
EL CONCEPTO DE CONDUCTA ANORMAL

CARMELO VÁZQUEZ

EL OBJETO DE LA PSICOPATOLOGÍA:

Observación, descripción y explicación

El objeto de la Psicopatología está vagamente delimitado. De hecho existen muy pocas definiciones formales de la misma y su delimitación con otras disciplinas es más bien problemática. No obstante, esta situación es semejante a la existente en áreas afines. En principio no supondría ningún problema aceptar que la Psicopatología se ocupa del estudio de la conducta anormal. Sin embargo, esta primera aproximación es sin duda insuficiente. Al estudio de la conducta anormal se aproximan disciplinas tan diversas como la Medicina, la Psicología, la Sociología, e incluso el Derecho, cada una de ellas con un bagaje conceptual y técnico diferente.

La Psicopatología se puede definir como «las manifestaciones de los trastor-

nos mentales» (cf. Maxmen, 1986). Tradicionalmente se ha considerado que la Psicopatología es la herramienta básica de la Psiquiatría (por ejemplo, Bernard & Trouvé, 1978), siendo su objetivo básico formular *descripciones* de la conducta anormal y, en definitiva, suministrar a la Psiquiatría «...un cuerpo doctrinal y teórico que le permita comprender mejor el significado de la "enfermedad mental"» (Thuilleaux, 1980, pág. 10). Sin embargo, la Psicopatología, como disciplina científica, no debe reducirse al estudio descriptivo de síntomas (*semiología*). Esta función nominalista no sólo es muy pobre sino además infértil si dicha descripción no intenta ligarse a teorías específicas de la conducta humana y, sobre todo, al estudio de los *procesos* explicativos de tales síntomas. Como bien indica Zubin (1972), llevamos 34 siglos de descripción de la Conducta Anormal y sabemos muy poco todavía sobre su origen, desarrollo y tratamiento.

Así pues, además de la tradicional tarea asignada a la Psicopatología de observar y describir el comportamiento anómalo, su objeto es también el de proporcionar información sobre lo que aún hoy es una tarea casi inexplorable: el origen y mantenimiento de dicho comportamiento (Berrios, 1983). En resumen, el objeto de la Psicopatología es la *descripción y evaluación* de la conducta anormal y, lo que es más importante, la investigación sobre las *causas* del comportamiento anormal y los *procesos* (por ejemplo, memoria, atención, etc.) característicos de éste. El componente etiológico mencionado nos parece básico para distinguir la Psicopatología de otras áreas científicas fronterizas. En definitiva, podríamos afirmar que el objeto de la Psicopatología es tanto la observación, descripción y evaluación de la conducta anormal como, fundamentalmente, la investigación sobre su origen. Para esta tarea, la Psicopatología se ha de valer necesariamente de los procedimientos y técnicas de investigación propios de disciplinas científicas básicas (Bioquímica, Psicología, Neurología, etc.).

De este modo, la Psicopatología se concibe como una disciplina *básica* más que aplicada¹ y, además, se constituye necesariamente de modo multidisciplinar. La Psicopatología se nutre de información *convergente* de disciplinas científicas diversas (Psicología, Neurología, Genética, Fisiología, etc.). Ninguna de estas disciplinas, aisladamente, se basta por sí sola para explicar la conducta anómala. Sin embargo, al analizar desde su propia perspectiva dicha conducta, están *todas* construyendo la Psicopatología.

Normalmente la Psiquiatría se entiende como una práctica clínica mientras que la Psicopatología suele ser definida rutinariamente como una disciplina científica (Guimón, 1982). Según esta concepción, se considera que la Psicopatología es a la práctica psiquiátrica lo que Fisiopatología es a la Medicina. Es decir, la Psicopatología tendría la labor de descifrar la etiología, curso y descripción de los trastornos mentales mientras que la Psiquiatría o la Psicología Clínica se encargarían de integrar en la medida de lo posible esos conocimientos dentro de la práctica clínica asistencial.

DEFINICION DE LA CONDUCTA ANORMAL

Hasta ahora hemos empleado, quizás con ligereza, el término de conducta anómala para delimitar el objeto de estudio de la Psicopatología. Sin embargo, aún no hemos tratado cómo se define la anormalidad, demorando así lo que sin duda constituye una prueba de fuego en la formalización de esta disciplina.

Basándose en los problemas intrínsecos de la definición de anormalidad, algunos autores han sugerido que, dada la complejidad y diversidad de problemas que se tratan en la clínica (desde la esquizofrenia a problemas maritales), la distinción normal-anormal pudiera ser innecesaria (Korchin, 1976). En una línea ideológicamente más combativa, Szasz (1973) propone que no hay diferencias cualitativas entre enfermedad y salud, sino diferencias de grado en los problemas de la vida (Sprock & Blashfield, 1984).

No obstante, admitir la dificultad de esta distinción no debe llevar el debate sobre su existencia. *Cualquier* clínico tie-

ne un modelo, sea explícito o no, de lo que considera anómalo y por lo tanto es necesario plantear esta discusión como un elemento crucial de reflexión para la actividad clínica (Rotter, 1963). En las líneas siguientes intentaremos exponer los criterios definitorios de la anormalidad y las razones que pudieran explicar la dificultad para dibujar con trazos precisos sus límites.

Bajo los términos genéricos de «conducta anormal», «trastorno mental», «enfermedad mental», etc., se engloban manifestaciones muy diversas. Consideremos algunos de estos comportamientos. Una joven de dieciocho años obsesionada con su peso y su imagen corporal, comienza a dejar de comer y llegar a poner en peligro su vida por las carencias alimentarias a las que se somete. En otro lugar, un hombre sufre un serio desengaño amoroso e intenta acabar con su vida arrojándose a las vías del tren. Por último, un joven comienza a oír voces que le insultan y le acusan de cosas que no ha cometido, sumiéndole en un estado de gran agitación y desconfianza.

¿Qué tienen en común todos estos comportamientos? Apenas cabe dudar de que todos ellos son *anómalos* y merecedores de investigación y atención clínica. De hecho, es muy probable que estas tres personas pudieran recibir un diagnóstico psicopatológico de anorexia nerviosa, depresión y esquizofrenia, respectivamente. Ahora bien, podemos preguntarnos si tienen alguna característica común que nos permita calificarlos a todos como «trastornos mentales» o como «comportamientos anormales». En otras palabras, ¿cuál es el denominador común, si es que existe, de la conducta anormal? Definir la conducta anormal no es una tarea sencilla y de hecho ha sido algo muy controvertido. Esta difi-

cultad inherente en el acotamiento de lo anormal se refleja, como veremos en capítulos sucesivos de este manual, en la dificultad de definir con límites precisos los elementos diagnósticos de los trastornos mentales.

Se podría pensar ingenuamente que la denominación de «patológico» viene definida por todos aquellos comportamientos que no son normales. Así, una vez definido y caracterizado el comportamiento normal, podríamos conceptualizar como anormal todos aquellos comportamientos que se alejen de aquél. Desgraciadamente esta estrategia no ofrece ninguna solución al problema pues la pregunta nos podría ser devuelta para cuestionar, a su vez, qué es la «normalidad». El criterio de «funcionamiento normal» es plural y multiforme, y por tanto es ilusorio hallar un criterio uniforme y preciso de la normalidad. En definitiva, no es posible definir la anormalidad mediante un sencillo criterio de exclusión.

De hecho, para una mejor comprensión de la anormalidad se requeriría prestar más atención a la definición de la «normalidad». Mientras no se efectúe este análisis por los teóricos de la anormalidad, no se podrá responder a la pregunta de si el tipo y la frecuencia de los trastornos mentales que se presentan en una sociedad guardan alguna relación con el tipo de «comportamiento normal» que se demanda en la misma. Según la denominada «Teoría de la caricatura», por ejemplo, el incremento de los trastornos de ansiedad en las sociedades occidentales no es sino la expresión «caricaturizada» y exagerada de lo que nuestra sociedad —hiperexigente, ansiógena y estresante— exige de modo cotidiano a sus miembros (Butcher & Bemis, 1984). Desgraciadamente, para responder a este tipo de interesantes

¹ Una concepción ya defendida por Karl Jaspers (1923).

formulaciones antropológicas y sociales se requieren más datos empíricos y más investigaciones de las existentes hasta la actualidad.

Características identificadoras de la conducta patológica

¿Por qué se califica como «anómalo» un comportamiento determinado (por ejemplo, tener ideas de suicidio)? Sin pretender ser exhaustivos, se puede señalar una serie de características que habitualmente están presentes en aquello que calificamos como conducta «anormal» (Rosenhan & Seligman, 1984; Mahoney, 1980). Estas características raramente están presentes en su totalidad en un comportamiento anómalo dado. Por el contrario, lo más frecuente es que una determinada conducta anormal conlleve tan sólo un subconjunto de estos elementos:

1. Sufrimiento personal.
2. Falta de adaptación al entorno.
3. Irracionalidad e incomprendibilidad.
4. Malestar en el observador.
5. Violación de los códigos ideales y morales.

Uno de los elementos definitorios más importantes es el del malestar subjetivo o la «infelicidad» (Ey, 1979). De hecho, una de las características más obvias de una conducta patológica es que suele conllevar un estado de sufrimiento para quien la padece y, en muchas ocasiones, se siente impulsado a buscar ayuda. Este estado de sufrimiento sin duda contribuye de modo importante a deslindar lo normal de lo anormal.

En segundo lugar, las conductas que consideramos anómalas por lo general tienen consecuencias negativas para el ajuste armonioso de la persona con su

entorno. Lo «anómalo» suele interferir en mayor o menor medida con el equilibrio emocional, laboral o interpersonal de quien padece el problema (San Martín, 1982). La clasificación DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980) tiene muy en cuenta este criterio para efectuar el diagnóstico de los principales trastornos mentales. Así, por ejemplo, la «esquizofrenia» no se diagnostica a no ser que el sujeto presente un deterioro grave en las relaciones sociales, laborales, o el cuidado personal durante el curso del trastorno.

Otra característica frecuente de las conductas anómalas es que nos llaman la atención por su peculiaridad o por su aparente irracionalidad o inexplicabilidad (Moore, 1975). Negarse a comer sin ningún motivo, tener ideas extravagantes (por ejemplo, creerse perseguido por la CIA), o tener alucinaciones auditivas, son claros ejemplos de conductas desviadas, en las que su carácter llamativo y aparentemente inexplicable favorece su identificación como «anómalas». Comparando culturas diversas, efectivamente se confirma que «...casi en todos los sitios, un patrón compuesto de alucinaciones, delirios, desorientación, y aberraciones del comportamiento, parece identificar la idea de que uno ha perdido la razón» (Murphy, 1976, pág. 1027). Sea cual sea la causa última de un trastorno, podríamos estar de acuerdo con el filósofo Immanuel Kant cuando afirmaba que «la única característica común de todos los trastornos mentales graves es la pérdida del sentido común (sensus communis) y el desarrollo compensatorio de un peculiar sentido privado (sensus privatus) de razonamiento» (véase en Meichenbaum, 1977, pág. 183).

Otra característica que ayuda a definir un comportamiento como anormal es la molestia que causa en otros. Esto

es muy claro, por ejemplo, en actos de violencia pero también en comportamientos menos directos. Ya en la Edad Media, tanto las conductas violentas inexplicables como el vagabundeo, se consideraban signos casi seguros de locura (Mullen, 1984).

Por último, la violación de los códigos de comportamiento habituales, también pueden ser motivo de demarcación de lo anormal (por ejemplo, muchas de las variaciones sexuales, como la zoofilia, son calificadas como anómalas básicamente en función de este criterio). De modo más general, algunos teóricos de la sociología de la enfermedad mental (Scheff, Szasz, etc.) sostienen que la ruptura de ciertas reglas no escritas o «residuales», es el principal elemento que la sociedad tiene para identificar a alguien como «enfermo mental» (Price, 1981). Por ejemplo, no existe una regla escrita que señale en qué circunstancias está permitido hablar; sin embargo, hablar sólo en voz alta en sitios públicos es una característica que en casi todas las sociedades se considera como un signo de anormalidad (Murphy, 1976). Igualmente, comenzamos a tener serias sospechas sobre el equilibrio mental de una persona si se desnuda en medio de la calle o si, cuando habla, no dirige su mirada a nuestros ojos sino exclusivamente a nuestras orejas. Así pues, la violación de las reglas residuales, que de hecho son las más numerosas en la regulación de nuestro comportamiento social, constituye otra vía fundamental en la identificación del comportamiento anómalo.

Definición multifactorial de la anormalidad

El rango de trastornos de los que se ocupan la Psiquiatría, la Psicología, etc.,

es muy variado. Desde pequeños tics motores hasta cuadros psicóticos caracterizados por una marcada pérdida de contacto con la realidad, pasando por trastornos del sueño o de la alimentación, estas disciplinas cubren una enorme variedad de problemas humanos del comportamiento. No parece probable que exista, en realidad, un elemento común a todos ellos y, a pesar de todo, son englobados bajo la etiqueta común de la patología.

En el apartado anterior hemos expuesto los elementos definitorios más comunes de lo que denominamos conducta desviada. A continuación exponemos una serie de principios generales sobre cómo han de utilizarse éstos u otros elementos en la calificación del comportamiento anómalo.

Principio 1: *No existe ningún elemento aislado que se requiera para definir la conducta anormal.*

En otras palabras, no se requiere la presencia concreta y aislada de ninguno de los elementos anteriormente mencionados (infelicidad, inadaptación, etc.) para la definición de la anormalidad. Pudiera pensarse, por ejemplo, que la infelicidad es un requisito presente en cualquier conducta patológica. Sin embargo, esto no es así: una persona puede ser patológicamente violenta sin que ello vaya acompañado de una sensación de malestar subjetivo.

Principio 2: *No existe ningún elemento suficiente para definir la conducta anormal.*

No existe ningún elemento cuya sola presencia (esté o no presente en otras conductas anómalas) baste para calificar como patológico un comportamiento. Incluso un comportamiento tan anómalo en los organismos vivos como es la conducta autodestructiva, puede ser adecuada y socialmente aprobada en

una circunstancia determinada (por ejemplo, una huelga de hambre política). Así pues, el cumplimiento de un criterio aislado (por ejemplo, sufrimiento o la molestia a los demás) no nos asegura que estemos frente a un trastorno mental; de hecho, esos criterios son condiciones que también pueden estar presentes en circunstancias normales de la vida (Rosenhan & Seligman, 1984).

Estos dos principios iniciales son importantes pues nos advierten de la consustancial vaguedad del concepto de normalidad. Ahora bien, esta vaguedad no es peculiar de la Psicopatología o la Psiquiatría sino que, en realidad, la inmensa mayoría de los conceptos que utilizamos (por ejemplo «enfermedad», «libertad», «bienestar», «salud», etc.), tienen estas características difusas y borrosas (Cantor & Genero, 1986; Belloch & Baños, 1986). La nueva epistemología del conocimiento indica que, en efecto, las categorías que utilizamos cotidianamente no son claros conceptos ideales sino que, por el contrario, tienen límites borrosos y más bien indefinidos (Fierro, 1988).

Principio 3: *La anormalidad de una conducta dada ha de venir siempre dada por la combinación de varios criterios.*

La anormalidad de una conducta nunca se debe a la presencia aislada de algún criterio, como debe quedar claro tras la enumeración de los dos principios anteriores. Para la caracterización de una conducta como «anormal» habitualmente hay que tener en cuenta la intervención de diversos elementos simultáneos (Coles, 1982). Siempre hay presentes *varios* criterios, aunque el peso de cada uno puede variar para diferentes trastornos. Así, por ejemplo, en trastornos afectivos como la depresión, la «infelicidad» o el malestar subjetivo, tiene un peso mayor que el malestar que cau-

sa en los que le rodean. En problemas como la conducta violenta, por el contrario, la molestia causada a los demás es un criterio de gran peso para definir la «anormalidad» de dicha conducta.

La consideración de criterios cambiantes no debe ser un motivo de desaliento. En realidad, rinde tributo a la enorme plasticidad y versatilidad del comportamiento humano. La acción y el pensamiento de los seres vivos es muy diversa y analizable desde diferentes perspectivas. No asumir este punto de partida nos puede conducir al estéril intento de querer imponer criterios únicos homogeneizadores (sean biológicos, psicológicos, sociales) en la definición de la anormalidad.

Principio 4: *Ninguna conducta es por sí misma anormal.*

Este principio es muy importante pues denota la relatividad del significado de cualquier comportamiento. Si no se asume que el comportamiento humano ha de entenderse siempre atendiendo a las variables contextuales, se puede pretender la búsqueda absurda de criterios «objetivistas» (por ejemplo, el resultado de un test biológico o psicológico) para definir lo que es anormal.

Este reconocimiento es importante pues todo profesional de la salud debería admitir como punto de partida el grado *inherente* de arbitrariedad y circunstancialidad que conlleva la definición de cualquier conducta anómala. Por ejemplo, el canibalismo es una conducta socialmente reprobable en la cultura occidental y, si sucede, es un indicador casi seguro de un severo trastorno mental. Sin embargo, en algunas circunstancias (recuérdese la tragedia del accidente aéreo de los Andes en 1972) dicha conducta es positivamente sancionada y aceptada.

Lo que debe adjetivarse como normal

o anormal no es la conducta sino el *binomio contexto-conducta* (Mahoney, 1980). No se puede definir la «anormalidad» de una conducta en base a sus atributos manifiestos, a sus propiedades objetivas externas. A diferencia de las enfermedades físicas, la adjetivación de una conducta como «anormal» siempre está ligada al contexto o la situación en que se produce y, por supuesto, a la intencionalidad del que efectúa dicha acción (recordemos de nuevo el ejemplo de la huelga de hambre). Como afirman Butcher & Bemis (1984), dada la ausencia en Psicopatología de «...pruebas psicológicas o bioquímicas definitivas para detectar la presencia de trastornos psiquiátricos, la anormalidad debe definirse en términos sociales y conductuales y por lo tanto una buena parte de su sentido se deriva del contexto en que ocurre» (pág. 114).

En la determinación de la anormalidad de un determinado comportamiento se tienen en cuenta elementos valorativos sobre la circunstancia en que éste se produce, su frecuencia, intensidad, etc. Incluso los sistemas más formales de diagnóstico no pueden sustraerse a esta actividad valorativa *intrínseca a la actividad clínica*. No en vano a esta tarea de ponderación habitual del clínico acerca de la importancia o el alcance de una conducta determinada se le denomina *juicio clínico*. Pensar que llegará un momento en que esto no sea así es ilusorio. Ahora bien, como veremos en capítulos sucesivos, afortunadamente la tendencia actual y futura del diagnóstico consiste en, sin prescindir del juicio clínico, explicar y clarificar esos atributos o criterios diagnósticos.

Principio 5: *La conducta humana es dimensionalidad.*

En general, los trastornos mentales no se caracterizan por ser estados de una

absoluta «discontinuidad» respecto a la normalidad. Por el contrario, es más adecuado comprenderlos como puntos más o menos externos de un continuo. Esta es la denominada perspectiva *dimensional* frente a la más clásica perspectiva *categorial*, la cual tiende a asumir implícitamente una diferenciación «todo o nada» respecto a los trastornos mentales. En el capítulo 22 efectuaremos una breve revisión de estas dos perspectivas. La mayor parte de las variables humanas (por ejemplo, la inteligencia, la altura, la frecuencia sexual, el deseo de vivir, la ansiedad, la sociabilidad, el estado de ánimo, etc.) pueden concebirse como una variable continua a lo largo de la cual *todos* los seres humanos ocupan alguna posición. Por ejemplo, el deseo de vivir puede variar desde el suicida en un extremo, al hipocondríaco, siempre preocupado enfermizamente por su estado de salud, en el otro extremo (Mahoney, 1980).

Este quinto principio implica, en primer lugar, que la gente *comparte* la mayor parte de los atributos pero, en segundo lugar, *varia* en el grado en que manifiesta los mismos. Al igual que sucede con otras variables continuas, establecer las líneas divisorias de diversas categorías es siempre difícil y algo arbitrario¹. La anormalidad, asumiendo esta perspectiva dimensional, ha de considerarse en términos de frecuencia, intensidad o duración, y no en términos estrictamente categoriales (es decir, presente/ausente) como sucede, por ejemplo, en la tradicional concepción de «enfermedad física».

¹ Un ejemplo cercano de la física es la frecuencia de radiación de la luz. La diferenciación de los colores es un hecho perceptivo en el que no hay límites precisos en zonas fronterizas de radiación luminosa.

Ciencia y definición de anormalidad

La definición de la conducta desviada, dados todos estos principios que hemos presentado, es intrínsecamente difícil y oscilante (Offer & Sabshin, 1982). Ahora bien, hay que insistir en el hecho de que el problema de establecer fronteras definidas entre diversos estados o categorías pertenecientes a una variable continua, no es exclusivo de la Psiquiatría o la Psicología Clínica sino de casi todas las ciencias.

Antes de terminar este apartado, conviene señalar que somos conscientes de la dificultad de crear una ciencia sobre un objeto que es difícil de formalizar. Para algunos autores, la indefinición del propio objeto de estudio de la Psicopatología y la Psiquiatría impide o dificulta la construcción de estas dos disciplinas como auténticas ciencias:

«...intentar definir la conducta normal/anómala desde la reacción que provoca en el grupo social (criterio social de normalidad), desde lo que la conducta debiera (?) ser (criterio de normalidad ideal) o desde la frecuencia con que se presenta (criterio estadístico de normalidad) es definir la conducta normal/anómala desde fuera de la Psicopatología... Toda conducta en que no pueda objetivarse la propiedad que la clasifica como anómala es una conducta normal por definición.» (Echevarría, 1987, pág. 211.)

Según esta postura, la carencia de descriptores objetivos e incontestables de la conducta anormal implica que, al caracterizar algo como «anómalo», en realidad no diríamos nada sobre la conducta en sí misma, sino sobre el sistema de valores de quien formula dicho juicio. Sin negar el valor de esta crítica, creemos que intentar hallar «la propiedad» que defina la anormalidad es poco ade-

cuado dada la (pato)plasticidad de la conducta humana. Los sistemas más actuales de clasificación parten ya del supuesto de que es casi imposible encontrar un conjunto cerrado de características que defina la anormalidad o, en términos más técnicos, un sistema de definición nomotético (véanse Vázquez, 1990 y el capítulo 22). Como indicamos anteriormente, uno de los supuestos de la nueva lógica formal y de la más reciente epistemología es que la mayor parte de los conceptos, incluso la mayoría de los que se manejan en las ciencias, son intrínsecamente difusos e imprecisos. La consecuencia más importante de esta afirmación es que, a pesar de la aparente limitación de tener conceptos imprecisos, éstos son operativos y sobre ellos se puede edificar la construcción de una disciplina científica sólida (Gergen, 1985).

La anormalidad como «enfermedad mental»

Una posible vía de definición de lo anómalo pudiera ser la de recurrir al familiar concepto de «enfermedad». Sin duda nos podríamos haber ahorrado las cavilaciones de las páginas anteriores respecto a la naturaleza de la conducta anormal, si pudiéramos definir como entidades morbosas los comportamientos anormales.

De hecho, una de las señas de identidad de la Psiquiatría es su continua referencia a las «enfermedades mentales». No hay duda de que existe desde hace casi cien años un trasvase de conceptos y modos de actuación importados de la medicina hacia la práctica psiquiátrica (Torrey, 1980) y el término de «enfermedad mental» es una buena muestra de ello. Siguiendo el esquema

conceptual importado de la medicina, se reitera abiertamente que el objeto de la Psiquiatría es «el hombre enfermo psíquico...» (Vallejo, 1988; Ballús, 1987). De un modo más formal, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) definía la Psiquiatría en 1957 como (véase Guimón, 1982):

«...la ciencia médica que se ocupa del origen, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales y la conducta social. Incluye campos tan específicos y diversos como el retraso mental, los componentes emocionales de los trastornos físicos, la administración de hospitales psiquiátricos y los aspectos legales de los trastornos mentales.» (pág. 2.)

Sin embargo, a pesar de lo extendido del concepto de enfermedad mental, su apoyo epistemológico presenta serios puntos débiles. A veces el uso de este término no es más que un punto de referencia general, metafórico, y a veces es simplemente un modo de expresión económico para hablar, *en realidad*, de trastornos del comportamiento, trastornos mentales, o problemas de vivir.

El empleo de un lenguaje metafórico como éste, tiene efectos nada metafóricos¹. No olvidemos que las metáforas no son inocentes o accidentales, sino que reflejan un tipo de pensamiento específico. El concepto de «enfermedad mental» ha sido asumido fácilmente por la gente normal, los políticos y los gestores, y esto tiene importantes consecuencias éticas y legales que van desde el internamiento psiquiátrico forzoso (Szasz, 1982; 1984; Weckowicz, 1984) hasta la adopción de un concepto externalista y tecnocrático de la conducta anormal en

la población general (Kazdin, 1985); en efecto, el concepto de enfermedad mental conlleva un significado bien concreto: que la conducta anómala es resultado de una serie de factores (psicológicos o fisiológicos) en los que «las decisiones, deseos, e intenciones» del actor apenas tienen un papel etiológico en la misma (Woolfolk, 1985).

Así pues, pocos debates conllevan tanto contenido emocional (y tantos intereses profesionales) como el de la discusión del concepto de «enfermedad mental». Como sarcásticamente señala Szasz, las «enfermedades mentales» ni son enfermedades ni son mentales (Szasz, 1973). El concepto de «enfermedad mental» realmente no se sostiene en pie si nos atenemos a un concepto preciso de «enfermedad». Si examinamos la definición de «enfermedad física» que propone Mischel (1977), podemos fácilmente llegar a la conclusión de que se hace un uso «débil» del concepto cuando se habla *literalmente* de «enfermedades mentales»:

«...Tener un concepto de enfermedad física... es tener una teoría sobre un complejo curso de eventos, una teoría que explique las interrelaciones entre sucesos etiológicos, mecanismos patológicos, cambios funcionales, bioquímicos, y morfológicos, signos y síntomas. Todo ello permite un pronóstico del probable resultado del curso de estos sucesos así como una comprensión de lo que podría influir ese resultado.» (Véase Millon, 1987, pág. 199.)

Parece que ninguno de estos requisitos de lo que es una «enfermedad» se cumplen satisfactoriamente en lo que, de modo superficial, se denomina «enfermedad mental». En este mismo sentido, Kendell (1975) ha advertido la indefinición que se tiene en Psiquiatría de «entidad enferma». En suma, el concepto de enfermedad mental ni cumple los crite-

¹ Bunge (1981) ha discutido extensamente, en relación a la física, cómo el uso de un lenguaje metafórico puede limitar el desarrollo teórico y conceptual de la disciplina.

rios exigibles a una enfermedad (Vallejo, 1988), ni en términos estrictos existe un órgano denominado «mente» que pueda enfermar.

El concepto de «enfermedad mental» para algunos trastornos del comportamiento sí parece aceptable, en cambio, como *hipótesis* en el marco hipotético-deductivo del trabajo científico. El empleo de la expresión «enfermedad mental» goza de plena legitimidad en cuanto formulación *hipotética*, susceptible de comprobación empírica, para determinadas alteraciones concretas (por ejemplo, los trastornos afectivos bipolares o las esquizofrenias). Sin embargo, hemos de ser conscientes de que el uso del término trasciende este limitado ámbito para pasar a utilizarse como metáfora básica de la disciplina psiquiátrica.

El uso de esta terminología médica quizás puede justificarse en aras de una mayor economía del lenguaje pero siempre que el usuario tenga en cuenta que ese concepto está, al menos por ahora, casi vacío de contenido formal. Con el auge actual de la investigación biológica hay aún intentos denodados de salvaguardar la identidad de la Psiquiatría a través de su incorporación decidida a un modelo estrictamente médico «esperando» que lleguen los datos biológicos que, en el futuro, resuelvan el rompecabezas (Holzman, 1985; Berrios, 1984). Aferrarse ingenuamente a esta perspectiva médica estricta puede convertirse en una quimera que, además, tiene un riesgo evidente de hipersimplificación y mixtificación (Pasnau, 1987).

Una visión más realista y adecuada del objeto de la Psiquiatría y disciplinas afines la ofrece la APA en su más reciente clasificación de los *trastornos mentales*. En la versión definitiva del DSM-III (APA, 1980) y el DSM-III-R (APA, 1987) aparece una definición de amplio

espectro de dichos «trastornos», sin apelear al concepto mucho más restrictivo y del difícil apoyo, de «enfermedad». Los trastornos mentales son definidos como:

«...un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativos que aparece en una persona y que se asocia con un malestar (un síntoma doloroso) o discapacidad presente (deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento) o con un riesgo significativamente mayor de muerte, dolor, discapacidad, o una pérdida importante de libertad. Además, este síndrome, o patrón, no debe ser meramente una respuesta esperable ante un suceso particular como, por ejemplo, la muerte de un ser amado. Cualquiera que sea su causa original, debe ser actualmente considerado como una disfunción conductual, psicológica o biológica de la persona. Ni la conducta desviada (por ejemplo, política, religión o sexo), ni los conflictos que se sitúan básicamente entre el individuo y la sociedad, son alteraciones mentales a menos que la desviación o el conflicto sean un síntoma de una disfunción de la persona. en el sentido indicado más arriba.» (APA, 1987, pág. XXII.)

Hemos transcrito la definición completa pues nos parece que permite aproximar posturas que en algún momento han podido parecer irreconciliables. Incluso a autores de orientación conductista, tenaces críticos del «modelo de enfermedad» de los trastornos mentales, esta definición les parece «viable» (véase Hersen & Turner, 1984).

LA APROXIMACION ANTROPOLOGICA

Cabe preguntarse si la conducta anormal es un producto específico de cada cultura o si, por el contrario, los trastornos mentales son universales e invariantes a través de todas las culturas. La solución a esta incógnita debería ayudar a clarificar si la conducta

anormal es un producto moldeado culturalmente o, como sucede con la mayor parte de las enfermedades físicas, es algo más bien invariable.

Al menos desde el siglo XIX ha habido interés por el estudio de diferencias transculturales en los trastornos mentales. Los resultados de estas investigaciones tenían enormes sesgos pues normalmente tenían el fin encubierto de demostrar la superioridad de la raza blanca (Williams, 1986; Gould, 1986). Los estudios de campo de los antropólogos al comienzo de nuestro siglo tuvieron una gran importancia pues pusieron de manifiesto la existencia de culturas no asimilables a las occidentales. Por ejemplo, Margaret Mead descubrió que la adolescencia, frente a lo que se creía un axioma en nuestro entorno cultural, no es una etapa necesariamente conflictiva en culturas del Pacífico (Williams, 1989).

La Psiquiatría comenzó a interesarse por la aplicación de las técnicas y métodos de investigación de la Antropología para intentar dar respuesta a la incógnita sobre la universalidad de los trastornos mentales, surgiendo así la denominada «Psiquiatría antropológica o transcultural». Además de esta cuestión teórica de fondo, las investigaciones antropológicas están adquiriendo también una gran relevancia en el terreno aplicado en países en los que, como sucede en los Estados Unidos de América, existen unas crecientes minorías étnicas que requieren una atención diferenciada y ajustada a sus patrones culturales (Butcher, 1987).

Consideraciones conceptuales y metodológicas

— *Estrategias generales.* La estrategia en el estudio transcultural de los

trastornos mentales ha seguido típicamente dos vías diferentes y antagónicas (Butcher & Bemis, 1984). Por un lado, ha existido una posición absolutista que ha propuesto el uso de los criterios diagnósticos y los instrumentos de evaluación occidentales, sin prestar mucha atención ni a las peculiaridades lingüísticas y tradicionales de cada cultura ni a su universo de valores e interpretación del mundo. Desde esta aproximación, próxima a la tradición médica, se plantea que la definición de la anormalidad es universal y deben emplearse los mismos criterios diagnosticadores en cualquier sociedad.

Una segunda aproximación es la *relativista*, según la cual, una adecuada comprensión de la conducta anormal exige un análisis idiosincrático del contexto en que se produce, renunciando a los esquemas y conceptos diagnósticos a los que estamos acostumbrados. Se sugiere que cada cultura es peculiar y única y, por consiguiente, el traslado de nuestras categorías conceptuales a un mundo ajeno al nuestro puede considerarse como una muestra de «imperialismo psiquiátrico» (Torrey, 1973). Esta postura ha estado basada en el trabajo de antropólogos (Boas, Sapir, etc.) que, desde los años 30 y 40, han centrado su atención en lo diferenciador de cada cultura.

Cada una de estas alternativas presenta problemas. Si se adopta una postura uniforme sobre la definición de lo anómalo, probablemente estamos perdiendo información sobre modos de expresión peculiares del trastorno y puede que no sea adecuado transportar sin ningún ajuste nuestros esquemas definitorios. Por el contrario, una postura extrema relativista impide la atractiva posibilidad de comparar la conducta de dos grupos humanos diferentes.

Una tercera vía intermedia, probable-

mente más adecuada que las dos alternativas citadas, consistiría no en emplear criterios absolutistas sino establecer lo que *en cada sociedad* es funcional o adaptativo (Marsella, 1979; Draguns, 1980). Por ejemplo, en ciertas culturas, un grado ciertamente elevado de agresividad puede tener un valor adaptativo. Sin embargo, esta razonable estrategia apenas ha cristalizado en investigaciones empíricas (Butcher & Bemis, 1984).

En todo caso, estas estrategias deberían ser complementarias y no antagonistas. En efecto, es legítimo tratar de identificar características invariantes universales pero sin que esto sirva para malinterpretar o minusvalorar las variaciones culturales de la conducta humana que, sin duda, pueden ofrecer datos relevantes sobre el proceso de ajuste de los hombres a su entorno. Así pues, el uso de estrategias absolutistas (por ejemplo, el empleo de criterios diagnósticos explícitos) es aceptable si a través de ellas no se niega el trasfondo de variabilidad y, en consecuencia, se introducen instrumentos que permitan analizar las peculiaridades, si es que existen, de los grupos analizados (Draguns, 1980; Marsella, 1987).

— *El concepto de cultura.* Una acepción ampliamente empleada es la del antropólogo R. Linton, para quien «cultura» consiste en *la conducta aprendida* que se transmite de generación en generación mediante la experiencia (Wallace, 1982). De un modo más específico, la «cultura son conductas aprendidas y compartidas, transmitidas de generación a generación con el fin de lograr la adaptación, el crecimiento y el ajuste humanos. Posee tanto referentes externos como internos. Los externos incluyen objetos, roles e instituciones. Los internos incluyen actitudes, valores, creencias, expectativas, epistemologías y

la conciencia» (Marsella & Kameoka, 1989, pág. 233).

Por tanto, la cultura no es sólo un conjunto de productos materiales (música, arte, instrumentos, etc.) sino también aspectos tan fundamentales y constitutivos de nuestro modo de ser como las creencias explícitas e implícitas compartidas y, en definitiva, la definición de la realidad. El sentido del espacio, del tiempo, de la causalidad, etc., está fuertemente moldeado por la cultura y a ella le pertenece. Todo esto se transmite mediante la experiencia y la observación.

Definida de este modo, parece obvio que la cultura también puede ayudar a conformar lo psicopatológico. Marsella & Kameoka (1989) han señalado una serie de factores a través de los que la cultura puede afectar la Psicopatología:

1. Determinando los criterios de la anormalidad.
2. Favoreciendo determinados estresores que sobrepasan las capacidades de los sujetos para hacerles frente.
3. Creando configuraciones de personalidad que tienen un pobre ajuste con las demandas ambientales.
4. Facilitando determinadas percepciones sobre la causalidad y controlabilidad de las enfermedades.
5. Condicionando patrones particulares de cómo se expresa y experimenta la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que el comportamiento de cada individuo emerge en un proceso continuo de ajuste en el que intervienen no sólo variables orgánicas o psicológicas, sino también culturales y ambientales (véase la fig. 1). Como se puede apreciar en esta figura, cualquier conducta se puede considerar como el producto terminal de un proceso en el que intervienen siempre, de modo simultáneo, factores socioculturales, bio-

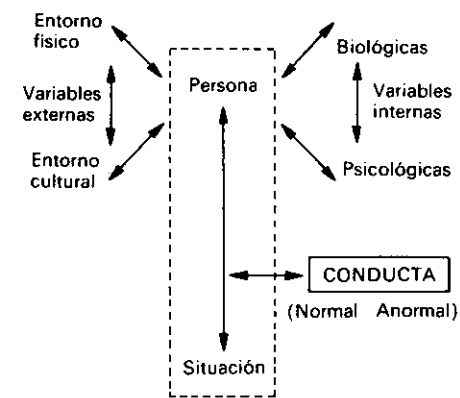


Fig. 1. Esquema de los factores intervinientes en el comportamiento humano. (Adaptado de Marsella y Kameoka, 1989.)

lógicos y psicológicas. Un análisis acabado de la conducta humana no puede renunciar al escrutinio de ninguno de dichos factores.

Hay muchos niveles de análisis que pueden efectuarse en *cualquier* conducta:

Tabla 1. Niveles posibles de análisis del comportamiento humano. (Marsella & Kameoka, 1989.)

NIVEL DE SISTEMAS		VARIABLES TÍPICAS	
I.	Macrosocial (político, social, económico).	I.	Occidentalización, industrialización, cambio sociotécnico, pobreza.
II.	Microsocial (familia, escuela, trabajo).	II.	Relaciones familiares, relaciones sociales generales, redes sociales.
III.	Psicosocial (personalidad, situaciones).	III.	Necesidades y motivos psicológicos, estresores.
IV.	Bioconductual (funcionamiento individual).	IV.	Funciones básicas sensorimotoras, procesos cognitivos (atención, memoria).
V.	Biopsicosocial (células, química, órganos).	V.	Neurotransmisores, sistemas de inmunidad, hormonas, estructuras.

desde el macrosocial (por ejemplo, pobreza, occidentalización) y microsocioal (relaciones familiares, redes sociales, etc.) hasta el puramente biológico (véase la tabla 1). Ninguno de estos factores interviene aisladamente de los demás en la determinación de una conducta dada. Incluso en aquellos trastornos mentales en los que se cree que hay un trasfondo etiológico orgánico (por ejemplo, las esquizofrenias), se sabe que determinados factores macrosociales (por ejemplo, ser miembro de una sociedad no occidental o pertenecer a una clase socioeconómica baja) puede afectar tanto la probabilidad de aparición como el curso del trastorno (Draguns, 1980; Tsuang y otros, 1988).

No obstante, el peso de los factores culturales es menor en los trastornos con una base orgánica claramente establecida (por ejemplo, Parkinson) que en la conducta normal o en problemas menores como, por ejemplo, los trastornos de ansiedad. Así pues, la variabilidad de la conducta humana a través de diferen-

tes culturas está limitada por el propio tipo de conducta que estemos analizando.

— *Metodología.* La comparación de ámbitos culturales diferentes plantea problemas metodológicos de complicada resolución (Butcher, 1982, 1987). La inmensa mayoría de los instrumentos de evaluación (escalas, entrevistas, etc.) han sido desarrolladas en países occidentales y, a veces, los conceptos que en ellos se emplean ni siquiera están presentes en algunas culturas o lo están de modo diferente. Por ejemplo, en los tests anglosajones se valora como algo negativo la «dependencia afectiva»; sin embargo, en culturas como la japonesa, la dependencia es algo positivamente sancionado. Incluso, a veces, el propio formato o modo de entrevista (por ejemplo, preguntas con opción de respuesta SI/NO) puede ser desconcertante para personas de otras culturas.

No efectuaremos aquí un repaso de los problemas específicos que acechan a este tipo de investigaciones (Butcher & Bemis, 1984; Marsella, 1987)¹. Las tendencias actuales de investigación sugieren emplear criterios diagnósticos estrictos y homogéneos junto con el empleo de métodos más flexibles (por ejemplo, entrevistas abiertas) para recoger información adicional de modo más flexible.

Un factor que debería considerarse en las investigaciones futuras es si el grado de integración o aculturación influye en la psicopatología (Marsella & Kameoka, 1989). Posiblemente hay marcadas diferencias entre sujetos pertenecientes a la

primera generación de emigrantes y los descendientes de éstos (normalmente ya muy integrados en la cultura del país que recibió a sus antecesores).

— *Objeto de estudio.* Una última consideración de cierta importancia, es que el objeto de estudio de la Psicopatología y la Psiquiatría (incluida la Psiquiatría transcultural) es la conducta anormal en el individuo, no en el grupo (Mears & Gatchel, 1979; Eysenck y otros, 1983). En este sentido, no tiene ninguna cabida científica hablar de «sociedades enfermas», «culturas paranoicas», etc. El empleo de la sociedad o la cultura como unidad de análisis es una tarea especulativa carente de todo valor científico y, aunque legítima, es más propia de filósofos y moralistas. Además, como afirma Wallace (1982), cuando se emplean estos conceptos científicos para juzgar a grupos humanos, no es infrecuente el empleo de preconcepciones xenóforas.

Trastornos mentales: ¿universalidad o especificidad?

Las principales preguntas a las que se ha intentado responder desde la Psiquiatría transcultural son las siguientes: 1) ¿Existen sociedades libres de trastornos mentales?, 2) ¿Existen diferencias culturales en las cifras epidemiológicas de los trastornos mentales?, y 3) ¿Es igual la expresión de los trastornos mentales en todas las culturas? En este apartado revisaremos algunos de los datos más relevantes que nos ayuden a responder a cada una estas fascinantes preguntas.

— *Distribución de los trastornos mentales.* Respecto a la primera pregunta, existe el criterio común de que no hay sociedades libres de trastornos mentales. Las principales categorías diagnósticas

occidentales (esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad) están presentes, en mayor o menor medida, en prácticamente todas las sociedades estudiadas. Así pues, la ingenua idea russoniana de un paraíso feliz, libre de desdichas y enfermedades, parece ser un arcano. Todas las sociedades emplean criterios más o menos explícitos para diferenciar la normalidad de la anormalidad (Murphy, 1976; Wallace, 1982) y en todas existen tratamientos para hacer desaparecer o reducir la conducta desviada (Muñoz, 1980). Como indicaba la psiquiatra Jean Murphy en el trabajo anteriormente citado, hay una serie de signos conductuales que casi universalmente se consideran indicadores de haber «perdido la razón».

Parece que, en definitiva, los principales trastornos mentales son ubicuos. Sin embargo, la mayor parte de la investigación ha asumido que apenas existen variaciones culturales significativas en cuanto a la expresión, etiología y curso de estos cuadros. Esta visión uniformadora ya no se sostiene ante los estudios más modernos y metodológicamente más finos (Triandis & Draguns, 1980; Kleinman & Good, 1985).

En los estudios realizados se ha empleado la óptica occidental de lo que denominamos «trastornos mentales». Ahora bien, es posible que otros trastornos emocionales y comportamentales habitualmente ignorados en nuestros esquemas clasificatorios (como, por ejemplo, los celos, o el odio) puede que tengan un papel más central que «nuestros» trastornos en culturas no occidentales (Williams, 1989). En este sentido, sería necesario efectuar un análisis de lo que se considera anormal o desadaptativo desde *dentro* de cada cultura, es decir, según los valores y criterios de ajuste propios de cada contexto cultural.

— *Cifras epidemiológicas.* La posible existencia de diferencias psicopatológicas transculturales no debería sorprendernos si, como punto de partida, se asume que los factores micro y macro-sociales tienen un papel relevante etiológico en la mayor parte los trastornos mentales (Draguns, 1980). En la tabla 2 ofrecemos algunas vías específicas a través de las que la cultura puede intervenir en la determinación de lo patológico.

Resulta enormemente difícil comparar las cifras de los trastornos mentales de culturas diferentes y los resultados, hasta la fecha, son poco concluyentes (Eaton, 1986; Barret & Rose, 1986). Normalmente estas cifras proceden del número de hospitalizados, lo que evidentemente plantea problemas de interpretación casi insalvables (Butcher, 1982; Butcher & Bemis, 1984)¹.

El problema de efectuar un diagnóstico común en culturas diferentes hace realmente difícil efectuar comparaciones finas en cifras epidemiológicas. Incluso en estudios efectuados en la *misma* población, no es infrecuente que las cifras epidemiológicas sean hasta 4 y 5 veces mayor en un estudio que en otro. Esta situación se complica aún más en estudios transculturales. Como se puede apreciar en la tabla 3, la prevalencia puntual de la esquizofrenia varía significativamente en los estudios efectuados en diferentes entornos culturales e incluso en el mismo ámbito cultural (véase las diferencias entre los estudios realizados en los EE. UU.); estas diferencias oscilan desde un 0.6 por 1000 habitantes en

¹ Los expertos sugieren, entre otras medidas, el empleo de instrumentos validados y estandarizados en cada país, el entrenamiento conjunto y concienzudo de los entrevistadores o los clínicos que participen el estudio, la traducción cuidadosa de los instrumentos, etc.

¹ El número y proporción de ingresos depende de factores tan dispares como el número de centros disponibles, la política de ingresos de un país, la actitud de los miembros de la comunidad hacia el ingreso, el umbral de queja permitido por la cultura, etc.

Tabla 2. Factores que pueden influir en las diferencias transculturales en tasas epidemiológicas. (Adaptado de Butcher & Bemis, 1984.)*Factores fisiológicos y genéticos*

- Distribución diferente de la predisposición genética.
- Ambiente prenatal.
- Deficiencias en la dieta.
- Prevalencia de enfermedades físicas.

Influencias sociales generales

- Desarrollo industrial y económico.
- Residencia urbana o rural.
- Cambio social.
- Cohesión social.
- Complejidad de la sociedad.
- Clase y consistencia de los valores sociales.
- Orientación epistemológica (explicaciones causales).
- Religión.
- Presencia de rituales de duelo y expiatorios.
- Tabús culturales.
- Provisión de vías adecuadas para la agresión y la ansiedad.
- Estresores del ciclo vital.
- Reacciones sociales ante la conducta desviada.

Factores individuales y familiares

- Patrones de crianza.
- Personalidad.
- Tipo de defensas psicológicas.
- Estructura familiar.

Ghana hasta un 17.0 por 1000 en una comunidad rural de Suecia. A pesar de este marcado rango de variación, es muy frecuente afirmar, creemos que con cierta ligereza, que existe bastante homogeneidad «en términos generales» en las tasas de esquizofrenia a través de todos los países (por ejemplo, Tsuang y otros, 1988).

La dificultad en efectuar diagnósticos homogéneos puede deberse, en parte, a la diferencias existentes en la expresión de síntomas en diferentes culturas o sociedades. Por ejemplo, parece que los pacientes depresivos hispanos y negros

presentan una proporción significativamente más alta de alucinaciones auditivas que los blancos, lo que favorece que en los dos primeros grupos se diagnostiquen falsos positivos de esquizofrenia (Lawson, 1986). Por otro lado, las altas tasas de un trastorno en una cultura determinada pudieran enmascarar otros trastornos. Por ejemplo, las altas tasas de alcoholismo de algunas culturas pudieran estar enmascarando trastornos depresivos o esquizofrénicos (Griffith, 1989).

En cuanto a cuadros concretos, al principio se creía que la esquizofrenia

Tabla 3. Prevalencia puntual de la esquizofrenia por cada 1.000 habitantes en diversos países. (Adaptado de Eaton, 1986 y Jablensky, 1986)

PAIS	Autores	Año	Prevalencia
U.R.S.S.	Ouspenskaya	1978	5.3
Suecia	Böök y otros	1978	17.0
Ceilán	Wijesinghe y otros	1978	5.6
Alemania	Hafner y Klug	1980	1.2
Ghana	Sikanartey y Eaton	1984	0.6
Taiwán	Rin y Lin	1982	0.9
EE. UU. (Baltimore)	Van Korff y otros	1985	6.4
EE. UU. (Baltimore)	Meyers y otros	1984	6.4
EE. UU. (St. Louis)	Meyers y otros	1984	10.0

era relativamente infrecuente en sociedades «primitivas». Sin embargo, los estudios más recientes que han empleado métodos diagnósticos más fiables, demuestran que está presente prácticamente en todas las sociedades estudiadas (Draguns, 1980). Respecto a la depresión, se pensaba que era poco frecuente en Africa y buena parte de Asia. Sin embargo, las investigaciones más recientes o bien proporcionan tasas similares a Occidente o bien no se aventuran a efectuar comparaciones dada la inconsistencia de los datos (Marsella, 1980). Por otro lado, los trastornos de ansiedad (conocidos como «neurosis» en otras terminologías), parecen más frecuentes en las sociedades industrializadas.

En definitiva, las tasas varían tanto de cultura a cultura como de estudio a estudio realizado dentro de la misma cultura, por lo que resulta extremadamente difícil efectuar una respuesta inequívoca con los datos que disponemos en la actualidad.

— *Expresión de la psicopatología.*

Por último, en cuanto a la forma de la psicopatología, las respuestas que se pueden ofrecer tampoco son inequívocas. Quizás el problema técnico y con-

ceptual más importante de los estudios transculturales reside justamente en este apartado. ¿Hasta qué punto las peculiaridades expresivas culturas de un trastorno lo convierten en algo no comparable con trastornos de otras culturas? Por ejemplo, uno de los síntomas clave de la depresión en Occidente es tener un estado de ánimo deprimido, abatido, y sentimientos culpa. Sin embargo, estos síntomas son relativamente infrecuentes en culturas asiáticas (Marsella, 1980). Está abierto a debate si esta expresión psicopatológica peculiar (en este caso, depresión sin disforia) es anecdótica o, por el contrario, conforma un cuadro diferente a la depresión «occidental».

Un ejemplo de este problema lo proporciona el Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia financiado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1973). En este estudio se intentó comparar las tasas epidemiológicas de países situados en ámbitos culturales diferentes. Se analizaron 1202 pacientes de Colombia, Checoslovaquia, China, Dinamarca, Estados Unidos, India, Nigeria, Reino Unido y la URSS. Aunque se descubrió que hay unos síntomas comunes o «nucleares» (falta de consciencia del problema, alucinaciones auditivas,

afecto plano, experiencias de control y signos de pensamiento delirante), también se apreció que había diferencias notables transculturales tanto en la expresión de los síntomas (por ejemplo, la sintomatología es más florida en los países occidentales) como en las cifras epidemiológicas de diferentes países. La pregunta es si estas diferencias legitiman la inclusión de formas tan variadas de expresión sintomatológica bajo la misma etiqueta diagnóstica de «esquizofrenia». Esta alternativa es difícil de solucionar pues, en Psicopatología, no disponemos de criterios externos objetivos (por ejemplo, tests bioquímicos) que, aparte de los síntomas, nos permitan diagnosticar a los sujetos.

En este mismo estudio de la OMS se demostró que el ámbito cultural también afectaba el curso de la esquizofrenia. Los estudios de seguimiento de dos años demostraron que el curso era más benigno en los países no industrializados que en los occidentales industrializados, para lo cual aún no hay explicaciones claras (Martí-Tusquets & Murcia, 1987; Obiols & Obiols, 1989). En todo caso, todos estos datos parecen apoyar la idea de que la cultura contribuye a articular la expresión del síntoma y probablemente también su curso y etiología (Williams, 1989).

Como muestra más extrema del peso de la cultura en la Psicopatología, se suele apelar a los denominados «síndromes ligados a la cultura» o «síndromes específicos de la cultura» (Seguín, 1980; Cox, 1986; Simons & Hughes, 1985), es decir, síndromes o cuadros psicopatológicos aparentemente *idiosincráticos* de culturas determinadas. En la tabla 4 presentamos algunos de estos cuadros peculiares, la mayoría de los cuales son ya muy infrecuentes. De hecho, en áreas urbanas han llegado virtualmente a de-

saparecer (Friedman & Faguet, 1982), probablemente como consecuencia del progresivo proceso de uniformización cultural que se está dando actualmente en todo el mundo (Lehmann, 1982).

Sin embargo, los síndromes específicos no son sólo característicos de áreas «exóticas». En Occidente también existen algunos cuadros cuya aparición en otras sociedades es muy infrecuente. Así, por ejemplo, las neurosis obsesivas relacionadas con la limpieza (Martí-Tusquets & Murcia, 1987) o la anorexia (Thomas & Szukler, 1985) están muy circunscritos a nuestro entorno cultural.

Aún no existe una clara respuesta sobre si estos síndromes deben considerarse como la manifestación, con ciertas variantes, de cuadros conocidos (como la esquizofrenia o la angustia) o realmente como cuadros peculiares únicos (Williams, 1989; Griffith, 1989). Existe por tanto una polémica aún no resuelta sobre si estos fenómenos son meras variaciones patoplásticas o superficiales de síndromes universales o si, por el contrario, constituyen cuadros peculiares no asimilables a otros conocidos. Por otro lado, y en relación con el anterior apartado sobre cifras epidemiológicas, la consideración de estos cuadros como algo específico o no, también afecta a las cifras epidemiológicas de los trastornos mentales de cada país, lo que finalmente redundará en la dificultad de comparar tales cifras.

NORMALIDAD, SALUD Y PATOLOGIA

Una última consideración de importancia es la diferencia entre normalidad, patología y salud. La normalidad no implica un estado de salud sino, simple-

Tabla 4. Síndromes específicos ligados a la cultura. (Adaptado de Butcher y Bemis, 1984.)

<i>Síndrome</i>	<i>Sintomatología</i>	<i>Localización</i>
AMOK	Reacción frenética de rabia asociada con ataques furibundos hacia otras personas. El ataque es precedido por una situación de estrés, que conlleva un periodo de aislamiento e ideas de persecución. Puede haber una obnubilación de los sentidos durante el episodio y una posterior amnesia.	Sudeste de Asia (Malasia).
KORO	Miedo obsesivo de que el pene se introducirá en el abdomen. Se da en el contexto de un estado de pánico y está asociado a miedos de muerte inminente.	Indonesia, Borneo y Sur de China.
LATAH	Reacción de terror que implica ecolalia, ecopraxia, coprolalia e hipersugestibilidad.	Norte de Africa, Sudeste de Asia, Siberia, Japón y Norteamérica (?).
PIBLOKTOQ o histeria del Artico	Tremenda excitación asociada con una deambulacion sin rumbo. El ataque puede estar precedido de un periodo de irritabilidad y puede estar seguido de convulsiones o estupor.	Algunos grupos esquimales.
SUSTO	Síndrome de insomnio, astenia, apatía, pérdida de apetito, depresión y ansiedad. Tradicionalmente se atribuye a un estado de «shock» producto de la pérdida del alma.	Latinoamérica.
WINDIGO	Obsesión canibal que está acompañada de sentimientos de depresión, pérdida de apetito, y pensamientos homicidas. La alteración se atribuye a la posesión del monstruo mítico <i>windigo</i> .	Indios del Noreste de América.

mente, una ausencia de patología. Así pues, en contra de lo que se afirmaba en el pasado, la salud no se caracteriza sencillamente por la ausencia de alteraciones psicopatológicas manifiestas (Offer & Sabshin, 1980). Como señaló la OMS ya en 1946, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino *además*,

bienestar psíquico, físico y social (Muñoz, 1980). Quizás la definición más extendida de «salud mental» es la proporcionada por la Federación Mundial para la Salud Mental (1962), al caracterizarla como «un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que

no perturbe el desarrollo de sus semejantes».

El concepto de salud (física o psíquica) tiene, por tanto, un matiz más bien utópico y resulta tan difícil de apresar como el concepto de «enfermedad» o de «anormalidad» (San Martín, 1982). Evidentemente, precisar lo que pueda ser «desarrollo óptimo», tal y como se señala en la definición anterior, entra de lleno en un terreno más bien especulativo y relativo al contexto cultural (Buss, 1966). Dado lo utópico de esta concepción absoluta de la salud, parece preferible hablar de *salud relativa*, como un estado de equilibrio dinámico, mejorable y fluctuante (San Martín, 1982); en esta concepción más flexible y realista, en un estado de salud relativa puede haber estados transitorios de enfermedad e incluso alguna enfermedad no percibida. Asimismo, el estado mejor de salud dependerá estrictamente de las condiciones socioeconómicas y culturales de cada país o cada comunidad, no pudiendo «exportarse» criterios de bienestar.

Muchos autores, de diversos enfoques teóricos y disciplinas (por ejemplo, Adler, Jahoda, Maslow, Rogers, etc.) han reflexionado sobre los elementos constitutivos de un estado de salud mental. Entre los criterios más frecuentemente señalados se encuentran los siguientes:

- 1) Resistencia alta al estrés y a la frustración.
- 2) Autonomía intelectual, económica y en hábitos de autocuidado.
- 3) Percepción correcta de la realidad.
- 4) Percepción coherente y realista de sí mismo.
- 5) Competencia y ajuste a las demandas del entorno.
- 6) Relaciones positivas interpersonales.

7) Actitud positiva hacia sí mismo y hacia los demás.

Evidentemente, todos estos criterios, en mayor o menor medida, parecen ingredientes de consideración en la definición de la salud. Sin embargo, tienen un carácter orientativo y un valor más filosófico que científico. La relación de estos criterios pone de manifiesto que el concepto de «salud», a pesar de su empleo cotidiano y de ser un punto de referencia común y necesario en nuestros sistemas de organización sanitaria y en nuestra concepción de la realidad, es tan resbaladizo y de límites borrosos como el concepto de normalidad. Incluso, algunos autores, apoyados en datos empíricos sostienen la fascinante teoría de que un ingrediente de la salud mental pudiera ser no una visión realista y adecuada de la realidad y de uno mismo sino una visión algo distorsionada, en una dirección optimista y positiva, de la misma (véase Taylor & Brown, 1988 y véase el capítulo 6).

En todo caso, la tendencia futura de la Psiquiatría y la Psicología Clínica se centrará cada vez más en ocuparse del «vivir óptimo» (véase Rosenhan & Seligman, 1984) que de lo patológico. Su campo de actuación va a cubrir de modo progresivo el campo de la *salud* (es decir, la mejora de hábitos de vida, la optimización de los recursos personales, la prevención de trastornos, etc.). Esta tendencia sin duda supondrá un mayor compromiso social y político que la estrategia más conservadora actual consistente en «esperar» la aparición de la patología para intentar reducirla terapéuticamente.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders (3.ª Edición), Washington, D. C.: American Psychiatric Association. (Trad. esp. en Masson, 1983), 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (3.ª Ed. revisado), Washington, D. C.: American Psychiatric Association. (Trad. esp. en Masson, 1988), 1987.

BALLÚS, C.: «Psiquiatría o psiquiatras», *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 14, 179, 1987.

BARCIA, D. (ED.): *Psiquiatría antropológica*, Universidad de Murcia, Murcia, 1987.

BELLOCH, A. y BAÑOS, R. M.: «Clasificación y categorización en psicopatología», en: A. Belloch y Barreto, M. P. (Eds.), *Psicología clínica: Trastornos bio-psico-sociales*, Promolibro, Valencia, 1986.

BERNARD, P., y TROUVÉ, S.: *Semiología psiquiátrica*, Toray-Masson, Barcelona, 1978.

BERRIOS, G.: «Investigación biológica y psicopatología descriptiva», *Revista de Psicología*, 1, 39-52, 1983.

BERRIOS, G.: «Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects», *Psychological Medicine*, 14, 303-313, 1984.

BUNGE, M.: *La investigación científica*, Ariel, Barcelona, 1981.

BUTCHER, J. N.: «Cross-cultural research methods in clinical psychology», en: P. C. Kendall y Bucher, J. (eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*, Wiley, Nueva York, 1982.

BUTCHER, J. N.: «Special series: Cultural factors in understanding and assessing psychopathology», *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55, 459-512, 1987.

BUTCHER, J. N., y BEMIS, K. M.: «Abnormal behavior in cultural context», en: H. E. Adams y P. B. Sutker (eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*, Plenum, Nueva York, 1984.

CANTOR, N., y GENERO, N.: «Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy», en: T. Millon y G. Klerman (eds.), *Contemporary directions in Psychopathology: Towards the DSM-IV*, Guilford, Nueva York, 1986.

COLES, E. M.: *Clinical Psychopathology. An*

introduction, Routledge y Kegan Paul, Londres, 1982.

COOPER, D.: *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Paidós, Buenos Aires, 1971.

COX, J. L.: *Transcultural psychiatry*, Croom Helm, Beckenham, 1986.

DRAGUNS, J. G.: «Psychological disorders of clinical severity», en: H. Triandis y Draguns (eds), *Handbook of cross-cultural psychology*. (Vol. 6: *Psychopathology*), Allyn & Bacon, Boston, 1980.

EATON, W.: «The epidemiology of schizophrenia», en: G. Burrows; T. Norman, y G. Rubinstein (eds.), *Handbook of studies on schizophrenia*. (Vol. 1: *Epidemiology, etiology, and clinical features*), Elsevier, Nueva York, 1986.

ECHAVARRÍA, R.: «Sobre el uso y el significado de los términos «normal» y «anómalo» en Psico(pato)logía», *Informaciones Psiquiátricas*, 109, 207-222, 1987.

EY, H.: *En defensa de la psiquiatría*, Huemul, Buenos Aires, 1979.

EYSENCK, H. J.; WAKEFIELD, J. A., y FRIEDMAN, A. F.: «Diagnosis and clinical assessment: The DSM-III», *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193, 1983.

FIERRO, A.: «El modelo de ciclos de acción en psicopatología y en intervención terapéutica», en: A. Fierro (ed.), *Psicología Clínica: Cuestiones actuales*, Pirámide, Madrid, 1988.

FRIEDMAN, C. T. H., y FAGUET, R. A.: *Extraordinary disorders of human behavior*, Plenum, Nueva York, 1982.

GERGEN, K.: «The social constructionist movement in modern psychology», *American Psychologist*, 40, 266-275, 1985.

GOULD, S. J.: *La falsa medida del hombre*, Orbis, (Orig. 1981), Barcelona, 1986.

GRIFFITH, E. E. H.: «Psiquiatría y cultura», en: J. A. Talbott; R. E. Hales, y S. C. Yudofsky, S. C. (eds.), *Tratado de Psiquiatría*, Ancora (Original: 1988), Barcelona, 1989.

GUIMÓN, J.: «Definiciones de la Psiquiatría», *Psiquis*, 3, 1-4, 1982.

HOLZMAN, P. S.: «The fences of psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, 142, 217-218, 1985.