

TRANSTORNOS ESPECIFICOS DE CULTURAS

Marcos de Noronha**

Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Cultural

SINOPSIS

Algunos trastornos mentales ocurren especialmente en culturas limitadas, como por ejemplo: Pibloktoq, Windigo, Latah, Amok y Susto. Son cuadros peculiares prácticamente ausentes en otras culturas, lo que hace imposible una comparación. Algunos trastornos son tan frecuentes en determinada población, que a veces los observadores dejan de reconocer sus aspectos patológicos, como ocurre en Suiza con la Neurosis Obsesiva de Putzwut. Otros cuadros aparecen en una determinada población en determinado periodo, como por ejemplo la Calentura de los marineros, un frenesí súbito y a veces epidémico que los afectaba entre los siglos XVIII y XIX. Estas peculiaridades no se restringen sólo a los trastornos, pues surgen también en el comportamiento individual y social de algunas culturas. En este ensayo relaciono los principales trastornos mentales estudiados por la etnopsiquiatría, conocidos como Trastornos Específicos de Culturas, Síndromes Exóticas o Desórdenes Étnicos.

Palabras llave: psicopatología; cultura; diversidad.

DIVERSIDAD DE CULTURAS

La Etnopsiquiatría trata de la relación entre psicopatología y cultura: y así descubre que si podemos afirmar que la enfermedad mental es universal, no podemos hacer lo mismo en cuanto a sus características y frecuencia. Además de eso, algunos trastornos no representan graves trastornos para su población, y a veces algunos enfermos quedan perfectamente ubicados en la comunidad y tienen un rol social a cumplir.

Ruth Benedict (1934), en su obra, no sólo muestra la diversidad de la conducta en diversas culturas, como también enseña como el comportamiento anormal puede ser relativo a un determinado punto de vista. Mientras algunas culturas valoran determinados comportamientos, otras, en cambio, los condenan, además de que, prácticamente todas prescriben a sus miembros la noción de bueno o malo, de normal o anormal y así sucesivamente.

Nosotros vivimos en un mundo donde el poder económico y tecnológico tiende a uniformar las conductas humanas. A veces en Occidente, tenemos más dificultades en aceptar las diversidades culturales que entre los pueblos primitivos que se dan cuenta, a través del contacto con sus vecinos, que existen diversas costumbres, a veces totalmente adversas de su propia cultura (Benedict, 1934). La postura radical y reduccionista de algunos autores en Occidente, se vale de la ciencia sin la consciencia crítica de sus limitaciones, como por ejemplo, entre otros, el trabajo de Wilson (1978), que desprecia la influencia de la cultura en la conducta y en la salud de un individuo.

Un ejemplo de diversidad cultural puede encontrarse entre los Guayakis de América del Sur, región del Paraguay. Los Guayakis tienen su sexualidad

* **Psiquiatra e psicoterapeuta - con formación en Etnopsiquiatría - Florianópolis-SC-Brasil**

prácticamente liberada pues cuando un hombre no tiene mujer, él comparte la mujer de sus compañeros. Hay un mayor número de hombres en esta sociedad, porque ellos generalmente matan una niña para compensar la muerte de un hombre que se estima. Casi siempre el amante es secreto y cuando el marido tiene problemas con su concurrente, él obliga su esposa a casarse con este amante, con eso oficializa la relación y se pone jerárquicamente en una posición inferior. El patrón de belleza de este pueblo es muy distinto de lo nuestro, pues ellos prefieren presentarse gordos y se alimentan de carne rica en lípidos y con exceso - los Guayakis tienen horror a ser flacos. Otro detalle es que un hombre nunca consume su caza, ofreciéndola a los demás (Clastres, 1972).

La poliandria que ocurre entre los Guayakis se practica también entre los Yanomami del norte del Brasil, los Toda de India y los Tibetanos del Tíbet que cometían los infanticidios femeninos, sin embargo, la poligamia (matrimonio de un hombre con diversas mujeres) es lo más común entre los pueblos en general (Werner, 1987).

DIVERSIDAD DE ENFERMEDADES MENTALES

Émil Kraepelin (1856-1926), figura de histórica importancia para la psiquiatría, remarcaba en una publicación suya de 1904, que en una etnia distinta de la suya, la enfermedad mental también se manifestaba distintamente en su incidencia o calidad. Este autor buscaba la validez de los diagnósticos psiquiátricos elaborados por él y consideraba observaciones y datos investigados en otras sociedades. Él descubrió, por ejemplo, que entre el pueblo de Java, en Indonesia, eran raras la melancolía y la manía. Sin embargo, la investigación de trastornos exóticos del comportamiento ya viene desde la época de Freud, según sugiere la lista de Opler (1967). Con respecto a los “Trastornos Exóticos” se sugirieron muchos términos tales como: “Neurosis y Psicosis Étnica o Cultural”; la noción de “rara-zero diferencial” de Robert Levine (1973) “The Culture-Bound Reactive Síndromes”, sugerencia de Pow Meng Yap en 1969 (Landy 19963). Sin entrar en el mérito de las justificaciones a los términos empleados por esos autores, voy a preferir en este ensayo denominarlos Trastornos Mentales Específicos de Culturas por considerar la naturaleza multifactorial de estas enfermedades.

No hay un consenso entre los autores en la clasificación de estos síndromes, aunque prevalezca la tendencia de clasificarlos como perturbación psicogénica, cuando factores sociales y culturales articulan el cuadro. Pow Meng Yap (Landy, 1977) recuerda la proposición de Anthony Wallace de 1961, donde anunciaba una teoría ecológica de la enfermedad mental en que intentaba dar una explicación biocultural y se utilizaba para esto interesantes observaciones entre los esquimales. Wallace ya defendía un planteamiento interdisciplinario para entender las alteraciones comportamentales del individuo en su medio y en su cultura. Este autor llegó a sugerir que la deficiencia en la ingestión de calcio entre los esquimales era responsable de la Histeria del Ártico.

La Tanatomania o Muerte Psicogénica es rara, sin embargo, ocurre diversamente en muchas sociedades e involucra factores psicofisiológicos. Collomb (1979) demuestra que mientras Occidente se acostumbró al término “muerte psicósomática”, los estudios de culturas africanas sugerirían el término “muerte sociosomática”. Él recuerda que la muerte es familiar a todas las sociedades, pero es

la misma para todos los individuos ni para algunas culturas. En la cultura donde Collomb realizó su investigación, la imagen de la enfermedad o de la muerte era la consecuencia de la agresividad del medio sobre el individuo o del conflicto de este con la colectividad, según la representación de aquel pueblo. Como ejemplo de muerte sociosomática el autor se refiere a la muerte del hechicero y tres síndromes específicos que afectan a los niños (“Nit-Ku-Bon”; “Tjid a Paxer”; Kawashiorkor”). En los casos descritos por Collomb, en África, no todos mueren propiamente, pero en el proceso representativo, la muerte está en juego. Sin embargo la muerte psicogénica es un hecho importante para la psicopatología y las explicaciones científicas vienen desde Cannon (1942) que señala que el fallecimiento ocurre a partir de una actividad simpática excesiva que resulta, finalmente en pérdida de plasma y del volumen sanguíneo con una caída total de la presión arterial. Entre las clases de muerte psicogénica tenemos la rápida y la lenta. De las rápidas la forma africana se relaciona con la ruptura de un tabú; en Polinesia sería a consecuencia de una vergüenza social; y en Australia y Melanesia (conjunto de islas en la Oceanía que incluye Nueva Guinea, Nueva Caledonia, Fiji, etc.) lo que mata es la magia. La clase lenta ocurre entre emigrantes o prisioneros, es la más común y fue descrita principalmente en Japón y Polinesia; la última se conecta a una intensa nostalgia y una inadaptación.

El suicidio es un tema polémico e impresionante. Tal vez represente el mayor grado de violencia humana: lo de destruirse a uno mismo. Ocurre en diversos pueblos con distintas incidencias. Se conoce el elevado índice de suicidio en Japón, en ciudades catarinenses (sur del Brasil) colonizadas por alemanes y entre algunos pueblos sin desarrollo tecnológico. El suicidio puede aumentar su incidencia en un determinado pueblo, en un determinado trasfondo cultural, como señala Bastide (1972) cuando se refiere al suicidio del negro brasileño. El negro traído a la fuerza para el Brasil, pasa por tres regímenes distintos: del tribal al esclavista y a continuación pasa al régimen de libertad con la ley de 13 de mayo de 1888. Mientras en África el suicidio era un fenómeno raro, en la misma época, las mismas etnias, inmigradas a la fuerza al Brasil, tenían una incidencia de suicidio infinitamente superior. A los que explicaban los altos índices de ese cuadro entre los emigrantes en general, planteando que es lo “ciclotímico” o lo “emotivo” que en su mayoría deja su país, con esos datos sobre la migración forzada de esclavos, quedaron con sus explicaciones sin fundamentos.

Recientemente los indios Caiuás del centroeste brasileño eran noticia en la prensa como “indios suicidas”, debido a la tasa preocupante de intentos de suicidio, muchos de ellos con éxito. Aculturados y distribuidos en el mismo espacio físico que los Guaraníes y Terenas, los Caiuás son de temple dócil y se distinguen de otras tribus. Ellos predicaban la serenidad desde la niñez. Actualmente se alejan de sus rituales y las instituciones religiosas de los blancos influyen en su comportamiento y alteran diversos hábitos y concepciones místicas. Sin la integración cultural de épocas anteriores, incluso informaciones como las de la Guerra del Golfo Pérsico generaron rumores en esa comunidad, trajeron ansiedad y llevaron algunos de ellos al suicidio.

El intento de Yap (Landy, 1977), de relacionar las diversas perturbaciones mentales específicas de culturas con el saber de la psiquiatría actual, tiene validez en el sentido de facilitar la exploración de estas síndromes y perfeccionar el conocimiento acerca de síndromes reactivos. A partir de estas consideraciones y, en las investigaciones de la compleja sociedad occidental, los estudios epidemiológicos podrían extender su atención a los trazos sociales y culturales que en esta sociedad lograron relieve.

PIBLOKTOQ - HISTERÍA DEL ÁRTICO

La Histeria del Ártico surge entre los pueblos del polo norte como por ejemplo los lapones y los esquimales en Siberia, en Canadá, Groenlandia y en Alaska. El trabajo más amplio sobre este cuadro fue el de Foulks (1972), que lo dividió en dos síndromes: 1) una manía imitativa irracional que sólo se encuentra en Siberia;

2) un estado disociativo frenético entre todos los grupos circumpolares.

Ambas formas vuelven al estado de normalidad después del comportamiento extraño. El paciente presenta un cuadro semejante a una crisis conversiva que conocemos: canta y da voces, como “iah-iah-iah-iah-iah-ha”, se arroja a la nieve y aún rompe sus ropas. ¿Estaría imitando tal vez al delfín? ¿O poseído por una convulsión? Diversas explicaciones ya se dieron para el cuadro. Desde las psicoanalíticas tradicionales hasta las sugeridas por Wallace de que la causa serían las deficiencias dietéticas.

Wallace afirma que los esquimales, en determinadas épocas del año, tienen un nivel de calcio muy bajo. El calcio es el elemento esencial en la transmisión química de los impulsos neurales y esta baja dosis provocaría anomalías en el comportamiento.

Foulks, alumno de Wallace, estudió el Pibloktoq para comprobar esa hipótesis y concluyó que, aunque la hipocalcemia sea compatible con el cuadro, la mayoría de los esquimales que presentan la crisis, poseían índices normales de calcio y por lo tanto se descartó la hipótesis de Wallace.

Foulks probó otras hipótesis, como el influjo del día y de la noche que en los polos son totalmente anormales en el verano y en el invierno en relación a la fisiología humana. Los esquimales a veces se quedan días sin descansar en verano cuando el sol no se pone y en la noche eterna del invierno, ellos, a veces, hibernan. El autor proponía la posibilidad de que este ritmo atípico para el ser humano afectaría el sistema nervioso central y llevaría al individuo a la irritabilidad y a la excitación; sin embargo no logró explicar el Pibloktoq sin considerar factores predisponentes, como por ejemplo, la patología cerebral.

Al revisar diez pacientes observó que sólo tres demostraban evidencia de patología cerebral, lo que obligó a que Folks considerara entonces los factores psicosociales. Como causa común descubrió que todos que tenían crisis estaban amenazados o incapaces de mantener un modo de vida que fuera gratificante socialmente. La conclusión del trabajo de Foulks muestra que el comportamiento humano es determinado por diversas causas y que no existe otra manera de estudiarlo que no sea de una manera abarcadora.

La tendencia al comportamiento de tipo histérico de los esquimales se explica por la relativa permisividad para con los niños, con los cuales se busca evitar cualquier frustración a través de la dependencia y afecto. Los esquimales forman una sociedad donde la cooperación entre los individuos es esencial para su supervivencia, debido a la dureza del clima en que viven. Las alteraciones sociales terminan también por generar conflictos y ofrecer pocas opiniones para resolverlos. Tal vez el Pibloktoq sea la única manifestación que la población, principalmente la femenina, encuentre para anunciar su malestar - el comportamiento dramático que aguarda la ayuda de los demás.

MALGRI

El Malgri ocurre cuando se rompe un tabú entre los indígenas del norte de Australia. Es el ejemplo de un estado de angustia asociado a la creencia sobrenatural. Este síndrome, según John E. Cowte (<biblio>) se caracteriza por una ansiedad incapacitante, con somnolencia y dolor abdominal exclusiva de las islas Wellesley, y prevalece una preocupación fóbica, principalmente por la violación de tabús alimentarios específicos.

ENFERMEDADES DE LOS GUERRILLEROS

Durante la Segunda Guerra Mundial, se observaba que los cuadros histéricos eran más comunes entre los soldados hindúes, por ejemplo, que entre soldados ingleses. Mientras la neurosis de Guerra estaba ausente entre los eslovenos, cualquier etnia de Yugoslavia la presentaba y con frecuencia (Abse, 1950). El enfermo entra en un cuadro de agitación confusa a partir de la noticia de muerte de un camarada o al oír un canto de guerra. Se pone de cuclillas y como si estuviera llevando una metralleta invisible empieza a disparar y a dar órdenes de combates a los compañeros. Al final sólo recuerda que tuvo una crisis y pide perdón pero no se acuerda de lo que hizo mientras pasaba por tal manifestación.

ESTADOS DE POSESIÓN

Cuando se considera la gran repercusión de las religiones espiritualistas en nuestro país, no es raro que el individuo al decirse “poseído” busque la atención de la comunidad para su problema. La Posesión sería un estado de disociación consciente y reversible y se puede ver en algunas culturas como un estado místico, un enfermedad, la pérdida del alma, o bien posesiones por buenos o malos espíritus. Generalmente el campo religioso suele “solucionar” estos cuadros que llegan al psiquiatra sólo cuando cae en el descontrol. La actuación del shamán muchas veces se apareja más que a la del psiquiatra ante la posesión, una vez que se integra al culto en que el individuo se inserta y tiene la participación de los demás integrantes de su comunidad (Noronha, 1988).

LATAH

Latah es un cuadro histérico peculiar que se encuentra en Malaysia e Indonesia, en Oceanía. En Siberia se denomina “Myriakit” y en el norte del Japón “Imu”, pero también hay relatos del mismo cuadro en el norte de África. En América del Norte, por un corto período se manifestó entre inmigrantes canadienses en el norte de los Estados Unidos (Ellenberger / Murphy, 1978) Hay dos categorías generales de Latah: 1) una reacción de sobresalto y estupefacción con pérdida de control por algunos minutos y coprolalia. Un pavor, una situación difícil o un repentino ruido pueden desencadenar el cuadro; 2) otra reacción es el impulso de imitar un estruendo o acciones que llaman la atención del enfermo o que le amedrentan. La distinción

entre el Latah y el Síndrome de Gilles de la Torette es que éste ocurre desde la niñez con espasmos motores, mientras que el Latah empieza después de la niñez y los espasmos son raros.

En Asia la ocurrencia del cuadro incidía en su mayoría, sobre las mujeres de clase social baja. Sin embargo, era significativa también su incidencia entre los soldados y enseñaba la ambivalencia entre el deseo de obedecer y el de rebelarle o actuar espontáneamente. Estos pacientes se alteran con comportamiento dócil y nervioso. Las manifestaciones reactivas, como la de decir un nombre obsceno después del susto, o más grave, a través de temblores y liberación de los esfínteres que se juntaban a las excusas por parte del paciente, que fuera de las crisis, no presentaba ninguna huella de patología mental.

Las explicaciones para la etiología del Latah se basan en la educación en la niñez orientada para aceptar pasivamente la sumisión o bien el establecimiento de modelos de comportamiento para lograr satisfacción de naturaleza muy diversa de aquella cultura.

Sin descartar el uso secundario de la enfermedad por el paciente que podría considerar los beneficios obtenidos a través de las crisis, el cuadro es la expresión del material inconsciente reprimido que se manifiesta oportunamente en el momento de descontrol.

NEUROSIS OBSESIVA DE PUTZWUT

En la India la manía de limpieza es colectiva en ciertos sitios, de tal modo que a veces un psiquiatra local no se da cuenta de esos síntomas. En Japón, como el “tatami” es muy difícil de limpiar, se instruye a los niños desde temprano a que dejen sus zapatos cuando entran en casa. Reciben así una noción precoz de limpieza.

Sin embargo, vale a pena que hagamos referencia a la Neurosis de Limpieza de las dueñas de casa en Suiza, la “La Folie du Nettoyage” (die Putzwut) (Ellenberger / Murphy, 1978) que evidentemente ocurre entre las mujeres y revela una necesidad irracional de limpiar toda la casa. Ellas no aceptan ninguna proposición para facilitar el trabajo y se ponen como víctimas que se sacrifican por la familia. No es fácil tratar el cuadro caso no se tenga en cuenta las causas implicadas. Una causa es individual, como sentimiento de inferioridad, de culpa (resultante de una rígida educación moral) y resentimiento. La otra causa es cultural, donde se ve que en la Suiza alemana el deber de la mujer es el de cuidar por el orden limpieza, donde se valora el trabajo arduo. Ellas no paran - siempre se ocupan de algo - y acusan de “perezosas”, a las personas de temperamento más calmoso y pasivo.

KORO

Devereux (1970) sugiere el término “Trastorno Étnico” para los cuadros que se refieren al modelo cultural específico del grupo. Él afirma que si analizamos estos desórdenes en una cultura específica, podremos conocer el grado de orientación psicológica de esa cultura. Un Pibloktoq es fruto de las características sociales y culturales de los esquimales y no ocurre, por ejemplo, en Malasia. A su vez el Latah, que surge en Indonesia y en Malasia, no se observa entre los esquimales. La cultura tiende a ofrecer, a veces, a contrapelo, ciertos miedos de expresión de un conflicto.

Así ocurren también con las neurosis sexuales, como el Complejo de Berdache (travestí), el Koro, el Jiryan y el Sook Yong.

Aunque marginal, el Berdache es más bien una solución natural, reconocida oficialmente, entre los indígenas de los Llanos en la América del Norte. A título de comparación, mientras que entre los indígenas la solución para que un cobarde no sea difamado es la de convertirse en "berdache", o sea, en travestí, entre los Tanala de Madagascar el travestismo es un refugio para el hombre sexualmente deficiente que corre el riesgo de ser anunciado como impotente en la comunidad (Devereux, 1970). Otras formas institucionalizadas de homosexualidad y de travestismo aparecen también en Siberia, en Tahití, en las islas Célebes y entre los Mohave.

Se describió el Koro por primera vez en las islas Célebes y se restringe a Indonesia. Se trata de la creencia de los órganos sexuales son reabsorbidos por el organismo y que en seguida se muere. Cuando ocurre en los hombres, durante la crisis el paciente sostiene su pene para protegerse de la supuesta amenaza. Mientras que tras la crisis del Koro el paciente vuelve rápidamente a la normalidad, el Jiryan, del norte de la India, tiene la tendencia a ser más crónico. En este cuadro, lo que ocurre es la pérdida de la fuerza vital cuando se expulsa el esperma (Carstairs, 1956). En esta región no se permite a la pareja que manifieste su cariño ante los parientes y la educación es antisexual, de tal modo que los novios, cuando se casan ignoran totalmente la sexualidad, o entonces sólo el hombre tuvo oportunidades, pero en prostíbulos. Estos aspectos justifican la ambivalencia de la población en relación a sexualidad, y el Jiryan es tan sólo la manifestación de algunos, de esa misma ambivalencia.

El Shook Yong de los chinos es muy semejante al Koro (Ellenberger / Murphy, 1978) donde se cree que los órganos sexuales se arrugan y después de esto se muere. En Singapur y en Tailandia ese cuadro ocurrió como una breve epidemia, y como el Koro, tras conflictos sociales avenidos de cambios importantes y amenaza de pérdida de la identidad cultural.

AMOK

Desde el siglo XIX se describió el Amok en los archipiélagos Malayos, y más tarde se observó el Amok en la isla de Java, en Malasia y en las islas Célebes. Es una reacción psicótica con confusión, seguida de amnesia, desencadenada por una frustración. Este cuadro desapareció durante mucho tiempo, resurgiendo en 1960. Frustrado, el paciente, repentinamente, con una espada corta (Kris) pasa a atacar al primero que encuentra delante sin salvaguardar su propia vida. Entre ellos el grito amok! amok! suena como una alarma y todos ya saben de que se trata (Devereux, 1970). Cuando ese cuadro volvió a aparecer en 1960 entre las tribus lomas de Indochina, el arma utilizada era la granada (Murphy, 1978). La manera clásica de acabar con una crisis de Amok era matar al paciente. Linton relató a Devereux que cuando los holandeses impidieron dar la muerte gloriosa que el paciente con Amok buscaba, - en lugar de eso, se condenaba a trabajos forzados a los enfermos que se lograba capturar - , la ocurrencia de esas crisis se redujeron sensiblemente. Mientras que el Amok alcanza los hombres, en este mismo pueblo, el Latah ocurre entre las mujeres. El Negri-Negri de la Nueva Guinea es una carrera homicida semejante a la del Amok, siendo precedido también por frustración. Generalmente asociado a la muerte, pérdida de un pariente y asociado a una posesión espiritual (Landy).

WINDIGO

El Windigo es otro ejemplo de un síndrome de posesión asociado a un modelo cultural que ocurre entre los indígenas del noreste del Canadá. Se trata de un comportamiento indeseable y de desviación que puede culminar en homicidio a través del canibalismo. Se cree que un espíritu come la carne humana y que puede forzar a cualquiera a hacer lo mismo.

El 1991 la “antropofagia” ocupó los noticieros del mundo: primero con el éxito de la película “El Silencio de los Inocentes” (The Silence of the Lambs) con la curiosa figura de un psiquiatra caníbal (Anthony Hopkins); y después con la prisión de un psicópata caníbal en los USA y la huida de otro en Moscú. Tal vez lo que haya de común entre estos dos últimos casos y el Windigo es la base depresiva y ansiosa que precede el canibalismo. En el Windigo la llave del problema tal vez esté en el conflicto al que estos indígenas se enfrentan ante la falta de alimento, en el riguroso invierno ártico, donde se está amenazado de morir de hambre. Algunos, cuando presenten la crisis, buscan el shamán para ser curados y otros piden que se les dé muerte antes de que empiecen a atacar y a comer las personas (Murphy, 1978).

SUSTO

Descrito en América Latina el Susto puede ocurrir ante un trueno o al encararse con un animal fiero (Landy, 1977). Los síntomas son insomnio, astenia, apatía, pérdida del apetito y peso, depresión y ansiedad. También se conoce como “mal aire”, “espanto”, “mal viento” y por veces es resultante de una mala experiencia con un agente sobrenatural. Atacan las personas cuando ellas están solas - tanto los niños como los adultos. Langdon y MacLennan (1973), citando Seijas, relatan que había casos entre chiquillos que reaccionaban con el Susto, ante una caída, un accidente o al mirar una pelea de los padres. Se hace el tratamiento con el curandero a través de un ritual o mediante el uso de yerbas, como ocurre entre los Sibundoyos (Langdon / MacLennan, 1973). En esta sociedad muchos conocen el uso de hierbas medicinales para las enfermedades más comunes. A veces, como ocurre en Amazonia, el curandero hace uso de sustancia alucinógena para realizar se ritual de curación, como por ejemplo el Yagé.

Ahora veremos los aspectos etnopsiquiátricos del uso de alucinógenos y otras toxicomanías étnicas.

TOXICOMANÍAS ÉTNICAS

El uso de una determinada droga puede ser particular en algunas civilizaciones y ni siempre causan daños, como se observa en nuestra sociedad y puede servir incluso como instrumento de integración y equilibrio del grupo que la consume. Las drogas cambian también su forma de consumo y sus objetivos. Entre ellas existen bebidas fermentadas, el alcohol, el tabaco, la marihuana, el haxix, el peyote, la epena, la cocaína, las anfetaminas, la heroína, el LSD, etc... Se las pueden consumir individualmente o en grupo y con diversas finalidades como: aliviar tensiones;

rellenar vacíos; huir de dificultades o entonces para buscar una “intoxicación religiosa” o una “ebriedad divina”.

Entre los grupos tribales el uso de alucinógenos se unió a la práctica shamanística donde el “pajé” (shamán) busca realizar curación o conducir un ritual de cura en estado de éxtasis. Por ejemplo: el “pajé” entre los indígenas Tapirapé en Brasil, traga humo de la pipa para entrar en éxtasis. El humo tiene sólo el valor medicinal y religioso en este pueblo. Para curar el enfermo, el “pajé” sopla el humo sobre la parte afectada o sobre todo el cuerpo del enfermo. Entre los Yanomámi (norte del Brasil) el tabaco es accesible a todos, incluso los niños. En nuestra sociedad el tabaquismo es uno de los problemas más serios de salud pública según la propia Organización Mundial de Salud (OMS) y no sólo afecta al fumador sino también a los que con él conviven.

Cercanos y semejantes a los Yanomámi, los Waikas de la frontera del Brasil con Venezuela, fueron los inventores de las ponzoñas para flechas, el “mamikorima” y de un alucinógeno de nombre “epena”, según los hallazgos de George J. Seitz (en los registros de la “Fundação Nacional do Índio - FUNAI). La preparación de este alucinógeno es bastante compleja y es consumido en grupo a través de un ritual, donde las mujeres pueden estar presentes pero tienen prohibido aspirar la droga. El consumo es de dos en dos y uno de ellos sopla en lo orificio nasal del otro alternativamente, generalmente hasta dos dosis (el uso de alta dosis puede llevar a la muerte). La “epena” no causa dependencia y sus principales usuarios son los curanderos / hechiceros que como efecto bailan, se agitan y cantan.

El peyote tiene la mescalina como principio activo y se usa hasta hoy entre los indígenas de América del Norte (México) como un producto sagrado y ritualístico (Ellenberger, 1978). El uso de esta droga por un occidental y un nativo Huichol produce visiones distintas. Los occidentales viven una experiencia individual estética, consciente y sin coordinación. Los autóctonos viven una experiencia comunitaria, religiosa e interpretan como verdaderas sus alucinaciones y se mueven cierta organización. La legislación americana que antes reprimía el uso del peyote, hoy acepta su culto como religión y no como toxicomanía.

En el Brasil es polémica la situación del Santo Daime fundada en 1930 por Irineu Serra en el Estado de Acre. Hay toda una división de trabajo, según el sexo, en la preparación de la “ayahuasca” y la ceremonia llega a tardar semanas. Los efectos son alucinógenos, aunque los usuarios no estén libres de los efectos colaterales como diarrea y náuseas. Hasta 1991 el Consejo Federal de Estupefacientes consideraba el uso de la “ayahuasca” ilegal, porque no había suficientes estudios sobre sus consecuencias. Se sabe que las alucinaciones visuales son provocadas por la dimetil-triptamina que se encuentra en las hojas de chacrina y la función del “cipó miriri” es de retardar la metabolización del alucinógeno.

Los Aztecas utilizaban los hongos alucinógenos (psilocibina o psilocina) en busca de visiones durante los rituales religiosos. Aún en Siberia, los Ostiak y los Koryak producían alucinógenos con base en hongos (*Amanita muscaria*). Durante las visiones sabían que el principio tóxico se eliminaría por la orina que era bebida por el mismo individuo o por sus compañeros. En Nueva Guinea son los autóctonos de la tribu Kuma los que consumen hongos utilizados en rituales y en las manifestaciones que son distintas, según el uso que se hace de las plantas (Ellenberger, 1978).

Los indígenas peruanos consumen la hoja de coca con el objetivo de aliviar el cansancio, el hambre, la monotonía durante las actividades. El gobierno permite la venta moderada de las hojas a los nativos, pero la cocaína, conocida por todo el

Occidente, actualmente recibe una fuerte reacción de lucha contra la droga en vista de los trastornos de salud, políticos y sociales por ella ocasionados.

Se podrían citar otras drogas con sus peculiaridades interesantes a nuestro planteamiento, sin embargo para concluir y aún para atender nuestro propósito en este ensayo, recuerdo el variado y extensivo uso de sustancias fermentadas. Son factores culturales los que deciden sobre la utilización de esas bebidas como, por ejemplo, entre los Chichicastenango en Guatemala, en que sólo se bebe en público y en las fiestas ceremoniales. Entre los Chamula del México, toda la gente bebe durante las ceremonias, incluso los niños. Nadie tiene el derecho de rehusar la bebida alcohólica si le ofrecen. Bunzel, citado por Ellenberger (1978) escribe en 1940 sobre el rol ejercido por el alcohol en estas sociedades de América Central. En el Brasil, los indígenas Urubús, antiguamente feroces y cazadores de cabezas, cuando borrachos cantaban y bailaban con sus enemigos.

Esos ejemplos no son netamente ilustrativos del relativismo de las cuestiones de lo que es normal y anormal en las culturas pero la reunión de estudios de diversas décadas, que comprueban que trazos socioculturales, indiscutiblemente, ejercen su rol en la formación y resolución del trastorno mental y los estudiosos y profesionales de esa área no pueden despreciarlos.

Los cuadros citados representan sólo una muestra de Trastornos Mentales Específicos de Culturas o de determinada cultura en una época específica. Aún con las consideraciones del relativismo cultural de la escuela antropológica Cultura y Personalidad, no podemos negar la existencia de estos cuadros, en sus propias culturas, como enfermedades.

Summary

Culture Specific Illnesses

Some mental disturbances occur specifically in restricted cultures, for example: Pibloktoq, Windigo, Latah, Amok and Susto. They are specific syndromes practically absent in others cultures, making comparison impossible. Some disturbances are so frequent in a specific population, that at times observers don't recognize their pathological aspects, such as that which occurred in Switzerland with the Obsessive Neurosis of Putzwut. Others appears in a certain population in a specific period, such as the sailor's calenture, which affected them during the XVIII and XIX centuries as an abrupt and sometimes epidemic frenzy. These peculiarities do not restrict themselves only to the disturbance, but also appear in individual and social behavior of some cultures. In this articles I review the principle mental disturbances studied in Ethnopsychiatry, which are know as Culture Specific Illnesses, Exotic Syndromes, or Ethnic Disorders.

uniterms: psychopathology; culture; diversity

Referências

- 1. ABSE DW - The Diagnosis of Hysteria, Wright Ed. Bristol, 1950.
- 2. BASTIDE R - Le Rêve, la Transe et la Folie. Flammarion, Paris, 1972.
- 3. BENEDICT R - Patterns of Culture. Houghton-Mifflin, Boston, 1934.
- 4. CANNON WB - Voodoo Death. American Anthropologist, 44: 169-181, 1942.

- 5. CARSTAIRS GM - Hinjra and Jiryra: Two Derivatives of Hindu Attitudes to Sexuality. *British Journal of Medical Psychology*, 29: 128-138, 1956.
- 6. CLASTRES P - *Chronique des Indiens Guayaki*. Librairie Plon, France, 1972.
- 7. COLLOMB H - *La Mort Sociosomatique*. *Psychologie Médicale*, Nice, 11, 8, 1979.
- 8. DEVEREUX G - *Essais d'Ethnopsychiatrie Générale*. Gallimard, Paris, 1970.
- 9. ELLENBERGER HF - *Les Toxicomanies*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris)*, 37725 C 10-4, 1978.
- 10. ELLENBERGER HF, MURPHY HBM - *Les Névroses et le États Mineurs*. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale (Paris)*, 37725 B 10-4, 1978.
- 11. FAERGEMAN P - *Psychogenic Psychoses* Butterworth, London, 1963.
- 12. FOSTER/ANDERSON - *Medical Anthropology*. Wiley, 1978.
- 13. FOUKS EF - *The Artic Hysterias of the North Alaskan Eskimo*. *Anthropological Studies n° 10*, American Anthropology Association, 1972.
- 14. LNDY D - *Culture, Disease and Healing*. Macmillan, New York, 1977.
- 15. LANGDON EJ, MACLENNAN R - *Conceptos Etiológicos de los Sibumdo y de la Medicina Occidental*. Universidade Federal de Santa Catarina, 1973.
- 16. LEVINE RA - *Culture, Behavior and Personality*. Aldine Publishing Co., Chicago, 1973.
- 17. MURPHY HBM - *Les Psychoses*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris)*, 37725 C 10-4, 1978.
- 18. NORONHA, M - *A Etnopsiquiatria e o Reconhecimento do Saber Popular*. *J bras Psiq*, 37(2): 113-115, 1988.
- 19. OPLER M - *Culture and Social Psychiatry*. Atherton Press, Inc., New York, 1967.
- 20. WERNER D - *Uma Introdução às Culturas Humanas*. Vozes, Petrópolis, 1987.
- 21. WILSON EO - *Da Natureza Humana*. Queiroz TA, São Paulo, 1978.
-

Endereço para correspondência

Marcos de Noronha

Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Cultural

www.abe.org.br

Av. Othon Gama D'Eça, 900 - sala 903

CEP 88015-240 - Florianópolis - SC - BRASIL

Fone/Fax: 55 (48) 3324 12 12

E-mail: marcos@abe.org.br