

LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA CULTURA: Evaluación antropológica de un caso clínico¹

Luisa de Pedrique²

Facultad de Medicina

Centro de Investigaciones Etnológicas

Universidad de Los Andes, Mérida

Resumen

El presente artículo expone la evaluación antropológica de un caso de enfermedad mental. Se intenta demostrar la ayuda real y eficaz que puede prestar la antropología a la psiquiatría, en un trabajo interdisciplinario, donde los distintos enfoques aportarían los conocimientos necesarios para abordar un problema particular. Por otro lado, la ayuda antropológica permite un mejoramiento de la relación médico-paciente con la presentación del relato del paciente y la interpretación que él hace de su padecimiento, junto con el análisis del antropólogo sobre el caso. Por último el caso permite abordar el fenómeno de la posesión, una de las causas mágicas más frecuentes de la enfermedad mental aludidas por los pacientes de nuestra investigación.

Palabras clave: enfermedad mental, cultura, posesión.

Abstract

The present article is an anthropological approach to a case of mental disease. The author intends to show the effective collaboration that this point of view can offer to psychiatry, through an interdisciplinary study, where the different disciplines can interchange their knowledge and experience on the matter. The anthropological help allows a better understanding between the patient and the medical doctor by presenting the patients version and interpretation of his own illness together with the anthropological analysis of the case. Furthermore, the study of this case permits an approach to the phenomena of "possession", one of the most frequent causes of mental illness mentioned by patients that participated in our research.

Key words: mental disease, culture, possession.

Introducción

Desde hace tres años nos ocupamos del estudio e investigación de las enfermedades mentales, procurando conocer los factores socio-culturales que intervienen en la configuración de estos trastornos. Hemos trabajado en dos centros hospitalarios de Mérida: la unidad de psiquiatría ambulatoria del Hospital Universitario de Los Andes y el Centro Integral de Salud Mental San Juan de Dios. En este lapso de tiempo hemos entrevistado y conversado con cuarenta y cinco pacientes, de los cuales quince sufrían de neurosis graves y treinta padecían de trastornos orgánicos, esquizofrenias y demencias por alcoholismo y drogas.

Sobre el origen de sus enfermedades, el 60% piensa que se debe a la posesión por espíritus malignos, sobretudo cuando entre los síntomas de la enfermedad se encuentran las alucinaciones. Sobre este aspecto estamos orientando nuestro estudio en torno a las posibles funciones que cumple la posesión en nuestro medio cultural.

Otro aspecto que se ha constatado es la dificultad que tienen los pacientes y sus familiares para comprender a cabalidad el discurso científico de la enfermedad mental. Si bien es cierto que las explicaciones de este orden son difíciles para aquellos que no están familiarizados con el lenguaje científico, no es menos cierto que la mayoría de los médicos no se molestan en tratar de lograr una mejor comunicación con sus pacientes y los parientes de estos.

Otro punto a considerar es el entorno social del enfermo; los vecinos y las amistades cercanas que forman parte de su círculo social, comprenden con mucha dificultad la naturaleza del padecimiento. Tienen además enormes prejuicios e ideas erradas en cuanto a lo que es realmente una enfermedad mental. Esto hace difícil en primer lugar, que acepten la idea de que se trata de una enfermedad y no de “brujería”, lo que conlleva a una dificultad para aceptar que dichos padecimientos son en la mayoría de los casos incurables. En segundo lugar y como consecuencia del primero, no comprenden que el paciente tiene que vivir bajo ciertas condiciones tales como: tranquilidad, comprensión, paciencia y vigilancia estricta de los medicamentos. Cuando estos aspectos no se dan, la calidad de vida que necesita el enfermo no está asegurada y es aquí donde radica el foco de los problemas mas serios para él, pues si bien es cierto que un gran número de trastornos mentales tienen una base biológica-hereditaria, no es de despreciar la influencia que el entorno socio-familiar ejerce sobre el bienestar o malestar del enfermo.

El Hospital San Juan de Dios (HSJDD) con su concepción integral de lo que es salud mental, ha implementado el llamado “hospital día” para los pacientes a quienes se les ha dado de alta e igualmente para los que nunca han sido hospitalizados. Consiste en pasar todo el día en la institución realizando diversas actividades de índole manual, artístico, culinario, de jardinería, gimnasia, deporte y ejercicios de relajamiento, meditación y charlas sobre distintos aspectos de los trastornos mentales. Esto se hace con el fin de que el paciente aprenda a vivir con su problema, a tomar las precauciones debidas y a valerse por sí mismo en la medida de sus posibilidades. Lo importante es vivir “sin crisis”.

La colaboración antropológica

Actualmente estamos trabajando en el Hospital San Juan de Dios, dirigido por los Hermanos Hospitalarios y cuyo fundador, de donde viene el nombre de la institución, padeció él mismo de un trastorno mental durante varios años, recibiendo como tratamiento las terribles terapias que la medicina española del siglo XVI aplicaba a estos enfermos: azotes y encadenamientos brutales entre otros. Nuestra colaboración se dirige en estos momentos hacia dos direcciones: por una parte, nuestro trabajo de investigación nos ha llevado a entrevistar a numerosos pacientes y a participar en los grupos de “autoayuda”; ha permitido igualmente recabar información sobre:

- Las concepciones en torno a la enfermedad mental que tienen pacientes y familiares,
- La comprensión del discurso científico por parte del paciente y de sus familiares,
- Las conductas que siguen tanto los pacientes como sus familiares cuando se presenta la crisis.

Esta información la hemos compartido con el personal médico y paramédico del hospital y nos ha servido para colaborar en el diagnóstico de casos que se presentan como difíciles de dilucidar, siendo uno de ellos el que vamos a exponer en este artículo. Siguiendo algunas ideas de Devereux (1973), pensamos que varias miradas en torno al mismo fenómeno ayudan mucho más a comprenderlo, aclararlo y aportar soluciones. Por otra parte, hemos conversado con pacientes en vías de recuperación sobre las creencias

culturales que rodean el trastorno mental, permitiendo discusiones abiertas donde tanto los pacientes como sus familiares pueden expresarse con libertad y franqueza sobre el tema. Sentimos que ésta es una forma de retribuir a nuestros informantes su ayuda e igualmente a la institución que nos ha permitido trabajar allí.

El caso que vamos a exponer fue presentado en la junta médica que se realiza semanalmente en el hospital. Ese día hubo cinco ponentes que dieron su visión sobre el caso: la médico internista, la médico psiquiatra, el equipo de enfermeros, la trabajadora social y mi persona con la evaluación antropológica que se hacía por primera vez. Por parte de la psiquiatra no había un diagnóstico definitivo sobre el caso, de allí que consideró la posibilidad que todos los que la habían tratado diesen su opinión y junto con el resto del personal médico y de enfermería se llegara a un diagnóstico final.

Objetivos que persigue la investigación antropológica

Con esta evaluación queremos colaborar a comprender mejor el discurso del paciente mental por parte del personal hospitalario, involucrando como dice Uribe (1999) “...en una práctica médica humanística, el punto de vista del nativo...” Por otra parte, nos interesa aproximarnos al estudio antropológico de la “posesión”, una de las causas mas frecuentes de enfermedad mental mencionadas por los pacientes. Finalmente queremos mostrar que los factores socio-culturales juegan un papel importante en la manera como van a ser interpretadas las enfermedades mentales, sus signos y síntomas, tanto por parte del enfermo como de sus familiares y esto llevará a unas conductas determinadas que podrán contribuir tanto a mejorar como a empeorar el estado del enfermo.

En la relación médico-paciente suelen entrar en juego dos discursos: el biomédico y el socio-médico (Clarac de Briceño, 1992) ; al primer discurso le interesa la disfunción orgánica únicamente, al segundo discurso le corresponden las concepciones tradicionales de la enfermedad. (Kleinman y otros, 1983), uno de los representantes de la escuela norteamericana de antropología psiquiátrica, da el nombre de “illness model”, (modelo de malestar) a aquel que corresponde al paciente. A éste le interesa lo que la disfunción, orgánica o no, le representa; el sentido que él le da para explicar su situación de sufrimiento. El enfermo mental en este caso concreto, tiene la necesidad y hasta la ansiedad, según Uribe, de ubicar el sentido moral y social de su enfermedad. Esto es muy cierto para el caso

de la enfermedad mental donde la culpa juega muchas veces un papel importante y donde el “estigma” que la enfermedad les impone ante la sociedad puede hacer su vida muy infeliz, todo esto suele ser irrelevante para el médico. Otra de las perspectivas interesantes de un trabajo como éste es lograr hacer una etnografía del paciente, entendiendo por ello: “...aprehender desde la palabra del paciente, su forma de vida, su visión del mundo, su propia cosmovisión ... identificar los múltiples sentidos que el sufriente da a su enfermedad ... en un esfuerzo por “domesticarla” e incorporarla a su vida...” (Uribe, 1999).

Kleinman, Eisenberg y Good (1983) proponen una metodología etnográfica para la clínica médica; la meta sería desarrollar una etnografía de la experiencia del sufrimiento, con lo que el terapeuta y el etnógrafo se pueden acercar a la aflicción que conlleva a la enfermedad. Acercarse a la aflicción, lleva a su vez a comprender mejor al paciente, a optimizar la relación entre ambos, a reconocerse mutuamente como humanos; es el desarrollo de la “empatía” por el otro, tan olvidada en la medicina académica actual. El paciente busca en el discurso del médico una explicación “creíble” de su enfermedad, es decir verosímil, que generalmente no encuentra, mientras que el médico busca “la verdad”, la causa real, entiéndase científica de la enfermedad.

Caso de la paciente L: “Una Posesión Maligna”

La paciente L. tiene 24 años, sus padres están vivos y ella es la mayor de tres hermanas, una de 23 años y otra de 17 años, la primera sufre de retardo mental. Hasta el momento de su primera crisis, L. estudiaba quinto año de Ciencias Políticas. Ha tenido cinco crisis, presentándose la primera en septiembre del año 2000 y la última en febrero del presente año. La paciente ha tenido tres intentos de suicidio y la sintomatología general de sus crisis se caracteriza por llantos alternados por episodios de risa, irritabilidad, un frío muy intenso, rigidez, temblores, sobretodo en los miembros superiores, depresión y sentimientos de soledad, ira, desorientación en espacio y en tiempo y taquialia. En los dos últimos episodios que fueron los peores, habló a las enfermeras y al médico de guardia de un “espíritu que está dentro de mí”. En la primera entrevista que sostuvimos con L., ésta asomó la idea de que la causa de la enfermedad podría tener su origen en un “trabajo” que le montaron. Esto trajo como consecuencia la posesión de una “entidad femenina” que se le mete y hace que ella tenga “conductas inapropiadas”, como ella misma expresó,

tales como la auto-agresión y la agresión hacia otros. Ella describe el fenómeno en dos fases: una primera donde siente depresión y mucho frío y temblor, esto indica que el espíritu está cerca. Luego siente a la “entidad” muy cerca de ella y ve como una “sombra”; acto seguido la “sombra” entra en ella y se posesiona de su cuerpo y es como si: “...mi alma se hace a un lado y ya no puedo rendir cuenta de mis actos...”. L. no recuerda nada de lo que pasa durante la posesión, sus actos agresivos hacia ella misma o hacia otros, especialmente su bebé, pues “...no soy yo, es la otra...”.

La paciente sufrió su primera crisis durante el embarazo y las otras después del parto. La historia en relación a este embarazo es traumática pues se tuvo que ir de su casa después de un gran pleito con su padre a causa del novio. Luego del embarazo y al nacer la bebé empezaron las dificultades con su concubino y su suegra, con quienes vivió hasta hace poco; ella dice que su suegra no la quiere y le hace la vida imposible. Su padre no quiere saber nada de ella y la madre la ve a escondidas de él; todo esto afecta mucho a la paciente que se siente rechazada por todos lados. La presencia de L. es precaria, triste, temerosa, ella nos dice que se quiere liberar de esta entidad pues: “...no puedo seguir viviendo así...yo quiero mucho a mi bebé, jamás he querido hacerle daño.” Aunque es nacida católica y perteneció a un grupo carismático, entró en contacto con un centro espiritista gracias a unas amigas que la llevaron allá. El “psíquico” que la atendió, le dio la versión de la “posesión”, a ella le satisfizo mucho esta interpretación, lo consideró creíble y de allí en adelante es la explicación que L. da de su problema. La madre con la que también conversamos en privado, la llevó dos veces a un sacerdote para que la exorcisara pues pensó que Satanás la había poseído. La paciente no acepta la versión de la posesión satánica sino más bien la de la “entidad femenina”, la interpretación del “psíquico” la convenció, ella cree en su historia y la vive como real. Criada por su abuela paterna (sus padres trabajaban), vivió con ella hasta los doce años. En esta casa, sufrió repetidas veces acoso y abuso sexual por parte de primos y un tío hasta que se descubrió y se la llevaron de allí. A raíz de esto ella piensa que este tío y su esposa “...me cogieron rabia y creo que mi tía me mandó a hacer un “trabajo”...”. Ella cree que este “trabajo” tiene que ver con la “entidad” que ahora la perturba. En la casa de sus padres tampoco se sintió feliz, ya que muy pronto se dio cuenta que su padre maltrataba física y verbalmente a su madre y si ella se interponía para defenderla, arremetía también contra ella. L. tiene una autoestima muy

baja y una enorme carencia de afecto y amor, es esquiva, reservada, se encierra en su cuarto por horas y sin embargo, detesta estar sola y salir sola, cambia de humor rápidamente pasando de la alegría a la rabia o a la tristeza. En las conversaciones que hemos tenido con ella su historia no ha variado mucho, lo que nos ha negado es la parte referente a los abusos sexuales a que fue sometida en su infancia y primera adolescencia, después nos dijo que esto era un secreto que nos confiaba pues ni su padre sabía la verdad.

Aproximación a un análisis antropológico

Para realizar el análisis antropológico hemos tomado en cuenta los elementos culturales que maneja la paciente. Devereux (1973) afirma que la locura se expresa siempre con estos elementos; el individuo, habiendo sido sometido a un prolongado stress, no puede seguir soportando la situación y recurre a un determinado tipo de trastorno psíquico para dar rienda suelta a su sufrimiento, temor, angustia etc.. Los elementos culturales darán una configuración particular al padecimiento, explicándolo en forma creíble y verosímil para el paciente y justificando un estado supuestamente “anormal” ante la comunidad que tiene contacto cotidiano con él. En el caso de L. la “posesión” por un ente femenino fue el elemento cultural que ella tomó, a partir de allí elaboró su “historia” sobre esta entidad y su presente malestar; dio a su vez, una explicación de su sufrimiento y justificó su “conducta inapropiada” ante la comunidad.

La enfermedad se traduce en desorden social (Pellizari, 1997) y la enfermedad mental aún mas, pues ésta produce angustia, temor y ansiedad, ligados a culpas no sólo del paciente sino también de la comunidad que con frecuencia la relaciona con creencias mágicas sobre seres sobrenaturales y los posibles castigos que estos pueden infringir. Cuando L. narra su “historia”, aclara los síntomas y los interpreta, su entorno familiar empieza a entender, ya que esta narración está dentro de su marco cultural. L. no quiere ser mala, insiste en que quiere verse liberada de esta “posesión”, pues no quiere hacerle daño a nadie, ni quiere ver a su madre sufriendo por su causa. Pero carga con un trauma personal dramático de la que ella misma no está del todo consciente, esto explica en parte su conducta, a la vez, la historia real de L. (el episodio de acoso y abuso sexual) es bien conocido por sus familiares y se mantiene en secreto por temor a la “desaprobación social”. De modo que la “posesión” funciona socialmente como el

“disfraz” que oculta las verdaderas causas del mal de L.. Ella lo utiliza como expresión de su impotencia, humillación, rabia y malestar en general. Las dos familias, paterna y materna, lo “utilizan” como explicación culturalmente aceptable de lo que acontece a su pariente. Su madre, que en ningún momento nos reveló el episodio de abuso sexual, la describe como “...una muchacha inteligente pero de mal carácter ... se lleva mal con su papá y su hermana menor, se encierra en su cuarto y no habla con nadie... y lo que vino a empeorar las cosas es que se enamoró de un hombre casado, que bebe y que practica brujería”. La familia materna de L. es aparentemente muy católica, tanto la madre como algunas tías y la abuela materna no descartan la idea de que este comportamiento pueda ser cosa del diablo y de allí que hayan buscado el recurso del exorcismo. Los familiares del padre y las amigas de L. piensan que está loca y poseída, por eso las últimas buscan a un Santero. Nadie está aparentemente consciente de que su mal radica en el terrible trauma de su infancia.

La posesión por un espíritu libera a la paciente de toda responsabilidad de sus actos. No puede ser culpada de nada pues no es ella quien tiene una conducta inapropiada, es el “ente” que está metido en ella. La posesión, como ya hemos mencionado, es el “disfraz cultural” (Devereux, 1973) que esconde un trauma de abuso sexual, y también de intolerancia y severidad extrema (por parte del padre), de una continua humillación (a través del abuso), que se extiende a su madre, que también es abusada (maltrato físico por parte del padre). Culturalmente los valores del machismo entran en conflicto con la paciente. L. se siente humillada en su dignidad, ve que su madre como mujer tampoco puede decir nada, pues su marido es el “jefe”, tiene más derechos que nadie en el hogar. Las mujeres de la casa deben por tanto servirle y aguantar pasivamente sus maltratos. L. quiere a su madre, pero le reprocha que es débil y miedosa ante su padre y esto la decepciona, pero ella también se ha sometido a su padre durante muchos años, ya que éste la obligó a estudiar en la universidad y a sacar muy buenas notas, a cambio, nunca recibió un cariño por parte de él. La paciente se libera de este dominio cuando se va de su casa con su novio y se embaraza. La relación de L. con su pareja refleja igualmente el conflicto cultural de la relación hombre (macho) dominante- mujer (hembra) dominada. Este es un elemento cultural que perdura de diversas maneras en las capas sociales de Venezuela. Ella reconoce que su pareja la ha tratado bien, pero no lo soporta. Lo trata mal pues es la imagen de ese

machismo, representado en su padre y los parientes hombres que abusaron de ella; sin embargo, su pareja no es un hombre de temperamento dominante, mas bien es dominado por la madre que vive con ellos y es la verdadera “jefa” del hogar. La figura fuerte por lo tanto es su suegra que no la quiere (pues desbarató el primer matrimonio del hijo) y la maltrata. L. no puede enfrentar a esta mujer pues posee las características de lo masculino: dominante, severa e inflexible. Ella admite que no la puede enfrentar y por lo tanto se repite una situación parecida a la de su hogar. Los hombres que se han portado mal en la vida de L., no reciben castigo por sus agresiones; las mujeres objeto de las agresiones deben permanecer calladas, pasivas sin derecho a compensación.

L. ha sido dañada psíquica y físicamente desde pequeña, su desahogo ante estos hechos impunes es la “posesión”, instrumento cultural de “poder” que le permite desahogar su ira y frustración y agredir en cierto modo a esos hombres que le hicieron daño. “La sociedad puede enfermar al ser humano” han dicho Devereux (1973) y Laplantine (1979). Nuestra sociedad con sus contrastes entre valores tradicionales que aún permanecen de la Venezuela agraria y los valores modernos de la sociedad urbana, es un medio propicio para el origen de muchos trastornos psíquicos. Como bien lo señala Clarac de Briceño (1992) las representaciones simbólicas de los hechos culturales no cambian tan rápidamente, en otras palabras, la mentalidad se transforma mas lentamente que las prácticas culturales. Nos atreveríamos a considerar que la población venezolana ha sido sometida, durante varias décadas a un continuo stress para estar a la altura de este proceso tan veloz de modernización. Los enfrentamientos constantes entre lo viejo y lo nuevo que se producen inclusive dentro de una misma familia, generan frustración y conflicto en general, con el consecuente deterioro psíquico de muchos individuos que no pueden resolver estas situaciones. El asunto da para muchas reflexiones donde se incluye el problema de la identidad, pero las dejamos para otro momento, pues nos saldríamos de nuestro presente tema.

Bastide (1976) señala varias funciones de la posesión, la catarsis es una, la función social sería otra. L. ha tomado el recurso de la posesión porque le sirve para justificarse ante sí misma y ante la sociedad. También le da un cierto prestigio pues la diferencia del resto de la comunidad que la ve con temor pero también con respeto pues de hecho creen en los espíritus malignos y por tanto en la posesión de su pariente. Esto le permite a L. manipular a sus parientes para que le presten atención y no la dejen sola.

Por otra parte, le sirve también de catarsis, de desahogo a sus emociones y sentimientos heridos. L. tiene un sueño recurrente que nos ha parecido bastante ilustrativo de su situación: se ve rodeada de figuras humanas vestidas con batas blancas y largas y con capuchas en la cabeza, estas figuras se le acercan con velones encendidos, unas veces con almohadas para tratar de asfixiarla y otras veces intentan cortarle los brazos; ella se ve impotente sin poder hacer nada al respecto.

Diagnóstico y terapia

Al principio el médico tratante no estaba seguro del diagnóstico. Después de escuchar las evaluaciones de los distintos participantes, se llegó al diagnóstico de trastorno de la personalidad límite. La terapia a seguir se basa en psicoterapia y un mínimo de fármacos. Se encontró que L. no presenta en efecto trastornos serios de percepción ni de pensamiento, lo cual hubiera dado pie para pensar en una esquizofrenia, se orienta bien en espacio y tiempo, sus actos son bastante pueriles con algo de teatralidad (de los tres intentos de suicidio, dos los hizo con gente muy cerca de ella) y que sus crisis duran muy poco tiempo y se pueden resolver sin usar medicamentos fuertes. El problema mayor está en ayudarla a aceptar un tratamiento psicoterapéutico y a conformar un medio ambiente propicio para un buen restablecimiento físico y mental. Lamentablemente esta parte es la más complicada ya que el padre no la quiere aceptar, la madre es muy débil ante el padre y sus familiares están divididos; unos piensan que está poseída y no quieren nada con ella, otros creen que el demonio está influyendo en su alma y por lo tanto necesita de “oración, agua bendita y exorcismo” y sus amigas piensan que debe ir a una sesión de Santería para “...sacarse esa entidad que tiene metida por dentro...”. Las creencias culturales que poseen las personas que conforman el entorno de la paciente hacen entonces más difícil solucionarle el problema. L. misma no quiere tomar medicamentos ni recibir psicoterapia pues se aferra a la idea de la posesión y por otra parte, le da temor acercarse a un curandero para someterse a algún rito terapéutico. El trastorno emocional de la personalidad es acompañado por una resistencia de la paciente a cambiar su situación. L. quiere que le devuelvan a su hija , pero a la vez tiene miedo de hacerle daño y por tanto de hacerse cargo de ella. En este momento sus emociones y sentimientos están muy descontrolados, la soledad es

insoportable para ella y de hecho sus crisis se han presentado cuando la han dejado sola; ella está convencida de que es en este momento cuando “...la entidad se acerca a mí y se mete en mi cuerpo”. Si no se logra un cambio en la calidad de vida que está llevando L. y la situación de stress sigue prolongándose, algunos especialistas piensan que podría desarrollar un trastorno orgánico que implicaría daño cerebral.

Conclusión

Con la evaluación antropológica hemos logrado colaborar en aclarar el diagnóstico de la paciente. Destacamos la importancia del relato de la propia paciente, escuchar su discurso y a través de su interpretación de los sufrimientos y malestares que la aquejan, ayudar a aclarar varias cosas: por una parte aspectos de su infancia y primera adolescencia que no necesariamente aparecen en la Historia Médica y que pueden resultar claves para el diagnóstico, en este caso concreto, el maltrato sexual al que fue sometida. Por otro lado, el descubrimiento de las creencias mágico-religiosas de la paciente y cómo las utiliza para explicar su “estado de malestar”: en este caso el fenómeno de la posesión. Y por último, mostrar a los médicos psiquiatras la utilidad del enfoque antropológico para el diagnóstico de la enfermedad mental y para lograr algo que no es menos importante: una empatía hacia el enfermo y su sufrimiento a través de la relación médico-paciente.

Todo esto no representa mas que un primer paso, pero importante en la colaboración real y eficaz que pueden hacer los antropólogos en un trabajo interdisciplinario de la enfermedad mental.

Notas:

- ¹ Este artículo se terminó de escribir en abril de 2001 y se entregó para ser evaluado por esta revista en la misma fecha. Fue aceptado para sus publicación en Junio de 2001.
- ² Profesora Titular de la facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Miembro del equipo de Investigaciones Antropológicas y lingüísticas del Centro de Investigaciones Etnológicas (CIET) de la misma Universidad. E-mail: cid@ciensula.ve

Bibliohemerografía

BASTIDE, Roger,

1976. ***El sueño, el trance y la locura***. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

CLARAC DE BRICEÑO, Jacqueline.

1992. La enfermedad como lenguaje en Venezuela., CDCHT y C.P., Universidad de Los Andes, Mérida.

DEVEREUX, George.

1973. ***Ensayos de Etnopsiquiatría***. Barral Editores, Barcelona.

1972. ***Etnopsicoanálisis complementario***, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

DÖRR, Otto.

1996. ***Espacio y tiempo vividos. Estudios de Antropología Psiquiátrica***. Editorial Universitaria, Chile.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B..

1983. "Culture, Illness and Care" en ***Anales de la Medicina Interna***, Bogotá.

LAPLANTINE, Francois,

1979. ***La etnopsiquiatría***, Gedisa Editorial, Barcelona.

Pedrique, Luisa

2000. "El Discurso Oral y La Relación Médico- Paciente" en: ***Boletín Antropológico***, N° 40
Universidad de Los Andes, Mérida.

PELIZZARI, Elisa

1997. ***Possession et therapie dans la corne del afrique***, Editions L Harmattan, Paris.

URIBE, Carlos

1999. "Narración, Mito y Enfermedad Mental: hacia una Psiquiatría Cultural" en ***Revista Colombiana de Psiquiatría***, N° 3, Bogotá.

USTUN, T. B. Y Otros.

1998. ***Las diversas caras de los trastornos mentales. Libro de casos de la CIE-10***, Editorial Médica Panamericana, Madrid.