

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

- FACULTAD DE PSICOLOGÍA –

Grado en Psicología



“Emoción y cultura: Los Síndromes Culturales”

Autora: Alexandra Gil Hernando

Tutor: Francisco Giner Abati

Convocatoria: Julio 2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

Declaro que he redactado el trabajo “Emoción y cultura: Síndromes transculturales” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2015 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

ÍNDICE

RESUMEN	4
I. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Justificación del trabajo: importancia por su interés teórico o aplicado.....	5
1.2 Objetivos/Hipótesis	6
1.3 Marco teórico: antecedentes y estado actual del tema.....	6
1.4 Los síndromes transculturales y el DSM IV.....	13
II. METODOLOGÍA	20
2.1 Materiales:	20
2.2 Método y Procedimiento:	21
2.3 Análisis de la información.....	23
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	31
4.1 Limitaciones y líneas futuras.....	31
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ÍNDICE DE TABLAS	
• Figura 1	13
• Figura 2	14
• Figura 3.....	18

RESUMEN

Dado que las diferentes aportaciones demuestran que la cultura influye notablemente en las emociones y cómo éstas se experimentan y manifiestan, estas divergencias pueden causar también discrepancias importantes en cuanto a los síndromes encontrados en diversas culturas.

Según la antropología cultural los CBS (Cultural Bound Syndromes) son aquellos síndromes que proceden de diferente origen cultural, cuyas manifestaciones difieren de los trastornos mentales típicos occidentales. Puesto que hoy en día la población a la que pertenecemos y tenemos acceso es muy diversa, el objetivo principal de este trabajo, es hacer desde el punto de vista de la epidemiología cultural una clasificación de los síndromes dependientes de la cultura, según su localización geográfica, tratando de comprender cuáles son los determinantes de estos síndromes así como la génesis de los mismos.

A pesar de la importancia que la cultura tiene en las personas, todavía existe una laguna importante de conocimientos sobre el tema, estando hasta el propio Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) incompleto respecto a su abordaje.

El fin último de este proyecto es poder adquirir y ampliar conocimientos sobre este ámbito para ser capaces de entender cómo son las vivencias en cuanto a la enfermedad mental en otras partes del mundo, procurando en miras a futuro el poder dar una atención competente e individualizada.

PALABRAS CLAVE

Síndromes culturales, Cultural Bound Syndromes, síndromes dependientes de la cultura, emoción, cultura.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO: IMPORTANCIA POR SU INTERÉS TEÓRICO O APLICADO

La elección de este tema viene justificada en base a diferentes motivos que se exponen a continuación:

En primer lugar una motivación personal, derivada de una experiencia durante mi estancia en las prácticas externas de grado en el Instituto de Medicina Legal de la Rioja. Aquí comprobé, de primera mano, cuán de importante es tener en cuenta las diferencias individuales en la realización de entrevistas e informes psicológicos que posteriormente son evaluados por un juez, quién emitirá una determinada sentencia. En este ámbito, la forma de concebir los distintos síndromes a través de las culturas cobra especial relevancia, pues supone un gran reto para nuestra profesión dar respuesta a asuntos en los que aún no se ha indagado lo suficiente.

En segundo lugar, si revisamos los índices de inmigración del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015) encontramos que aunque ha surgido un descenso de la inmigración en los últimos años en nuestro país, el número de personas inmigrantes sigue siendo elevado, lo que supone la convivencia en un mismo territorio de distintas culturas que conciben la realidad de formas diferentes. Desde esta perspectiva, el día de mañana como futura profesional me gustaría poder ser competente en este tópico para poder dar respuesta de una manera transcultural a las exigencias asistenciales de los pacientes. De esta forma, conociendo los Síndromes dependientes de la cultura y adaptándonos a la de cada persona, podrían prevenirse también malentendidos o problemas de comunicación entre clientes y terapeutas, proporcionando una óptima atención.

Asimismo como interés aplicado, es relevante tener conocimientos sobre estos síndromes, pues en casos de intervención en crisis sería de vital importancia tener conocimiento sobre cómo actuar individualmente ante las diferentes exigencias que pueda plantearnos cada persona.

Por último, a día de hoy en España el número de psicólogos cada vez es mayor, este factor junto con la situación de crisis económica en la que nos encontramos, puede conllevar a la migración de muchos profesionales a otros países del mundo. Así, es muy probable que se exijan tratamientos dispares a los que proporcionamos en nuestro propio país y es relevante el hecho de conocerlos para proporcionar de esta forma una ayuda eficaz en su propio entorno.

Es por esto que considero necesario examinar como se viven las patologías en los distintos lugares del mundo, para entender hasta qué punto la cultura influye en su determinación y la forma en la que son expresadas.

1.2 OBJETIVOS/HIPÓTESIS

Dado que en la psicología actual tenemos acceso a una población muy diversa con diferentes procedencias culturales y estas procedencias determinan la concepción de los síndromes, definidos por la antropología como Cultural Bound Syndromes, o síndromes dependientes de la cultura, se plantea el objetivo de conocer el conjunto de estos síndromes y hacer una clasificación en función de la procedencia cultural así como de la localización geográfica, para intentar comprender la génesis y los determinantes de los mismos desde el punto de vista de la epidemiología cultural.

1.3 MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno (Bisquerra, 2000, citado en Redorta, J. Obiols, M. y Bisquerra, R, 2006). Para R. Nesse (1991) son “modos especializados de operar que han sido formados por selección natural para ajustar los parámetros fisiológicos, psicológicos y comportamentales del organismo con el fin de incrementar su capacidad y la tendencia de la respuesta adaptativa a las amenazas y a las oportunidades características de situaciones específicas”

Las emociones están compuestas por tres unidades según Oatley, K. Jenkins, M.J. (1996); La conductual, referida a la manifestación de la conducta, la neurofisiológica, encargada de manifestar respuestas involuntarias y el componente cognitivo. Este último componente hace que le demos un nombre a nuestros estados, por ello es importante conocer la interacción entre emoción pensamiento y acción, esta interacción es continua pues las emociones influyen en qué y cómo pensamos, y estos pensamientos van a repercutir en nuestra conducta a la vez que la conducta repercutirá en los pensamientos y las emociones. Desde el punto de vista cognitivo, es importante tener en cuenta el lenguaje, pues va a ser el responsable de cómo etiquetemos nuestras emociones. Además las limitaciones del lenguaje van a su vez a imponer restricciones como en el caso de algunas culturas, que generan palabras para definir situaciones emocionales complejas resultando incomprensibles fuera del contexto de referencia cultural.

Desde una perspectiva evolucionista se da una explicación, las emociones nos generan una motivación encaminada a realizar aquellas acciones que procuraron éxitos y beneficios a nuestros antecesores evitando así las que lo hicieron menos. Además nos ayudan a mostrar habilidades cognitivas y nos impulsan a actuar.

Aunque dispongamos de múltiple y variada información sobre el tema, el estudio de la emoción aún es un gran reto, pues se trata de estudiar el aspecto más imprevisible de la persona pero el más común y humano al mismo tiempo.

Oatley, K. Jenkins, M.J. (1996) refiriéndose a la universalidad de las emociones, nos hablan de Darwin, la figura central de la biología moderna, el cual publicó en 1872 uno de los libros más importantes aún escritos “La expresión de las emociones en los animales y en el hombre” antes de su publicación, ya en “el origen de las especies” escribía cómo las cosas vivientes se adaptan a sus entornos. Con ello imaginamos como Darwin tendría en mente que las emociones tenían funciones en nuestra supervivencia. Éste empezó a hacer observaciones sobre las emociones en 1838, después realizó un estudio transcultural en el cuál mandó varios cuestionarios a misioneros de diferentes partes del mundo y realizó fotografías de diferentes expresiones faciales. Con los resultados creó una taxonomía dando nombres a las emociones principales. Darwin

pensaba que las emociones tenían una cualidad primitiva, siendo ésta la que nos permite tener enlace con los antepasados en nuestra historia individual.

Por lo tanto, la Psicología evolucionaría ha asumido el estudio de seis expresiones emocionales que se consideran universales, estas son:

1. Sorpresa
2. Tristeza
3. Miedo
4. Disgusto – repugnancia – Asco
5. Felicidad
6. Ira – enojo – cólera

Ekman, aún apoyando la teoría de Darwin consideró que, durante la evolución, las diferentes culturas, han podido modelar como se expresan las emociones (Zerpa, C. (2009). De ahí surge su interés por diferenciar las emociones básicas de las construidas en el mundo social. Ekman y Friesen, (1971) realizaron un estudio intercultural de expresiones faciales donde la mayoría de personas reconocía cada expresión emocional independientemente de la cultura. Como conclusión Ekman extrajo que el reconocimiento puede ser universal, independientemente de la procedencia.

A pesar de ello, Ekman abrió la puerta a la investigación de las emociones y la influencia social en éstas, uno de los hallazgos al respecto fue el descubrimiento de que en ocasiones dependiendo del contexto en que la persona se encuentre, ésta puede alterar o suprimir su expresión emocional, lo que significa que se trata de patrones que se aprenden en el proceso de socialización dentro de una cultura particular que hace que la persona se condicione. Cornelius (1996) Workman y Reader (2004) llamaron a esta supresión “reglas del despliegue”.

En resumen, las emociones no pueden ser comprendidas sin atender a consideraciones de su historia evolutiva y la contribución de las mismas a la supervivencia del individuo y su especie.

Hasta ahora hemos visto como las emociones están ligadas a la biología, pero también están estrechamente ligadas con la educación y la cultura.

Según afirma Pérez-Lanzác Trujillo, M. (2002) La cultura posee una definición difícil y variada. Una de las definiciones más precisas es la propuesta por el Grupo de Cultura y Diagnóstico del Instituto Nacional de Salud Mental:

La cultura denota los valores, significados y normas de comportamiento que se aprenden y transmiten en la sociedad por sus grupos dominantes y por otros grupos sociales. La cultura ejerce una influencia poderosa sobre los sentimientos, y los procesos cognitivos y conceptos del yo, así como los procesos diagnósticos y las decisiones terapéuticas.

En este sentido, vemos como la cultura ejerce una función moduladora sobre la experiencia humana.

Desde un punto de vista más antropológico, podemos incluir que la cultura está formada por un conjunto de conocimientos, creencias, leyes, tradiciones, costumbres, códigos morales, hábitos y rituales utilizados por un grupo social para denotar su identidad y organizar la supervivencia. Por tanto la cultura define la normalidad y tipifica la anormalidad.

Las personas procedentes de distintas culturas crecen en un sistema de valores y creencias sobre el mundo que junto con sus experiencias vitales constituye y moldea sus emociones. También, nos proporciona significados que las personas llevan en su bagaje y se ponen en marcha al interactuar con la sociedad y el ambiente físico. Al haberse interiorizado estos significados, la persona va generando su propia personalidad haciéndose de esta forma estable en el tiempo y en los contextos.

De este modo la cultura proporciona la base para la evaluación jugando un papel importante a la hora de valorar las situaciones que elicitán ciertas emociones. Sin olvidar que las emociones son estados reales de nuestro cuerpo y de nuestra mente, que aparecen en nosotros ante determinadas ocasiones que evaluamos como importantes y aún negándolas o etiquetándolas de formas diferentes, las emociones ocurren de verdad.

En definitiva, en todos los lugares existen normas y reglas diferentes para los distintos grupos sociales sobre cómo y cuándo deberían controlarse o expresarse las emociones.

A la vista de lo expuesto anteriormente, se puede decir que los trastornos difieren culturalmente, a pesar de que como seres humanos compartimos la biología, debido al aprendizaje social y cultural, los síntomas difieren en las personas en función del contexto en el que se encuentren.

No obstante la sintomatología que presentan los trastornos, comparten muchas semejanzas transculturalmente, sin embargo, hay evidencias epidemiológicas de que muchos síntomas son culturalmente específicos.

Dando esto a conocer, surge una preocupación por la diferencia sintomática en las diferentes culturas, pues ciertas peculiaridades se consideran trastornos mentales en unas culturas, no haciéndolo así en otras. Esto despertó un interés en Pow Meng Yap, un pionero en psiquiatría transcultural. En 1962 Yap propone un nuevo concepto: Síndromes de Condicionamiento Cultural (Culture – Bound Syndromes) con ello hacía referencia a los síndromes atípicos psicopatológicos. Éste término fue adquiriendo cada vez más relevancia gracias a los hallazgos de las diferentes manifestaciones ligadas a la cultura Hollwe, MG. (2001).

Pero ¿Qué significa el término síndrome ligado a la cultura en términos conceptuales y analíticos?

Para Simons y Hughes (1985) “el contexto cultural connota cierto grado de influencia en el fomento de los patrones de comportamiento que a menudo son vistos por trastornos mentales y pueden no serlo para personas forasteras. Existe la determinación de que el contexto sociocultural de la conducta de una persona determina tanto su etiología como sintomatología, expresión, curso y respuesta al tratamiento”

Los síndromes culturalmente específicos son llamativos pues las discrepancias entre culturas se hacen claras cuando las percepciones corporales espirituales, mentales y físicas difieren unas de otras en otras partes del mundo, es decir lo que en Europa podríamos considerar saludable o enfermizo, en otro contexto no se entendería en este mismo sentido, así lo afirma Greifeld, K. (2004).

Los síndromes transculturales son enfermedades que no pueden ser comprendidas desligadas de su contexto cultural o sub cultural, por lo cual su etiología condensa y simboliza campos de significación y normas de comportamiento centrales de la sociedad.

Estos síndromes se caracterizan por patrones de comportamiento aberrante o experiencias individuales preocupantes, que se consideran “enfermedades” dentro de una cultura o de un conjunto de culturas, y a los que se les dan nombres locales. Pueden o no corresponder a las enfermedades psiquiátricas occidentales como se describe en el DSM-IV. Ronald Simons (1985b) señala que el concepto de síndromes culturales, privilegia el modelo médico occidental. Los síndromes transculturales son esencialmente “enfermedades populares o folclóricas” pero ello no quiere decir que sean menos reales para las personas que las sufren aquí que para aquellos que son definidos por la medicina occidental. En este sentido es ardua la tarea para un observador externo entender el comportamiento normal en otra cultura, y mucho menos la conducta que se considera anormal por esa cultura.

Bajo la concepción de Westermeyer, J. (1987). “Estos trastornos no psicóticos implican una combinación de angustia emocional, alteración del comportamiento, trastornos cognitivos temporales y problemas situacionales o crisis.” El argumento afirma que debido a que estos síndromes son exclusivos de ciertas culturas, no puede haber una clasificación internacional de trastornos psiquiátricos.

Además, incluso cuando los denominados síndromes culturales se han citado en los diferentes manuales diagnósticos, son raros en relación con otros síndromes psiquiátricos. De este modo, la literatura relacionada con este tema indica que existen los mismos patrones básicos de la psicopatología en todo el mundo, pero estas condiciones psicopatológicas son resultado de las influencias de los valores culturales.

Ritenbaugh (1982) propone cuatro criterios para definir un CBS (Cultural Bound Syndrome):

1. Los síndromes no pueden entenderse fuera de su contenido cultural o subcultural.
2. La etiología de éste resume y simboliza significados centrales y normas culturales de comportamiento.
3. El diagnóstico se basa en técnicas e ideologías culturales específicos.
4. El tratamiento sólo será un éxito total si se realiza por los participantes de esta cultura.

Algunos autores consideran que no hay trastornos psiquiátricos culturalmente únicos. Las Investigaciones posteriores sobre estas diferencias contribuyen a que comprendamos mejor la psicopatología.

¿Son los factores sociales, culturales, y tal vez incluso históricos los que producen entidades psicopatológicas totalmente diferentes? Estas preguntas, que plantea en la última década están en la vanguardia de la investigación de hoy sobre la naturaleza de la psicopatología (Westermeyer, 1987).

1.3.1 Los síndromes transculturales y el DSM IV

El DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición) está orientado a la búsqueda de la mayor cantidad de información sobre los trastornos mentales. La APA (American Psychiatric Association) postula que es necesaria una nomenclatura oficial para que pueda existir un lenguaje común entre los profesionales de la salud mental.

Las teorías psicológicas occidentales, soportan la noción de trastorno mental, es por ello que incluso los síndromes culturales están influidos por las teorías psicológicas y psiquiátricas occidentales. Pese a este intento por universalizar, no alcanza a categorizar otras formas de entender la enfermedad en otras partes del mundo.

Con el fin de facilitar la aplicación a personas de diferentes etnias y culturas, el DSM IV consta de un apartado dedicado a estos síndromes. Este apartado consta de 25 síndromes presentes en varias sociedades. Además el manual sostiene que es poco frecuente la equivalencia entre alguno de los síndromes dependientes de la cultura y las entidades diagnósticas del DSM IV.

Clasificación de síndromes dependientes de la cultura (DSMIV) Tabla 1:

Continentes y Países	Síndromes
África	<ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento cerebral - Atracción - Bufeé delirante - Rituales mágicos - Zar (también en Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán, Irán)
Indonesia y Malasia	<ul style="list-style-type: none"> - Amok - Latah
América	<ul style="list-style-type: none"> - Ataque de nervios (A.Sur) - Enfermedad de los Espíritus (A.Sur) - Fallo o desconexión temporal (A.Sur) - Locura - Mal de ojo (A.Sur) - Rituales mágicos (A.Sur) - Atracción (Afroamericanos y euroamericanos)
Latinoamérica	<ul style="list-style-type: none"> - Bilis y cólera - Locura - Nervios - Susto
India	<ul style="list-style-type: none"> - Dhat
Asia	<ul style="list-style-type: none"> - Hwa-byung (también conocido como wool-hwa-byung). - Koro - Reacción psicótica de qi-gong - Shenjing shuairuo (neurastenia) - Shenkui - Shin-byung
China	<ul style="list-style-type: none"> - Reacción psicótica de qi-gong(- Shenjing shuairuo («neurastenia»). - Shen-k'uei (Taiwan); shenkui
Corea	<ul style="list-style-type: none"> - Hwa-byung (también conocido como wool-hwa-byung). - Shin-byung. (Asia Corea)
Japón	<ul style="list-style-type: none"> - Hikikomori
Europa	<ul style="list-style-type: none"> - Mal de ojo
Círculo ártico	<ul style="list-style-type: none"> - Pibloktoq
Islas Cabo verde	<ul style="list-style-type: none"> - Sangue dormido (sangre dormida)

Tras la revisión del actualizado DSM, el DSM V, además de que denomina a los síndromes dependientes de la cultura como “Conceptos culturales del malestar o síndromes culturales” se observa una reducción relevante de los síndromes dependientes de la cultura, quedando solamente 9, 3 de los cuales son añadidos a la lista:

- Khyâl cap o ataque de viento (Camboyanos residentes en EEUU y Camboya) trastornos relacionados en otros contextos culturales, Laos, Tíbet, Lanka y Corea.
- Kufungisisa o “pensar demasiado” (Zimbawe) trastornos relacionados en otros contextos culturales: África, Caribe, América Latina, grupos del este asiático y nativos americanos.
- Maladi moun “enfermedad causada por los humanos” (Haití), conocido popularmente como el “Mal de Ojo” en España.

Los seis síndromes que perduran en la lista del DSMV son los ya mencionados en el DSMIV, *Tabla 2*:

Síndromes que perduran en DSM V
Ataque de nervios (América del Sur)
Nervios (Latinoamérica)
Shenjing shuairuo (Asia, China)
Dhat o síndrome Dhat (India)
Susto (Latinoamérica)
Hikikomori (Japón)

Puesto que la literatura antropológica es tan amplia y los síndromes existentes tan abundantes, de todos los encontrados, nos hemos centrado en la exposición breve de algo más concreto, no tan exhaustivo, como son los síndromes “Koro” y “Susto” , ya que son los que mayor curiosidad despertaran. De esta forma se puede exponer y clarificar mejor lo qué es un Síndrome dependiente de la cultura en esencia.

El Koro según Jilek, W.G. (2006) es un estado de pánico ansioso propio de hombres en Malasia y China. Este síndrome se caracteriza por una percepción del hombre de que su pene se está encogiendo y/o retrotrayendo, mostrando así miedo por su desaparición. En el caso de las mujeres aunque menos frecuente, ese pánico hace referencia a la desaparición de las mamas y genitales.

En la medicina oriental china “Suo-Yang” es la perturbación del equilibrio vital del principio Yin-yang del organismo, por tanto es una condición china “ligada a la cultura”.

¿Qué determinante puede predisponer a esta creencia? Para Jilek, W.G. (2006) es precisamente la habilidad reproductiva, que es concebida como un determinante mayor del empeoramiento de las personas jóvenes. Estas epidemias de pánico por perder los genitales, la habilidad de procrear y la vida propia han ocurrido en grupos étnicos y religiosos mayoritariamente de China y África, pero también en Singapur, Tailandia y la India. (Según el DSM IV sólo en China)

Se conoce que la reducción del volumen y la circunferencia penianos ocurren bajo condiciones de vasoconstricción como el frío, pero también por ansiedad, esto se ha demostrado con estudios de pletismografía. Dada la preocupación universal de los hombres jóvenes sobre el tamaño del pene, que representa masculinidad y potencia, cuando ocurren estos ataques de pánico en ellos, se realizan prácticas tales como sujetar manualmente el pene con las manos u otros instrumentos, para evitar que se retrotraiga o desaparezca pudiendo derivar en la muerte, e incluso se han practicado exorcismos. Normalmente la mayoría concierne a hombres jóvenes que padecen de trastornos sexuales, paranoides o depresivos.

Jilek, W.G. (2006) distingue dos tipos de Koro, primario y secundario. El Koro secundario afecta más en occidente y no se comparte con el grupo cultural, en cambio el Koro primario, es una expresión de miedos individuales o colectivos, provocados por una amenaza de la habilidad reproductiva en culturas en las que es de gran importancia. En Asia por tanto está relacionado con el síndrome llamado “pérdida de semen” que hace referencia a “debilidad vital”.

El primer reporte europeo de Koro fue observado por un médico francés en jóvenes de Szechuan en 1907. En 1967, hubo una epidemia de Koro que afectó a aproximadamente a 500 personas, ésta, fue provocada por rumores de envenenamiento de carne de cerdo durante un periodo histórico de conflicto político y étnico intenso entre malayos musulmanes y chinos que no comían cerdo. En los tiempos de difusión de miedo y de tensión política y socioeconómica es casualmente cuantas más epidemias de Koro había.

Aunque a pesar de los rumores y sospechas de ataque, décadas después había una creencia, el Koro era producido por posesión de espíritus de zorros femeninos, transformándose en *femmes fatales*, que causaban esta desaparición de los genitales, causando también una alarma muy extendida.

En India y la región norte de Bengala en 1982 también hubo una epidemia de Koro, en tiempos de intensos conflictos sociales y étnicos en las regiones afectadas, ocasionadas por el miedo colectivo de la población rural de que podían ser invadidos por inmigrantes hambrientos de tierras.

En África en cambio, se asocia a magia maligna, creen que sus genitales han sido robados por medio de magia o de personas que hacen magia que de alguna manera les ha tocado cuando se han encontrado en el mercado, poniendo así en peligro la función sexual y su habilidad reproductiva. En contraste de Nigeria, que se cree que los robos de los genitales son organizados por políticos o banqueros sin escrúpulos “extrayendo sus genitales” para realizar su propio poder o riqueza.

Aunque bajo nuestra visión como occidentales, estas creencias puedan parecernos cuanto menos, grotescas, según interpreta Jilek, W.G. (2006) es reseñable que en la Europa medieval también se asumía comúnmente que un hombre podía perder su “*membrum virile*” y su virilidad por ataques mágicos de brujas.

Los trastornos que relacionan al Koro con el DSMV serían: el trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (*distimia*), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno eréctil, eyaculación prematura (*precoz*), otra disfunción sexual especificada o no especificada y problemas académicos. (American Psychiatric Association, 2013)

Otro síndrome dependiente de la cultura bastante curioso es *El Susto o espanto*, refiere que la enfermedad es provocada por un susto o temor. En otras culturas también son conocidas causas similares para explicar la enfermedad, pero es en Latinoamérica donde se denomina susto.

Según expone Greifeld, K. (2004) existen muchos síntomas derivados del susto, pérdida de apetito, debilidad, pérdida de energía, palidez, diarrea, desasosiego, vómito, depresión, ansiedad, fiebre, y hasta la muerte. Según el contexto cultural y social, los curanderos intentan encontrar los medios adecuados para la curación de la enfermedad, cuya causa radica en la “pérdida del alma”, a través de rituales de curación exactamente delimitados, puede recobrase y sanar así al enfermo.

El susto es un concepto genérico hoy en día, a pesar de que cada región o investigador lo designa de forma diferente, ya que este concepto de enfermedad no sólo se puede encontrar en Centro y Sudamérica, también en muchas otras partes diferentes del mundo, en contraposición a lo que se expone en el DSM, dónde únicamente se encontraría en Latinoamérica. Por ejemplo en Estados Unidos, donde abunda un amplio estudio del susto, se diferencian tres tendencias. Una produce descripciones etnográficas donde se da mayor espacio a los métodos de tratamiento, la segunda trata de explicar causalmente el susto desde un enfoque socio cultural, ésta argumenta que el susto representa la posibilidad de escaparse de expectativas de roles por cumplir, y la tercera tendencia que es biológica, desarrollada por Bolton (1981) que equipara el susto con la “hipoglucemia” de la medicina facultativa, por otro lado y último (Crandon, 1983: 154) introduce una nueva tendencia en la cual mediante preguntas, busca el significado del susto mediante procesos híbridos y dinámicos dentro de un grupo específico. *¿Qué causa los síntomas que en un entorno particular son señalados como susto? ¿Cuál es el significado intrínseco o que sirve de base? ¿Cuál es la relación entre la significación y el contexto sociocultural, que conducen a la gente a clasificar los síntomas como susto?*

¿Qué es entonces aquello que se describe como susto? Greifeld, K. (2004) considera que el susto está provocado por una pérdida del alma. El alma es retenida en un sitio “malo” en el cual se alberga el diablo. Los más vulnerables al susto son niños aunque los adultos también pueden padecerlo. El desaliento, la cobardía, dormir en un mal sitio o la experiencia de sobresalto lo favorecen. Una vez que se da el “susto”

aparecen diferentes síntomas como cansancio, desánimo, aislamiento, encamamiento entre otros. El ritual terapéutico que se lleva a cabo se denomina *llamada*, en éste se va a buscar el alma al lugar en el que permanece cautiva. Este ritual es de limpieza, se utiliza un trozo de alumbre y se frota por el cuerpo desnudo del enfermo, después se tira a las brasas de un fogón, a la mañana siguiente el alumbre se saca de las cenizas y debe tomar forma del lugar donde está atrapada el alma. El curandero se dirige con ayudantes al lugar que retiene el ánimo, en este lugar, mascan hojas de coca toman aguardiente, fuman cigarrillos y llevan ajo para protegerse, también, como ofrendas se llevan maíz, azúcar y ocasionalmente una gallina. Cuando se llega al lugar “malo” el curandero deja las ofrendas en el suelo, y comienza a hacer llamados ¡Te traje algo! ¡Dame el alma del enfermo! En este momento los ayudantes amarran prendas del enfermo a una cuerda, y se supone que el alma se halla de regreso.

Aunque este ritual es el habitual, según la literatura antropológica médica contemplan otros tratamientos como por ejemplo masajes o tomas de infusiones aromáticas. De ello se deduce que de acuerdo con cada región y población, hay enfermedades distintas que pueden ser catalogadas como susto, aunque esto no sea hecho necesariamente por el propio afectado.

Podríamos pensar que este síndrome se asemeja al estrés postraumático puesto que se relaciona con la vivencia de algún acontecimiento estresante, pero es notoria la manera en que se trata, parece ser que algún tipo de sugestión que se ejerce liberaría a la persona del síndrome, por tanto se considera que en este tipo de culturas adquiere una gran relevancia el curandero o shaman en el que depositan la labor de curar al enfermo, así como se puede ver la importancia de la fe y creencia en entes paranormales.

Concluyendo, aunque el susto se cuenta entre los síndromes culturales específicos del centro y Sudamérica, su denominación ofrece cierta ambigüedad entre las distintas regiones a pesar de que su curso es similar. Greifeld, K. (2004).

Los trastornos relacionados en el DSM V serían, el trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático, otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado o no especificado, trastorno de síntomas somáticos (American Psychiatric Association, 2013)

II. METODOLOGÍA

- *Bases de datos utilizadas:*

La búsqueda realizada se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: CSIC, PSYCODOC, PsycARTICLES, PSYCINFO y Cielo mayoritariamente. También se utilizó el motor de búsqueda Schollar Google (Google académico).

2.1 MATERIALES:

En las bases de datos anteriormente mencionadas se encontraron investigaciones, revisiones bibliográficas, artículos electrónicos, artículos, artículos de revistas, capítulos de libros y actas de congreso.

Además el tutor me facilitó temas del libro “Medical Anthropology”.

Por otro lado, la biblioteca de la Facultad de psicología me proporcionó la lectura de varios libros, “Emoción y conflicto” “Psicología de las emociones: entre la biología y la cultura” y “Understanding emotions”

También accedí a los materiales (PowerPoint) que se proporcionan en la asignatura “Antropología y Salud” 2013-2014.

Por último he podido acceder a diferentes Web mediante Internet.

2.2 Método y Procedimiento:

El procedimiento a seguir a la hora de realizar la búsqueda en las bases de datos se explica a continuación:

1. Introducir palabra USAL en www.Google.com : Aparece la página de la universidad de Salamanca, <http://www.usal.es/webusal/> hacemos click en ella.

2. En la parte superior de la página aparece un apartado llamado “Bibliotecas” (<http://bibliotecas.usal.es/>) hacemos click.
3. Se abre una ventana emergente, pulsamos en recursos, aparece otra página, (<http://bibliotecas.usal.es/recursos>) hacemos click en recursos electrónicos (<http://bibliotecas.usal.es/basesdatosform>) y nos aparecen las diferentes bases de datos.
4. Buscamos la letra de la base de datos que vamos a utilizar, por ejemplo la “C” de CSIC, hacemos click (<http://bibliotecas.usal.es/basesdatosform#c>) y nos aparece la base de datos bibliográfica de CSIC. En esta base en concreto podemos hacer una búsqueda simple, por campos, por índices o por comandos, a su vez se puede seleccionar las bases de datos: ICYT – Ciencia y Tecnología ISOC – Ciencias Sociales y Humanidades IME – Biomedicina y los directorios de revistas españolas: Revistas de Ciencia y Tecnología, Revistas de Ciencias Sociales y Humanidades Revistas de Biomedicina.
5. En caso de querer utilizar otra base de datos realizamos el procedimiento anterior, se buscaría por ejemplo la “P” y seleccionamos la base de datos que queremos, PSYCINFO, PsycARTICLES, PSYCODOC...
6. Por último, para acceder a CIELO (préstamo bibliotecario de libros electrónico de la universidad) , nos metemos en la página de la USAL, apartado bibliotecas, recursos, y nos aparecen diferentes recursos, uno de ellos CIELO, hacemos click y nos introduce en el buscador, bajamos hacia la parte inferior de la página y seleccionamos “psicología y sociología”, en la nueva página insertamos nuestra búsqueda y aparecen los libros relacionados con ella y seleccionamos el que nos interese, una vez seleccionado podemos acceder a leerlo online o podemos reservarlo.

▪ Descriptores Tabla 3:

Los descriptores empleados para la búsqueda fueron:

“Síndromes transculturales”	“Síndromes ligados a la cultura”	“Síndromes culturales”	“CBS”
“Cultural Bound Syndrome”	“Glosario de síndromes dependientes de la cultura”	“ICD”	“International Classification of Diseases”
“Emociones”	“Emotions”	“Emoción y cultura”	“Emotions and culture”
“Nesse y emociones”	“Etnopsiquiatría”	“Ethnopsychiatry”	“Antropología y síndromes transculturales”
“Anthropology and CBS”	“Psiquiatría transcultural”	“Clasificación Síndromes Transculturales”	“Culture Illness and mental health”
“Cultural and mental health”	“Culture and illness”	“Psychiatric disorders across culture”	“Culture specific”
“Folk illness”	“Susto”	“Nervios”	“Koro”
“Internet suicide”	“Suicidio Japón”	“Japanesse suicide”	“Hikokimori”
“Takin Kyofusho”	“Amok”	“Latah”	“Dhat”
“Mal de ojo”	“Evil eye”	“Síndromes transculturales Europeos”	“Burnout España”
“El corpiño en lalín”	“Lalín endemoniado”	“Procesiones Galicia endemoniado”	“Romería del corpiño”
“Síndrome transcultural esquimales”	“Síndromes transculturales África”	“Núbula mental”	“Brain Fog”
“Síndromes relacionados con la cultura DSMV”	“DSMV”	“DSMIV online síndromes dependientes de la cultura”	“Síndrome de tensión premenstrual DSM”
“Síndrome de tensión premenstrual dependiente de la cultura”	“Anorexia y bulimia causas sociales”	“Wendigo síndrome cultural”	“definición Hikokimori”

- Períodos: Se han abarcado todos los períodos relacionados con el tema.
- Fechas de búsqueda: La búsqueda no se ha limitado en el tiempo.
- Criterios de inclusión – exclusión: Como criterios de inclusión y exclusión de los documentos encontrados se plantearon:
 - a) Que el título contuviera alguno de los descriptores empleados para la búsqueda
 - b) Que el resumen contuviera los temas analizados
 - c) Que el resumen incluyera alguno de los descriptores
 - d) Que se tratara de estudios empíricos (cuantitativos y cualitativos) o teóricos.
 - e) No hubo criterios de exclusión en idioma, se han analizado textos en inglés, en español, en brasileño y en gallego con ayuda de un traductor y de las competencias propias.
 - f) No hubo criterios de exclusión en cuanto a períodos ni fechas.
 - g) Se eligieron en relación a la accesibilidad de los artículos, pues no todos los documentos encontrados estaban disponibles a texto completo.

2.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Primeramente se procedió a la lectura de todos los documentos encontrados, así como la lectura de los capítulos de los libros sugeridos y buscados. Una vez leídos y traducidos los documentos, se iba extrayendo la información más relevante de cada uno para su posterior elaboración. Al finalizar la extensa lectura, se seleccionó la información en la que nos íbamos a apoyar para formar parte del marco teórico (definiciones, distintas aportaciones, críticas), una vez realizado el marco teórico, tras la información leída y redactada se pudieron ir sacando conclusiones y diferentes perspectivas sobre lo que se había leído, haciéndonos reflexionar de esta manera, pues iban surgiendo preguntas, al mismo tiempo que ciertas dudas respecto a cómo este tema está abordado en la actualidad.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la revisión de los diferentes manuales, una larga documentación y lectura de los mismos, según los objetivos que se propusieron, a la hora de contemplar los síndromes según la localización geográfica, es llamativo el hecho de que existen múltiples síndromes que no están vislumbrados en ningún manual ni siquiera mencionados.

Algunos de estos síndromes que se han encontrado, y que no se contemplan en el DSM IV y V se exponen a continuación, por estimarlos relevantes y llamativos en el ámbito de la salud mental:

Wendingo (América del Norte): La psicosis por wendingo (o windigo) es un tipo de trastorno mental producido en tribus de Canadá y Alaska. Los principales síntomas de la persona que lo sufren son: anorexia, náuseas, vómitos y malestar ante la comida normal, episodios de insomnio o alucinaciones. Si este estado no finaliza, la persona empieza a manifestar temores sobre que el wendingo (un espíritu) le va a poseer, provocando así que acabe convirtiéndose en caníbal. Antes de que esto ocurra se pide a los miembros de su tribu que los maten.

Hikikomori o hikokimori (Japón): El hikikomori se describe como un fenómeno psicopatológico y sociológico en que las personas se retiran completamente de la sociedad durante al menos 6 meses y se recluyen en el hogar con el objetivo de evitar cualquier compromiso social como la educación, el empleo o las amistades. En Japón las exigencias familiares y sociales son el factor determinante. Muchas veces también se debe al difícil ingreso en las universidades, además, el éxito en la vida profesional conlleva a la realización personal y es por eso que cuando los jóvenes no pueden cumplir con las expectativas propuestas, deciden resignarse.

Aunque es un síndrome que se describió por primera vez en Japón, y que inicialmente se creía que estaba vinculado únicamente a la cultura japonesa, hay casos de hikikomori reportados en otros países como Omán, Italia, España, India, Estados Unidos y Corea.

Internet Suicide (Japón): Es una práctica extendida muy frecuente en estos últimos años en Japón. Consiste en la creación de páginas o foros de personas japonesas que pactan entre ellas para suicidarse. El suicidio ha sido un tópico de importante estudio en la antropología y se explica por la mediación de modelos sociales y de factores individuales, por tanto en el suicidio media el factor social, económico y cultural y por otro lado los factores psicológicos y psicopatológicos. Ozawa-de Silva, C. (2008).

En el caso de Estados Unidos, se tiene una visión del suicidio como una patología individual y se asocia a la depresión, en contraste con Japón que posee una cultura del suicidio, vista como una patología social. A pesar de que la cultura Japonesa sea fuertemente individualista, lo que llama la atención de esta nueva práctica, es que las personas se sienten “solas” para morir y por ello lo relegan a la elección del grupo, ven el suicidio colectivo como una forma de conectar con los otros.

Hoy en día, según un psiquiatra japonés, Machizawa (2003), la mayoría de estas personas no poseen ninguna condición clínica, en cambio si tienen dificultades de interacción con los otros y optan por quedarse en casa. Esto se ve muy bien ilustrado en los comentarios suicidas de las páginas Web, las personas exhiben una ausencia de sentirse necesitado, un anhelo de sentirse necesarios y la correspondiente falta de poder encontrar una razón para vivir.

En los adultos uno de los motivos principales es el desempleo, en el caso de los adolescentes lo atribuyen a dos causas, el bullying y el competitivo sistema examinador en el colegio.

Según Ozawa-de Silva, C. (2008) existen diferentes tipos de pactos de suicidio, normalmente el término “suicide pact” se usa para referirse a dos o más individuos que quieren morir juntos al mismo tiempo, normalmente estos pactos son hechos entre personas con una relación interpersonal cerrada, como amigos o pareja. Regularmente a este grupo de personas que pactan en morir juntas se les llama “Shinjyu”. Por otro lado existe el término “Joshi”, se trata de enamorados que tratan de morir juntos pues su relación no es aceptada en este mundo y esperan poder estar juntos en una vida posterior. “Ikka shinjyu” describe el suicidio de un miembro de la familia, mientras que “Kazoku Shinkyu” se refiere al suicidio de una familia completa, por último “Oyako

Shinju” en el cual los miembros de una familia mueren juntos, pero antes uno de los padres mata al resto de familiares y luego se suicida.

En la cultura Japonesa, por tanto, el morir sólo está estigmatizado, se ha tomado como una forma de “tomar responsabilidad” hasta el extremo de formar parte del código de honor de cada uno.

Síndromes del cambio cultural (Latinoamérica): A medida que la occidentalización va desarrollándose, los nativos son afectados por estos cambios y emigran a las ciudades o a áreas culturalmente distintas procurando nuevas oportunidades de vida. En estos fenómenos de movilidad constante, la persona reacciona mediante dos síndromes culturales, Síndromes depresivos como la “tricia” el “amartelo” y el “banzo”, y los segundos la despersonalización cultural denominada “encosto”

En cuanto a los síndromes depresivos, Hollweg, M. G. (2001) dice que la “tricia” es predominante en Bolivia y consiste en una tristeza reactiva acompañada de insomnio y falta de fuerza. Suele presentarse en niños por la carencia de los progenitores, o por la pérdida de algún pariente. El “Amartelo” o llamado también “enfermedad de la añoranza o nostalgia” se acompaña de tristeza, decaimiento, pérdida de apetito, insomnio y trastornos psicósomáticos, se presenta en niños por falta de atención o separación de los padres y en adultos por divorcios o pérdidas. El “Banzo” es una nostalgia mortal de personas negras desarraigadas de su medio natural, manifestando inanición, hastío y apatía debida la pérdida total de la identidad, llevándolos incluso al suicidio.

En el segundo caso, la despersonalización cultural compuesta por el “encosto” es una patología que predomina en Brasil, se presentan síndromes depresivos y de despersonalización, en inmigrantes indígenas de grupos culturales donde se posee un sentido común de pertenencia, al tener que acceder a otra cultura, su identificación se cuestiona, a este fenómeno se le denomina “depresión anómica” y es consecuencia de esta desorganización cultural y el cuestionamiento de los valores tradicionales. “Son respuestas al estrés social generado por un sentimiento de pérdida de poder en una situación donde la sobrevivencia de uno de los grupos étnicos se presenta amenazada” En el “encosto” se necesita el reconocimiento de la cultura dominante, identificándose con ella con un sentimiento de desorientación moral, estados disfóricos, trastornos psicósomáticos y con dificultades para integrarse simultáneamente a las dos culturas.

Según lo expuesto por Hollweg, M. G. (2003). en la población blanca-mestiza el hombre reacciona con más ansiedad, enmascarando la depresión, al contrario de la población andina que tiende más a reacciones inhibidas, vitalizadas y asténicas. Los factores socioculturales y la urbanización ha hecho que estas diferencias vayan modificándose, el hombre del oriente trata de ocultar su pena y no la demuestra, pues para ellos es una manifestación de fragilidad, factor ligado a valores socio-cosmogónicos, no aplicados así a la mujer.

Después de una breve explicación sobre algunos de los múltiples síndromes que aún existiendo, no están vislumbrados por los manuales, puedo decir que no solo se han conseguido reconocer los ya existentes, si no que tras la revisión bibliográfica transcultural, aunque no forma parte de los objetivos que se han propuesto, se ha podido observar y encontrar cómo en el día a día están emergiendo nuevos síndromes que se ligan a la cultura, sobre todo en las sociedades industrializadas.

Anteriormente éstos síndromes sólo existían en culturas no occidentales, pues la medicina europeo – americana permanecía en la creencia de que no se sujetaban a la cultura. Pero hoy en día si podemos hablar de síndromes específicos en EEUU y España. Greifeld, K. (2004)

Algunos de estos síndromes muy probablemente sean contemplados de aquí a un tiempo, puesto que el avance tecnológico cada vez es mayor, así como las exigencias que reinan en nuestra sociedad.

La cultura es antropógena, pues lo que somos valiosos como seres humanos lo debemos a la cultura, como por ejemplo el arte, pero la cultura tiene un arma de doble filo, también podría ser considerada como patógena. Por ejemplo, considero que nuestra cultura, tan desarrollada, nos enfrenta a situaciones y estilos de vida a los que no estamos preparados, pues como seres humanos estamos dispuestos para ser recolectores y cazadores, no para convivir en grandes ciudades masificadas y fuertemente tecnológicas. Esto, nos facilita a llevar un estilo de vida sedentario al mismo tiempo que estresante.

Podría aventurarme a exponer la existencia de una relación entre el avance tecnológico, o el progreso en otros términos y el grado de enfermedad mental. ¿Por qué? Porque la tecnología nos ayuda a cada vez más aislarnos y hacernos seres más individualistas, junto con ello y las grandes exigencias que nos planteamos en nuestros días, la cultura, nosotros, estamos generando y creando nuevas patologías y enfermedades mentales, las enfermedades del progreso, como las fobias sociales y agorafobia, la adicción a las redes sociales e Internet, los trastornos alimenticios, el síndrome de tensión premenstrual, la menopausia y el estrés entre otras.

Para profundizar un poco más en el tema, a modo de ejemplo, se hará hincapié en el más claro, los trastornos alimenticios. Se habla cada vez más de que es en nuestro entorno, Europa, donde la existencia y predominio de Anorexia y Bulimia es mayor, pero ¿Qué hay en nuestra cultura que las desarrolla? ¿Cuáles son los determinantes de estas patologías mentales?

Podría decirse que los trastornos alimenticios están multideterminados, es decir, son varios los factores que hacen que una persona sea más vulnerable a desarrollarlos. Según Garner y Garnfinkel (1980) pioneros en el tratamiento de la investigación de estos trastornos en el Hospital de Toronto, proponen que existen tres tipos de factores, Predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

Factores Predisponentes: englobarían aspectos socioculturales, familiares e individuales. En cuanto a los aspectos socioculturales, es notoria la relevancia que se le da en nuestra sociedad al hecho de estar delgada o delgado, existe una presión social que nos acompaña en nuestro día a día en el cual la delgadez está premiada y existen abundantes prejuicios hacia la gordura, según las épocas y las distintas sociedades el ideal de belleza ha ido cambiando. Típicamente estos trastornos están instaurados en sociedades industrializadas del mundo occidental, normalmente de clase media y alta, aunque recientemente se están vislumbrando casos en el mundo oriental (Japón por ejemplo) Podríamos pensar que la génesis de este tipo de trastorno podría deberse, al menos en gran parte, a la sociedad, que nos comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, además los medios lo refuerzan y perpetúan haciéndonos pensar que la totalidad de la mujer se expresa casi únicamente a través de la imagen corporal. Esta presión social que nos muestra como “debemos ser” sólo nos incita a sentirnos culpables y fracasadas si no se cumplen las expectativas,

disminuyendo así la sensación de seguridad. Además a diferencia de los siglos XVII y XVIII, hoy la delgadez es sinónimo de estatus social, para las Sociedades industrializadas del Primer Mundo occidental, siendo casi en un 50% de la población mundial en contraste, algo indeseable que refleja pobreza y falta de estatus.

Pero no sólo la sociedad influye, como digo, otros factores nos hacen vulnerables, como los individuales y familiares. Uno de los factores principales es la falta de autonomía, donde existe una dificultad para encarar las situaciones y resolverlas, esta vulnerabilidad hace que se interprete erróneamente que la delgadez, mediante el control de dieta y peso, es un signo de autocontrol.

Por otro lado podría considerarse el déficit en la autoestima, como apuntaba anteriormente, las mujeres en nuestra sociedad tienen la autoestima más influida por factores como la imagen externa y apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y las necesidades de los demás.

Asimismo, la tendencia al perfeccionismo y al autocontrol es común en los trastornos alimenticios, nunca sienten que algo es suficientemente bueno, es por ello que tienen la falsa creencia, de que si intentan controlar su figura podrán enfrentarse a otros retos, pues al lograr esto, creen que estarán más seguras y tendrán la confianza suficiente. Esta falsa sensación de poder mediante el control del peso corporal, hace que compensen las sensaciones de impotencia que surgen frente a estas situaciones difíciles de manejar.

Otro de los factores podría ser el miedo a madurar, la intolerancia a la realidad, a aceptar que su cuerpo ya ha abandonado la infancia, conllevando así un temor por crecer y manejar la independencia que esto implica. No menos importantes serían los rasgos familiares, resulta obvio que en una familia en la cual el cuidado de la imagen es fundamental, será difícil escapar de esa influencia, algunas de las características familiares que pueden volver más vulnerable a la persona son especialmente si hay escasa comunicación, si no se resuelven los conflictos adecuadamente, si existe sobreprotección, rigidez o falta de flexibilidad, ausencia de límites, expectativas demasiado altas, entre otras.

Por tanto, a pesar de que los trastornos alimenticios se expliquen de un punto de vista multifactorial, es relevante el gran peso que la sociedad tiene sobre ellos, una forma de explicar entonces si podría corresponder a un síndrome dependiente de la cultura sería que debida la vital importancia que le damos a la presión social y cómo intentamos adaptarnos a esas exigencias sobre el culto al cuerpo especialmente el sexo femenino, nos hace crear una diferencia respecto al resto de continentes estableciendo como prioridad la imagen sobre la salud por ejemplo.

¿Es entonces lícito pensar que en nuestra cultura existen determinantes capaces de generar síndromes? Bajo mi punto de vista, la respuesta es clara.

Así como en nuestra cultura podemos pensar que la génesis de los trastornos está influida por la sociedad y la gestión y vivencia de las emociones en ella, esto podría extrapolarse a todas las zonas geográficas.

Durante la realización de esta revisión bibliográfica, y la clasificación de los síndromes en función de su localización, puedo ultimar que es evidente que ninguna sociedad está libre de los trastornos mentales, a pesar de que su manifestación difiera de unos continentes a otros.

La existencia de muchos pueblos y continentes con distintas creencias, tradiciones y costumbres, hace ardua la tarea de que una cultura pueda ser el modelo universal para explicar la realidad de otras. Por ejemplo, nuestro pensamiento posee un carácter racional y coherente de la comprensión del mundo, por ello nos resulta difícil captar y comprender el sentido de algunas conductas extrañas viéndolas así como anormales dentro de nuestra cultura occidental, pero cuando hablamos de transculturalidad y patología mental, tenemos la necesidad de especificar lo que es "anormalidad" algo fundamental a través de las barreras culturales, asimismo como profesionales en salud mental es preciso, o así lo considero, intentar hacer un esfuerzo en conocer y comprender cómo las patologías, o los síndromes, se manifiestan por las distintas partes del mundo para poder proporcionar una atención necesariamente individualizada.

IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

4.1 LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Guiándome por los objetivos planteados a la hora de realizar este proyecto, y por los resultados obtenidos tras el estudio de los diferentes materiales utilizados, he podido reflexionar mucho sobre esta temática, no sólo he intentado abarcar de una forma humilde el objetivo propuesto (pues la literatura transcultural es amplísima y no precisamente asequible), si no que me ha ayudado a comprender cómo la cultura influye de manera exacerbada en las emociones y en las personas que pertenecen a ella, cómo dentro de una cultura existen ciertos determinantes que generan síndromes, también he podido contemplar los múltiples trastornos existentes en las diferentes zonas geográficas y al mismo tiempo he podido descubrir la génesis de algunos de ellos. En cierto modo considero que este trabajo además de proporcionarme nuevos conocimientos, me ha ayudado a desarrollar cierto espíritu crítico ante la visión de los trastornos mentales hoy en día en nuestra sociedad y cómo contemplamos su diagnóstico. Algunas de las conclusiones a las que he llegado se exponen a continuación:

Primeramente, he descubierto cómo el DSM V no admite los CBS como categoría diagnóstica, sino que los mismos pueden estar relacionados con otros trastornos del DSM. En este punto, se hace obvio que no es posible asumir que cada categoría occidental sea incluida totalmente en categorías de otros continentes, pues las categorías diagnósticas de la medicina occidental serán de escasa utilidad para definir trastornos dependientes de la cultura. Los síndromes incluidos en el manual, son realmente poco numerosos y no representativos de los síndromes descritos por la etnografía.

Sería práctico que el manual incluyera más síndromes según sociedades, regiones y tradiciones culturales. Ya que estos síndromes dependientes de la cultura no son considerados en su dimensión cultural, si no que se refiguran de acuerdo a las categorías occidentales propuestas por el mismo manual.

Un conocimiento y estudio más amplio de los CBS nos llama a reconsiderar el lugar de la cultura en la nosología psicológica y psiquiátrica, pues creo que existe un escaso conocimiento en el área anglosajona-europea sobre la existencia de la diversidad de síndromes en otras regiones

Dicho esto, en resumidas cuentas, podemos decir que el DSM V, aunque incluya algunos de los síndromes, en comparación respecto al DMS IV los reduce drásticamente. La justificación que ofrece la última edición del manual se encuadra dentro de una visión más flexible de las expresiones sintomatológicas de los trastornos, sin embargo, pienso que esta conceptualización al fin y al cabo conlleva una imposición de la visión de salud mental occidental, al no profundizar las diferencias sintomatológicas de estos trastornos y relegarlas a meras variaciones de los trastornos ya tipificados. Es decir, el manual diagnóstico no se detiene en ciertos síndromes culturales, achacándolos a una variación menor y sin embargo si incluye ciertos trastornos exclusivamente occidentales como la anorexia y la bulimia. En suma podemos ver así como el DSM sigue pecando de cierta focalización en la salud mental occidental.

Otra de las conclusiones que extraigo tras esta revisión y que me preocupa seriamente es el hecho de que cada vez más, ciertos comportamientos y formas de ser propiamente “normales” están intentando ser fuertemente medicalizadas, transformando estas formas de ser en “anormales” con la finalidad de abrir una posibilidad de intervención psiquiátrica.

Por otro lado, aunque mediante este trabajo haya intentado hacer un ensayo aproximativo sobre el tema, me surge una pregunta ¿Cómo hace un terapeuta el diagnóstico si desconoce cómo son las dolencias en otras partes del mundo? con el fin de poder paliar el desconocimiento sobre los contextos culturales, sería interesante, que un profesional pudiera especializarse en el trabajo cultural, esto requeriría una adquisición de habilidades, experiencia y aptitudes que no sólo se obtuviesen a partir de cursos especiales o conferencias, si no que el profesional pudiera ser insertado en una determinada cultura o sociedad para obtener de esta forma experiencia y desarrollar competencias sobre el tema, el vivir en una determinada cultura por uno o dos años podría proveer además de experiencia, el lenguaje de la cultura, participaría en

actividades de la comunidad, conocería el desempeño de la población y adquiriese una red social de la que podría obtener conocimientos y una profunda comprensión de esta cultura y cómo los síndromes se desarrollan en ella.

Asimismo me aventuraría a proponer una integración sobre este tópico, en el Currículo Educativo, pues con la exposición de este trabajo, pretendo buscar una motivación para que nuevas generaciones y actuales brinden una parte importante en el esfuerzo clínico y académico al estudio de la psicología transcultural, pudiendo formarse y adquirir conocimientos sobre esta temática tan interesante y que cada día, nos toca, y nos tocará más de cerca y así tomar seriamente la cultura y su influencia en los procesos psíquicos.

Finalmente, aunque todo conocimiento es provisional, pues el objetivo definitivo de la ciencia es ampliar nuestro saber, considero que nuestra labor crítica debe ser superadora.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. *

Bayardo, S.J.V., (2009-2010). La psiquiatría cultural en América latina. *Salus online*, 13, (1), 3-16

Bolton, R. (1981). Susto, hostility, and hypoglycemia. *Ethnology*, 261-276. *

Cheung, F. M., Cheung, S. F., & Leung, F. (2008). Clinical utility of the Cross-Cultural (Chinese) Personality Assessment Inventory (CPAI-2) in the assessment of substance use disorders among Chinese men. *Psychological Assessment*, 20(2), 103.

Cornelius, R. R. (1996). *The science of emotion: Research and tradition in the psychology of emotions*. Prentice-Hall, Inc. *

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*, 17(2), 124. *

El síndrome hikikomori también es un problema de salud en Europa. (s.f). Recuperado el 8 de Junio de 2015, de <http://www.sietediasmedicos.com/actualidad/actualidad-sanitaria/item/4902-el-sindrome-hikikomori-tambien-es-un-problema-de-salud-en-europa#.VXV66LKErIU> *

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological reports*, 47(2), 483-491. *

Greifeld, K. (2004). Conceptos en la antropología médica: Síndromes transculturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología*, 18 (35), 362-375. *

Hollweg, M.G. (2001). La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Investigación en salud*, III (1), 6-12. *

(2003). Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural. *Investigación en Salud*, (1), 0. *

Idoyaga, M. A., & Korman, G. (2004). Los nervios. ¿un taxón biomédico o un síndrome dependiente de la cultura? *Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires*.

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2015) *Población extranjera por país de nacionalidad, edad (grupos quinquenales) y sexo* (Base de datos en línea, Madrid, www.ine.es/ (fecha de consulta: 27/05/2015). *
- Jilek, W.G. (2006). *Koro: el síndrome multicultural*. En Universidad de Guadalajara (Eds.). *La psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara
Recuperado de: <http://www.apalweb.org/docs/realidad.pdf> *
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454.
- Korman, G. P. (2006). LOS SÍNDROMES DEPENDIENTES DE LA CULTURA EN EL NOROESTE DE LA ARGENTINA. *Perspectivas latinoamericanas*, (3), 173.
- Liu, N. H., Contreras, O., Muñoz, R. F., & Leykin, Y. (2015). Assessing suicide attempts and depression among Chinese speakers over the internet. *Crisis*.
- Logan, M. H. (1993). New lines of inquiry on the illness of susto. *Medical anthropology*, 15(2), 189-200. *
- Los hikikomoris latinoamericanos*. (s.f). Recuperado el 8 de Junio de 2015, de http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_7685000/7685185.stm *
- Machizawa, S. (2003). Hikikomoru Wakamonotachi [Withdrawn Youths]. *Tokyo: Daiwa Shobo*. *
- March, J. C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E., & Pallicer, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12. *
- Mateus, M. D. (1998). Volume 11-Março de 2006. *Culture*, 3(12).
- Murcia, F. M. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 104-115.
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1342> *
- Nesse, R. (1991). Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature*, 1, 261–289. *
- Nicolas, G., DeSilva, A. M., Grey, K. S., & Gonzalez-Eastep, D. (2006). Using a multicultural lens to understand illnesses among Haitians living in America. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 702.
- Oatley, K. Jenkins, M.J. (1996) *Understanding emotions*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers *
- Oatley, K. Jenkins, M.J. (1996). Approaches to Understanding Emotions. En **K. Oatley y M.J. Jenkins (Ed.)**, *Understanding emotions*. (pp. 2 - 5). Cambridge, MA: Blackwell Publishers *

- Ozawa-de Silva, C. (2008). Too lonely to die alone: Internet suicide pacts and existential suffering in Japan. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32(4), 516-551. *
- Pérez-Lanzác Trujillo, M. (2002) Neurosis, evolución y cultura. Aspectos Transculturales. M. Roca Bennasar , *Trastornos Neuróticos* (181 – 198). Barcelona: Ars Medica *
- Prince, R., & Tcheng-Laroche, F. (1987). Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Culture, medicine and psychiatry*, 11(1), 3-19. *
- Redorta, J. Obiols, M. y Bisquerra, R (2006). *Emoción y conflicto. Aprenda a manejar las emociones*. Madrid: Paidós. *
- Redorta, J. Obiols, M. y Bisquerra, R (2006). ¿Qué son las emociones?. **En J. Redorta, M. Obiols y r. Bisquerra (Ed.)**, *Emoción y conflicto. Aprenda a manejar las emociones* (pp. 23-55). Madrid: Paidós. *
- Remorini, C., Crivos, M., Martínez, M. R., & Aguilar Contreras, A. (2010). El ‘susto’: ‘Síndrome culturalmente específico ‘en contextos pluriculturales. Algunas consideraciones sobre su etiología y terapéutica en México y Argentina. *Tradiciones y transformaciones en Etnobotánica: proceedings of ICEB, 2009*, 517-524.
- Rubel, A. J. (1964). The epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America. *Ethnology*, 268-283.
- Simons, R. C., & Hughes, C. C. (Eds.). (1985). *The culture-bound syndromes* (Vol. 7). Springer Science & Business Media. *
- UAM, B. M. J., UAM, E. G. H., & Herrer, M. G. (2003). Estudios transculturales del burnout. Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombia de Psicología*, 12, 9-18.
- Wendingo síndrome cultural*. (s.f). Recuperado el 8 de Junio de 2015, de http://es.wikipedia.org/wiki/Psicosis_por_windigo *
- Westermeyer, J. (1987). *Cultural Factors in Clinical Assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4), 471-478. *
- Zaragoza, A. C. L. Kierixiet+, un síndrome ligado a la cultura wixarika. *La psiquiatría en el siglo xxi: realidad y compromiso*, 199.
- Zerpa, C. E. (2009). Sistemas emocionales y la tradición evolucionaria en psicología. *Summa Psicológica UST*, 6(1), 113-123. *