

ENFERMEDAD Y CURACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL*

ILLNESS AND CURE FROM A CULTURAL PERSPECTIVE

Heiman Nupan Criollo**

Candidato a Magister en Psicología,
Énfasis Psicología Cultural, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia

Fecha de recepción:
10 de mayo de 2011
Fecha de aprobación:
15 de septiembre de 2011

Palabras claves:

Cultura, curación, enfermedad, medicina tradicional, psiquiatría

RESUMEN

La enfermedad mental tiene significado para muchos en nuestras días, como la definición descrita en occidente por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Sin embargo, en el mundo actual, además de esta definición, coexisten con ella otros significados que obedecen por su práctica, precisamente a la reproducción de sistemas de detección y curación de la enfermedad, propios de la medicina tradicional o medicina no convencional. Estos dispositivos de curación guardan una estrecha relación con determinadas particularidades culturales que son propias de cada sociedad específica. El *mal-viento* en una sociedad tradicional agraria de Colombia, o la *palpitación y estupor en la Medicina Tradicional China*, son enfermedades que se rigen en su detección y curación, a sistemas propios de sus contextos. Estas diferencias culturales permiten sugerir que no se puede pretender universalizar los significados de normalidad y patología, ya que ellos son dependientes de cada cultura.

Key words:

Culture, cure, illness, traditional medicine, psychiatry.

ABSTRACT

Mental illness is relevant for many people nowadays, as the definition described in occident by the *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders*. However, in the current world, besides this definition, other meanings coexist with it, obeying to their practice, to the reproduction of detection systems and cure of the illness, characteristic of the traditional medicine or non-conventional medicine. These cure devices keep a narrow relationship with certain cultural particularities that are characteristic of each specific society. The *mal viento* in an agrarian traditional society of Colombia or the *throb and stupor in the Traditional Medicine China*, are diseases governed in their detection and cure, to own systems, characteristic of their context. These cultural differences allow suggesting that you cannot seek to universalize the meanings of normality and pathology, since their meaning is dependent of each culture.

* Artículo de Reflexión y Reporte de caso

** Psicólogo, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia. Candidato a Magister en Psicología, Instituto de Psicología, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Correo electrónico: masheiman@hotmail.com

Lo cotidiano es lo que se nos da cada día (o nos toca en suerte), lo que nos preocupa cada día, y hasta nos oprime, pues hay una opresión del presente. Cada mañana, lo que retomamos para llevar a cuestras, al despertar, es el peso de la vida, la dificultad de vivir, o de vivir en tal o cual condición, con tal fatiga o con tal deseo. Lo cotidiano nos relaciona íntimamente con el interior. Se trata de una historia a medio camino de nosotros mismos, casi hacia atrás, en ocasiones velada; uno no debe olvidar ese “mundo memoria”, según la expresión de Péguy. Semejante mundo nos interesa mucho, memoria olfativa, memoria de los lugares de la infancia, memoria del cuerpo, de los gestos de la infancia, de los placeres. Tal vez no sea inútil reiterar la importancia del dominio de esta historia “irracional”, o de esta “no-historia”, como todavía la llama A. Dupront. Lo que interesa de la historia de lo cotidiano es lo invisible...

Paul Leulliot**

El propósito del presente ensayo es pensar una serie de experiencias y modos de tratar las patologías, que en muchos casos son totalmente diferentes de la forma como se clasifican y diagnostican desde el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Se adopta para dicha reflexión una perspectiva cultural que encuentra en la vida cotidiana de muchas personas y en las construcciones de significado de otras sociedades, una variabilidad de sentidos al momento de tratar la enfermedad y buscar la cura.

En esta oportunidad empezaré con un breve relato de una persona: mi madre, quien forma parte de la comunidad de Jongovito (población rural del municipio de Pasto - Colombia). La señora Rosa Matilde (comunicación personal, octubre 2010), quien en su relato me describe cómo su hija (mi hermana Nancy) adquirió un “mal-viento” y la forma como fue curada, por una persona que sabía hacerlo; en este caso una vecina de la comunidad, la señora Laura Buesaquillo.

Días atrás, en una conversación alrededor de la mesa del comedor, mi madre relató, retomando de su pasado, un suceso que tenía que ver con el “mal viento”:

Rosa: se fue tu papá al velorio de mi abuelo (Luis Criollo M.) y llegó y se sentó en el filo de la cama. La niña estaba dormida y yo no sé por qué ella alzó a mirar, y lo miró y se asustó (¡ah!) y se metió así en mi seno. Bueno, de allí pasadas como unas dos horas, cuando se despertó, ella empezó a llorar y le dio vómito; cuando en un ratito le dio soltura; se soltó la niña en diarrea. Al otro día yo iba a verla a la finada Adela que

también curaba de *mal viento*. (En el camino) me encontré a la Rosa Débora y le conté que la niña estaba con soltura. Me dijo que la llevara a donde Doña Laura, “donde mi comadre Laura”, dijo. Doña Laura vivía al lado de la Iglesia y tenía una tiendita y a esas horas, por motivo de la inauguración de que iba a llegar el avión, se había ido con ventas para allá.

Heiman Nupan Criollo (HNC): ¿Lo que me cuenta del aterrizaje del avión iba a ser aquí en Jongovito?

Rosa: sí, eso era como en febrero de 1971, la niña tenía como 3 meses. Bueno, de allí no había estado ella (Doña Laura) y entonces había estado el esposo, Don Manuel Benavides. Y entonces él dijo que la niña tenía *aire de ánima*.

HNC: ¿cómo se dio cuenta Don Manuel de lo que tenía la niña?

Rosa: él le tocó el pulso en la mano y en el cuello. Me dijo, “vaya y traiga ruda, altamizo (*altamisa*), gallinazo, coquindo (esta planta la vendían los indígenas por el centro de la ciudad, por la Iglesia de La Merced) y aguardiente. Eso sí, me dijo, ‘traiga un buen poco de aguardiente y véngase a las seis de la tarde, pero, no vaya a decirle a la Laura que yo la he soplado porque se pone brava. Ella dice que yo no sé, pero yo también sé. Ella la cura’. Ya en la tarde, cuando fui, Doña Laura me dijo, ‘ella ha tenido un fuerte aire de ánima’ (le tocó el pulso y el corazón). Me dijo, ‘camine, venga para adentro’. Entonces me llevó a la cocina y metió las ramas en el fogón y de allí la escobiaba (escobaba). Después cogió el aguardiente, el coquindo¹ y el cigarro de rama, (no el cigarrillo) y la sopló. Ella dijo (al terminar), la niña le ha dado un fuerte aire de ánima. Entonces le conté que el Cesar se había venido al velorio del abuelo. Entonces ella dijo, huy, Don Luis casi se lleva a la niña. Me la curó cuatro veces, al otro día a las seis de la

**Paul Leulliot, prefacio en GuyThuillier, *Pour une histoire du quotidien XIX siècle en Nivernais*, Paris y La Haya, Mouton, 1977, pp. XI-XII. Este prefacio se encuentra en el libro *La invención de lo cotidiano*, 2. de Michel de Certeau, Luce Giard y Pierre Mayol. Universidad Iberoamericana. Paris: Gallimard, 1994. 1ª reimpression en español, 2006, p. 1.

¹ Según Plutarco Naranjo y Antonio Crespo (editores) en el libro *Ethnomedicina: Progresos Italo-Latinoamericanos*, Memorias del IV Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina “Felice Fontana”, 6-9 de noviembre de 1995, en Quito, Ecuador, se reconoce que la palabra Coquindo o pepa de indio (*Aspidosperma Album Vahl*, Apocynaceae), como una planta que en infusión, sirve para los nervios y la epilepsia.

mañana, al mediodía y a las seis de la tarde, y más la soplada de Don Manuel, cinco veces. Después (en la última soplada) ella dijo, *'le coge en una bolsita de tela verde, le pone estas ramitas y con un cordoncito se la sostiene del cuello de la niña para que no le pegue, porque como es tiernita eso le puede volver a pegar después'*; queda débil, quiso decir ella, para los mal-vientos. Y eso la curó, porque más otra cosa no le dimos.

HNC: ¿qué más hizo Doña Laura para curar a la niña?

Rosa: sí, tocaba sacarle todo, la niña quedó desnudita y luego la elevaba entre la hoguera de la cocina moviéndola de un lado a otro y decía, *'santo dios, santo fuerte, santo inmortal...'* y ella oraba y oraba. Ella la curó, porque nosotros no le dimos pastillas, ni nada.

Preguntarse si la causa del *mal viento* es o no real, si la cura es o no efectiva (eficaz), significa para mi caso, que soy un interesado en los asuntos de la salud psicológica y la perspectiva cultural, introducirme en aspectos interpretativos que buscarían sobrepasar los niveles descriptivos del caso que de ninguna manera pueden ser despreciados. Por el contrario, son ellos mismos los que sirven de material e incitan la labor investigativa.

Años atrás había formado parte de aquellos relatos de *"mal-viento"*, *"ojeado"* (mal de ojo), *"enduendado"*, *"llevado por la vieja"*, *"asustado"*. En algunos casos, relatos escuchados en otros, experiencias de infancia vividas. Estos relatos iban y venían en este contexto – en un pueblo campesino como Jongovito– formaban parte de la vida cotidiana de esta cultura. Cultura en la que he vivido desde mi nacimiento. Respecto a aquellos relatos, no había pensado que dichas historias eran más que historias contadas alrededor del fogón de la cocina o mientras se participaba en una cosecha de papas. Hoy, desde una perspectiva cultural, puedo decir que estos relatos tienen significados propios de acuerdo con la particularidad desde donde provengan. Es decir, tienen sentido desde la cultura donde se construyen, asunto que permite considerar que una cultura determina una infinidad de significados específicos que pareciendo naturales para unos, son ajenos y extraños para otros. A. Sampson (2000) especifica,

respecto a la importancia que ejerce la cultura en la vida de las personas:

...por 'cultura' hay que entender un andamiaje de sistemas semióticos articulados entre sí que cubre la totalidad de la existencia de los seres humanos: sistemas alimenticios, vestimentarios, de género, de creencias, de sentimientos, de narraciones canónicas, etc., etc. Toda cultura es así un formidable aparato interpretativo que cumple la función de proporcionar significaciones, de volver inteligible y controlable –al grado al cual la finitud humana lo permite – el espacio natural y humano. (p. 262)

De esta manera, una conversación cotidiana sobre el *"mal viento"* se vuelve coherente. No es un relato disparatado que se encuentra por fuera de una explicación racional en asuntos de la enfermedad y la salud. Sin embargo, si buscáramos la explicación de su etiología o la *eficacia* de su tratamiento en la psicología general, no pasaría de ser calificada de absurda y de falta de científicidad, en el mejor de los casos, ya que por otro lado, podría llegar a pensarse que la persona que manifestó dicho relato podría tener una estrecha relación con un estado de locura.

Pues bien, si la determinación de si el *mal viento* dependiera del *Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM)*, encontraríamos que dicho caso puede ser tratado, considerando lo prescrito en "Glosario de síndromes dependientes de la cultura" y en "Esquema para la formulación cultural de casos", máxime cuando en el inicio del DSM-IV y DSM-IV-TR se encuentra la siguiente advertencia: "Un médico que no esté familiarizado con los matices de un marco cultural del individuo de referencia puede juzgar de forma incorrecta como psicopatológico, las variaciones normales en el comportamiento, las creencias, o las experiencias que son particulares a la cultura del individuo." (*American Psychiatric Association [APA]* citado por Marcella & Yamada, 2007, p. 797). Esto haría suponer que tanto los profesionales de la salud mental como el sistema de salud pública, en este caso de Colombia, tienen pleno conocimiento y manejo de los aspectos centrales. Pero, lastimosamente no es

así. Primero, se conserva aún el uso del DSM desde una perspectiva totalmente biologicista, lo que hace suponer que la etiología, expresión, evaluación, diagnóstico y tratamiento de una determinada patología, se la buscaría en la neurología y en el organismo individual. Por otro lado, no se tiene en cuenta la cultura como tal y se pretende abstraer al individuo de su contexto, creyendo que el problema está exclusivamente en la mente (biologizada) del paciente.

[Para el DSM-III (1980)] "...cada uno de los trastornos mentales se conceptualiza como un comportamiento clínicamente significativo o un síndrome psicológico o patrón que se produce en un individuo y que se asocia típicamente con cualquier síntoma doloroso (angustia) o la alteración en una o más áreas de funcionamiento (discapacidad). Además, como lo expresa Cooper (2004) hay una inferencia de que existe una disfunción comportamental, psicológica o biológica, y que la alteración no está sólo en la relación entre el individuo y la sociedad". (p. 6) y que en adelante, en las otras versiones actualizadas del DSM no hay cambios sustanciales, permaneciendo en esencia este mismo significado.

Como se puede ver, el hecho de asumir un concepto específico para los trastornos, no permite ver la variabilidad de entidades que son posibles de obtener de acuerdo con el número de culturas que existen en el mundo. Es decir, una definición de enfermedad mental como la creada por el DSM, que es un manual de origen occidental, limita otros sentidos que existen en diversas culturas, dejando por fuera al mismo tiempo el reconocimiento de "síndromes dependientes de la cultura". Además, si bien el DSM establece diferencias entre la versión del DSM-III y el DSM-IV y DSM-IV-TR, reconociendo lo cultural en la psicopatología de los trastornos mentales, el interés en el manual no sobrepasa seis de las mil páginas que constituyen su contenido (843-849). Más aun, se puede profundizar en el sesgo de la definición, especificando que las culturas construyen significados de normalidad y patología

que pueden variar considerablemente de aquellos que se consideran de carácter universal. Kirmayer, editora en jefe de la *Revista Transcultural de Psiquiatría* (1998), (p. 342) nos dice: "En última instancia, sea cual sea el grado en que podemos universalizar las categorías del DSM, eligiendo el nivel adecuado de abstracción, el diagnóstico sigue siendo una práctica social que debe ser estudiada, criticada y aclarada por el análisis cultural." (Marsella & Yamada, 2007, p. 799), lo cual permite sugerir que si se mantiene un solo manual, como el de la APA en este caso, se terminaría utilizando las mismas etiquetas de siempre: las de la psiquiatría clásica del siglo XIX.

El asunto a resaltar, en la falta de coherencia entre la teoría y la práctica, en este caso en lo referido por el DSM-IV y el DSM-IV-TR y la atención del personal profesional, en cuestión de atención de los llamados *trastornos mentales*, es precisamente, porque no se tiene en cuenta las particularidades culturales de las que este tipo de casos son dependientes: *mal-viento, ojeado (mal de ojo), enduendado, llevado por la vieja, asustado*. Por el contrario, lo que se busca es encuadrar unos síntomas en una entidad psicopatológica descrita en el manual. Chacaborty (1991), un psiquiatra indo-asiático, referido por Marsella & Yamada (2007) en su texto "*Culture and Psychopathology. Foundations, Issues, and Directions*", escribieron:

Aun cuando los estudios fueron sensibles y el objetivo era mostrar las diferencias relativas causadas por la cultura, las ideas y las herramientas fueron derivadas de un área circunscrita al pensamiento europeo. Esta dificultad todavía continúa y, a pesar de las modificaciones, la psiquiatría, en general, sigue estando arraigada en la clásica clasificación de Kraepelin del siglo 19, en cuya esencia está la descripción de las dos principales "enfermedades mentales" vistas en los hospitales mentales de su tiempo: la esquizofrenia y la maniaco - depresión. La investigación se ve limitada por este punto de vista de la psiquiatría. Un patrón central (occidental) de los trastornos se identifica y es tomado como norma por la cual otros (locales) patrones son vistos como variaciones menores. Tal construcción implica una cierta

insuficiencia por parte de aquellos pacientes que no llegan a un “estándar”. Aunque pocas personas estarían de acuerdo con tales declaraciones, hay evidencia del sesgo, basada en valores, y corrientes a menudo racistas en psiquiatría. Los psiquiatras en el mundo en desarrollo han aceptado un marco de diagnóstico llevado a cabo por la medicina occidental, pero que no parece tener en cuenta la diversidad de patrones de comportamiento que ellos encontraron. (p. 799)

En el caso de Colombia, respecto de la advertencia que se encuentra en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994, p. xxiv; 2000, p. xxxiv), de la responsabilidad que los médicos deberían tener del marco cultural de sus pacientes, parece no haber eco en los hospitales psiquiátricos, los cuales están completamente determinados por el uso clasificatorio de las entidades que se encuentran en el manual.

Si bien los médicos conceden críticas a la postura biologista, ésta sólo se hace entre ellos mismos. Nada relevante; por el contrario, con sus pacientes y estudiantes reproducen el modelo kraepleano. De igual manera sucede con el *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*, el cual utiliza en su tratado los criterios diagnósticos del DSM IV y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10). El estudio indica una prevalencia diagnóstica e interés en Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad y Trastornos relacionados con sustancias.

El asunto aquí es que, en lo que han llamado prevalencia de “otros trastornos” o “cualquier trastorno”, no se señala ninguno que pertenezca a los “síndromes relacionados con la cultura”. Esto pone en cuestión la falta de interés en la diversidad cultural, asunto que es de suma importancia cuando se trata de restaurar la salud de una persona. Y esto no termina aquí: cuando el sistema de salud pública no ha reconocido “las variaciones normales en el comportamiento, las creencias, o la experiencia que son particulares a la cultura del individuo” (DSM, 1994, 2000, p. xxiii), se reproduce un tipo de psiquiatría que obedece al modelo bio-médico, lo cual no sólo es asunto del terapeuta, sino que dicho modelo se convierte en la elaboración de programas que bus-

can enseñar a las personas cómo detectar y buscar una solución ante determinados trastornos. Prueba de ello es el *Estudio de Salud Mental en Colombia* del año 2003 y, específicamente la elaboración de manuales en el departamento de Nariño por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (*Manual para agentes comunitarios en salud mental. Guía para el manejo de la salud mental en la comunidad, 2008*), manuales que permiten a cualquier persona (sin ser profesional o especialista) a través de un sistema de capacitación, la atención primaria de trastornos mentales de acuerdo con el CIE-10 o el DSM-IV.

Los cambios de comportamiento a los que un individuo se ve sujeto, debido a estados patológicos, causan demasiada confusión en sus familias y entre quienes forman parte de su comunidad. Esto no puede dejar de ser relevante, en la medida en que el discurso biomédico ha tomado entre sus manos la responsabilidad de explicar y tratar todo tipo de enfermedades.

Para los médicos que comparten este tipo de medicina, la medicina alopática (como se la conoce), las enfermedades que no son de tipo orgánico, deben ser tratadas como funcionales; es decir, son los especialistas en la salud mental -psiquiatras, psicólogos y otros que se encuentren asociados con la neurobiología-los que deben seguir el tratamiento debido.

Pero, el tema aquí es que estos especialistas comparten el mismo modelo biomédico de tratamiento, y en la mayoría de las veces recurren a manuales y fármacos que permiten identificar el tipo de entidad patológica y la receta médica respectiva. En este tipo de tratamiento no se distingue si el caso que se atiende tiene que ver con una etiología de carácter cultural, es decir, que lo que el individuo presenta, quizá no esté en el manual de clasificación y, por lo tanto, el tratamiento que este manual recomienda, quizá tampoco sea el indicado. Para citar un ejemplo, con base en los aportes de Sampson, en una de las sesiones de clase de “Fundamentación Teórica” de la Maestría en énfasis en Psicología Cultural del Instituto de Psicología de la Universidad

del Valle (2010) se presenta el caso de una mujer que ha sido remitida a un hospital psiquiátrico:

Una mujer de la costa pacífica, un caso que tiene mucho que ver con las prácticas sexuales, la formación de pareja, donde hay una extraordinaria inestabilidad. Desde ese punto de vista, el hombre (el compañero) se va a vivir con ella y al rato la cambia por otra (...) Entonces la persona (la mujer) hospitalizada está convencida de que le han hecho brujería y ella sabe precisamente cuándo se la hicieron y a qué hora. Por eso para ella, el “tipo” se fue con la otra mujer: la malévola, esa que la sacó de allí. Según la mujer, lo que han hecho con la brujería es meterle un *chimbilaco* en la cabeza. Entonces ella lo tiene dentro de la cabeza y siente que está allí y que le raspa desde adentro...

La pregunta sería ¿cuál es el tipo de entidad desde el DSM-IV en la que entraría este caso?, ¿quizá esquizofrenia paranoide? El asunto es poder evidenciar que el DSM-IV es insuficiente al momento de tratar ciertas patologías, no tanto porque sea necesario aumentar una o más entidades, sino que se necesita dejar de clasificar de la manera como se ha venido haciendo, dejar de generalizar y universalizar entidades que no tienen la misma etiología, expresión, evaluación, diagnóstico y tratamiento que el descrito en sus páginas, pues, por el contrario, existen patologías (significados de anormalidad) que están sujetas a particularidades culturales específicas.

El caso de la locura, si bien se conoce más sobre ella, no deja de ser una molestia que llega a ocasionar pánico en la sociedad. No se sabe qué hacer con quien la padece. Se recurre a la alienación, se exime al individuo de todo contacto que signifique relacionarse con otros. “Entonces – nos dice Sampson (citado en el curso de la Universidad del Valle, 2010) – nos encogemos de hombros y simplemente dejamos allí tirada la idea de la causalidad absolutamente individual, el asunto de que usted es responsable de eso. Efectivamente, todo recae sobre la persona; es su asunto, no es el asunto nuestro, ni de la comunidad, ni del grupo, [ni de nadie] En últimas, no hay la sensibilidad hacia las diferencias culturales, llegando a catalogar de esquizofrenia

lo que no lo es, conllevando a consecuencias muy graves para la persona. El caso del ‘efecto bucle’: por ejemplo, el hecho de que una vez que uno ha sido catalogado como esquizofrénico, entonces, termina siendo esquizofrénico y comportándose como tal.”

Tanto el *mal viento* en la niña de Jongovito producido por un *ánima de muerto*, como el caso de la mujer que siente un *chimbilaco*² en su cabeza producto de un acto de brujería, no encuentran espacio en el DSM-IV. No tanto porque el manual no incluye un glosario de síndromes dependientes de la cultura, sino más bien porque el sistema y los profesionales encargados de estos asuntos comparten un mismo modelo de medicina; en este caso, el modelo de la cultura occidental. Parece ser que es más fácil diagnosticar a un paciente e identificarlo desde una determinada entidad patológica y tratarlo con drogas psiquiátricas.

¿Psicopatología: una tradición desde los griegos?

Respecto a los orígenes de la psicopatología en occidente, antes de avanzar, es pertinente considerar que lo que hoy se conoce como herencia de una cultura occidental, no es igual a lo que nuestros antecesores trataron. Al respecto, Sampson (2000) nos dice:

Pues hubo una época - de hecho una larguísima época de muchos siglos de duración, desde la Grecia clásica, prácticamente hasta los albores de la modernidad - en la que la filosofía era mucho más que una especulación teórica. Era un modo de vida, un estilo de vida, un arte de vivir. Dicho en otros términos, su vocación era irrecusablemente práctica. Se proponía enseñar a los hombres cómo vivir, cómo conducir sus vidas para alcanzar la serenidad y el sosiego en todos los ámbitos; en una palabra: cómo obtener la salud mental. Pues la filosofía, por encima de todo, era terapia: psicoterapia. Su punto de partida era la comprobación de la desdicha humana, el desasosiego, la zozobra, la ansiedad, el temor y el temblor. Pues el hombre

² En el *Diccionario Enciclopédico Quillet* (1974) Tomo Tercero, aparece la acepción “chimbilá m. Zool. Col. Nombre vulg. de los murciélagos del gen. *Phyllostomus*, de la flia. *filostómidos*; dicese también *chimbilaco*” (p.190). Es un término popular (vulgar) que se usa en Colombia para designar al murciélago.

vive en la incertidumbre, es víctima de ansias y turbaciones, está desgarrado por sus pasiones, no se conoce a sí mismo, no se ha realizado a sí mismo, aún no es sí mismo. Pero mediante la *askesis* filosófica se puede operar una *metanoia*, una conversión que libere al hombre de su mal y que le permita acceder a la verdadera salud purificada de las pasiones malsanas. (p. 332)

Sin embargo, hay que distinguir que en la época de la antigua Grecia, los filósofos habían gestado una cosmovisión que era propia de su cultura. La labor de los filósofos estaba dirigida a una psicopatología dedicada a curar “la enfermedad del alma”. Y este tratamiento tuvo que llevarse a cabo en la búsqueda del cuerpo, que era donde se albergaba el alma. Esto significó para la filosofía y la medicina, especificar que la enfermedad del alma está en estrecha relación con la enfermedad del cuerpo, porque es precisamente el cuerpo, la sede del alma. De esta manera entre la filosofía, la moral y la medicina se definió lo que hoy conocemos como psicopatología.

El haber encontrado en los griegos el origen de la psicopatología, no quiere decir que permanezca igual hasta nuestros días, ya que esta tradición tan antigua y que duró varios siglos, tuvo su ruptura en el siglo XVI. Con el advenimiento de la revolución científica, Dios y el alma fueron destronados de las mentes, creencias y prácticas de los humanos. Se despojó al hombre de lo que se creía sobrenatural y se le dio la responsabilidad de explicar el mundo y dominar a la naturaleza.

De la dualidad alma-cuerpo de los griegos, pasamos hoy en día a la promulgación de la dualidad mente-cuerpo, dicotomía que prevalece, pero que ha responsabilizado al cerebro (cuerpo) en la funcionalidad de la psiquis. Es como si con la naturalización de las ciencias, todo proceso psíquico encontrara respuestas en las sinapsis que se produce entre las neuronas. Es llegar a concebir la subjetividad por razones netamente biológicas.

Sampson (2000), contrario a una posición biológica que explique la condición humana del hombre, nos dice:

La psicología humana no es “micro-reductible” a la neurociencia en la misma forma como la termodinámica fue micro-reductible a la mecánica molecular. Lo humano, muy somera y parcialmente esbozado, incluye la capacidad de amar y de odiar, de recordar, de compartir, de sentir gratitud, de ser más que un farrago de sufrimientos y de necesidades, de reconocer el tiempo, el bien - o de imaginarlo, de cometer el mal, de matarse, de pensar. Cuentan que Víctor Hugo solía decir que los animales viven; sólo el ser humano existe. (p. 26)

Otro punto de vista

Muchas culturas étnicas en Colombia aún mantienen fuertes vínculos con sus prácticas de medicina tradicional, las cuales se encuentran en estrecha relación con su cosmovisión, ante lo cual las nociones de normalidad y patología son totalmente diferentes de las descritas en manuales como el DSM-IV o el CIE-10. Se podría, si se permite usar los términos, reconocer en los saberes de estas comunidades, “manuales” totalmente diferentes en la etiología y tratamiento de lo que ellos consideran enfermedad; buscan prevalecer el saber ancestral, por lo que en el caso de la búsqueda de la salud, se hace uso de la “*medicina tradicional*”. Adonias Perdomo (2007) de la Universidad del Cauca, en el simposio “La construcción de la memoria indígena: perspectivas multidisciplinares”, nos dice:

El pueblo Nasa –habitantes de los departamentos del Cauca, Valle, Tolima, Putumayo, Huila y Caquetá, cuyo número de habitantes no sobrepasa los 140.000 – trae desde sus ancestros, un conocimiento, unos usos y unas prácticas de salud fundadas y protegidas en una convicción muy clara y definida. La medicina nasa, llamada por otros medicina tradicional, se basa en la existencia de esencias de tipo natural, sobrenatural y espiritual que afectan positiva y negativamente a las sustancias vivas presentes en la tierra o *kwe'sxfi'zekiwete*, que se traduce como ‘nuestro territorio’ o ‘pueblo nasa’. (...) La medicina nasa practicada por nuestros pueblos se ha empeñado en mantener al hombre y a la mujer nasa en armonía no sólo con la tierra, sino con cada uno de los seres vivientes que se mueven y que no se mueven. (...) Luego la armonía del hombre con la naturaleza –como

producto de la investigación, el diálogo, la concertación y la convergencia – ha significado para la historia, la construcción de una noción de salud que es constantemente dinamizada por el *thê'jwala* mediante una serie de rituales que han mantenido al pueblo nasa hasta el tiempo de hoy. (...) La medicina indígena funda sus criterios de salud, bienestar y armonía en tres grandes ejes complementarios que funcionan desde tres grandes dimensiones: la dimensión natural, la dimensión sobrenatural y la dimensión espiritual. (p. 55-57)

El *thê'jwala* en estas comunidades, es el “médico” que se encarga de curar, de acuerdo con la etiología que él identifique, que como se puede notar, tiene varios orígenes. Cuando se trata del orden natural, hay especialistas encargados según el caso; como lo manifiesta Perdomo (2007); están: el médico *ûuspkhakhsa* (pulseador) que se encarga de las enfermedades del frío, calor y susto; el médico *sûkhsaa* (sobador) que trata las fracturas y dislocaciones de huesos y el *tutxhixâ'dxsa* (partera o partero) quien atiende a las mujeres en estado de embarazo “desde el control hasta el día en el que la mujer tenga su parto”. (p. 58)

En el caso de la dimensión sobrenatural, quienes afectan la salud de los miembros de la comunidad, bien sea individual o colectivamente, son entidades sobrenaturales como el *Kxthûs* (el arcoíris), el *Êewêe* (el cometa) y el *Pta'z* (el sucio cósmico). Quien atiende estos casos es el *thê'jwala*, quien con el uso de elementos naturales en sus rituales, “aplaca y domina los efectos de estas esencias espirituales”. Es de anotar aquí y como lo expresa Perdomo (2007), que una clase de *Pta'z*, el *Pt'zçxihme* (sucio blanco), puede ser dirigido por un “médico indígena sin escrúpulos”, para que haga daño a otro individuo; de ser comprobado, es castigado por las autoridades de la comunidad. (p. 59-60)

En la dimensión espiritual, quienes producen los estados de enfermedad son los *Vxitxwe'sx*, *Hiçwe's*, que, no teniendo traducción al idioma español, se los podría llamar ‘espíritus guardianes de la casa, o de los potreros, de las quebradas y de las montañas’. Estos espíritus, dice Perdomo, no oca-

sionan daño a las personas “hasta tanto no sean las mismas personas quienes transgredan las normas de comportamiento en cada uno de los espacios donde se encuentran.” (p. 61)

Es supremamente interesante en este punto que, cuando se vuelve a los dos casos que hemos referido (la niña con el *mal viento* de ánima y la mujer que ha sido objeto de brujería), se encuentra un cierto grado de consonancia con la etiología de las enfermedades de la medicina nasa. Si bien las entidades (fuerzas del exterior) que producen la enfermedad no son las mismas en los dos casos, se puede encontrar con sus respectivas variantes, algunas semejanzas, cosa que es bastante difícil de localizar en el sistema clasificatorio y científico de los trastornos mentales en el DSM-IV.

La medicina de las sociedades que se facultan en su saber ancestral tiene en sus puntos de vista una cosmovisión y unos modos de vida particulares que se mantienen de acuerdo con una determinación cultural. Por ello es evidente que exista un entrecruce de conocimientos cuando a las sociedades tradicionales llegan dispositivos “nuevos”, que por ser tan diferenciados con respecto al origen cultural del que provienen, en vez de preservar la salud mental, lo que ocasionan en la mayoría de los casos es confusión y pérdida del valor de los dispositivos propios de su cultura. Sobre este asunto, existen diversos estudios por ejemplo, *Las mujeres lechuza* (1992) de Pinzón y Suarez, en donde se explica las consecuencias que trajo la colonización sobre los saberes tradicionales de curación en las tierras del “nuevo mundo”. Al respecto Sampson (2001) manifiesta:

(...) el curandero de las sociedades tradicionales no pretende en absoluto cobijarse bajo el manto de la respetabilidad científica y no invoca la racionalidad - en su versión occidental al menos - para fundar en ella su credibilidad. Por eso no tiene ningún sentido calificarlo a él y a sus prácticas como irracionales, como suele ser la tentación. ‘Sólo a priori podrían llamarse “irracionales” razonamientos o decisiones que afirman inscribirse en el marco de un procedimiento racional determinado y que

ignoran o contradicen las exigencias de este procedimiento', como lo dice Isabelle Stengers. Pero justamente la práctica, la acción de las etnoterapias, psíquicas o somáticas de acuerdo con nuestra dicotomía milenaria, no pretenden inscribirse en semejante marco; más bien están regidas por sistemas que sólo podrían llamarse racionalidades divergentes. En ellas, el curandero es experto; quiero decir que se trata de la implementación de técnicas específicas y no meramente de una difusa, vaga y mal definida capacidad de sugestión. (p. 10)

Ahora bien, se agrega en este apartado otro tipo de medicina que desde sus particularidades culturales aplica procedimientos diferentes para tratar una patología. Ye Chenggu (1990) es un médico tradicional chino, quien en su tratado de las *Enfermedades mentales* a través de la acupuntura y *moxibustión*, ha buscado ofrecer al lector una particular forma de tratar patologías, que pueden entenderse de cierta forma, "parecidas" en sus nombres a aquellas entidades que utilizamos y con las que tenemos una mayor familiaridad en nuestro medio, pero que en el sustento de su explicación guardan una estrecha relación con la cultura china, lo cual produce formas diferentes en el diagnóstico y tratamiento. Es de anotar que hago uso de este tratado exclusivamente tomando la identificación y tratamiento de una enfermedad, ya que desarrollar ampliamente una explicación profunda de la medicina tradicional china significaría mayor tiempo. De esta manera se podrá observar las diferencias que pueden existir al utilizar otro tipo de sistema médico diferente al occidental; es decir, al modelo biomédico que se venía reflexionando. Para Ye Chenggu (1990), una enfermedad mental se entiende como:

aquellos tipos de anomalías en los que debido a diversos motivos, en particular la excesiva excitación espiritual y psíquica, las funciones de los órganos y las vísceras del cuerpo humano pierden su normalidad, se dañan y debilitan el qi, la sangre, los líquidos corporales, el jing y la médula; o hay caos en la circulación del qi, la sangre y los líquidos. Todo esto causa disfunción del corazón y el cerebro, que se manifiesta en cambios extraños en los diversos tipos de conciencia, sentimientos, ánimo, habla y conducta. (p. 5)

De inicio se puede ver que en esta definición existe una diferencia totalmente notoria con respecto a la utilizada por el DSM-III, tomada en las primeras páginas. Se podría decir, de manera escueta que, en la definición del DSM-III no existe una "energía", *qi*, que se haya descompensado o desequilibrado y que tenga relación con una enfermedad mental; tampoco busca detallar la relación con lo orgánico (no sólo neurológico) y menos con lo "espiritual" (*shen*)³.

Ahora bien, tomaré una enfermedad que se encuentra en el texto de Ye Chenggu (1990), "palpitación y estupor", para mostrar la etiología y el tratamiento que se usa:

Se trata de un síntoma en que el paciente se siente intranquilo y tembloroso, hasta no poder controlarse. En general el síntoma es pasajero, originado por un exceso de alteraciones psicológicas y de fatiga. La palpitación se diferencia del estupor, es causada en general por factores externos: un trastorno causal, susto o enojo. La situación física es buena o relativamente buena y el mal es momentáneo y superficial. En cambio, el estupor es motivado en general por factores internos, sin susto ni terror; el paciente siente temor sin causa, lo que se repite siempre por el exceso de fatiga, y además fácilmente tiene mal estado físico; la enfermedad evolu-

³ Los términos utilizados hacen parte del uso corriente del lenguaje de la Medicina Tradicional China. A pesar de su amplitud significativa, a continuación se presenta una breve explicación: *qi* (energía interna), *jing* (esencia) y *shen* (espíritu), todos tienen una relación estrecha con la filosofía china; no se puede aislar ninguno concepto por fuera de dicho universo. El Dr. Jang Jwing-Ming se refiere a ellos en su libro *La raíz del Chi-Kung chino* (2006, p. 49-94). Tanto *jing*, *qi* como *shen* pueden tener una variabilidad de significados de acuerdo al uso idiomático que se realice de los mimos. *Jing* se puede utilizar como "esencia", es decir, que está en todas las cosas, incluido el cuerpo humano. Para el Dr. Jang Jwing-Ming "Cuando *Jing* se usa referido a animales o a seres humanos, significa la fuente más original esencial de la vida y el crecimiento. En los seres humanos, el *Jing* lo transmiten los padres. El esperma se denomina *Jing Zi*, que significa la esencia de los hijos".

El *qi* se puede definir como "energía", pero no hay que confundirla con el concepto de energía que se usa en la ciencia exactas occidentales, como la causa de transformaciones físicas o químicas de la materia. El *qi* dentro de la filosofía china es de un contenido bastante amplio, "es la fuerza natural que llena todo el universo" de allí que se especifique diferentes tipos de *qi*: *qi* celeste, *qi* terrestre, *qi* humano. En nuestro caso, el desequilibrio del *qi* conlleva a la enfermedad y a la muerte. Ahora bien para la medicina china el "*Chi* (*qi*) y la sangre están estrechamente relacionados. Donde vaya el *Chi* va la sangre (...) se cree —continúa el Dr. Yang — que la sangre es capaz de almacenar el *Chi* y que ayuda a transportarlo el *Chi* del aire a todas las células del cuerpo". El *shen* al igual que los anteriores términos tiene una variedad de usos, dependiente del contexto en el que se aplique. Nos dice el Dr. Yang, "*Shen* puede traducirse como espíritu, dios, inmortal, alma, mente, divino y sobrenatural". Para él, el *shen* tiene plena relación con la mente; el *shen* como la parte espiritual del ser no puede estar separado del funcionamiento del cerebro, de esta manera, "la mente genera la voluntad, que mantiene firme el *Shen*". En últimas, *qi*, *jing* y *shen* tienen una relación de coexistencia en el ser humano, no se puede tratar de entender su importancia de manera particular, su imbricación es ineludible.

ciona lentamente pero empeora; es un caso más grave que el anterior.

Etiología y patogénesis

[Una de las siete explicaciones] 1. Deficiencia de *qi* del corazón y de la vesícula biliar. En general el paciente tiene, constitucionalmente, insuficiencia del *qi* en el corazón y en la vesícula biliar. Cuando padece un susto repentino, el corazón y el ánimo fluctúan, no se controlan ni son dueños de sí, lo que conduce a la incesante palpitación.

[Uno de los tratamientos] Sustentar el *qi* del corazón, tonificar la vesícula biliar, calmar la mente y eliminar la sensación de miedo. Se escoge los puntos *shu*⁴ de la espalda, del meridiano *ren*⁵ y del corazón. Se usa el método tonificante coordinándolo con la moxibustión [estimulación calórica de los puntos chinos, los mismos puntos que se utilizan en la acupuntura]. (p. 129-131)

Como se puede notar, aunque en el sistema tradicional chino se busca dar comprensión al lector respecto de la etiología y tratamiento de una enfermedad, éste vincula, al igual que la medicina nasa, una sofisticación particular que tiene sentido y significación muy exclusivamente de acuerdo con la cultura a la que se pertenece.

La Medicina Tradicional China (MTCH) tiene más de cinco mil años de existencia; incluso, se afirma por un médico tradicional chino, Wong Kiew Kit (2002, 2003), y de acuerdo con descubrimientos arqueológicos en China, que existió una medicina prehistórica donde se ha encontrado como evidencia, agujas de bambú y de piedra usadas en acupuntura. Además menciona que esta medicina mantiene su coherencia con el pasar del tiempo:

Aunque parezca sorprendente, no se ha producido cambios drásticos ni revolucionarios en los aspectos filosóficos, patológicos ni terapéu-

ticos de la medicina china desde la antigüedad hasta ahora. Mientras que las nociones de las enfermedades causadas por microorganismos y de la quimioterapia que están vigentes en este siglo son completamente diferentes de las nociones de los humores y de las sangrías y las ventosas de la fase primitiva de la medicina occidental, los principios del yin y el yang y de los distintos métodos terapéuticos de los chinos son aplicados en la actualidad de una forma muy similar a la de antaño. Pero esto no significa que la medicina china no haya progresado, ni que su concepción de la enfermedad esté estancada; por el contrario, el progreso médico y la evolución conceptual han sido notables, y muchos descubrimientos y teorías están muy adelantadas con respecto a occidente. (p. 49-50)

CONCLUSIONES

En este ensayo, lo que he intentado, partiendo de un relato cotidiano de *mal viento*, pasando por una mujer embrujada, la medicina nasa y finalmente la medicina china, es abrir la posibilidad de encontrar otras explicaciones en lo que tiene que ver con la psicopatología. Es decir, es necesario considerar la variabilidad de sistema de clasificación que puede darse desde las diferentes culturas.

Tomando en consideración las críticas que se hace al DSM, tal parece, que el punto de vista, por lo menos desde el modelo biomédico que hemos tratado, el cual tiene la tendencia a generalizar y universalizar las conductas atípicas, necesita distinguir las particularidades que subyacen en los comportamientos de los individuos y partir de las culturas específicas.

La distinción de estas particularidades tiene mucha incidencia en la psicopatología; por ejemplo,

⁴ En la Medicina China se considera que hay un flujo de energía constante en los doce meridianos principales: 1. El del corazón, 2. El del pericardio, 3. El del hígado, 4. El del bazo, 5. El del pulmón, 6. El del riñón, 7. El del intestino delgado, 8. El del triple calentador, 9. El de la vesícula, 10. El del estómago, 11. El del intestino grueso y 12. El de la vejiga. Cada uno, está conectado con los órganos de almacenamiento (los seis primeros meridianos) y los órganos de transformación (los seis meridianos siguientes). Bajo esta tradición, los "puntos *shu*" son aquellos puntos de energía especiales que se encuentran a lo largo del meridiano de la vejiga, en este caso en la espalda, en los que se concentra la energía de un órgano interno. Se podría decir entonces que, cada uno de los órganos, de los cuales se deriva el nombre de los meridianos, se pueden tratar desde los puntos *shu* que se encuentran en el meridiano de la vejiga.

⁵ Wong Kiew Kit en *El gran libro de la Medicina China* (2003, p. 146) explica respecto al meridiano *ren*: "Los filósofos médicos chinos suelen referirse a los meridianos principales como ríos, por los cuales fluye la energía vital, y a los meridianos extraordinarios como lagos, donde se conserva la reserva de energía". De los ocho meridianos extraordinarios, por no decir que todos los demás, dos de ellos son supremamente importantes el vaso concepción (*ren*) y el vaso gobernador (*du*). Estos meridianos, *ren* y *du*, se consideran como mares que reciben a todos los meridianos (ríos y lagos). El meridiano *ren* fluye desde debajo del labio inferior, a lo largo del centro de la parte anterior del cuerpo, pasando por el ombligo, hasta justo debajo del ano. A lo largo de este meridiano se encuentran numerosos puntos de energía (*xue*) y campos de energía (*dan tian*). Si estimulamos un punto de energía con una aguja de acupuntura, o incluso con el dedo, podemos afectar el flujo de energía a lo largo de ese meridiano. Un campo de energía es un lugar donde se acumulan mucha energía vital; es un punto de energía expandido"

en el caso de las culturas que conservan la identidad del individuo en razón de lo colectivo, del rol que cumple en esa sociedad, como es el caso de las culturas étnicas:

Lo que el curandero va a tratar –Sampson citado en las clases de la Universidad del Valle (2010)– cuando el enfermo solicita su intervención, es hallar dónde está la perturbación en esa relaciones, de qué modo por ejemplo, el espíritu del antepasado ha sido ofendido, qué se le ha hecho; porque hay que buscar cómo volver a hallar el equilibrio entre todas las fuerzas que constituyen la organización –digámoslo así– de la persona. Esos son los puntos débiles donde justamente se pueden dar las perturbaciones y la restitución del equilibrio es precisamente encontrar qué ha sido perturbado.

Hay que encontrar el dispositivo terapéutico adecuado que restituya el equilibrio del individuo. Por ello, retomando a Thomas (1973) en su texto, “El pluralismo coherente de la noción de persona en el África Negra Tradicional” y reconociendo la ligereza con la que se apresura a diagnosticar por el efecto del sistema de salud del estado, es pertinente considerar, como lo hace la etnopsicología, la organización de la personalidad, y las costumbres y patrones socio-culturales que están inmersos en una determinada conducta, que por un momento puede ser “atípica”, mas no patológica, como lo prescribe el modelo clasificatorio del DSM. Se hace necesario distinguir estas diferencias para evitar atentar, o disponer agresivamente métodos terapéuticos que no sólo empeoran los “síntomas”, sino que, vulneran el equilibrio de la persona y el medio social en el que está inscrita. Ello significaría, entonces, desconocer los puntos de vulnerabilidad que le son propios de la cultura, entrometiéndose en las relaciones que se establece entre el individuo y su sociedad.

Hay algo que es fundamental y también es perceptible en los diferentes casos y textos expuestos: son las nociones de normalidad y anormalidad, de enfermedad y salud, las cuales se encuentran sujetas a significados construidos desde la cultura, desde donde se relata o describe. El primer caso, por ejemplo, el *mal viento* en la niña, se vuelve patoló-

gico por las complicaciones de salud que ocasiona, pero antes de ello, en su etiología se encuentra la presencia de una entidad que es intangible, pero que en últimas es la que produce el malestar, en este caso es el *ánima del muerto*. El *ánima*, según la interpretación de Don Manuel Benavides y Doña Laura Buesaquillo, es quien ha querido llevarse a la niña. Por ello, el ritual busca restablecer el equilibrio de la salud de la niña, donde ésta ha sido perturbada. Pero el tratamiento no sería posible, si quien acudiría no tuviese la confianza en la *eficacia* de dicho ritual. Es decir, se hace necesario compartir entre quienes intervienen en el procedimiento (curandero y paciente) artefactos culturales comunes.

Lo patológico aquí no está sujeto a un manual, sino a los significados de anormalidad que comparan médico y enfermo. En este caso es la madre quien introduce a la enferma, la niña, que no tiene plena razón ni conciencia de lo que sucede, a un universo simbólico, el cual adquiere sentido, precisamente en la reproducción de un sistema que ofrece la cultura a sus miembros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, APA. (1994; 2000) p. XXIV - XXXIV, citado por Marcella & Yamada, 2007, p. 797.
- Certeau M. de; Giard L; Mayol P. (2006). *La invención de lo cotidiano 2*. Mexico: Éditions Gallimard.
- Chenggu, Ye. (1987) *Tratamiento de las enfermedades mentales por acupuntura y moxibustion*. México: Editorial del Instituto Latinoamericano de Medicina Oriental.
- Cooper R. (2004) What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*. London, 2004; 5-25. Recuperado de: <http://online.sagepub.com/>
- First M. B. (Editor, Text and Criteria); Ross F. (Science Editor) (2000) American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington: 4th ed. text rev.
- Kiew Kit, W. (2003) *El gran libro de la medicina china*. Barcelona: Ediciones Urano.

- Marcella A. & Yamada A. (2007) Culture and Psychopathology. Foundations, Issues, and Directions. *Handbook of Cultural Psychology*, The Guilford Press. New York – London, p. 797-818.
- Perdomo A. (2007) La medicina nasa: componente fundamental de la memoria indígena del pueblo nasa. *Construcción de la memoria indígena*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, p. 55-65.
- Pinzón Castaño C. E. & Suarez Prieto R. (1992) *Las mujeres lechuza*. Historia, cuerpo y brujería en Boyacá. Bogotá: Colcultura ICAN, CEREC, Serie Amerindia No. 4.
- Sampson A. (2000) Del alma al sujeto: Epísteme antigua y ciencia moderna en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Bogotá; v 29; 231-241.
- _____ (2000) Mente, cultura y enfermedad. *Revista Colombiana de Psicología*, v 9, Bogotá: Universidad Nacional, p. 23-31.
- _____ (2001) Etnoterapia: ¿charlatanería o eficacia simbólica? Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Psiquiatría, Bogotá.
- Sussmann, David J. (1976). *Acupuntura. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Editorial Kier S. A.
- Tenorio M. & Sampson A. (2000) Funciones y sentido de la cultura, *Pautas y prácticas de crianza en familias colombianas*. Bogotá: Serie Documentos de Investigación del Ministerio de Educación y la OEA; Editora María Cristina Tenorio, p. 259-268.
- Thomas L. (1973) El pluralismo coherente de la noción de persona en el África Negra Tradicional en *La Notion de Personne en Afrique Noire* Fragmentos traducidos por María Cristina Tenorio. Colloques Internationaux du Centre National de la Recherche Scientifique N° 544. París, octubre 11-17 de 1971. París: Editions du CNRS, 1973. Recuperado de: <http://www.psicologiacultural.org/Pdfs/Traducciones/Pluralismo%20coherente.pdf>
- Yang, Jwing-Ming. (2006) *La raíz del chi kung chino*. Barcelona: Editorial Sirio, S. A.