

Psiquiatría transcultural. Relevancia de la cultura en la salud mental.

Cross-cultural psychiatry. Relevance of culture in mental health.

Lorena Navarro Morejón (1); Raquel Calles Marbán (1); Jorge Couros de la Cruz (2).

(1) MIR. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

(2) MIR. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Área IV, Fuerteventura.

Resumen: Los procesos migratorios son considerados factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental. La presente revisión además de repasar los Síndromes Ligados a la Cultura, valorando su perspectiva desde el DSM, pretende destacar el cambio de expresión de la psicopatología según la influencia cultural. Finalmente, se pretende resaltar la necesidad de un abordaje multidisciplinar de aquellos pacientes provenientes de otras culturas.

Palabras clave: migración, psicopatología, psiquiatría transcultural, salud mental.

Abstract: Migratory processes are risk factors for the development of mental health problems. The present review, in addition to the Culture-Bound Syndromes, assessing its perspective from DSM, aims to highlight the change of expression of psychopathology according to cultural influence. Finally, it is important to highlight the need for a multidisciplinary approach of those that have been proven in other cultures.

Keywords: migration, psychopathology, cross-cultural psychiatry, mental health.

1. Introducción

La inmigración es un proceso de actualidad, de hecho, la población española aumentó durante la primera mitad del año 2018, situándose en los 46.733.038 habitantes; este crecimiento se debió en gran medida al aumento del número de extranjeros con un total de 4.663.72, lo que se corresponde prácticamente con el 10% de la población total según los datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística. Entre las Comunidades Autónomas con mayor incremento de población están las Islas Canarias (0,53%), por detrás de las Islas Baleares y Madrid¹.

Este proceso migratorio puede tener consecuencias negativas para la salud debido al estrés físico y psicosocial experimentado, convirtiéndose por tanto en un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental².

En los últimos años, ha surgido la psiquiatría transcultural, que tiene en cuenta la influencia cultural tanto en el paciente como en el psiquiatra. No debemos olvidar que la ley de la diferenciación cultural defiende que mientras que todas las poblaciones tienen los mismos procesos cognitivos y perceptivos, los factores culturales y ecológicos marcan qué es lo que se va a desarrollar;



en consecuencia, diferentes ambientes culturales llevan al desarrollo de diferentes habilidades³.

Pero ¿qué definimos como cultura? Esta misma cuestión ha sido planteada por la población española, dado que fue el término más buscado en la versión online del Diccionario de la Real Academia Española (RAE) en el año 2015. La RAE la define como el “conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico / conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”⁴

Dependiendo de cuál sea nuestra fuente de consulta, podemos encontrar más de doscientas definiciones de este término, aunque una buena definición podría ser que una cultura es un “conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo ciertos modos pautados y compartidos de pensar, sentir y actuar”⁵.

En el siguiente artículo, analizaremos la influencia cultural en la expresión de la psicopatología, haciendo una revisión de los famosos Síndromes Ligados a la Cultura.

2. Síndromes ligados a la cultura

2.1. Concepto

Las clasificaciones internacionales resuelven el problema de las diferencias transculturales en los síndromes psiquiátricos a través de la definición de los denominados Síndromes Ligados a la Cultura o *Culture-Bound Syndromes*. Estos se definen como cuadros locales determinados por una matriz cultural⁶.

Koro

Lugar: Singapur, Tailandia, India.

Consiste en la creencia angustiante de una progresiva retracción del pene hasta llegar a la invaginación, creyendo que en el momento en que esto ocurra la persona morirá. Suele ser individual, aunque se han descrito epidemias; en 1969 surgió una tras el rumor de que habían “cerdos infectados”, y que todas las personas que hubieran comido esa carne podrían sufrir el *Koro*; en este contexto aparecieron más de 100 casos

en un día en el hospital de Singapur, entre ellos había incluso 8 mujeres⁵.

Durante mucho tiempo fue considerado por la psiquiatría como una forma de delirio, pero si analizamos los fenómenos acompañantes vemos algunos hechos curiosos:

1. Los familiares ayudan en el proceso de sujeción del pene con piedras para evitar que se invagine. Se trata, por tanto, de una creencia compartida.
2. Entre los chinos hay el convencimiento de que la retracción del pene es un signo de muerte inminente, porque los fantasmas no lo tienen.
3. Existen manifestaciones de ansiedad extrema.
4. Hay una relación con hechos desencadenantes y en relación a vivencias de culpa (masturbación, dificultades de erección, etc.) en una sociedad que valora de manera relevante la actividad sexual.

Tiene mecanismos comunes con la hipocondría, por ejemplo, la sobre-escrutinación de una función corporal. Algunos estudios muestran cómo provocando ansiedad relacionada con el tema en un paciente de *Koro* y midiendo con pletismografía el tamaño del pene, hay una disminución del flujo vascular y efectivamente, el pene empequeñece. Es decir, el temor tiene, en cierto modo, una base real. La descripción de unos 15 casos de *Koro-like* en una población occidental muestra cómo es posible la aparición de un análogo del síndrome en toda persona que monitorice un aspecto de su cuerpo (en este caso, los genitales); si bien no habrá miedo a la muerte porque no existe la creencia cultural al respecto, ni habrá maniobras de ayuda del medio. Por eso, *Berrios y Morley* en su revisión concluyen que no debe hablarse de *Koro* cuando aparece fuera del contexto propio del síndrome⁷.

Psicosis por Windigo

Lugar: Alaska, norte de Canadá.

Se trata de poblaciones con condiciones extremas durante el invierno, en estas circunstancias, cuando hay una hambruna se desarrollaría el miedo a la antropofagia circunscrito en un tabú rígido contra el canibalismo humano y la creencia en el *Windigo* o espíritu caníbal del hielo⁸. En

la “*psicosis por Windigo*”, la persona siente que no le apetece la comida normal, manifestando náuseas y vómitos ante ella. Si esto sigue adelante y el sanador interviene, aparece un cuadro de ansiedad creciente con mayor repugnancia por la comida, como prueba irrevocable de que la persona se está convirtiendo en *Windigo*. Si el tratamiento sigue sin conseguir resultados positivos, el paciente pedirá a la tribu que le mate para evitar que pueda convertirse en caníbal, lo que en épocas pasadas, al parecer, se hacía.

Puede observarse como en el *Windigo*, cuadro del que hace años que no hay descripciones y que algunos autores dudan incluso que haya existido, una vez más tendríamos la ansiedad y las expectativas sociales como, probablemente, los dos factores decisivos.

Amok

Lugar: Malasia y países cercanos.

Se produce cuando un elemento masculino de la comunidad es ofendido en su honor. Entonces abandona la comunidad durante un periodo de tiempo sin comer, sin hablar con nadie, vagar sin rumbo y pensar en su orgullo herido regresando al cabo de unos días, generalmente armado. En estado de descontrol, arremete contra cualquiera que se cruza en su camino, pudiendo herir o matar a personas. La comunidad, con palos detiene a la persona que, tras el *Amok*, queda soñolienta, cuando vuelve en sí se reintegra con más o menos dificultades a su vida. *Leff* destaca la tolerancia social a estos episodios pese a las muertes provocadas, lo que tiene bastante paralelismo con la tolerancia de la ley francesa a los crímenes pasionales⁹.

Latah

Lugar: Malasia, Burma, Tailandia, Filipinas, Siberia, Laponia...

Se trata de mujeres que presentan una conducta imitativa, copiando todos los movimientos de las personas que tienen delante, sin aparentemente, poder evitarlo. Hay una respuesta automática a las órdenes, y en ocasiones, la persona habla con expresiones groseras y malsonantes. El desencadenante puede ser desde un gesto inesperado por parte de un conocido a una experiencia atemorizante. Se considera que se trata de una posesión por el espíritu *Latah* que entra en la persona

durante un sueño. Se considera normal, que no requiere tratamiento y remite espontáneamente.

En diferentes estudios se ha mostrado que las reacciones de hiperalerta están en todas las culturas. Aparecen cuando la persona está o bien hiperconcentrada en algo o bien hipoconcentrada (somnolienta). A ello se añade, en el caso del *Latah*, la posibilidad liberadora, es decir, en este estado pueden decir y hacerse cosas que no serían toleradas en estado de plena conciencia. El *Latah* sería, plausiblemente, la respuesta ante la presión social de algunas mujeres realizando de manera socialmente aceptable actos obscenos o agresivos que no le son habitualmente tolerados en una cultura dominada por hombres. Al igual que en los estados de trance y posesión, se requiere una vulnerabilidad fisiológica para entrar en estados disociados de conciencia⁵.

Taijin Kyofusho

Lugar: Japón.

Se caracteriza porque el paciente se presenta al médico con quejas de que alguna parte de su cuerpo resulta ofensivo a los demás por su aspecto, olor, expresión (como en los gestos faciales) o movimientos. Se manifiesta especialmente en situaciones interpersonales y el trastorno es tan prevalente que, en Japón, son frecuentes los grupos de autoayuda. Se traduciría como Síndrome de Miedo Interpersonal. No hay equivalente occidental y estaría a caballo, entre lo obsesivo y lo fóbico⁵.

Hwa-Byung

Lugar: Corea.

Se describe como dolores epigástricos atribuidos a la rabia no expresada y retenida. Es un fenómeno interesante que se repite en muchas culturas y que no tiene equivalente occidental⁵.

2.2. Visión conjunta de los Síndromes Ligados a la Cultura

Los casos presentados son los más conocidos que encabezan una lista interminable. En la famosa monografía de *Simons y Hughes*⁶, se describen decenas, algunos de ellos tan conocidos como la muerte por *Voodoo*¹⁰, el *susto*, el *Dhat*, la *neurastenia*, etc. Casi doscientos Síndromes



Ligados a la Cultura que abarcan toda clase de reacciones humanas ante el estrés.

El estudio del *susto*, sobre el que existen innumerables publicaciones, por ejemplo, *Rubel y cols*¹¹ es especialmente interesante porque muestra cómo tras una misma denominación puede haber múltiples modos de entender la enfermedad y su terapéutica, a veces en distancias geográficas relativamente pequeñas. Si no somos capaces de definir la depresión ¿qué sentido tienen los intentos por encontrar y definir síndromes de

los que ni siquiera hay una buena comprensión de su matriz cultural?

2.3. Perspectiva DSM

Se han hecho diferentes intentos por incluir los Síndromes Ligados a la Cultura dentro de las clasificaciones usuales. La siguiente tabla resume la propuesta de relación entre los *Culture-Bound Syndromes* y la clasificación DSM-IV hecha por un grupo de estudio (*González CA and Griffith EEH, en Mezzich y cols*^{5,12}).

Tabla 1. Relación entre los *Culture-Bound Syndromes* y la clasificación DSM^{5,12}

Grupo DSM-IV	Grupo DSM-IV	Grupo DSM-IV	Grupo DSM-IV
<i>Síndromes disociativos</i>	(1) Estados de trance y posesión [“el cuerpo de un paciente ha sido ocupado por un espíritu”]		Crear una categoría dentro del capítulo de Trt. Disociativos.
	(2) Síndromes de huida o escape [“caminar sin dirección ni objeto. Período prodrómico con letargia, depresión, ansiedad e inicio brusco de hiperactividad y estado disociativo posterior”].	Piblogtok, Chakore (Panamá) Grisi Sikmis (Miskitos). Amok. Considerado aparte por el componente de amenaza a la vida propia o la de otros.	Clasificar como Fuga Disociativa. Clasificar como Trast Explosivo Intermitente.
	(3) Síndromes de desconexión motora. [Reacción ante situaciones de miedo, conflicto o gran tensión. La persona no puede moverse aunque oye y entiende lo que pasa a su alrededor].	Falling-out (población negra de EUA). Indisposición (Haití).	Clasificar como Reacción Aguda ante Gran Estrés o Psicosis Reactiva Breve.
<i>Síndromes somatomorfos</i>	(1) Koro [entendido como síntoma hipocondríaco no psicótico de menos de seis meses evolución].		Crear una categoría dentro de los Trt. Somatoformes.
	(2) Síndromes somáticos generalizados <ul style="list-style-type: none"> • Ode-Ori (Yoruba): “Un organismo dando vueltas por la cabeza”, ruido en los oídos, pérdida de visión... • Hwa Byung o “enfermedad por ira”. Masa epigástrica por ira o rabia no expresada. 		Clasificar como Trt. Somatoformes.
	(3) Síndromes neurasténicos.	Neurastenia (China). Shinkeisuijaku (Jap).	Clasificar como Trt. Afectivo mayor con síntomas somáticos.
	(4) Ataques de nervios o “síndrome de Puerto Rico” (sic).		Clasificar como Reacción aguda ante gran estrés.

Kirmayer² formula al respecto las siguientes críticas:

- La posesión es en muchos lugares una explicación causal sin relación con una condición disociativa.
- El *Latah* (no considerado en la clasificación) es una forma socialmente tolerable de expresión de emociones ¿dónde se coloca? ¿por qué no considerarlo, si sólo nos fijamos en la conducta aparente, como un síndrome de movimientos automáticos o tics?
- Somatomorfo es un concepto extraído de la dualidad mente/cuerpo. ¿Es correcto remitir el *Koro* y otros cuadros a esta categoría?
- En el *Koro*, por ejemplo, la ansiedad es síntoma clave, pero aparecen también ideas delirantes, somatizaciones, dismorfofobia... ¿en qué categoría incluirlo cuando eso ocurre? ¿dónde se pone el énfasis principal?
- ¿Qué muchos casos de neurastenia respondieran a antidepressivos es suficiente para situarlo entre los trastornos afectivos?
- ¿Los “ataques de nervios” (Puerto Rico) son una entidad como tal (*disease*) o simples formas de expresión de malestar (*idiom of distress*)?

Análogas a estas consideraciones podrían hacerse innumerables. El intento de encajar las piezas en el armazón del DSM provoca constantes dificultades conceptuales en una vía tortuosa y compleja.

2.4. ¿Qué tienen en común los *Culture-Bound Syndromes*?

Es posible ver que todos los síndromes descritos anteriormente comparten un esquema común etiopatogénico: un hecho desencadenante (retracción biológica del pene, la hambruna, la desorientación en un ambiente cultural desconocido, una situación embarazosa...) lleva a una focalización de la atención, a una monitorización de una función corporal y a una ansiedad progresivamente creciente. Aparecen rumiaciones potenciadas por una base cultural y por un refuerzo del medio familiar o social, que llegan a consolidarse en ideas sobrevaloradas, que dominan el pensamiento de la persona y, en algunos casos, a ideas pseudodelirantes. Pseudo, en tanto en cuanto son coherentes con el medio cultural, y delirantes en cuanto a que no son reductibles por razonamiento lógico⁵.

La ansiedad extrema puede favorecer la aparición de ilusiones catatímicas (es decir, interpretaciones anómalas de experiencias reales, en función de las expectativas y el estado emocional) o incluso de pseudoalucinaciones o alucinaciones.

Una segunda vía de acceso tiene que ver con un desencadenante, en esta ocasión brusco que, unido a altos niveles de ansiedad, favorece la aparición de alteraciones de la conciencia (bien estados disociados en sus múltiples formas, bien estados de conversión), en cuyo contexto son plausibles la aparición de síntomas que, no encajando en la estructura del yo no escindido, pudieran identificarse como alucinaciones o delirios.

Lo que interesa destacar es cómo es posible entender que existen vías fisiopatológicas de respuesta del ser humano, como expresiones de una amenaza percibida extrema, congruentes con un modelo enculturado y socialmente normalizado. La amenaza encuentra su reflejo desde una perspectiva no dualista en somatizaciones, cuadros de ansiedad con síntomas psicóticos o cuadros conversivos o disociativos. Cada uno de los denominados Síndromes Ligados a la Cultura puede tener múltiples formas de expresión⁵.

Congruentemente con ello, todos los fármacos que disminuyan los niveles de ansiedad (incluidos, claro, los neurolépticos) serán potencialmente útiles, sin que esto signifique mayores connotaciones diagnósticas. Y, probablemente, tan o más eficaces serán aquellos tratamientos que, desde la cultura, ataquen el origen de esas formas de extrema ansiedad⁵.

2.5. Pero... ¿realmente existen los *Culture-Bound Syndromes*?

Para algunos autores, el concepto de *Culture-Bound Syndromes* carece de sentido y sólo responde a una visión de la psiquiatría que define una serie de cuadros desde un modelo cultural y que reconoce ciertas entidades folclóricas. En el sentido opuesto, están los que pretenden buscar entidades psiquiátricas en cualquier expresión local de estrés. Más allá de un síndrome, debe haber un marco cultural, una hipótesis etiológica y una hipótesis terapéutica, reconocidas y compartidas desde la cultura⁵.



Wig¹³ escribiendo desde la India lo resume de la siguiente manera:

“Respecto al concepto de *Culture-Bound Syndrome*, el psiquiatra que ejerce en el Tercer Mundo se siente algo perplejo y divertido cuando los psiquiatras occidentales plantean como hipótesis que aquello que se da en los hospitales de Europa o EE.UU. es típico y no cultural, en tanto que los fenómenos psiquiátricos observados en la periferia son atípicos y ligados a la cultura¹³”.

3. Conclusión

La presente revisión, además de repasar los Síndromes Ligados a la Cultura, pretende destacar la matización que sufre la expresión de la psicopatología en función de la influencia cultural. Teniendo en cuenta que el estrés relacionado con la migración, además de las diferencias culturales y la discriminación percibida, son considerados factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en la población inmigrante¹⁴. *Kristiansen*¹⁵ comenta la falta de conocimiento existente en relación a la exposición de los factores de riesgo, la movilidad y las necesidades psicosociales de la población inmigrante.

Considerando los datos anteriores, los sanitarios debemos tener en cuenta los antecedentes culturales cuando planteamos alguna interven-

ción, facilitando así la acomodación a la nueva cultura del paciente; para ello es imprescindible conocer los factores que influyen en su identidad cultural¹⁶. La intervención multidisciplinar es indispensable, con la intención de que las instituciones cumplan con su papel de acomodador y facilitador del proceso de adaptación, señalando además la figura del mediador cultural como elemento relevante en el proceso de adaptación, dado que lleva a cabo el papel de representante del colectivo inmigrante dentro del contexto hospitalario y justificando su actuación no sólo por las dificultades de traducción lingüística, sino actuando como puente entre culturas¹⁷.

Para concluir, queremos señalar la importancia de considerar el proceso migratorio como un acontecimiento vital estresante y como tal, factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, además de valorar cómo los aspectos socio-culturales matizan el desarrollo de la psicopatología y, finalmente, resaltar la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar de aquellos pacientes provenientes de otras culturas¹⁸.

“Cada cultura absorbe elementos de las culturas cercanas y lejanas, pero luego se caracteriza por la forma en que incorpora esos elementos”

Umberto Eco

Contacto

Lorena Navarro Morejón ✉ lorenavarro.m@gmail.com ☎ 696 323 903
Carretera de Ofra S/N • 38320 San Cristóbal de La Laguna • Santa Cruz de Tenerife, España

4. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística [consultado en febrero de 2019]. Disponible en www.ine.es
2. Bhuga D. Migration and mental health. *Acta Psychiath Scand* 2004; 109: 243 – 258.
3. Sánchez J. Procesos cognitivos en psicología transcultural. *Rev Psicol. Gral Aplicada*. 1984; 39 (2): 263-280.
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [consultado en febrero de 2019]. Disponible en <https://dle.rae.es/?w=diccionario>
5. Pérez Sales P. *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. 1ª Ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.

6. Simmons RC, Hughes CC. The Culture-Bound Syndromes. Folk illnesses of Psychiatric and Anthropological interest. D. Reidel Publishing Company. Dordrecht. 1985.
7. Berrios GE, Morley SJ. Koro-like symptom in a non-Chinese subject. *Br J Psychiatry*. 1984; 145: 331-334.
8. Kleinman A. Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience. Free Press. 1988.
9. Leff J. Psychiatry around the globe. A transcultural view. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 158 (1): 142.
10. Sommerfeld J. Vudú y salud mental en Haití. En Riquelme, H. (ed.). Otras realidades, otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina. Nueva Sociedad, Caracas. 1992: 37-46.
11. Rubel AJ, O'Neill CW, Collado R. Susto: una enfermedad popular. Fondo de Cultura Económica, México. 1984.
12. Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective, American Psychiatric Press. 1996.
13. Wig NN. Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. Aspectos transculturales. *Confrontaciones psiquiátricas*. 1984; 20: 12-45.
14. Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Tomás-Sabado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*. 2008; 29 (3): 307-315.
15. Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Health effects of migration. *Dan Med Bull*. 2007; 54: 46-47.
16. Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111: 84-93.
17. Qureshi A, El Harrak J, Visiers C. Mediación intercultural en la salud mental. En: Moussaoui D, Casas M. Salud mental en el paciente magrebí. Barcelona. Ed. Glosa. 2007; 287-289.
18. Gutiérrez López, ML. Psiquiatría transcultural. A propósito de un caso. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2010; 30 (108): 639-644.

- Recibido: 25/3/2019.
- Aceptado: 30/5/2019.