

Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: encuentros en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural

RUBÉN MUÑOZ

Se proponen y discuten tres modelos de intervención terapéutica intercultural, que representan algunas de las prácticas interculturales en salud mental en Bélgica y España, a partir del análisis de tres estudios de caso correspondientes a la formulación cultural de casos psiquiátricos del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid), la clínica etnopsiquiátrica del Hospital Universitario Brugmann y la antipsiquiatría intercultural de las casas comunitarias peul (Bruselas). A su vez, se analizan dichas prácticas desde el diálogo crítico de saberes, la síntesis y la producción de conocimientos nuevos y los cuestionamientos disciplinares de sus aproximaciones de corte transdisciplinario, interdisciplinario y contradisciplinario, respectivamente.

PALABRAS CLAVE: migración, etnopsiquiatría, antipsiquiatría, interculturalidad, interdisciplinariedad

Psychiatry, Anthropology and Interdisciplinarity: Encounters in Addressing the Disease in Cultural Diversity

I propose and discuss three models of intercultural therapy in mental health, which include some of the intercultural practices in this field in Belgium and Spain, from the analysis of three case studies belonging to the cultural formulation of psychiatric diagnosis clinical praxis in Puerta de Hierro University Hospital (Madrid), the ethnopsychiatric therapy in Brugmann University Hospital, and intercultural anti-psychiatry praxis in community peul houses (Brussels). In turn, these practices are analyzed from the point of view of a critical dialogue of knowledge, synthesis and production of new knowledge and disciplinary questionings of their approaches which are, respectively, transdisciplinary, interdisciplinarity, and antidisciplinary.

RUBÉN MUÑOZ
Facultad Latinoamericana de Ciencias
Sociales-Ecuador, Quito, Ecuador
rubmuma@hotmail.com

KEYWORDS: migration, ethnopsychiatry, anti-psychiatry, interculturality, interdisciplinarity

Introducción

Desde finales de la década de 1980, en Bélgica, y principios del año 2000, en España, han emergido prácticas llevadas a cabo por actores puntuales en el ámbito de la salud mental, cuya propuesta es el estudio de la dolencia desde una perspectiva intercultural. En campos sociales diversos, como el asociativo de las organizaciones civiles y el institucional de las clínicas adscritas a la red pública de cuidados, dichas prácticas han intentado dar respuesta a los problemas con los que se encuentran las aproximaciones terapéuticas monoculturales destinadas a las personas de la clase media autóctona, cuando aparecen en la escena de la atención médica pacientes de origen extranjero. En este texto,¹ desde una perspectiva etnográfica, se debaten dos dimensiones relativas a esta cuestión: primero, las dificultades que tienen dichos pacientes en el acceso a los cuidados en salud mental institucionales y los problemas y limitaciones que encuentran los proveedores de cuidados en dicha área de la salud “frente” a la diversidad cultural representada por estos pacientes; segundo, se presentan algunas de las soluciones creativas a la luz del panorama de praxis interculturales en el ámbito psicoterapéutico que han tratado de dar respuesta a aquellas dificultades desde los campos mencionados en ambos países. En particular, me detendré en tres estudios de caso pertenecientes a lo que he denominado “tres modelos diferenciados de atención en salud mental intercultural”:² el modelo

1 Ampliación de una ponencia presentada en el III Congreso Internacional del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales, “Migraciones, violencia y psiquiatría cultural”, en la que se discute parte de los resultados de la investigación, en el marco de mi tesis doctoral, que llevé a cabo en Bélgica y en España entre 2006 y 2010.

2 La atribución de la categoría intercultural se refiere, con especificidades distintas en cada praxis pero en un marco epistemológico compartido por todas, a la relevancia con la que se aborda como sujeto de interés la dimensión cultural en los itinerarios e interacciones de profesional sanitario y paciente, y a la posición central que adquiere la consideración de tender nexos de unión o bien de reformular conflictos (Giménez, 1997) entre actores en situaciones sociales de multiculturalidad significativa. La interculturalidad en dichas prácticas terapéuticas implica una dimensión de intercambio para adoptar una visión más amplia, relacional y dinámica del propio concepto de cultura. Estos intercambios incluyen en algunos casos, como veremos después, la incorporación en las consultas de modelos interpretativos, dispositivos y metodologías de intervención clínica inspirados en los universos culturales de origen de los pacientes.

occidental, adaptado a las personas de origen extranjero, el modelo etnopsiquiátrico y el modelo antipsiquiátrico intercultural. En el primero hablaré de la formulación cultural de casos psiquiátricos (FCCP) en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España. Pasaré a la consulta etnopsiquiátrica del Hospital Universitario Brugmann, y por último, a las casas comunitarias interculturales peul de la asociación civil defensora de la antipsiquiatría³ L'Autre "Lieu", ambas en Bruselas, Bélgica.

Por otra parte, se busca analizar y discutir, a la luz de estos tres estudios de caso, la articulación entre conocimientos especializados teóricos y prácticos de disciplinas académicas diferenciadas, como la antropología social y cultural y otras disciplinas de las ciencias sociales, y la medicina, en particular la rama de la psiquiatría, que trata de dar respuesta al fracaso de las terapéuticas en salud mental interpeladas por la alteridad. Esto es, cuando los instrumentos teórico-metodológicos destinados a que la praxis terapéutica hegemónica⁴ sea exitosa ya no resultan suficientes para una nueva situación de multiculturalidad significativa en la consulta,⁵ lo que invita al descentramiento. El descentramiento en forma de relativismo de sus preceptos culturales hegemónicos visibiliza —como toda situación nueva que interpela los límites, las fronteras y sus porosidades— la tensión entre la identidad disciplinaria académica etnocentrada y la apertura en forma de relativización de ciertos elementos fundacionales de su corpus de conocimiento, con el objetivo de generar espacios de síntesis, de transgresión o bien de cuestionamiento y producir teorías y métodos capaces de responder a la complejidad de la nueva realidad, y por ende, de promover una nueva configuración del medio receptor disciplinar, la consulta médica en este caso, interpelado para su transformación.⁶

En este sentido, los ejes de análisis en relación con los casos y modelos de prácticas terapéuticas que expondré serán los de la transdisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la contradisciplinariedad,

entendidos como conceptos y procesos. Con transdisciplinariedad me refiero a la transposición de algunos de los elementos de una disciplina en otra, sobrepasando las disciplinas pero conservándolas,⁷ como se verá en el primer caso relativo a la FCCP en el Hospital Puerta de Hierro. La interdisciplinariedad, como señala Lepetit (1992: 33), será “un proceso controlado de préstamos recíprocos entre las distintas ciencias del hombre. Préstamos de conceptos, de problemáticas y de métodos para generar ciertas lecturas renovadas de la realidad social”, lo cual conlleva producir, en la relación y en la síntesis de disciplinas diferenciadas, un conocimiento nuevo, un producto diferente al de aquellas disciplinas que contribuyeron a configurarlo (Follari, 2013: 13), como veremos en la clínica etnopsiquiátrica en Brugmann. Entiendo por contradisciplinariedad el proceso que comprende la construcción de

3 Vindicada en el contexto europeo por autores como David Cooper (1970), Ronald Laing (1990) o denominada “psiquiatría democrática” por Franco Basaglia (1968).

4 En términos de la discusión que propone Eduardo Menéndez (1984).

5 Entiendo las situaciones de multiculturalidad significativa como aquellas en las que emergen diferencias, de tipo cultural o bien lingüístico e idiomático, entre los actores involucrados en una situación dada, como la consulta médica, que se convierten en el vector problemático en la interacción y la interpretación de las conductas de cada uno. En este caso se traduce para los actores en una situación que les confronta con una alteridad, que puede ser un sistema —con su representante, el médico— o una persona —el migrante— diferenciada en términos de significación cultural.

6 “La interdisciplinariedad es un caso particular de las transferencias culturales [...]. Los intercambios interdisciplinarios no se operan de manera aleatoria. Solamente pueden ser comprendidos en relación con el rol de subversión o de legitimación que juegan dentro de la disciplina que los acoge. Así, la cronología y las modalidades de la transferencia dependen inicialmente de la coyuntura del medio receptor [...]. Por consiguiente toda transferencia de conceptos, de problemas o de métodos va acompañada de su transformación” (Lepetit, 1992: 29).

7 Véase Morin (1998).

conocimiento de tipo teórico y práctico desde la crítica a un corpus de conocimiento y prácticas fundacionales y legitimadoras de una disciplina, como es el caso de la psiquiatría biomédica, sin constituirse por ni en ninguna disciplina concreta. Éste es el particular de las casas comunitarias peul.

En la actualidad son casi inexistentes las investigaciones en Bélgica y España sobre este sujeto de estudio desde una perspectiva etnográfica.⁸ Los resultados de la investigación y sus discusiones, aquí expuestos, pretenden aportar al campo teórico y aplicado de la antropología médica, así como al de la psiquiatría clínica y sus desafíos en contextos de diversidad cultural. La estructura de la exposición es la siguiente: metodología de la investigación, dificultades en Bélgica y España que han dado lugar a la emergencia de las prácticas interculturales en salud mental mencionadas, los tres modelos de intervención a la luz de los casos específicos referidos y las consideraciones finales.

Metodología

La investigación de tipo etnográfico comprendió el periodo de 2006 a 2010. Realicé 24 entrevistas en profundidad a psiquiatras y otros miembros del personal médico y gestor de hospitales, clínicas y organizaciones no gubernamentales (ONG) en Bélgica —Bruselas y Lieja— y España —Madrid, Barcelona, Valencia y Castilla la Mancha—. Las otras técnicas principales de obtención de datos en los dos consultorios médicos y la asociación civil fueron conversaciones informales con trabajadores, pacientes y colaboradores externos⁹ y la observación participante. Ésta tuvo lugar en la consulta etnopsiquiátrica del Hospital Brugmann de Bruselas —durante medio año de 2006 a 2007, cada jueves de 13:30 a 19:30 horas, más dos visitas de control en 2008—, en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid y su seminario de FCCP —cuatro meses durante

2008, dos horas y media cada martes—, y en las casas comunitarias peul —nueve visitas durante los cuatro primeros meses de 2007, más dos de control posteriores en 2008—; además, participé en las actividades socioculturales —conciertos— y formativas —coloquios sobre antipsiquiatría e interculturalidad— de la asociación L’Autre “Lieu” a lo largo de 2007.

La provisión de cuidados en salud mental desde la diversidad cultural: algunos problemas en la arena de la consulta

El fenómeno de la recepción de personas migrantes, en este caso en el ámbito sanitario español y belga,¹⁰ y su incidencia en un sistema institucional de cuidados en esencia monocultural ha puesto de

8 Además de los autores que se mencionan en el texto, es pionero en otros países el trabajo de Rose Marie Moro (París, Francia) y Laurence Kirmayer (Montreal, Canadá).

9 Entrevisté al psiquiatra coordinador de la consulta de etnopsiquiatría de Brugmann y posteriormente a una coterapeuta, a modo de control, en 2010; al psiquiatra que lleva a cabo la FCCP en el hospital Puerta de Hierro, a dos psicoterapeutas expertos en psiquiatría cultural en Barcelona y Bruselas, a la coordinadora y a un trabajador del proyecto de las casas peul, y a un inquilino peul. Las conversaciones informales en estos tres contextos tuvieron lugar con estos actores, así como con los participantes “coterapeutas” de la consulta de Brugmann y del curso de FCCP, con pacientes de ésta y otra consulta etnopsiquiátrica en Bruselas, con otros trabajadores de L’Autre “Lieu”, inquilinos peul y dos de los acogidos belgas en las casas peul.

10 Mientras que la historia contemporánea de la recepción de personas migrantes en Bélgica se remonta a los años cuarenta del siglo xx, en España data de los noventa. En el primer caso, la migración entre 1940 y 1960 fue italiana, magrebí y turca. En la actualidad es mucho más diversa. Se registraron durante 2009 las procedencias mayoritarias por países: Italia, Francia, Holanda, Marruecos, España y Turquía (Emploi, 2009). En el segundo caso podemos señalar que las cinco nacionalidades con mayor presencia, en 2009, fueron: Marruecos, Rumania, Ecuador, Colombia y Reino Unido (INE, 2010).



JERÓNIMO PALOMARES GALVÁN ▶ Santa Cruz Pueblo Nuevo, Estado de México, 2010 (serie Mujeres de maíz).

manifiesto la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad cultural en el modelo de gestión de los servicios de salud de ambos países. Dicho fenómeno ha problematizado la diversidad cultural existente antes de la llegada de las personas de origen extranjero al campo de los cuidados de salud, sin embargo, cuando se visibiliza a su llegada, conlleva necesidades de reorganización de la cultura de cuidados. Esto ocurre porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, y porque cuestiona las culturas organizativas de los profesionales y las instituciones al exigir cambios y nuevas estrategias de formación (Comelles, 2004: 24).

Si en el ámbito de cuidados somáticos la gestión de la diversidad cultural se revela como un reto que en ciertas situaciones de multiculturalidad significativa determina el acceso así como la

adaptación y eficacia de la atención médica, en los cuidados de tipo psiquiátrico esto es aún más acuciante. Sucede así porque en el área de salud mental concurren factores diferenciales que comprometen la atención normalizada por parte del terapeuta, sometido a una presión adaptativa a la hora del diagnóstico o el seguimiento, que puede abocar en una mala praxis o en su frustración o desentendimiento con estos pacientes ante el fracaso. El correlato es la exclusión de las personas migrantes al acceso a los cuidados, con quienes se instaura dicha relación conflictual, mediada por la multiculturalidad significativa en la consulta.¹¹ Los factores

11 Lo cual sucede a su vez en otras áreas de los cuidados, que no abordaré aquí, como la administrativa.

que comprometen la atención médica y su disfrute son denotativos de la configuración hegemónica del modelo terapéutico al que pertenece la consulta de cuidados biomédicos y de las prácticas y las representaciones que implica. Esta configuración está diseñada monoculturalmente para las clases medias autóctonas —como señala Waitzkin (1991)—. En la arena de la consulta, dichos factores se manifiestan en cuatro dimensiones: 1) la *cultural*, relativa a la existencia de diferentes modelos *explicativos*, referentes al *proceso salud/enfermedad/atención* (s/e/a) por parte del médico y el paciente; 2) la *lingüístico-idiomática*, la cual reenvía la práctica cultural psiquiátrica hegemónica focalizada en la dependencia del discurso —o capacidad comunicativa— del paciente y la narración oral del padecer por parte del concernido o de sus acompañantes para el diagnóstico y tratamiento; 3) la *social*, que nos remite a la incidencia del encuentro entre itinerarios sociales diversos, del terapeuta y del paciente, en la práctica clínica —por ejemplo, entre otros factores, la distancia social desde la que el terapeuta observa y ejerce sus prácticas clínicas con determinados pacientes—, y 4) las variables *biológicas*, según ciertas características fisiológicas compartidas del grupo de origen del paciente, en función de la metabolización y los efectos de los medicamentos.

En lo relativo a los modelos explicativos diversos del proceso s/e/a del terapeuta y el paciente, algunos de los problemas que comprometen la atención médica adecuada, en especial en una situación de multiculturalidad significativa, son: a) las diversas concepciones de la enfermedad que el terapeuta y el paciente pueden tener y escenificar en la escena de cuidados; b) la incidencia de los estereotipos, la minorización cultural —en términos de Py y Jeanneret (1989)— y la homogeneización intragrupal en prácticas de diagnóstico y seguimiento sesgadas o discriminatorias; c) la pluralidad de maneras de concebir la atención en salud por parte del terapeuta y del paciente, lo cual concierne a las prácticas de cuidados, a los actores implicados en éstas y su legitimidad, y

a las configuraciones espaciales-organizativas de la consulta —por ejemplo, una consulta diádica, de tipo privado, u otra grupal, con carácter público—, y d) la importancia de la consideración del terapeuta de los procesos de transferencia y contratransferencia desde un punto de vista cultural (Devereux, 1980), los cuales pueden condicionar el diagnóstico y el seguimiento del paciente.

En lo que se refiere a la dimensión lingüístico-idiomática, algunos problemas relativos a la entrevista terapéutica, la elaboración de un diagnóstico, el seguimiento del tratamiento y la participación del paciente en el proceso son: a) la mala comunicación, debido a la inexistencia de una lengua lo suficientemente compartida por terapeuta y paciente como para ser operativa;¹² b) la divergencia entre un lenguaje médico “experto” y otro “profano”, en términos de comprensibilidad, pero también de poder en cuanto a la legitimación ejercida por medio de la autoridad “del saber fundado” que se le atribuye a aquél (Jordan, 1993) y la variación en el vocabulario; c) la polisemia de un término y concepto, con significados condicionados por contextos culturales de enunciación y referencia diversos en una misma lengua.

Algunos de los factores de tipo social que inciden en el desarrollo de la consulta son: a) el condicionamiento social, que favorece, por ejemplo, una mayor o menor competencia médica y lingüística —capitalización de términos, códigos y representaciones y prácticas médicas—, lo cual reenvía al encuentro asimétrico entre itinerarios socioculturales diferenciados en la consulta;¹³ b) las situaciones sociopolíticas en las que se encuentran algunos pacientes, como los migrantes en situación jurídico-administrativa irregular, y las representaciones de los profesionales de la salud respecto de los idiomas del *distress* derivados de aquéllas. En este sentido, la

12 Véase, entre otros, De Muynck (2004).

13 Véanse Boltanski (1971) y Gailly (2009).

manifestación de ciertos síntomas, a consecuencia de la posición en la estructura sociopolítica del actor, puede dar lugar a confusiones en la nosología por parte del psiquiatra a la hora realizar un diagnóstico.¹⁴

En cuanto a la variabilidad biológica, el desconocimiento de una aproximación etnopsicofarmacológica en lo relativo, entre otras cosas, a los grupos de origen de los pacientes, desde el punto de vista de la diversidad de reacciones de los cuerpos —por ejemplo, los patrones de metabolización— a una misma dosis y tipo de psicofármacos puede llevar a una errónea medicación.

Confrontar el fracaso en la práctica clínica: propuestas de intervención adaptadas a la diversidad cultural

Con el fin de encontrar respuestas a algunas de las dificultades mencionadas y desde el cuestionamiento en grados diversos a la aproximación terapéutica biomédica de la psiquiatría, han aparecido una serie de prácticas de tipo intercultural en salud mental en los ámbitos estatal y asociativo de Bélgica y España. Para analizar estas prácticas, desde el punto de vista de su mejora en la atención-curación de las personas destinatarias de origen extranjero, he realizado una división clasificatoria en modelos, a partir de algunos elementos de la clasificación que Johan Le-man y Antoine Gailly (1992) hicieron en la década de 1980, con base en un criterio de mayor o menor cercanía con la posición universalista de la cultura biomédica occidental, y como se explica a continuación, por ende, una mayor o menor relativización cultural. Encontramos tres modelos diferenciados que reúnen a las prácticas interculturales actuales en salud mental: a) el modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero, como el más próximo al universalismo biomédico; b) el modelo etnopsiquiátrico, en un hipotético lugar intermedio entre universalismo biomédico y relativismo

cultural, y c) el modelo antipsiquiátrico intercultural de las casas peul —L’Autre “Lieu”—, como el más cercano a la relativización cultural del universalismo biomédico (Muñoz, 2010).

Como he apuntado, las prácticas interculturales en salud mental inscritas en estos modelos diferenciados están cruzadas por dos ejes hipotéticos. Por una parte, tenemos el universalismo biomédico, y por otra, el relativismo cultural. Los defino de la siguiente forma: el universalismo biomédico occidental está comprendido por las tendencias etnocentristas y universalizantes del modelo biomédico, entendido como el modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico, así como por su racionalidad científico-técnica en el abordaje del proceso s/e/a. En el caso del universalismo biomédico, cuanto más se le aproximan éstas, mayor es la influencia en la teoría y la praxis de las terapias interculturales de los presupuestos dominantes de la ciencia biomédica occidental, y menor su cuestionamiento, así como la consideración e integración de los de la cultura —“no biomédica occidental”— de origen de los destinatarios. En el caso del relativismo cultural, a mayor aproximación a dicho eje, la praxis intercultural relativiza, por un lado, la cultura biomédica de la que parte y considera, e incluso en algunos casos integra elementos y presupuestos de la cultura de origen de los destinatarios (Muñoz, 2010).¹⁵ Es relevante apuntar que en lo relativo a las terapias la situación exclusiva en uno u otro eje, siendo únicamente relativistas o etnocéntricas y universalistas, desencadenaría efectos

14 Véanse Achotegui (2000) y García-Campayo y Sanz (2002).

15 En muchas ocasiones esto no es estático. Dentro de las terapias interculturales hay praxis y supuestos teóricos que se acercan metodológica o epistemológicamente más a uno u otro eje, con diferentes objetivos y efectos.

diversos, entre otros la dificultad, cuando no la imposibilidad, del encuentro terapéutico intercultural (Devereux, 1980; Kracke, 1987, y Gailly, 1998, citados en Gailly, 2009).

La mayor o menor relativización de la cultura biomédica de partida conlleva, en los tres casos emblemáticos que analizaré para ejemplificar cada modelo, una transición de la transdisciplinariedad, como transposición de los conocimientos de una disciplina en otra —en la FCCP del *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*—, a la interdisciplinariedad, como producción, fruto del encuentro de disciplinas diversas, de nuevos conocimientos y modalidades de abordaje del proceso s/e/a —en la consulta de Brugmann del *modelo etnopsiquiátrico*—, y a la contradisciplinariedad, a partir de la crítica teórica y práctica de una disciplina y sin apelar a un corpus disciplinar ni buscar constituirse en otra nueva —en el caso de las casas peul, en el *modelo antipsiquiátrico intercultural*—.

El modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero: la praxis de la formulación cultural de casos psiquiátricos (FCCP) en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid

Este modelo se vincula con una serie de prácticas clínicas interculturales en salud mental, las cuales, desde el ámbito institucional público o asociativo, tratan de mejorar la atención a las personas de origen extranjero.¹⁶ Algunas de ellas son, en el ámbito asociativo, las llamadas clínicas del exilio —EXIL, Bélgica-España—, que se aproximan con herramientas de mediación lingüístico-cultural al padecimiento sufrido por la violencia, principalmente la organizada. Las clínicas de la migración —el hospital SAPPRI, ubicado en un espacio subsidiario entre el medio asociativo y el institucional público de Barcelona— cuya praxis está basada en los duelos migratorios y el llamado Mal de Ulises, desarrollan aproximaciones

teórico-metodológicas específicas de intervención por medio del vector de problematización migratorio. Y la aproximación que analizaremos aquí, la FCCP del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid. En el caso de esta práctica clínica, la perspectiva transdisciplinaria consiste en la articulación entre la antropología y la psiquiatría, mediante el traslado de algunos de los elementos teórico-metodológicos de la primera a la segunda, en el tratamiento terapéutico del padecimiento.

El nacimiento del Hospital Puerta de Hierro, localizado en el barrio del mismo nombre en Madrid,¹⁷ se remonta a 1964. Fue creado para constituirse como Centro Nacional de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. En 1969, el Hospital Puerta de Hierro se adscribiría como hospital universitario en la recién creada Universidad Autónoma de Madrid. En la actualidad, su carácter público permite el acceso gratuito de toda persona que esté empadronada en España, con permiso de residencia y cartilla sanitaria de la seguridad social (Lema, 2014).¹⁸

En el área de psiquiatría se lleva a cabo una aproximación, propia de la llamada corriente psiquiátrica cultural, basada en la FCCP. Ésta se desarrolla desde 1996 hasta el periodo estudiado, 2010, fundamentalmente en el marco de la investigación académica, de la formación y de la sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural. Su actividad principal en los dos primeros ámbitos se centra en la realización de un curso de doctorado —bianual, de febrero a junio— sobre FCCP del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid. Con

16 Muchas de ellas también incluyen a personas de origen autóctono, sin embargo, fueron creadas para la atención a la alteridad, en términos autóctono/alóctono y de diferenciación en el nivel teórico-metodológico de la reflexión sobre la interacción cultural médico-paciente.

17 Si bien en 2009 fue trasladado a Majadahonda, Madrid.

18 Entre 2006 y 2010 no era necesario el permiso de residencia.

el objetivo de solventar algunos de los obstáculos mencionados en la atención psiquiátrica a población extranjera,¹⁹ surgió la necesidad de desarrollar herramientas y recursos adaptados y eficaces a la nueva situación de multiculturalidad significativa.

Los pacientes que acuden a la consulta sufren de dolencias con grados diversos: diagnósticos psiquiátricos de, por ejemplo, trastornos de la personalidad, depresión, psicosis, etc. Sin embargo, el ingreso a la sección de psiquiatría del Hospital Puerta de Hierro está destinado principalmente para casos de brotes sintomatológicos agudos y en régimen de internamiento por periodos cortos. De 20% de pacientes de origen extranjero —respecto del total de la población—, en 2008, las procedencias principales son: 20% de magrebíes, 30% de latinoamericanos —caribeños y procedentes de países andinos y del Cono Sur—, 15% de Europa del este, 10% de europeos comunitarios y 25% restante principalmente subsaharianos, algunos asiáticos —filipinos, chinos y japoneses— y otras nacionalidades.²⁰ En algunos casos, la FCCP se utiliza con pacientes de origen español (Caballero, Tur y Sanz, 2005). En cuanto a sus perfiles socioeconómicos, son de clase media baja y media en su mayoría.

Los contenidos aplicados del seminario se basan principalmente en el análisis de estudios de caso realizados por otras personas y publicados en revistas como *Culture, Medicine and Psychiatry* o que desarrollan los alumnos en sus prácticas en este hospital u otros de la Comunidad de Madrid.²¹ El objetivo principal es adquirir habilidades, como las competencias culturales, con las cuales ampliar el abordaje de la sintomatología de los pacientes desde un punto de vista holístico que comprenda las dimensiones biopsicosociales de los trastornos mentales, pero también profundizar en sus aspectos culturales. Para ello desarrollan la metodología del apartado relativo a la FCCP del manual diagnóstico DMS-IV.²²

Desde el punto de vista de esta aproximación, dos herramientas se revelan como importantes a la

hora de intentar estudiar el diagnóstico y el tratamiento del paciente desde un enfoque no reduccionista y transdisciplinario. Por un lado, el dominio de habilidades antropológicas de tipo general, como el conocimiento de las teorías generales de la cultura. Por el otro, la capacidad de aplicar el conocimiento etnográfico.²³ En este sentido, una de las dificultades con las que se encuentran las aproximaciones interculturales es que el conocimiento de las otras culturas se emprende desde el punto de vista del terapeuta occidental, el cual, por diversos motivos, puede tender a universalizar y no tener en cuenta la propia culturalidad del enfoque desde el que observa. La terapia no es un proceso en un único sentido, en el que baste conocer la cultura del usuario, también debería explorarse la del propio terapeuta, no sólo su personalidad, para que su metodología

19 Barreras con el lenguaje —principalmente con algunos pacientes de origen africano y oriental—, dificultades en el diagnóstico de personalidad normal o patológica, errores críticos en el diagnóstico o en el tratamiento por factores culturales —desconocimiento de las divergencias y especificidades de los modelos explicativos referentes al proceso s/e/a entre médico y paciente—, limitaciones en el abordaje psicoterapéutico, aspectos complejos o inusuales de transferencia o contratransferencia y farmacocinética o farmacodinámica inesperadas (entrevista con Luis Caballero, psiquiatra en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, 2009).
20 Entrevista con Luis Caballero, 2009.

21 Por lo general, los alumnos estudian psiquiatría en diversos periodos de su residencia o ya han terminado la especialización y trabajan en hospitales de Madrid. Durante mi estancia, además de los psiquiatras clínicos, una de las estudiantes es psicóloga y prepara su examen de oposición para psicólogo interino residente (PIR), mientras otra —portuguesa, la única de nacionalidad no española del grupo— es psiquiatra y se dedica a la investigación.

22 *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DMS-IV, por sus siglas en inglés, cuarta edición revisada), el cual se divide en cinco apartados que el psiquiatra debe abarcar para su evaluación clínica: la identidad etnocultural, las explicaciones de la enfermedad y la búsqueda de ayuda, el ambiente psicosocial, la relación entre el clínico y el paciente, y la evaluación cultural global.

23 Véanse Bibeau (1997), Hannerz (1993) y Singer (1991).

sea adecuada. De este modo, la FCCP que se lleva a cabo en el Hospital Puerta de Hierro reflexiona sobre la trayectoria cultural del paciente y la del terapeuta por medio del desarrollo del apartado y los ejes del manual diagnóstico DSM-IV que proponen esta metodología.

Desde una perspectiva teórico-metodológica biomédica adaptada a la diversidad cultural cabe mencionar, a modo de breve conclusión, que frente a la imposibilidad, en términos de tiempo disponible, de hacer una etnografía²⁴ para cada paciente se propusieron en el seminario herramientas de estudio clínico para los psiquiatras, como detenerse en los detalles de tipo cultural que se consideren relevantes y que puedan comprometer el diagnóstico o el tratamiento, hablar con la familia, buscar por otros medios información sobre elementos problemáticos que no se entiendan y recopilar la referente a estas dimensiones que pueda ser útil para otros pacientes, así como considerar los efectos de la transferencia y contratransferencia cultural en la relación terapéutica.

El modelo etnopsiquiátrico: la consulta de etnopsiquiatría del Hospital Universitario Brugmann de Bruselas, Bélgica

El modelo etnopsiquiátrico está comprendido por una serie de prácticas clínicas, en el ámbito asociativo y público,²⁵ cuyo tronco común, metodológico y epistémico, parte de la corriente clínica fundada por Tobie Nathan,²⁶ quien desarrolló la teoría y los principios metodológicos del etnopsicoanálisis propuestos por George Devereux. La praxis etnopsiquiátrica ha emergido en una diversidad de contextos en los que se han articulado sus características con especificidades diferenciadas, lo cual nos lleva a no considerarla homogénea sino a referirnos, en plural, a praxis etnopsiquiátricas (Muñoz, 2013). Su vector de intervención se ha centrado, desde un

principio y como particularidad fundacional, en el tratamiento de personas migrantes de origen extranjero y se ha diversificado después a otros grupos de población —por ejemplo, las minorías culturales autóctonas, las víctimas de sectas—. El eje central de intervención migratorio parte de una problematización que no sólo atañe a un modelo de práctica clínica asimilacionista, hegemónico —e inoperante con este tipo de pacientes—, sino también a un modelo político-normativo de gestión de la diversidad cultural —el multicultural asimilacionista francés—. ²⁷ Para ello, y en el análisis antropológico que nos ocupa, la práctica clínica etnopsiquiátrica promovida por Nathan problematizará la perspectiva que hace recaer el fracaso de la terapéutica institucional dominante con el paciente inmigrante en su adhesión a los universos culturales de su país y contextos de origen, para dar la vuelta al argumento. Esto es, el padecimiento no surge por la resistencia a la aculturación, sino precisamente por la pérdida de *attachments*, traducido en adhesiones y recursos de la persona que es asimilada por la cultura dominante del país de destino al que emigró. En este sentido, las instituciones —escuelas, hospitales, etc.— funcionan como máquinas de abrasión de las diferencias culturales (Nathan, 1994). La propuesta clínica del autor puede sintetizarse en cuatro ejes argumentativos que, de manera dialéctica, se contraponen con algunas de las aproximaciones hegemónicas de las psicoterapias occidentales: a) una acción práctica frente a

²⁴ Véase Caballero, Tur y Sanz (2005).

²⁵ En este caso, de Bruselas.

²⁶ La primera consulta fue fundada en 1979 por Tobie Nathan en el hospital Avicenne de Bobigny, Francia. En 1993 fundó el Centro Devereux en París. A lo largo del tiempo se ha ido extendiendo la presencia de estas consultas en el área de los países francófonos europeos y de Norteamérica. Actualmente, países no francófonos, como Italia, cuentan con aproximaciones terapéuticas de corte etnopsiquiátrico. En España no existen hoy en día.

²⁷ Sobre este modelo véase, por ejemplo, López Sala (2005).



JERÓNIMO PALOMARES GALVÁN ▶ Santa Cruz Pueblo Nuevo, Estado de México, 2010 (serie Mujeres de maíz).

una postura interpretativa; b) un posicionamiento crítico con la idea de que la persona está sola con y en su padecer —siempre estará acompañada de un mundo espiritual de seres que, en su presentación cultural, reenvían las causalidades del padecer así como las adhesiones, y actúan como mecanismos resocializadores del sujeto—; c) la consideración del paciente como experto de la etiología y las entidades nosológicas a los que su padecer remite, y d) una teoría terapéutica basada en la influencia y no tanto en el diagnóstico y el tratamiento de pretensión objetivista (Muñoz, 2013).

El Hospital Universitario Brugmann fue fundado en 1923 en Bruselas. Hoy es un hospital adscrito a la red pública de cuidados que funciona por medio del sistema de mutualidades²⁸ y se ubica entre los barrios de Laeken y Jette, de gran diversidad cultural. Frente a una demanda del medio profesional

de psiquiatras y psicólogos que no lograban tratar con eficacia a muchos pacientes inmigrantes, y gracias a que varios psiquiatras del Hospital Brugmann eran sensibles a este problema y conocedores de la corriente etnopsiquiátrica, en 1991 se introdujo esta metodología y sus aproximaciones. A su vez otros hospitales y ONG, de Bruselas principalmente, hicieron lo mismo de manera paulatina.

La mayoría de los pacientes que acuden a la consulta de etnopsiquiatría en Brugmann pertenecen al perfil socioeconómico de clase media y media baja, sin embargo, también hay personas que provienen

²⁸ A los pacientes en situación irregular o sin mutualidad se les facilita el acceso a la consulta de etnopsiquiatría por medio de la llamada Ayuda Médica Urgente, en ocasiones, sin remuneración para el psiquiatra.

de clases media alta y alta. Las procedencias culturales son muy heterogéneas, imperan en número los magreb —Marruecos y Túnez— y las personas de Turquía y África subsahariana —África Central, Ruanda, Congo Occidental y Senegal—. En menor medida, se registran pacientes de países de Europa del este y Latinoamérica, y con poca frecuencia, de Europa occidental. Todos los pacientes son derivados a la consulta por problemas que remiten a variables culturales o relativas al vector migratorio. En muchos casos son enviados por psiquiatras de otros hospitales o de consultas del propio Brugmann. Otros llegan de centros de asistencia social estatales —como los centros de acogida de menores— u ONG que conocen el trabajo y las posibilidades de este tipo de aproximación. Otros acuden porque conocen a alguien en su comunidad que fue tratado en esta consulta y la información circuló “de boca en boca”. La duración de la terapia varía según el paciente y su caso. Desde el punto de vista cultural biomédico de sus síntomas y el *distress*, asisten personas con padecimientos leves, como ciertos trastornos del sueño y ansiedad, o moderados o agudos, por ejemplo psicosis. Los pacientes no exceden más de una o dos citas al mes y la media de duración total del proceso es de cinco o seis sesiones. El número de consultas etnopsiquiátricas mensuales en Brugmann oscila alrededor de las 16, cuatro cada jueves, de 13:00 a 19:30 horas.

Las líneas metodológicas principales que relativizan el universo cultural biomédico en el que se inserta la práctica de la consulta etnopsiquiátrica en Brugmann son tres: a) la ruptura diádica, con el carácter privado de la relación terapeuta-paciente, al instaurarse el *grupo multidisciplinar y multicultural de terapeutas*; b) el uso de los denominados *objetos activos*, y c) el *discurso basado en el paciente*. El elemento que aglutina estas tres líneas y las dota de operatividad y sentido práctico en la terapéutica es la configuración espacial específica de la consulta. Los componentes del grupo de terapeutas, con formaciones y procedencias culturales diversas,²⁹ y el etnopsiquiatra

forman un círculo en la sala con el paciente, y de ser el caso, sus acompañantes. Esto simboliza, entre otras cosas, que todos comparten una característica común: pertenecer a su vez cada uno a otro círculo, metafórico, de su grupo cultural de pertenencia. Esto permite desarrollar el discurso asociativo e interpretativo a lo largo de la consulta, al mismo tiempo que impone una inducción del razonamiento analógico en “el acto”. Esta inducción es tan activa que las interpretaciones de la transferencia retoman en seguida el mismo tipo de analogía (Nathan, 1994). De modo que por el efecto de la influencia analógica, motivada por el espacio cerrado estructurado, como el *medio maná* de Mauss,³⁰ alrededor de analogías formales, el paciente sale de su aislamiento patológico, ruptura inaugural del padecer, y se reintroduce en un proceso de mediación con otros seres humanos situados, como él, cada uno en su círculo cultural. En palabras de Nathan (1994) permite materializar la alteridad y transformarla en un catalizador terapéutico.³¹ Algo similar sucede con el uso de los llamados *objetos activos*,³² que en el caso de Brugmann pueden ser ofrecidos por el grupo de terapeutas al paciente o demandados por el grupo y recibidos de

29 Algunas de sus formaciones son psicología, antropología, sociología, etc. En cuanto a sus procedencias son, entre otras, Bélgica, Congo, Turquía, Marruecos, Túnez, Italia o España. Algunos acuden en el marco de sus prácticas de grado en la Universidad Libre de Bruselas, otros como práctica capacitadora para su desempeño profesional o con un objetivo de investigación. El etnopsiquiatra, de padres de origen extranjero, centraliza siempre el desarrollo de la sesión. El grupo reúne entre 10 y 15 terapeutas.

30 Que se opone, desde una perspectiva práctica, al enfoque simbólico-interpretativo de la eficacia simbólica enunciada por Levi-Strauss (1996).

31 La inferencia analógica y el desarrollo técnico de la sesión están íntimamente relacionados con el proceso de desapego del continente de los enunciados. De este modo el paciente deja de hablar como un ser universal para hablar como alguien procedente y representante de su cultura de origen.

32 Sobre sus características, véase Nathan (2001).

aquél, lo que permite volver a la transferencia sujeto de verificación empírica y reflexión terapéutica,³³ así como priorizar la actividad práctica frente a la de tipo interpretativa.

Entre las funciones del grupo de terapeutas encontramos que: sirve de actor resocializador del paciente al movilizar sus recursos y habilidades cognitivo-comunicativas, actúa como un cortafuegos que ayuda a disipar o diluir los posibles efectos adversos que el terapeuta puede tener por la exposición constante a experiencias de contenido traumático, permite múltiples enfoques culturales y disciplinares para la terapéutica e instaura un seminario de reflexión sobre, entre otras cosas, las metodologías clínicas.

En consonancia con el carácter público de la consulta en Brugmann, objetivado por el grupo de terapeutas, se apela a otro de sus recursos metodológicos emblemáticos que ofrecen un discurso al paciente, “un mito colectivo” frente al mito “individual” que supone la interpretación de su discurso. Esto se refleja en la consulta de Brugmann por la norma según la cual todo lo que se habla sobre el paciente se hará delante de él, y porque, en algunos casos, se ofrecerá primero el turno de palabra a los acompañantes del paciente para que hablen de lo que le sucede.

El buen uso de estos tres recursos teórico-metodológicos, que reconfiguran la práctica biomédica universalista hegemónica, mejora en algunos casos —como se ha mencionado en otros lugares (Muñoz, 2013)— la atención y eficacia de la terapéutica con pacientes de origen extranjero, con itinerarios socioculturales diversos. Esto sucede desde una propuesta de tipo interdisciplinario en la cual se construyen nuevos acercamientos clínicos al padecimiento, se relativizan los elementos mencionados de la cultura biomédica de partida y se incorporan aquellos de ciertos pacientes en el diálogo con disciplinas diversas, como la antropología, la psiquiatría y el psicoanálisis.

El modelo antipsiquiátrico intercultural: las casas comunitarias peul, Bruselas, Bélgica

Creada en 1980 en la ciudad de Bruselas, L’Autre “Lieu” es una asociación que se reclama perteneciente a la corriente de la psiquiatría democrática, de Franco Basaglia, y de la llamada antipsiquiatría, que la inscribe en una dinámica de reflexión crítica sobre el sistema psiquiátrico. El objetivo principal es permitir a las personas en dificultad psicológica o social evitar o acortar una posible hospitalización psiquiátrica. Se les proponen lugares de escucha-ayuda y de acogida distintos de los ofrecidos por el sistema terapéutico institucional. Mientras las personas de origen peul realizan los trámites —con asesoría de la asociación— para su asilo político,³⁴ se les ofrece un alojamiento, gestionado por ellos y en el que practican sus normas culturales de convivencia y donde acogerán, en el seno de dos casas, a las personas —belgas principalmente, pero también de origen extranjero— con dolencias psicológicas.

La casa Vivier, instalada en el barrio Ixelles en 1989, es gestionada por los hombres más ancianos de la comunidad peul. Está conformada únicamente por hombres, excepto los acogidos belgas o de otras nacionalidades que pueden ser mujeres.³⁵ La casa Geef, instalada en el barrio Schaerbeek en 2000, es gestionada por una familia peul.³⁶ En ningún caso la persona acogida, belga o de otra nacionalidad, está obligada a participar en la vida comunitaria de los peul si no lo desea. Un ejemplo de dicha vida

³³ Para saber más, véase Muñoz (2013).

³⁴ En ambos casos las personas, en un primer paso, se acercan a la asociación y solicitan su servicio.

³⁵ Lo cual tiene implicaciones en su integración a la convivencia en la comunidad (Muñoz, 2014).

³⁶ A excepción de algunos miembros de la familia, que son mujeres, los inquilinos peul son todos hombres. Al igual que en Vivier, esto tiene que ver con la disposición de los espacios en las casas y el tipo de convivencia según los valores peul relativos a las relaciones entre sexos (Muñoz, 2014).

comunitaria de los inquilinos peul es el protagonismo del salón y las actividades cotidianas en su seno, como la comida en común, la importancia de la conversación, tomar té, etc. Ambas casas son un referente para la comunidad peul en Bruselas. Personas que vivieron allí, que acaban de llegar a Bélgica o que están de paso en la ciudad las visitan a menudo.

Los peul que viven en las casas y las gestionan son principalmente de origen mauritano. Salieron de su país debido a la persecución política. Sus trayectorias sociales son muy diversas; hay pastores, oficiales del ejército, etc. Todos son musulmanes y tanto la vida en las casas como ciertas representaciones y prácticas preventivas de la enfermedad o curativas —como la visita de un terapeuta tradicional, *cheik*, una o dos veces al mes— están articuladas alrededor de su concepción y praxis del islam. Las representaciones no estigmatizantes de algunos de los problemas relativos a la salud mental de los acogidos por parte de los peul en el marco del acompañamiento de la asociación y el intercambio de narrativas diversas del proceso s/e/a en la convivencia tiene a menudo repercusiones favorables en la mejoría del padecimiento de aquellos (Muñoz, 2014).

Los “acogidos” han vivido trayectorias terapéuticas muy diferentes, algunos con periodos largos de hospitalización psiquiátrica —diagnosticados con depresión o esquizofrenia—, otros no. La dolencia psíquica, en el periodo en el que conviven en estas casas, es lo suficientemente moderada como para permitir dicha convivencia, lo cual es evaluado en una entrevista con los coordinadores de la asociación. La duración de su estancia varía mucho, algunos residen unos meses y otros durante años. En algunos casos salieron de las casas para ir a vivir en las inmediaciones y acuden de visita con frecuencia. En cuanto a sus edades, el más joven tiene 26 años y el más anciano 74. Sus perfiles socioeconómicos son variados, con una mayoría de personas provenientes de la clase media alta.³⁷

La originalidad del proyecto pone a convivir a personas sometidas a un exilio. Por una parte, el

exilio y el refugio político de los peul, y por la otra, la psiquiatrización y la exclusión social de los belgas, en este caso, o de otra procedencia. Son dos grupos de personas sometidas a formas de exclusión social: la relativa a la falta de derechos y en situación jurídico-administrativa irregular en los demandantes de asilo, y la estigmatización social por motivos de “salud mental” (Muñoz, 2014).

Las formaciones de los miembros de la asociación son diversas. Abarcan desde oficios, como electricista, hasta carreras universitarias en humanidades. Sólo el director tiene estudios en salud mental: etnopsiquiatría. Las actividades principales de la asociación son: a) administrativas y de difusión, con organización de eventos culturales y artísticos con los inquilinos de las casas, que tienen lugar en la sede de la asociación, así como académicos, referentes a la antipsiquiatría, en otros espacios, como salones de conferencias; b) el acompañamiento colectivo una vez al mes con los inquilinos peul y acogidos belgas o de otros orígenes para discutir sobre la convivencia, el alquiler colectivo o los trámites administrativos para la regularización de los peul; c) el acompañamiento individual, con la misma periodicidad, con los inquilinos en dificultad psicológica, con el fin de dar seguimiento a sus proyectos, su formación profesional o hablar de su dolencia.³⁸

Este modelo, representado por la práctica antipsiquiátrica de tipo intercultural, relativiza el universalismo biomédico y sus divisiones inaugurales y

37 Tanto los peul como los acogidos son personas que viven en situaciones de ruptura social y cuyos ingresos no superan los topes —del artículo 3 de la ley del 16 de julio de 1992— que fijan el derecho a una ayuda social. Ambos pagan un precio bajo comparado con el precio de mercado por residir en la casa.

38 Muchos continúan su tratamiento médico y terapéutico con profesionales en salud mental externos. Por lo que he podido observar, la asociación en ningún momento interrumpe esta alternativa. La actividad tiene lugar, la mayor parte de las veces, en la sede de la asociación.

asimétricas —como las de saber profano-experto o la concepción biológica y técnica del malestar y su curación— y promueve espacios de intercambio y escucha entre narrativas diversas del proceso s/e/a, los cuales ayudan a solventar algunas dificultades de las exclusiones relativas al padecer psicológico, al disfrute de una vivienda digna y al acompañamiento en los trámites administrativos de los exiliados peul. En este sentido, podemos referirnos a una perspectiva de tipo contradisciplinar, que emerge a partir de la crítica a la teoría y la praxis disciplinaria hegemónica de la psiquiatría, sin constituirse por ni en una disciplina concreta.

Consideraciones finales

Frente a las limitaciones de la práctica psiquiátrica hegemónica en la diversidad cultural escenificada en Bélgica y España con la llegada de pacientes de origen extranjero, algunas personas han buscado respuestas en el marco de cuidados en salud mental institucionales y asociativos y a título individual, al adaptar sus aproximaciones terapéuticas y propuestas de acompañamiento a dicha diversidad cultural. Esto conlleva el cuestionamiento de las tendencias etnocentristas y universalizantes de la cultura biomédica hegemónica en la psiquiatría, caracterizada por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del proceso salud/enfermedad/atención. Por ende, ciertas relaciones de poder asimétricas, que se establecen desde esta disciplina por medio

del maridaje con dicha aproximación reduccionista, tratan de exportar para toda persona, en todo momento y lugar, sus marcos teórico-metodológicos en la práctica clínica.

Mediante tres estudios de caso se han propuesto tres modelos de intervención terapéutica intercultural con aproximaciones de tipo transdisciplinario —modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero—, interdisciplinario —modelo etnopsiquiátrico— y contradisciplinario —modelo antipsiquiátrico intercultural—. Éstos interpelan, de menor a mayor grado, a la disciplina psiquiátrica biomédica hegemónica y su práctica, y fomentan su descentramiento y transformación. Considero que las prácticas psiquiátricas o de acompañamiento discutidas en el texto, que corresponden a los modelos propuestos y su inscripción en los campos sociales del ámbito público y asociativo, dilucidan ciertas condiciones de configuración y emergencia, pero también alumbran algunas de las posibilidades de subversión y transformación del medio receptor disciplinario constituido por la consulta médica. Esto sucede a partir, en este caso, de la concepción de la psiquiatría biomédica hegemónica como una cultura y de su relativización en busca de una mejora en la eficacia de la atención médica y el acompañamiento. Con prácticas creativas y transformadoras, como las analizadas aquí, en el marco de estos tres modelos, esto puede replicarse en los contextos referidos de diversidad cultural o trasladarse a otros donde los problemas y desafíos en el ámbito de la salud mental, interpelado por la alteridad, sean análogos. ■

Bibliografía

- Achotegui, Joseba, 2000, "Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial", en Enrique Perdiguero y Josep Maria Comelles (comps.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- Basaglia, Franco, 1968, *La institución negada*, Barral, Barcelona.
- Bibeau, Gilles, 1997, "Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda", en *Transcultural Psychiatry*, vol. 34, núm. 1, pp. 9-41.

- Boltanski, Luc, 1971, "Les usages sociaux du corps", en *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 26, núm. 1, pp. 205-233.
- Caballero Martínez, Luis, Nuria Tur Salamanca y Pedro Sanz Correcher, 2005, "Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV-tr en la clínica", en *Monografías de Psiquiatría*, vol. XVII, núm. 4, pp. 32-43.
- Comelles, Josep, 2004, "El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI", en Gerardo Fernández Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Abya Yala, Quito.
- Cooper, David, 1970, *The Death of the Family*, Pantheon Books, Nueva York.
- Devereux, George, 1980, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion, París.
- Direction générale Emploi et marché du travail (Emploi), 2009, *L'immigration en Belgique: effectives, mouvements et marche du travail*, disponible en línea: <<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=28772>>.
- Follari, Roberto, 2013, "Acerca de la interdisciplina. Posibilidades y límites", en *Interdisciplina*, vol. 1, núm. 1.
- Gailly, Antoine, 2009, "La atención sensible a la cultura", en Josep Comelles et al. (comps.), *Migraciones y salud*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- García-Campayo, Javier y Concepción Sanz, 2002, "Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío", en *Medicina Clínica*, vol. 118, núm. 5, pp. 187-191.
- Giménez, Carlos, 1997, "La naturaleza de la mediación intercultural", en *Migraciones*, núm. 2, pp. 125-160.
- Hannerz, Ulf, 1993, *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*, Columbia University Press, Nueva York.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), 2010, "Revisión del padrón municipal 2010", disponible en línea: <<http://www.ine.es/>>.
- Jordan, Brigitte, 1993, *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Waveland Press, Illinois.
- Laing, Ronald, 1990 [1960], *The Divided Self*, Penguin, Harmondsworth.
- Lema, Margarita, 2014, "La reforma sanitaria en España: especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular", en *Economía. Revista en Cultura de la Legalidad*, núm. 5, pp. 95-115, disponible en línea: <<http://economia.tirant.com/?p=2233>>.
- Leman, John y Antoine Gailly, 1992, *Thérapies interculturelles. L'interaction soignant/soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*, De Boeck Université, Bruselas.
- Lepetit, Bernard, 1992, "Propuestas para un ejercicio limitado de la interdisciplina", en *Iztapalapa*, núm. 26, pp. 25-34, disponible en línea: <<http://tesiuam.iam.mx/revistasuam/iztapalapa/include/getdoc.php?id=1342&article=1377&mode=pdf>>.
- Levi-Strauss, Claude, 1996, "Introducción", en Marcel Mauss, *Sociología y antropología*, Tecnos, Madrid.
- López Sala, Ana María, 2005, *Inmigrantes y Estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria*, Anthropos, Barcelona.
- Menéndez, Eduardo, 1984, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Cuadernos de la Casa Chata, 86), México.
- Morin, Edgar, 1998, "Sobre la interdisciplinariedad", en *Redes Sociales y Complejidad*, núm. 2, pp. 11-17.
- Muñoz, Rubén, 2010, "El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España. Registro material y documentación escrita", tesis de doctorado en antropología social, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- , 2013, "Cuando la psiquiatría se reconfigura en la diversidad cultural. Debates en torno al lugar, los destinatarios y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas", en *Cuicuilco*, vol. 20, núm. 57, pp. 137-168.
- , 2014, *Propuestas interculturales de intervención sanitaria. De la praxis antipsiquiátrica en el ámbito asociativo a la consulta etnopsiquiátrica en un hospital de Bruselas*, en Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Muynck, Alain de, 2004, "Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?", *Quadern CAPS*, núm. 32, pp. 40-46.
- Nathan, Tobie, 1994, *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, París.
- , 2001, "Fonctions de la chose et de l'objet dans les dispositifs thérapeutiques", en *Ethnopsy. Les Mondes Contemporains de la Guérison*, núm. 2, pp. 5-42.
- Py, Bernarde y René Jeanneret (coords.), 1989, *Minorisation linguistique et interaction: Actes du symposium de Neuchâtel, septembre 1987*, Droz, Ginebra.
- Singer, Milton, 1991, *The Semiotics of Cities, Selves and Cultures*, Mouton de Gruyter, Berlín.
- Waitzkin, Howard, 1991, *The Politics of Medical Encounters. How Patients and Doctors Deal With Social Problems*, Yale University Press, Yale.