

IDEAS PARA DESARROLLAR UNA PSICOTERAPIA CONGRUENTE CON LAS CARACTERÍSTICAS CULTURALES ARGENTINAS: APLICANDO EL MODELO DE LA CONSONANCIA CULTURAL

IDEAS TO DEVELOP A PSYCHOTHERAPY CONGRUENT WITH ARGENTINIAN CULTURAL CHARACTERISTICS: APPLYING THE CULTURAL MATCH MODEL

Korman, Guido P.¹; La Roche, Martin J.²

RESUMEN

Muchos modelos psicoterapéuticos estudian al individuo en ausencia de su contexto y características culturales. Lamentablemente, esta carencia limita la eficacia de estos modelos psicoterapéuticos en la Argentina. Estas deficiencias son particularmente pronunciadas en la medida que estos modelos difieren de las características típicas de la Argentina. En este trabajo describimos el modelo de la consonancia cultural para incluir la contribución de las variables culturales y el contexto cultural para la generación de una psicoterapia con apoyo empírico que refleje las características argentinas. Para lograr este fin comenzamos por describir tres características típicas de la Argentina. Luego presentamos dos ejemplos clínicos que describen cómo beneficiarse de las variables culturales y el contexto cultural en el proceso psicoterapéutico. Concluimos con algunas ideas para implementar adaptaciones de tratamientos psicológicos al contexto local argentino.

Palabras clave:

Cultura - Psicoterapia - Modelo de Consonancia Cultural - Argentina

ABSTRACT

Many psychotherapeutic models study the individual in the absence of their cultural characteristics and contexts. Unfortunately, this lack of information limits the effectiveness of these psychotherapeutic models in Argentina. These deficiencies are particularly pronounced since these models are based on settings that differ from the typical characteristics of Argentina. In this work, we describe the cultural match model that includes the contribution of cultural variables, and the cultural context. Our aim is to generate an empirically supported psychotherapy that reflects the Argentinian background. To achieve this goal, we begin by describing three typical characteristics of Argentina. We then present two concrete clinical examples that illustrate how to benefit from the cultural variables and the cultural context in the psychotherapeutic process. We conclude with some ideas to implement adaptations of psychological treatments to the local Argentinian context.

Keywords:

Culture - Psychotherapy - Cultural Match Model - Argentina

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
E-mail: guidokorman@gmail.com

²Harvard Medical School and Boston Children's Hospital. Estados Unidos.

Introducción

La psicología se convierte oficialmente en una ciencia cuando Wilhelm Wundt comenzó a estudiar a través del método científico los sentimientos, pensamientos y comportamientos del individuo en su laboratorio en Leipzig en 1879 (Boring, 1957). A partir de la inclusión del método científico, la psicología y luego la psicoterapia han enfatizado al individuo como la unidad de análisis y estudio. El objetivo de la mayoría de las psicoterapias ha estado orientada a la interioridad: hacer lo inconsciente del individuo consciente (Freud, 1984), cambiar esquemas o ideas idiosincráticas (Beck, 1963, 1964), constructos (Kelly, 1991) o patrones de conducta que emergen del individuo. En esta misma dirección, las psicoterapias existenciales y humanistas han enfatizado el yo, la autoestima y el proceso de actualización que también residen al interior del individuo (Maslow, 1943; Rogers, 2002).

El proceso de explorar nuestra interioridad es indispensable para nuestra salud mental. Sin embargo, un hincapié desmedido en procesos que están dentro del individuo ha llevado a minimizar y hasta a veces olvidar la influencia de la relación psicoterapéutica —entre el paciente y el psicoterapeuta— y el contexto cultural (Cushman, 1994). Mucho podemos aprender de nuestras conexiones interpersonales y de nuestro contexto cultural. Afortunadamente, la relación terapéutica, definida como la vinculación entre el psicólogo y el paciente, está siendo gradualmente integrada a la mayor parte de los modelos contemporáneos de psicoterapia. Ejemplos de esta inclusión son la psicoterapia feminista (Jordan, 1997) que enfatiza la bidireccionalidad entre el paciente y el psicoterapeuta o la psicoterapia interpersonal (Frank, 1990). En este mismo sentido, algunos modelos psicodinámicos contemporáneos (Stolorow & Atwood, 1992; Watchel, 2010) enfatizan la importancia del rol de la contratransferencia en la transferencia del paciente. En este mismo sentido algunos modelos cognitivo conductuales contemporáneos le otorgan un rol crucial a la relación psicoterapéutica (Hayes & Hofmann, 2018).

Distintos meta-análisis han encontrado consistentemente que la relación psicoterapéutica es una de las variables más importante para predecir la eficacia de la psicoterapia (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018; Wampold, 2010). Estos resultados son un argumento sólido para darle a la relación psicoterapéutica un lugar central dentro de la psicoterapia. El resultado de esta inclusión es que los clínicos le están prestando más atención a la relación entre el psicólogo y el paciente refinando técnicas terapéuticas para maximizar los beneficios de esta relación (Etchevers, 2017; Wampold, 2010). Estas ideas han estado influyendo en distintos modelos teóricos, que van desde los modelos psicodinámicos a la terapia cognitiva conductual. Lamentablemente, el contexto cultural y las variables culturales no han sido incorporados sistemáticamente por ninguno de los grandes modelos de psicoterapia.

Definición del contexto cultural y de las variables culturales: Modelo de la Consonancia Cultural

Cada contexto cultural genera un conjunto de creencias que organizan la experiencia de lo que se considera normal y lo que se entiende como patológico (Geertz, 1973). No tomar en cuenta el contexto y los significados culturales en el que se realizan las prácticas de salud mental puede conllevar a distorsionar las diferencias culturales como enfermedades mentales (Kirmayer, 2006; Lewis-Fernández & Kleinman, 1994). El contexto cultural incluye muchas de las variables que acontecen dentro y fuera de las cuatro paredes de la sesión que contribuyen significativamente a el proceso psicoterapéutico (La Roche, 2019). Por ejemplo, la economía de un país (la constante devaluación de la moneda argentina y los niveles de desempleo), niveles de criminalidad, educación entre otras muchas variables afectan lo que se dice y ocurre en la sesión. Estas poderosas variables no son enfatizadas por muchos de los modelos psicoterapéuticos. Sin embargo, la importancia del contexto cultural se puede ilustrar concretamente al imaginar un paciente y un psicólogo que se sientan en un consultorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y si hipotéticamente ese mismo psicólogo y paciente se sentaran en un consultorio en Bombay. Nosotros pensamos que el contenido y el proceso de esa relación cambiarían significativamente en cada ciudad. Basta con pensar el rol social que tiene la consulta psicológica en una y otra ciudad para dimensionar la importancia del contexto (Gone, 2008; Korman, 2016).

Lamentablemente, la psicoterapia no solo ha minimizado el contexto cultural o el entorno donde sucede la sesión pero también los patrones generales de entendimiento, comportamientos y sentimientos, o lo que llamamos “variables culturales” (La Roche, 2013, 2019). Las variables culturales explican como individuos del mismo grupo o país comparten significados, hábitos y preferencias. En diferentes regiones grupos de personas tienden a generar ciertas generalidades de conductas y significados, variables en común, aunque ciertamente hay mucha diferencia en individuos dentro estos mismos grupos. Más aún, dentro de cada grupo hay muchos subgrupos. Por ejemplo, solo en la Argentina hay diferencias respecto del consumo de salud mental entre los distintos grupos que habitan en la Ciudad de Buenos Aires y el gran Buenos Aires (Idoyaga Molina, 1997; Idoyaga Molina & Luxardo, 2005; Saizar & Korman, 2012).

El contexto cultural y las variables culturales están estrechamente vinculadas, hasta el punto que son inseparables las unas del otro (Shweder, 1995). No tomar el contexto y las variables culturales en el proceso psicoterapéutico puede disminuir la eficacia de nuestras intervenciones (La Roche, 2013). Por ejemplo, al asumir que las mismas estrategias psicoterapéuticas que se desarrollaron y se usan en los Estados Unidos y el Reino Unido son aplicables en todo el mundo se está sobre generalizando lo que disminuye la posibilidad de incluir elementos propiamente locales y beneficiosos de cada región (La Roche, Davis, & D'Angelo, 2015). El minimizar las influencias del contexto cultural ha conducido a asumir erróneamente que la psi-

coterapia es universalmente aplicable (Korman & Idoyaga Molina, 2002). Incluso en enfermedades en que la evidencia de su base orgánica no está en discusión, como por ejemplo la epilepsia, tomar en cuenta las variables culturales y contextuales puede constituir la diferencia entre que el paciente lleve a cabo el tratamiento o no lo lleve (La Roche, 2019; Sarudiansky et al., 2018).

El modelo de la consonancia cultural (La Roche, 2013, 2019) tiene como objetivo central el utilizar quiénes somos para desarrollar intervenciones más efectivas. Para lograr esto es necesario identificar las características culturales de los pacientes en sus contextos culturales e integrarlas en el proceso psicoterapéutico. En la medida que conozcamos y utilicemos estas características en el proceso psicoterapéutico, este será más eficaz. Al contrario, si desconocemos estas características es probable que las malentendamos y las consideremos más patológicas de lo que son. La idea central del modelo de la consonancia cultural es que mientras más logremos integrar el contexto cultural y las variables culturales en el proceso psicoterapéutico más efectiva será la psicoterapia en nuestro entorno.

El modelo de la consonancia cultural hace hincapié en entender los problemas y forma de ser a través de las variables culturales de cada paciente. Nuestra visión, sentimientos y comportamientos hacia nuestro entorno y hacia nosotros mismos esta guiada por estos significados. Por lo tanto, el clínico debe tratar de entender estos significados en cada paciente en vez de asumir similitudes entre todos. Por ejemplo, el término "familia" generalmente se refiere a personas que comparten un vínculo de sangre pero, por ejemplo, para muchos testigos de Jehová en la Argentina la familia incluye a todos los miembros del templo, todos son "hermanos" (Maioli, 2015). En salud mental, cuando no hay un manejo idóneo por parte del psicoterapeuta de estos significados, puede ocurrir que muchos pacientes se sientan malentendidos y no vuelvan a la siguiente sesión (Smith & Trimble, 2016; Sue & Sue, 1977). Cuando el psicólogo y el paciente difieren en su entendimiento de los significados culturales ocurre una disonancia cultural que disminuye la eficacia de la psicoterapia (La Roche, 2013).

Las chances de que la psicoterapia sea eficiente se incrementa cuando el clínico entiende la experiencia y objetivos terapéuticos del paciente a través de sus significados culturales. Un número creciente de estudios han encontrado como los pacientes tienden a usar más frecuentemente y beneficiarse más de intervenciones que tienen sentido para ellos (La Roche, 2013, 2019). Lamentablemente, muchos psicólogos terminan por imponer sus formulaciones psicológicas a sus pacientes sin escucharlos suficientemente, lo que le disminuye la eficacia de estas intervenciones (La Roche, 2019).

En la psicoterapia, además de obtener un entendimiento de los significados culturales de cada paciente, es necesario traducir estos significados en intervenciones que reflejen estas características. En el presente artículo describimos ideas de cómo construir intervenciones que sean congruentes con las características y el contexto cultural

argentino, ejemplificándolas a través de dos casos clínicos. En el primero nos centraremos en un paciente con un diagnóstico clásico, cómo es el de depresión, sobre el cual la mayoría de los clínicos tiene conocimiento y formación; en el segundo, haremos mención a un caso de menor casuística como el de las crisis no epilépticas psicógenas, donde también presentaremos algunos datos generales de la problemática con el objetivo de dar una mejor comprensión del caso. Sin embargo, antes de presentar estos ejemplos es necesario que comencemos por describir algunas de las características típicas de la Argentina.

Tres Características Típicas de la Argentina

La Argentina posee una enorme variedad de características típicas que lo convierten en un país único y especial. Usamos el término "típico" porque hay mucha variabilidad dentro la población argentina y no todos comparten estas tres características. Mas aún, estas características culturales se manifiestan de formas diferentes en cada individuo. En este artículo nos limitamos a describir tres de estas características: 1) Aceptación general de los beneficios de la salud mental en las grandes ciudades; 2) énfasis en las relaciones interpersonales; 3) creencia en sectores populares de categorías tradicionales, como pueden ser la envidia y el daño. El contexto cultural es inseparable de las variables culturales, aunque algunas parecen ser predominantemente variables contextuales (ej., aceptación de los beneficios de la psicoterapia) y otras son variables más culturales (ejemplo, énfasis en las relaciones personales).

1) Aceptación de los Beneficios de la Salud Mental

La Argentina tiene uno de los niveles más elevados de psicólogos *per cápita* del mundo, y esta disponibilidad ha sido analizado por una gran cantidad de investigadores (Dagfal, 2009; Klappenbach, 2006; Rossi, 1997; Vezzetti, 1996). La psicología en Argentina es más que una práctica clínica o científica; se ha convertido en una institución cultural (Korman, Viotti, & Garay, 2015). El enfoque es en general clínico, por lo que seguido se confunde la figura del psicoterapeuta con el del psicoanalista (Dagfal, 2009). Muchas figuras públicas del campo político, deportivo y del entretenimiento han reconocido estar en tratamientos terapéuticos. Uno de los ejemplo más visibles fue cuando el ex Presidente Mauricio Macri, en la primera entrevista que concedió como presidente, le contestó a un periodista que le preguntaba qué iba a hacer en sus primeras horas como presidente que él iba ir al psicólogo con el que ha estado en tratamiento por más de un cuarto de siglo (Korman, Sarudiansky, Garay, & O'Brien, 2018).

La psicología en la Argentina es altamente valorada y reconocida (Korman et al., 2018). El estar en tratamiento psicológico no acarrea el estigma social que en muchas otras partes del mundo implica (Korman, 2016). Esta apertura cultural hacia la salud mental en la Argentina hace que muchos pacientes lleguen referidos al tratamiento psicológico a través de rutas muy diferentes que en los Estados Unidos y otras partes del mundo (Fernández-Álvarez, 1992; Korman & Keegan, 2007). En los Estados Unidos

los pacientes llegan generalmente referidos a psicoterapia por un médico; en la Argentina muchos llegan por recomendación de familiares y amigos (Jock et al., 2013). Además, en la Argentina, a diferencia de muchos países, una vez que se identifica la necesidad de la psicoterapia existen bastante recursos y apoyo para costearla. El sistema de salud pública en Argentina es extenso y mixto: incluye prácticas públicas y privadas a través de la provisión de organizaciones de salud privadas y sindicatos (Sarudiansky, 2011). El gobierno regula la psicoterapia y la provisión de la misma a través de una organización de medicina privada que incluye 30 sesiones anuales (que se renuevan cada año); el Plan Médico Obligatorio. Este plan incluye terapia individual, grupal, de parejas, de familia, psiquiatría, psicopedagogía, y los diagnósticos psicológicos para entrevistas. El Plan Médico Obligatorio funciona además como la canasta básica de servicios que deben recibir los beneficiarios como derechos propios (Superintendencia de Servicios en Salud, 2015).

Una segunda característica relevante y muy típica es que en la Argentina la familia y las relaciones interpersonales adquieren mucha importancia (Facio, Prestofelippo, & Sireix, 2017). En muchos países del norte de Europa y los Estados Unidos se enfatiza al individuo (Oyserman, Coon, & Kimmelmeier, 2002), mientras que en la Argentina se enfatizan las relaciones interpersonales. Por ejemplo, estudios locales han encontrado que la distancia interpersonal de los adolescentes de Argentina es menor que en comparación con la de América del Norte y de muchos países europeos. Particularmente en lo referido a la utilización de la terapia cognitiva conductual, ha habido propuestas alternativas a la discusión racional, sugiriendo la inclusión de metáforas interpersonales sobre población local (Facio, 2017).

Una tercera característica típica cultural es el hecho de que los argentinos tengan una configuración de opciones terapéuticas particular (Idoyaga Molina, 1997). La atención de la salud se lleva a cabo a través de un sistema de salud etnomédico (Idoyaga Molina, 1997, 2000; Idoyaga Molina & Luxardo, 2005) que consiste en una combinación entre la biomedicina oficial -aceptada por las instituciones médicas argentinas- y las medicinas no tradicionales y alternativas como las medicinas religiosas -evangélicas, católicas, y afroamericanas- y las alternativas -reiki, acupuntura, reflexología, etc.- (Idoyaga Molina, 1997). Dependiendo del estilo cultural (Douglas, 1998) se producen combinaciones distintas. Es común que los sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires combinen tratamientos biomédicos y alternativos principalmente, mientras que los sectores populares suelen combinar tratamientos biomédicos con medicinas tradicionales y religiosas (Korman, Saizar, & Sarudiansky, 2014; Sarudiansky, 2011). Haremos una breve descripción de estas categorías.

La biomedicina, en su versión alopática, pretende llegar en forma gratuita a la totalidad de la población mediante un sistema de hospitales y centros de salud (Sarudiansky, 2011). Es la medicina oficial en nuestro país y es una disciplina que tiene su fundamento en tres ideas: en primer

lugar, el médico, como agente activo en el proceso sanitario que sabe cómo curar porque conoce las ciencias médicas; en segundo término, el enfermo como agente pasivo, por ello es "paciente"; en tercer lugar, la entidad nosológica, la enfermedad que es el vehículo y nexo de la relación médico-paciente.

Las medicinas tradicionales en general no están basadas en conocimientos médicos establecidos por las ciencias actuales. Por ejemplo, el curanderismo es un enfoque muy común en áreas rurales y urbanas que sintetiza nociones y prácticas de antiguos saberes biomédicos, en su mayoría de origen humoral, con saberes y prácticas de tradición popular y de elite, aportados por los migrantes, y una terapia ritual en su mayoría de raigambre católica aunque en algunos lugares del país incorpora algunos elementos indígenas (Idoyaga Molina, 2002). Los curanderos trabajan utilizando categorías tradicionales para explicar el sufrimiento como por ejemplo el daño o la envidia y explican generalmente como desequilibrios que se producen en la persona a partir de acciones específicas. En el caso de la brujería. Se manifiesta a partir de acciones llevadas a cabo por un experto (curanderos, shamanes o brujos) contratado con el objeto de ejecutar el daño. Son realizados a partir de una amplia posibilidad de acciones que implican elementos rituales y apelación a lo sobrenatural (Korman & Idoyaga Molina, 2010). La envidia es la enfermedad que padece quien es objeto de tal sentimiento y generalmente está en conexión con aquellos atributos que son objeto de deseo por otras personas. Es el simple deseo de otra persona por un atributo que el que es envidiado tiene y esa energía lleva a que el envidiado tenga problemas en aquello que otros envidian (Idoyaga Molina, 1997). Incorporar estas categorías culturales que remiten a la experiencia de esa población permite realizar un tratamiento en consonancia con sus creencias respecto de la salud y la enfermedad.

Tanto shamanes como curanderos incorporan y refiguran constantemente diversos elementos, tipos de servicios y conocimientos que les permiten adaptarse al nuevo contexto local y global, convirtiéndose en una opción apreciada por individuos de todos los niveles socioeconómicos y educacionales (Korman & Idoyaga Molina, 2010).

Las medicinas religiosas hacen referencia a las prácticas terapéuticas realizadas en cultos, consultas particulares, grupos de oración y otras actividades, que están en coherencia con los sistemas de creencias evangélicos, católicos y afroamericanos -principalmente umbanda- destinadas a la sanación corporal y espiritual (Bordes & Algranti, 2014; Idoyaga Molina, 2005). Estas actividades se realizan tanto en el marco de prácticas religiosas institucionales, misas y cultos, como en atenciones de especialistas que pueden no ser reconocidos oficialmente o no pertenecer a alguna Iglesia institucionalizada. Las acciones terapéuticas incluyen grupos de oración, sanaciones en los cultos, curaciones en consultas privadas, entre otras.

Existen distintas medicinas alternativas en Argentina; principalmente la acupuntura, el yoga, la medicina ayurvédica, la cromoterapia, la gemoterapia, la aromaterapia entre otras posibilidades que van en aumento. La opción por las

terapias alternativas es un hecho cada vez más frecuente en nuestro país (Bordes, 2015; Sarudiansky & Saizar, 2007).

El autotratamiento es la medicina practicada por los legos, esto es, por los mismos enfermos, familiares o amigos, es la práctica más frecuente en los sistemas médicos (Kleinman, 1987). Cada uno de los sistemas médicos genera sus propias formas de autotratamiento. El autotratamiento puede ser dividido en distintos tipos en función del contexto (Idoyaga Molina, 2002). En Argentina encontramos: el autotratamiento tradicional, biomédico, religioso y alternativo.

Pasamos a ilustrar ahora cómo usar el modelo de la consonancia cultural en la Argentina, analizando dos casos reales: primero el caso de Juan y segundo el de Marcela.

El caso de Juan

Juan (nombre falso) es un hombre alto y de profundos ojos oscuros. Juan tenía sesenta y siete años en el momento de esta entrevista y ha estado casado por más de cincuenta años. Él tiene 4 hijos y siete nietos que son la luz de sus ojos. Juan es oriundo de un pequeño pueblo a pocos kilómetros de la ciudad de San Miguel de Tucumán (provincia de Tucumán) y ha vivido en el Gran Buenos Aires desde hace más de medio siglo. Juan trabajó como seguridad de una empresa hasta hace unos meses cuando se jubiló. Su hijo lo lleva a buscar ayuda psicológica clínica a partir de la obra social que este tiene. El motivo es que está “discutiendo mucho con su mujer” y él “se siente muy triste”. El psiquiatra que lo evalúa identifica rápidamente síntomas consistentes con un trastorno depresivo mayor y lo refiere a tratamiento psicológico. Al paciente le es comunicado el diagnóstico de depresión. Este caso fue transcrito y utilizado para la realización de la tesis doctoral del primer autor de este artículo (Korman & Idoyaga Molina, 2010). En la primera sesión con el psicólogo, Juan, con lágrimas en sus ojos, comienza a explicar sus problemas a su nuevo psicólogo: “mi mujer, María Elena, no podía entender porqué yo la engañé. Yo tampoco podía entenderlo. Yo estoy casado desde hace cincuenta años, María Elena fue la única mujer en mi vida. Hasta que llegó esta mujer y me hizo pisar el palito. Me tenía atormentado esta mujer, me decía que si yo la dejaba le iba a contar todo a María Elena. Estaba muy mal, mal en serio. No salía de la cama y me la pasaba llorando todo el día, soy un hombre grande, tengo sesenta y siete años. Pero no tenía ganas de nada. Cuando el psiquiatra me dijo que estaba deprimido yo le decía que eso me parecía muy bien, pero yo quería recomponer las cosas con mi mujer, que eso era lo que yo más quería. Él me dijo ‘vamos de a poco, empecemos por usted, primero tome la medicación y vaya al psicólogo’”. En este momento inicial ocurre una disonancia cultural que podría precipitar una ruptura en el tratamiento. Mientras que para Juan el problema inicial es su relación con su mujer -un problema interpersonal-, para el psiquiatra el problema reside dentro de Juan: Juan sufre de depresión, que está dentro de él. El modelo de la consonancia cultural indicaría que los problemas con su mujer lo han estado desanimando y que el hablar con alguien lo podría ayudar.

También, sería importante enfatizar con Juan la posibilidad de buscar formas de mejorar su relación con su esposa. Esta formulación y objetivo sería una aproximación más cercana a la experiencia de Juan. Sin embargo, Juan está abierto a las formulaciones y sugerencias del psicólogo. Juan cuenta:

“El psicólogo comenzó a darme tareas. Primero me dijo que yo iba a tener que hacer cosas que me hicieran sentir bien, que en un principio no iba a tener ganas de hacer y me iban a costar. Al otro día pasé a buscar a mis nietos, hacía por lo menos nueve meses que no los pasaba a buscar. Mi hija se sorprendió cuando los pasé a buscar a los chicos. Al mes siguiente hice un asado el domingo e invité a mis hijos y a los ocho nietos. La verdad me empecé a sentir mucho mejor, verdaderamente bien”.

El psicólogo, pensando que la reciente jubilación de Juan ha disminuido su nivel de actividad, utiliza una técnica de activación conductual que numerosos estudios han encontrado que funciona eficazmente para disminuir los niveles de depresión (Cuijpers, Straten, & Warmerdam, 2007; Orgeta, Brede, & Livingston, 2017). Una de las ventajas de esta técnica es que le permite a Juan escoger lo que le da gusto o, usando términos conductuales, lo que lo refuerza a estar más activo. Consistente con su problema inicial y las ideas de Facio (2017), usa contactos con otros para activarse. Quizás el uso de esta estrategia con metáforas interpersonales disminuyó la disonancia cultural inicial. Juan continúa explicando:

“Ahora entiendo que yo me sentía muy mal porque había dejado de hacer las cosas que me gustaban. No me juntaba más con mis hijos y nietos a comer los domingos y no llevaba a los nietos a la plaza. Entendí que hacer cosas que me hacían sentir bien y tomar la medicación... Yo estaba muy pero muy triste, no tenía ganas de nada. Le digo más, un día caminaba hacia las vías del tren y dije acá termina todo, no sé por qué no me tiré, debe ser que Dios me ayudó y me dio una mano, vaya a saber qué cosas piensa uno. Ahora me siento mejor pero con María Elena las cosas no están bien. Ella no me perdonaba la infidelidad y me gritaba y me decía que me fuera. Cuando eso pasaba yo me ponía muy mal. Sin embargo, el psicólogo me dijo que yo ya estaba bien, fue, entonces, que le pedí que me ayudara con mi mujer”.

Este ejemplo ilustra el poder de las disonancias culturales, en donde el psicólogo piensa que ya Juan está mejor porque está más activo. Y efectivamente Juan está saliendo con sus hijos y nietos y haciendo un asado. Sin embargo, el problema de la visita inicial que trajo a Juan a la psicoterapia no ha sido tratado. El hecho de que su relación con su mujer no ha mejorado es tan grave que en un momento casi lo conduce al suicidio. Esto resalta el peligro de las disonancias culturales y la importancia de escuchar y manejar lo que los pacientes traen a la sesión en vez de priorizar las formulaciones del profesional tratante. El psicólogo se da cuenta de esta disyuntiva y comienza a explorar la relación marital de Juan, quien cuenta:

“Él me preguntó qué es lo que María Elena no entendía. Yo le dije que ella no entendía como yo la había podido engañar. Yo, que en cincuenta años de casado había sido

el mejor marido, el mejor padre. Yo tenía dos trabajos, y cuando tenía tiempo libre me iba buscarla al hospital donde ella trabajaba. 'Nunca te voy a perdonar' me decía, '¡nunca! ¡nunca!'. Cuando ella me decía eso me partía el alma. Ahora que tenemos todo, justo ahora vos me hacés esto. Tenemos la casa, un patio grande, juegos para los chicos, tenemos todo. El psicólogo empezó a preguntarme cosas. Entonces él psicólogo me preguntó si no podría ella creer que alguien les hizo un daño, no podría ser que los envidien. Y eso fue una buena idea, claro que podía ser". Con estas preguntas el psicólogo indica que él está consciente de que debe examinar las variables culturales de Juan, aunque difieran de lo que los textos clásicos de la psicoterapia sugerirían. Los clásicos angloamericanos de la psicoterapia no hablan de "daño" y "envidia". Sin embargo, los significados de estas variables culturales afectan a tantos en la Argentina y su inclusión puede salvar vidas, como el caso de Juan. Y, de hecho, el hablar de estas creencias con el psicólogo ayudó a Juan a explorar estas con más detenimiento y lo estimuló a hacer más preguntas a su familia, que también es consistente con su énfasis en las relaciones interpersonales. Juan dice:

"Hablé con mis hijos y ellos me ayudaron. Me empezaron a decir un montón de cosas que podían ser. Los hermanos de María Elena también me ayudaron. Cachi, que es la hermana de mi mujer, le empezó a decir que seguro era envidia, 'sí envidia, tienen la casa más linda, unos hijos buenos y unos nietos preciosos'. Entonces un día mis hijos trajeron a una curandera y le dijo que le habían hecho un daño, y además estaba todo lo que la gente nos envidiaba. Otro día vino mi hija con un curita para que nos limpiara la casa con agua bendita. Y ella me perdonó, ella piensa que me hicieron un daño y toda la gente nos envidiaba en el barrio, el tema de la casa más linda, yo no sé que decirle pero parece que era cierto. El tratamiento me ayudó a pensar que cosas que no había pensado. Me ayudó a pensar cosas que podían ser y por estar deprimido no podía pensar. Estar deprimido es como no ser uno, es como si se te llevaran el alma. Yo no tenía alma, corazón, por eso pensé en matarme".

Juan describe como él entiende su "depresión". Y el terapeuta le ayuda a reconstruirla en sus términos. La separación emocional de su esposa luego de 50 años es como perder una gran parte de su vida. Por otra parte, el psicólogo colabora activamente con Juan buscando ideas y soluciones. El psicólogo escucha a Juan y Juan al psicólogo. Estas conversaciones son consistentes con el entendimiento cultural e interpersonal de Juan que comienza a sentirse más comprendido. Esta colaboración, conversaciones y exploraciones son una poderosa intervención terapéutica en sí misma. Antes Juan pensaba que no podía compartir sus creencias culturales, pero al hablarlas con su psicólogo él comienza a sentirse más comprendido y menos solo. Entonces Juan y su psicólogo comienzan a hablar de técnicas no tradicionales como la de involucrar un cura y en este proceso encuentran que sus conversaciones implican explicaciones de la envidia y el daño. Es interesante destacar que cuando se sugieren actividades, éstas tienden a ser más eficaces en la medida que sean

congruentes con las explicaciones culturales de Juan.

El caso de Marcela

El segundo caso es de una joven que llamaremos Marcela (nombre falso), de veintitrés años y de cabellos largos y oscuros que son iluminados con una amplia sonrisa. Marcela estudió hasta cuarto año del secundario y vive en un pueblo de la provincia de Buenos Aires, a unos 100 kilómetros de la Ciudad de Buenos Aires, junto a sus padres y dos hermanas. Ella es testigo de Jehová, al igual que su madre y sus hermanas. Tiene una pareja desde hace más de un año que es de su misma congregación religiosa. El padre de Marcela sufre de "esquizofrenia y una enfermedad bipolar desde hace más de diez años". Como en el caso de Juan, lo que sigue son transcripciones sobre la realización de una entrevista realizada post intervención psicoeducativa para que Marcela explore la naturaleza psicológica de su padecimiento. Trabajaremos sobre los comentarios realizados a partir de la transcripción de la entrevista y las distintas experiencias con los profesionales de la salud mental que trabajaron con ella. Algunos de los datos del caso fueron transcritos y utilizados para la realización de distintos artículos publicados en revistas científicas (Korman et al., 2019; Sarudiansky et al., 2017). Marcela comienza: "Hace ya más de cuatro años que lo tengo (...) todo empezó en una reunión de mi congregación, soy testigo de Jehová. Estoy en una reunión un domingo escuchando una conferencia en base a la Biblia. De la nada como que empecé a sentir calor y me desmayé. Me desvanecí. Y bueno, de ahí me llevaron a la clínica, en la clínica me dijeron que era un ataque de histeria. Que era muy común en los adolescentes, que tenía que salir a caminar más, salir con mis amigas a divertirme. Me tuvieron un rato más ahí con medicación y me mandaron a casa, en casa tuve otra convulsión. Cuando me dijeron que era un ataque de histeria, pensé que me estaban tomando el pelo. Porque era la primera vez que me pasaba y todos lo veían como una convulsión, pero cuando voy al doctor, la médica me dijo un ataque de histeria nada más y la verdad que me cayó muy mal. Después de estar internada me dijeron que era, también, una especie de epilepsia. Al momento de que se inició la enfermedad veníamos pasándola muy mal por mi papá. Mi papá tiene esquizofrenia, bipolar y psicosis también. Venimos así casi 10 años más o menos lidiando toda la familia. Mi papá tenía ideas suicidas. Quería terminar con su vida, matarse, dejó de trabajar. No servía para nada. Yo me angustiaba pero nunca fui una persona de llorar. Porque yo tenía que estar fuerte para que mis hermanas me vean fuerte. Tengo tres hermanas más, yo soy la mayor. Entonces las demás me tenían que ver fuerte a mí, no me podían ver llorar porque si me veían llorar era como que ellas también se iban a poner mal, yo tenía que estar bien para que ellas me vean bien, para que alguien de la familia esté bien y entonces ellas pudieran seguir un ejemplo".

Marcela comenzó a ser tratada por epilepsia y cuatro años después recibió el diagnóstico de crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) por parte de un neurólogo (Sarudiansky et al., 2017). Las CNEP presentan sintomatología simi-

lar a las crisis epilépticas, pero no presentan el correlato fisiológico típico de la epilepsia. (Korman et al., 2017). Antes de ser diagnosticada como CNEP estuvo medicada cuatro años como epilepsia refractaria, cuyo diagnóstico se realiza cuando las crisis se siguen sucediendo pese a estar medicada con antiepilépticos (Kwan et al., 2010). Luego del diagnóstico de CNEP se realizó un diagnóstico psicológico-psiquiátrico que dio una comorbilidad con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y depresión recurrente de una severidad moderada. Fue derivada a tratamiento psiquiátrico y psicológico por el diagnóstico de CNEP

Marcela relata que luego de esa derivación, comienza a realizar diferentes tratamientos con profesionales de la salud mental. Sobre los mismo, afirma que muchas veces los psicólogos trataron de usar intervenciones que no la han ayudado. En sus propias palabras dice:

“Otros psicólogos a los que fui no siento que me hayan ayudado. Arrancaban primero hablando de mi papá. Tu papá esto, tus papás lo otro, y a mí me daban unas ganas de decirle: ‘bueno, si quiere le traigo a mi papá para que hable con mi papá’. Fui por primera vez a una psicóloga y mi mamá lo que me dijo fue que no vale la pena ir. La psicóloga nos dijo: ‘vos lo que necesitas es estar menos con los testigos de Jehová y necesitas salir, bailar, tener novio, fumar, todo eso que hacen las chicas a tu edad’. Otras psicólogas me dijeron directamente ‘libérate de la religión, sos una adolescente, tenés que vivir la vida’. Esas cosas que realmente no eran ninguna solución, ni ningún buen consejo, digamos”.

En estos casos, las intervenciones de los profesionales parecen estar orientadas a imponer sus sugerencias clínicas sin entender las variables y el contexto cultural de donde Marcela proviene. Marcela ha vivido toda su vida junto a los testigos de Jehová y que un psicólogo le haga una recomendación de romper su círculo emocional y espiritual es no entender con quién habla y las particularidades de pertenecer a esta congregación (Maioli, 2015). Estas recomendaciones clínicas reflejan la falta de entendimiento de las variables culturales y de su contexto cultural. Tomar una perspectiva de consonancia cultural hubiera implicado explorar el significado de las variables y contexto cultural y fortalecer lo que ha funcionado en su pasado para manejar estas convulsiones. Por ejemplo, podrían preguntarse: ¿en el pasado el orar, salir a predicar, el hablar con los ancianos o leer la biblia le ha ayudado a frenar sus convulsiones? Es una disonancia cultural que en vez de explorar estas posibilidades las intervenciones se centren en enfatizar que lo que está haciendo en su congregación está equivocado, que debería salir y divertirse más. Marcela continúa:

“Pasé por varios psicólogos que todos me decían, apuntaban a que mi problema era psicológico. Yo no lo podía creer porque desde mi punto de vista yo no me sentía mal como para que me dijeran que era psicológico. Aparte me decían, me hablaban de algo psicológico y yo pensaba en lo que le pasaba a mi papá. Entonces yo decía: ‘yo no estoy como mi papá’. Era como que me estaban tomando el pelo, me estaban cargando. Sí. Era como que quería

llamar la atención, quería ser el centro de atención, que se fijan más en mí y no tanto en mi papá. A mi papá no lo aguantaba y muchas veces deseé que estuviera muerto. Y me sentía muy culpable por el respeto que uno tiene que tenerle a los mayores”.

“Y a veces los profesionales pensaban que al ser yo muy nerviosa, pensaban que por los nervios quizás me puse nerviosa por tal situación o tal cosa o por el colegio, lo que fuere, lo mínimo pero ‘¡Ah! Por eso te agarró una convulsión’”. Estas recomendaciones psicológicas eran muy diferentes a lo que Marcela estaba viviendo en su congregación.

Ella continúa: “en la congregación pensaban que quizás me hicieron una especie de trabajo (...) En ese momento sí, consultamos a los ancianos de la congregación. Y ellos bueno, fueron a casa, hicieron menciones, para pedir si había un daño que sea de algún objeto de la casa, algún regalo, o algo por el estilo. Seis ancianos fueron y se pusieron a rezar ahí pidiendo ayuda a Dios por si había algún daño. Después de eso sí, mejoré. Estuve con un periodo de mejorías y después bueno, otra vez. Eso me hizo bien. Porque el hecho de la parte espiritual de uno a veces influye mucho”.

Marcela describe una intervención espiritual con el objetivo de alejar el mal de la casa, práctica muy común en distintos grupos religiosos (Bordes & Algranti, 2014), y afirma que gracias a ello mejora un poco. Realiza una intervención espiritual en consonancia con su sistema de creencias, lo que es congruente con su modo pensar la salud y enfermedad, mediada por la presencia de dios (Korman & Idoyaga Molina, 2010).

La última psicóloga que la atendió estaba más abierta a explorar los significados de las experiencias de Marcela en función de su contexto cultural. Además, la profesional conocía los procesos psicológicos y neurológicos y le explicó cómo el diagnóstico de CNEP implica una reatribución de la enfermedad que en la mayoría de los casos resulta bastante complejo (Dickinson, Looper, & Groleau, 2011; Karterud, Knizek, & Nakken, 2010). Los pacientes con CNEP previamente diagnosticados con epilepsia tienen que comprender lo que tienen para poco a poco lograr atribuir que tienen una enfermedad psicológica y no biológica o neurológica. Este entendimiento los ayuda a manejar su enfermedad apropiadamente.

“Ahora que me explicaron que son [las CNEP] yo diría que lo que tengo es por culpa de mi papá. Él, desde que recuerdo maltrató mucho a mi mamá, le fue muy infiel con cualquiera que se le cruzaba y le pegó muchas veces a mi mamá. Delante mío, delante de mis hermanas. Intentó inclusive matar a mi segunda hermana, intentó matarla. Estábamos comiendo y la comida tenía tomate y como a mi hermanita no le gusta mi papá se enojó. Le agarró de los pelos y le metió la cabeza adentro de un balde con agua, helada, fría. Y le pegaba cachetazos y le metía la cabeza otra vez y así hasta que mi hermana comió el tomate. Cosas así, y sé por mi mamá que cuando ella era más chiquita intentó matarla varias veces, inclusive discusiones que ellos tenían mi mamá lloraba y él una vez, yo me acuerdo que yo lo vi. Él una vez llamó a mi mamá y

dijo: 'espérenme acá y trae un cuchillo'. Mi hermana fue, le trajo un cuchillo y le puso el cuchillo acá a mi hermana (señala la muñeca) y le dijo, si vos no parás de llorar yo la corto, yo la mato. Esas cosas sí las viví...".

En lo transcripto podemos ver como Marcela empieza a entender el rol del trauma para explicar sus crisis y empieza a hablar de cosas que solía minimizar e incluso rechazar en intervenciones previas. Mientras mas aprende de los efectos típicos del trauma mejor aprende a manejarlo. Mientras esta entrevista transcurre, Marcela describe su itinerario terapéutico, así como las dificultades de arribar al diagnóstico actual, que es habitual en estos pacientes (D'Alessio et al., 2006; Reuber, Monzoni, Sharrack, & Plug, 2009; Scévola et al., 2013) y el rol fundamental de su congregación frente a esta difícil situación familiar.: "Los Testigos nos vinieron ayudando de todas las formas posibles. Rezaron, vinieron los ancianos y nos ayudaban económicamente. También me recomendaron distintos médicos a los que ir". La congregación religiosa funciona de apoyo emocional e incluso económico para hacer frente al problema del padre.

Luego del diagnóstico de CNEP, Marcela relata que entiende que las distintas situaciones de estrés que vivió principalmente con su padre, (maltrato físico y verbal a la madre, violencia y amenazas de muerte hacia su hermana entre otras situaciones traumáticas) colaboraron para que se pueda haber producido los síntomas del CNEP.

La mejoría en esta patología depende mayormente de los tratamientos psicológicos que han obtenido buenos resultados como la terapia cognitiva conductual y terapia interpersonal (Lafrance, Reuber, & Goldstein, 2013; Robinson et al., 2017; Tolchin, Dworetzky, & Baslet, 2018). Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) no constituyen una categoría diagnóstica psicológico-psiquiátrica per se, sino que es un diagnóstico por descarte creado por los neurólogos al diagnosticarla durante el video y se realiza a través del Video-Electro-Encefalograma (VEEG). Por las características psicológico psiquiátricas pueden incluirse dentro de la categoría de trastornos somatomorfos, subcategoría trastornos conversivos, actualmente denominado trastorno de síntomas somáticos y/o Trastornos disociativos (American Psychiatric Association, 2013). Es una categoría genérica significando que parece epilepsia pero no es epilepsia, desarrollada por los neurólogos, que presenta una alta comorbilidad con otros trastornos psicológicos psiquiátricos (Tenreiro et al., 2018).

Es necesario que la psicoeducación sobre este trastorno conecte el componente explicativo de la información sobre las CNEP en consonancia con la experiencia de Marcela. Por ejemplo, conectar el rol de la disociación para explicar la desconexión que ocurren en las crisis (Cope, Smith, King, & Agrawal, 2017; Zaroff, Myers, Barr, Luciano, & Devinsky, 2004). Muchas veces se da que frente a situaciones traumáticas los pacientes se disocian como un mecanismo de afrontamiento a esta situación. Es necesario explicarle que las dolencias psicológicas tienen un espectro amplio que van de trastornos como la esquizofrenia a la depresión o ansiedad. Si se tienen en cuenta estos aspectos, la explicación podrá ayudar a que Marcela pue-

da entender qué significa que algo sea psicológico o psiquiátrico, la variabilidad de aspectos de estas categorías, y que no implica un acto voluntario (Karterud et al., 2010). Muchas veces es común que las personas atribuyan que algo psicológico tiene un carácter intencional y que uno fabula para recibir atención (Sarudiansky et al., 2017).

En el caso de Marcela su psicóloga debe incorporar la cosmovisión de la misma e incorporar la mirada de la congregación religiosa en la que esta inserta. Las intervenciones que contemplen la experiencia del paciente suelen ser más eficaces ya que implican las explicaciones culturales de Marcela. El modelo de consonancia cultural no significa renunciar a las explicaciones biomédicas, sino poder encontrar la manera de hacer coherente el modelo y la cosmovisión del profesional con la del paciente.

Conclusiones e ideas para refinar la psicología en Argentina.

Este artículo tiene como objetivo principal el describir el modelo de la consonancia cultural ilustrando sus posibles aplicaciones en casos de pacientes de Argentina. El modelo de la consonancia cultural entiende y usa las características culturales de los pacientes en el proceso psicoterapéutico. El objetivo es utilizar los recursos que los pacientes traen para incrementar la eficacia de la psicoterapia. La ventaja del modelo de la consonancia cultural es que desarrolla un método específico que se traduce en intervenciones flexibles y concretas.

Muchas importantes ideas e intervenciones psicoterapéuticas han sido desarrolladas en los países anglosajones y estos modelos no siempre reflejan características típicamente argentinas. Estas diferencias culturales impiden que las experiencias que viven los pacientes argentinos sean apropiadamente entendidas y en ocasiones conduce a algunos a no buscar o abandonar los servicios de salud mental. Más aún otros no se benefician suficientemente como es el caso de Juan que inclusive corre el peligro de suicidarse o de Marcela a quién se le aconsejó que disfrute y baile, cuando estas son recomendaciones que están en total desacuerdo con sus creencias religiosas y morales.

La psicoterapia basada en evidencia científica usa un lenguaje que deriva de la investigación y requiere de apoyo empírico para explicar las causas de los síntomas y signos de los pacientes. Muchas de estas explicaciones psicológicas pueden aparentemente diferir de las explicaciones tradicionales de muchos argentinos. Pero el hecho de que Juan hable de daño y envidia, mientras que Marcela use oraciones para frenar sus convulsiones no es contrario a la psicoterapia. Lo importante es que se hable de estas experiencias en el proceso psicoterapéutico y que juntos (psicólogo y paciente) busquen estrategias que ayuden a los pacientes. Por ejemplo, en el caso de Marcela el orar quizás sea una forma de relajarse que le haya permitido tener más control de sus síntomas.

El lenguaje científico debe ser adaptado al contexto local e incluir la cosmovisión de las prácticas culturales y religiosas de otros grupos. Por ejemplo, los psicólogos de Marcela usaron términos como "histeria" que sólo la con-

fundieron. Además, ella no distingue los diagnósticos que ella recibió de los de su padre (ejemplo, esquizofrenia y bipolar), lo que incrementó sus niveles de ansiedad. Utilizar el modelo de la consonancia cultural hubiera implicado explorar los términos que Marcela emplea para entender sus problemas. Es posible que Marcela pensara que ella está pecando porque no honra a su padre. Al contrario, en vez de honrarlo está pensando que se sentiría mejor si él falleciera, debido a la situación conflictiva que venía viviendo con su padre. Este entendimiento hubiera acercado a Marcela más al proceso psicoterapéutico y le habría permitido explorar más detenidamente sus sentimientos y gradualmente encontrar soluciones que son coincidentes con sus creencias. El modelo de la consonancia cultural hace hincapié en explorar los significados culturales de cada paciente y luego usarlos para construir diferentes intervenciones basadas en estos conocimientos.

Además, el modelo de consonancia cultural recomienda explorar estas suposiciones culturales en cada población y en cada individuo. No solo estamos en riesgo de generalizar las características anglosajonas al contexto argentino, sino también de asumir que todos los argentinos por ser argentinos presentan las mismas características típicas. El modelo de la consonancia cultural busca refinar las ideas desarrolladas en otros países a la hora de ser aplicadas a otro contexto como es el caso de la Argentina. Es importante que entendamos cómo estas ideas y estrategias pueden ser adaptadas a la población argentina y a los diferentes grupos entendiendo las características tanto personales como contextuales.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (American Psychiatric Association, Ed.) (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A.T. (1964). Thinking and Depression II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561–571. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Bordes, M. (2015). "Esto de 'alternativo' no tiene nada". La construcción de la razonabilidad del uso de una medicina no-conventional desde la perspectiva de sus usuarios en Buenos Aires, Argentina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 1229–1249. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400010>
- Bordes, M., & Algranti, J. (2014). El sentido de la adhesión. Un análisis de la construcción de significados en el marco de situaciones sociales evangélicas y terapéuticas alternativas (Buenos Aires, Argentina). *Revista Colombiana de Antropología*, 50(2), 219–242. <http://doi.org/10.22380/2539472X52>
- Boring, E.G. (1957). *A history of experimental psychology* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Cope, S.R., Smith, J.G., King, T., & Agrawal, N. (2017). Evaluation of a pilot innovative cognitive-behavioral therapy-based psychoeducation group treatment for functional non-epileptic attacks. *Epilepsy and Behavior*, 70, 238–244. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.02.014>
- Cuijpers, P., Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318–326. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- D'Alessio, L., Giagante, B., Oddo, S., Silva W.W., Solís, P., Consalvo, D., & Kochen, S. (2006). Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure: The Journal of the British Epilepsy Association*, 15(5), 333–9. <http://doi.org/10.1016/j.seizure.2006.04.003>
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires: la invención del psicólogo (1942-1966)*. (Paidós, Ed.). Buenos Aires.
- Dickinson, P., Looper, K.J., & Groleau, D. (2011). Patients diagnosed with nonepileptic seizures: Their perspectives and experiences. *Epilepsy & Behavior*, 20(3), 454–461. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.12.034>
- Douglas, M. (1998). *Estilos de pensar: ensayos críticos sobre el buen gusto*. (1st ed.). Buenos Aires: Gedisa.
- Etchevers, M. (2017). *Alianza terapéutica y características del terapeuta*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Facio, A. (2017). *Algunas reflexiones sobre cómo conducir una terapia cognitiva-conductual "argentina"*. San Miguel de Tucumán.
- Facio, A., Prestofelippo, M.E., & Sireix, M.C. (2017). Positive Development in Latin America Emergent Adults. In *Flourishing in Emerging Adulthood. Positive Development during the Third Decade of Life* (1st ed., pp. 449–461). New York.: Oxford University Press.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia* (2nd ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B., & Horvath, A. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 55(4), 316–340. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frank, E. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47(12), 1093. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810240013002>
- Freud, S. (1984). *La interpretación de los sueños: obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Culture. Metaphilosophy* (Vol. 31). <http://doi.org/10.1111/evo.12641>.This
- Gone, J. P. (2008). 'So I Can Be Like a Whiteman': The Cultural Psychology of Space and Place in American Indian Mental Health. *Culture & Psychology*, 14(3), 369–399.
- Hayes, S.C., & Hofmann, S.G. (2018). *Processes Based CBT*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Idoyaga Molina, A. (1997). Ethnomedicine and world-view: A comparative analysis of the incorporation and rejection of contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology & Medicine*, 4(2), 145–158.
- Idoyaga Molina, A. (2000). Natural and Mythical explanations. Reflections on the taxonomies of disease in North-Western Argentina (NWA). *Acta Americana*, 8(1), 17–32.
- Idoyaga Molina, A. (2002). *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. (1st ed.). Buenos Aires: IUNA.
- Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, 27(1), 111–147.

- Idoyaga Molina, A., & Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina (Buenos Aires)*, 65.
- Jock, W., Bolger, K.W., Gómez Penedo, J.M., Waizmann, V., Olivera, J., & Roussos, A. (2013). Differential client perspectives on therapy in Argentina and the United States: A cross-cultural study. *Psychotherapy*, 50(4), 517–524. <http://doi.org/10.1037/a0033361>
- Jordan, J.V. (1997). A Relational Perspective of Understanding of Women's Development. In *Women's Growth on Diversity. More Writings from the Stone Center* (1st ed., pp. 9–24). London: The Guilford Press.
- Karterud, H.N., Knizek, B.L., & Nakken, K.O. (2010). Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: Patients' experiences and understanding of their new diagnosis. *Seizure*, 19(1), 40–46. <http://doi.org/10.1016/j.seizure.2009.11.001>
- Kelly, G. (1991). *The Psychology of Personal Constructs* (1st ed.). London: Routledge. <http://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203405987>
- Kirmayer, L.J. (2006). Culture and psychotherapy in a creolizing world. *Transcultural Psychiatry*, 43(2), 163–168. <http://doi.org/10.1177/1363461506064846>
- Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de La Psicología*, 27, 1–36.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151(OCT.), 447–454. <http://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Korman, G.P. (2016). The Establishment of Cognitive Behavioural Therapy in Argentina. *Australian Psychologist*. <http://doi.org/10.1111/ap.12195>
- Korman, G.P., & Idoyaga Molina, A. (2002). Alcances y límites de la aplicación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires. *Scripta Ethnologica*, XXIV(1), 173–214.
- Korman, G.P., & Idoyaga Molina, A. (2010). *Cultura y Depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Akadia.
- Korman, G.P., & Keegan, E.G. (2007). El papel de las creencias en la terapia y la teoría cognitivas. In E.G. Keegan (Ed.), *Escritos de Psicoterapia Cognitiva* (1st ed., pp. 85–98). CABA: Eudeba.
- Korman, G.P., Saizar, M., & Sarudiansky, M. (2014). Appropriation of Eastern Notions from Cognitive Behavioral Therapy in Argentina, 35–40.
- Korman, G.P., Sarudiansky, M., Garay, C.J., & O'Brien, M.C. (2018). *Cognitive Behavior Therapy in Argentina*. Buenos Aires.
- Korman, G.P., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A.I., Areco Pico, M.M., Tenreyro, C., Scévola, L., ... D'Alessio, L. (2017). Psychological interventions for psychogenic non epileptic seizures (PNES). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1). <http://doi.org/10.24205/03276716.2017.1010>
- Korman, G.P., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A.I., Areco Pico, M.M., Tenreyro, C., Valdez, G., ... Myers, L. (2019). Epilepsy & Behavior Long-term outcome in a sample of underprivileged patients with psychogenic nonepileptic seizures (PNES) living in Argentina. *Epilepsy & Behavior*, 94, 183–188. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.005>
- Korman, G.P., Viotti, N., & Garay, C.J. (2015). The origins and professionalization of cognitive psychotherapy in Argentina. *History of Psychology*, 18(2). <http://doi.org/10.1037/a0038968>
- Kwan, P., Arzimanoglou, A., Berg, A.T., Brodie, M.J., Perucca, E., Wiebe, S., ... French, J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy : Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*, 51(6), 1069–1077. <http://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x>
- La Roche, M.J. (2013). *Cultural Psychotherapy. Theory, Methods and Practice* (1st ed.). London: Sage.
- La Roche, M.J. (2019). *Towards a Global and Cultural Psychotherapy: Theoretical Foundations and Clinical Implications*. San Diego: Cognella Academic Press.
- La Roche, M.J., & Christopher, M.S. (2009). Changing paradigms from empirically supported treatment to evidence-based practice: A cultural perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 396–402. <http://doi.org/10.1037a0015240>
- La Roche, M.J., Davis, T.M., & D'Angelo, E. (2015). Challenges in Developing a Cultural Evidence-Based Psychotherapy in the USA: Suggestions for International Studies. *Australian Psychologist*, 50(2), 95–101. <http://doi.org/10.1111/ap.12085>
- Lafrance, W.C., Reuber, M., & Goldstein, L.H. (2013). Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 54(SUPPL. 1), 53–67. <http://doi.org/10.1111/epi.12106>
- Lewis-Fernández, R., & Kleinman, a. (1994). Culture, personality, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 67–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10993401>
- Maioli, E.P. (2015). *Identidades en tensión : estar en el mundo o ser parte del mundo. Tensiones existentes entre la identificación religiosa y el status ciudadano de los miembros de la organización Testigos de Jehová, AMBA 2013 - 2014*. FLACSO.
- Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/h0054346>
- Orgeta, V., Brede, J., & Livingston, G. (2017). Behavioural activation for depression in older people: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(5), bjp.bp.117.205021. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205021>
- Oyserman, D., Coon, H.M., & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 128(1), 3–72. <http://doi.org/10.1037//0033-2909.128.1.3>
- Reuber, M., Monzoni, C., Sharrack, B., & Plug, L. (2009). Using interactional and linguistic analysis to distinguish between epileptic and psychogenic nonepileptic seizures: a prospective, blinded multirater study. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 16(1), 139–44. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.07.018>
- Robinson, E.J., Goldstein, L.H., McCrone, P., Perdue, I., Chalder, T., Mellers, J.D.C., ... Landau, S. (2017). COgnitive behavioural therapy versus standardised medical care for adults with Dissociative non-Epileptic Seizures (CODES): statistical and economic analysis plan for a randomised controlled trial. *Trials*, 18(1), 258. <http://doi.org/10.1186/s13063-017-2006-4>
- Rogers, C.R. (2002). *El proceso de convertirse en persona* (1st ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Rossi, L.A. (1997). *La Psicología antes de la Profesión*. Buenos Aires: Eudeba.
- Saizar, M. (2018). Between tradition and change: appropriation dynamics and integration processes of Hinduism in Argentina. *International Journal of Latin American Religions*, 2(1), 72–85. <http://doi.org/10.1007/s41603-018-0042-9>

- Saizar, M., & Korman, G. P. (2012). Interactions Between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. *SAGE Open*, 2(3). <http://doi.org/10.1177/2158244012454438>
- Sarudiansky, M. (2011). El cuidado en los márgenes. Nuevas formas de voluntariado en el contexto del Estado postsocial. In M. M. Saizar & M. Bordes (Eds.), *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica* (pp. 199–224). Miño y Dávila.
- Sarudiansky, M., Korman, G.P., Scévola, L., Oddo, S., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2018). Seizure : European Journal of Epilepsy A life with seizures: Argentine patients ' perspectives about the impact of drug-resistant epilepsy on their lives. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 63(October), 52–61. <http://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.10.008>
- Sarudiansky, M., Lanzillotti, A.I., Areco Pico, M.M., Tenreiro, C., Scévola, L., Kochen, S., ... Korman, G.P. (2017). What patients think about psychogenic nonepileptic seizures in Buenos Aires, Argentina: A qualitative approach. *Seizure*, 51. <http://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.07.004>
- Sarudiansky, M., & Saizar, M. (2007). El Yoga como terapia complementaria en pacientes con estrés en Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, XXII, 69–83.
- Scévola, L., Teitelbaum, J., Oddo, S., Centurión, E., Fabián, C., Kochen, S., & Alessio, L.D. (2013). Epilepsy & Behavior Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-resistant epilepsy : A study of an Argentine population. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 155–160. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.07.012>
- Shweder, R.A. (1995). The Confessions of a Methodological Individualist. *Cultural Dynamics*, 1(March 1995), 115–122. <http://doi.org/10.1177/1354067X9511008>
- Smith, T., & Trimble, J. (2016). *Foundations of multicultural psychology: Research to inform effective practice*. (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Press.
- Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (1992). *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. New York: Routledge.
- Sue, D.W., & Sue, D. (1977). Barriers to effective cross-cultural counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 24(5), 420–429. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.24.5.420>
- Superintendencia de Servicios en Salud. (2015). Plan Médico Obligatorio.
- Tenreiro, C., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A.I., Pico Areco, M., Paolasini, G., & Korman, G.P. (2018). Modelos conceptuales y explicativos sobre las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP). *Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología-UBA*, XXV(1), 25–32.
- Tolchin, B., Dworetzky, B.A., & Baslet, G. (2018). Long-term adherence with psychiatric treatment among patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 59(1), e18–e22. <http://doi.org/10.1111/epi.13969>
- Vezzetti, H. (1996). *Aventuras de Freud en el País de los Argentinos*. (Paidós, Ed.). Buenos Aires.
- Wampold, B. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 49–81). Washington: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/12075-002>
- Watchel, P. (2010). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford. (2nd ed.). London: Guilford Press.
- Zaroff, C.M., Myers, L., Barr, W.B., Luciano, D., & Devinsky, O. (2004). Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*, 5(4), 587–592. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2004.03.005>

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2019
 Fecha de aceptación: 8 de octubre de 2019