

# Etnopsiquiatría: Un viaje más allá de la cultura

Maria Camila Rivera Garcia

Médica residente de psiquiatría – ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque

Correspondencia: macariga@hotmail.com

La etnopsiquiatría se define como el estudio de la interacción entre los procesos culturales y los mentales mediante los métodos y técnicas que combinan la etnología y la psiquiatría. Se realiza un estudio del comportamiento humano considerado como normal y sus desviaciones patológicas y clínicas dentro de un contexto sociocultural. Se desarrolló como disciplina científica en la segunda mitad del siglo XX con el claro objeto de ser aplicada a la curación de enfermedades psiquiátricas relacionadas con fenómenos de presión o cambio sociocultural sobre personas o grupos humanos (1,2).

## La universalidad del psiquismo humano

Universalidad no significa que se encuentren en todas partes las mismas estructuras sociales y creencias idénticas. Los elementos constitutivos de cada uno de nuestros gestos cotidianos son limitados en número, como lo son los individuos, más no así los núcleos de significación de donde nacen dichos gestos (3). Por ejemplo, no existe ninguna sociedad conocida que funcione sin una concepción filosófica de la existencia, el origen y el destino del universo, sin una práctica y una teoría de la manipulación de lo “sobrenatural”, para lograr ciertos fines. Esto se refiere a lo que hoy conocemos como religión. Para explorar la universalidad se debe tener en cuenta que la estructura universal psíquica, no sólo es irreductible, si no que se sitúa en la raíz misma de la cultura.

Es decir, en el punto de emergencia del pensamiento simbólico. Para lograr extraer ese núcleo inicial y fundador del aparato psíquico, esa parte que no está determinada por la historia y que el Dr. Mendel llama “el núcleo antropológico específico”, no necesitamos en modo alguno recurrir a lo que Freud llamó la “hechicera filógenésis”. Nos basta con analizar la relación originaria de todo lactante con la cultura (1,2,4).

La psiquiatría y el psicoanálisis parten de lo patológico para avanzar hacia lo normal. La etnopsiquiatría psicoanalítica sitúa los comportamientos normales, así como los patológicos, dentro de conjuntos que toman inteligible la complementariedad funcional de los sistemas de reciprocidad y de circulación de lo simbólico entre los enfermos y los que no lo están (1,2).

## Enfermedad mental como rechazo cultural

Con el fin de lograr su propio equilibrio, cada cultura impone a un conjunto de sus miembros cierto número de obligaciones y a sus elementos refractarios un estatuto específico que le permite continuar funcionando sin riesgos excesivos. La locura, es por doquier una construcción colectiva determinada a partir de un mito. No hace más que introducir clasificaciones dentro de un grupo minoritario, que la sociedad en que vive y “ataca de locura” (1,5).

## Enfermedad mental como exceso de cultura

La cultura nos lo quita todo, nuestra demanda insaciable de satisfacción ilimitada. La cultura nos acultura, es decir, nos enseña a renunciar. No aceptamos asumir la lucidez que constituye lo trágico, insólito e insolente de la realidad. Deliramos, y la cultura delira con nosotros, nos promete lo imposible, la felicidad absoluta. El inconsciente étnico, es el constituyente de la matriz patológica de una sociedad dada, psicotizante, neurotizante, construida a partir de un malestar institucional difuso, el cual al propagarse a través de la familia y los elementos que rodean al enfermo y terminan por vencerlo (6). Existen tres posibilidades:

1) La cultura proporciona a los individuos medios de protección insuficientes o inadecuados, impidiéndoles reprimir sus pulsiones agresivas y "culturalmente distónicas, incompatibles con las exigencias de la vida en sociedad o instándolos por el contrario, a renunciar.

2) Existen en todas las sociedades, individuos que por disposiciones innatas o por fragilidad adquirida en la primera infancia, se rehúsan o están incapacitados para adaptarse a las normas sociales vigentes. Por tanto, no tienen acceso a las defensas étnicas de su grupo.

3) El individuo entra en contacto brutal con una sociedad que no brinda los mismos sistemas de protección, que los que habitualmente usa la sociedad de donde se es oriundo (6).

Actualmente se conocen varios síndromes psiquiátricos dependientes de la cultura, entre los cuales revisaré de forma general el

síndrome de *Koro*, el *Piblokto*, el *Amok* y el mal de ojo.

### Síndrome de *Koro*:

*Koro* es la palabra malaya para la cabeza de la tortuga, que naturalmente se retrae. En este síndrome hay una creencia que la retracción es de un órgano del cuerpo humano. Fue descrito por primera vez en la antigua China, en el libro de medicina interna del emperador Amarillo, donde la condición se llamaba *Shook Yang* (7). En esa época se pensaba que el espíritu de un zorro ladrón de genitales, deambulaba por el campo en busca de víctimas masculinas. *Koro* es un síndrome con un influenciado por factores psicológicos, socio culturales y corporales. El componente psicológico es la creencia de que el pene se está retrayendo. Ocasionalmente también las mujeres lo sufren, con la creencia que de la vulva o pezones se encogen. Esto sucede en hasta el 20% de los casos o durante las epidemias. Se han descrito 3 epidemias. La primera fue en Singapur en 1967, posteriormente en 1976 en África y en 1985 en China. Entre las causas a las que se le atribuye en *Koro* se encuentran la masturbación excesiva, el inicio de las relaciones sexuales a una edad demasiado joven y orinar en el viento. También se encontraron explicaciones locales chinas para la retracción, asociadas con los principios *ying* (femenino) y *yang* (masculino). Para su tratamiento se empleaban medicinas "calientes" como el azufre, la pólvora y varias hierbas locales, de tal manera que contrarrestaran las influencias de la excesiva frialdad del *ying* que afectaba al pene. Desde pinzas de pene y piercings, a influencias ocultas, se utilizan para tratar el *Koro* en el sudeste de Asia. Estos remedios populares demuestran que hay un reconocimiento cultural de la condición y no es solo un artefacto de la observación psiquiátrica

occidental, sino un verdadero síndrome en diferentes culturas (7).

### **Piblokto:**

También conocida como histeria del Ártico, ya que surge entre los pueblos del polo norte, como los lapones y los esquimales en Siberia, Canadá, Groenlandia y Alaska. El *Piblokto* es un trastorno psíquico disociativo que suele acompañarse de *convulsiones*, agresividad, *ecolalia* y *coprolalia*, seguido de amnesia lacunar del episodio. Los días previos a su presentación, los individuos se muestran retraídos o irritables.

El *Pibloktoq* o *Piblokto* es más frecuente entre las mujeres. Según la tradición *imuit*, las personas que sufren de este desorden son poseídas por espíritus malignos y fuerzas sobrenaturales. Se han planteado varias hipótesis para justificar este síndrome, entre las que se encuentra la deficiencia de calcio, la alteración del ciclo circadiano y la dieta rica en vísceras, generando así hipervitaminosis A.

Estas hipótesis fueron descartadas tras estudios realizados en individuos con este trastorno. La tendencia al comportamiento de tipo histérico de los esquimales se explica por la relativa permisividad con los niños, con quienes se busca evitar cualquier frustración a través de la dependencia y el afecto. Los esquimales forman una sociedad donde la cooperación entre los individuos es esencial para su supervivencia, debido a la dureza del clima en que viven. Las alteraciones sociales terminan también por generar conflictos y ofrecer pocas opiniones para resolverlos. Tal vez el *Piblokto* sea la única manifestación que la población, principalmente la femenina, encuentre para anunciar su malestar (8).

### **Amok:**

El síndrome Amok o ataque homicida es considerado por la psiquiatría como un síndrome ligado a la cultura y consiste en una súbita y espontánea explosión de rabia salvaje, que hace que la persona afectada corra alocadamente o armada y ataque, hiera o mate indiscriminadamente a los seres vivos que aparezcan a su paso, hasta que el sujeto sea inmovilizado o se suicide (9). La definición fue dada a conocer por el psiquiatra estadounidense Joseph Westermeyer en 1972. Según los psiquiatras, el ataque homicida salvaje va precedido por lo general de un período de preocupación, pesadumbre y depresión moderada. Tras el ataque, la persona queda exhausta, a veces con una amnesia completa y eventualmente, acaba matándose. Este brote o episodio surge de forma aparentemente aleatoria, sin que exista ningún fenómeno que provoque el ataque.

Se ha observado además que en muchos casos los individuos con este síndrome presentan una serie de pródromos o síntomas que indican la posible presencia futura del trastorno. Concretamente resultan comunes la presencia de una depresión moderada, aislamiento y un elevado nivel de fatiga. La presencia de un historial de hostigamiento muy prolongado en el tiempo, como en el caso del bullying, o de violencia dentro de la familia es un elemento frecuentemente encontrado en los sujetos que han padecido este trastorno, sugiriéndose que el brote puede deberse a secuelas de estas situaciones que provocan una ira homicida (10).

### **Mal de ojo:**

La creencia sobre la mirada maléfica de algunas personas es una tradición muy antigua e igualmente experimentada por varias culturas del mundo en diversos

periodos históricos. Los ojos constituyen una de las partes más expresivas del cuerpo y se dice que estos son “el reflejo del alma”. Por este motivo, se considera que los malos sentimientos de una persona pueden llegar a exteriorizarse a través de los ojos. Los españoles fueron los encargados de traer la creencia, entre muchas otras, del “mal de ojo”, “ojeo” u “ojío”, a las tierras del nuevo mundo. También trajeron los principios hipocráticos de los cuatro humores: sangre, flema, bilis negra, y amarilla. Es probable que los ibéricos, tras los ocho siglos de ocupación árabe en la península hayan terminado instaurando la concepción sobre el “mal de ojo”, que según creían, los moros invasores ejercían en contra de ellos. De igual forma, la creencia del mal de ojo se difundió en Turquía y se conoce actualmente como *nazar*. Actualmente la creencia sobre mal de ojo, entre las diferentes culturas indígenas americanas, se encuentra poco difundida. La persona que tiene mal de ojo, cuya mirada produce a veces la gastroenteritis fatal, no es consciente del poder de esa mirada. Se trata de un poder inconsciente y de un acto no premeditado (10,11).

Las personas creen que el mal de ojo, se transmite a través de la mirada de las mujeres que están menstruando, lo que se podría enlazar con la tradición judeocristiana de la mujer impura. De acuerdo con la tradición, el poder del mal de ojo, lo poseen personas con “mirada fuerte” y con un aspecto físico particular, por ejemplo, con deformaciones o personas sumamente feas y solitarias. Existen tres clases de mal de ojo: 1) Ojo bobo: la persona que lo sufre no se da cuenta de lo que pasa a su alrededor y permanece en una especie de aislamiento mental. 2) Ojo secador: la víctima pierde cada día una considerable cantidad de peso o fuerza vital.

3) El tercero: No tiene nombre y es el más peligroso de todos: Se dice que al niño se le ha volteado el cuajo, o se la ha reventado la hiel, razón por la cual vomita una sustancia verde. Si el enfermo, no recibe una atención rápida y adecuada, puede morir en menos de 24 horas. En resumen, la concepción del mal de ojo es que se produce por actos mágicos de la mirada maléfica de una persona, voluntaria o involuntaria, que puede tener incidencia en la mente o en el cuerpo de quien lo padece, frecuentemente, un infante (11).

## Referencias

1. Laplantine F. L. *Éthnopsychiatrie*. 1a ed. París: Editions Universitaires; 2009.
2. Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard; 1971.
3. Pérez Sales P. *Psicología y psiquiatría transcultural*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer; 2004.
4. Harris M. *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
5. D'Andrade RG. *The development of cognitive anthropology*. New York, Cambridge University Press; 1995.
6. Schwartz T, White GM, et al. *New Directions in Psychological Anthropology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1992.
7. Crozier I. Making Up Koro: Multiplicity, Psychiatry, Culture, and Penis-Shrinking Anxieties. *J Hist Med Allied Sci*. 2012;67(1):36-70.
8. Münch G. *Etnología del Istmo Veracruzano*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México / Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1983.

9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. Madrid: OMS; 1992.

10. Sofsky W. Tiempos de horror. Amok, violencia, guerra. Madrid: Siglo XXI Editores; 2004.

11. Benavides FL. Entre la razón y la sinrazón. Bogotá: Ediciones Universidad Santo Tomás; 2016.