

# TERAPIA CULTURALMENTE SENSIBLE: UN ACERCAMIENTO ANTROPOLÓGICO

A. Gailly

Center for Mental Health -Brussels, Vaartstraat 65, B-1000 Brussel, Belgium

*This paper offers a model for culturally sensitive therapy for responding to cultural diversity in (mental) health care<sup>1</sup>. Culturally sensitive therapy cannot be based on pure comparative ethnographic data and on the development of technical skills. This would lead to too many ethnic based theories and the salience of multiculturalism would become trivialized. The idea of a culturally sensitive therapy thus affects the potential for a 'crisis of relativism'. In our approach culture is no longer considered as a static, reified concept but as a process, a contextual creation, and the social construction of meaning. This implies an intersubjective perspective in which the clinician's and the patient's behaviour, thoughts, and feelings become a field of interaction that operates on multiple levels, within which the patient and clinician work to construct (cultural) meaning. In this perspective the cultural elements in the processes of transference and countertransference are very important. It also should be clear that mental health, in models for diagnosis and treatment, should no longer only look for the physical, social, and psychological dimensions but also for the cultural.*

*Key words: mental health, culturally sensitive therapy, culture elements in countertransference, ethnic/culturally divers patients, enlightenment, endogenous knowledge, bifocality.*

---

## INTRODUCCIÓN: TERAPIA CULTURALMENTE SENSIBLE

En estos días las naciones y sociedades son pluriétnicas y pluriculturales, y también los clínicos se encuentran cada vez más con pacientes étnicamente/culturalmente diversos, los cuales traen a la terapia su etnicidad y/o cultura, y su conocimiento y prácticas para entender y tratar enfermedades. Al hacer esto, no sólo desafían los conceptos tradicionales de la biomedicina occidental (psiquiatría, psicoterapia incluida) y la identidad profesional de los clínicos, sino que también concientiza a los occidentales de su propio origen cultural, obligándolos a ponerlo en perspectiva.

En esta contribución discutimos las posibilidades de una terapia culturalmente sensible para poder desarrollar una terapia adecuada a pacientes étnicamente/culturalmente diversos<sup>3</sup>. Nuestro punto de partida es que un paciente étnicamente/

culturalmente diverso formula su demanda de cura desde su propio origen (sub)cultural. El clínico reacciona a su demanda con su sistema profesional de cuidado. Esto refleja el credo occidental del clínico que es una copia de la manera occidental de ver el mundo. En este sentido, los clínicos también participan en subculturas etnoculturales y profesionales específicas. Ya que la salud, el sanar y el ser curado son relacionales, las normas, los valores, la cultura y la manera de ver la vida del clínico y del paciente son una y otra vez reinventadas, creadas, fusionadas y reproducidas en sus interacciones. Enfatizamos que en la administración de cuidados de salud mental el impacto de la cultura es de lo más importante, y es crucial para la práctica de la salud mental en una sociedad plural el entender cómo las diferentes perspectivas culturales del clínico y del paciente interactúan. Así las preguntas fundamentales son: ¿Hay posibilidad de permitir un análisis cultural, y están los clínicos occidentales preparados para aceptar diferencias culturales (para dotar de significado cultural la demanda y proceso terapéutico del paciente) en su práctica diaria?

En el estado actual de antropología, la etnografía es un estudio empírico de un grupo bien definido y limitado, cuyos miembros tienen su propia cultura o estilo de vida, para poder reconstruir el sistema socio-cultural de este grupo en particular. Así cultura es una estructura simbólica (inconsciente), empíricamente deducida y teóricamente construida, intersubjetiva, colectiva (en el sentido que la cultura dota de significado a un grupo específico, en un contexto social), por la cual un grupo crea un significado como grupo comparándolo con el cuerpo, el material alrededor, y el espacio social, trascendente, metafísico y religioso. Este sistema de símbolos también es legado y transformado de generación en generación, y tiene una dimensión tanto cognitiva como evaluativa. Así, las todas las actividades culturales en su diversidad de formas implican procesos que producen significados que permiten al grupo sobrevivir como grupo<sup>4</sup>.

Un estudio de la literatura existente sugiere que el modelo mayoritario para mejorar una terapia sensible culturalmente incluye tres competencias básicas: (1) conocimiento etnográfico de clientes culturalmente y racialmente diversos, tomando en consideración el estatus aculturativo y las preferencias de estilo de vida del cliente, (2) desarrollo de habilidades multiculturales, y (3) conciencia de las suposiciones, actitudes, valores y creencias sobre la raza y cultura de uno mismo y de los demás. Estas competencias parecen reducir la ansiedad, inseguridad, incertidumbre y duda que los pacientes étnicamente/culturamente diversos provocan al amenazar al clínico en su identidad profesional.

Sin embargo, un análisis histórico-cultural muestra que estas competencias son resultado del modo en que se interpreta la crisis de la competencia terapéutica multicultural. Son el producto de un contexto político, socio-cultural específicos y del modo en que la cultura se ha definido históricamente (lo que implica dotar de significado a la realidad, y así a la enfermedad mental, a diferentes niveles de

significado). Estas competencias están también basadas en la metáfora del conocimiento occidental y son consistentes con la creencia de que el conocimiento aporta control y trabajo efectivo. Esta contribución se focaliza en la definición de cultura que subyace a estas competencias y en el hecho de que enfatizando una de estas competencias (incluyendo su definición subyacente de cultura) resultan en un tipo concreto de terapia culturalmente sensible.

## **CONOCIMIENTO ETNOGRÁFICO (CULTURAL) DE PACIENTES ÉTNICAMENTE/CULTURALMENTE DIVERSOS**

Siempre que un clínico está preparado para aceptar y reconocer la diversidad cultural, uno se encuentra con la inseguridad y el concepto vago de cultura. La terapia culturalmente sensible, según algunos, necesita de información etnográfica sobre la cultura del paciente y, por lo que respecta a los pacientes etnoculturalmente diversos, de información sobre el país de origen, incluyendo aspectos de aculturación, y de conocimiento médico-antropológico del sistema etnomédico y etnopsiquiátrico dentro de toda la matriz social. Todo esto se considera necesario para poder prevenir la ruptura de la relación terapéutica en su dimensión cultural. Entonces empieza la búsqueda de normas, valores y rasgos básicos que sean definibles y reconocibles y que puedan ser convertidos en operacionales para poder reducir las diferencias culturales. Además, utilizando estas dimensiones básicas, se cree que las variables psicológicas pueden ser enlazadas a la dimensión de la cultura. En este sentido, el conocimiento etnográfico se convierte entonces en el camino a la eficiencia terapéutica, mientras una falta de este conocimiento es una coartada o excusa para el fracaso terapéutico.

El “conocimiento cultural” utilizado para desarrollar una terapia culturalmente sensible es a menudo reducido al comportamiento social. El clínico busca prescripciones culturales y reglas que el paciente tiene que cumplir. Las preguntas que se suelen hacer son: “¿Cómo se celebran las bodas, qué prácticas hay respecto a los familiares difuntos (prácticas de duelo), cómo se practica la religión?, etc.”. Este tipo de información normalmente no es muy útil, cosa que dejan clara los pacientes (clínicos) diciendo: “los otros son así, pero yo soy (mi paciente es) diferente”. Esta información es también una reducción de la cultura a estructuras y comportamientos sociales. Como escribió Geertz (1973, 33-34)

*“La cultura es la estructura del significado en términos por los cuales los seres humanos interpretan su experiencia y guían su acción; la estructura social es la forma que toma esa acción, la... red de relaciones sociales. Cultura y estructura social son... abstracciones diferentes del mismo fenómeno».*

Diríamos que las estructuras del inconsciente colectivo cultural organizan normas y valores en sistemas según: género, matrimonio, familia y parentesco, puro e impuro, orientación individual versus la de grupo (familiar), tradición e innova-

ción, ciencia y religión, causalidad, responsabilidad, trabajo, jerarquía, autoridad, poder, honor, vergüenza, bienestar, orientación temporal (lineal, cíclica), espacio y el ser en el mundo, entre otras. Además, la información cultural es a menudo requerida por intérpretes, mediadores culturales, clínicos étnicos, e incluso pacientes (provocando éste un intercambio de rol terapéutico). Ya que la mayoría de estos informadores no hicieron investigación antropológica sobre la cultura del paciente, suelen hablar desde la perspectiva de la vida personal con lo que la experiencia personal de cultura “vívida” y del “estudio científico” de la cultura, son reducidos al otro.

Algunos clínicos derivan a pacientes étnicamente/culturalmente diversos a un clínico étnico con la idea (¿o es mecanismo de defensa contra el ser confrontados con la diversidad étnica/cultural?) de que la terapia será más eficaz cuando el clínico y el paciente no sólo tienen un lenguaje y culturas comunes sino también una historia de emigración y experiencias de discriminación comunes. Esta es una suposición prematura y a veces errónea<sup>5</sup>. Debido a su educación occidental, los clínicos étnicos adoptan mecanismos de pensamiento, normas y valores occidentales, y se incorporan a la cultura profesional occidental de clínicos, con lo que el clínico étnico se percibe como “occidental”. El ser equivocadamente tomado como un antropólogo (“cultura vivida” versus “cultura estudiada”) atribuye a los clínicos étnicos también un rol que a menudo no quieren y el cual demasiado a menudo los convierte en un instrumento para guiar al paciente como un “buen padre” o “buena madre”. Los conflictos aparecen entonces cuando los clínicos étnicos no se permiten ser utilizados como herramienta y esto resulta en la marginalización del clínico étnico con el paciente. Aunque la diversidad es un recurso humano esencial que también presenta muchos retos clínicos, esto puede complicar la identificación con pacientes culturalmente distintos, con lo que clínicos étnicos educados en occidente rechazan considerar la diversidad cultural, desarrollan no sólo fatiga a la compasión sino también, en casos extremos, rechazan a pacientes étnicamente/culturalmente diversos.

La demanda de un paciente por un clínico de la misma pertenencia étnica puede indicar que él o ella desean embarcarse en un auto-descubrimiento con la intención específica de evaluar, dentro de un contexto protector, su diferencia étnica. Este contexto protector, una especie de “sentimiento de nosotros” o de “ser compañeros”, está formado tanto por datos pre-verbales corporales (el hecho de hablar un “lenguaje” común lo cual se pierde a través del idioma o la traducción) como por dimensiones compartidas relacionales (compartiendo las mismas preocupaciones y experiencias de sentirse diferente, de ser inmigrante, etc.). Este mundo compartido crea una realidad subyacente aún más profunda que se expresa en un “lenguaje” común. Rechazar a un clínico étnico puede ser el resultado de un rechazo de o un deseo de tomar distancia de la propia cultura de origen. También puede querer decir que el paciente siente que el clínico étnico no tiene las mismas

capacidades que un clínico occidental. Esto puede apuntar a problemas relacionados con el ego como la asunción de que ser culturalmente distinto es, por definición, malo.

Terapia étnicamente común o no, tiene por tanto un punto de partida absolutamente distinto. Las que son parejas, desde un principio, muestran una especie de cohesión, un “sentimiento de nosotros”, en contraste con las que no lo son. En ambos casos es difícil empezar la terapia porque ninguno de estos casos ofrece un espacio de transición para integrar la cohesión y la diferenciación. La cohesión dentro del caso de misma étnia puede resultar agobiante y debe ser introducida la diferenciación. Por otro lado, en el caso en que no se dé la misma étnia, la diferenciación inicial deber ser reducida introduciendo cohesión. Lo que la cultura de uno puede significar cuando se está en contacto con otra cultura está bellamente descrito por Lévi-Strauss (1955).

El clínico étnico representa el prototipo de alguien que, siendo étnicamente/culturalmente distinto, y a pesar del racismo y la discriminación, ha alcanzado un estatus profesional considerado socialmente alto. Profesionalidad se equipara con ser occidental, con todas las ventajas relacionadas, económicas y sociales, que son normalmente negadas a los que pertenecen a una étnia o cultura distinta (pertenecer a una clase socio-económica más baja, por ejemplo). El paciente idealiza y envidia a este clínico étnico quien ha superado con éxito todos los obstáculos y opresión relacionada con el hecho de ser étnicamente/culturalmente distinto. El paciente negará esta envidia y celos, no sólo por vergüenza sino también porque los sentimientos de envidia se asocian al hecho de ser étnica y culturalmente diferente, a experiencias de discriminación, falta de oportunidades, y fracaso. Además, vergüenza y otros sentimientos relacionados (honor, culpa) están a menudo muy cargados culturalmente especialmente en culturas musulmanas. Si tales sentimientos o experiencias no surgen nunca en terapia, la auto-imagen escasa y negativa del paciente será contraproduktiva tanto en terapia como en la vida diaria.

Un clínico étnico es revestido de todo lo que es moderno y racional por un paciente con el mismo origen étnico. En otras palabras, él o ella categorizará al clínico con antinomios (como moderno, racional, etc) de la misma forma que un clínico occidental los utiliza para significar a los pacientes étnicamente/culturalmente diversos (tradicional, religioso, etc.). El clínico entonces es un objeto para la proyección de todo tipo de ilusiones en las cuales él o ella se asocian con el universo cultural occidental. Así el clínico se convierte en la transformación del practicante que todo lo sabe y ofrece cura inmediata, o la persona que puede ofrecer bienestar a través de, por ejemplo, un matrimonio concertado (ver: pacientes diciendo: “si no estás casado aún, te encontraré pronto una mujer (turca)). Ya que los clínicos étnicos son vistos como representantes de las tendencias mayoritarias dentro de la sociedad occidental, es importante prestar atención a las ilusiones de un paciente acerca de la sociedad occidental y qué tipo de imágenes presenta occidental.

Trabajar junto a mediadores culturales, intérpretes y otros proveedores de cuidados étnicos puede presentar retos como: ¿quién significa, qué contenido, en qué momento y quién hace terapia con quién? Los proveedores étnicos de cuidados suelen estar a menudo también cargados por las proyecciones de las expectativas de la sociedad (receptora) (concernientes a la integración de su su comunidad, por ejemplo). Su presencia puede ser también de gran ayuda: ellos no sólo consiguen reducir la ansiedad cultural del paciente sino también la ansiedad del clínico debido al reto a su identidad profesional. La presencia de proveedores étnicos de cuidados también invita a los pacientes étnica/culturalmente diversos a un discurso auténtico así que ya no sienten la necesidad de presentarse como occidentales en el espacio “blanco” del clínico. Esto facilita un acercamiento al paciente como individuo cultural y da la oportunidad para la creación de un espacio tradicional y un espacio terapéutico híbrido.

### **HABILIDADES MULTICULTURALES (COMUNICACIÓN INTERCULTURAL)**

Esta competencia está basada en la idea de que la cultura puede ser reducida a “punto de controversia” allí donde las diferencias culturales se negocian. En nuestra definición de cultura como creación de significado (significante y siendo significada) el criterio fundamental es: Quién crea significado, para qué, en qué momento, y ¿es el significado creado válido para aquellos para quién es creado?

El proceso de creación de significado en la comunicación entre clínico y paciente étnicamente/culturalmente diverso puede estar influido por muchas razones culturales como: relaciones de poder recíprocas (como edad, sexo, género, estatus socio-económico, casta, etc.) entre el clínico y el paciente, los pacientes étnicamente/culturalmente diversos puede que sólo cuenten lo que crean que el clínico pueda entender (por ejemplo pidiendo al intérprete que no traduzca cierta información), y/o contar sólo lo que encaje en la imagen que el paciente quiere que perciba el clínico.

Un paciente étnica/culturalmente diverso iniciará a menudo la terapia desplegando todo tipo de mecanismos de defensa por lo que se refiere a su origen cultural y pertenencia étnica. Ser no-occidental puede resultar en ansiedad, culpa, agresión y hostilidad hacia uno mismo, el clínico, y el sistema de salud como representación del mundo occidental, y puede llevar a sentimientos de vergüenza y envidia así que el paciente muestra una defensa contra el hecho de ser étnica/culturalmente diferente. Estos sentimientos pueden estar enraizados en paranoias culturalmente condicionadas con respecto a ser étnica/culturalmente diferente. Estos miedos contaminan la ansiedad que acompaña la entrada en cualquier relación, y da lugar a un compromiso limitado en el proceso terapéutico y en una actitud negativa hacia el clínico.

Los pacientes étnica/culturalmente diversos, especialmente los jóvenes, a

menudo muestran una afiliación paradójica con su cultura de origen (ideología de autenticidad) y con la modernidad, con lo que se acercan al clínico de una forma caracterizada por seducción y resentimiento a la vez. Estos pacientes ven espontáneamente al clínico étnico como moderno y racional, como a alguien incapaz de entender su cultura de origen y aún menos que la sepa apreciar. Preguntas como “¿Crees que un sanador tradicional puede ayudar?” pueden ser un esfuerzo por situar al clínico en un contexto en el cual el paciente se sienta como en casa. Tal transferencia puede también reactivar traumas tempranos y promover su proceso terapéutico. La experiencia de una figura paterna no comprensiva, por ejemplo, puede ser más fácilmente proyectada en la diferencia étnica/cultural del clínico.

El clínico siempre es visto como el mediador ideal para el paciente étnica/culturalmente diverso cuando nos referimos a las aspiraciones de modernidad de éste último (por ejemplo: “tus preguntas tienen que ver con las tradiciones de nuestros padres; nosotros somos modernos”). Es como si el clínico ofreciera una imagen reflejada del éxito, progreso, e integración del paciente en un espacio culturalmente diferente. Sin embargo, la integración en un espacio cultural adverso y hostil, y la aceptación de un estilo de vida diferente, es difícil. Implica una traición de las leyes, valores y normas ancestrales, y un “matar” a la figura del “padre” para ser aceptado por un padre nuevo prometedor pero demandante, adaptándose a los valores, normas y estilo de vida de éste último. Al final, sin embargo, el nuevo padre condena y repudia y a pesar de los esfuerzos para pertenecer del paciente, éste suele sentirse traicionado (por ejemplo: aprende nuestra lengua, ten una educación buena y formal, compórtate como nosotros, y encontrarás un buen trabajo y serás aceptado por la sociedad occidental; lo que acaba no siendo verdad. (Fanon, 1952). Ser atraído y repelido por el (imagen soñada del) nuevo padre que es a la vez acogedor, atractivo y repulsivo, marginante, se traduce en que uno se sienta desamparado.

Esta actitud paradójica es también evidente hacia la violencia endógena. Culturas emigrantes se caracterizan a menudo por lo que podría llamarse la “ausencia simbólica de la figura paterna”. La autoridad paterna (también símbolo de la cultura de origen) es borrada por los jóvenes emigrantes y por la sociedad occidental (que a menudo acusa a los padres de ser incompetentes) y convierte a los padres en impotentes. La sociedad occidental es acusada de no ser un buen padre; la policía, los profesores, y otras autoridades son a menudo vistas como no severas, ni suficientemente autoritarias y son acusadas de los errores de los jóvenes. Al mismo tiempo, hay una demanda por una política de tolerancia.

Pacientes étnica/culturalmente diversos pueden reaccionar a las dudas de los clínicos por una perspectiva cultural de mantenerse “tranquilos”, siendo menos verbales y menos tendientes a abrirse, por una ansiedad de ser rechazados por diferencias culturales, y por percibir al clínico como alguien distante e incapaz de entender las diferencias culturales.

El saber es siempre “saber contextual” dependiendo de la posición social y

cultural del clínico y del paciente. Al aplicar habilidades multiculturales, los clínicos tienen la expectativa de que la comunicación será más fluida. A menudo, la idea subyacente es que estas habilidades serán útiles para imponer “la agenda del clínico”. Esto resulta en una traducción de comportamiento (cultural) y síntomas endógenos en un idioma occidental de síntomas, y una asimilación, incorporación del paciente étnica/culturalmente diverso en el discurso occidental de “salud mental”.

Además, las habilidades multiculturales, como la comunicación intercultural, presuponen que la cultura puede ser construida de un modo cognitivo, algo impulsivo, una exhortación, que necesita ser construida. Tal constructivismo no sólo acarrea asimilación e incorporación. La cultura se convierte en un espacio narcisista y *voyeur* y reduce a la sociedad a un campo de conflictos, algo autodestructivo (una sociedad depresiva). Esto apunta a la necesidad de explorar las condiciones de transgredir la diversidad étnica/cultural para desarrollar una terapia culturalmente sensible. (Gailly, 2005,b).

## **UN CONCEPTO ESTÁTICO, MATERIALIZADO Y ESENCIALISTA DE CULTURA**

La palabra “cultura” se utiliza a menudo de una manera muy heterogénea. Cultura se ha convertido en algo como un “el todo más complejo” y las definiciones de cultura que lo incluyen todo deben ser abandonadas. Por ejemplo, Tylor (1871) define cultura como un todo complejo en el que incluye conocimiento, creencias, arte, moral, ley, costumbres, y cualquier otra capacidad y hábito adquirido por el hombre como miembro de la sociedad). Esto oscurece más que aclara y lleva a una vaguedad teórica. Además, tal eclecticismo es autorechazante no porque haya una sola dirección, sino porque hay tantas que hace falta elegir. Demasiado a menudo se olvida que cultura en sí misma no existe sino que es un concepto empírico construido por el antropólogo. Dependiendo de la definición y del paradigma del investigador, los datos etnográficos pueden ser interpretados en distintos niveles de significado<sup>6</sup>. Esto explica por qué cada antropólogo y/o participante cultural a menudo interpretan el mismo comportamiento (p. ej. por qué los musulmanes no comen cerdo) de distinto modo. Por tanto, el concepto, la definición de cultura, y el paradigma por el cual se estudia la cultura, deberían hacerse explícitos.

Como dicho anteriormente, las competencias formuladas para una terapia culturalmente sensible son el producto del modo en que se define cultura. Las dos competencias discutidas anteriormente ponen el énfasis en conocimiento y habilidades. Las escuelas históricas antropológicas que producen significados culturales en términos de conocimiento cultural y habilidades culturales son: el evolucionismo y el posterior neo-evolucionismo multilinear, el difusionismo, el funcionalismo americano (Malinowski) y el posterior neo-funcionalismo, el estructuralismo-funcionalismo británico (Radcliffe-Brown), la antropología marxista, y el materia-

lismo cultural (ver: Crapo, 2002; Eriksen & Nielsen, 2000; y Gailly, 2006,c).

Así, el comportamiento puede ser explicado a nivel del tipo de experiencia con la cual se asocia (lo hemos hecho siempre así, o así es como siempre ha sido, es nuestra religión, etc.). La cultura también puede ser concebida como un modelo utilitario (subjetivo), como un instrumento a disposición de un individuo manipulador, como el sedimento del interés en uno mismo (el materialismo cultural y la cultura como “razón práctica”) con un “*homo economicus*” universal, un agente racional que se comporta de un modo en que los objetivos máximos se obtienen. Las prácticas culturales son así explicadas a nivel práctico o funcional y el significado (cultural) depende del resultado del comportamiento, la aplicación o la racionalización práctica ya que legitiman (el funcionalismo americano y el posterior neofuncionalismo: algo se hace para obtener o evitar otra cosa). La concepción de los seres humanos como seres con capacidad de tomar decisiones independientes, quienes sobre la base de ventajas o desventajas pueden maximizar el provecho (p. ej. salud), sin embargo, parece más bien un mito. Otro nivel de significado es dado por las diferentes escuelas de difusionismo explicando que el comportamiento o los bienes materiales son, a través del contacto cultural, adoptados por un grupo culturalmente distinto. Esto puede parecer verdad ya que hoy en día la mayoría de bienes occidentales, a través de la globalización, comunicación y emigración, se encuentran en todo el mundo. El significado cultural de estos bienes, sin embargo, puede ser diferente en distintas partes del mundo. Otro nivel de significación cultural es que el comportamiento se basa en una estructura social (en base a los roles atribuidos a posiciones sociales o estatus, p. ej. el estructuralismo-funcionalismo británico). El evolucionismo da otro nivel de significado y afirma que todas las culturas evolucionan desde etapas de evolución inferiores hacia superiores, la etapa superior siendo por supuesto la cultura occidental (p. ej. evolucionismo, neo-evolucionismo y evolucionismo multilinear, también: Freud, 1913, reduciendo la cultura por este medio a una construcción de impulsos intrapsíquicos) <sup>7</sup>. Una variante evolucionista es la perspectiva relativa que considera todas las culturas como iguales. Esta perspectiva parece tolerante pero implica el riesgo de perder lazos culturales (comportamiento no tolerado en la cultura de uno tiene que ser aceptado en otra cultura). Esto lleva a evitar y/o repudiar al otro cultural. Una ideología intercultural da lugar de este modo a una intolerancia por la diversidad cultural, en etnocentrismo, y en el derecho a reclamar su propia cultura (la visión de que el relativismo cultural necesariamente lleva a la intolerancia, es criticado en Gailly, 2005,b).

Tales definiciones de cultura, al igual que ambas competencias mencionadas anteriormente para desarrollar una terapia culturalmente sensible, fuerzan al clínico a materializar el concepto de cultura y la cultura es vista como estática, monolítica, estereotipante, y esencialista (Kleinman, 2005; Kirmayer, 2003). Como consecuencia, la cultura es reducida a una especie de mosaico que puede estar o no

limitado geográficamente. Dentro de tal paradigma el comportamiento individual es significado como una expresión de las reglas y normas (culturales) de un grupo dado, y el comportamiento por ello es reducido a una mera actualización de la cultura (como si la música, por ejemplo, fuera una mera ejecución mecánica de la partitura). Todo tipo de metáforas utilizadas para hablar sobre la cultura recuerdan esta materialización: cultura como objeto (p. ej. culturas que chocan, culturas en conflicto, bagaje cultural, encuentro Inter.- y multi- cultural, etc.), cultura como metáfora geográfica (p. ej. distancia cultural, vivir entre dos culturas, gente de cierta cultura, etc.), y cultura como “*totum pro parte*” (p. ej. identificar a alguien con su cultura; los clínicos siempre tienen dificultades con tal concepto de cultura: el paciente pertenece a una subcultura específica o es “diferente” a los otros participantes culturales olvidando de ese modo que el comportamiento de alguien no es sólo “cultural”, tampoco sólo “social”, o no sólo “personal” sino siempre una mezcla de todo esto). En tal perspectiva entonces la cultura se convierte en una primera ayuda para una terapia ineficaz que ofrece “herramientas”, “haz” y “no hagas”. La impotencia del clínico parece ser reducida, (la cultura de) el paciente se convierte en el problema, con lo que la reflexión del clínico acerca de sí mismo y de la praxis clínica se vuelve innecesaria.

Si la cultura y el comportamiento están enlazados de esta manera, es difícil tomar en consideración procesos de cambio cultural siguiendo la emigración. Tal materialización del concepto de cultura, además, niega todo tipo de diferencias subculturales en términos de clase social, estratificación social, y modo de vida individual. Esto, sin embargo, es importante considerando los procesos actuales de flujos mundiales hacia la globalización (económica) versus la identidad étnica, con sus flujos dialécticos hacia culturas fusionadas y auto-encerradas. Por tanto no es sorprendente que a la que las fronteras internacionales se abren, un mayor número de grupos étnicos pidan la independencia o que aparezcan comunidades auto-contenidas y lazos etnoculturales inflexibilizantes. Los emigrantes son a menudo confrontados con problemas relacionados con una redefinición étnica. El esfuerzo para construir una cierta continuidad entre el “aquí y ahora” en el país de migración y el “aquí y ahora” en el país de origen, el empeño en entretejerlas, hace que un concepto materializado de cultura sea inapropiado.

Debido a la materialización de la cultura, mucha de la literatura acerca de la terapia culturalmente sensible es directiva, ofreciendo reflexiones y sugerencias. La tradición americana, en contraste con la francesa que parece estar más orientada clínicamente, analiza y describe culturas en términos de valores y normas que pacientes étnica/culturalmente diversos traen a terapia. Dejando a un lado el criticismo que la cultura sea vista como sólo un factor dentro de un contexto eco-socio-cultural, tal acercamiento implica un reduccionismo. Esto resulta en una forma materializada de terapia étnico-categorica. Los manuales americanos ofrecen una tabla de contenidos muy dividida étnicamente. En consecuencia, los

capítulos tratan de terapias con “blancos”, “indios americanos” (“americanos nativos o indígenas”), “nativos de Alaska”, “americanos asiáticos”, “afroamericanos”, “americanos hispanos”, “americanos mexicanos”, “americanos filipinos”, “latinos”, etc. El vínculo implícito entre territorio, origen e identidad encuentra una expresión incluso mayor en la atribución de una identidad híbrida a individuos de orígenes “mezclados” como por ejemplo “americanos nativos asiáticos”. Por cada grupo entonces, se presentan sugerencias terapéuticas (de comportamiento) sobre la base de normas y valores con el fin de desarrollar una terapia culturalmente sensible más “efectiva”.

El supuesto (implícito) de que la formación podría ser fácil en términos de un modelo basado en patrones de normas y valores étnico/culturales ha resultado en una multiplicidad de modelos de terapia culturalmente sensible. Sin embargo, no hay prueba de que la formación en conocimiento etnográfico convierta a los clínicos en más eficientes. Al contrario, el riesgo inherente por materializar la cultura puede desembocar en estereotipos y generalizaciones. Otra crítica a este modelo es que la diversidad cultural es tan diversa que los clínicos no pueden “conocer” la cultura de todos sus pacientes. El conocimiento etnográfico sólo ayuda al clínico a ver su propio origen cultural en una perspectiva contextual más relativa. Todo esto nos lleva a la conclusión de que la cultura interpretada como material, estática, y esencialista, no es de mucha ayuda para responder a la diversidad cultural.

### **CONCIENCIA DE LA CULTURA DEL CLÍNICO Y LA DEL PACIENTE: PROCESOS DE CONTRATRANSFERENCIA**

Un clínico que no puede tratar con la diversidad cultural muestra una variedad de respuestas que son contrarias al proceso terapéutico como: ansiedad, culpa, superioridad, desconfianza, fascinación, agresión, obediencia, etc. Tal clínico compensará en procesos de contratransferencia para dirigir la atención lejos del doloroso material inconsciente culturalmente relacionado. El clínico debe ser consciente de los elementos culturales en sus procesos de contratransferencia porque no es capaz de superar aquello que es aceptado por su propia consciencia cultural. La consciencia de la propia cultura permite al clínico entender cómo sus reacciones son activadas por la cultura del paciente. Esto permite al clínico observar y entender sus reacciones de rechazo o fascinación, etc. En este sentido, la cultura del paciente activa la cultura del clínico y viceversa, de un modo recíproco. Así, la cultura no se puede ver como material y estática, sino como creada y dinámica, como el continuo resultado, siempre en desarrollo, de interacciones entre el clínico y sus pacientes.

La falta de conciencia de los elementos culturales en los procesos de contratransferencia pueden también ser la razón por la cual los cuidados que son sensibles a la cultura no son evidentes ni siquiera cuando clínico y paciente son de la misma etnia. Un clínico normalmente utiliza su cultura profesional y su cultura

vivida como individuo (y no cultura estudiada), a menudo revive elementos culturales inconscientes y no asimilados y (para los clínicos étnicos) experiencias de migración. Esta recurrencia es algo para lo que los clínicos no suelen estar preparados. Otro aspecto capital es la actitud del clínico étnico hacia su propia cultura de origen, la cultura de migración, los pacientes étnicos/culturales con menos educación, y la cultura del “aquí y ahora”. Si juntamos esto a la carga de trabajo debida a los procesos de transferencia de los pacientes étnicos/culturales, el clínico étnico puede sufrir fatiga de compasión y algunos pueden incluso negarse a visitar pacientes étnicos/culturales.

Además clínicos y antropólogos tienen culturas y status profesionales distintos. Los clínicos trabajan dentro de una cultura profesional como miembros de una organización occidental (poder). Como profesionales tienen un discurso acerca de la cultura (hablan de cultura desde dentro de cierta cultura profesional), acerca de la individuación y objetivación del “otro”, y acerca de la protección de intereses y conflictos sociales (derechos sociales, realidad normativa, etc.). Tal postura implica poder y conocimiento (“*pouvoir et savoir*”) que les permite definir normalidad y anormalidad desde una perspectiva estática. Por lo que se refiere a enfermedad mental, la cultura es entonces definida psicológicamente como “*hystéresis*” (Bourdieu, 1980), como un funcionamiento inadecuado, como un conflicto paroxismal, y la patología es definida como peligrosa.

El antropólogo tiene un discurso “émico” (desde dentro de la cultura) basado en la axiología del paciente. El antropólogo se define a sí mismo como un hermeneuta en busca de “*connaissance*”<sup>8</sup> en virtud de lo emocional; de ahí una complicación (Merleau-Ponty) de los individuos en una acción comunal, como un aprendizaje, un discurso, un matrimonio o terapia, el compartir el saber se convierte en “*con-naissance*”. Como observador participativo (en búsqueda de “*con-naître*”), el antropólogo no puede hablar desde una postura de poder o desde normas y/o valores establecidos (no tiene aparición normativa).

La falta de marcos antropológicos de referencia (y de las tradiciones que inspiran una identidad antropológica) en la formación y entrenamiento de la identidad profesional de los clínicos hace que el desarrollo de una atención culturalmente sensible sea muy difícil, a pesar de que haya muy buenas intenciones<sup>9</sup>. Gente étnica/cultural diversa no tienen voz en la estructura, la organización, y el contenido del sistema de salud occidental. Parece que casi no haya ninguna intención, formación, entrenamiento y conocimiento, para guiar los procesos hacia una sociedad multicultural.

El estudio de la cultura no es una ciencia experimental en búsqueda de leyes sino que es interpretativa en búsqueda de significado. Contrariamente al concepto materializado de cultura como pasiva, estática, objetiva y como entidad limitada que puede ser conocida y que es funcional de un modo explicativo, la cultura como creación es una entidad activa, dinámica, en desarrollo constante y abierta que

significa y ofrece significado. Las diferentes escuelas que conciben la cultura como dinámica y creada son: el estructuralismo y la antropología postestructuralista o postmodernista (Geertz, C., Marcus, M., Fisher et al., siendo influidas por Lacan, Foucault, Derrida, Deleuze, Bourdieu), la antropología interpretativa, la antropología hermenéutica (Ricoeur), (Gailly, 2006, Parte 2; Crapo, 2002).

## **CONTRATRASFERENCIA CON PACIENTES ÉTNICOS/CULTURALES** **Negación de las diferencias étnicas/culturales**

Un tipo de contratransferencia es la negación a través de la cual el clínico no permite la diferencia étnica/cultural del paciente y actúa como si no hubiera diferencias culturales o étnicas, asumiendo, bastante equivocadamente, una equidad cultural (diciendo: “todos los seres humanos son iguales”). Esta negación refleja un daltonismo; una “orientación mono-cultural” y crea “una isla de terapia” (la realidad socio-política no impregna la terapia que sostiene ser independiente del mundo real).

El hecho de no permitir las diferencias étnicas/culturales es un modo sutil de ocultar el etnocentrismo, discriminación y racismo. Es una defensa contra la ansiedad provocada por la diferencia étnica/cultural (o porque esta ansiedad es impensable e insoportable) de tal manera que el paciente no puede traer su diferencia étnica/cultural a la terapia. De este modo, el clínico se previene de ser confrontado con las diferencias étnicas/culturales para no sentirse amenazado en su propia identidad cultural. Este tipo de clínicos presentan una actitud paternalista y proteccionista, y son más propensos a ejercer poder en la relación terapéutica. Otras reacciones antiterapéuticas son: inhibir la agresividad y la asertividad para evitar sentirse o actuar de forma autoritaria, disculparse por ser occidental negando competencias occidentales, privilegios y poder, evitando temas que puedan ser dolorosos para el paciente, y así dificultar la espontaneidad por el miedo de exponer prejuicios, y mostrando más esfuerzos para obtener información (preguntando más con preguntas abiertas y cerradas, parafraseando) en lugar de desarrollar una relación terapéutica.

Los pacientes étnica/culturalmente distintos son muy sensibles a los esfuerzos (a menudo inconscientes) del clínico por evitar temas étnicos/culturales, y a sus actitudes hacia las diferencias étnicas/culturales. Los pacientes reaccionan en consecuencia: se sienten minimizados por negación, y la actitud paternalista y protectora del clínico es vista como condescendiente, lo que irrita a los pacientes. Por otro lado, los pacientes que son sensibles a la ansiedad del clínico relacionada con la cultura, pueden reaccionar de un modo defensivo, concluir la auto-exploración e introspección evitando temas de racismo y discriminación.

En resumen, la negación de asuntos étnicos/culturales es una defensa para evitar la posibilidad de la pérdida del control emocional. Esto sin embargo es contratrapéutico, pero ya que el paciente no puede introducir su diferencia étnica/

cultural, la terapia suele desarrollarse sin problemas. Los problemas psicológicos y/o psicosociales, sin embargo, no deberían ser atribuidos a la etnicidad y/o cultura del paciente, sino al hecho de que a menudo se les carga con los problemas de la sociedad occidental.

### **Formación de la reacción (identificación)**

El mecanismo de defensa opuesto a la negación es la sobre-identificación. El clínico ve al paciente como emocional y cognitivamente dañado por la migración y el racismo (mientras que el cliente no siempre comparte la misma opinión) y puede sentirse culpable. Un clínico conducido por la culpa desarrolla distintas reacciones como: sobre-consentir al paciente (para poder asumir los sentimientos propios de discriminación y prejuicio), no percibir adecuadamente el enfado y agresión del paciente, mostrar paternalismo (tomando el rol de “caballero de la brillante armadura”), y volverse a la defensiva. Al mismo tiempo tal clínico afirma que no es racista como la gente de la calle. Tanto el clínico como el paciente entonces pueden experimentar enfado y hostilidad por la posición menospreciada del paciente en la sociedad.

Proyección de fantasmas colectivos culturales en el otro por medio de construcciones imaginarias de “diferencia” y “superioridad”<sup>10</sup>

Los fantasmas culturales de diferencia y superioridad están basados en el desdén de las dimensiones del inconsciente colectivo cultural dentro de nosotros mismos que son reprimidas y proyectadas en el que es diferente culturalmente<sup>11</sup>. La relación de paciente-clínico es entonces significada en antinomías como: moderno, tradicional, racional, religioso, etc. Cuanto más se acerca un paciente étnico/cultural a la tipología occidental de estas antinomías, más se estima como positivo el resultado de una terapia sensible a la cultura.

### **El contexto socio-cultural histórico de estos fantasmas culturales: la Ilustración.**

La idea de que el pensamiento moderno se inicia con Descartes era la reivindicación de los escritores de la Ilustración. Descartes se embarcó en una “reforma” general o “revolución” como se le llamó a principios del s. XVIII, del conocimiento. Esto es de extrema importancia para cualquier comprensión adecuada de la modernidad occidental, y de su historia social, política y económica.

El proyecto cultural, social y filosófico de la modernidad se originó en el pensamiento crítico de la Ilustración. Los pensadores clásicos de este periodo intenso y dinámico (Rousseau, Voltaire, Diderot y Kant) estuvieron, a pesar de sus diferencias, unidos por el deseo de reemplazar la cultura medieval por una más nueva y abierta. Como filósofos de la emergente clase burguesa, se oponían a los privilegios políticos, sociales y económicos de la antigua nobleza. Abogaban (1) derechos, libertades de elección, de expresión, de criticismo político, y de prensa, y libertad en la esfera pública, (2) igualdad de la humanidad, racial y sexual: libertad

personal de estilo de vida y de conductas sexuales entre dos adultos que consintieran, salvaguardando la dignidad y libertad de los solteros y los homosexuales, (3) “universalismo” secular en éticas ancladas en igualdad y sobre todo haciendo hincapié en la equidad, la justicia, y la caridad, y la supresión de restricciones en el comercio y las actividades comerciales, (4) la adopción de la razón filosófica (matemática histórica) como el único y exclusivo criterio de lo que es verdad, (5) el republicanismo democrático como la forma más legítima de política en lugar de la nobleza opresora, y (6) el desplazamiento de la insostenible autoridad de la Iglesia en materias espirituales e intelectuales, en lugar de la tradición religiosa medieval, adoptaron una fe en extensa tolerancia y libertad de pensamiento basada en el pensamiento crítico independiente y la investigación científica y rechazaron todos los agentes supernaturales, magia, espíritus incorpóreos, y divina providencia (Israel, 2006).

La esencia de la “modernidad filosófica” era una creencia en el dominio de la vida, el tiempo y el espacio, y una continua mejora de las tecnologías sociales y materiales, para que la humanidad pudiera esperar que su condición mejorara progresivamente. La creencia en el progreso, y la fe en que el progreso es inevitable e infinito, se convirtieron en sinónimos y vinieron a representar el nuevo mundo más que cualquier otra característica del proyecto de la Ilustración. En lugar de una cultura estática y unida a la tradición, la Ilustración esperaba un progreso infinito. Todo esto lleva a la construcción de una perspectiva optimista y occidentalmente centrada de un progreso inevitable, infinito, que no podía ser negado.

La creencia incuestionable en la razón y que sólo el pensamiento racional –y no la experiencia- pueden producir entendimiento de la realidad llevó a una división entre: psique y cuerpo (éste último tiene que ser domesticado por el primero), sujeto y objeto, creencia y razón, espiritual y material, mundo interior y exterior, e individuo y grupo. Un problema se resuelve reduciendo el problema en infinitos sub problemas separados. De esta forma un objeto antomo-fisio-patológico se reduce a un número múltiple e ilimitado de sub disciplinas. Los individuos que presentan los llamados multiproblemas (o familias multiproblemáticas) son referidos a diversos especialistas u organizaciones y se espera de cada uno de ellos que resuelva una parte de los sub problemas a los que se ha reducido un problema complejo. Estos especialistas y organizaciones necesitan entonces mucho tiempo para consultar para poder reconstruir un todo de las partes que han creado. Esto también implica que el modelo biomédico ofrece un significado limitado en contraste con un pluralismo médico caracterizado por la consultación híbrida en búsqueda de significado (p. ej. pacientes que, al mismo tiempo, consultan biomedicina occidental por su competencia técnica y a los llamados sanadores “tradicionales” por el hecho de que dan significado)<sup>12</sup>.

Las ciencias positivas eran las cabezas de puente de un proyecto de modernización global. Estas ciencias, y su deber de traer la civilización, otorgaron una

especie de legitimación y hegemonía universales (neo-colonialismo) a los valores de la Ilustración y la racionalidad occidental. Generaciones de filántropos visitaron a las llamadas “gentes primitivas” para luchar contra la irracionalidad, la magia y la brujería, la superstición, y para aportar “progreso”<sup>13</sup>. El progreso y el desarrollo tenían que ver con la transferencia de dinero, con la tecnología, y otros medios de cambio e implicaban la propagación del conocimiento occidental. El desarrollo significaba secularización, un incremento en los medios de supervivencia, y la llegada de la prosperidad y de la mayor calidad de vida. Todo esto fue de la mano de una negación total de otras culturas y de sistemas de conocimiento local endógenos como la etnomedicina<sup>14</sup>. Occidente, sin embargo, también exportó su propio compromiso esquizofrénico con los reformistas o la alta modernidad; condenaba la inactividad y aún así estaba atrapada en su construcción fantasiosa venida del deseo masculino de una vida de juguetona extravagancia e inocencia y ocio sexual en “las selvas y bosques tropicales, desconocidos para la civilización” (Geeraerts, 1968).

Las consecuencias de la ilustración en la racionalidad psiquiátrica se pueden resumir de la siguiente manera: el ser humano occidental moderno es un individuo hecho a sí mismo, responsable de su salud y su enfermedad, de actuar moralmente, del raciocinio, el progreso y la autoridad. Los humanos ya no son incluidos en el yo o el ego. Los seres humanos son definidos por logros cuantificables. El sentido por el orden práctico que inspira objetividad, dominio y manipulación, afectaba a los seres humanos es su dimensión trascendental y en su subjetividad interna. Otras consecuencias fueron el desarrollo de una percepción mecánica de la vida, la división entre mente y cuerpo, un concepto materialista de la mente, la interpretación de la enfermedad en términos de causas naturales y cambios biomédicos.

El modo céntrico occidental de pensar es un ethos psicologizante: una satisfacción cultural con el ser individual; la psicologización de estilos de vida, condiciones de vida, y todo tipo de eventos; una preocupación por el rol de las emociones para satisfacer el mundo social; programas terapéuticos para guiar a los pacientes a través de procesos de modernización; la significación del comportamiento a través de un modelo de “enfermedad” (con definiciones patológicas de todo tipo de alteraciones); y un énfasis cultural en un discurso “victimizante”. Tal modo de pensar centrado en lo occidental no tiene en cuenta otros discursos culturales como: una personalidad socio-céntrica (para la cual las obligaciones tienen que ver con el manejo de la ética y el honor por la familia y la comunidad); las apasionadas éticas del honor matriarcales del Mediterráneo; la conexión específicamente cultural entre enfermedad, mala suerte, no sentirse bien, y el mal; la dependencia en el buen o mal destino; las lógicas humorales respecto a estar sano o enfermo, de la cura, de una nutrición sana, del comportamiento, y de los lugares; epistemologías adivinatorias y oníricas, etc.

Las previsiones respecto a la desaparición de la medicina tradicional, sin

embargo, han resultado imprecisas. El pensamiento occidental modernista acerca del desarrollo puso demasiado énfasis en la discontinuidad socio-económica con el pasado y en un declive de la tradición y sus presuntas magias y búsquedas irracionales. Cada vez más se reconoce que el arte tradicional de sanar, al tener que ver con significado y fuerzas, constituye el corazón regenerativo de la cultura de una gente y eso es una creciente emancipación cultural<sup>15</sup>.

## **BIFOCALIDAD**

Al designar a un paciente étnico/cultural con unos fantasmas culturales colectivos (in)conscientes a través de construcciones imaginarias de “diferencia” y “superioridad”, descontamos su subjetividad y el clínico ya ha confundido a sus ojos: no le puede devolver la mirada a aquello que el clínico piensa que ve como una ilusión., (Gailly, 2006, Part 1)<sup>16</sup>.

Lo que esto significa en realidad, lo describe muy bien Paula Gunn Allen (2003), una mujer india Laguna/Metis:

“Los problemas de salud mental no serían tan intensos si no fuéramos engullidos por la cultura blanca: su sistema de educación, medios de comunicación, política, cultura, popularidad, economía, estética, arquitectura, legalidad, cría de los niños, patrones de población, estructuras y lazos familiares, y normas religiosas, nos rodean. Se nos obliga a encontrarnos a nosotros mismos –como comunidades y como individuos- en este aluvión incesante que destruye la mente. Siendo superado por redefiniciones de nosotros mismos y nuestro sentido de la realidad, uno intenta ser funcional, estar sobrio, estar conectado con la propia identidad, la propia tradición. Muy a menudo uno se da por vencido... Uno espera contra toda esperanza que se le dé la vuelta al horror del pensamiento blanco, de que la locura blanca pueda ser curada.

La cultura blanca emplea el mecanismo de la proyección para evitar enfrentarse a sí misma. Fragmentos esparcidos de la psique anglo-europea toman vida por sí mismos, apareciéndose a los no indios como gente real, sistemas y valores que la mente colectiva occidental apoda como “indios”. Poco hay que dé más miedo que ser percibido como un fragmento en la mente de otro; la interacción con alguien que está fijado en los fragmentos que ni le pertenecen ni le nombran es devastadora porque supone una pérdida del yo al nivel más profundo de la psique. El modo de pensar blanco es casi enteramente inconsciente... existe como poderosa barrera a la comunicación auténtica... trabaja para la supervivencia y expansión de la cultura blanca, también da lugar al asesinato espiritual y psíquico de aquellos que existen fuera de su proyección. ”

El modo de representación de la “diferencia” (ya sea por exótico o demoníaco) debería ser sustituido por un modo de cruce de fronteras (entre el clínico y el

paciente cultural/étnicamente diverso, entre el “nosotros” y “el otro”). Para establecer una comunicación auténtica, en base a una reciprocidad que permita un intercambio real, no hay suficiente con que el clínico mire directamente a los ojos del paciente culturalmente diverso. Necesita que el clínico pueda mirar con los ojos del otro al otro, (conocimiento adquirido dentro del propio lugar epistemológico al trascender el yo en el otro (Geertz, 1973) y reflejarse a sí mismo con estos ojos). Esta “manera de mirar”, la bifocalidad, está en el centro de la perspectiva antropológica y aún así es una paradoja: aboga ver las realidades desde la perspectiva de los sujetos afectados, a la vez que observa de manera auto-reflexiva las actividades del yo incluso cuando se mete en él. Esta bifocalidad, sin embargo, permite al clínico descubrir al propio desconocido (cultural), para darse cuenta de sus propias estructuras culturales colectivas inconscientes y acercarse a los pacientes culturalmente distintos con una mente más abierta. Así, la reciprocidad es sólo posible cuando la interculturalidad obliga al clínico (étnico educado) occidental a un diálogo introspectivo, intracultural, y cuando el contacto con el paciente culturalmente diverso inicia un recuerdo (re-internalizando) y una interiorización de las propias fuentes y fuerzas culturales del clínico. Los estilos de vida y sistemas de conocimiento de la gente culturalmente diversa ofrecen un espejo para que podamos descubrir y explorar lo desconocido dentro de nosotros mismos. Esto lleva a una conciencia de nuestra propia identidad cultural en un contexto diario, es decir en el mosaico fragmentado de un mundo urbanizado postcolonial caracterizado por una ideología monocultural de modernidad. Al mismo tiempo el clínico ofrece en su propia persona a sus pacientes culturalmente diversos un espacio de encuentro y una fuente de fantasmas fecunda, aunque incontrolable, (por ejemplo el clínico visto como “el blanco que todo lo sabe”) que paso a paso asocia al clínico con universos que son desconocidos para él.

La bifocalidad crea un “espacio plural” basado en la reciprocidad permitiendo la mediación y el intercambio real. La creación de un encuentro real y lúcido entre distintas culturas y maneras de ver el mundo, visto como sistemas de significado y valores, implica un pensamiento multifocal y un asombro que permiten la diversidad y la alienación. Entender la “diferencia cultural” dentro de sus propios términos endógenos es la esencia del “encuentro cultural”. En este sentido la cultura no se puede ya concebir como materializada, estática y esencialista. La cultura debe verse como una construcción dinámica, ya que siempre se crea proceso, creación y significado cultural entre el clínico y sus pacientes cultural/étnicamente diversos<sup>17</sup>.

## CONCLUSIÓN

Las competencias para una terapia sensible a la cultura se basan en la metáfora del saber hacer occidental y son consistentes con la creencia de que el conocimiento trae el control y el trabajo efectivo. El modernismo occidental se funda en el ‘*Aufklärung*’, el Renacimiento y la revolución industrial con normas y valores

como: el individualismo, la racionalidad, el relativismo, el crecimiento y el dominio de la vida, el tiempo y el espacio, la realidad objetiva, la libertad de elección, y la creencia en el progreso infinito. Estos valores occidentales y forma de ver el mundo no son universales. La idea del punto de vista occidentalmente centrado basado en el progreso infinito contrasta con sistemas de conocimiento locales endógenos. El progreso no tiene un objetivo, una dirección definitiva y no es un proceso lineal o un proceso de desarrollo en etapas. El progreso está ligado inextricablemente a la cultura y a la autodeterminación. La diversidad de sistemas culturales implica una diversidad de objetivos y procesos que cada cultura debe elaborar de acuerdo con sus propios valores básicos, conceptos y opciones. Las normas y valores de un punto de vista occidentalmente centrado son narrativas e ideales acerca de la civilización de la ilustración que pretende ser universal y eso, sin ninguna reflexión crítica, se transformó en un proyecto de civilización globalizante.

Si realmente queremos entender el rol de la cultura en la enfermedad mental, en la terapia y en la búsqueda de cuidado por parte de clínicos occidentales y/o cuidadores, tenemos que examinar las fuentes culturalmente específicas de las ciencias y las prácticas de conocimiento local endógeno. Las relaciones entre las ciencias occidentales y los sistemas de conocimiento local endógeno son, sin embargo, raramente examinadas y aún pobremente entendidas (Devisch, 2005, 2006). Siempre que los clínicos occidentales, en su contacto con pacientes étnica/culturalmente diversos, se oculten detrás de la superioridad utilitaria de lo que producen y ofrecen, o siempre que se escondan detrás de la inevitable e histórica necesidad de la modernidad tecnológica, médica y económica, siempre atraerán dobles clones occidentalizados. El cuidado de la salud mental en occidente impuesto desde fuera sobre los étnica/culturalmente distintos, sin ser entretejidos dentro del sistema de conocimiento local, es una forma de imperialismo neo-colonial occidental.

En resumen, para ilustrar nuestro punto de vista analizamos la “política de integración” como es a menudo impuesta sobre los recién llegados por los países que los reciben. Una política de integración significa que el que es diferente étnica/culturalmente es visto como no integrado y el país que los recibe se comporta de esta forma hacia ellos. Esto también supone que los recién llegados deben percibirse a sí mismos como no integrados y que deben repudiar esta “no integración” para poderse convertir en acólitos de la cultura occidental (matando al padre, la cultura de autenticidad es adoptada por otro padre incluso más demandante y repudiante). Ante la integración entonces los emigrantes intentan renunciar al contacto reafirmando límites. Esto frustra más y más a la sociedad receptora y se acumula en una construcción progresiva de una representación colectiva de “no querese integrar y/o no integración” que legitima el desdén por la identidad cultural del otro. Tal política de integración es un discurso moralizante, no deja espacio para la reciprocidad, y lleva a comunidades cerradas. La bifocalidad por tanto ayuda a entender las

temidas dinámicas que encierran, con límites etnoculturales que inflexibilizan, las comunidades minoritarias y las complejas estructuras culturales (in)conscientes de la sociedad mayoritaria y las minorías étnicas/culturales que llevan a un cortocircuito intercultural (Gailly, 2006,a).

Como hemos dicho antes, el paciente no puede ser acusado de las dificultades en el cuidado (sensible a la cultura). Tampoco debería ser un problema el origen étnico/cultural del paciente. Al contrario, estas dificultades revelan los defectos de los modelos de diagnóstico y tratamiento y del sistema de cuidado de la salud mental occidental en general. La bifocalidad ayuda a mirar a estos modelos y al sistema desde una perspectiva diferente. En este sentido la diversidad étnica/cultural, a todos los niveles del sistema de salud mental occidental, ofrece una oportunidad para mejorar el sistema y la entrega del cuidado en general sea cual sea el origen étnico/cultural de los pacientes.

---

*Este trabajo ofrece un modelo a la terapia culturalmente sensible para responder a una diversidad cultural en el cuidado de la salud (mental)<sup>2</sup>. La terapia culturalmente sensible no puede basarse en datos etnográficos puramente comparativos o en el desarrollo de habilidades técnicas. Esto llevaría a demasiadas teorías étnicamente basadas y la importancia del multiculturalismo sería trivializada. La idea de una terapia sensible a la cultura, por tanto, afecta al potencial para una «crisis de relativismo». En nuestro acercamiento, la cultura ya no es considerada como un concepto estático y materializado, sino como un proceso, una creación contextual y la construcción social de significado. Esto implica una perspectiva inter-subjetiva en la cual los comportamientos, pensamientos y sentimientos del clínico y del paciente se convierten en campo de interacción que opera en niveles múltiples, dentro del cual el paciente y el clínico trabajan para construir un significado (cultural). En esta perspectiva los elementos culturales en los procesos de transferencia y contra-transferencia son muy importantes. También deberíamos aclarar que la salud mental, en modelos para diagnóstico y tratamiento, no deberían sólo buscar las dimensiones físicas, sociales y psicológicas, sino también las culturales.*

*Palabras clave: salud mental, terapia culturalmente sensible, elementos culturales en la contra-transferencia, pacientes étnicamente/culturalmente diversos, aclaración, conocimiento endógeno, bifocalidad.*

Traducción: Nerea Rubio

### **Notas del autor**

A. Gailly (1951) estudió psicología y antropología cultural (semántica) en la Universidad de Leuven, Bélgica. Es director del Centro de Salud Mental de la Región de Bruselas Capital, Bélgica,

donde colabora en la organización de formación, intervisión y supervisión en cuidado culturalmente sensible. A. Gailly ha realizado investigación en Turquía, el norte de África, Indonesia, y entre aborígenes australianos, los Inuit (Isla Baffin, Canadá), los Bororo (Mato Grosso, Brasil), y minorías étnicas en China, en los campos de antropología médica, etnopsiquiatría, etnicidad, personalidad multicultural(ismo), la antropología de la migración, y terapia sensible a la cultura. Desde 1998 también trabaja con refugiados y trastornos por estrés postraumático (PTSD) en colaboración con la Universidad McGill de Montreal y la Universidad del Ulster en Belfast, Irlanda del Norte. Es miembro de comités consultivos para el gobierno belga, de diversas asociaciones nacionales e internacionales. Escribió contribuciones para numerosos libros publicados en periódicos nacionales e internacionales y es autor y editor de varios libros. Ha publicado en holandés, francés, inglés, español y turco.

- 1 In literature therapy between a clinician and an ethnoculturally different patient is usually called: ‘transcultural psychiatry’, ‘multicultural therapy’, ‘therapy across cultures’, etc. Nowadays, more and more ‘culturally sensitive therapy’ is used. In the latter culture refers to the whole social matrix in which action and experience are embedded and includes the ethnocultural background as well as specific subcultural differences within a specific ethnic group.
- 2 En la literatura, la terapia entre un clínico y un paciente etnoculturalmente diferente normalmente es llamada “psiquiatría transcultural”, “terapia multicultural”, “terapia a través de culturas”, etc. Hoy en día, se utiliza cada vez más “terapia culturalmente sensible”. En este último cultura se refiere a toda la matriz social en la que la acción y experiencia están incrustadas e incluye el origen etnocultural así como las diferencias subculturales específicas dentro de un grupo étnico específico.
- 3 Por pacientes “étnica/culturalmente” diversos entendemos pacientes diferentes “etnoculturalmente”, que difieren del clínico en su pertenencia étnica y su cultura. Generalmente, estos son emigrantes, refugiados, gente en busca de asilo, sin documentos, pero también trabajadores de todo tipo de organizaciones y compañías internacionales, estudiantes extranjeros, y todos los pacientes de países extranjeros. Esto también concierne a la situación de clínicos occidentales que trabajan en el extranjero. Pacientes étnica/culturalmente diversos también significa pacientes “culturalmente” diversos. Estos pacientes tienen el mismo origen étnico pero no la misma cultura que el clínico (la cultura del clínico y su cultura profesional versus la cultura laica del paciente, diferencias en el estatus socio-económico, la cultura de los sin techo, los adolescentes, la gente mayor, etc.). Por “clínico étnico” entendemos un clínico que no tenga pertenencia étnica occidental pero que tiene una educación profesional y una formación occidentales (en contraste con los “curanderos”). Estos son a menudo consultados por pacientes culturalmente diversos con la misma pertenencia étnica. Los clínicos occidentales también suelen referir a los pacientes etno/culturales a un clínico étnico. Sería interesante estudiar los procesos terapéuticos cuando los clínicos étnicos son consultados por pacientes occidentales.
- 4 Kroeber & Kluckhohn (1952) trataron 162 definiciones de cultura y concluyeron que el concepto de cultura siempre se centraba en la idea de que hay un sistema de creencias y sentimientos que unifican a un grupo humano y le dan una identidad de cara a la sociedad (las cursivas son nuestras; en nuestro acercamiento deberíamos añadir que el sistema resulta de estructuras inconscientes colectivas culturales).
- 5 Sin embargo, hasta ahora, apenas se ha investigado acerca de la efectividad de la “misma pertenencia étnica”. Una revisión de la literatura muestra que, siendo todas las otras circunstancias las mismas, los pacientes culturalmente diversos muestran una preferencia por los clínicos étnicos. Pero la etnicidad no es el único criterio. La mayoría de clientes prefieren un cuidador que comparta los mismos valores y normas, alguien que tenga una educación superior, alguien que sea mayor y que tenga una personalidad similar, más que un origen étnico común. En otras palabras, hay muchas diferencias individuales por la preferencia de las características del clínico. Más específicamente, aculturación, implicación cultural y el desarrollo de una identidad étnica, pueden mostrar una fuerte

correlación con la preferencia por un clínico étnico. También parece que para los clínicos étnicos es más fácil ganarse la confianza y que son considerados más de fiar. Ciertos estudios, sin embargo, muestran que los clínicos étnicos son más exitosos con ciertos tipos de clientes pero no con otros. Estos resultados, sin embargo, pueden estar influidos por el nivel de aculturación y de generación de emigración de los pacientes. Además, parece que la escasez de clínicos étnicos como la razón por no buscar ayuda es correlativa al grado de identificación con la propia cultura de origen (Cuéllar & Paniagua, 2000).

- 6 En la terapia culturalmente sensible belga, por ejemplo, la definición de cultura cambia más o menos cada década. Esto tiene implicaciones por la manera en que se concibe la terapia culturalmente sensible con pacientes etnoculturalmente diversos (Gailly, 2004,a & Gailly, 2005).
- 7 El evolucionismo es a menudo combinado con el difusionismo; ver por ejemplo las suposiciones (inconscientes) de muchos clínicos occidentales acerca de la primera, segunda, y tercera generación (ésta última siendo a menudo equivocadamente concebida como “más modernizada, occidentalizada”). Ver también algunas definiciones de “culturas emigrantes”, multicultural, pluricultural, identidades híbridas, etc.
- 8 La noción francesa de “con-naissance” (literalmente co-nacimiento, pero coloquialmente referida a saber e introspección experiencial) ofrece una interpretación lingüística introspectiva de la intercorporealidad sensual y el encuentro dialógico y el modo de comprensión en el que el antropólogo está involucrado.
- 9 La mejor manera de desarrollar una formación en terapia culturalmente sensible es una colaboración intensa, inter- y super-visión entre antropólogos (médicos) y clínicos en casos de estudio.
- 10 El uso del término imaginario es similar al de J. Lacan (1949), no hasta las connotaciones primarias de ficción. En el enfoque de Lacan, el registro imaginario es un modo inconsciente de sentimiento y comprensión de otros, con la forma que le da la proyección parcial de los propios afectos del sujeto del cuerpo y de las fuerzas psíquicas en la forma de imágenes inconscientes o clichés, es decir, imágenes (evocativo de los “*Sachsvorstellung*” de Freud). Las imágenes son transformadas en el orden simbólico en tanto cuanto interpenetran, en una sombría zona media, con el registro del lenguaje (ver el “*Wortvorstellung*” de Freud), el espacio y tiempo social, el intercambio social, y la intersubjetividad dialógica.
- 11 Por ejemplo: para Oriente Medio: Said (1978), Mernissi (2001); para el Sur del Pacífico: Bullard (2000), Dussart (2000), Poirier (2005), Trudgen (2000); para los Inuit: Meshner (1995), Gailly (2005a); para los indios de Brasil: Crocker (1985); para el África negra: Koninklijk Museum voor Midden-Afrika (2005), Corbin, (1989), Mudimbe (1988); Nederveen-Pieterse (1990), Devisch (1997), Conrad (1910); para la relación colonizador-colonizado: Fanon (1952); para los nativos americanos: Bucher (1977), Lemaire (1986), Moore (2003); para “los seres humanos primitivos versus los civilizados”: Lévi-Strauss (1955); concerniente al uso del mito de Edipo en psiquiatría (transcultural): Obeyesekere (1990), Gailly (2006).
- 12 Muchas de las habilidades, métodos y significados expuestos en la sanación tradicional se escapan de la comprensión biomédica de bienestar. La colaboración de un curador con un doctor médico es desde el principio unilateral; los curadores nunca pueden adquirir un estatus independiente y completo; y el marco (occidental) enajena los métodos de cura, los cuales se apoyan mucho en la cosmología y las dinámicas de grupo. La biomedicina es a menudo no sólo un juez crítico sino que también vacía de significado a la identidad del curador. Los pacientes piensan que los curadores ya no tienen control sobre el proceso terapéutico y por tanto parecen carecer de la apropiada legitimación ancestral (la desprofesionalización de los curadores y la degeneración de su práctica). Se cree que la biomedicina es capaz de proveer un relato universal y científico del cuerpo y la enfermedad humanas. Desde este punto de vista, los sistemas de cura no occidentales son vistos como sistemas de creencias y son así sutilmente descartados. Esta es una perspectiva empobrecida para la comprensión de la enfermedad y cura a través de las culturas, y aunque cada vez se reconoce

- más que los médicos y curadores entran y habitan distintos mundos de significado y experiencia (*'verstehen'* versus *'erklären'*), el problema sigue siendo por qué la medicina occidental se considera siempre superior a los sistemas “tradicionales” de curación (Good, 1994).
- 13 Esto aún sucede hoy en día de la mano de políticos, filósofos y clero, que sostienen que el Islam y el mundo musulmán necesitan una ilustración para que pueda haber un diálogo con el mundo occidental (ver por ejemplo Liagre & Daneels, ‘De Islam heeft dringend nood aan Verlichting (El Islam necesita urgentemente una Ilustración), De Morgen (periódico diario holandés), 12-05-2005.
- 14 Por prácticas de conocimiento locales, endógenas, específicas de cultura y de lugar, entendemos el don único de cualquier red profesional, congregación o comunidad y la creatividad posiblemente hibridizante que compone y caracteriza lo que sus miembros desarrollan significativamente dentro y por el contexto singular y relevante como conocimiento, epistemología, metafísica y manera de ver el mundo. En este sentido, todo conocimiento, también el conseguido a través de las ciencias occidentales, es primero de todo conocimiento local (Kulchyski, at al. , 1999; Okere et al. , 2005).
- 15 Ver: por ejemplo WHO (1978 y posterior): Ya que la medicina tradicional ha mostrado tener una utilidad intrínseca, debería ser promovida y su potencial desarrollado para el mayor uso y beneficio de la humanidad. Necesita ser evaluada, dotada de reconocimiento y desarrollada para mejorar su eficacia, seguridad, disponibilidad y mayor aplicación a un bajo coste, ya que es el propio sistema de salud de la gente y es bien aceptado por ellos. Tiene ciertas ventajas frente a los sistemas de medicina importados en cualquier lugar, ya que como parte integral de la cultura de la gente, es efectiva resolviendo problemas de salud culturales. Puede, y lo hace, contribuir a la medicina científica y universal. Su reconocimiento, promoción y desarrollo asegurarían el debido respeto por la cultura y herencias de la gente.
- 16 ‘*L' ignorance*’, una novela de M. Kundera (2002), da un buen ejemplo de un clínico que proyecta todo tipo de fantasmas culturales del inconsciente colectivo (profesional) en un refugiado político hasta que el paciente le dice: “mírame a los ojos y ve quién realmente soy”.
- 17 En este sentido los derechos humanos nos recuerdan (re-internalizamos) un “llegar a casa” de la cultura occidental. Como producto de la ansiedad causada por el sentimiento de pérdida, los derechos humanos occidentales crean una necesidad de ordenar, de crear normas, etc. A través de una figura de “buen padre” basada en la ilustración occidental y la creencia en un progreso humano infinito (Gailly, 2005,b). Maysam Al-Faruqi (Universidad de Georgetown) sostiene que los derechos humanos son formulados de una forma demasiado individualista, mientras que el Islam está más basado en las relaciones interindividuales (En: ‘Western feminists can learn from Muslim women’, *Periodical 'Knack'*, May 16, 2007).

### Nota:

Publicado originalmente en: Gailly, 2007. Cuidado culturalmente sensible: ‘Revue de Psychothérapie’. Agradecemos el permiso para su publicación.

### Referencias bibliográficas

- ALLEN, PAULA GUNN (2003). ‘Indians.’ Solipisms, and archetypal holocausts. In: Moore, MariJo. (ed. ). *Genocide of the mind. New native American writing*. New York: Thunder’s Mouth Press/Nation Books.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- BUCHER, B. (1977). *La femme aux seins pendants*. Paris: Hermann.
- BULLARD, ALICE (2000). *Exil to paradise. Savagery and civilization in Paris and the South Pacific 1790-1900*. Stanford: Stanford University Press.
- CONRAD, J. (1910). *Heart of Darkness*. New York: Harper and Brothers.
- CORBIN, R. (1989). *Wildheid en beschaving: de Europese verbeelding in Afrika*. Baarn: Ambo.
- CRAPO, R. H. (2002). *Cultural anthropology. Understanding ourselves and others*. Boston: McGraw Hill.

- CROCKER, J. (1985). *Vital Souls. Bororo cosmology, natural symbolism, and shamanism*. Tucson: The University of Arizona Press.
- CUÉLLAR, I. & F. A. PANIAGUA (eds) (2000). *Handbook of multicultural mental health*. San Diego: Academic Press.
- DEVISCH, R. (1997). Culturele ontwikkeling en economische mondialisering. *Monografieën over interculturaliteit 1*. Mechelen: CIMIC.
- DEVISCH, R. (2005). Sciences and knowledge practices: their culture-specific wellsprings. In: Diederik, Aerts, B. D'Hooge & N. Note (eds). *Worldviews, science and us*. New Jersey: World Scientific Publishing Co.
- DEVISCH, R. (2006). The University of Kinshasa: from Lovanium to Unikin. In: Afolayan, M. (ed). *Higher education in Postcolonial Africa: paradigms of development, decline and dilemmas*. Trenton: Africa World Press/The Red Sea Press.
- DUSSART, F. (2000). *The politics of ritual in an aboriginal settlement: kinship, knowledge, and the currency of knowledge*. Washington, D. C.: Smithsonian Institution Press.
- ERIKSEN, T. H. & NIELSEN, F. S. (2001). *A history of anthropology*. London: Pluto Press.
- FANON, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*. Paris: Editions du Seuil.
- FREUD, S. (1913). *Totem und Tabu*. Gesammelte Werke IX, 1-205.
- GAILLY, A. (2004). *Cultuurgevoelige hulpverlening: 'het vreemde ont-moeten'*. Brussel: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg-Brussel, Intern rapport.
- GAILLY, A. (2004,a). Culturally sensitive care in an historical perspective. Paper presented at the International IACCP Congress, Xiang, China.
- GAILLY, A. (2005). Een zoektocht naar cultuur. In: Michèle Hernaert & Colette Verslyppe (red. ). *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen: praktijkhandboek*. Gent: Federatie van Diensten voor Geestelijke gezondheidszorg.
- GAILLY, A. (2005a). 'Geef ons dokters met grijze haren': 'Isumannaanirmut' (geestelijke gezondheid?) bij de Inuit van Nunavik, Noord-Québec, Canada. *Implicaties voor een cultuurgevoelige zorg in het Westen*. Brussel: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg-Brussel, Intern rapport.
- GAILLY, A. (2005b). Verlichting, een vaderfiguur en thuiskomen. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 2, 2, 38-42.
- GAILLY, A. (2006). *Oedipous en Ibrahim*. Manuscript ter perse.
- GAILLY, A. (2006,a). Refugees and Forced Migration. *Paper presented at the 'Advanced Study Institute'*. McGill University, Montréal, Québec, June 1-2.
- GAILLY, A. (2006,b). Culturally sensitive care. Paper presented at the '28th Nordic Congress of Psychiatry', Tampere – Tammersfors, Finland, 16-19. 8.
- GAILLY, A. (2006,c). Culturally sensitive care. Part 1: the projection of unconscious cultural phantasms on the other by means of imaginary constructions of 'alterity' and 'otherness'. Part 2: the concept of culture. *Papers presented at the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 'Creating Futures'*, Cairns, Australia September 4-7.
- GEERAERTS, J. (1968). *Gangreen 1. Black Venus*. Brussel/Den Haag: Manteau.
- GEERTZ, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- GOOD, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ISRAEL, J. I. (2006). *Enlightenment contested. Philosophy, modernity, and the emancipation of man 1670-1752*. Oxford: Oxford University Press.
- KIRMAYER, L. , C. ROUSSEAU, JARVIS, G. E. & J. GUZDER. (2003). The cultural context of clinical assessment. In: Tasman, A. , Kaye, J. & J. Lieberman. (eds). *Psychiatry*. London: Wiley.
- KLEINMAN, A. (2005). *Culture and psychiatric diagnosis and treatment. What are the necessary skills*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- KONINKLIJK MUSEUM VOOR MIDDEN AFRIKA. (2005). *Het geheugen van Congo de koloniale tijd*. Gent: Uitgeverij Snoeck.
- KROEBER, A. L. & KLUCKHOHN, L. (1952). *Culture: a critical review of concepts and definitions*. Peabody Museum Papers 47, 1. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- KULCHYSKI, P, MCCASKILL, D. & D. NEWHOUSE (1999). *In the words of elders. Aboriginal cultures in transition*. Toronto: University of Toronto Press.
- KUNDERA, M. (2002). *De omwetendheid*. (Dutch translation from L'ignorance). Amsterdam: Ambo.
- LACAN, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je. *Revue française de psychanalyse*, 13, 449-453.

- LEMAIRE, T. (1986). *De indiaan in ons bewustzijn*. Baarn: Ambo.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1955). *Tristes Tropiques*. Paris: Plon.
- MERNISSI, F. (2001). *De Europese Harem*. Zutphen: De Geus.
- MESHER, DOROTHEY (1995). *Kuuujuaq: memories and musings*. Duncan: Unica Publishing Company Ltd.
- MOHATT, G. & J. EAGLE ELK (2000). *The price of a gift: a Lakota healer's story*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- MOORE, MARIJO. (ed. ) (2003). *Genocide of the mind. New native American writing*. New York: Thunder's Mouth Press/Nation Books.
- MUDIMBE, V. (1988). *The invention of Africa: gnosis, philosophy, and the order of knowledge*. Bloomington: Indiana University Press.
- NEDERVEEN PIETERSE, J. (1990). Wit over zwart: beelden van Afrika en zwarten in de westerse populaire cultuur. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- OBEYESEKERE, G. (1990). *The work of culture. Symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- OKERE, T. , A. NJOKU CHUKWUDI & R. DEVISCH (2005). All knowledge is first of all local knowledge. *Africa development/Afrique et development, Special issue, Vol XXX, 3*.
- SAID, E. (1978). *Orientalism*. New York: Vintage.
- TRUDGEN, R. (2000). *Djambatj Mala. Why warriors lie down and die. Towards an understanding of why the Aboriginal people of Arnhem Land face the greatest crisis in health and education since European contact*. Darwin: Aboriginal Resource and Development Services Inc.
- TYLOR, E. B. (1871). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. London: John Murray Ltd.