

PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

*Factores culturales en histerias con cuadro clínico
esquizofrénico*

Ponencia: Prof. J. A. BUSTAMANTE

Cumplimos con verdadera satisfacción la encomienda del Comité Organizador del IV Congreso Mundial de Psiquiatría de participar en el desarrollo de este su tercer Teína, "La Psiquiatría Transcultural".

Vamos a utilizar el tiempo de que disponemos en nuestra ponencia para situar nuestro concepto sobre dicho tema, pasando a ofrecer nuestra observación y estudio de un grupo de casos en los que los factores culturales influyen en el mecanismo por el cual en el marco de la histeria se desarrolla un cuadro sintomático correspondiente al síndrome esquizofrénico.

El examen de la temática de los congresos psiquiátricos pone en evidencia que es este tema que no encuentra significativa atención en París, logra apenas algunas incidencias en Zurich, para alcanzar en Montreal, bien de modo directo o a través de la Psiquiatría Social, una expresión más adecuada, no siendo hasta hoy en Madrid que alcanza el nivel de tema fundamental.

En ello han sido nuestras reuniones fiel reflejo de nuestro desarrollo y por tal razón han incorporado de modo consecuente su ascendente expansión.

El marcado progreso de la Psicología Social, por una parte, y de la Antropología Cultural, por otra, han favorecido el nacimiento y desarrollo de la Psiquiatría Cultural.

Las aportaciones de investigadores del medio africano, asiático y americano van destacando su perfil como disciplina y de igual modo establecen una revisión a la universalidad señalada hasta entonces a los patrones europeos.

Las migraciones favorecidas por el desarrollo de los medios de comunicación han de exigir de los diferentes grupos humanos su esfuerzo de adaptación a otros medios culturales muy distintos a aquellos en que nacieron.

El propio devenir histórico ha planteado problemas unas veces en el marco de la colonización y otras en el de las migraciones determinadas por el desarrollo desigual en el campo de la economía, todo lo cual ha unido grupos diversos en un mismo medio o por el contrario ha determinado diferentes niveles de desarrollo en variadas regiones las cuales por tal razón ofrecen muestrarios culturales de muy disímil estructura y complejidad.

Si útil ha sido en múltiples aspectos y campos del conocimiento humano el

desarrollo de la Psicología Social y la Antropología Cultural en el terreno específico de las alteraciones mentales se comienza a recibir su acción favorable.

Debemos por ello afirmar que si bien mucha falta por alcanzar a su metodología y sobre todo a sus instrumentos de investigación, ¹¹⁰ podemos desconocer la serie de aportaciones que, en el terreno de las observaciones clínicas, la epidemiología y las modalidades noso-lógicas nos brindan ya la Psiquiatría Social y la Psiquiatría Transcultural.

Realizando una revisión somera de lo que para nosotros constituyen los puntos más destacados de este movimiento podemos señalar que partiendo de los desarrollos de la Antropología Cultural son estos: La publicación por la Organización Mundial de la Salud del estudio de Carothers sobre el medio africano (1953); el libro de *Marvin Opler "Culture, Psychiatry and Human Values"* (1956); la creación de la Sección de Psiquiatría Transcultural en el Departamento de Psiquiatría de la Me Gilí University (1956); la organización del Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (*Seguía, Dávila y nosotros*, 1957); el libro de *M. Opler "Culture and Mental Health"* (1959); el Primer Congreso Panafricano de Psiquiatría Cultural (1962); los trabajos de *Lambo y Leighton* (1963); el simposio de la Ciba Foundation Transcultural Psychiatry (1965); esta Sesión Plenaria del IV Congreso Mundial de Psiquiatría en Madrid (1966); la publicación regular de la *Transcultural Psychiatry Research Review and Newsletter* por *Wittkower* en la Me Gilí University, y el *International Journal of Social Psychiatry*, de *Joshua Bierer*.

Consideramos con *Russch* (1961) y *Wittkower* (1965) que la Psiquiatría Transcultural es una rama de la Psiquiatría Social con sus específicas tareas y

metodología peculiar que investiga fundamentalmente los efectos que la transcultura produce en el marco de las alteraciones mentales.

Es esta tarea doblemente difícil pues a lo complejo del estudio de dicha transculturación cuando se opera en comunidades desarrolladas se añade el de la propia nosología psiquiátrica aún en proceso de revisión en muchos aspectos.

La carencia de instrumentos de investigación adecuados a la compleja estructura social de comunidades muy desarrolladas ha enlentecido el prometedor aporte de la Psiquiatría Transcultural, todo lo cual nos bahía de la necesidad de esforzarnos para lograr el desarrollo de nuestra metodología y de los instrumentos de investigación para alcanzar niveles que corresponden a nuestras aspiraciones. En tal sentido queremos dejar constancia de que el grupo de la Me Gilí University lia representado y representa en los últimos tiempos el más consecuente y organizado empeño hacia tal logro.

En relación con la denominación transculturación, es término que ha venido a incorporarse al uso común recientemente.

La palabra sajona "acculturation" fue usada por *Poivell* (1889) para más tarde quedar opacada por *Boas* al usar el término diseminación y posteriormente en el siglo xx por el de difusión.

Las variantes de tales conceptos obligan a una aclaración la cual se produce por el Comité del Consejo de Investigaciones de las Ciencias Sociales (1935), en la cual queda fijada la definición de "acculturation" en los términos siguientes: "La aculturación comprende aquellos fenómenos que resultan donde los grupos de individuos que tienen culturas diferentes toman contacto continuo de primera mano, con

los consiguientes cambios en los factores de la cultura originados de uno de los grupos o de ambos”.

El investigador cubano don *Fernando Ortiz* (1940) utiliza por primera vez la palabra transculturación y en relación con la misma nos dice: “Soy de la opinión que la palabra transculturación expresa mejor las diferentes fases del proceso de transición de una cultura a otra, a causa de que esta no consiste meramente en la adquisición de otra cultura, que es lo que implica la palabra inglesa “acculturation”, sino que este proceso comprende también necesariamente la pérdida o el arrancar de raíz una previa cultura, la cual sería definida como deculturación. Además de este lleva consigo la idea de la creación consiguiente de los nuevos fenómenos culturales lo cual será llamado neoculturación”.

XI. Herkovits (1951) en su libro “El hombre y sus obras: la Ciencia de la Antropología Cultural”, nos dice que “de no estar tan firmemente fijada la palabra “acculturation” en la literatura antropológica podría usarse transculturación creada por el doctor cubano *Fernando Ortiz*”.

Durante un tiempo esta palabra propuesta por *Fernando Ortiz* es usada en los medios de habla española como traducción de la inglesa “acculturation” imperante en los medios antropológicos, pero de modo insensible en los últimos años es incorporada al inglés y así vemos que tanto el uso de transculturación como de transcultural se extiende y sustituye a “acculturation”. Es así como nuestro grupo se denomina Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales, la revista de la *McGill University* se denomina *Transcultural Psychiatric Research Review and Newsletter*, y el último simposio de la

Ciba Foundation (1965) se denomina *Trans-cultural Psychiatry*.

En este simposio *Wittkower* (1965) en su trabajo “Recientes desarrollos de la Psiquiatría Transcultural”, propone que se use el término “*Transcultural Psychiatry*” cuando la observación del investigador científico se extiende de una unidad cultural a otra y el de “cross-cultural” a los aspectos comparativos y contrastantes de la psiquiatría dentro de una determinada unidad. Considerando que ambos son aspectos de la más amplia disciplina *Psiquiatría Cultural* rama de la *Psiquiatría Social* la cual está en relación con los aspectos culturales de la etiología, frecuencia y naturaleza de la alteración mental, así como el cuidado de los enfermos mentales en los límites de una unidad cultural dada.

Para *Fernando Ortiz* pues lo trans-cultural está formado por el doble proceso de deculturación y neoculturación en el tránsito de una cultura a otra como resultado del choque o interacción en un mismo medio de dos o más grupos culturales.

Para *Wittkower* más bien sería la extensión de la observación del investigador científico de una unidad cultural a otra, quedando los otros aspectos en el marco del “cross-cultural”.

Por nuestra parte al crear el Grupo Latino Americano de Estudios Trans- culturales concebimos su dinamismo en ambas direcciones, así los grupos de México, Perú y Cuba realizan estudios de sus problemas nacionales estudiando la interacción que en cada uno de ellos producen las culturas española y africana y española e india, pero de igual modo planeamos la comparación entre los problemas ofrecidos por las tres culturas.

De todos modos creemos que la diferenciación establecida por *Wittkower* (que por otra parte recoge la denominación que en la práctica han establecido los autores) al introducir el concepto de "cross-cultural" es correcta y obedece a una división que surge de las dos variantes de la investigación. Sólo hacemos énfasis en que para nosotros la una como otra forma, esto es, ambas quedan en el marco de la Psiquiatría Transcultural término que debe abarcar todo el amplio campo de las investigaciones culturales, pero creemos oportuno señalar que debemos realizar el ajuste necesario al uso de dicho concepto. En otras palabras, pedimos en relación con lo transcultural lo que en 1935 se hizo con el término "acculturation", esto es, que debe fijarse adecuadamente la definición de transcultural, que en nuestra opinión va extendiéndose a las más variadas zonas, siendo matizada de modo disímil con lo cual puede llegar a perder fijeza y establecer confusión.

El desarrollo de los estudios transculturales y de modo especial de la Psiquiatría Transcultural es problema de nuestros días que se va extendiendo de modo manifiesto de continente a continente, siendo América, Asia y África en donde ha alcanzado mayor difusión,¹¹⁰ así en Europa y Australia, en las que su avance ha sido muy reducido.

El desarrollo de sus campos de investigación comprende de modo general los siguientes tópicos: 1) total frecuencia de alteraciones mentales; 2) frecuencia selectiva de entidades nosológicas y de síntomas; 3) naturaleza de los síntomas; 4) tratamiento; 5) actitud de la comunidad frente a los enfermos mentales.

Podemos no obstante hacer una síntesis que tomando los variados aspectos que acabamos de consignar nos ofrece des

grandes direcciones: el estudio epidemiológico por una parte y el clínico antropológico por otro.

Tanto uno como otro utilizan los métodos e instrumentos que en el momento actual posee la disciplina, creados por los investigadores sobre la marcha y aún en permanente revisión.

En este sentido vemos como el grupo de Me Gilí orienta sus investigaciones de modo fundamental incluido en la primera modalidad. De igual modo investigadores norteamericanos, africanos y asiáticos siguen idéntica proyección.

Nosotros hemos orientado nuestros esfuerzos en la segunda modalidad y ello lo atestiguan muchos de los trabajos que hemos publicado. De modo idéntico gran número de investigadores de diferentes latitudes prosiguen esta dirección.

Creemos que aun cuando el esfuerzo de todos va produciendo en el campo que ocupa nuestra atención claridad y avance en los conceptos, muchos son los aspectos que necesitan la acción conjunta no sólo de psiquiatras, sino de antropólogos, trabajadores sociales y otros técnicos.

En Zurich hubimos de realizar una reunión paralela al Congreso los que dedicándonos a estas disciplinas asistimos al mismo. Más tarde en Montreal bajo la llamada de *Wittkower* realizamos idéntico esfuerzo.

Creo que en ambas reuniones cambiamos impresiones, nos conocimos mejor, pero poco hubo de adelantarse. Todos creyeron que debía esperarse para una etapa posterior en que las condiciones facilitarían una acción más concreta.

Creemos que es esta una nueva etapa que a nuestro desarrollo corresponde si recordamos que de París, casi sin expe

sión, y Zurich, con bajas aportaciones, pasamos a Montreal en que a través de la

Psiquiatría Social surge el tema con toda claridad, llegamos a Madrid que le da rango de tema fundamental.

Los problemas que aquí exponemos y los que nuestro desarrollo ha fijado tienen que ser abordados en forma ya organizada y por ello hacemos una proposición. Creemos que la Asociación Psiquiátrica Mundial debe en todos los aspectos que requieren apoyo en su desarrollo y en los que se imponga aclaración en algunos de sus aspectos convocar a sus miembros especializados en tal materia y constituir subcomités encargados de promover dicho desarrollo.

Por todo ello repetimos debe constituirse un Subcomité o Comisión de Psiquiatría Transcultural bajo el control del Comité Ejecutivo de la Asociación Psiquiátrica Mundial, o convocarse una conferencia de Psiquiatría Transcultural bajo los auspicios de la Asociación Psiquiátrica Mundial.

Como señalamos anteriormente, hemos orientado nuestra actividad dentro de la Psiquiatría Transcultural al estudio de las modalidades que en los cuadros nosológicos crea en nuestro medio la influencia de culturas europeas y africanas.

Hemos querido por ello una vez revisado el tema objeto de nuestra atención y señalando nuestra posición frente al mismo, así como nuestra sugerencia de algunas medidas que han de operar en beneficio de su propio desarrollo, pasar a exponer el producto de nuestra actividad en el medio cubano, país en desarrollo que ofrece los efectos de la transculturación operada entre la cultura española (europea) y la cultura yoruba (africana) y que es a su vez en el momento actual laboratorio de transformaciones.

Pasamos pues a exponer nuestra observación y análisis de un grupo de casos

cercano a los 200 y que representan el resultado de nuestra observación a lo largo de veinte años, pero que por haber sido protocolizados de modo adecuado y seguidos posteriormente nos vamos a referir a 127.

Se trata de enfermos que ofrecen un delirio místico o persecutorio que se acompaña de alucinaciones visuales y en muchas ocasiones de delirio de influencia presentando un cuadro de duración no muy prolongada y aparición brusca en la mayoría de los casos. Hemos observado hombres y mujeres de las razas blanca, negra y mestiza, entre 20 y 60 años de edad y de todas las provincias de la República, predominando las mujeres entre 30 y 40 años de la raza mestiza, de la provincia de La Habana y Matanzas. (Véase cuadro en la página siguiente).

Ante un cuadro delirante y alucinatorio de aparición brusca y corta duración el diagnóstico de esquizofrenia surge de modo consecuente. El carácter místico y persecutorio del delirio conduce a la subespecificación de esquizofrenia paranoide. El tipo visual de las alucinaciones si bien es menos frecuente que el auditivo, no por ello deja de estar presente en la esquizofrenia paranoide, sobre todo en sus estadios precoces.

La aparición brusca y corta duración separan de entrada todas las modalidades delirantes crónicas eliminando pues la parafrenia, la paranoia y las esquizofrenias paranoides de curso crónico.

Resulta imprescindible de modo opuesto diferenciarla de todas las modalidades agudas, terreno en el que las discrepancias entre los autores no ofrece aún en la hora actual una orientación definida.

<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	...	46
	... 33 De 30 a 40 años	59
	De 40 a 50 años	..	16
	De 50 a 60 años		6
<i>Raza</i>	<i>Provincias</i>		
 35 P. del Río	..	10
		..	57
		..	25
		..	15
	Camagüey	5
	Oriente		15

No obstante, podemos hacer un esfuerzo sintético en el que pueden comprenderse las modalidades que reciben reconocimiento por nuestra parte y que son expresión del consenso de opiniones entre los que más han trabajado en este sector.

Las esquizofrenias sintomáticas en las que el síndrome esquizofrénico es desencadenado por un factor exógeno somático y en cuyo seno se han incluido las esquizofrenias de Krisch, las esquizomorfias de Kahn las reacciones esquizofrénicas de Bunke, (llamadas por Cabaleiro Goas Síndrome esquizofrenoides somatógenos), resumen los caracteres señalados por Schneider: a) hallazgos somáticos; b) relación entre los hallazgos somáticos y el proceso; el paralelismo entre los cursos de ambos.

Este tipo de psicosis es en el que Stern ha señalado la presencia de síntomas obligados y facultativos y entre los cuales la obnubilación de la conciencia y el delirio agudo resultan obligados.

Pueden ser eliminadas, pues en nuestros casos no se encuentran factores somáticos de clase alguna.

Las onirofrenias de Meduna quedan también eliminadas pues si bien ofrecen delirios y alucinaciones, su estado a veces confusional y el trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono que les acompaña no aparecen en nuestros casos.

Las psicosis esquizofreniformes de Langfeldt, muy parecidas a las denominadas reactivas, pueden necesitar una mayor discriminación aún cuando el papel desencadenante de factores tóxicos o infecciosos, señalado por algunos autores, las elimina al no ofrecerlo los casos por nosotros estudiados.

Las esquizofrenias agudas, grupo puesto en dudas por Ey al rechazar esta característica en las esquizofrenias, siempre unidas al carácter de cronicidad, bien sea en su curso evolutivo o en brotes, son defendidas por Wyrsh, quien les asigna cuatro modalidades de brotes fundados en las actitudes de la personalidad frente al proceso esquizofrénico señaladas por Mayer-Goass y de las cuales su segunda forma fue tomada en consideración en nuestro diagnóstico diferencial, así como su equivalente, las formas nucleares (esquizofrenias para-noides) de Kleits.

Las esquizofrenias reactivas en las que el síndrome se desencadena ante un conflicto psíquico y que Jaspers califica de desencadenadas, ofrecen los caracteres del cuadro que nos ocupa y oportunidad a su planteamiento diagnóstico.

Per último los "bouffées" delirantes o delirios d'emblée de corta duración y forma delirante y alucinatoria que no dejan huella resultan de difícil diferenciación.

Resumiendo, podemos decir que no se trata de la esquizofrenia sintomática ya que no acompaña a nuestro cuadro factor somático alguno. No es tampoco una onirofrenia de Meduna, por no ofrecer obnubilación de la conciencia ni alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono.

No es una psicosis esquizofreniforme de Langfeldt, por no ofrecer factores desencadenantes.

No es una esquizofrenia aguda de Wyrsh ni una forma nuclear de Kleits, pues en nuestros casos no quedan huellas o defectos lo que el curso posterior pone en evidencia.

La esquizofrenia reactiva o el "bouf fée" delirante resultan las formas en que luce puede encuadrarse nuestro síndrome.

El psicodiagnóstico Miokinético de Mira López y el Test de Rorschach nos ayudan en este último empeño diagnóstico.

El Miokinético no ofrece en ningún caso la característica pérdida de la configuración ni la levogiria acompañada de avance sagital propio del enfoque paranoide.

Por su parte el test de Rorschach en los casos realizados nos refleja una personalidad con tendencia a la reacción disociativa.

Con estos elementos tanto de diagnóstico clínico como de métodos auxiliares revisamos el diagnóstico y proseguimos a la diferenciación más exhaustiva para su definitiva formulación. Nuestro estudio constaba que se trata de reacciones disociativas en las que determinados factores transculturales facilitan la elaboración de un cuadro que como hemos visto resulta a la simple observación indiscutiblemente esquizofrénico.

Debemos añadir para completar el enfoque de nuestros casos que todos se encuentran en relación directa o indirecta con una modalidad religiosa denominada Santería producto transcultural en nuestro medio del sincretismo entre la religión católica y la religión yoruba (africana).

En nuestro país a una cultura básicamente española se unen en su desarrollo histórico las de una serie de grupos africanos lo cual ha producido un largo proceso transcultural que ofrece por una parte la estructura criolla resultante y una serie de modalidades que si bien quedan reducidas a límites moderados no por ello dejan de ofrecer de modo claro su vigencia como sucede con el sincretismo denominado "santería".

La cultura occidental aportada fundamentalmente en la conquista y colonización por España y posteriormente por la influencia inglesa, francesa y norteamericana, sobre todo, modela la estructura cultural cubana. Pero a ella se unen las que aportan los grupos africanos que de las variadas zonas del Golfo de Guinea fueron traídas en esclavitud. Entre otras fundamentalmente influyen los Yorubas, los Semi-Bentús y los Congos o Bantús.

Entre estos grupos africanos se destacan los Yorubas, portadores de una cultura neo-

sudanesa y paleomediterránea sobre la base de una cultura negrítica del oeste. Son los descendientes de los grandes imperios sudaneses que se dirigen hacia la costa en el neolítico, costas habitadas por pueblos paleonegríticos del oeste africano.

Poseedores de un más alto grado de desarrollo y por tanto con una cultura más evolucionada ofrecen también una religión con un panteón más estructurado.

La actitud acogedora de los sacerdotes católicos que siguiendo instrucciones de las autoridades de la Iglesia propician el mantenimiento de sus ritos y creencias, siempre que ingresen en la Iglesia Católica bautizándose y aceptando sus otros sacramentos, explica el por qué la religión Yoruba ¹¹⁰ hubo de desaparecer entre nosotros produciendo por el contrario un sincretismo con la religión católica creando con ello una nueva manifestación religiosa llamada Santería en la que los santos católicos y los dioses Yorubas son fusionados conservando una doble nominación, la del santo católico y la del dios yoruba, y un culto mixto, el santero.

El carácter primitivo de tal modalidad religiosa hace que los creyentes establezcan una estrecha relación con los dioses, lo cual favorece el desarrollo de una vida en la que de modo paralelo la forma mágica del pensar propio de dicha creencia y la normal modalidad del pensar lógico coexisten.

Las creencias manejan las operaciones del pensar en forma mágica y entregan a los que con actitud creyente las incorporan en marco capaz de ofrecer un pensamiento similar al de las alteraciones psicóticas, pero que no calificamos así por conocer muy bien su origen religioso y la normalidad psíquica de quienes lo ofrecen amén de que pueden realizar la

diferenciación entre su pensar creyente con las operaciones señaladas y su pensar ordinario con las operaciones de juicio y razonamiento normales en el resto de su actividad.

El sujeto vive su vida real bajo la égida de las formas lógicas del pensar y su vida religiosa preñada de operaciones que se apartan de la misma, desarrollando las formas mágicas que a dicho vivir corresponden.

El carácter primitivo de sus construcciones religiosas favorece el desarrollo de las formas mágicas y provoca la penetración de las mismas en zonas del propio vivir real. Todo ello crea una zona de débil discriminación que ha de favorecer, como veremos inmediatamente, el que ante determinada alteración de la conciencia se apodere del control del pensamiento con la natural construcción de operaciones carentes de la regulación normal que la lógica establece en el pensar.

La clasificación standard de los trastornos psiconeuróticos recoge bajo el nombre de reacción disociativa las manifestaciones que anteriormente quedaban incluidas en el marco de la histeria.

Es esta reacción disociativa la que guarda relación con nuestros casos ya que se caracteriza por trastornos de la conciencia que facilitan la aparición de manifestaciones delirantes acompañadas las más de las veces por alucinaciones.

En el cuadro sintomático de nuestros enfermos aparentemente de una esquizofrenia de curso agudo, hubimos de realizar el proceso discriminador del diagnóstico diferencial y a la eliminación de las formas agudas psicóticas con las cuales podía relacionarla. El uso del Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y del Rorschach nos ofrecen elementos por los cuales orientamos nuestro diagnóstico a la reacción disociativa.

Sin duda nos encontramos frente a una reacción disociativa (histeria) en la que se desarrolla una patoplastia que brinda el aspecto esquizofrénico señalado.

En nuestra opinión lo que ocurre es que cuando operan cambios que producen el estrechamiento del marco de la conciencia como los que ocurren en la reacción disociativa, la incorporación del ya frecuenté pensar mágico de su actividad creyente queda instalada en el centro de su actividad pensante sin que pueda hacerse la discriminación o crítica que la estrechez del marco de la conciencia impide, razón por la cual su pensar mágico aparece a través de dicho estrechamiento de conciencia.

Como es natural su estructura mágica que se fundamenta en las premisas ofrecidas por la creencia produce una modalidad operativa que luce a quien lo observa un pensar psicótico.

No hay dudas de su semejanza, pero debe recordarse que tales construcciones se mantienen por el sujeto separadas coexistiendo de modo paralelo con su pensar normal. En tal situación no hay oportunidad a tal calificación pues observamos tanto la malla de construcciones mágicas como el proceder dentro de los límites normales del creyente.

Cuando la conciencia se ha estrechado por razón de la reacción disociativa esto resulta imposible y el conjunto de operaciones mágicas de las construcciones religiosas desborda los límites a que anteriormente quedaba reducida y por natural consecuencia aparece como una franca actividad delirante.

De igual modo podemos decir que tanto por el estado hipnoide como por las construcciones religiosas las alucinaciones visuales se facilitan.

El aparato de influencia, el sistema que tal vez debía orientarnos a pensar en un proceso esquizofrénico, es el natural resultado, en el plano de la disociación, de una muy sentida creencia de influencias supernaturales. Es por ello un pseudoaparato de influencia.

Stainbrook en su estudio sobre las características psicopatológicas de esquizofrénicos del Hospital Juliano Moreira, de Bahía, Brasil, señala en 200 pacientes estudiados un porcentaje de las mismas con un cuadro semejante en relación con el Candomblé (en Brasil equivalente a nuestra santería) y nos asegura "el cuadro clínico era definitivamente esquizofrénico y no simplemente histérico y a menudo ocurría como una reacción a una situación de tensión aguda o de privación".

Para *Stainbrook* lo que ocurre es que el cuadro es esquizofrénico y lo cultural se manifiesta al determinar el contenido del delirio que toma del Candomblé todo su tema.

No podemos opinar sobre los casos de *Stainbrook*, de los que sólo sabemos lo reseñado por él y el comentario de *Marvin Opler* en su obra *Culture Psychiatry and Human Values*.

De todos modos, nos preguntamos si no serían sus casos como los nuestras histerias con cuadro esquizofrénico pues el Candomblé y la Santería son idénticos. Los forman los mismos dioses Yorubas, Changó, Ochún, Yemayá, etc., en unión con los santos católicos con la sola diferencia que el sincretismo hubo de producirse en Cuba con unos santos y en Brasil con otros.

En nuestros casos su curso posterior, el cual hemos seguido durante algunos años, es de restablecimiento total sin huella o defecto y sin que hayan aparecido nuevos brotes.

En resumen, estamos frente a una reacción disociativa en la que al producirse el estrechamiento de conciencia que le es característico facilita la instalación del pensar mágico propio del creyente en la Santería en el centro de su pensar sin que pueda establecerse por tal razón la crítica adicional o discriminación con el pensar normal observándose como un cuadro delirante y alucinatorio.

La presentación de este tipo de problema sirve para ratificar de modo práctico y objetivo lo que la Psiquiatría Transcultural ofrece como mensaje a toda la psiquiatría: la forma y manera en que los factores culturales pueden modificar los cuadros nosológicos clásicos que han sido producto de una cultura específica pero que otras culturas muestran de modo diverso.

El desarrollo impetuoso de las investigaciones transculturales y las dificultades señaladas nos orientan a recomendar que una conferencia que reúna a los que en distintas latitudes impulsan su desarrollo sirva para precisar algunos de los tópicos señalados, así como para ofrecer una coordinación más adecuada de tales esfuerzos.

Pudiera ello ser objeto de una de las actividades que la Asociación Psiquiátrica Mundial se ha programado con carácter regional o temático.

De todos modos creemos que el avance logrado garantiza, con el esfuerzo mantenido de los que venimos dedicándonos a esta disciplina, su más útil y progresista desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

1. — *Bustamante, J. A.*: Importancia de los patrones culturales en la Psicoterapia. Revista Médica Cubana. Tomo *LXVIII*: Sep., 1957.
2. — *Bustamante, J. A.*: Factores culturales en algunos cuadros esquizofrénicos. II Congreso Mundial de Psiquiatría. Revista Médica Cubana. Tomo *LXIX*: Habana, Junio, 1958.
3. — *Bustamante, J. A.*: Raíces Psicológicas del Cubano. Editorial Edilusa, Habana, 1960.
4. — *Bustamante, J. A.*: Importancia del Folklore en Psiquiatría. III Congreso Médico de Psiquiatría, 1961.
5. — *Carothers, J. C.*: The African Mind in Health and Disease. World Health Organization. Monograph Series, No. 17, Geneva, 1953.
6. — *CIBASymposium*: Transcultural Psychiatry. Churchill Ltd., London, 1965.
7. — *Compte Rendus*: Premiere Congres Mondiale de Psychiatrie. Paris, 1950.
8. — *Congress Report*: II World Congress of Psychiatry. Zurich, 1957.
9. — *Lambo, T. A.*: Schizophrenic and Border-line States. Transcultural Psychiatry. Churchill Ltd., London, 1965.
10. — *Leighton, A. H.*: Cultural Changes and Psychiatric Disorders. Transcultural Psychiatry. Churchill Ltd., London, 1965.
11. — *Herkovits, M. J.*: El Hombre y sus Obras: La ciencia de la antropología cultural. Fondo Económico de Cultura. México, 1952.
12. — *Opler, M.*: Culture, Psychiatry and Human Values. Charles Thomas, Publishers. Springfield, 1956.
13. — *Opler, M.*: Culture and Mental Health. McMillan & Co., New York, 1959.
14. — *Ortiz, Fernando*: Contrapunteo Cubano del Tabaco y el Azúcar. Habana, 1940.
15. — *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*. Montreal, Canada, 1961.
16. — *Ruesch, M.*: Transcultural Psychiatry. International Journal of Social Psychiatry. Vol. 7: London, 1961.
17. — *Stainbrook, E.*: Some characteristics of the psychopathology of schizophrenic behavior in Bahian Society. American Journal of Psychiatry, New York, Vol. 109: 1952.
18. — *Wittkower, E.*: Recent developments in Transcultural Psychiatry. Churchill Ltd., London, 1965.