

## Modismos de distrés: significado cultural y clínico en poblaciones latinoamericanas

Renato D. Alarcón

Profesor Emérito y Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.  
Distinguished Emeritus Professor, Mayo Clinic School of Medicine, Rochester, MN, EE. UU.

### INTRODUCCIÓN

El enfoque sociocultural de todo tipo de psicopatologías ha ampliado indudablemente sus alcances a nivel global en las últimas tres o cuatro décadas (Bhugra y Bhui, 2007; Alarcón, 2019). La evidencia se percibe claramente en la descripción y narrativa clínica, el enfoque nosológico, búsqueda y elaboraciones diagnósticas y manejo terapéutico (Herschell et al., 2010; Morgan y Bhugra, 2010; Hansen et al., 2013; Truong et al., 2014). Desde la perspectiva teórico-didáctica, el desarrollo de la psiquiatría social, psiquiatría cultural y de una creciente variedad de tópicos y sub-tópicos refleja consistentemente el progreso epistemológico de este enfoque. Autores de diversas regiones y continentes coinciden en señalar el rol decisivo que juega la Globalización como indetenible fenómeno social reforzado por migraciones masivas y avances tecnológicos en campos de comunicación, información, transacciones de todo tipo, intercambios y vínculos de naturaleza diversa y compleja (Kelly, 2003; Bhattacharya et al., 2010; Collins et al., 2011; Patel et al., 2016). La cultura puede mantener cierta unidad dialéctica y conceptual que posibilita un nivel de vigencia universal, pero también es innegable que, en su papel repositorio de factores o expresiones que confieren distintividad, consistencia y dinamismo a la actividad cotidiana de individuos y comunidades a lo largo del tiempo y de su historia, configura también identidades individuales y sociales que cambian al paso de las generaciones (Baumeister, 1986; Schwartz et al., 2011).

Aparte del debate en torno a “normalidad” y “anormalidad” que exige el establecimiento de “criterios factibles” (Bassett y Baker, 2015), los temas culturales en el campo de la salud y, más específicamente, en el de la salud mental, entrañan complejidad y no escasas paradojas. Puede decirse que, sin desprenderse de características y rasgos similares y permanentes a lo largo del mundo y, aun, en zonas diferentes del mismo, el concepto de cultura se multiplica y se divide (¡tal, una paradoja!) cuando referido a patrones de conducta individual y colectiva en cada región, continente, país o, incluso, dentro de un mismo país. Es en tales contex-

tos en los que las llamadas variables culturales (etnicidad, género, lenguaje, religión, tradiciones y creencias, grupos etarios, orientación sexual, etc.) asumen decisiva relevancia (Tseng, 2001; Kirmayer y Minas, 2000) y refuerzan, constante y sistemáticamente, identidades grupales, conductas heurísticas y actitudes explanatorias diferentes frente a eventos que amenazan o comprometen la salud mental de individuos y comunidades (Bhugra y Bhui, 2007; Villaseñor-Bayardo et al., 2016).

A manera de colofón de este *background* conceptual del tema a desarrollarse en las siguientes páginas –el estudio de un término que describe los avatares latinoamericanos de un rasgo clínico-cultural universal– es importante puntualizar las características psico-socio-cultural-espirituales de poblaciones y comunidades latinoamericanas, identificadas por la literatura pertinente. Estas características ayudarán a comprender mejor la forma como pacientes latinoamericanos describen, explican, confrontan y manejan manifestaciones clínicas de naturaleza subjetiva o emocional. Son las siguientes:

- a. “Familismo”, entendido como elemento de una interdependencia vital en el ámbito familiar, profundo sentido de co-participación y privacidad que se extiende al manejo de conexiones sociales de diversa índole (Sotomayor-Peterson et al., 2016).
- b. “Machismo” y “Marianismo”, expresiones activas de identidad de género que exteriorizan reafirmaciones interpersonales de fortaleza, dominio y coraje en varones y de ternura, devoción y fe en mujeres (Fuller, 1995).
- c. Dependencia, grados de hipersugestibilidad y religiosidad combinados, en muchos casos, con acentuadas creencias en lo mágico y sobrenatural (Alarcón, 2019).
- d. Conceptualizaciones de enfermedad que entrañan algunas de las creencias mencionadas arriba, así como, en el caso de cuadros emocionales, una ocurrencia relativamente frecuente de procesos conocidos como “somatizaciones” (Kirmayer et al., 1998).

- e. Modalidades de búsqueda de ayuda que reflejan combinaciones de reserva y confianza, de dudas y esperanzas en un contexto de respeto hacia figuras de autoridad, i.e., el médico o profesional de la salud con el que interactúan (Morales et al., 1999).

El presente artículo tiene como objetivo fundamental el estudio de un grupo de singulares manifestaciones clínicas reportadas por pacientes con cuadros psiquiátricos diversos y revestidas de un fuerte contenido cultural. Llamamos a estas manifestaciones, Modismos de Distrés (MODs, concepto a ser definido más abajo), varios de los cuales (referidos exclusivamente a pacientes latinoamericanos) serán descritos y estudiados en cuanto a su significado personal, implicaciones clínicas y realidades de su manejo. En la parte final, se examinarán las áreas más importantes de acción futura en relación con el estudio de estas entidades clínico-culturales.

## CONCEPTOS CULTURALES DE DISTRÉS

Diversos textos de psiquiatría clínica y manuales diagnósticos internacionales, en particular el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) de la Asociación Psiquiátrica Americana en sus dos últimas ediciones (IV y 5), incluyen estos conceptos, definidos como modalidades o maneras locales en que diferentes comunidades o grupos culturales entienden, experimentan y comunican sufrimiento mental, conductas aberrantes y emociones estresantes o perturbadoras (Kaiser y Weaver, 2019). El DSM-5 (APA, 2013; 2022) define tres conceptos culturales: *Síndromes Culturales*, Explicaciones causales y Modismos de Distrés. Los primeros (término que sustituye al anacrónico “Síndromes ligados a la Cultura” [Levine y Gaw, 1995]) son *clusters* o grupos distintivos de síntomas co-ocurrentes y relativamente invariables en un grupo cultural, comunidad o contexto específico. El síndrome puede ser rotulado de varias maneras y puede o no ser reconocido como una “enfermedad” dentro de la cultura en la que se desarrolla pero, en tanto que conjunto de expresiones culturales de perturbación emocional y posibles rasgos de enfermedad mental, son pasibles de reconocimiento por un observador foráneo, como patrones coherentes de experiencias individuales o interpersonales (Otero et al., 2012; Ventriglio et al., 2016). Un ejemplo de síndrome cultural, vastamente estudiado en el ámbito latinoamericano es el *Ataque de Nervios* (Lewis-Fernández et al., 2002; López et al., 2011).

Las llamadas *Explicaciones Causales* son rubros, atribuciones o rasgos de un modelo explicativo que provee etiologías culturalmente concebidas de síntomas, dolencias, enfermedades o distrés (Organista et al., 2016). Estas conceptualizaciones de causalidad (por ejemplo, envidia, castigo divino, brujería, etc.) emergen como componentes de

una historia clínica completa y como factores referenciales de clasificaciones folklóricas de enfermedades o de estados emocionales; pueden, asimismo, ser elaboradas y utilizadas tanto por personas comunes y corrientes como por curanderos nativos tradicionales o *shamanes*.

Finalmente, *Modismos de Distrés*, son frases o maneras de hablar, describir, expresar, comunicar o nombrar experiencias de dolor físico, sufrimiento emocional o distrés de variados tipos, en términos poseedores de profundo significado cultural, accesibilidad y comprensión y utilizados por miembros afectados de un grupo o una comunidad (APA, 2013; Desai y Chatuverdi, 2017). Un MOD no necesita estar asociado con específicos síntomas, síndromes o causas percibidas. Puede ser usado para transmitir o comunicar un rango amplio de *discomfort*, padecimientos y preocupaciones subjetivas, incluyendo experiencias cotidianas, condiciones subclínicas o sufrimiento debido a circunstancias sociales o sociopolíticas más que a trastornos mentales (Parsons y Wakeley, 1991; Rivera-Holguín et al., 2019). Así, se citan con frecuencia “nervios”, “depresión”, “susto” o “pensando mucho” como expresiones genéricas que no reflejan un conjunto preciso o concreto de entidades diagnósticas pero que facilitan exploraciones etnopsicológicas y refuerzan intervenciones culturales apropiadas (Kaiser et al., 2014; 2015).

## MODISMOS DE DISTRÉS

Formulada así una definición más o menos integrada de MODs, es importante reiterar que su complejidad se acentúa en función de una variedad de factores: la magnitud de la comunidad o segmento cultural en donde se manifiestan, los alcances del fenómeno o fenómenos que describen, su nivel demográfico o poblacional de diseminación, el grado de aceptación o compartir colectivo de su significado y su impacto, etc. Debe recordarse además que los MODs aglutinan, en una frase, una gran variedad de condiciones y se constituyen, por lo mismo, en motor y guía de exploraciones clínicas que deben ser exhaustivas. A su vez, entrañan significados emocionales diversos, reflejos gráficos de sufrimiento, intentos descriptivo-explicativos y esperanzas de sosiego, serenidad y paz.

La historia del concepto y de su uso aceptado es relativamente corta. Mark Nichter (1981) fue el primer autor que utilizó el término hace poco más de 40 años, describiendo un caso estudiado en la India. Las últimas dos décadas del siglo pasado fueron escenario de un acercamiento gradual entre estudiosos de Antropología Psicológica y Psiquiatría Transcultural para un enfoque integrado de MODs, haciendo de ellos tema persistente en congresos y otros eventos internacionales. Como se ha señalado, el término se incorporó por primera vez en un manual diagnóstico con la publicación del DSM-IV (American Psychiatric Association,

1994) y ediciones siguientes, aparte de publicaciones cada vez más numerosas.

### Modismos de Distrés en América Latina

Cuando se habla de poblaciones latinoamericanas, se está incidiendo en una enorme variedad de grupos humanos habitando un continente de numerosas y diferentes características geográficas, climáticas, étnicas, socioeconómicas y –por encima de todo– culturales. Desde la perspectiva de la Psiquiatría Cultural, América Latina es un territorio fértil en cuanto a los conceptos culturales de distrés descritos arriba. Y dentro de ellos, exhibe una rica y notable variedad de MODs con nombres que suenan simples pero que –tal vez debido a ello– representan claros desafíos dialécticos y ontológicos. Las tablas siguientes muestran algunos de los MODs más conocidos en América Latina y sus características más saltantes (Guarnaccia et al., 1996; England et al., 2007; Quinlan, 2010; Kaiser et al., 2014; Ellis, 2015) (tabla 1).

Con frecuencia, la percepción de distrés y acciones subsecuentes varían en relación al MOD utilizado; por ejemplo, migrantes hispanoamericanos en España pare-

cen más dispuestos que españoles de nacimiento a buscar ayuda profesional cuando experimentan manifestaciones compatibles con “susto” o “nervios” (Durá-Vilá y Hodes, 2012). Intentos y conductas suicidas en, por ejemplo, jóvenes mujeres latinas pueden claramente ser considerados como MODs severos (Zayas y Gulbas, 2012). El enfoque generacional es igualmente importante, como lo demuestran los hallazgos de un estudio sobre “Pensando mucho” en abuelas nicaragüenses cuidando a nietos cuyas madres se han visto obligadas a migrar y enviar remesas periódicas (Yarris, 2014).

Las secciones siguientes examinarán aspectos generales, comunes a todos o a la mayoría de MODs en Latinoamérica, puntualizando implicaciones clínicas, significados socio-culturales, personales o individuales, modalidades de manejo y áreas de investigación.

### Implicaciones clínicas

Lo dicho. En muchos si no en todos los pacientes latinoamericanos, una entrevista clínica conducida con habilidad y sapiencia, particularmente en búsqueda de conceptos cau-

Tabla 1  
Modismos de distrés en poblaciones latinas

<i>País/Región</i>	<i>Nombre original</i>	<i>Características</i>
América Latina	Nervios	Miedo, sentirse “atrapado”, rendirse, pérdida de control, negatividad afectiva, síntomas físicos - Causas: infortunio y tragedia - más en mujeres.
	“Pensando mucho”	Ambivalencias, dudas, culpa, pensamientos intrusos, rumiaciones → “dolor de cabeza”.
	“Desesperación”	Incertidumbres, preludeo a beber en exceso, uso de sustancias y riesgos sexuales.
Puerto Rico	Ataque de nervios	Pérdida aguda de control de expresividad emocional, síntomas físicos variados e intensos (i.e., asma, convulsiones, conducta agitada y alteraciones de conciencia).
Zona andina	“Susto”	Ansiedad severa, problemas de sueño, pérdida de interés, retraimiento social, impresionabilidad, debido a experiencias traumáticas. Sinónimos: espanto, “pérdida del alma”.
	Pinsiamientuwan →	Preocupaciones intensas.
	Ñakari →	Sufrimiento colectivo.
	Llaki →	Pesadumbre, tristeza.
	“Nevada”	Irritabilidad, retraimiento, autocríticas, cambios súbitos del ánimo.
Caribe	“Mal de Ojo”	Pérdida del apetito, llanto desconsolado, alteraciones del sueño, alergias, vómitos frecuentes.
	Obeah	Juicio divino, rituales de castigo y curación.
Brasil	Fright (“Susto”)	Distrés prolongado por sobrecarga de miedo, pánico, angustia, preocupaciones → Estado humoral frío y coagulación.
	“Atrapados en el estiercol/la mugre”	Propensión a enfermedades, “animalización”, estigma, ostracismo, barreras.

sales (área de crucial importancia si se usa, por ejemplo, la Entrevista para la Formulación Cultural (EFC) del DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013]) producirá MODs de variada índole, cuyo contexto clínico es obligatorio explorar. Los contextos más frecuentes incluyen:

- a. Problemas “psicosomáticos”, particularmente dolor referido con mayor frecuencia a “corazón” (i.e., “dolor de pecho”) y “cabeza” (Keys et al., 2012; Kohrt et al., 2018; Lane y Smith, 2018);
- b. Estados de ánimo tales como depresión, ansiedad, angustia, tensión y pánico (Nations et al., 1988; Kirmayer et al., 1998; Kirmayer, 2001; Jorge, 2003; Apesoa-Varano et al., 2015);
- c. Cuadros clínicos específicos vinculados a los anteriores y a los que se puede agregar entidades de creciente frecuencia en numerosas poblaciones, tales como Trastorno por Estrés Postraumático, somatizaciones más o menos generalizadas o síndromes de naturaleza conversivo/disociativa (Keyes y Ryff, 2003; Hollan, 2004; Lewis-Fernández et al., 2010).
- d. El clínico debe estar, además, alerta a la posibilidad de que el MOD espontáneamente verbalizado por el/la paciente esté marcando el debut de cuadros clínicos más severos aun cuando menos frecuentes, como Trastorno Obsesivo-compulsivo, trastorno de personalidad o psicosis (Ullman y Bar, 2011).
- b. Respuesta pragmática, “medicalizada” y probablemente considerada más “aceptable” por su entorno, ante circunstancias sociales o interpersonales desfavorables (Yahalom, 2019);
- c. En contexto similar, modalidad de evitamiento de responsabilidades en relación a involucramiento, deliberado o causal, en determinadas situaciones (Montesi, 2018);
- d. Expresiones de contrariedad, furia y hasta impotencia ante percepciones personales de injusticias o victimización injustificada (Rogler et al, 1994; Pedersen et al., 2010; Rivera-Holguín et al., 2019);
- e. Exacerbación, paradójica pero no por ello menos manifiesta, de otras formas de sufrimiento o trauma, no compartido por el/la paciente aun con miembros de su círculo más cercano (Hinton y Lewis-Fernández, 2010);
- f. Intento más o menos deliberado de búsqueda de ayuda psicoterapéutica para problemas específicos inicialmente no aceptados ni reconocidos;
- g. Actitud preventiva en relación a estigmatización previsible de los problemas emocionales o conductuales materia de la evaluación clínica (Comas-Díaz, 2011).

### Implicaciones psico-socioculturales

El origen y la naturaleza de mayor impacto en MODs tiene que ver con sus implicaciones psicológico-sociales y culturales. En tanto que reflejo de legados colectivos y juicios u opiniones respecto a diversas formas de sufrimiento, los MODs cubren una gran variedad de áreas que, una vez más obligan al clínico a exploraciones sistemáticas y de amplia cobertura. Los hallazgos permitirán formulaciones integrales del cuadro psicopatológico en estudio (Cork et al., 2019) generando un mejor conocimiento de las vivencias del/la paciente y optimizando las posibilidades de un enfoque terapéutico comprensivo, total y eficiente.

Las implicaciones psico-socioculturales de los MODs entrañan, además de una variedad de significados personales e interpersonales (incluyendo distanciamientos o exclusiones sociales entre diferentes grupos de pacientes con sintomatologías similares), una suerte de agenda de tratamiento, elaborada por el clínico sobre la base de la información resultante de una entrevista competente (Nations & Soares-Gondim, 2013). Las áreas de exploración incluyen la identificación de un MOD como:

- a. Reflexiones personales del paciente en torno a origen, causalidad o mecanismos etiopatogénicos de su padecimiento;

### MANEJO DE MODISMOS DE DISTRÉS EN POBLACIONES LATINAS

A pesar de la aceptación cada vez mayor de exploraciones socioculturales en la evaluación de todo tipo de pacientes, es evidente que aún persisten desventajas y deficiencias consiguientes, sobre todo en el manejo de MODs y temas relacionados, en pacientes latinoamericanos. Las razones son múltiples, pero, al igual que en otros aspectos de la atención en salud en el subcontinente, debe mencionarse en primer término, la vigencia de inequidades socioeconómicas en diversos niveles de la población (Bhugra, 2005). En países como Estados Unidos, donde la población latina (o hispánica) constituye la minoría más numerosa, la negligencia en la provisión de servicios de salud, en particular para con su membresía de inmigrantes, es también una realidad incuestionable (Kimmell et al., 2021). Las deficiencias son aún más serias en relación con Salud Mental: la evaluación de pacientes latinoamericanos con problemas emocionales puede revelar diferentes interpretaciones aun dentro del mismo país (Stein, 2019) debido a variables condiciones de cobertura, omitiéndose entonces aspectos relevantes de un enfoque sociocultural cabal, objetivo y utilizable (Kendler et al., 2003; Bagayogo et al., 2013; Craig, 2019).

Más allá de esta actitud de negligencia general y específica, la evidencia es también clara en relación a un bajo nivel de información y conocimientos socio-culturales por parte de profesionales de la salud mental en el continente;

solo en épocas recientes es que los *curricula* de escuelas de medicina y otras profesiones de la salud, así como de programas de posgrado en áreas de salud mental, han incorporado más definidamente temas y usos clínicos de psiquiatría cultural y social (Bhugra y Bhui, 2007; Alarcón, 2013; Bassett y Baker, 2015). En consecuencia y, más aún, como resultado del creciente uso de recursos tecnológicos en educación médica y la minimización de un diálogo genuinamente interhumano durante la entrevista clínica, han proliferado interpretaciones paternalistas, críticas o negativas (disfrazadas muchas veces con frases despreciativas como “¡Son creencias folklóricas, nada reales!”). No extraña entonces que este enfoque conduzca a diagnósticos psiquiátricos rápidos pero superficiales y erróneos, seguidos por un tratamiento, generalmente psicofarmacológico, precipitado e igualmente equivocado (Jacob, 2019).

Lo anterior es, en última instancia, reflejo de la ausencia de un enfoque integrador de la atención médica (Cork et al., 2019). En medio de la, por muchas razones, justificada relevancia actual de la Atención Primaria, no debe olvidarse que hay circunstancias en las que la consulta o la referencia a un especialista (en este caso, un psiquiatra u otro profesional de la salud mental) es totalmente justificada: el raciocinio de que la no referencia es una manera de prevenir estigma o prácticas estigmatizantes es lisa y llanamente un error de grandes proporciones.

Frente a estas realidades negativas en el manejo de MODs y de aspectos culturales de la psiquiatría clínica contemporánea, es indispensable adoptar, con la urgencia que se requiere, una serie de medidas de carácter general y específico, basadas en los siguientes principios:

1. Propiciar y cultivar el uso efectivo de sensibilidad y competencia cultural en todo tipo de transacción clínica conducida por médicos generales y especialistas (Quinlan, 2010).
2. En todo tipo de evaluación médica o psiquiátrica, debe incluirse una búsqueda integral y efectiva de los MODs como expresión sintomática, reflexión metafórica causal y signo de esperanza (Meili y Maercker, 2019; Meili et al., 2020).
3. Igualmente, analizar de manera sistemática las “metáforas” o narrativas de factura cultural que utilice el/la paciente y que reflejan las varias veces mencionadas perspectivas individuales y sociales de sufrimientos y perturbaciones emocionales con subsecuentes cambios contextuales (Jacob, 2019).
4. Manejar principios básicos de psicoterapia cultural, una combinación apropiada de conceptos aprendidos para la descripción y el reconocimiento de padecimientos clínicos, modificadores experienciales e indicadores personales de “sentido común” respecto a realidades de salud y enfermedad (Alarcón y Ruiz, 1995; Alarcón y Frank, 2012).

Sobre estas bases, el futuro del estudio y manejo de los MOD como realidad clínica y objetivo terapéutico definido deberá abarcar los siguientes aspectos:

- a. Armonizar los niveles crecientes de información, conocimiento y comunicación entre profesionales, organismos administrativos y la población general en torno a principios normativos de salud, salud pública y salud mental.
- b. A manera de temas representativos de la enseñanza y la práctica clínica de la Psiquiatría Cultural *vis-a-vis* los MODs, deben considerarse, por ejemplo, sus vínculos con los llamados determinantes sociales de salud y salud mental (Bonner, 2017; Compton y Shim, 2014), su ambigüedad como expresión psicopatológica y afronte existencial, su significado clínico y su utilidad en transacciones psicoterapéuticas (Villaseñor-Bayardo, Alarcón, Rohlof, & Aceves-Pulido, 2016).
- c. Búsqueda sistemática de información familiar y difusión social de *insights* en relación a MODs.
- d. Desarrollo de políticas de manejo integrado de MODs y de aspectos culturales de atención psiquiátrica basada en la labor de equipos multidisciplinarios (Berzoff et al., 2007).
- e. Discusión, planificación y ejecución de proyectos de investigación en torno a la relevancia clínica, terapéutica y cultural de los MODs.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio de los Modismos de Distrés en poblaciones latinoamericanas representa un área fascinante de exploración epistemológica con ángulos complejos de enfoques de tipo teórico, histórico, cultural y clínico. Su estudio incluye modelos de “absolutismo”, “universalismo” y “relativismo cultural” como parte del dilema cultura-psicopatología dentro de la práctica clínica (Bassett y Baker, 2015). En tanto que expresión idiosincrática de sufrimiento emocional, los MODs constituyen un modelo multifacético de percepción, interpretación y explicación de aquel sufrimiento desde la perspectiva del propio paciente (Desai y Chaturvedi, 2017). Los términos o frases que se utilizan para describirlos tienen, fundamentalmente, un tono coloquial y pueden también cambiar al paso del tiempo por influencias locales o globales.

Estas características hacen que, en algunos casos, el mismo término denote más de un solo tipo de concepto cultural, por lo que el clínico deberá agotar recursos anamnésicos en busca de precisión y claridad (Kirmayer et al., 2015). Por ejemplo, “nervios” puede significar miedos o temores profundos y concretos, pero también sentimientos de incertidumbre y desesperanza, cuyas causas pueden o no ser percibidas y descritas apropiadamente (Guarnaccia et al., 2003).

Esto significa que no hay una correspondencia total entre un MOD y una entidad diagnóstica conocida o pre-determinada en los manuales de clasificación. Asimismo, cada modismo puede portar un amplio rango de severidad y complicaciones.

A pesar de estas limitaciones no cabe duda, desde una perspectiva eminentemente clínica, que los MODs facilitan la identificación de las quejas y la detección de psicopatologías en la persona sufre. Su consideración y cuidadoso análisis aclaran la naturaleza del problema y evitan o previenen errores diagnósticos o de estimación de la severidad clínica del caso. La obtención eficiente de información útil permite, tanto al clínico como al paciente y su familia, prevenir posibles secuelas de estigmatización (Nichter, 2010).

En suma, puede afirmarse que el conocimiento y la precisa caracterización de un MOD hacen posible un nivel ampliamente satisfactorio de comunicación entre paciente y profesional de salud, sea éste médico-psiquiatra, psicólogo(a), enfermera(o), asistente(a) social, consejero(a) o capellán. Los beneficios terapéuticos de una relación empática son significativos, más allá de orientaciones de escuela o doctrina (Bilu y Witzum, 1994; Verdeli, 2016).

Modismos y otros conceptos culturales de distrés pueden y deben ser materia de investigaciones epidemiológicas, de cuya calidad, sin embargo, dependerán o no, avances conceptuales, detección clara de problemas mentales, reducción de prejuicios diagnósticos y aplicación de servicios de apropiada factura cultural (Kohrt et al., 2014). En suma, los conocimientos que deriven de este proceso abrirán nuevas y mejores rutas de investigación no solo en una psiquiatría clínica que será más veraz y completa, sino en el campo de la psiquiatría sociocultural que podrá entonces lograr el necesario balance frente a los logros –espectaculares, pero aun de escasa aplicación práctica– provenientes de la psiquiatría biológica y sus numerosas vertientes.

Los Modismos de Distrés constituyen un componente clave en la evaluación integral de la salud mental y su fenomenología clínica. Si se acepta que tal evaluación debe ser necesariamente multidisciplinaria, los alcances de un estudio detallado de los MODs pueden ser extraordinarios. La perspectiva cultural añade suma relevancia a estos estudios y enriquece su significado clínico y social en poblaciones latinoamericanas en las que, puede afirmarse, la variedad de modismos y su continuo incremento generan permanente interés heurístico. Por todo ello, los MODs son ya componentes epidemiológicos importantes de la Salud Mental Global y, por lo mismo, fuente valiosa de progreso en las áreas de práctica clínica, docencia e investigación.

## REFERENCIAS

- Alarcón, R. D. (2019). Psiquiatría Cultural. En: R. D. Alarcón, R. Chaskel, & C. Berlanga. (Eds.). *Psiquiatría*, 4<sup>a</sup>. Ed., Vol. II, (pp. 1669-1674). Lima, Perú: Fondo Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Alarcón, R. D. (Ed.). (2013). *Cultural Psychiatry* (133 pp.). Basel, Switzerland: Karger.

- Alarcón, R. D., & Frank, J. B. (Eds.). (2012). *The Psychotherapy of Hope. The legacy of Persuasion and Healing* (pp. 343). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Alarcón, R. D., & Ruiz, P. (1995). Theory and practice of Cultural Psychiatry in the U.S and abroad. En: J. M. Oldham, & M. Riba (Eds.). *Review of Psychiatry* (pp. 599-626). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Edition (DSM-IV) (pp. 886). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition (DSM-5) (pp. 945). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition – Text Revised (DSM-5 TR). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Apesoa-Varano, E. C., Barker, J. C., Unutzer, J., Aguilar-Gaxiola, S., Dwight Johnson, M., Tran, C., ... Hinton, L. (2015). Idioms of Distress among depressed White-Non-Mexican and Mexican-origin older men. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(3), 305-318. doi: 10.1007/s10823-015-9267-8
- Bagayo, I. P., Interian, A., & Escobar, J. I. (2013). Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 33, 64-74. doi: 10.1159/000350057
- Bassett, A. M., & Baker, C. (2015). Normal or abnormal? 'Normative uncertainty' in psychiatric practice. *Journal of Medical Humanities*, 36(2), 89-111. doi: 10.1007/s10912-014-9324-2
- Baumeister, R. F. (1986). *Identify: Cultural change and the struggle for Self* (pp. 280). New York, NY: Oxford University Press.
- Berzoff, J., Flanagan, L. M., & Hertz, P. (Eds.). (2007). *Inside out and Outside in. Psychodynamic Clinical Theory and Psychopathology in contemporary multicultural contexts*, 2nd. Ed. Lanham, UK: Jason Aronson.
- Bhattacharya, R., Gupta, S., & Bhugra, D. (2010). Globalization and Psychiatry. En: C. Morgan, & D. Bhugra (Eds.). *Principles of Social Psychiatry*, 2nd. Ed. (pp. 141-154). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(2), 84-93. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00454.x
- Bhugra, D., & Bhui, K. (Eds.). (2007). *Textbook of Cultural Psychiatry* (591 pp.). New York, NY: Cambridge University Press.
- Bilu, Y., & Witzum, E. (1994). Culturally sensitive therapy with ultra-orthodox patients: the strategic employment of religious idioms of distress. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 31(3), 170-82.
- Bonner, A. (2017). *Social Determinants of Health: An interdisciplinary approach to social inequality and Wellbeing* (376 pp). London, UK: Policy Press.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., & Daar, A. S. (2011). Grand challenges in Global Mental Health. *Nature*, 475(7354), 27-30. doi: 10.1038/475027a
- Comas-Díaz, L. (2011). *Multicultural care: a clinician's guide to cultural competence*. Washington DC: American Psychological Association.
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (Eds.). (2015). *The social determinants of Mental Health* (294 pp). Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Cork, C., Kaiser, B. N., & White, R. G. (2019). The integration of idioms of distress into mental health assessments and interventions: a systematic review. *Global Mental Health*, 6, e7. doi: 10.1017/gmh.2019.5
- Craig, T. K. J. (2019). The importance of the Social in Psychiatry. *World Social Psychiatry*, 1(1), 25-26. <http://www.worldsopsychiatry.org>
- Desai, G., & Chaturvedi, S. K. (2017). Idioms of Distress. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8(Suppl 1), S94-S97. doi: 10.4103/jnrp.jnrp\_235\_17
- Durá-Vilá, G., & Hodes, M. (2012). Cross-cultural study of idioms of distress among Spanish nationals and Hispanic American migrants: susto, nervios and ataque de nervios. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(10), 1627-1637. doi: 10.1007/s00127-011-0468-3
- Ellis, H. A. (2015). Obeah-illness versus psychiatric entities among Jamaican immigrants: cultural and clinical perspectives for psychiatric mental health professionals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 83-89. doi: 10.1016/j.apnu.2014.11.002

- England, M., Mysyk, A., & Avila Gallegos, J. A. (2007). An examination of nervios among Mexican seasonal farm workers. *Nursing Inquiry*, 14(3), 189-201. doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00368.x
- Fuller, N. (1995). En torno de la polaridad marianismo-machismo. En: L. G. Arango, M. León & M. Viveros-Vigoya (Eds.). *Género e Identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 241-263). Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Guarnaccia, P. J., Lewis-Fernández, R., & Rivera Marano, M. (2003). Toward a Puerto Rican popular nosology: nervios and ataque de nervios. *Cult MedPsychiatry*, 27(3), 339-66. doi: 10.1023/A:1025303315932
- Guarnaccia, P. J., Rivera, M., Franco, F., & Neighbors, C. (1996). The experiences of ataque de nervios: towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20(3), 343-67. doi: 10.1007/BF00113824
- Hansen, H., Dugan, T. M., Becker, A. E., Lewis-Fernández, R., Lu, F. G., Oquendo, M. A., ... Trujillo, M. (2013). Educating Psychiatry residents about cultural aspects of care: A qualitative study of approaches used by U.S. expert faculty. *Academ Psychiatry*, 37(6), 412-416. doi: 10.1176/appi.ap.12080141
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 448-466. doi: 10.1016/j.cpr.2010.02.005
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2010). Idioms of distress among trauma survivors: subtypes and clinical utility. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 209-218. doi: 10.1007/s11013-010-9175-x
- Hollan D. (2004). Self systems, cultural idioms of distress, and the psycho-bodily consequences of childhood suffering. *Transcultural Psychiatry*, 41(1), 62-79. doi: 10.1177/1363461504041354
- Jacob, K. S. (2019). Idioms of distress, mental symptoms, syndromes, disorders and transdiagnostic approaches. *Asian Journal of Psychiatry*, 46, 7-8. doi: 10.1016/j.ajp.2019.09.018
- Jorge, M. R. (2003). Depression in Brazil and other Latin American countries. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105(1), 9-16.
- Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Kohrt, B. A., Bolton, P. A., Bass, J. K., & Hinton, D. E. (2015). "Thinking too much": A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science and Medicine*, 147, 170-183. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.10.044
- Kaiser, B. N., McLean, K. E., Kohrt, B. A., Hagaman, A. K., Wagenaar, B. H., Khoury, N. M., & Keys, H. M. (2014). Reflechi twòp—thinking too much: description of a cultural syndrome in Haiti's Central Plateau. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 38(3), 448-472. doi: 10.1007/s11013-014-9380-0
- Kaiser, B., & Weaver, L. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress. New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589-598. doi: 10.1177/1363461519862708
- Kelly, B. D. (2003). Globalisation and Psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(6), 464-474. doi: 10.1192/apt.9.6.464
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789-796. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.789
- Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (2003). Somatization and mental health: A comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science & Medicine*, 57(10), 1833-1845. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00017-0
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M., & Brewster, A.-R. T. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine*, 75(3), 555-564. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.040
- Kimmell, J., Mendenhall, E., & Jacobs, E. A. (2021). Deconstructing PTSD: Trauma and emotion among Mexican immigrant women. *Transcultural Psychiatry*, 58(1), 110-125. doi: 10.1177/1363461520903120
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 13), 22-28.
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438-446.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E., & Guzder, J. (2015). The cultural context of clinical assessment. En: A. Q. Tasman, M. Maj, M. B. First, J. Kay, & J. Lieberman (Eds.). *Psychiatry*, 4th. Ed. (pp. 54-66). New York, NY: Wiley.
- Kirmayer, L. J., Trang Dao, T. H., & Smith, A. (1998). Somatization and Psychologization: Understanding cultural Idioms of Distress. En: S. Opacku (Ed.). *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry* (pp. 233-265). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kohrt, B. A., Griffith, J. L., & Patel, V. (2018). Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*, 159(Suppl 1), S85-S90. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001296
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., ... Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 365-406. doi: 10.1093/ije/dyt227
- Lane, P., & Smith, D. (2018). Culture, ageing and the construction of Pain. *Geriatrics*, 3(3), 40. doi: 10.3390/geriatrics3030040
- Levine, R. E., & Gaw, A. C. (1995). Culture-bound syndromes. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 523-536.
- Lewis-Fernández, R., Gorriz, M., Raggio, G. A., Peláez, C., Chen, H., & Guarnaccia, P. J. (2010). Association of trauma-related disorders and dissociation with four idioms of distress among Latino psychiatric outpatients. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 219-243. doi: 10.1007/s11013-010-9177-8
- Lewis-Fernández, R., Guarnaccia, P. J., Martínez, I. E., Salmán, E., Schmidt, A., & Liebowitz, M. (2002). Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks and panic disorder. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 26(2), 199-223. doi: 10.1023/a:1016349624867
- López, I., Ramirez, R., Guarnaccia, P., Canino, G., & Bird, H. (2011). Ataques de nervios and somatic complaints among island and mainland Puerto Rican children. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17(3), 158-166. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00137.x
- Meili, I., & Maercker, A. (2019). Cultural perspectives on positive responses to extreme adversity: A playing field for metaphors. *Transcultural Psychiatry*, 56(5), 1056-1075. doi: 10.1177/1363461519844355
- Meili, I., Heim, E., Pelosi, A. C., & Maercker, A. (2020). Metaphors and cultural narratives on adaptive responses to severe adversity: A field study among the Indigenous Pitaguary community in Brazil. *Transcultural Psychiatry*, 57(2), 332-345. doi: 10.1177/1363461519890435
- Montesi, L. (2018). "Como si nada": Enduring violence and Diabetes among rural women in Southern Mexico. *Medical Anthropology*, 37(3), 206-220. doi: 10.1080/01459740.2017.1313253
- Morales, L. S., Cunningham, W. E., Brown, J. A., Liu, H., & Hays, R. D. (1999). Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *JJournal of General Internal Medicine*, 14, 409-417. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.06198.x
- Morgan, C., & Bhugra, D. (Eds.). (2010). *Principles of Social Psychiatry*, 2nd. Ed. (586 pp). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Nations, M. K., Camino, L. A., & Walker, F. B. (1988). 'Nerves': folk idiom for anxiety and depression?. *Social Science & Medicine*, 26(12), 1245-1259. doi: 10.1016/0277-9536(88)90156-6
- Nations, M., & Soares Gondim, A. P. (2013). "Stuck in the muck": an eco-idiom of distress from childhood respiratory diseases in an urban mangrove in Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(2), 303-312. doi: 10.1590/s0102-311x2013000200017
- Nichter, M. (1981). Idioms of Distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379-408. doi: 10.1007/BF00054782
- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(2), 401-416. doi: 10.1007/s11013-010-9179-6
- Organista, K. C., Arreola, S. G., & Neilands, T. B. (2016). La desesperación in Latino migrant day laborers and its role in alcohol and substance-related sexual risk. *SSM - Population Health*, 2, 32-42. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.01.006
- Otero, A., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., & Salloum, I. (2012). Síndromes culturales. En: APAL/INSM, *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)* (pp. 365-382). Asociación Psiquiátrica de América Latina.

- Parsons, C. D., & Wakeley, P. (1991). Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15(1), 111-132. doi: 10.1007/BF00050830
- Patel, V., Saxena, S., Frankish, H., & Boyce, N. (2016). Sustainable development and global mental health – a Lancet Commission. *The Lancet*, 387(10024), 1143-1145. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00208-7
- Pedersen, D., Kienzler, H., & Gamarra, J. (2010). Llaki and Ñakary: idioms of distress and suffering among the highland Quechua in the Peruvian Andes. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 279-300. doi: 10.1007/s11013-010-9173-z
- Quinlan, M. B. (2010). Ethnomedicine and ethnobotany of fright, a Caribbean culture-bound psychiatric syndrome. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 6, 9. doi: 10.1186/1746-4269-6-9
- Rivera-Holguín, M., Pérez-Sales, P., Hildenbrand, A., Custodio, E., Vargas, G., Baca, N., ... De Haene, L. (2019). Psychosocial and community assessment of relatives of victims of extra-judicial killings in Peru: Informing international courts. *Torture Journal*, 29(1), 16-35. doi: 10.7146/torture.v29i1.114046
- Rogler, L. H., Cortes, D. E., & Malgady, R. G. (1994). The mental health relevance of idioms of distress: Anger and perceptions of injustice among New York Puerto Ricans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(6), 327-330. doi: 10.1097/00005053-199406000-00003
- Schwartz, S. H. (2011). Values: Individual and cultural. En: F. J. R. van de Vijver, A. Chasiotis, & S. M. Breugelmans, (Eds.). *Fundamental questions in Cross-Cultural Psychology* (pp. 463-493). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sotomayor-Peterson, M., Pineda-León, M., & Valenzuela Medina, E. (2016). Coerción y familismo predictores de compañía e intimidad del joven hacia sus padres. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(2), 225-237.
- Stein, M. J. (2019). Blood, sweat, and/or tears: Comparing Nervios symptom descriptions in Honduras. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 43(2), 256-276. doi: 10.1007/s11013-018-9614-7
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competence in healthcare. A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 99-107. doi: 10.1186/1472-6963-14-99
- Tseng, W-S. (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry* (855 pp.). San Diego, CA: Academic Press.
- Ulman, A. M., & Bar, F. (2011). Idiom of distress or delusional state? Cultural clash as the cause of misdiagnosis: a case report. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(1), 60-64.
- Ventriglio, A., Ayonrinde, O., & Bhugra, D. (2016). Relevance of culture-bound syndromes in the 21st. century. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 3-6. doi: 10.1111/pcn.12359
- Verdeli, H. (2016). Global Mental Health: An Introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 72(8), 761-765. doi: 10.1002/jclp.22357
- Villaseñor-Bayardo, S. J., Aceves Pulido, M. P., Ruelas Rangel, M. D., & García Hernández, I. M. (2016). "Illness of the Mind" and "Illness of the Spirit" among the Ñu'u savi indigenous people that inhabit the Metropolitan Area of Guadalajara City in Mexico. En: S. J. Villaseñor-Bayardo, R. D. Alarcón, H. Rohlof & M. P. Aceves-Pulido, (Eds.). *Global challenges and Cultural Psychiatry* (pp. 59-74). Zapopan, Jalisco, México: Editorial Página Seis.
- Villaseñor-Bayardo, S. J., Alarcón, R. D., Rohlof, H., & Aceves-Pulido, M. P. (Eds.) (2016). *Global challenges and Cultural Psychiatry* (538 pp.). Zapopan, Jalisco, México: Editorial Página Seis.
- Yahalom, J. (2019). Pragmatic truths about illness experience: Idioms of distress around Alzheimer's disease in Oaxaca, Mexico. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 599-619. doi: 10.1177/1363461519847304
- Yarris, K. E. (2014). "Pensando mucho" ("thinking too much"): embodied distress among grandmothers in Nicaraguan transnational families. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 38(3), 473-98. doi: 10.1007/s11013-014-9381-z
- Zayas, L. H., & Gulbas, L. E. (2012). Are suicide attempts by young Latinas a cultural idiom of distress?. *Transcultural Psychiatry*, 49(5), 718-734. doi: 10.1177/1363461512463262