

CASOS CLÍNICOS

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49417>**Chundú o pusana mala: presentación de un caso de un posible síndrome psiquiátrico cultural no reconocido***Chundu or pusana mala: Case report of a possible non recognized culture-bound syndrome*Edward Julián Bravo-Naranjo¹

Recibido: 02/03/2015 Aceptado: 18/03/2015

¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.Correspondencia: Edward Julián Bravo-Naranjo. Carrera 45 No. 26-85, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Tel: (57 1) 3165000, ext: 15117. Correo electrónico: ejbravon@unal.edu.co.

| Resumen |

Los síndromes psiquiátricos culturales implican un grupo de manifestaciones sintomáticas que son identificadas como un trastorno específico en un contexto sociocultural limitado y que pueden o no corresponder a categorías diagnósticas más universales. En Latinoamérica, se han descrito los *ataques de nervios*, el *susto* y el *mal de ojo* como los más frecuentes, figurando en el DSM-IV, DSM-5 y en el GLADP. El presente caso describe los síntomas experimentados por una mujer de 19 años proveniente de la familia indígena Yucuna de la Amazonía colombiana, con un cuadro de ansiedad y alucinaciones que más adelante fue identificado como *chundú* o *pusana mala*, un trastorno asociado a la magia de amor hasta ahora no descrito en la literatura científica.

Palabras clave: Psiquiatría; Trastornos psicóticos/etnología; Antropología médica; Trastornos mentales/etnología; Hechicería/psicología; Colombia/etnología (DeCS).

Bravo-Naranjo EJ. Chundú o pusana mala: presentación de un caso de un posible síndrome psiquiátrico cultural no reconocido. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):495-500. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49417>.

Summary

Culture-bound syndromes encompass certain symptoms that are identified as a specific illness in a certain cultural context and might be related or not to a more universal diagnostic category. Some of these syndromes have been described in Latin America, such as *ataque de nervios*, *susto* and *mal de ojo*, which are included in the DSM-IV, DSM-5 and LAGPD. This case describes the symptoms experimented by a 19-year-

old indigenous woman from the Amazonian Yucuna ethnic group. Her condition was characterized by anxiety and visual hallucinations identified later as *chundú* or *pusana mala*, a culture-bound syndrome associated with love magic that has not been described in the scientific literature.

Keywords: Psychiatry; Psychotic disorders/ethnology, Anthropology, Medical; Mental disorders/ethnology; Magic/psychology; Colombia/ethnology (MeSH).

Bravo-Naranjo EJ. [Chundu or pusana mala: Case report of a possible non recognized culture-bound syndrome]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):495-500. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49417>.

Introducción

Los síndromes dependientes de la cultura incluyen distintos grupos de síntomas mentales y somáticos que son reconocidos como una enfermedad identificable en un contexto sociocultural específico. Estos síntomas no guardan una relación con una alteración estructural o bioquímica específica y no son reconocidos en otras culturas. El término *síndrome dependiente de la cultura* fue incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1), permaneciendo en la guía para la formulación cultural y en el glosario de síndromes en su versión más reciente, el DSM-5. Se incluye una lista de los síndromes reconocidos más comúnmente, haciendo mención a la *brujería*, el *ataque de nervios*, el *susto* y el *mal de ojo*, trastornos ligados al sistema de creencias latinoamericano. Algunos países asiáticos han dedicado mayor atención y han efectuado amplias descripciones de estos trastornos,

contribuyendo al conocimiento empírico y nosológico de varios síndromes incluidos en el DSM-IV.

La población indígena o amerindia en Colombia se estima en 1 378 884 habitantes y representa el 3.4% de la población del país (2). Esta población comprende más de 80 etnias con imaginarios mágico-religiosos diversos y concepciones de la enfermedad que han sido recogidos por múltiples trabajos desde los procesos de salud-enfermedad, aunque no en términos de síndromes psiquiátricos culturales. Una búsqueda exhaustiva en la literatura publicada revela la ausencia de síndromes descritos en estas comunidades, aun cuando se han realizado múltiples trabajos antropológicos acerca del sistema de creencias y las prácticas curativas de los chamanes.

A continuación, presentamos el caso de una paciente indígena proveniente de la Amazonía colombiana cuyas manifestaciones sintomáticas incluyen alucinaciones visuales y cenestésicas, crisis de ansiedad e inquietud motora. El origen de los síntomas fue explicado en su sistema de creencias como secundario a la magia de amor, *chundú* o *pusana mala*, lo que, según creemos, podría corresponder a un síndrome psiquiátrico cultural hasta ahora no descrito y que ameritaría estudios ulteriores que validaran su consistencia y permitieran incluirlo en la literatura oficial.

Descripción del caso

Se trata de una paciente de 19 años, natural de Mirití, Amazonas y proveniente de Leticia. Pertenece a la familia indígena Yucuna, no ha estado escolarizada, aunque sabe leer y escribir; es soltera, trabaja como empleada doméstica, y habla español, yucuna y tanimuka. La paciente se encontraba en Bogotá 15 días antes de la primera evaluación en el Hospital Simón Bolívar en 2013, dado que había sido remitida para la realización de un procedimiento quirúrgico reconstructivo.

La descripción sintomática y evolutiva que sigue se obtuvo a partir del análisis de la historia clínica de ingreso al hospital (realizada por un médico psiquiatra) y las entrevistas de seguimiento en el servicio de hospitalización psiquiátrica (realizadas por un médico residente de psiquiatría). Se realizó una entrevista diagnóstica semiestructurada al ingreso a la Unidad de Salud Mental (USM) y 17 entrevistas de seguimiento dirigidas a ampliar la información obtenida inicialmente y evaluar la evolución. Se realizaron entrevistas diarias durante el tiempo de la primera hospitalización y tres entrevistas de seguimiento al mes, dos y siete meses después del egreso. Ninguno de los médicos que estuvo en contacto con la paciente estaba familiarizado con la etnia de esta ni con las explicaciones del proceso salud-enfermedad de las familias indígenas.

Ingresó al servicio de urgencias trasladada por ambulancia desde su casa-refugio por presentar un cuadro de inicio súbito que consistió en inquietud motora, ansiedad, llanto, temblor de extremidades, actitud alucinatoria, soliloquios e ideación de contenido mágico y persecutorio, interpretada inicialmente como delirante. En los últimos 10 días había experimentado múltiples episodios similares, de corta duración (10 minutos a 1 hora), de inicio súbito y autolimitados. Los períodos intercrisis eran descritos como normales. La paciente tiene un antecedente de quemadura con gasolina sufrida a los 8 años de edad que afectó el 30% de la superficie corporal, de lo cual presenta secuelas estéticas, de adherencias y retracciones en cara y cuello. Recibió intervención quirúrgica en la época de la lesión basada en injerto de piel del muslo en la cara y liberación de adherencias y retracciones en codos y cuello. Se desconocen los antecedentes pre y perinatales, así como las características del neurodesarrollo. No presenta historia de uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, como tampoco de hospitalizaciones anteriores. No existen antecedentes de consultas u hospitalizaciones psiquiátricas; comunica el suicidio de un hermano suyo 6 años antes.

El examen físico de ingreso a urgencias reveló la presencia de retracciones cicatriciales en hemicara izquierda, cuello y tórax, una frecuencia cardíaca levemente elevada y diaforesis. Dado que la paciente recibió sedación intramuscular durante el traslado en ambulancia, no fue posible realizar un examen mental completo en el servicio de Urgencias. Los exámenes para THC, cocaína, atropínicos y metanfetaminas fueron negativos. El hemograma, uroanálisis, glicemia, función renal, serología, función hepática y la TAC de cráneo simple se reportaron como normales. El psiquiatra que realizó la entrevista inicial consideró conveniente ingresarla a la USM con el diagnóstico provisional de *episodio psicótico agudo*, e inició un tratamiento antipsicótico con Olanzapina, 5mg BID; Lorazepam, 1mg TID; y Levomepromazina, 40mg al día dividido en 3 dosis.

Luego de su ingreso al área de hospitalización psiquiátrica y del descenso de la sedación fue posible ampliar la historia clínica y realizar un examen mental completo. La paciente refirió que en los últimos 10 días había presentado episodios de corta duración en los que veía a una persona mayor que quería hacerle daño, oía como le ordenaba deshacerse de un objeto, la tocaba e intentaba quitarle la ropa. Estos episodios se acompañaban de mucha ansiedad y miedo, llanto e inquietud motora, en tanto se sentía amenazada. La paciente explicó que había tomado un *chundú* (amuleto de amor) de un *bufeo* (delfín de río), y considerando que esa era la razón por la que el hombre la perseguía; debía entonces deshacerse del objeto para paliar la situación. Según su relato, estos episodios se presentaban entre 3 y 4 veces por semana y siempre duraban

menos de 2 horas; no había ninguna asociación con factores externos que indujera o modificara la evolución y, finalmente, los períodos intercrisis eran normales.

El examen mental registró una paciente con vestuario acorde a su situación, sexo y edad; limpia, suspicaz, desconfiada y con un pobre contacto visual. Se encontraba alerta, orientada globalmente, euproséxica; su pensamiento era de velocidad normal y no presentaba fallas en la forma de asociación. La explicación proveída se interpretó inicialmente —de forma errónea, según comprobación posterior— como una ideación delirante de tipo persecutorio y mágico. Manifestaba alucinaciones hápticas pasivas, y visuales y auditivas complejas. Presentaba inquietud motora, un afecto hipertímico de tono ansioso, se veía asustada y temerosa. Su uso del lenguaje era correcto aunque con una producción verbal restringida, su inteligencia se encontraba dentro de límites normales y las retracciones dérmicas limitaban la expresión mímica. Se anota nula conciencia de enfermedad y pérdida del juicio de realidad.

Durante la hospitalización, la frecuencia de las crisis aumentó, llegando a presentar hasta 3 por día. Los lapsos caracterizados por la presencia de alucinaciones y ansiedad duraban entre 30 minutos y 2 horas, requiriendo en varias ocasiones sedación parenteral para control de la agitación. Se observaron períodos intercrisis asintomáticos con un patrón comportamental adecuado. Por medio de las entrevistas de seguimiento fue posible ampliar la explicación dada por la paciente ante estos fenómenos, identificando un relato estructurado en el cual se atribuía la intención de daño a una persona mayor que aparecía en visiones como consecuencia de una maldición por haber robado un objeto mágico a un delfín rosado. La profundización en estos aspectos culturales permitió corregir la apreciación inicial que consideró estas ideas como delirios. Se observó entonces que estas ideas no constituían creencias falsas ni patológicas, sino que resultaban congruentes con interpretaciones culturales referentes a la magia de amor e ideas compartidas por su grupo étnico. Así mismo, la paciente ofreció la nomenclatura diagnóstica: “Eso es el chundú”, y una potencial intervención terapéutica que implicaba deshacerse del amuleto y la mediación de un chamán.

Además, fue posible profundizar en la historia personal, familiar y social de la paciente, quien proviene de una familia de brujos y chamanes, mezcla de dos familias indígenas, los Yucuna y los Tanimuka. Tiene 7 hermanos, uno de los cuales cometió suicidio 6 años antes —de lo que no se obtuvo mayor información— y con el cual manifestó tener una relación muy cercana en su infancia. Posteriormente, narró la ocurrencia de experiencias místicas desde los 13 años, marcadas por

visiones relacionadas con la muerte de su hermano, y dos episodios disociativos entre los 15 y 16 años, de los cuales dijo haber experimentado la sensación de tomar la forma de animales sagrados y haber tenido comportamientos regresivos y vagabundeo. En ambos casos requirió la intervención de un chamán para su curación. Llama la atención la presencia de episodios similares en dos de los siete hermanos y la interpretación mágico-religiosa conferida a estos trances.

La paciente permaneció dos semanas hospitalizada con disminución gradual en la frecuencia de las crisis. Luego se le dio egreso con tratamiento psicofarmacológico ambulatorio consistente en Olanzapina, 10 mg VO QD, y Lorazepam, 2 mg VO BID. También se realizó un trazado electroencefalográfico con privación de sueño que no mostró alteraciones. Durante este tiempo, la paciente se deshizo del amuleto pero reingresó a la USM un mes después. Se realizó un cambio de antipsicótico a Clozapina hasta alcanzar una dosis de 300 mg al día. En esta ocasión se contactó al padre de la paciente, de quien se sabía era un chamán reconocido por su tribu y que una vez acudió a la USM, reconoció la sintomatología como *chundú* o *pusana mala*. Con aquiescencia del equipo médico fue programada una intervención terapéutica con la participación de otro chamán de la etnia Tanimuka, la cual fue llevada a cabo dos semanas después del reingreso y consistió en cantos y ritos con el humo de tabaco. La intervención no se prolongó más de 5 minutos y la indicación posterior, por parte de los chamanes, fue que la paciente debía volver a su lugar de origen y continuar allí el tratamiento. La paciente permaneció hospitalizada dos días más con remisión parcial de los síntomas, concretándose luego el traslado para Mirití. Se hizo seguimiento telefónico un mes después y se constató que había presentado dos episodios más en Mirití y había suspendido el tratamiento psicofarmacológico. Una nueva entrevista telefónica a los 6 meses pudo verificar que presentó mejoría completa de los síntomas, sin recurrencia de crisis y una recuperación total de la funcionalidad global.

Discusión

La clasificación de las enfermedades mentales ha sido objeto de la crítica dado que los sistemas diagnósticos vigentes se basan predominantemente en estudios y consensos de expertos de países desarrollados (3). Los síndromes relacionados con la cultura consisten en grupos de síntomas psíquicos y comportamientos disfuncionales con diferentes expresiones en distintas culturas que pueden ser variaciones de trastornos previamente descritos en otros países, o bien constituir síndromes culturales específicos (4). El capítulo *Formulación Cultural* del DSM-5 introduce una entrevista semiestructurada como herramienta para la evaluación de

estos casos, pero las consideraciones contempladas para el diagnóstico y la formulación cultural, previamente incluidas en el DSM-IV, se conservan relativamente intactas en la nueva edición; además, el glosario de síndromes dependientes de la cultura, ahora *Glossary of Cultural Concepts of Distress*, no incluye nuevos trastornos (5). En Latinoamérica, han surgido iniciativas para desarrollar criterios de diagnóstico psiquiátrico específicos y categorías regionales, tales como el *Glosario Cubano de Psiquiatría* (CGP) y la Guía Latinoamericana para el Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) (6); aunque estos criterios no se están incluidos en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10), pues se considera que no existen estudios fiables que apoyen su inclusión como una categoría independiente (7). El reporte de casos y los estudios en psiquiatría transcultural en la región continúan siendo escasos, posiblemente por la multiplicidad y falta de correspondencia entre los términos usados en las bases de datos, los sesgos de publicación o la inclinación por temas de investigación de interés para países desarrollados (8).

Se realizó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE, LILACS, SciELO y EMBASE, teniendo en cuenta publicaciones desde 1960 hasta enero de 2015, en español, inglés y portugués, y usando las palabras clave *chundú*, *chundul*, *pusana*, *pusanga*, *love magic*, *culture-bound syndrome* y *river dolphin*. Se concluyó que no existen menciones de este síndrome cultural específico en la literatura científica publicada. Aunque sin tratarse de un tema rebotante de publicaciones, es posible encontrar menciones del *Brainfog*, un síndrome que incluye problemas de memoria, depresión y ansiedad, identificado en estudiantes nigerianos (9); el *Koro*, encontrado en el sudeste asiático, caracterizado por ataques de ansiedad y miedo a la disminución del tamaño de los genitales (10-12); el *Dhat*, en el cual los pacientes atribuyen síntomas somáticos a la pérdida de semen y que se ha descrito en China, Europa, Rusia y América (13-15); algunos menos conocidos como el *Devaki* de India (16), el *Hikikomori* en Japón (17), y otros más cercanos a Latinoamérica y el Caribe como el *Ataque de nervios* (18,19), *Susto* (20,21) o *Fright* (22); o incluso relacionados con la mala suerte, como la *Saladerra* en Perú (23) o con la brujería, como el *Mal de ojo* padecido por lactantes y adultos (24,25).

Los síntomas mostrados por la paciente pueden interpretarse como manifestaciones de ansiedad y alteraciones sensorio-perceptivas, aunque difícilmente podría clasificarse todo su conjunto en una categoría diagnóstica del DSM-IV. Conviene tener en cuenta la descripción que este ofrece de los síndromes psiquiátricos culturales (*culture-bound syndromes*) (26), a saber: “Patrones recurrentes de comportamiento aberrante y de experiencias problematizadoras con una expresión geográfica específica, que pueden estar o no

relacionados con las categorías diagnósticas del DSM-IV. Muchos de estos patrones son considerados localmente como ‘enfermedades’, o por lo menos como afecciones, y la mayoría reciben una denominación propia. (...) los síndromes culturales generalmente están limitados a sociedades o áreas culturales específicas, y representan categorías diagnósticas localizadas, ‘folk’ que enmarcan significados coherentes para ciertos conjuntos de experiencia y observación repetitivos y generadores de dificultades”. (1,26).

En el caso presentado se aprecia una fuerte relación entre las creencias del sujeto, el imaginario socio-cultural y las manifestaciones psicopatológicas. Además, por medio de la explicación ofrecida por la paciente y su curador, es evidente que el patrón sintomático es reconocido como una magia de amor y rápidamente atribuida a una categoría diagnóstica local: *chundú* o *pusana mala*, que da cuenta del origen de los síntomas y ofrece un modelo explicativo de su génesis y tratamiento. En este caso, la paciente había obtenido un amuleto de amor de un *bufe* o delfín rosado —figura con fuerte significado mágico y ritual en su cultura— sin contar con la preparación religiosa adecuada, lo que contravenía las leyes mágicas en su contexto y la condicionaba al sufrimiento psicológico hasta que se deshiciera del objeto y realizara una ceremonia de sanación. Si bien es el primer caso que conocemos que agrupe estas características, la información obtenida por medio de las entrevistas con la paciente, su padre y el chamán conduce a la hipótesis de que el *chundú* es un síndrome psiquiátrico cultural. Al indagar por casos similares conocidos por el chamán se concluyó que existe un patrón sintomático caracterizado principalmente por estados de ansiedad, donde se presentan alucinaciones visuales y auditivas complejas, comúnmente de contenido sexual y que generan terror al que las padece. Puede acompañarse de otros síntomas inespecíficos como insomnio global, pesadillas, estado permanente de aprensión, paranoia, y alteraciones del comportamiento derivadas como inquietud motora, agitación psicomotora, aislamiento y dromomanía. Los síntomas se relacionan con la magia de amor usada en las regiones de la Orinoquía y Amazonas, y por lo general son interpretadas como un castigo por realizar hechizos sin preparación o de mala fe. El tratamiento incluye el resarcimiento concreto o simbólico del daño efectuado, ayuno, oración y ceremonias de sanación realizadas por un chamán.

Poco se conoce acerca de los síndromes culturales de las comunidades indígenas de Colombia, mucho menos de las manifestaciones mentales y síndromes psiquiátricos específicos en esta población. En la literatura que referencia las creencias y mitos de las comunidades indígenas colombianas es posible encontrar la leyenda de la princesa Inirida, perteneciente a la etnia Puinave, quien, víctima de un hechizo

de amor o *pusana mala*, pierde el juicio y escapa a los cerros de Mavicure (27). Las descripciones de este patrón sintomático son escasas en la literatura gris y los resultados asociados a los términos de búsqueda comúnmente hacen referencia a una sustancia producida con fines medicinales y eróticos (28).

La publicación de este caso es, hasta donde se sabe, la primera descripción fenomenológica de lo que se cree constituye un síndrome psiquiátrico cultural, como de cualquier síndrome asociado a esta familia indígena. Son necesarios estudios adicionales que recojan información proveída por los chamanes o curanderos, saberes populares acerca del patrón sintomático y descripciones de casos clínicos ulteriores que validen la existencia de este síndrome psiquiátrico cultural.

Conclusión

Existe muy poca información publicada acerca de los síndromes asociados a la cultura encontrados en Colombia y sus comunidades indígenas. Si bien no existe evidencia suficiente para considerarlo como un síndrome psiquiátrico cultural, en algunas comunidades, el *chundú* o *pusana mala* se asocia con diversas manifestaciones psicológicas y comportamentales que incluyen episodios de ansiedad, inquietud motora, agitación psicomotora, insomnio, ideación persecutoria y fenómenos alucinatorios complejos. Está relacionado culturalmente con la magia de amor y parece presentar un curso tórpido, con rápida instauración de síntomas y susceptible de cronificarse en ausencia de una intervención especializada. Esta parece ser la primera descripción de este fenómeno desde una perspectiva clínica psiquiátrica y cultural. Se requieren descripciones adicionales y estudios que permitan validar su consistencia como un síndrome cultural específico, así como conocer otras características de la sintomatología, curso y pronóstico. Esperamos que este artículo contribuya a la publicación de nuevos casos relacionados con el rico imaginario sociocultural colombiano y permita un mejor entendimiento de las manifestaciones psiquiátricas de estos pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarado por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Revised 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población de 2005. Bogotá: DANE; 2005 [cited 2015 Mar 30]. Available from: <http://goo.gl/RITKsC>
3. Otero-Ojeda AA, Berganza CE. Experience and implications of the Latin American guide for psychiatric diagnosis. In: Salloum IMMJE, editor. Psychiatric diagnosis. New York: Wiley-Blackwell; 2009. p. 263-71.
4. Lopez-Ibor JJ. Cultural adaptations of current psychiatric classifications: are they the solution? *Psychopathology*. 2003;36(3):114-9. <http://doi.org/fmbn8v>.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, Villasenor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(3):433-46. <http://doi.org/cb68wg>.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
8. Razzouk D, Nogueira B, Mari Jde J. The contribution of Latin American and Caribbean countries on culture bound syndromes studies for the ICD-10 revision: key findings from a working in progress. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;33 Suppl 1:S5-20. <http://doi.org/d5vxx6>.
9. Aghukwa NC. Case histories of brainfag syndrome in Nigerian University undergraduates. *Niger J Med*. 2014;23(4):315-20.
10. Chowdhury AN. The definition and classification of Koro. *Cult Med Psychiatry*. 1996;20(1):41-65. <http://doi.org/cjvmwd>.
11. Kumar R, Phookun HR, Datta A. Epidemic of Koro in North East India: an observational cross-sectional study. *Asian J Psychiatr*. 2014;12:113-7. <http://doi.org/4t5>.
12. Mattelaer JJ, Jilek W. Koro-the psychological disappearance of the penis. *J Sex Med*. 2007;4(5):1509-15. <http://doi.org/fp4drj>.
13. Deb KS, Balhara YP. Dhat syndrome: a review of the world literature. *Indian J Psychol Med*. 2013;35(4):326-31. <http://doi.org/4t6>.
14. Sumathipala A, Siribaddana SH, Bhugra D. Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *Br J Psychiatry*. 2004;184:200-9. <http://doi.org/fg8xw4>.
15. Udina M, Foulon H, Valdés M, Bhattacharyya S, Martín-Santos R. Dhat syndrome: a systematic review. *Psychosomatics*. 2013;54(3):212-8. <http://doi.org/4t7>.
16. Nath K, Bhattacharya A, Sinha P, Praharaj SK. Devaki Syndrome: A culture-bound psychological reaction in Indian Hindu women in response to repeated pregnancy loss? *Asian J Psychiatr*. 2015;13:13-5. <http://doi.org/4t8>.
17. Teo AR, Gaw AC. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-5. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(6):444-9. <http://doi.org/bw7n4n>.

18. **Keough ME, Timpano KR, Schmidt NB.** Ataques de nervios: culturally bound and distinct from panic attacks? *Depress Anxiety*. 2009;26(1):16-21. <http://doi.org/fpdwwr>.
19. **Guarnaccia PJ.** Ataques de nervios in Puerto Rico: culture-bound syndrome or popular illness? *Med Anthropol*. 1993;15(2):157-70. <http://doi.org/dg62vx>.
20. **Weller SC, Baer RD, de Alba Garcia JG, Glazer M, Trotter R, Pachter L, Klein RE.** Regional variation in Latino descriptions of susto. *Cult Med Psychiatry*. 2002;26(4):449-72.
21. **Landy D.** A syndrome and its meaning: susto, a folk illness. *Science*. 1985;228(4701):850-1. <http://doi.org/dqtznc>.
22. **Quinlan MB.** Ethnomedicine and ethnobotany of fright, a Caribbean culture-bound psychiatric syndrome. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2010;6:9. <http://doi.org/bhrhzt>.
23. **Dobkin de Rios M.** Saladerra—a culture-bound misfortune syndrome in the Peruvian Amazon. *Cult Med Psychiatry*. 1981;5(2):193-213. <http://doi.org/fgijm7>.
24. **Bayles BP, Katerndahl DA.** Culture-bound syndromes in Hispanic primary care patients. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(1):15-31. <http://doi.org/dz92w8>.
25. **Castaldo M, Marrone R, Costanzo G, Mirisola C.** Clinical practice and knowledge in caring: breastfeeding ties and the impact on the health of Latin-American minor migrants. *J Immigr Minor Health*. 2014;28. <http://doi.org/4t9>. [Epub ahead of print].
26. **Uribe CA.** La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2000;29(4):345-366 [cited 2015 May 26]. Available from <http://goo.gl/pPoeE0>.
27. **Mitos y leyendas del Guainía.** Raigambre. 1990; 1(1): 47-49.
28. **Patiño VM.** Prácticas y substancias medicinales relacionadas con la vida erótica. In: Patiño VM. Historia de la cultura material en la América equinoccial. Tomo 7: Vida erótica y costumbres higiénicas. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo; 2000. Available from: <http://goo.gl/lkgBLj>.