sistemáticamente el grupo cultural y social de referencia, para lo cuál sugiere un resumen de los siguientes aspectos: a)

Identidad cultural del individuo -pertenencia étnica o cultural de referencia, implicancia de la cultura de origen, entre otros aspectos-; b) explicaciones culturales de la enfermedad individual - atribución y significado de los síntomas del individuo en relación con las normas del grupo cultural de referencia, la forma de comunicar el malestar y preguntas por la etiología que discriminan por ejemplo entre posesión de espíritus, quejas somáticas, mala suerte inexplicable, etc.; c) factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de actividad - interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social- ; d) elementos culturales de la relación entre el individuo y el clínico - dificultades para entender la causa o los síntomas o comprender su significado cultural y/o diferencias de estatus cultural y social entre el individuo y el clínico -; e) la evaluación cultural global para el diagnóstico y la asistencia - una discusión sobre como las consideraciones culturales influyen en la comprensión diagnóstica del paciente -.

En el apartado que lleva por título “ Glosario de síndromes dependientes de la cultura (SDC)” se describen veinticinco síndromes, muchos de los cuales puede definirse como taxa vernáculos presentes en varias sociedades. El término SDC denota “ patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadores, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar o no relacionados con una categoría diagnóstica del DSM-IV. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como “ enfermedades” o por lo menos como causas de sufrimiento y la mayoría se conocen por nombres locales” . Los SDC se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones. Se diferencian, por lo tanto, de los cuadros clínicos de las principales categorías del DSM-IV, las que de acuerdo al manual se encuentran en todo el mundo, aunque puedan variar los síntomas particulares, el curso y la respuesta social a la enfermedad en virtud de la influencia de factores culturales locales (APA, 1995: 864). Esta distinción entre influencia y determinación de la cultura no parece feliz ya que en todas las sociedades, las ideas sobre la enfermedad, los sistemas diagnósticos, los tratamientos terapéuticos y las instituciones para atender la salud son parte de la

cultura, en cuanto nociones, valores, prácticas y redes sociales que se ponen en movimiento y dan significados social a la atención de la enfermedad. Sin embargo, consideramos un avance, pese a sus limitaciones, la utilización del manual como elemento diagnóstico debido a la aparición de la relación cultura-enfermedad cómo un área problemática.

Método

Es alentador, pese a las limitaciones, que el manual preste atención a la cultura del paciente a la hora de realizar el diagnóstico y concretar el tratamiento; es por ello que centramos nuestra encuesta en relación con las siguientes preguntas: ¿Diagnostica usted con el DSM IV? ¿Conoce usted el término SDC del manual DSM-IV? ¿Alguna vez diagnosticó un SDC? ¿Conoce usted cuáles son las enfermedades tradicionales en la Argentina que aparecen en el manual DSM-IV? Esta encuesta se aplicó a 45 residentes de psicología clínica y de psiquiatría, de 1º a 4º año, de dos hospitales públicos del área metropolitana (uno polivalente y otro monovalente de salud mental). No se incluyó personal de planta del hospital (aunque se proyecta hacerlo en otro estudio). La edades de los profesionales van de 24 a 35 años. Excepto un residente, todos se graduaron en la Universidad de Bs. As..

Resultado

De los 45 entrevistados, uno se negó a realizar la encuesta. De los 44 restantes, 30 (68.18%) utilizan el DSM como sistema de clasificación diagnóstico. Catorce (31.81%) utilizan categorías psicoanalíticas, psicodinámicas o provenientes de autores clásicos de la psiquiatría (entre los que podemos resaltar a Leonhard, 1999). De los utilizan el DSM, solamente dos (4.54%) conocen la categoría, y uno de ellos refiere haber usado el término SDC en un caso clínico. Ninguno de los entrevistados (0%) conoce las enfermedades tradicionales en la Argentina que aparecen en el DSM-IV (a nuestra consideración, de los SDC, sólo consideramos el susto, el ojeo y los nervios) (1).

Discusión

El DSM-IV es un adelanto en cuanto trae el tema de la cultura como variable a considerar en la atención de la salud. Es, sin embargo, una herramienta subutilizada en el país

Dado que la atención de la salud pública implica a contextos interculturales en forma cada vez más creciente, los profesionales de la salud, deberían contar con una formación mínima en antropología cultural que les permitiera solicitar el asesoramiento adecuado en los casos que lo requirieran.

Es de notar que, sólo en la Argentina, los taxa tradicionales en las sociedades campesinas —de origen europeo o mestizas—superan ampliamente los síndromes descriptos en el manual. Por lo que podemos pensar que la información respecto a otras concepciones de la enfermedad y la terapia es llamativamente escasa.

Pese a las buenas intenciones que guían las recomendaciones del DSM-IV, es claro que en la práctica psicoterapéutica es casi imposible llevarlas a cabo ya que en nuestro medio, como en muchos otros, los profesionales biomédicos, sus asistentes y aun los psicoterapeutas carecen de entrenamiento en el análisis cultural, que son cruciales para proporcionar un diagnóstico adecuado de muchos de los pacientes que tratan.

El poco conocimiento que poseen los profesionales de la salud referidos a la cultura del paciente, o sobre su medio ambiente, no son faltas del manual sino de la práctica psicoterapéutica en nuestro medio. Esto puede responder al ejercicio de relaciones de poder entre usuarios y profesionales, a la organización y a el diseño de las instituciones de salud, y a los modelos avalados por las tradiciones académicas. Diferentes factores parecen incidir en que no sea la cultura del usuario lo que se enfoca en la atención de la salud. En este sentido, el uso y generalización del manual —a pesar de las limitaciones con que se lo utiliza— implica una ruptura respecto del poder ejercido por los sistemas diagnósticos previos en la explicación y tratamiento de las dolencias y que no consideran la incidencia de las representaciones culturales en su tratamiento.

Conclusión

De algún modo, las diferencias culturales vuelven de poca utilidad a los conocimientos que el psicoterapeuta lleva consigo, cuando se trata de asistir a pacientes de otras culturas. Como han señalado distintos autores, y lo sugiere este estudio, muy pocos de los profesionales de la salud están entrenados en el manejo de claves culturales, lo que redundaría en escasa calidad del servicio psicoterapéutico y biomédico en general.

Notas

1. Para mayor información remitirse a Idoyaga Molina & Korman (2002 y 2003).

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA) (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Bannerman R. H., Burton J., & Wen-Chieh (comps.) (1983): *Traditional medicine and health care coverage*. Geneva: World Health Organization.

Cooper R. (2004): What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15(1): 5-25.

Deleuze G. & Guattari F. (1985): *El AntiEdipo*. Barcelona: Paidós.

Fernández, M (1997): La articulación de la medicina académica con la tradicional como estrategia de salud. En: *Etnomedicina Vol. II*. Naranjo, P. y A. Crespo compiladores. Quito: ABYA-YALA, UNICEF y Universidad Andina S.Bolívar.

Garay C. & Korman G. (1996): El AntiLatinoamericano, noviembre, *La nave*, II, 11.

Good C. (1987) *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press.

Guattari F. (1996) : Caosmosis. Bs. As.: Manantial.

Idoyaga Molina A. & Korman G. (2002): Alcances y límites de la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires. Scripta Ethnologica, Vol. XXIV.

Idoyaga Molina, A. (1997): Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women. Anthropology and Medicine, 4 (2).

Idoyaga Molina A.(1998) Núcleos de conflicto entre la medicina científica y las medicinas tradicionales en la Argentina. The intercultural journal of Intercultural Studies. Vol.25.

Idoyaga Molina A. (1999a): La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). Scripta Ethnologica, Vol. XXI.

Idoyaga Molina A. (1999b): El simbolismo de lo cálido y lo frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre criollos de San Juan (Argentina). Mitológicas, Vol. XIV.

Idoyaga Molina A. (2000a): La calidad en las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. Scripta Ethnologica, Vol. XXII.

Idoyaga Molina A. (2000b): Natural and Mythical Explanations on the taxonomies disease in Northwestern Argentina (NWA). Acta Americana, 8 (1).

Idoyaga Molina A. & Korman G. (2003): Síndromes dependientes de la cultura (DSM-IV) en el NOA (Noroeste Argentino). En X Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología. Psicología, Sociedad y Cultura.

Kalinsky B. & Arrúe W. (1996): Claves Antropológicas de la Salud. El conocimiento en una realidad intercultural. Bs. As.: Miño y Dávila Editores.

Leonhard K. (1999): Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada. Bs. As.: Polemos.

Luxardo, N (1998): El Cientificismo y las modalidades de atención en los centros de salud del Gran Buenos Aires. Scripta Ethnologica, XX.

Marsella A. (1998a): Urbanisation, mental health, and social development. American Psychologist, 53.

Marsella A. (1998b): Toward a " Global-community psychology" . American Psychologist, 53 (12).

Morón & Jardines (1997): La medicina tradicional en las universidades médicas. En: Etnomedicina Vol. II. Naranjo, P. y A. Crespo compiladores. Quito: ABYA-YALA, UNICEF y Universidad Andina S. Bolívar.

Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la clasificación CIE10 (2000). Panamericana: Madrid.

Pelegrín J. (1998): Don Rafael: Brujo por decisión sobrenatural y enfermero por circunstancia. *Kallawaya*, 5.

Sansebastián M. & Goicolea I. (1997): Promotores de salud comunitarios. Una alternativa en la Amazonia ecuatoriana. En: Etnomedicina Vol. II. Naranjo, P. Y A. Crespo Compiladores. Quito: ABYA-YALA, UNICEF y Universidad Andina Simón Bolívar.

Szasz Th. (1961): The myth of mental illness. New York: Hoeber-Harper.

Twumasi P.A. (1981): Colonialism and international health; a study in social change in Ghana. Social Science and Medicine, 15B.