

## ALGUNOS ASPECTOS CULTURALES DE LA REHABILITACION PSIQUIATRICA\*

Por JOSE D. ARANA.

### RESUMEN

*Los factores culturales influyen en los aspectos clínicos de la rehabilitación psiquiátrica. Por ejemplo, la evaluación de la incapacidad del paciente, el pronóstico de una enfermedad crónica, y la conceptualización de ciertas deficiencias funcionales como la competencia social y la capacidad de empleo. Los pacientes pueden lograr éxitos más duraderos si los programas de rehabilitación son congruentes con sus valores culturales, especialmente aquellos relacionados al funcionamiento social y laboral.*

### SUMMARY

*Cultural factors appear to influence several clinical aspects of psychiatric rehabilitation. For example, the assessment of the patient disability, the long term outcome of chronic illnesses, and the conceptualization of certain functional deficits such as social competence and employment capacity. Patients may hope for more lasting success with rehabilitation programs congruent with their cultural tenets, especially those related to social and occupational functioning.*

**PALABRAS - CLAVE:** Rehabilitación, enfermedad mental crónica, psiquiatría transcultural.

**KEY WORDS:** Rehabilitation, chronic mental illness, cross-cultural psychiatry.

---

\* El presente artículo fue resumido y traducido del inglés por el Dr. Ovidio De León, a partir de un original que estaba listo para su publicación.

## INTRODUCCION

El encuentro con un enfermo mental que pertenece a una cultura diferente presenta dificultades importantes y es de esperar que su rehabilitación no esté exenta de ellas. Los clínicos exhiben sus prejuicios culturales en tales encuentros cuando evalúan la funcionalidad del paciente crónico para emprender su rehabilitación psicosocial. Lo anterior es evidente al observar que la evaluación de la capacidad funcional del paciente, matizada por los valores culturales, incide en la decisión de hospitalizarlo.<sup>2</sup> En el caso de los incapacitados físicos, los factores étnicos influyen en la aquiescencia del enfermo a los esfuerzos de rehabilitación y se presentan discrepancias entre pacientes y profesionales cuando se trata de alcanzar un objetivo vocacional. No obstante, debemos abstenernos de estereotipar los grupos culturales e identificar, en cambio, las variadas respuestas personales a la incapacidad psiquiátrica del mismo modo que ocurre con la incapacidad física.

Algunas observaciones sugieren cierta relación entre la funcionalidad de los pacientes y el medio ambiente, incluido en éste las variables culturales. Entre ellas tenemos, la influencia de los factores culturales en el proceso diagnóstico, la relación entre los factores culturales en el proceso diagnóstico, la relación entre los factores culturales y la evolución de las enfermedades mentales crónicas, y la importancia de la cultura en la noción misma de la incapacidad, incluyendo las normas de competencia social. Gran parte de la discusión que sigue será especulativa y teórica ya que a pesar de la importancia del tema, se cuenta con pocas investigaciones que lo documenten.

## CULTURA Y EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD

Cuando insertamos la queja del paciente dentro de las categorías diagnósticas oficiales, la ideología profesional puede aprehender erróneamente la experiencia de aquél. Por lo tanto, todo esfuerzo diagnóstico debe incluir un intento sistemático por aprehender el significado que tiene para el paciente su "anormalidad".<sup>10</sup> Las actitudes y creencias del sujeto dan sentido a sus síntomas, y el encuentro con el clínico produce, según EISENBERG,<sup>6</sup> una "mitopoiesis compartida", a medida que este último inicia su propia búsqueda del significado. De esta manera lo que es relevante para el paciente puede quedar excluido de la formulación diagnóstica.

El fenómeno psicopatológico evoca poderosas reacciones valorativas, y el peligro de imponer tales valores es mayor cuando existe una disparidad étnica o social entre el paciente y el médico. La observación clínica, como toda observación, es una interpretación a la luz de una teoría, la cual puede añadir un nuevo significado a la experiencia de la enfermedad. Incluso la decodificación de las comunicaciones no verbales puede ser imprecisa, en la medida que su connotación incorpore elementos culturales. El esfuerzo de rehabilitación carente de sensibilidad cultural puede fracasar cuando olvida las sutilezas de la "comunicación ultraconceptual".<sup>4</sup> Esta consideración cobra importancia en las psicosis, cuando la expresión emocional y la retroalimentación no verbal se encuentran notablemente afectadas.

Conceptos sustentados por la cultura acerca del funcionamiento ideal, sean del clínico o del enfermo, dan lugar a

una comprensión inadecuada del deterioro o la preservación de ciertas facultades. GLAZER<sup>9</sup> encontró que observadores independientes tenían expectativas más elevadas acerca del ajuste social que los pacientes y sus familiares. Por tal razón, algunos han propuesto que se confíe en la noción del paciente cuando se establecen las normas que permiten apreciar el mal funcionamiento social; pero olvidan que el paciente, prisionero de sus concepciones etnocéntricas, puede no reconocer sus verdaderas capacidades. Es así como, en ausencia de una evaluación culturalmente informada, pueden crearse expectativas irrelevantes o difíciles de cumplir.

#### *INCAPACIDAD PSIQUIATRICA Y CULTURA*

Cuando John WING<sup>19</sup> consideró las causas de la invalidez, incluyó además de la psicopatología, las consecuencias incapacitantes de los factores ambientales y las reacciones del paciente a sus limitaciones. Observaciones posteriores han confirmado estos conceptos. Se ha encontrado que la evolución del compromiso psiquiátrico en la esquizofrenia, está influida por factores culturales. Varios estudios longitudinales han señalado que en las sociedades no industrializadas los esquizofrénicos parecen tener un mejor pronóstico, incluso en áreas como el funcionamiento social y laboral.<sup>11</sup> Varias hipótesis intentan explicar esta observación, a saber, el mayor apoyo social disponible, los bajos niveles de expresión emocional en las familias, o la mayor tolerancia a la incapacidad laboral que se observa en las sociedades no industrializadas. Parece además que una menor estigmatización, como ocurre en ciertas culturas, permite

una disposición más constructiva hacia la rehabilitación.<sup>17</sup> En tal sentido, los factores culturales pueden afectar positivamente la voluntad del paciente para sobreponerse a su limitación o pueden alimentar los sentimientos de ineptitud personal que lo llevan, aduciendo razones fútiles, al rechazo prematuro e inconciente de un empleo u ocupación.<sup>16</sup> Los factores culturales también afectan las reacciones del sujeto a su compromiso mental. Los sentimientos y la comprensión que tenga el paciente de su enfermedad, así como la retroalimentación que otros le ofrecen, son importantes para el éxito de la rehabilitación. A medida que el individuo crece dentro de un ambiente sociocultural específico, aprende a interpretar su experiencia y a utilizar las respuestas de otros para validar sus vivencias psicopatológicas. Luego de juzgar que su conducta es indeseable, el sujeto procede a autorregular sus síntomas. Podemos presumir que el significado adscrito a su cuestionable conducta, por miembros de un grupo étnico diferente, puede ser culturalmente disonante e interferir con sus propósitos de autorregular sus síntomas. Además, la aceptación y el respecto de otros es importante para el desarrollo de la autoestima. Cuando la disparidad cultural impide esa aceptación y respeto, disminuye la autoestima, y el desprecio por sí mismo lleva a dificultades en el funcionamiento social y laboral.

Las características ambientales regulan la manifestación de las capacidades del paciente. Los ambientes hostiles impiden la expresión plena de la capacidad funcional del individuo. Por otro lado, las dificultades que algunos pacientes experimentan para transferir conductas aprendidas a sus ambientes naturales, pueden ser también la manifestación de una dis-

crepancia en las expectativas. Cuando las expectativas de rehabilitación coinciden con las normas de la comunidad, la adhesión al programa es mucho mayor. Las expectativas discrepantes de la sociedad limitan la capacidad funcional del paciente y el mal funcionamiento social es a veces un mecanismo de protección contra las expectativas extremas de la comunidad.<sup>1</sup> Algunos ambientes sobreprotectores, basados en valores religiosos, promueven la resignación al sufrimiento, erigen barreras que impiden el tratamiento oportuno y evitan que el paciente luche para vencer su incapacidad. El papel social del enfermo, así como sus ambiciones y esperanzas están, al menos parcialmente, determinados por concepciones culturales, y la vivencia de los síntomas es filtrada por tales significados.<sup>7</sup> Es concebible que estos significados puedan indicar la disposición del paciente para funcionar laboralmente.

#### *DEFINICIONES CULTURALES DE LA COMPETENCIA SOCIAL Y LABORAL*

El nivel de competencia social y la capacidad para mantener un empleo son aspectos que se toman en cuenta con frecuencia para establecer la funcionalidad del paciente crónico. Los factores culturales influyen en la conceptualización de estos aspectos y en la implementación subsecuente de las medidas de rehabilitación.

Además, la competencia social no es un fenómeno estático sino cambiante, sujeto a los altibajos del curso de la enfermedad. Dicho concepto no tiene una definición universal, pero se le relaciona con "el funcionamiento interpersonal adecuado y la ejecución apropiada de las tareas y funciones sociales".<sup>13</sup> Las defini-

ciones de tal adecuación y propiedad dependen de los valores étnicos y de la orientación cultural que organiza el concepto de cómo deben ser las cosas.<sup>8</sup>

Sin embargo, en ausencia de una comprensión precisa de cómo la cultura y la competencia social se relacionan, el adiestramiento en habilidades sociales tiende a concentrarse en cambios topográficos en el individuo, en lugar de cambios basados en la interacción entre individuo y ambiente. Esto ha sido así, aun cuando la cultura afecta algunos parámetros de la competencia social, tales como los patrones de relacionarse. Por ejemplo, algunos aspectos de la "personalidad protestante"<sup>5, 18</sup> pueden estar relacionados a ciertas tendencias hacia la auto-suficiencia y la privacidad con mayor énfasis que en grupos culturales que sustentan otras orientaciones espirituales. Se ha observado que la disponibilidad de apoyo social facilita los esfuerzos de rehabilitación.<sup>3</sup> Dicho apoyo puede estar basado en valores espirituales y ser prevalente en ciertos grupos culturales, por ejemplo, los hispanos que generalmente valoran la moralidad de la solidaridad. En este sentido, cuando hay un apoyo público generalizado por las actividades de rehabilitación, tal solidaridad contribuye positivamente al éxito de aquélla.

De acuerdo a la literatura, una buena historia laboral predice un buen pronóstico. No obstante, ciertos grupos culturales,<sup>14</sup> inmersos en status socioeconómicos bajos, aumentan su posibilidad de experimentar dificultades laborales serias. En algunos casos la pobreza no deja sino la alternativa de trabajar. Trabajar por necesidad puede no conducir a la sublimación y la satisfacción, lo que frustra el éxito laboral.

El empleo es una variable crítica para evaluar la mejoría del paciente. En el contexto de una diversidad cultural, el sentido del trabajo depende de la orientación normativa del grupo sociocultural hacia el trabajo. Las actitudes y los valores hacia el trabajo varían de una cultura a otra por lo que las propias expectativas laborales del paciente deben tomarse en cuenta. Algunas de estas diferencias culturales incluyen actitudes de poder y autoridad. Por ejemplo, para la mayoría de los norteamericanos el trabajo es una medida de virtud y de valor, y es a través de las funciones laborales como la gente encuentra significado a su vida.

La capacidad laboral adecuada confiere al paciente psiquiátrico un status como miembro productivo y activo de la comunidad. De modo inverso, la incapacidad para trabajar en sociedades donde la lógica de la comodidad predomina puede tener una connotación negativa para el individuo. Dentro de un marco cultural que valora la productividad, los esfuerzos de rehabilitación pueden ser menos exitosos cuando el paciente está rodeado por un ambiente tolerante a su ajuste marginal. Por el contrario, cuando la cultura proporciona una mayor aceptación de la dependencia del paciente y cuando la distinción entre el paciente y los miembros funcionalmente independientes de la comunidad se borra, la transición a una vida comunitaria productiva puede ser más fructífera. Los pacientes estarán más dispuestos a trabajar en un ambiente permisivo y protector y menos propensos a experimentar una sensación de marginalidad e inseguridad. A pesar de que la psicopatología afecta la capacidad de trabajo los factores culturales juegan un papel indiscutible en el rendimiento laboral.

## CONCLUSIONES

Cuando el clínico y el paciente no pertenecen a la misma cultura, aquél corre el riesgo de imponer sus valores y construir conjeturas acerca de la verdadera capacidad del paciente. La cultura puede facilitar cambios en el funcionamiento laboral e interpersonal del paciente de acuerdo a los valores que sustente el grupo. La cultura también proporciona orientaciones normativas de lo que es un funcionamiento adecuado y propio. Con frecuencia la rehabilitación se emprende a partir de modelos que hacen énfasis en la evaluación de la conducta, y los esfuerzos que se dirigen hacia mejorar las habilidades necesarias para vivir en la comunidad, aumentar la capacidad para manejar las tensiones ambientales, y elevar el nivel de ajuste social, se basan en dichos principios. Para algunos pacientes el énfasis exclusivo en técnicas de modificación de la conducta no es suficiente para reconstruir el sentido de funcionamiento autónomo del cual ellos son capaces. Dichas técnicas deben complementarse con la exploración de la referencia cultural del paciente para descubrir las verdaderas capacidades ocultas. En este sentido, KLEINMAN<sup>10</sup> sugiere la exploración del idioma de la comunicación, los códigos de expresión cultural y los patrones culturales que configuran la experiencia de la enfermedad. En la práctica, el examen presupone la atención a cada aspecto de la transacción de rehabilitación, en tanto que el verdadero *locus* de la cultura descansa en el encuentro de los individuos con el mundo de significados que ellos abstraen de estas interacciones.<sup>2</sup> Es posible que enfermedades como la esquizofrenia aniquilen todo vestigio de influencia cultural en algunos pacientes. En otros ca-

sos, no obstante, los rehabilitadores y los pacientes pueden tener más éxito cuando

estas influencias culturales son reconocidas.

### BIBLIOGRAFIA

1. BACH Y RITA, G. (1982): "The mexican american: Religious and cultural influences", In *Mental Health and Hispanic Americans*, R. M. Becerra, M. Kamo & J. L. Escobar (Eds.), Grune & Stratton, New York.- 2. BRODY, E. B. (1981): "The clinician as an ethnographer: A psychoanalytic perspective on the epistemology of fieldwork", *Cult. Med. Psychiat.* 5: 273:301.- 3. BUDSON, R. D. & JOLLEY, R. E. (1978): "A crucial factor in community program success: The extended psychosocial kinship system", *Schizop. Bull.* 4: 609-621.- 4. CAMERON, D. E. (1958): "Ultraconceptual communication". In *Psychopathology of Communication*, P. Hoch & J. Zubin (Eds.), Grune & Stratton, New York.- 5. DURKHEIM, E. (1965): "The Elementary Forms of Religious Life, The Free Press, New York.- 6. EISENBERG, L. (1981): "The physician as an interpreter: adscribing meaning to the illness experience", *Comp. Psychiat.* 22: 239-248.- 7. ESTROFF, S. E. (1988): "Self, identity and subjective experiences of schizophrenia. In search of the subject", *Schizop. Bull.* 15: 189-196.- 8. FABREGA, H. (1989): "The self and schizophrenia: A crosscultural perspective", *Schizop. Bull.* 15: 277-290.- 9. GLAZER, W. M., AARONSON, H. S., PRUSOFF, B. A. et al. (1980): "Assesment of social adjustment in chronic ambulatory schizophrenics", *J. Nerv. Men. Dis.* 168: 493-497.- 10. KLEINMAN, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Los Angeles. 11. LIN, K. M. & KLEINMAN, A. M. (1988): "Psychopathology and clinical course of schizophrenia: A cross cultural perspective", *Schizop. Bull.* 14: 555-567.- 12. MEZZICH, J. E., EVANCZUK, K. J., MATHIAS, R. J. et al. (1984): "Admission decisions and multiaxial diagnosis", *Arch. Gen. Psychiat.* 41: 1001-1004.- 13. MORRISON, R. L. & BELLACK, A. S. (1987): "Social functioning of schizophrenic patients", *Schizop. Bull.* 13: 715-725.- 14. ROGLER, L. H. et al. (1983): *A Conceptual Framework for Mental Health Research on Hispanic Populations* Monograph Nº 10, Hispanic Research Center, Fordham University, New York.- 15. STRAUSS, J. S. (1989): "Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry", *Schizop. Bull.* 15: 179-187.- 16. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE (1968): *Perspectives on Human Deprivation: Biological, Psychological and Sociological*, National Institute of Child Health and Human Development, United States Government Printing Office, Bethesda.- 17. WAXLER, N. E. (1979): "Is outcome from schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka", *S. Nerv. Men. Dis.* 167: 144-158.- 18. WEBER, M. (1958): *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*, Charles Scribner's Sons, New York.- 19. WING, J. K. & MORRIS, B. (1981): *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Oxford University Press, Oxford.