

Del *latah* a la esquizofrenia. Una revisión de las categorías psiquiátricas desde la antropología médica

From *latah* to schizophrenia. A review of the psychiatric categories under a medical anthropology approach

RECIBIDO: 17.07.2019 // ACEPTADO: 11.12.2019

Ismael Eduardo Apud

Universidad de la República (UdelaR)

Resumen

En el campo de la salud mental se ha incluido desde hace unas décadas la categoría de “síndromes culturalmente ligados”, haciendo alusión a aquellas aflicciones que, a diferencia del resto de los trastornos psiquiátricos, se presentan circunscritos a determinadas culturas. El término ha sido cuestionado desde la antropología médica, en tanto supone una separación por un lado de los “verdaderos” trastornos, de carácter biológico y universal, y por otro una lista residual de síndromes, supuestamente determinados solo por la cultura. El presente artículo es una revisión de dicho debate, a través de dos ejemplos: el síndrome culturalmente ligado *latah*, y la esquizofrenia. Se utilizarán ambos casos para analizar dos tensiones centrales en antropología médica y en psiquiatría cultural: la tensión naturaleza-cultura, y la tensión explicaciones naturalistas-explicaciones interpretativas. Se propondrá la complementariedad de ambos tipos de explicaciones, la importancia de profundizar en una perspectiva crítica y reflexiva sobre los saberes y prácticas psiquiátricas, y la necesidad de un mayor diálogo entre antropología médica, psiquiatría y ciencias naturales.

Palabras clave: antropología médica; *latah*; esquizofrenia; explicaciones naturales; explicaciones interpretativas

Abstract

Decades ago, the field of mental health included the category of culture-bound syndromes, related to those afflictions that, in contrast to psychiatric disorders, are restricted to certain cultures. The category has been questioned by medical anthropology, since it supposes a separation between the “real” biologic and universal disorders, and a glossary of leftover syndromes, supposedly shaped only by culture. The current article is a review of this debate using two main examples: a culture-bound syndrome called *latah*, and schizophrenia. Both examples are used to analyze two core tensions in medical anthropology and cultural psychiatry: the tension between nature and culture, and the tension between natural and interpretive explanations. It will be argued in favor of a complementarity between both kinds of explanations, as well as the importance of a critical and reflexive perspective of the psychiatric knowledge and practice, and the necessity of a better dialogue between medical anthropology, psychiatry and natural sciences.

Keywords: medical anthropology; *latah*; schizophrenia; natural explanations; interpretive explanations

Introducción

En la historia de la psiquiatría, explicaciones biológicas y naturalistas han confluído con un proyecto de etiquetamiento de la desviación social en términos biomédicos, y una práctica médica que frecuentemente ha vulnerado los derechos de los pacientes que supuestamente intenta ayudar. La antropología médica ha sido crítica a este proceso, a través de una perspectiva cultural y reflexiva en confrontación con las explicaciones naturalistas. Dicha perspectiva crítica ha contribuido positivamente en el campo de la psiquiatría, promoviendo una mayor sensibilidad cultural en la disciplina. Pero, como efecto negativo, los aportes antropológicos han tenido por lo general un sesgo culturalista, que ha llevado al rechazo de las explicaciones naturalistas, y a una escasa apertura interdisciplinaria con las ciencias naturales. Sin embargo, dentro de la antropología médica también han habido distintas propuestas de conciliación entre explicaciones interpretativas y naturales, buscando una mayor interdisciplinaria e integración de distintos niveles de análisis culturales, biológicos, neurológicos, y psicológicos. El presente artículo es una revisión narrativa de este debate, bajo la concepción de que ambos tipos de explicaciones pueden ser integrados, y así entender mejor los procesos de salud y enfermedad. Para ello, me focalizaré en dos enfermedades distintas: el *latak* -un síndrome supuestamente determinado por la cultura- y la esquizofrenia -un trastorno supuestamente universal y determinado biológicamente-. El objetivo del trabajo es analizar las tensiones entre explicaciones naturales y explicaciones culturales, a la luz de ambos ejemplos. Como metodología, partiremos de los debates e investigaciones considerados centrales por distintos manuales y artículos de revisión en el campo de la antropología médica y la psiquiatría cultural, focalizándonos específicamente en el caso del *latak* y la esquizofrenia (Bhugra y Bhui 2018; Bhugra y Malhi 2015; Griffith, González y Blue 2000; Kalra, Bhugra, y Shah 2012; Lanska 2018; Lewis-Fernández y Kirmayer 2019; Mezzich et al. 1996; Pussetti 2006; Simons y Hughes 1985; White et al. 2017). A partir de dicho recorrido se fundamentará la necesidad e importancia de la integración de distintos niveles explicativos para una mayor comprensión de los síndromes y trastornos mentales.

En la primera sección describiré lo que algunos autores denominan la “paradoja del *latak*”, es decir, la presencia de cuadros similares en distintos contextos culturales, siendo que el mismo debería encontrarse circunscrito a un contexto cultural determinado. En la sección “Explicaciones naturales y explicaciones interpretativas” propondré que la paradoja del *latak* se relaciona con la aparente contradicción entre dos tipos de explicaciones: las naturales y las interpretativas. Las mismas han sido consideradas como opuestas, pese a ser complementarias. En la sección “La esquivada naturaleza de la esquizofrenia”, revisaré distintas explicaciones naturales sobre dicha enfermedad. En la sección “La interpretación de las esquizofrenias”, analizaré el rol de la cultura y las explicaciones interpretativas en la comprensión de la esquizofrenia, a través de distintos estudios en el campo de antropología médica. En la sección “Discusión”, compararé el caso del *latak* con el de la esquizofrenia, así como analizaré críticamente la progresiva inclusión de la cultura en la teoría y práctica psiquiátrica. Finalizaré enfatizando la importancia del diálogo y complementariedad entre explicaciones naturales e interpretativas, así como la importancia de la antropología médica y de una perspectiva crítica en el campo de la salud mental.

La paradoja del latah

Existe en Indonesia y Malasia un extraño síndrome conocido como *latah*, que consiste en una hipersensibilidad y exagerado sobresalto frente a estímulos imprevistos. Quienes sufren este síndrome son usualmente objeto de bromas, principalmente por parte de parientes o amigos, que se divierten asustándolos y observando sus reacciones. Estas reacciones incluyen no solo el sobresalto, sino también una serie de respuestas comportamentales extrañas que han captado la atención de los científicos desde fines de siglo XIX. Entre las mismas encontramos: ecolalia y ecopraxia (la víctima repite las mismas frases o imita a quien la ha asustado), coprolalia y pornolalia (decir cosas obscenas, escatológicas o sexuales), movimientos corporales abruptos, posturas defensivas, tirar o arrojar objetos, hipersugestionabilidad (por ejemplo, obedecer irracionalmente a las consignas del victimario), entre otras. El síndrome ocurre con mayor frecuencia en personas de bajo estatus social, así como en la población femenina (APA 2013; OMS 2007), y puede iniciarse abrupta o gradualmente pero, una vez comenzado, continúa toda la vida (Simons 1980).

Tanto el CIE-10 como el DSM-IV consideran el *latah* como un “síndrome culturalmente ligado” -*culture-bound syndrome*-, en una larga lista que incluye el *amok* melanesio (especie de ataque de ira), el “ataque de nervios” latinoamericano (especie de cuadro neurasténico), el *taijin kyofusho* japonés (varias formas de fobias y ansiedades sociales), entre otros (APA 1995; OMS 2007; el DSM-V reconceptualiza los mismos bajo la categoría de “conceptos culturales de aflicción”, como veremos más adelante). Para el CIE-10 los síndromes culturalmente ligados poseen dos rasgos principales: i. no se pueden situar con facilidad dentro de las categorías psiquiátricas establecidas, ii. su manifestación está limitada a determinadas poblaciones o áreas culturales. Estos rasgos sitúan a los mismos en un lugar distinto al de los restantes trastornos psiquiátricos. Mientras que la depresión mayor o la esquizofrenia son considerados como trastornos que pueden ser encontrados en todo contexto cultural, los síndromes culturalmente ligados son manifestaciones particulares y locales, sin una recurrencia que pueda postularlos como “verdaderos” trastornos psiquiátricos. Pero, ¿es posible afirmar que los síndromes culturales son únicamente culturales? Y a la inversa, ¿podemos afirmar con tanta seguridad que los trastornos psiquiátricos son universales y no están circunscriptos a nuestra cultura?

En el caso del *latah*, si bien el síndrome fue inicialmente descrito en el contexto malasio-indonesio, se han encontrado cuadros análogos en otras partes del mundo. Ya a fines de siglo XIX comportamientos similares fueron identificados en los *jumping Frenchmen* de Norteamérica y en los *miryachit* de Siberia (Lanska 2018). En ambas regiones, distintas personas sufrían del mismo cuadro de sobresalto, con respuestas de imitación, obscenidad, e hipersugestionabilidad. ¿Cómo explicar entonces que lo que supone ser un síndrome ligado a un contexto cultural local se presente en lugares alejados y no conectados entre sí? Intentando responder esta pregunta, Pow Yap (1952) propuso como núcleo del *latah* y similares la hiperactivación de la respuesta natural, refleja, involuntaria e innata de “sobresalto” -*startle response*-. La universalidad de esta respuesta explicaría la recurrencia del cuadro en una variabilidad de condiciones culturales. Ronald Simons (1980) caracterizó dicha respuesta como una hiperactividad del complejo amigdalóide, encargado de la evaluación de estímulos aversivos a través de respuestas emocionales como el miedo, la ansiedad o la agresión. Para el autor,

existen en toda sociedad cierto grupo de personas hipersensibles a estímulos sobresaltantes –los *hyperstartlers*-. En determinados contextos culturales, estas personas son identificadas y estigmatizadas, y terminan asumiendo un rol cultural estereotipado. Simons realizó su trabajo de campo con los *latah* malasios y luego los comparó con personas con las mismas respuestas comportamentales en Estados Unidos, llegando a la conclusión que el *latah* sería el desarrollo cultural específico de una respuesta neurofisiológica universal presente en seres humanos y otros mamíferos.

Distintos antropólogos se opusieron a dicha perspectiva naturalista, influenciados en gran parte por la llegada el giro simbólico en la disciplina. A partir de su experiencia de campo en Java, Hildred Geertz (1968) propuso entender el *latah* como un acto simbólico donde la persona expresa su aflicción y descontento en torno a desigualdades culturales de estatus y género. Michael Kenny (1978) realizó un planteo similar, entendiendo el *latah* como una representación simbólica de la marginalidad y una práctica liminal que parodia los valores malayos e indonesios. Para el autor, el afligido estaría expresando su insatisfacción y malestar dentro de una estructura social determinada, usando modos de expresión del tipo dramático, corporal, emocional y simbólico. Kenny (1983) considera que modelos como el de Simons reproducen un reduccionismo biomédico que menosprecia el sentido cultural y social del *latah*. Si bien Kenny no niega la posible existencia de una respuesta refleja de sobresalto, considera que la misma no describe en profundidad el sentido del *latah*, solo atiende a similitudes irrelevantes y superficiales. En respuesta, Simons (1983) critica a Kenny por circunscribir el síndrome a un tipo de perfil sociodemográfico marginal, cuando en realidad se puede encontrar en diversos tipos de población, más allá de su mayor recurrencia en personas estigmatizadas. Por otro lado, considera engañoso pensar que el sentido simbólico de un comportamiento hace irrelevante la comprensión de un sustrato biológico, y aboga por la complementariedad entre psiquiatría, biomedicina y antropología.

El debate sobre el rol de la naturaleza y la cultura en los síndromes culturales continuará con el correr de las décadas, alcanzando un punto álgido a fines de siglo XX. En 1991, y con el fin de integrar la cultura en el DSM, la Asociación Psiquiátrica Americana y el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos crearon un comité especializado en el tema. En 1994 el nuevo DSM-IV incluyó distintos cambios, supuestamente a partir de dicho comité. Entre los mismos se encontraba la inclusión de los síndromes culturalmente ligados en un glosario al final del manual. Las críticas no se hicieron esperar. En relación a los síndromes culturales, se cuestionó: la minimización de lo cultural, expresada en la localización de los síndromes culturalmente ligados como si fuera una nota al pie del manual; la falta de validación cultural en la separación entre lo que es “libre de cultura” -*culture-free*- y lo que está ligado a la cultura -*culture-bound*-; la falta de reflexión sobre los límites culturales de la psiquiatría, y cómo ésta también parte de categorías culturales propias (Hughes 1998; Jenkins 1998; Mezzich et al. 1996; Pussetti 2006). Actualmente, y como señalan Ayonrinde y Bhugra (2015), la emergencia de una globalización exacerbada por los avances en tecnologías de la comunicación supone un desafío para la idea de síndrome cultural, en tanto dichas categorías comienzan a difuminarse en un contexto global de valores y actitudes culturales transnacionalizadas.

Explicaciones naturales y explicaciones interpretativas

El debate Kenny-Simons nos muestra una tensión clásica entre explicaciones naturales y explicaciones interpretativas. Dicha tensión atraviesa no sólo la antropología médica y la psiquiatría, sino también las ciencias de la salud en su conjunto, en tanto se encuentra asociada a distintas dicotomías, centrales en el estudio del comportamiento humano: naturaleza-cultura, innato-adquirido, explicación-comprensión, entre otras. En el campo de la salud mental, las explicaciones naturales se enfocan en identificar los mecanismos subyacentes - biológicos, neurológicos, cognitivos- de la enfermedad, mientras que las explicaciones interpretativas buscan comprender la enfermedad en tanto experiencias subjetivas y fenomenológicas, inmersas en contextos culturales y relaciones sociales. Como menciona Simons, ambas clases de explicaciones no son necesariamente excluyentes, aunque el exagerado énfasis de una sobre otra ha llevado a polarizaciones y debates, muchas veces bajo sesgos ideológicos subyacentes.

En el caso particular de la psiquiatría, ambos tipos de explicaciones pueden encontrarse desde los inicios de la disciplina, a través de la teoría naturalista de los humores y la teoría interpretativa de las pasiones. En la teoría hipocrática de los humores, la enfermedad era entendida como un desequilibrio entre distintas sustancias que circulaban por el cuerpo (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) así como el desbalance en sus cualidades correspondientes (caliente, frío, seco, húmedo). Con el surgimiento del alienismo, Philippe Pinel defendió una mayor “humanización” del tratamiento de los “locos”, expresada en la teoría de las pasiones. Las pasiones eran el puente entre el cuerpo y la mente, y por lo tanto un lugar desde el que se podía trabajar la cura, usando los denominados tratamientos morales. Bajo esta perspectiva, la enfermedad era también un producto de las vicisitudes de la vida, y la cura podía alcanzarse mediante la escucha, la razón y la tutela. Si bien la idea se relacionaba con la idea de recuperar la dignidad del “loco”, lo cierto es que ambos enfoques llevaron a procedimientos igualmente deshumanizantes y terribles: la sacudida moral, el baño por sorpresa, las sangrías repetidas, la sacudida intestinal, la inmersión súbita, la castración, los dispositivos giratorios, y más recientemente, la lobotomía y el electroshock (Techera, Apud, y Borges 2010).

Emil Kraepelin dio un corte organicista a la disciplina, estudiando la enfermedad mental como un conjunto de signos naturales a identificar por el psiquiatra (Caponi y Martínez Hernández 2013). En un sentido distinto, el psicoanálisis tomó la dirección de la interpretación, bajo una comprensión dinámica de la enfermedad mental, con un mayor acercamiento a lo emocional, lo vincular y lo simbólico (Grob 1991). Terminada la Segunda Guerra Mundial, el psicoanálisis se posicionó como corriente dominante. Esto se debió en parte al interés por las neurosis de guerra en exsoldados que previamente al conflicto se mostraban relativamente sanos. El componente reactivo de las neurosis de guerra dejó en evidencia la importancia de las situaciones traumáticas en el desarrollo de las enfermedades mentales. Esto fue un contexto propicio para la popularización del psicoanálisis, donde el trauma tiene un rol central (Shorter 2015). En Estados Unidos, el psicoanálisis cobró fuerza, y la primer versión del DSM fue redactada bajo una concepción “reactiva” de la enfermedad mental (Kawa y Giordano 2012).

Con el correr de las décadas, tanto la psiquiatría como el psicoanálisis recibieron fuertes críticas. Los problemas no provinieron de una, sino de varias direcciones. Entre los problemas de mayor importancia podríamos destacar: i. una crítica a la psiquiatría en general, a través de movimientos como la antipsiquiatría, y académicos de referencia como Michel Foucault, que vieron a las instituciones psiquiátricas más como un aparato destinado a la reclusión y el encierro que uno dedicado a la asistencia y tratamiento de sus pacientes; ii. el problema de los diagnósticos y su falta de confiabilidad, reflejado en estudios como el experimento de David Rosenhan (1973) o el Proyecto Diagnóstico Estados Unidos-Reino Unido (US-UK Cross-National Project 1974), iii. el progresivo auge de la psicofarmacología, las técnicas de neuroimagen, y la medicina basada en la evidencia, que inclinaron la balanza hacia una psiquiatría biológica.

En 1980 y bajo la dirección de Robert Spitzer, hizo su aparición el DSM-III, abriendo camino a una psiquiatría neo-kraepeliana, con nuevos modos de diagnóstico como el “criterio Feighner” (lista de síntomas que el paciente debe cumplir para entrar en un trastorno), así como nuevas categorizaciones alejadas de las anteriores distinciones psicodinámicas de la psicosis y la neurosis (Shorter 2009). Es en este contexto que una antropología médica crítica y volcada al interpretativismo confrontará con la psiquiatría neo-kraepeliana, más proclive a explicaciones naturalistas.

La esquivada naturaleza de la esquizofrenia

La tensión entre naturalismo e interpretativismo puede también observarse en la historia del concepto de esquizofrenia. Es Emil Kraepelin quien resucita el concepto de *dementia praecox* para clasificar aquellos pacientes que tempranamente manifestaban un grave deterioro de sus cualidades mentales, sin haber un componente orgánico propio de la edad, como ocurre con la demencia senil. Posteriormente, Eugen Bleuler redefinió la enfermedad como esquizofrenia, bajo el influjo hermenéutico psicoanalítico, pero sin alejarse del organicismo (Healy et al. 2008). En la tensión entre naturaleza e interpretación, el psicoanálisis inclinó la balanza hacia el último polo, bajo ideas como la “madre esquizofregénica” de Frieda Fromm-Reichmann o la posición “esquizoparanoide” de Melanie Klein (Fromm-Reichmann 1959; Klein 1987). A la luz del psicoanálisis, la esquizofrenia era producto de determinadas experiencias tempranas fallidas relacionadas con la constitución del yo, donde las relaciones primarias familiares juegan un rol central.

Desde el polo naturalista, si bien se prestó atención a lo biológico, las explicaciones genéticas no bastaron por sí solas para explicar la etiología de la esquizofrenia. Tempranamente, Franz Kallmann (1946) estudió la heredabilidad de la enfermedad en gemelos, llegando a la conclusión que el desarrollo de la enfermedad dependía de múltiples factores y no solo el genético. En forma similar, investigaciones posteriores mostraron que la enfermedad se manifiesta en alrededor de un 1% para la población general, y casi un 50% para hijos de ambos padres esquizofrénicos o gemelos monocigóticos (e.g. Cardno et al. 1999). Los porcentajes indican una alta incidencia de lo genético, pero también que la enfermedad no puede ser explicada únicamente a través de una lógica mendeliana clásica. Con la actual llegada de la “era del genoma”, la relación parece aún más compleja.

Una de las investigaciones más grandes de los últimos tiempos, realizada por el “Grupo de Trabajo en Esquizofrenia” del “Consorcio de Genómica Psiquiátrica”

(Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium 2014), ha identificado 108 *loci* cromosómicos asociados a la enfermedad. Los mismos se encuentran implicados en variados mecanismos neurofisiológicos, como la síntesis de dopamina, glutamato, y funciones inmunológicas. Desde un nivel neurológico, inicialmente la hipótesis de mayor peso fue la que relacionó la esquizofrenia con una extremada sensibilidad dopaminérgica a través de los receptores D₂. La hipótesis nació con el uso de clorpromazina en el tratamiento de las psicosis por los psiquiatras franceses Jean Delay y Pierre Deniker en la década de 1950, y es posteriormente que Arvid Carlsson y Margit Lindquist proponen la clorpromazina y otros neurolépticos como inhibidores de la actividad dopaminérgica (Shorter 2009). Si bien la hipótesis dopaminérgica continúa su popularidad, también existe una gran cantidad de estudios que la cuestionan o la sitúan en segundo plano.

Algunas investigaciones apuntan a que la hipersensibilidad dopaminérgica se encontraría relacionada con el uso prolongado de antipsicóticos, poniendo en cuestión no solamente la hipótesis dopaminérgica sino el uso de dichas sustancias como estrategia clínica (Burt, Creese y Snyder, 1977; Chouinard y Jones 1980; Fusar-Poli et al. 2013; Samaha et al. 2007). Por otro lado, un acumulado de evidencias vuelven la atención hacia otros tipos de mecanismos y problemas médicos: anormalidades cerebrales como el alargamiento ventricular y un menor volumen cortical (Johnstone et al. 1976; Levitt et al. 2010; Reveley et al. 1982); la hipótesis del glutamato y los receptores NMDA (Balu 2016; Errico et al. 2018); la asociación de la esquizofrenia con enfermedades autoinmunes (Benros et al. 2014; Wium-Andersen, Ørsted y Nordestgaard 2014), con complicaciones obstétricas (Cannon, Jones y Murray 2002; McNeil y Kaij 1973), con la malnutrición prenatal (St Clair et al. 2005; Susser y Lin 1992), con lesiones cerebrales (Molloy et al. 2011; Orlovska et al. 2014), entre otras.

Una de las teorías más interesantes de los últimos tiempos es la hipótesis del desarrollo neurológico, propuesta inicialmente en dos distintos artículos científicos (Murray y Lewis 1987; Weinberger 1987). En este modelo, el desarrollo de la esquizofrenia supone una variedad de factores interactuantes que determinan distintas trayectorias de la enfermedad: marcadores genéticos y epigenéticos; vida pre y perinatal; problemas ambientales comportamentales y cognitivos durante la niñez temprana; factores involucrados en el pródromo de la enfermedad y conversión a la psicosis durante la adolescencia; eventos cronificantes en la vida adulta (Howes y Murray 2014; Insel 2010).

Finalmente, dentro de las discusiones más recientes se encuentra el problema del uso de la categoría misma de esquizofrenia. Michael Owen (2011) describe el diagnóstico como descriptivo y sindrómico, sin marcadores biológicos o una etiología clara que la distinga de otras enfermedades, sugiriendo que probablemente no represente una enfermedad real subyacente. Raymond Lake (2012) propone que la esquizofrenia es un falso diagnóstico y que entraría dentro de la clasificación general de trastornos del humor. Robin Murray (2016) habla de diversas causas relacionadas al deterioro neurocognitivo de la enfermedad, y presagia un posible fin del concepto de esquizofrenia como tal. Larry Seidman y Allan Mirsky (2017) problematizan la heterogeneidad de perfiles neurocognitivos, desde cuadros normales y adaptativos a otros similares a la demencia.

La interpretación de las esquizofrenias

Hasta aquí hemos mencionado distintos estudios provenientes de la psiquiatría, pudiendo observar la complejidad a la hora de explicar la esquizofrenia en términos naturales. También queda claro que la etiología de la enfermedad no puede ser reducida a factores biológicos exclusivamente, y que factores sociales y culturales deben ser tomados en cuenta. Desde la antropología médica, los mismos problemas que analizamos para el *latah* se presentan a la hora de pensar la esquizofrenia: ¿Existiría un correlato universal de la enfermedad independiente de sus variaciones culturales? ¿Es posible que la esquizofrenia sea tan solo una categoría de nuestro sistema biomédico, que no remite a una entidad natural discreta?

Los primeros estudios sobre la prevalencia de enfermedades mentales en distintas culturas pueden rastrearse ya en la primer mitad de siglo XX en Alemania, Estados Unidos, Taiwán, Nigeria, y República de Mauricio, poniendo en evidencia la variación del desarrollo y prevalencia de las mismas en distintos contextos sociales y culturales (Bastide 1988; Kalra et al. 2012). En relación al estudio de la esquizofrenia, uno de los mayores hitos fue el estudio internacional de la OMS (1973, 1979), que abarcó más de mil pacientes en centros psiquiátricos de Dinamarca, India, Colombia, Nigeria, Inglaterra, Unión Soviética, Taiwán, Estados Unidos, y Checoslovaquia. Una de las más controversiales conclusiones del estudio fue que el curso de la esquizofrenia se mostraba más favorable en los países en desarrollo, cuando son comparados en su conjunto con los países desarrollados. Este hallazgo supuso nuevas incógnitas en torno a la efectividad de los tratamientos psiquiátricos modernos, entre ellos los antipsicóticos. Si bien estudios posteriores de la OMS reafirmaron dichos resultados (Jablensky et al. 1992; Leff et al. 1992), las críticas no se hicieron esperar. Dentro de las mismas, Robert Edgerton y Alex Cohen (1994) ofrecen una buena síntesis de los problemas en el diseño y ejecución de los estudios de la OMS: el uso de muestras basadas exclusivamente en hospitales, el uso de técnicas de autoreporte, la mayor frecuencia de errores diagnósticos en los países en desarrollo, el uso equívoco de la distinción países desarrollados-países en desarrollo, el concepto de cultura usado en forma homogénea e imprecisa, entre otros.

Más allá de las particularidades del debate en torno a los estudios de la OMS -imposible de abordar en el presente artículo-, es importante mencionar que tanto la prevalencia, el diagnóstico, como el curso del desarrollo de la esquizofrenia han resultado un tema escabroso cuando se lo analiza en términos culturales. En este sentido, la antropología médica, a través del método etnográfico, ha sabido echar luz sobre los distintos problemas relacionados a las variaciones culturales del fenómeno. Por ejemplo, en el clásico libro “Santos, Eruditos y Esquizofrénicos: la enfermedad mental en la Irlanda rural”, Nancy Scheper-Hughes (1979) se preguntó por qué existía una mayor prevalencia de enfermedades como la esquizofrenia o la depresión en la sociedad rural irlandesa de los años 1970. La autora desarrolla el concepto de “cultura quebrada” -*broken culture*-, para entender cómo el declive social y cultural incide en la salud mental de la población. Otro ejemplo es el trabajo de Janis Jenkins (1991) con familias mexicanas en el estado de California, Estados Unidos. La autora encuentra en las familias “chicanas” una estructura de protección y contención para el sufrimiento del día a día, a través de marcos culturales que atenúan el criticismo verbal -e.g. el uso del síndrome cultural “nervios”-, y modos corporales de expresión emocional que brindan soporte

familiar. De acuerdo a Jenkins, estos factores incidirían positivamente en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Desde una perspectiva que combina modelos naturales y culturales, la antropóloga Tanya Luhmann (2007) utiliza el término “derrota social” -*social defeat*-, proveniente de estudios con modelos animales, principalmente del paradigma de la “rata intrusa”. En dicho diseño de investigación, una rata macho “intrusa” es puesta en una caja donde se encuentra una rata macho “residente”, que ataca a la primera y la somete. La exposición prolongada a esta situación incrementa la actividad mesolímbica dopaminérgica de la rata intrusa, circuito íntimamente ligado a los síntomas positivos de la esquizofrenia. Luhmann conecta estos hallazgos con los de la antropología cultural, y propone reconsiderar el peso de la derrota social en la esquizofrenia. A la luz de dicha hipótesis, plantea tres posibles soluciones para los estudios de la OMS previamente mencionados: i. que el mejor desarrollo de la esquizofrenia en países en desarrollo se deba efectivamente a errores del tipo metodológico, ii. que dicha diferencia se deba a factores culturales que atenúan el efecto de derrota social, como ser un mayor involucramiento de la familia en el tratamiento, una menor estigmatización del enfermo, o una mayor contención a través de prácticas religiosas o terapias folclóricas, iii. que los tratamientos psiquiátricos occidentales incrementen el efecto de derrota social, principalmente si consideramos que una gran parte de la población queda atrapada dentro de un circuito de hospitales, refugios, cárceles y vida en la calle.

Otro tema estudiado por la antropología médica es el de las variaciones de las experiencias subjetivas y las valoraciones culturales en torno al tratamiento psiquiátrico. Jenkins y Carpenter-Song (2005) estudian las experiencias subjetivas de pacientes de Estados Unidos que usan antipsicóticos atípicos. En sus narraciones, los pacientes expresan ciertas contradicciones en torno al sentido que se le da al tratamiento y sus efectos: el estigma a pesar de la recuperación, el sentirse mejor pero no curado, el sentirse bien en detrimento de cierta área de la vida personal (e.g. menor actividad sexual, mayor obesidad), entre otras. Un estudio similar es conducido por Ursula Read (2012) en su trabajo de campo con familias rurales de Ghana. En el contexto cultural ghanés, donde se valoran las nociones de fuerza, salud y utilidad social, efectos secundarios como la fatiga y somnolencia son evaluados negativamente, llevando muchas veces al abandono del tratamiento. A su vez, la incapacidad de una cura definitiva por parte de los antipsicóticos refuerza las concepciones locales de enfermedad y cura en términos espirituales. Comparando el contexto estadounidense con el ghanés, Jenkins y Kozelka (2017) reflexionan sobre la complejidad cultural a la hora de evaluar los efectos positivos y negativos de los psicofármacos. Para las autoras, resulta problemático considerar dichos efectos sin una descripción etnográfica adecuada, dadas las contradicciones que plantean los usuarios en distintos contextos locales, con sus respectivas expectativas sociales (e.g. elegir entre sentirse gordo o loco en Estados Unidos; elegir entre sentirse inútil o loco en Ghana). Para Jenkins y Kozelka, la reducción de los síntomas no necesariamente conlleva a la normalidad, siendo que el carácter “sedativo” de los antipsicóticos es evaluado en algunos contextos como incompatible con el retorno a la vida cotidiana.

Un último tema de importancia en antropología médica es el de las posibles diferencias culturales de los síntomas de la esquizofrenia, principalmente considerando dos conceptos: alucinación y delirio. Si bien la psiquiatría frecuentemente ha considerado dichos fenómenos como patológicos, otras culturas no sólo poseen una valoración más positiva de los mismos, sino que también los

incentivan, por ejemplo a través de técnicas rituales de trance y posesión (Apud 2017; Luhrmann 2013). La tajante distinción entre imaginación y realidad en nuestras sociedades occidentales modernas, sumada a la valoración patológica y negativa en torno a las alucinaciones, llevan a una menor predisposición a experimentarlas y/o reportarlas, algo que no sucede en otros contextos culturales (Al-Issa 1995).

Es importante señalar que las alucinaciones no son un fenómeno exclusivo de las psicosis, y se estima que un 10% de la población general alguna vez experimentó alguna clase de alucinación (Tien 1991). En términos generales, la presencia de alucinaciones parece ser más común en países del tercer mundo (Ndeti y Vadher 1984). En el caso de las alucinaciones auditivas, las mismas son vividas por la población no-clínica en forma breve, infrecuente, y sin el carácter displacentero que tienen en las psicosis (Choong, Hunter y Woodruff 2007). A su vez, ciertas situaciones hacen que experiencias alucinatorias se presenten más a menudo. Por ejemplo, un estudio realizado en Suecia apunta a que aproximadamente un 80% de los adultos mayores que han perdido recientemente a un ser querido reportan haber percibido en alguna modalidad sensorial a la persona fallecida (Grimby 1993). En Japón, las cifras son un poco más elevadas, quizás debido a la costumbre de asistir a rituales religiosos para mantener el contacto con los fallecidos (Yamamoto et al. 1969).

En el caso específico de la esquizofrenia, investigaciones tempranas sugieren que las alucinaciones visuales y táctiles son más comunes en África y Asia (Murphy et al. 1963). Como señalan Frank Larøi y colaboradores (2014), las alucinaciones son formadas a partir de sentidos y expectativas locales, por lo que en poblaciones rurales africanas es más común la percepción de ancestros y figuras relacionadas a cultos religiosos, mientras que en la población cristiana tenemos a la Virgen María, el diablo o Jesucristo. Según los autores, la valoración positiva o negativa de las alucinaciones determinará en gran medida la capacidad de adaptación de los que las sufren. Mientras que la psiquiatría tiende a verlas como un problema a combatir, en otras culturas, o incluso en agrupaciones de gente que escucha voces –como el *Hearing Voices Movement*–, la búsqueda de otro relacionamiento con las alucinaciones auditivas parece dar resultados positivos. Siguiendo a Luhrmann y colaboradores (2019), la manifestación de alucinaciones auditivas parece ser común tanto en población clínica como no clínica; puede asociarse a la presencia de un trauma, -aunque no necesariamente-, y cuando esto ocurre, las voces suelen tener una valencia emocional negativa y una manifestación más diversa.

El tipo de delirio en pacientes con esquizofrenia también varía de acuerdo a factores culturales. Estudios tempranos muestran cómo los delirios religiosos son más comunes en cristianos que en budistas, hinduistas o sintoístas (Murphy et al. 1963). Como señala Roger Bastide (1988), en sociedades con mayor grado de secularización los delirios de orden místico son remplazados por delirios de tipo científico o teorías conspirativas. También podemos encontrar una amplia variabilidad de país en país. Por ejemplo, un estudio comparativo entre pacientes alemanes y japoneses muestra diferencias en las frecuencias de los delirios de envenenamiento (18% frente a un 8% respectivamente), celos (6% frente a un 1,9%), y religiosos (21,3% frente a un 6,8%), entre otros (Tateyama et al. 1993).

Discusión

A lo largo del artículo hemos mencionado distintas explicaciones naturales e interpretativas, tanto para el caso del *latah* como de la esquizofrenia. Si bien estos tipos de explicaciones se han mostrado muchas veces como contradictorias, ambos se muestran importantes a la hora de entender tanto los -mal o bien llamados- síndromes culturalmente ligados, como los trastornos psiquiátricos en general. En el caso del *latah*, hemos visto como algunos autores han propuesto la idea de un correlato neurofisiológico y comportamental subyacente y universal, relacionado a la “respuesta de sobresalto”. Si bien es cierto, como señala Kenny, que dicha respuesta no es capaz de explicar el fenómeno en toda su complejidad y variabilidad cultural, también es cierto, como señala Simons, que a través de la misma podemos explicar ciertos aspectos neurofisiológicos y transculturales. La complementariedad de ambos tipos de explicaciones resulta entonces importante si queremos entender mejor el *latah* en su complejidad cultural, en sus mecanismos neuropsicológicos subyacentes, y en sus posibles avatares transculturales.

Lo mismo se podría decir de la esquizofrenia, dada la variedad de mecanismos y causas genéticas, neurológicas, sociales y culturales implicadas. En este sentido la antropología médica tiene mucho que aportar al debate, no solo porque permite el estudio de las variaciones culturales y su incidencia sobre la enfermedad, sino porque también nos permite aprehender mejor sus posibles invariantes naturales al comparar distintos contextos. Si bien la hipótesis de una mejor recuperación de la enfermedad en los países en desarrollo puede ser cuestionada, lo que actualmente deja poco margen de duda es que los factores que intervienen son múltiples, y que no se puede abordar el estudio de la esquizofrenia bajo explicaciones simples, tanto en su etiología, diagnóstico, curso, como tratamiento. Como hemos visto, cuestiones como la sintomatología o el tratamiento de la enfermedad no pueden ser abstraídas del contexto cultural en el que suceden. Una perspectiva transcultural también nos ofrece la oportunidad de reflexionar sobre la efectividad y eficiencia de los tratamientos psiquiátricos. En el caso particular de la esquizofrenia, resulta interesante como distintas investigaciones nos describen otros modos culturales de afrontar la enfermedad. Desde un punto de vista cultural queda por responder si la psiquiatría moderna ofrece verdaderamente la mejor alternativa terapéutica. Pero, incluso si así lo fuera, actualmente queda poca duda que cualquier abordaje monodisciplinario resulta insuficiente, y que la psiquiatría debe transitar por lugares de diálogo, y tomar en cuenta la pluralidad de posibilidades de atención en salud.

La apertura de la psiquiatría y la biomedicina a una perspectiva cultural en los últimos tiempos no es un hecho fortuito, sino una tendencia general de un mundo cada vez más “política y culturalmente sensible”. Como describe Josep Comelles (2003), si bien inicialmente la biomedicina quiso abandonar la idea de cultura, en la actualidad, en una época donde la biología molecular, el genoma y las neurociencias parecen dominar el escenario, hay un retorno de la cultura a través de la idea de “competencia cultural” -*cultural competence*-. La idea responde a una cuestión jurídica y política, relacionada con las reivindicaciones de minorías sociales, el problema de la inmigración en los sistemas de salud, la necesidad de gestionar variables culturales y de una mayor competencia lingüística en contextos multiculturales, entre otros. Para Comelles se trata de todos modos de un retorno pragmático y acrítico del concepto de cultura, y propone que el proceso debería ir más allá, a través de una práctica profesional que problematice a fondo los

condicionamientos culturales de la relación médico/paciente, bajo el objetivo de que sea el paciente el que pueda asumir el control de su proceso terapéutico.

Esta mayor sensibilidad cultural descrita por Comelles se ve reflejada en el DSM-V, por ejemplo en la actualización del esquema para la formulación cultural, la inclusión de una entrevista de formulación cultural, y la reformulación del clásico concepto de los síndromes culturalmente ligados en tres conceptos distintos, englobados como “conceptos culturales de aflicción” -*cultural concepts of distress*:- i. “síndrome cultural” -*cultural syndrome*- como un conjunto de síntomas invariantes que pueden ser encontrados en un grupo cultural específico y que puede ser o no considerado una enfermedad por dicha cultura (por ejemplo, el *latah*), ii. “expresiones culturales de aflicción” -*cultural idiom of distress*-, usadas para comunicar cierto malestar, y que no necesariamente se vinculan a un síndrome o trastorno (por ejemplo, cuando decimos “estoy nervioso”, o “me siento deprimido”), iii. “explicaciones culturales o causas percibidas” -*cultural explanation or perceived cause*-, como aquellos modelos explicativos culturales que proponen una etiología a ciertos síntomas, malestares, o enfermedades (por ejemplo la “envidia” o la “brujería”). De acuerdo al manual, la identificación de estos tres tipos de conceptos sería relevante en la práctica clínica, en tanto permiten un mejor *rapport*, una mejor eficacia terapéutica, y una minimización de errores diagnósticos propios de una visión clínica descontextualizada.

Pero el abandono de la categoría de “síndromes culturalmente ligados” también se fundamenta sobre criterios provenientes de la antropología médica. Como expresa el DSM-V, “...el término *culturalmente ligado* enfatiza en las particularidades locales y la limitada distribución de los conceptos culturales de aflicción. La presente formulación reconoce que *todas* las formas de aflicción son formadas localmente, inclusive los trastornos del DSM. Desde esta perspectiva, muchos diagnósticos del DSM pueden ser entendidos como prototipos operacionalizados que empezaron como síndromes culturales, y se volvieron extensamente aceptados dada su utilidad clínica y de investigación” (APA 2013:758, traducido del inglés). Cabe preguntarse hasta qué punto dicha conclusión refleja el espíritu del manual en su conjunto, y cuáles podrían ser esos “muchos diagnósticos” que han sido aceptados tan solo por su utilidad clínica.

Conclusiones

Comenzamos el artículo describiendo la paradoja del *latah*, o sea, ¿por qué siendo éste un síndrome culturalmente ligado podemos encontrar fenómenos similares en otras partes del mundo? Este problema nos llevó a las tensiones entre dos tipos de explicaciones, las naturales y las interpretativas. Si bien muchas veces se han visto ambas explicaciones como antagónicas, lo cierto es que ambas responden a distintos niveles de análisis y, combinadas, traen consigo un entendimiento más completo de las particularidades culturales y la presencia transcultural de fenómenos como el *latah*.

En este sentido también podemos hablar de una paradoja de la esquizofrenia, cuya resolución sólo podrá ser alcanzada a través de la articulación de explicaciones naturalistas e interpretativas. Es por ello que la medicina basada en la evidencia debería tomar en cuenta más a menudo las experiencias subjetivas y las interpretaciones culturales de las enfermedades y los procesos de curación. La antropología médica, a través del método etnográfico, se muestra de gran utilidad

para esta tarea. Pero, no menos importante, la antropología médica también nos ofrece una mirada reflexiva sobre la psiquiatría misma; nos sirve de espejo, para mirarnos a nosotros mismos y el modo en que entendemos, gestionamos y valoramos la alteridad.

El caso de la esquizofrenia es quizás paradigmático en este sentido, en tanto se trata de una categoría proveniente del campo biomédico que intenta abarcar una variedad de síntomas y aflicciones, que pueden manifestarse en distintos contextos culturales. Como señalan Lewis-Fernández y Kirmayer (2019), el proyecto clasificatorio de la psiquiatría ha tenido como premisa central ir al descubrimiento de estructuras universales detrás de la variedad de las experiencias subjetivas, fenomenológicas y culturales de trastornos mentales como la esquizofrenia. Desde un punto de vista antropológico, dicha empresa debería haber implicado desde sus inicios una contrastación transcultural a nivel global. Sin embargo, la nosografía psiquiátrica fue construida principalmente en Norteamérica y Europa occidental, para luego ser aplicada etnocéntricamente al resto del mundo. A su vez, la psiquiatría no solo ha sido etnocéntrica, sino también incapaz de reflexionar sobre su papel en el control y normalización social. En este sentido, la antropología médica ha construido en las últimas décadas un corpus teórico-metodológico capaz de reflexionar sobre dichos problemas, introduciendo un nivel cultural de análisis en el campo psiquiátrico. Como efecto negativo, esta perspectiva cultural crítica ha derivado en muchas ocasiones en la negación de explicaciones naturalistas, cegándose frente a la presencia de evidencia empírica útil y necesaria para entender la variedad de aflicciones y padeceres relacionados con la esquizofrenia. Pero también es cierto que, como hemos visto en el presente artículo, distintas investigaciones en antropología médica y en psiquiatría cultural han abierto un fecundo debate interdisciplinario, problematizando las variaciones culturales tanto de la esquizofrenia como de sus síntomas y tratamientos. Actualmente, la categoría misma de esquizofrenia es cuestionada en tanto constructo homogéneo y reificado. Queda por esperar qué sucederá en el futuro, y qué papel jugará la antropología médica en dicho debate.

La trayectoria de los síndromes culturales ha sido la inversa a la de la esquizofrenia, aunque los problemas han sido similares. El concepto engloba un conjunto de categorías culturales extraídas de sistemas clasificatorios no occidentales, que terminan incorporándose al sistema clasificatorio psiquiátrico en tanto “especímenes exóticos” circunscriptos por una cultura, y por lo tanto no universalizables. Muchos de esos conceptos locales han sido resignificados por la psiquiatría en términos de “patologización de la otredad” (Pussetti 2006), bajo una impronta etnocéntrica y colonialista que la antropología médica ha sabido cuestionar. Sin embargo, frente a la distinción etnocéntrica entre “síndromes culturales” y “síndromes libres de cultura”, la antropología usualmente se ha inclinado por explicaciones culturales, dejando a un lado perspectivas naturales. Esto ha derivado en distintos debates, donde perspectivas antropológicas comparativas, transculturales y multinivel, han logrado escapar de un sesgo exclusivamente culturalista. Y esto no solo para el caso del *latah*, sino también para otros síndromes culturales como el susto (Rubel, O’Neill, y Collado 1984), el síndrome del cerebro fatigado (Ayonrinde 2008), y el síndrome del Dhat (Udina et al. 2013).

Vemos entonces como la inclusión de la antropología médica en el campo psiquiátrico ha sido de gran importancia, generando distintos cambios y debates. Por un lado, ha sido de gran importancia en la inclusión de una perspectiva cultural, reflexiva y crítica en el campo de la psiquiatría. Como efecto negativo, estas perspectivas han privilegiado en muchas ocasiones el estudio de la cultura como “fenómeno autocontenido” (Bloch 2012), donde todo se explica a través de una “transmisión cultural exhaustiva” (Boyer 1994), cerrando de este modo la posibilidad de diálogo con otras disciplinas provenientes de las ciencias naturales. Por otro lado, la antropología médica también ha podido generar un corpus de conocimiento involucrado en el diálogo interdisciplinario y la integración de niveles de análisis. Actualmente, tanto en el campo de la antropología como de la psiquiatría, se extiende cada vez más la necesidad de nuevos enfoques que contemplen e integren explicaciones culturales y naturales. Si bien los distintos sistemas biológico, neurológico, psicológico, social y cultural operan en distintos niveles, éstos no se encuentran separados sino en constante interacción, siendo que cada nivel necesita del otro para llenar sus vacíos y así dar cuenta de la complejidad que involucra el estudio del ser humano (Bernard 2011; Morin 2008).

Bibliografía

- Al-ISSA, I. (1995) "The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture", *British Journal of Psychiatry* 166(3), pp. 368–373.
- APA. (1995) *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- APA. (2013) *DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- APUD, I. (2017) "Science, Spirituality, and Ayahuasca. The problem of consciousness and spiritual ontologies in the academy", *Zygon. Journal of Religion and Science* 52(1), pp. 100–123.
- AYONRINDE, O. (2008). Brain fog syndrome: New wines in old bottles or old wine in new bottles. *Nigerian Journal of Psychiatry* 6(2), pp. 47–50.
- AYONRINDE, O., y BHUGRA, D. (2015) "Culture-bound syndromes", In Bhugra, D. y Malhi, G. S. (eds) *Troublesome Disguises: Managing Challenging Disorders in Psychiatry: Second Edition*, London: John Wiley & Sons, pp. 158-173.
- BALU, D. T. (2016) "The NMDA Receptor and Schizophrenia: From Pathophysiology to Treatment", *Advances in Pharmacology* 76, pp. 351–382.
- BASTIDE, R. (1988) *Sociología de las Enfermedades Mentales*, México D.F.: Siglo XXI.
- BENROS, M. E. et al. (2014) "A nationwide study on the risk of autoimmune diseases in individuals with a personal or a family history of schizophrenia and related psychosis", *American Journal of Psychiatry* 171(2), pp. 218–226.

- BERNARD, R. (2011) *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*, Maryland: Altamira Press.
- BHUGRA, D. y BHUI, K. (2018) *Textbook of Cultural Psychiatry*, Cambridge: Cambridge University Press.
- BHUGRA, D. y MALHI, G. S. (2015) *Troublesome Disguises: Managing Challenging Disorders in Psychiatry*, London: John Wiley & Sons.
- BLOCH, M. (2012) *Anthropology and the cognitive challenge*, Cambridge: Cambridge University Press.
- BOYER, P. (1994) *The Naturalness of Religious Ideas*, Los Angeles: University of California Press.
- BURT, D., CREESE, I. y SNYDER, S. (1977) "Antischizophrenic Drugs: Chronic Treatment Elevates Dopamine Receptor Binding in Brain", *Science* 196, pp. 326–328.
- CANNON, M., JONES, P. B. y MURRAY, R. M. (2002) "Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review", *American Journal of Psychiatry* 159(7), pp. 1080–1092.
- CAPONI, S. y MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Á. (2013) "Kraepelin , el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos", *Scientiae Studia* 11 (3), pp. 467–489.
- CARDNO, A. G. et al. (1999) "Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series", *Archives of General Psychiatry* 56(2), pp. 162–168.
- CHOONG, C., HUNTER, M. D. y WOODRUFF, P. W. (2007) "Auditory hallucinations in those populations that do not suffer from schizophrenia", *Current Psychiatry Reports* 9(3), pp. 206–212.
- CHOUINARD, G. y JONES, B. D. (1980) "Neuroleptic-Induced Supersensitivity Psychosis: Clinical and Pharmacologic Characteristics", *American Journal of Psychiatry* 137(1), pp. 16–21.
- COMELLES, J. M. (2003) "Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* 19, pp. 111–131.
- EDGERTON, R. E. y COHEN, A. (1994) "Culture and Schizophrenia: the DOSMD Challenge", *British Journal of Psychiatry* 164, pp. 222–231.
- ERRICO, F. et al. (2018) "The Emerging Role of Altered D-Aspartate Metabolism in Schizophrenia: New Insights From Preclinical Models and Human Studies", *Frontiers in Psychiatry* 9(559), pp. 1-10.
- FROMM-REICHMANN, F. (1959) *Psychoanalysis and Psychotherapy*, Chicago: University of Chicago Press.
- FUSAR-POLI, P. et al. (2013) "Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 37(8), pp. 1680–1691.

- GEERTZ, H. (1968) "Latah in Java: a theoretical paradox", *Indonesia* 3, pp. 93–104.
- GRIFFITH, E., GONZÁLEZ, C. y BLUE, H. (2000) "Bases de la psiquiatría cultural", in Hales, R., Yudofsky, S., y Talbott, J. (eds), *DSM IV. Tratado de Psiquiatría*, Barcelona: American Psychiatric Press - Masson, pp. 1459–1487.
- GRIMBY, A. (1993) "Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87(1), pp. 72–80.
- GROB, G. N. (1991) "Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality", *American Journal of Psychiatry* 148(4), pp. 421–431.
- HEALY, D. et al. (2008) "Historical overview: Kraepelin's impact on psychiatry", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 258(SUPPL. 2), pp. 18–24.
- HOWES, O. D. y MURRAY, R. M. (2014) "Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model", *Lancet* 383(9929), pp. 1677–1687.
- HUGHES, C. C. (1998) "The Glossary of 'Culture-Bound Syndromes' in DSM-IV: A critique", *Transcultural Psychiatry* 35(3), pp. 413–421.
- INSEL, T. R. (2010) "Rethinking Schizophrenia", *Nature* 468, pp. 187–193.
- JABLENSKY, A. et al. (1992) "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-Country Study", *Psychological Medicine, Monograph*, pp. 1–97.
- JENKINS, J. H. (1991) "Anthropology, Expressed Emotion, and Schizophrenia", *Ethos* 19, pp. 387–431.
- JENKINS, J. H. (1998) "Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders. Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV", *Transcultural Psychiatry* 35(3), pp. 357–376.
- JENKINS, J. H. y CARPENTER-SONG, E. (2005) "The new paradigm of recovery from schizophrenia: Cultural conundrums of improvement without cure", *Culture, Medicine and Psychiatry* 29(4), pp. 379–413.
- JENKINS, J. y KOZELKA, E. (2017) "Global Mental Health and Psychopharmacology in Precarious Ecologies: Anthropological Considerations for Engagement and Efficacy", in White, R.G. et al. (eds) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, Londres: Palgrave Handbooks, pp. 151-168.
- JOHNSTONE, E. C. et al. (1976) "Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia", *Lancet* 2(7992), pp. 924–926.
- KALLMANN, F. (1946) "The Genetic Theory of Schizophrenia", *American Journal of Psychiatry* 103, pp. 309–322.
- KALRA, G., BHUGRA, D. y SHAH, N. (2012) "Cultural Aspects of Schizophrenia", *International Review of Psychiatry* 24(5), pp. 441–449.

- KAWA, S. y GIORDANO, J. (2012) "A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice", *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 7(2), pp. 1-9.
- KENNY, M. (1978) "Latah: the symbolism of a putative mental disorder", *Culture, Medicine and Psychiatry* 2, pp. 209–231.
- KENNY, M. (1983) "Paradox Lost: The Latah Problem Revisited", *Journal of Nervous and Mental Disease* 171, pp. 159–167.
- KLEIN, M. (1987) *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós.
- LAKE, C. R. (2012). *Schizophrenia is a Misdiagnosis. Implications for the DSM-5 and the ICD-11*, New York: Springer.
- LANSKA, D. J. (2018) "Jumping Frenchmen, Miryachit, and Latah: Culture-Specific Hyperstartle-Plus Syndromes", in Bogousslavsky, J. (ed), *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus. Part II – From Psychiatry to Neurology*, Montreux: Karger, pp. 121-131.
- LARØI, F. et al. (2014) "Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions", *Schizophrenia Bulletin* 40(4), pp. 213–220.
- LEFF, J. et al. (1992) "The International Pilot, Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings", *Psychological Medicine* 22, pp. 131–145.
- LEVITT, J. J. et al. (2010) "A selective review of volumetric and morphometric imaging in schizophrenia", *Current Topics in Behavioral Neuroscience* 4, pp. 243–281.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, R. y KIRMAYER, L. (2019) "Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Understanding symptom experience and expression in context", *Transcultural Psychiatry* 56 (4), pp. 786-803.
- LUHRMANN, T. M. (2007) "Social defeat and the culture of chronicity: or, why schizophrenia does so well over there and so badly here", *Culture, Medicine and Psychiatry* 31(2), pp. 135–172.
- LUHRMANN, T. M. (2013) "Making God real and making God good: Some mechanisms through which prayer may contribute to healing", *Transcultural Psychiatry* 50(5), pp. 707–725.
- LUHRMANN, T. M. et al. (2019) "Beyond Trauma: A Multiple Pathways Approach to Auditory Hallucinations in Clinical and Nonclinical Populations", *Schizophrenia Bulletin* 45(1), pp. 24–31.
- MCNEIL, T. F., & KAIJ, L. (1973), "Obstetric complications and physical size of offspring of schizophrenic, schizophrenic-like, and control mothers", *British Journal of Psychiatry* 123(574), pp. 341–348.
- MEZZICH, J. E. et al. (1996) *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective*, Arlington: American Psychiatric Association.

- MOLLOY, C. et al. (2011) "Is traumatic brain injury a risk factor for schizophrenia? A meta-analysis of case-controlled population-based studies", *Schizophrenia Bulletin* 37(6), pp. 1104–1110.
- MORIN, E. (2008) *On Complexity*, New Jersey: Hampton Press.
- MURPHY, H. B. et al. (1963) "Cross-cultural survey of schizophrenic symptomatology", *International Journal of Social Psychiatry* 9, pp. 237–249.
- MURRAY, R. M. (2016), "Mistakes I Have Made in My Research Career", *Schizophrenia Bulletin* 43(2), pp. 253–256.
- MURRAY, R. M. y LEWIS, S. W. (1987) "Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder?", *British Medical Journal* 295(6600), pp. 681–682.
- NDETEI, D. M. y VADHER, A. (1984), "A comparative cross-cultural study of the frequencies of hallucination in schizophrenia", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 70(6), pp. 545–549.
- OMS (1973) *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, Geneva: OMS.
- OMS (1979) *Schizophrenia: an international follow-up study*, Chichester: John Wiley & Sons.
- OMS (2007) *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*, Madrid: Editorial Panamericana.
- ORLOVSKA, S. et al. (2014) "Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113,906 persons with head injury", *American Journal of Psychiatry* 171(4), pp. 463–469.
- OWEN, M. J. (2011) "Is there a schizophrenia to diagnose?", *World Psychiatry* 10(1), pp. 34–35.
- PUSSETTI, C. (2006) "A Patologização da Diversidade. Uma Reflexão Antropológica sobre a Noção de Culture-bound Syndrome", *Etnográfica* 10(1), pp. 5–40.
- READ, U. (2012) "'I want the one that will heal me completely so it won't come back again': The limits of antipsychotic medication in rural Ghana", *Transcultural Psychiatry* 49(3–4), pp. 438–460.
- REVELEY, A. M. et al. (1982) "Cerebral ventricular size in twins discordant for schizophrenia", *Lancet* I(8271), pp. 540–541.
- ROSENHAN, D. (1973), "On being sane in insane places", *Science* 179, pp. 250–258.
- RUBEL, A. J., O'NEILL, C. W. y COLLADO, R. (1984) *Susto: A Folk Illness*, Berkeley: University of California Press.
- SAMAHA, A.-N. et al. (2007) "'Breakthrough' Dopamine Supersensitivity during Ongoing Antipsychotic Treatment Leads to Treatment Failure over Time", *Journal of Neuroscience* 27(11), pp. 2979–2986.

- SCHEPER-HUGHES, N. (1979) *Saints, Scholars and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*, Berkeley: University of California Press.
- SCHIZOPHRENIA WORKING GROUP OF THE PSYCHIATRIC GENOMICS CONSORTIUM (2014) "Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci", *Nature* 211(7510), pp. 421–427.
- SEIDMAN, L. J. y MIRSKY, A. F. (2017) "Evolving Notions of Schizophrenia as a Developmental Neurocognitive Disorder", *Journal of the International Neuropsychological Society* 23, pp. 881–892.
- SHORTER, E. (2009) *Before Prozac The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*, Oxford & New York: Oxford University Press.
- SHORTER, E. (2015) "The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17(1), pp. 59–67.
- SIMONS, R. C. (1980) "The Resolution of the Latah Paradox", *Journal of Nervous Mental Disease* 168, pp. 195–206.
- SIMONS, R. C. (1983) "Latah II-Problems with a Purely Symbolic Interpretation", *Journal of Nervous and Mental Disease* 171, pp. 168–175.
- SIMONS, R. C. y HUGHES, C. C. (1985) *Culture, Illness, and Healing. Studies in Comparative Cross-Cultural Research*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- ST CLAIR, D. et al. (2005) "Rates of adult schizophrenia following prenatal exposure to the Chinese famine of 1959-1961", *Journal of the American Medical Association* 294(5), pp. 557–562.
- SUSSER, E. S. y LIN, S. P. (1992) "Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944–1945", *Archives of General Psychiatry* 49(12), pp. 983–988.
- TATEYAMA, M. et al. (1993) "Comparison of schizophrenic delusions between Japan and Germany", *Psychopathology* 26(3–4), pp. 151–158.
- TECHERA, A., APUD, I. y BORGES, C. (2010) *La Sociedad del Olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, Montevideo: CSIC-UdelaR.
- TIEN, A. Y. (1991) "Distributions of hallucinations in the population", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 26(6), pp. 287–292.
- UDINA, M. et al. (2013) "Dhat syndrome: A systematic review", *Psychosomatics* 54 (3), pp. 212–218.
- US-UK CROSS-NATIONAL PROJECT (1974) "The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London", *Schizophrenia Bulletin* 1(11), pp. 80–102.
- WEINBERGER, D. R. (1987), "Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia", *Archives of General Psychiatry* 44(7), pp. 660–669.

WHITE, R. et al. (2017) *Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, London: Palgrave Press.

WIUM-ANDERSEN, M. K., ØRSTED, D. D., & NORDESTGAARD, B. G. (2014) "Elevated C-reactive protein associated with late- and very-late-onset schizophrenia in the general population: a prospective study", *Schizophrenia Bulletin* 40(5), pp. 117–127.

YAMAMOTO, J. et al. (1969) "Mourning in Japan", *American Journal of Psychiatry* 125(12), pp. 1660–1665.

YAP, P. M. (1952) "The latah reaction: its pathodynamics and nosological position", *Journal of Mental Science* 98, pp. 515–564.

© Copyright Ismael Eduardo Apud, 2019

© Copyright *Quaderns de l'ICA*, 2019

Fitxa bibliogràfica:

APUD, Ismael Eduardo (2019), "Del latah a la esquizofrenia. Una revisió de les categories psiquiàtriques desde la antropologia mèdica", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 35, Barcelona: ICA, pp. 129-148. [ISSN 2385-4472].

