

EL INDIVIDUALISMO Y EL CONTEXTO CULTURAL EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Martín J. La Roche y Leyla Gualdrón

RESUMEN

La psicoterapia, lejos de ser una actividad neutral y objetiva, está basada en presunciones culturales euro-americanas como el individualismo, que tienen un poderoso efecto sobre el proceso psicoterapéutico. Pocas veces se articulan claramente estas presunciones que, sin embargo, influyen y a veces disminuyen la efectividad de la psicoterapia, especialmente con personas que no valoran estos factores culturales. Aunque muchas son las presunciones culturales que pueden influenciar el proceso psicoterapéutico, en este artículo se enfocarán únicamente algunos de los efectos del individualismo en diferentes modelos psicoterapéuticos. Además se presentarán sugerencias para desarrollar modelos alternativos de psicoterapia.

Palabras Clave: psicoterapia, individualismo, contexto cultural.

INTRODUCCIÓN¹

Es comprensible que insistan en medirnos con la misma vara con que se miden a sí mismos, sin recordar que los estragos de la vida no son iguales para todos, y que la búsqueda de la identidad propia es tan ardua y sangrienta para nosotros como lo fue para ellos. La interpretación de nuestra realidad con esquemas ajenos sólo contribuye a hacernos cada vez más desconocidos, cada vez menos libres, cada vez más solitarios.

Gabriel García Márquez (1982)

1 Le dedicamos este artículo a la memoria del Dr. Humberto J. La Roche, Oswaldo Villalobos y el Reverendo padre Azagra, quienes con su fe y apoyo nos ayudaron a buscar nuevos interrogantes y caminos. También queremos reconocer el apoyo editorial y conceptual de la Dra. Carmen Adela López y Yármila Duran en versiones anteriores de este artículo.

Muchos de los principales modelos contemporáneos de psicoterapia están basados en esquemas euroamericanos que tienden a conceptualizar las diferencias culturales como déficits individuales. Frecuentemente lo que se identifica como normal, o inclusive como ideal corresponde a lo que la psicología norteamericana o más específicamente, a lo que un sector dentro de la psicología norteamericana, ha definido como "normal." Sin embargo, pocas veces se escuchan las voces de psicólogos latinoamericanos en el diálogo de lo que se considera normal o deseable. Al contrario, a veces parece ser que las traducciones de estas ideas euroamericanas son asimiladas sin ser cuestionadas suficientemente. Con García Márquez creemos que esta imposición de esquemas nos limita y subordina a patrones de conducta ajenos. El objetivo de este artículo es el de examinar la influencia del individualismo sobre la psicoterapia contemporánea. Aunque muchos son los esquemas (por ejemplo la separación cartesiana de la mente y el cuerpo, el materialismo, el androcentrismo, la cohesión del yo) que yacen implícitos en los modelos predominantes de la psicoterapia contemporánea, nuestros estudios, hasta el momento, se han limitado a investigar las posibles consecuencias negativas del individualismo.

EL INDIVIDUALISMO

El individualismo es un valor cultural en el cual se enfatiza la importancia única de la persona a quien se le considera como un fin en sí misma, autónoma y separada de otros. El individualismo asume que lo que somos es el resultado de nuestros esfuerzos, acentúa la responsabilidad individual y minimiza la responsabilidad social. El individualismo no se originó en los Estados Unidos pero este país ha visto su apogeo promovido por el sistema capitalista y justificado por las teorías evolucionistas y las corrientes pragmáticas predominantes. Un número creciente de psicólogos culturales ha notado como el individualismo americano se ha filtrado en los modelos psicoterapéuticos (Cushman, 1995; Gergen, 1991; Sampson, 1988) ejerciendo una poderosa influencia en lo que se conceptualiza como psicoterapia.

El individualismo, en cuanto a término psicológico, se define frecuentemente como una tendencia a valorar los atributos individuales de una persona sin considerar el contexto social, cultural o económico donde la persona se desenvuelve (Sampson, 1988). Dentro de los modelos psicoterapéuticos, este hincapié en el individualismo se puede notar en los diferentes objetivos de las grandes escuelas psicoterapéuticas. Por ejemplo Freud (1933) habla de la necesidad de fortalecer las fuerzas "yoicas" a través del proceso de conocimiento interior generalmente conocido como "*insight*" que transforma lo inconsciente en consciente. Rogers (1961) y Máslow (1969) describen elocuentemente el proceso de actualización del "sí mismo" y de la importancia de incrementar la autoestima de la persona. Similarmente Kelly (1955), Beck (1991) y Ellis (1980) hablan de cambiar los constructos, esquemas o ideas irracionales que residen dentro del individuo,

mientras que los biólogos hablan del efecto de los neurotransmisores y genes dentro del individuo. La diversidad de interpretaciones (tales como el psicoanálisis, humanismo, o el cognitivismo) la multiplicidad de construcciones teóricas (por ejemplo el yo, el sí mismo, ideas irracionales) es enorme, pero el denominador común de todos estos modelos es que consideran el proceso psicoterapéutico como efectivo si generan un cambio dentro del paciente (por ejemplo una disminución de síntomas de ansiedad o depresivos). A pesar de que un número creciente de autores y modelos teóricos (por ejemplo la terapia de familia, el modelo de objetos relacionales y el feminismo) están comenzando a enfatizar objetivos terapéuticos complementarios (mejorar las relaciones interpersonales), los modelos psicoterapéuticos individualistas continúan siendo los modelos predominantes de la psicoterapia contemporánea (Cushman, 1995; Gergen, 1991; Sampson, 1988).

Aunque el estudio del individuo en la psicología ha aportado mucho al desarrollo de la salud mental del individuo el problema radica en estudiarlo aisladamente sin considerar el contexto social y económico donde aquel se desenvuelve. Además, muchas personas, particularmente en Latinoamérica y Asia, tienden a definirse a sí mismas en términos que no son individualistas. Triandis (1994) habla de dos orientaciones del “sí mismo” a través de las cuales las personas se entienden a sí mismas y sus mundos, estas orientaciones son: *ideocentrismo* y *alocentrismo*². Triandis (1994) conceptualiza el ideocentrismo como la tendencia de unos individuos a definirse según atributos y objetivos personales, mientras que el alocentrismo es la tendencia a verse a uno mismo y a otros a través de las relaciones interpersonales y enfatizando objetivos grupales. Se dice que una cultura es individualista si la mayoría de la gente, dentro de ese grupo, se define en términos ideocéntricos, mientras que una cultura es colectiva si en ésta predominan el número de alocéntricos (Triandis, 1994). Una gran cantidad de estudios han identificado que los Estados Unidos e Inglaterra tienden a ser países individualistas, mientras muchos países latinoamericanos (por ejemplo Colombia) y asiáticos tienden a ser colectivos (Coon, & Kemmelmeier, 2001). Desconocemos la presencia de estudios similares en Venezuela.

Muchas de las ideas de este artículo se han desarrollado al identificar y cuestionar el énfasis del individualismo en la psicoterapia actual. Creemos que es necesario no sólo entender los factores psicológicos que residen dentro del paciente, sino también aquellos elementos provenientes de la relación con el psicólogo (por ejemplo la alianza terapéutica, la contra-transferencia) y tercero los factores socioculturales y económicos e históricos que están afectando la relación terapéutica (La Roche, 2005).

2 El termino de orientación del “sí mismo” está siendo traducido por el de “*self-orientation*”, los términos de alocentrismo por “*alocentrism*” e ideocentrismo por “*idiocentrism*”.

TRES DIMENSIONES DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

El proceso psicoterapéutico se puede construir en tres dimensiones yuxtapuestas, dinámicas pero diferentes. La primera dimensión es la individual que está constituida por todos aquellos factores expuestos por el paciente en la terapia; los cuales son el resultado de sus experiencias personales. Las psicoterapias individuales son aquellas que enfatizan la dimensión individual y por ende los conceptos individualistas (por ejemplo el yo, el inconsciente, los genes) y la necesidad de cambiar al individuo (Beck, 1991; Ellis, 1980; Freud, 1933; Kelly, 1955; Rogers, 1961). La segunda dimensión se refiere a la relación psicoterapéutica del psicólogo y el paciente, ésta genera una relación única y dinámica que influye poderosamente en los temas que se discuten dentro de la terapia (La Roche & Maxie, 2003; Stolorow & Lachmann, 1985). Los modelos relacionales de psicoterapia son aquellos que hacen hincapié en el cambio de las relaciones sociales del paciente (Jordan & Surrey, 1983; Stolorow & Lachmann, 1985). La tercera dimensión es la contextual que se refiere al espacio donde ocurre la relación terapéutica. No es lo mismo hacer psicoterapia en Cambridge, Massachusetts, que en Montalbán. Los modelos contextuales enfatizan la necesidad de cambiar el contexto socioeconómico donde el paciente vive (Baro, Arone & Corne, 1996; Freire, 1972). En este artículo definimos como “contexto cultural” aquel espacio geográfico y todas aquellas condiciones políticas, culturales y socioeconómicas donde el psicólogo y el paciente interactúan. Esto no sólo incluye el lenguaje verbal y no verbal sino también a todas aquellas normas y valores que moldean el comportamiento del paciente y el psicólogo durante la sesión psicológica (La Roche, 2005). El contexto cultural es un constructo teórico (Pervin, 1993) que le da sentido a la interacción entre el objeto y el sujeto (La Roche, 2005). Al contextualizar la interacción entre el paciente y el psicólogo se puede evitar que comparemos al paciente con patrones de conducta de un contexto que no le corresponde, evitando así patologizarlo equivocadamente.

En resumen, la psicoterapia es más efectiva cuando incluye estas tres dimensiones y se limita si acentúa una o dos de estas dimensiones (La Roche, 1999, 2002, 2005). El objetivo de la psicoterapia es la transformación del individuo, sus relaciones y su contexto social. Claramente los modelos psicoterapéuticos se pueden construir en muchas formas, sin embargo en un intento de ser parsimoniosos, operacionales y prácticos ilustraremos estas ideas mediante dos estudios empíricos: 1) el manejo de los síntomas del asma usando un tratamiento multifamiliar; y 2) el estudio de los guiones de relajación. Por último, concluiremos con una serie de recomendaciones para desarrollar una psicoterapia que incluya el contexto socioeconómico y cultural del paciente y el psicólogo.

EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS DEL ASMA UTILIZANDO UN TRATAMIENTO MULTIFAMILIAR

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que se caracteriza por episodios de inflamación y cierre de los bronquios lo cual puede causar tos, sibilancia, dolores del pecho, falta de capacidad respiratoria, disnea y/o asfixia. El asma no tiene una cura definitiva, pero sus síntomas se pueden controlar a través de rutinas diarias (por ejemplo tomando el medicamento apropiado). Gracias a los avances de la tecnología médica las personas con asma pueden hoy en día vivir una vida plena sin complicaciones médicas. Sin embargo, a pesar de estos avances médicos, el asma se ha convertido progresivamente en una de las enfermedades infantiles más comunes y dañinas de los EEUU, especialmente en niños que viven en zonas urbanas de un nivel socioeconómico bajo (National Institute of Health, 1995), donde el asma es 41% más frecuente que en niños de un nivel socioeconómico medio o alto. Así mismo, en los últimos 20 años, se han observado tendencias diferenciales en la incidencia de asma entre grupos étnicos. Los niños afroamericanos y algunos grupos de niños de origen hispano (para simplificar los llamaremos niños de color) presentan incidencias de asma significativamente más elevadas que los niños blancos de origen euroamericano (BEA) de la misma edad (Centers for Diseases Control and Prevention [CDCP], 2003). Por ejemplo, de acuerdo con el National Heart, Lung and Blood Institute, ([NHLBI] 1999) el número de hospitalizaciones de niños afroamericanos, y niños de origen hispano es tres veces y media más que el número de hospitalizaciones observadas en los niños BEA que viven en zonas urbanas (42.7 versus 11.8, respectivamente). La diferencia tan pronunciada entre grupos étnicos ha alarmado a los centros de salud de EEUU. (por ejemplo NHLBI, 1999; CDPC, 2003) y ha conllevado a numerosos académicos e investigadores en el área de la salud a desarrollar proyectos que permitan elucidar conocimientos e intervenciones con la finalidad de ayudar a disminuir la incidencia del asma infantil.

Muchos estudios explican que las diferencias en la prevalencia de asma en los niños de color es el resultado de discrepancias socioeconómicas. Los niños BEA generalmente provienen de familias con más recursos económicos (U.S. Census Bureau, 2000). Al tener más recursos económicos tienen acceso a mejor tratamiento médico y pueden invertir más tiempo en controlar los síntomas del niño con asma. A pesar de que las diferencias económicas explican una gran parte (30-50% de la varianza) de la diferencia entre los niños de color y BEA en la prevalencia del asma infantil, también se ha encontrado que las diferencias culturales (20-40% de la varianza) desempeñan un papel fundamental en producir estas diferencias (USA Department of Health and Human Services [DHHS], 2001).

El modelo médico está basado, aunque no sea en forma explícita, en presunciones o supuestos culturales (por ejemplo el materialismo, individualismo) que muchas veces no son compartidas por personas que se suscriben a valores divergentes (por ejemplo valores espirituales o relacionales). Como consecuencia de tales discrepancias culturales, las familias de color no utilizan los servicios médicos tan frecuentemente como las familias BEA (DHHS, 2001; La Roche & Turner, 2002). Las familias de color sufren además de experiencias de discriminación que pueden afectar su acceso a servicios médicos o tratamientos provistos por instituciones que representan la mayoría de la sociedad norteamericana. En muchas oportunidades se consideran también diferencias a nivel de lenguaje y consideraciones culturales o de inmigración que dificultan el acceso, obtención y uso de recursos de salud (La Roche, Gualdrón & Marcano, 2004).

La mayoría de las intervenciones diseñadas para el tratamiento del asma acentúan valores culturales euro-céntricos, como el individualismo (La Roche, Mitchell & Gualdrón, 2006). El modelo clásico de tratamiento para el asma proviene de la adaptación del modelo médico el cual recomienda un incremento en la información sobre el asma, así como monitoreo periódico a través de citas médicas para chequear la progresión del asma del niño. Asimismo se sugiere la elaboración de un plan individualizado del manejo del asma acorde a los síntomas físicos que el niño presente (NHLBI, 1997).

Lamentablemente muchas veces estas intervenciones individualizadas no le prestan suficiente atención a la familia, al contexto social histórico, a los recursos económicos, la comunidad en la cual el niño con asma se desenvuelve y, como resultado, muchas familias de color no participan en estas intervenciones. Esto puede afectar la eficacia de los padres en el manejo del asma de sus hijos de una manera significativa. Por ejemplo, siguiendo los lineamientos del modelo médico, se espera que el manejo de los síntomas de asma mejore acorde con el incremento de información que los padres tengan sobre el asma y su prevención. Sin embargo, se ha encontrado evidencia de que el manejo de asma no sólo depende del nivel de información y educación que los padres tengan sobre el asma, sino que también depende de cómo ellos perciben su acceso a recursos, relaciones de apoyo y salud mental (Gualdrón, La Roche & Smith, 2005). Es decir, el manejo del asma está afectado por variables que van más allá de las proposiciones sugeridas por los modelos individualistas. En este caso se pueden identificar variables individuales (por ejemplo, nivel de información sobre asma, salud mental, depresión), relacionales (percepción de apoyo social) y contextual (percepción de recursos). Como consecuencia, hemos diseñado un programa de intervención para el asma que considera, no sólo las variables médicas sino psicológicas, sociales, culturales y contextuales del asma. Llamamos a esta intervención el "Tratamiento Multifamiliar para el Asma" (TMA), que fue diseñado para responder a las limitaciones sociocultu-

rales de la mayoría de las intervenciones del manejo de asma y es congruente con los principios de las tres dimensiones de la psicoterapia (La Roche, 2005).

La meta principal del TMA es incrementar los conocimientos y comportamientos relacionados con el manejo efectivo de los síntomas del asma, en forma consistente con las prescripciones del NHLBI (1997). Estas intervenciones corresponden a la dimensión individual. Para lograr este fin comenzamos por elaborar un manual de terapia constituido por tres módulos de tratamiento: a) identificación y monitoreo de síntomas de asma y aprendizaje del uso efectivo de recursos médicos y contextuales, b) identificación y prevención de agentes causantes de asma y c) prevención y manejo de ataques de asma. Durante tres sesiones de una hora y media (cada módulo se vio en una sesión) las familias se reunieron con dos investigadores clínicos. Los padres se reunieron con un investigador y los niños con el otro. El conocimiento y la práctica de destrezas para el manejo del asma instruidas al grupo de niños era similar al del grupo de padres, pero el material impartido se presentaba acorde a la edad de los niños. Los grupos fueron seleccionados con niños de aproximadamente la misma edad. Durante los últimos 30 minutos ambos grupos (padres y niños) compartieron y practicaron sus nuevas destrezas y conocimientos juntos.

Tres son las diferencias centrales entre el TMA y la mayoría de las intervenciones diseñadas para manejar los síntomas del asma : 1) el TMA enfatiza las consecuencias de una orientación al sí mismo alocéntrica que es común en la mayoría de las comunidades de color, tales como los aspectos de colaboración y relación que se presentan para manejo del asma a nivel personal, familiar e institucional. Este énfasis en la orientación alocéntrica es consistente con el énfasis en la dimensión relacional. Más específicamente, se hizo hincapié en colaboraciones entre la familia, la díada madre e hijo, médicos, proveedores de salud mental, etc. Algunos autores han encontrado que personas con tendencias alocéntricas aprenden mejor en ambientes en donde pueden colaborar con otras personas en lugar de aprender de forma individual (Kagan, 1986). 2) En el TMA se motiva a las familias a compartir las estrategias para manejar el asma que ellos han encontrado útiles; (por ejemplo remedios caseros) además de sus preocupaciones, temores y no sólo a dictar las recomendaciones de NHBLI (1997). A pesar de que el facilitador presenta y amplía las sugerencias de los participantes, se les da mucha importancia a los conocimientos e intervenciones de los participantes. Asumimos que el énfasis en sus experiencias les permitió, a los participantes, discutir más libremente sus propias creencias culturales y experiencias en relación con el asma. 3) En forma consistente con la dimensión contextual, el conocimiento del asma fue enmarcado dentro del entorno histórico y socioeconómico de los EE.UU. reconociendo que las diferencias en los problemas de salud son a su vez afectadas por variables de carácter social y económico. Las familias aprendieron que si sus hijos sufren de asma (como un gran porcentaje de las personas de color de EEUU) ello no es el resultado de sus

limitaciones como padres (disminuyendo sus sentimientos de culpa) sino que es, en gran parte una consecuencia de una estructura de salud y vivienda más provechosas para las familias BEA. Como resultado de esto, se llegó a esperar que las familias tuvieran mayor conocimiento crítico de las realidades sociales y económicas asociadas con el asma, a fin de incrementar conductas dirigidas a la confrontación y transformación de su contexto sociocultural (por ejemplo, preguntar más en las citas médicas; y no sólo transformar sus viviendas sino también sus vecindarios).

Para evaluar la efectividad del TMA, realizamos dos estudios experimentales. En la primera investigación comparamos el funcionamiento del TMA con un grupo control que no recibió ningún tratamiento (La Roche & Koinis, 2001). En el segundo estudio además del TMA y el grupo control se incluyó un tercer grupo que llamaremos Tratamiento Standard de Asma (TSA) basado en las recomendaciones del NHBLI (1997) (La Roche, Mitchell, Gualdrón, 2006). El TSA se diferencia del TMA en las tres características que notamos anteriormente. El TSA fue facilitado por una enfermera pediátrica y una estudiante, mientras que el TMA fue conducido por un psicólogo clínico y una estudiante. Además en el segundo estudio (La Roche, Mitchell, & Gualdrón, 2006) asignamos los sujetos aleatoriamente al TMA o TSA. Los resultados de ambos estudios son muy parecidos por lo tanto sólo describiremos el segundo estudio en detalle (La Roche, Mitchell & Gualdrón, 2006) que a pesar de tener menos sujetos tiene un diseño experimental más riguroso.

En este estudio comparamos y evaluamos el efecto diferencial de tres tratamientos o condiciones experimentales, específicamente el TMA, TSA y grupo control, en dos clases de variables dependientes (La Roche, Koinis, & Gualdrón, 2002; La Roche, Mitchell & Gualdrón, 2006). El primer tipo de variables dependientes incluye los cambios (antes de la intervención, menos después de la intervención) en el nivel de conocimiento y destrezas del manejo de asma en ambos grupos de padres y niños. El segundo tipo de variables dependientes es el número de visitas a la sala de emergencia. El frecuente uso de la salas de emergencias para controlar los ataques de asma es un indicador del pobre manejo de los síntomas del asma (NHBLI, 1997). El objetivo de la mayoría de los tratamientos para el asma es el incrementar el conocimiento y destrezas del manejo de los síntomas del asma, a nivel de prevención, para evitar los ataques de asma y no tener que acudir a la sala de emergencia. Dado que el TMA fue elaborado tomando en consideración las variables individuales (por ejemplo mejorar las destrezas para manejar los síntomas de asma), incluyendo las variables relacionales y contextuales, se esperaba que las familias que participaran en dicha intervención presentarían niveles más altos en el manejo de los síntomas de asma así como una mayor disminución del número de visitas a la sala de emergencia que las familias del TSA y el grupo control.

Ambos estudios fueron conducidos en un centro de salud comunitaria urbana de Boston. Específicamente, en el departamento de pediatría de dicho centro, donde los pediatras de esta institución refirieron una lista de los niños diagnosticados con asma al grupo de investigación de este proyecto. Tres criterios para seleccionar a los participantes fueron señalados: 1) las familias debían ser afroamericanas o de ascendencia hispana, b) los niños debían haber sido diagnosticados con asma por un pediatra y c) los niños debían tener entre siete y trece años de edad.

Antes de participar en los programas de intervención, las familias firmaron un permiso otorgando su consentimiento para participar en la investigación y completaron las evaluaciones de Tiempo 1. En estas los niños y los padres completaron cuestionarios que evaluaban su conocimiento y nivel de destrezas en el manejo de los síntomas de asma³. Los padres también completaron el Indcol (Singelis, Triandis & Bhawuk, 1996) que es una escala para medir la orientación al sí mismo que tiene validez en diferentes culturas. Al mismo tiempo, los informes médicos de cada uno de los niños fueron revisados para contar el número de visitas a la sala de emergencia relacionadas con síntomas de asma que fueron registradas un año antes de la intervención. Una vez que los participantes completaron la evaluación del Tiempo 1, éstos fueron asignados de manera aleatoria al TMA o TSA. Las familias fueron evaluadas nuevamente (Tiempo 2) un año después de que la intervención terminara. Usando las mismas escalas se midió el nivel de conocimientos y destrezas sobre el manejo de los síntomas de asma así como con respecto al número de visitas de emergencia relacionadas con asma.

Por otra parte, una vez completada la intervención, y evaluaciones del Tiempo 1, un grupo control fue seleccionado de la lista inicialmente proporcionada por el departamento de pediatría para escoger la muestra de estudio. Dicho grupo control fue elegido intencionalmente tratando de equiparar a los niños con el grupo de intervención del TMA, tomando en cuenta su edad y grupo étnico. Para este grupo, sólo revisamos los registros médicos con el fin de contabilizar el número de visitas de emergencia relacionadas con asma un año antes y después de la intervención de estos grupos. El objetivo de este grupo fue controlar los aspectos relacionados con el desarrollo físico de los niños así como también la observación de los efectos de las intervenciones médicas usuales para el asma y su impacto en la frecuencia de visitas a la sala de emergencia.

Entre ambos estudios (La Roche & Koinis, 2001; La Roche, Mitchell & Gualdrón, 2006) un total de 108 (52,7%) familias completaron los grupos de un total de 205 familias que fueron invitadas. Una vez comenzada la intervención sólo 4 (2%)

3 *The Asthma Behavioral Assessment Questionnaire* (American Institute for Research, 1989) fue usada para medir el nivel de conocimientos y destrezas en el manejo de asma de ambos padres e hijos.

personas no la completaron. Sólo un niño con asma y uno de los padres de cada familia fueron incluidos en la intervención. 70 (65%) de este grupo de padres eran madres, 27 (25%) eran abuelas y sólo 11 padres (10%). Los niños tenían un promedio de once años y los padres 33. El 73% de las familias fueron de origen hispano y el 27% de origen afroamericano. Todas las familias que participaron en este estudio son de un nivel socioeconómico bajo.

En resumen, encontramos (La Roche, Mitchell & Gualdrón, 2006) que durante el Tiempo 1 no existían diferencias en el nivel de conocimiento y destrezas del manejo del asma de ambos padres y niños entre el TSA y TMA. Tampoco encontramos diferencias entre el TMA, TSA y el grupo control en el número de visitas a la sala de emergencia un año antes de la intervención. Los resultados también indican que ésta es una muestra con niveles elevados de alocentrismo $M=7,3$ ($DS=.1$) y comparativamente baja en ideocentrismo $M=5,1$ ($DS=1,3$). Estos niveles elevados de alocentrismo sugieren que esta muestra se puede beneficiar mucho de una intervención como el TMA que enfatiza el componente relacional. Luego de participar en el TMA o el TSA ambos grupos mejoraron en el nivel de conocimiento y destrezas respecto al asma pero el TMA mejoró significativamente más que el TSA. Por ejemplo, para los padres que participaron en los grupos de TMA, los puntajes en la escala de conocimientos de asma cambiaron en Tiempo 1 de 10,5 ($DS=3,3$) a 13,6 ($DS=2,6$) en Tiempo 2, lo que representa un puntaje significativamente más alto en el nivel de conocimientos e información para manejar asma. Por otro lado, los participantes en los grupos de TSA, presentaron un puntaje de 11,6 ($DS=2,4$) en el nivel de conocimiento de asma en Tiempo 1, mientras que obtuvieron un puntaje de 11,7 ($DS=2,0$) en Tiempo 2, (La Roche, Gualdrón & Marcano, 2004). La diferencia entre Tiempo 1 y Tiempo 2, entre el TSA y el TMA, es notoria. Además encontramos que el TMA es significativamente más efectivo en reducir el número de visitas a la sala de emergencia, un año luego de la intervención, (71%) que el TSA (20%) mientras que el grupo control sufrió un incremento de 21% en el número de visitas a la sala de emergencia.

Este estudio tiene limitaciones metodológicas significativas. Por ejemplo es posible que variables que no fueron medidas, tales como el entusiasmo de los investigadores, hayan podido incrementar la eficacia del TMA en comparación con el TSA. Más aún, es importante notar la poca representatividad de la muestra dado que sólo el 52% de las personas invitadas asistieron a la intervención, así como el nivel elevado de alocentrismo y de familias de bajos recursos económicos que sesga la generalizabilidad de esta muestra a personas de niveles socioeconómicos bajos con la misma orientación al sí mismo. Sin embargo, también hemos indicado evidencia significativa para sugerir que el TMA, que incluye factores individuales, relacionales y contextuales es más efectivo que una intervención tradicional cuyo énfasis se coloca sólo en factores individuales como el TSA.

EL ESTUDIO DE LOS GUIONES DE RELAJACIÓN Y LA EFICACIA DE UN MODELO DE RELAJACIÓN RELACIONAL

Comenzamos el estudio de los guiones de relajación luego de que una paciente se quejó de no poderse relajar imaginándose a sí misma “sola en una hermosa playa... sintiéndose cada vez más y más en paz”. Llamaremos “guiones individualistas” a los guiones en los cuales se les pide a los pacientes relajarse imaginándose que están solos. La paciente muy claramente nos hizo notar cómo ella prefería imaginarse a sí misma acompañada de su familia. Dado que no encontramos en esos momentos ningún guión parecido a sus especificaciones creamos un ejercicio de relajación donde ella se encontraba acompañada de su familia. Llamaremos a éstos “guiones relacionales” en los cuales el psicólogo presenta imágenes al paciente que explícitamente incluyen a otros. La paciente rápidamente comenzó a visualizarse con su familia celebrando las navidades, y esto le permitió relajarse.

La ausencia de guiones relacionales nos hizo pensar en la prevalencia de guiones individualistas en la literatura de la relajación. Esta prevalencia nos sugiere que la mayoría de los autores están asumiendo que sólo es posible relajarse si el individuo se encuentra aislado (por ejemplo imaginándose sólo en una hermosa playa) a pesar del hecho de que la gran mayoría de las personas tiende a definirse a sí misma a través de las relaciones interpersonales (Coon & Kemmelmeier, 2001; La Roche & Turner, 1997; Triandis, 1994). El objetivo del estudio de guiones de relajación es el de explorar cómo las presunciones dentro del contexto cultural, no sólo son escasamente cuestionadas, sino que también pueden permitir que nociones como la del individualismo puedan filtrarse en los modelos psicoterapéuticos convirtiéndose en “ciencia” pero quizás disminuyendo su efectividad.

A tal efecto comenzamos por explorar si en realidad la mayoría de los guiones de relajación eran individualistas. Con este fin emprendimos un análisis de contenido de los guiones de relajación publicados desde 1990-2004 en seis revistas psicológicas suscritas a la Asociación Americana de Psicología y diferentes libros de medicina conductual publicados durante el mismo periodo. Más de 300 guiones han sido categorizados por dos evaluadores independientes y hasta el momento no hemos identificado ningún guión que sea relacional. Es importante hacer notar que este análisis de contenido no ha sido concluido y que estamos en el proceso de ampliarlo de un modo más sistemático.

Más aún, es preocupante hacer notar que pese a que las técnicas de relajación son una de las intervenciones psico-sociales más frecuentemente utilizadas no sólo dentro de la psicoterapia contemporánea sino también dentro del campo de la medicina moderna (Carlin, 1997; Nakao, 2001; Simon, 1999), hasta el momento la eficacia

de esta técnica con individuos de diferentes países, grupos étnicos y culturales ha sido escasamente investigada (Leavell, 2003). Es como si se hubiese asumido que los guiones individualistas son universalmente terapéuticos para todos, olvidando que estas técnicas son el fruto una sociedad individualista (Cushman, 1995, Gergen, 1991; Sampson, 1988). Este sesgo cultural acentúa la necesidad de preguntarse ¿hasta qué punto son validas estas técnicas de relajación con diferentes grupos?

Con el fin de responder a este interrogante diseñamos un grupo de relajación que utilizara guiones relacionales. Los grupos de relajación relacional están generalmente constituidos por 3-6 personas que se reúnen una vez por semana, por ocho sesiones consecutivas, por una hora y media. Hasta este momento treinta adultos de diferentes nacionalidades han concluido estos grupos. La edad promedio ha sido 39 años, y 22 (73%) han sido mujeres y 8 (27%) hombres. La mayoría de estos sujetos proviene de un nivel socioeconómico bajo. Nueve (19%) participantes, no incluidos en los 30, comenzaron pero no concluyeron la intervención y no están incluidos en los análisis estadísticos.

Durante los primeros 15-25 minutos de la sesión se les provee a los participantes de información general referente a la relación de la mente y el cuerpo (por ejemplo la influencia del estrés y la respiración en la salud), la necesidad de hacer ejercicio físico regularmente y como alimentarse saludablemente. Además se motivó a los participantes a interactuar entre sí fomentando un ambiente social cohesivo y ameno. Durante los últimos 45 minutos de las sesiones se practica un ejercicio de relajación que incluye tres componentes. Primero se les enseñó a los participantes técnicas de respiración profunda, luego se les enseñó una técnica de relajación muscular progresiva, y por último se les presentó un ejercicio de relajación relacional (un guión aloccéntrico). En este ejercicio se les pide a los participantes que se imaginen que están “en un hermoso y relajante lugar disfrutando de la compañía de una o más personas que son especiales para ellos... personas que le hacen sentir feliz, seguros y en paz...” Al finalizar las sesiones se les entrega un casete que incluye la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y el ejercicio de relajación relacional. Al entregarse este casete se les pide a los participantes que “practiquen este casete en su casa tan frecuentemente como puedan”. La frecuencia con que los participantes reportan practicar este casete es utilizado como una medida de adherencia al tratamiento.

Dado que, hasta este momento, únicamente hemos conducido el grupo de relajación relacional, aunque pronto esperamos comenzar el grupo de guiones individualistas, sólo hemos podido evaluar dos hipótesis que son 1) a medida que las personas son más aloccéntricas, éstas utilizarán más frecuentemente los guiones relacionales, mientras que las personas más ideocéntricas usarán menos frecuentemente este tipo de guiones. 2) A medida que las personas son más aloccéntricas, éstas experimentarán una reducción

mayor en los niveles de ansiedad utilizando guiones relacionales. Similarmente, en la medida que las personas sean más ideocéntricas, éstas experimentarían una reducción menor en los niveles de ansiedad utilizando guiones relacionales. Cuando comencemos el grupo de guiones individualistas podremos contrastar esos resultados con los datos obtenidos con el grupo de guiones relacionales. Hemos asumido que a medida que las personas sean más alocentricas se beneficiarán más (una mayor reducción de síntomas de ansiedad) de guiones relacionales porque practicarán más la relajación relacional, mientras que en la medida que las personas sean más ideocéntricas menos utilizarán la relajación relacional y por lo tanto tendrán una reducción menor en sus niveles de ansiedad.

Los resultados preliminares indican que ésta es una muestra con niveles elevados de alocentrismo $M=7,2$ ($DS=0,9$) y comparativamente baja en ideocentrismo $M=5,2$ ($DS=1,2$). Estos niveles elevados de alocentrismo sugieren que esta muestra se puede beneficiar mucho de esta intervención. Los resultados son consistentes con esta suposición indicando que la intervención es efectiva en reducir los síntomas de ansiedad. Antes de comenzar el tratamiento los sujetos presentaban un promedio de ansiedad en el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck, [Beck, et al., 1988,1996]) de 23,5 ($DS=11,4$) y al concluir la intervención la $M=16$ ($DS=11$). La diferencia antes y después de la intervención es significativa ($t = 6,5$; $p < 0,001$), es una reducción de 7,5 puntos (32%) en el BAI. Los resultados preliminares indican que a medida que las personas sean más alocentricas utilizan más frecuentemente el casete relacional ($r = 0,45$; $p < 0,05$), mientras que las personas más ideocéntricas utilizan menos frecuentemente el casete de relajación relacional ($r = -0,55$; $p < 0,01$). Más aún, el nivel de alocentrismo e ideocentrismo no están correlacionados ($r = 0,09$; $p > .05$). A medida que la muestra crezca en número, podremos entonces evaluar el modelo de mediación que hemos conceptualizado. Apuntando en la dirección de nuestro modelo de mediación hemos encontrado una correlación significativa ($r = 0,4$; $p < 0,05$) entre la frecuencia de la práctica de la relajación relacional y la mejoría de síntomas de ansiedad.

Claramente esta investigación tiene poco poder estadístico (se podría beneficiar de una muestra más amplia y diversa) y podría ser aun más efectiva si pudiéramos diseñar un investigación con control aleatorio donde se pudiera asignar cada sujeto a un grupo de guiones relacionales o individualistas. Sin embargo estos resultados preliminares sugieren cómo el individualismo puede estar filtrándose dentro de una de las técnicas más populares de la psicoterapia contemporánea. Parece que se está asumiendo que las personas sólo pueden relajarse utilizando guiones de relajación individual enfatizando las presunciones de autonomía y separación de otros y descartando la consideración de colaboración y conectividad que están implícitos en los guiones de relajación relacional. Más aún, es importante notar como esta importación de valores individualistas que se construyen como ideales de normalidad (por ejemplo individualidad, individuación,

autonomía), dentro de la psicoterapia, pueden estar disminuyendo la efectividad de las técnicas de relajación en diversos grupos. Esta posibilidad hace preguntarnos, en cuántas otras técnicas (por ejemplo en el desarrollo de destrezas asertivas, o estimulación precoz), puede el individualismo estar disminuyendo la efectividad de nuestras intervenciones. Más y más es importante preguntarnos ¿cuántos y cuáles otros valores o esquemas (utilizando las palabras de García Márquez) euroamericanos (por ejemplo el materialismo o el androcentrismo) están afectando y disminuyendo la eficacia de la psicoterapia contemporánea?

CONCLUSIONES

Hemos intentado señalar cómo la psicología norteamericana está construida en presunciones individualistas que pueden disminuir la efectividad de la psicoterapia con personas que no comparten ese mismo valor cultural. A pesar de que hemos enfatizado la influencia del individualismo, existen muchas otras características que necesitan ser exploradas, como por ejemplo la espiritualidad, el humor, el androcentrismo, etc. Las características de cada región/grupo son únicas, y la psicología clínica será más efectiva si refleja las realidades históricas y sociales de esa región/grupo.

Para concluir presentamos una serie de recomendaciones que creemos pueden ser de utilidad para desarrollar una psicoterapia que refleje la realidades de cada contexto.

- 1) Creemos que es necesario ampliar el estudio de la psicoterapia para incluir en ella el estudio de los "contextos culturales". Los contextos donde la psicoterapia se desenvuelve producen efectos sobre el proceso psicoterapéutico no sólo a través de lo que se acentúa y evita, o a través del lenguaje verbal y no verbal utilizado, sino también a través de los objetivos implícitos en la psicoterapia. Hemos señalado cómo la psicoterapia proveniente de los contextos euroamericanos ha enfatizado el individualismo y cómo este énfasis puede disminuir la eficacia de la psicoterapia sobre todo en personas que no comparten este valor cultural, como es quizás el caso de muchos venezolanos. Sería importante investigar si los venezolanos tienden a ser allocéntricos o ideocéntricos. Todavía más, al establecer comparaciones con patrones de conducta provenientes de otros contextos, nuestras diferencias pueden ser erróneamente entendidas como déficits. En la medida en que más conozcamos nuestros contextos, más efectivos podremos ser en el proceso psicoterapéutico. Proponemos entonces que la psicoterapia incorpore sistemáticamente no sólo al individuo/paciente sino también la relación psicoterapéutica (la relación entre el psicólogo y el paciente) y los contextos socios culturales, históricos y económicos. Creemos que una psicoterapia que incluya estas tres áreas será más efectiva que una psicoterapia que únicamente aborde una o dos de estas dimensiones.

2) Es necesario continuar elaborando una definición más precisa de lo que entendemos por contexto cultural. Es necesario confeccionar una definición que tenga más valor clínico, empírico/operacional y conceptual. A pesar de que muchas son las definiciones del "contexto cultural" que han sido propuestas desde Sullivan (1953) a Bronfenbrenner (1979), estas definiciones pueden ser aun más provechosas si especifican y demarcan los contextos claramente. Más aún, recomendamos que cada universidad estimule a sus miembros a conocer más plenamente sus realidades sociales, históricas y económicas y que éstas sean sistemáticamente incluidas en el aprendizaje y en la praxis de la psicoterapia. En la medida en que estas condiciones contextuales sean incorporadas al proceso psicoterapéutico, más poder tendrá la psicoterapia no sólo para cambiar al paciente sino también el contexto del paciente y el psicólogo. De esto se desprende que el psicólogo puede y debe utilizar sus conocimientos científicos para fomentar el bienestar de sus pacientes y de diferentes grupos sociales. El psicólogo clínico no es sólo un agente de cambio individual, sino también de cambio social. Es beneficioso cuando el psicólogo se involucra en actividades de transformación política y social o se organiza en sociedades (por ejemplo la Sociedad de Psicólogos Venezolanos).

3) Hemos utilizado una variedad de técnicas de investigación, incluyendo diseños con sujetos asignados aleatoriamente, diseños cuasi-experimentales y otras técnicas cuantitativas/estadísticas, además de técnicas cualitativas (análisis de contenido). Cada metodología tiene el potencial de aportar una visión única que puede enriquecer nuestro conocimiento del fenómeno estudiado (Kerlinger, 1975). Creemos que la psicoterapia moderna puede beneficiarse no sólo si amplía su foco de estudio para incluir el contexto psicoterapéutico donde la persona se desenvuelve, sino también si extiende el uso sistemático de diferentes metodologías para estudiar las diferentes facetas del ser humano. No estamos abogando por el uso ecléctico de diferentes métodos de investigación, sino más bien por el uso sistemático de diferentes metodologías guiados por un modelo conceptual que les den sentido a los datos obtenidos por las diferentes técnicas de investigación.

4) Las hipótesis que hemos formulados son el resultado de múltiples fuentes. Algunas fueron informadas por observaciones clínicas (ejemplo el caso de la paciente que no se sintió bien relajándose con guiones individualistas), experiencias personales, razonamientos y deducciones conceptuales (los guiones individualistas vs. relacionales), técnicas empíricas e inclusive ideas provenientes de la literatura. La psicoterapia tiene el potencial de beneficiarse de muchas ideas divergentes. Sin embargo, una actitud crítica y científica es necesaria para explorar y evaluar la utilidad de las diferentes hipótesis que se presenten.

5) Los estudios que hemos expuesto están también influenciados por nuestras propias creencias culturales. Nacidos y criados en Venezuela, donde las relaciones

interpersonales son más frecuentes y profundas que en los Estados Unidos (una suposición que también debe ser examinada más detenidamente), no es sorprendente que hayamos identificado primero el énfasis del individualismo en la psicoterapia y que en segundo lugar nos hayamos cuestionado sus beneficios, mientras que las posibles bondades del individualismo en determinadas condiciones y personas las hemos relegado a un segundo plano. Esperamos emprender muy prontamente estudios que señalen los beneficios del individualismo, pero es necesario reconocer que nuestras propias creencias culturales han podido motivarnos a darle prioridad a las limitaciones del individualismo antes que a sus ventajas.

6) Las ideas que hemos expuesto son explicaciones tentativas que pueden tener valor clínico en Venezuela. Por ejemplo, el tratamiento multifamiliar del asma puede tener mucho potencial en los barrios de Caracas. Sin embargo, es claro que se necesita evaluar la validez de estas ideas dentro de los diferentes contextos culturales y socioeconómicos. Invitamos a los estudiantes y docentes de las diferentes escuelas de psicología a colaborar en éstos y otros proyectos internacionales; a continuar identificando y cuestionando las diferentes suposiciones culturales que yacen implícitas en las teorías de la psicoterapia y psicología contemporánea y a construir ideas alternativas y desarrollar paradigmas psicológicos que correspondan más plenamente a la definición de nuestras realidades.

REFERENCIAS

- American Institute for Research. (1989). *Air power: management of asthma through group education*. Bethesda, MD: National Heart Lung and Blood Institute.
- Baro M., Arone, A. & Corne, S. (1996). *Writing for a liberation psychology*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual* (2nd Ed.) San Antonio, TX. Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

- Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carlin, P., & Lee, K. (1997). *Treat the body, health and mind*. Health, 11, 72-78.
- Centers for Diseases Control and Prevention (2003) National Center for environmental health: asthma. *National Asthma Control Program*. Department of Health and Human Services.
- Coon, H. M., & Kimmelmeier, M. (2001). Cultural orientation in the United States: (Re) Examining differences among ethnic groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 348-364.
- Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America: Studies in the cultural history of psychotherapy*. New York: Addison-Wesley.
- Ellis, A. & Abrahms, E. (1980). *Terapia Racional Emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Editorial Pax México.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Herder & Herder.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. Standard Edition (Vol. 22, pp. 5-182).
- García Márquez, G (1982). Discurso de aceptación del premio Nóbel.
- Gergen, K. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Gualdrón, L., La Roche, M. & Smith, S. (2005, November). *Childhood asthma among Latinos and African Americans: Parental management and psychosocial variables*. Poster presentado en la ABCT (Association of behavioral and cognitive therapy) National convention. Washington D.C.
- Jordan J. & Surrey, J. L. (1983). *Women and empathy: Implication for psychological development and psychotherapy*. Stone center for Developmental Services and Studies. Wellesley: Massachusetts.
- Kagan S. (1986). Cooperative learning and sociocultural factors in schooling. In C. Cortes (ed.) *Beyond language: sociocultural factors in schooling in language minority students*. Berkeley, CA: University of California Press, 281-285

- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs: A theory of personality*. New York: Norton Press.
- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- La Roche, M. (1999). Culture, transference, and countertransference among Latinos. *Psychotherapy*, 36, 389-397.
- La Roche, M., & Maxie, A. (2003). Ten considerations in addressing cultural differences in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 180-186.
- La Roche M, & Koinis D. (2001). The asthma family program: New directions for urban children. In: *Children's Hospital Community Child Health Program*. Boston, MA. Boston, MA: Children's Hospital.
- LaRoche M., Koinis-Mitchell D., & Gualdrón L. (2002, Octubre). The asthma family program. In: *The Latino Psychology Conference*, University of Rhode Island.
- La Roche, M., Gualdrón, L. & Marcano, D. (2004, Octubre). A culturally competent psychoeducational intervention for African-American & Latino children with asthma and their families. In: the *Annual Diversity Challenge*, Boston College, Chestnut Hill, MA.
- La Roche, M., & Turner, C. (1997). Self-orientation and depression level among Dominicans in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19, 479- 488.
- La Roche, M & Turner, M. (2002). At the crossroads: Managed mental health care. The ethics code, and the well-being of ethnic minorities. *Journal of Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 3, 187-198.
- La Roche, M. (2002). Psychotherapeutic Considerations in treating Latinos. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 115-122.
- La Roche, M. (2005). The cultural context and the psychotherapeutic process: Toward a culturally sensitive psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 15, 169-85.

La Roche, M., Mitchell, D. & Gualdrón, L. (2006). A culturally competent asthma management intervention: A randomized controlled pilot study. *Annals of Allergy Asthma and Immunology*, 95.

Máslow, A.H. (1969). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Nakao, M., et al. (2001). Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through a behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 50-57.

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (1997) *Teach your patients about asthma: a clinician's guide*, Bethesda, MD, NHI.

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (1999) *Data Fact Sheet: Asthma Statistics*. Bethesda, MD, NHI.

National Institutes of health (1995) *Asthma management in minority children: practical insights for clinicians, researchers, and public health planners* (NIH, 95) Bethesda, MD.

Pervin, L. (1993). *Personality: Theory and Research*. New York: John Wiley & Son.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Sampson, E., E. (1988). The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in the personal and societal functioning. *American Psychologist*, 43, 15-22.

Simon, D.B. (1999). *Returning to wholeness: Embracing body, mind, and spirit in the Face of Cancer*. New York: Wiley.

Singelis, T., Triandis, H., & Bhawuk, D. M. (1996). Horizontal and vertical dimensions of individualism and collectivism: A theoretical and measurement refinement. *Cross-Cultural Research*, 29, 240-276.

Stolorow, R. & Lachmann F. (1985). Transference the future of an illusion. *Annual Psychoanalysis*, 12, 19-37.

Sullivan, H.S., (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Triandis, H. (1994). Theoretical and methodological approaches to the study of collectivism and individualism. In U. Kim, H. Triandis, C. Kagitcibasi, S. Choi

and G. Yoon (Eds.), *Individualism and collectivism*. (pp. 41-51). Thousand Oaks: Sage Press.

U.S. Census Bureau (2001). *Profile of general demographic characteristics: 2000 Census of Population and Housing*, United States. Retrieved July 28, 2004, from

<http://www.census.gov/population/www/socdemo/race.html>.

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2001). *Mental Health: Culture, race and ethnicity – supplement to Mental Health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.