

XIII BECAS ANPIR 2017-2018 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS



PSICOTERAPIA EN JAPÓN: UNA ESTANCIA FORMATIVA DESDE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA
(Tokio, Septiembre - Diciembre de 2018)



Yotsuya Yui Clinic
四谷ゆいクリニック



東京慈恵会医科大学
森田療法センター
Center for Morita Therapy

Joel Gómez Huerta
Psicólogo Interno Residente de 4º año
Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 2. LA CLÍNICA YOTSUYA YUI..... | 3 |
| 2.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO..... | 3 |
| 2.2. FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO..... | 5 |
| 2.2.1. El sistema de salud japonés y la salud mental..... | 5 |
| 2.2.2. El sistema de formación de los profesionales de la salud mental en Japón..... | 5 |
| 2.2.3. Funcionamiento de la clínica..... | 7 |
| 2.3. LABORES DESEMPEÑADAS..... | 8 |
| 2.3.1. Otras actividades realizadas..... | 9 |
| 2.4. OBSERVACIONES DESDE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL..... | 11 |
| 2.4.1. El paciente japonés: una aproximación a la sociedad colectivista y a la cultura japonesa..... | 11 |
| 2.4.2. Vergüenza y culpa..... | 13 |
| 2.4.3. Cultura y psicopatología..... | 15 |
| 2.4.4. El paciente inmigrante en Japón..... | 19 |
| 2.5. AGRADECIMIENTOS..... | 22 |
| 3. EL CENTRO DE TERAPIA MORITA - HOSPITAL JIKEI DAISAN..... | 23 |
| 3.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO..... | 23 |
| 3.2. FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO..... | 24 |
| 3.2.1. Conceptos básicos..... | 24 |
| 3.2.2. La Terapia Morita..... | 27 |
| 3.3. LABORES DESEMPEÑADAS..... | 28 |
| 3.4. VALORACIÓN PERSONAL: LA TERAPIA MORITA Y LAS TERAPIAS CONTEXTUALES..... | 30 |
| 3.5. AGRADECIMIENTOS..... | 32 |
| 4. REFERENCIAS..... | 33 |
| 5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA EN CASTELLANO E INGLÉS..... | 35 |

1. INTRODUCCIÓN

Bien es conocido que Japón es un país con una cultura considerablemente distinta a la nuestra. Esto se debe a muchos factores, siendo quizás uno de los más significativos el marcado carácter colectivista de su sociedad, opuesto al individualismo propio de occidente.

A pesar de que a la hora de realizar una formación en algo tan vinculado al entorno social como es la psicoterapia estas diferencias podrían percibirse como un obstáculo, lo cierto es que Japón representa un contexto idóneo para poder llevar a cabo una formación enfocada a observar las diferencias y similitudes en las manifestaciones de los trastornos mentales en ambas culturas. Por este motivo, la rotación fue diseñada para recibir formación desde la perspectiva transcultural de la psicología clínica: es decir, focalizando el aprendizaje en el estudio acerca de cómo la psicopatología difiere o no en su forma y expresión en función del contexto cultural en el que se desarrolla.

Este rotatorio fue, a su vez, dividido en dos centros bien diferenciados: la clínica Yotsuya Yui y el Centro de Terapia Morita del Hospital Jikei Daisan, ambos en Tokio.

2. LA CLÍNICA YOTSUYA YUI [四谷ゆいクリニック, Yotsuya Yui Clinic]

(Periodo de rotación: 3 de septiembre a 30 de noviembre de 2018)

2.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

La mayor parte del periodo formativo (tres meses) se desarrolló en la Clínica Yotsuya Yui (<http://yotsuya-yui.jp/medicalEs.html>), ubicada en el barrio de Yotsuya en la ciudad de Tokio. Esta clínica es considerada un centro de referencia para la atención de personas extranjeras que residen en Japón. El personal que trabaja en la clínica lo componen profesionales de salud mental, psiquiatras y psicólogos clínicos, que atienden en varios idiomas además del japonés. En concreto, la clínica ofrece atención psiquiátrica y psicoterapéutica en japonés, castellano, inglés, portugués y coreano.

El creador y director de la clínica, el Dr. Yu Abe, es actualmente el presidente del Congreso de Psiquiatría Transcultural de Japón y es miembro de la sección de psiquiatría transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Su carrera profesional ha estado centrada desde sus inicios en la psicopatología transcultural, y por ello ha llevado a cabo numerosos estudios, charlas y manuales que versan sobre diversos aspectos relativos a la atención psicoterapéutica y psiquiátrica a población migrante en Japón (p.e: Abe y Tanaka, 2014). Durante sus años de formación en psiquiatría realizó una estancia en el Hospital Gregorio Marañón en Madrid, por lo que domina el castellano y es él mismo uno de los profesionales que atiende en este idioma.

A pesar de que la clínica está especializada en población extranjera, la mayor parte de los pacientes atendidos son japoneses. Aunque no se disponen de datos sociodemográficos precisos, durante la estancia en este centro aproximadamente el 60-70% de la demanda asistencial provenía de pacientes japoneses, mientras que el 30-40% restante provenía de población inmigrante. Esto hacía que un cierto dominio del japonés fuera un requisito necesario para poder optimizar esta experiencia formativa.

Durante el periodo en el que se realizó la rotación había un total de 20 profesionales de distintas especialidades trabajando en la clínica:

- Psiquiatría: A parte de del Dr. Abe como director de la clínica, otros cinco profesionales acudían en distintos horarios para ofrecer atención a distintas poblaciones de pacientes en función del idioma requerido. De los seis psiquiatras que conformaban la plantilla, dos atendían en castellano, tres en inglés y uno en coreano. Cabe destacar asimismo que una de las psiquiatras que dominaba el inglés estaba

especializada en psiquiatría infantil, por lo que era ella quien recogía estos casos en la mayor parte de las ocasiones.

- **Psicología Clínica:** Había un total de nueve profesionales de la psicología que atendían en la clínica a lo largo de la semana en distintos horarios. Respecto a la población que atendía cada uno de ellos, tres hablaban castellano nativo, otras dos dominaban el inglés, otras dos hablaban portugués y coreano respectivamente y los dos restantes, aunque hablaban un segundo idioma (castellano e inglés), se ocupaban mayoritariamente de cubrir la demanda de los pacientes japoneses.
- **Enfermería:** Tan solo había una enfermera contratada a jornada parcial que acudía a la clínica tres días a la semana. Ella también poseía un nivel medio de castellano. Las labores que desempeñaba eran las propias de enfermería en una unidad de salud mental: realización de controles, analíticas, administración de inyectables etc.
- **Mediación cultural:** El día que se ofrecía atención psicológica y psiquiátrica en portugués acudía una mediadora nipo-brasileña que pasaba consulta junto a los psiquiatras cuando atendían a personas en este idioma.
- **Personal administrativo:** La plantilla la completaban un total de tres personas que se ocupaban de las labores administrativas de la clínica.

Horario de atención

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo Fiesta |
|----|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---------|--|-------------------|
| AM | Dr. Abe (10:00-13:00) ○ Dr. Suzuki (10:00-13:00) | Dr. Hachiya (10:00-13:00) | Dr. Lee (10:00-13:00) | Dr. Abe (10:00-13:00) | Cerrada | Dr. Abe (10:00-13:00) ○ Dr. Tabata (10:00-13:00) | Cerrada |
| PM | Dr. Abe (14:00-17:00) ○ Dr. Suzuki (14:00-17:00) | Dr. Abe (14:00-17:00) | Dr. Lee (14:00-17:00) | Dr. Abe (14:00-17:00) | | Dr. Abe (14:00-17:00) ○ Dr. Matsui (14:00-17:00) | |
| | English Español | Español | 한국어 | Español | | English Español Portugués | |

(Extraído de <https://www.yotsuya-yui.jp/medicalE.html>)

2.2. FUNCIONAMIENTO DE LA CLINICA

Antes de comenzar a explicar el funcionamiento de la clínica es necesario hacer un breve comentario acerca del sistema de salud en Japón y de cómo es el proceso de formación de los profesionales, psicólogos y psiquiatras en el país.

2.2.1. El sistema de salud japonés y la salud mental

En Japón, a diferencia de España, los seguros de salud a los que las personas tienen acceso no permiten una atención sanitaria totalmente gratuita. En la mayoría de los casos, el llamado “*Hoken*” (保健, literalmente “seguro”) cubre únicamente el 70% de los costes, por lo que el 30 % restante ha de ser abonado por el paciente. Cabe destacar que este es el caso del *hoken general*, y que existen otros tipos de *hoken* que se pueden solicitar en caso de que existan situaciones sociales excepcionales (por ejemplo, incapacitación o dependencia). En estos casos, la obtención de este seguro especial permite una atención sanitaria totalmente gratuita.

En el caso concreto de la salud mental, el *hoken* sanitario únicamente cubre la atención psiquiátrica farmacológica. El tratamiento psicoterapéutico no está cubierto por el estado y por tanto el paciente ha de correr con la totalidad de los costes. Esto ha provocado que, en Japón, la psicoterapia se perciba como un tratamiento de lujo, viable únicamente para personas con un buen nivel socioeconómico. Por su parte, en la práctica profesional lo que suele conllevar es que las clínicas privadas —como es el caso de la que se escogió para realizar la estancia— de entrada ofrezcan exclusivamente un tratamiento farmacológico y tan solo recomienden la psicoterapia a aquellos pacientes que consideren que se pueden beneficiar especialmente de la misma o que puedan permitírselo.

Hechos como este nos dan una idea acerca del estado de mayor precariedad en el que se encuentra la psicología —y específicamente la psicología clínica— en Japón.

2.2.2. El sistema de formación de la Psicología Clínica y la Psiquiatría en Japón.

Otro aspecto representativo del estado en el que se encuentra la psicología clínica en Japón es la formación requerida para la obtención del título de psicólogo clínico y la diferencia en los requisitos necesarios para su obtención respecto a la especialidad en psiquiatría.

Al igual que en España, la formación de los médicos y de los psiquiatras en Japón pasa por un sistema de residencia muy similar al del resto de países. Tras terminar los 6 años de la carrera de medicina los alumnos deben superar un test no competitivo (similar a una reválida) que les permite la entrada en el sistema de residencia. Es importante destacar que, precisamente por tratarse de un examen no competitivo, dependerá de la habilidad del alumno ser capaz de encontrar un hospital que los acoja durante el periodo formativo.

Una vez contratados como residentes deben superar dos fases. La primera, también denominada "fase general", se lleva a cabo durante los primeros dos años y consiste en un sistema de rotación por distintos servicios y especialidades (similar al sistema de los estudiantes de último curso de medicina en nuestro país) con otro examen no competitivo al final de la misma. En caso de aprobar esta segunda prueba, pasan a la segunda fase de la residencia o "fase específica" en la que eligen la especialidad, que tendrá una duración de entre dos y tres años.

El caso de la psicología clínica es muy diferente. Hasta prácticamente este año, en Japón la acreditación en psicología clínica ha consistido en la realización de un postgrado de dos años al que puede acceder cualquier persona que haya superado un grado que, además, no necesariamente tiene por qué haber sido el grado en psicología. Por tanto, es habitual en Japón la existencia de psicólogos clínicos que han estudiado inicialmente disciplinas completamente diferentes y que más tarde se han decantado por la psicología y la psicoterapia (sin ir más lejos, algunos de los trabajadores de la clínica Yotsuya Yui eran historiadores o filólogos). Esto ha hecho que, hasta hace bien poco, la formación de los psicólogos clínicos fuera muy poco especializada.

Sin embargo, recientemente se están produciendo cambios al respecto. Básicamente, se está intentando pasar de este sistema de "dos años de postgrado" a una formación más especializada que consistiría en dos posibles vías para la obtención del título de psicólogo clínico: 1) la realización de un postgrado similar pero mejorado al que ya existía y al que tan solo se puede acceder desde el grado de psicología; o 2) la creación de una alternativa al postgrado, similar al sistema de residencia, que consistiría

en conseguir que un hospital contrate al psicólogo para trabajar en él durante dos años, periodo tras el cual se obtendría el título de psicólogo/a clínico. Esta segunda opción, no obstante, no contaría con un sistema de rotación tan prefijado como en el caso de los médicos.

Casualmente, al inicio de la estancia (en septiembre de 2018), todos los psicólogos del país habían sido convocados para presentarse a un “examen nacional” que —en caso de superarlo— les permitiría obtener un título de “psicólogo nacional”. La función de este examen es poder convalidar en un futuro la formación de aquellos psicólogos que habían accedido al título de psicología clínica mediante el sistema anterior, por el nuevo sistema implementado. Previsiblemente en los próximos años se requiera este título para que los psicólogos puedan acceder a según qué puestos de trabajo, aunque esta cuestión se encuentra todavía en el aire.

Como dato significativo, es importante mencionar que el examen tenía alrededor de 100 preguntas de alterativa múltiple con un contenido muy variado que recordaba mucho al examen PIR. Sin embargo, los resultados de este examen se conocieron a finales del pasado mes de noviembre y el porcentaje de aprobados superó el 80%.

2.2.3. Funcionamiento de la clínica

A continuación, se presenta el sistema de trabajo que seguían en la clínica Yotsuya Yui los distintos profesionales:

El primer lugar se recogía información preliminar del paciente vía telefónica (motivo de consulta, derivante, datos sociodemográficos etc.). Esta labor la podía realizar cualquier persona que estuviera disponible para atender la llamada excepto el/la psiquiatra (personal administrativo, enfermera o psicólogo/as) en función del idioma requerido. En la primera visita, tras completar algunos formularios, era uno de los psicólogos quien realizaba la primera entrevista o *intake*. Esta era básicamente una entrevista prototípica de salud mental (motivo de consulta, historia del problema, anamnesis, etc.) orientada fundamentalmente a la recogida de información y establecimiento de un diagnóstico preliminar. Tras ello, el psicólogo o psicóloga realizaba un resumen oral y escrito (en una historia) al psiquiatra de lo más destacado de la entrevista con el paciente a fin de que el psiquiatra se centrara exclusivamente en la sintomatología y en decidir si convenía o no la introducción de un psicofármaco. Tras esta segunda entrevista era el/la psiquiatra, quien decidía si el tratamiento iba a consistir

únicamente en una intervención farmacológica (y por tanto cubierta parcialmente por el seguro), una intervención únicamente psicoterapéutica (donde el paciente tendría que costear la totalidad del tratamiento) o un tratamiento combinado.

Es importante destacar que los psicólogos de la clínica, además de realizar psicoterapia individual, de pareja o familiar con los pacientes, tenían otra labor fundamental en la clínica: aplicar pruebas de evaluación psicológica. En muchas ocasiones, aunque el psiquiatra no pautara un tratamiento psicoterapéutico individual, sí solicitaba puntualmente la aplicación de técnicas de evaluación de diversa índole con distintos objetivos: personalidad, inteligencia, desarrollo, autismo, TDAH. A diferencia de lo que ocurría con la psicoterapia, estas sesiones de evaluación sí estaban cubiertas por el seguro, siempre y cuando el psiquiatra justificara su necesidad con vistas al tratamiento futuro.

Con respecto a las pruebas de evaluación psicológica, cabe mencionar un dato llamativo. Al menos en esta clínica (y también en el hospital donde se realizó el segundo rotatorio), los psicólogos utilizaban para este fin predominantemente baterías de técnicas proyectivas en vez de test psicométricos como es habitual en España. Por ejemplo, en la clínica los psicólogos estaban habituados a administrar el HTP, El Test de Frustración de Rozenweig, el Test de Frases Incompletas (SCT), el Sandplay o caja de arena o el Test de Rorschach. También utilizaban pruebas aplicadas con mucha frecuencia en España (p.e: WAIS, PARRS o HDRS) pero era llamativo que todos consideraban habitual recibir formación específica en estas otras pruebas durante el postgrado.

2.3. TAREAS DESEMPEÑADAS

Durante mi estancia en la clínica, la labor desarrollada consistió básicamente en realizar las tareas que me asignaron al inicio del rotatorio como un trabajador más del centro. Cuando estas tareas se daban por finalizadas dedicaba el resto de la jornada laboral a estar como observador en las consultas (tanto en castellano como en inglés y japonés) con el/la psiquiatra o con uno de los psicólogos.

Así, en el día a día, en orden de prioridad, las tareas asignadas eran las siguientes:

- 1) Realizar las entrevistas de todas las primeras visitas de pacientes de habla hispana o inglesa y posterior comunicación de la evaluación al psiquiatra de referencia.

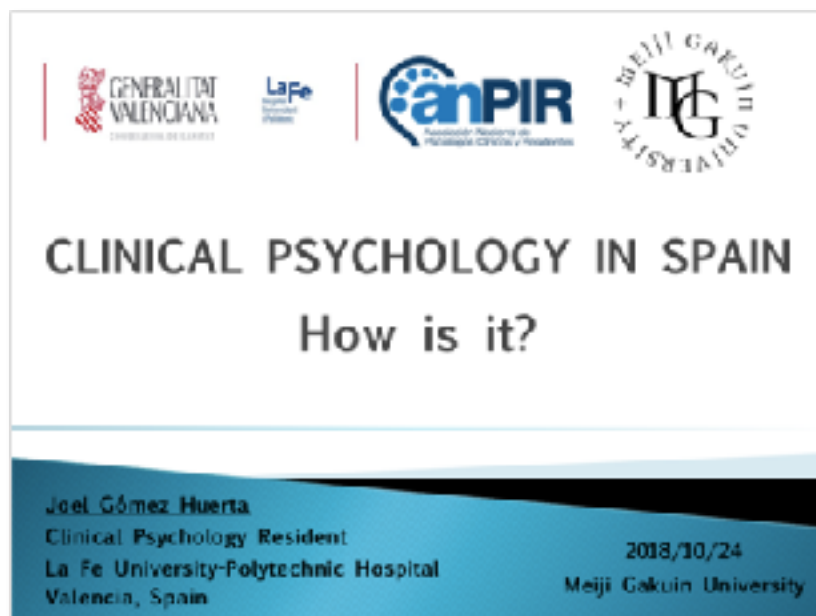
- 2) En el caso de pacientes menores que hablaban japonés pero eran hijos de inmigrantes que no dominaban el idioma, realizar las entrevistas a los progenitores en castellano y en inglés.
- 3) Aplicar pruebas de evaluación en población castellanohablante.
- 4) Presenciar en calidad de observador primeras entrevistas en pacientes japoneses llevadas a cabo por otro psicólogo (no se permitía habitualmente la entrada a entrevistas sucesivas de psicoterapia).
- 5) Desempeñar el papel de observador y mediador (cuando se daba el caso) en las consultas llevadas a cabo por el/la psiquiatra, tanto en primeras entrevistas como en entrevistas sucesivas.

2.3.1. Otras actividades realizadas.

Además de las tareas llevadas a cabo en la clínica diariamente, durante la estancia se realizaron las siguientes actividades:

- Visita al Hospital Psiquiátrico de Sashima (猿島厚生病院, Sashima Kōsei Byōin - <http://sashima-hp.com/medical/hospitalization/>) ubicado en la prefectura de Ibaraki. El Dr. Abe organizó una visita de un día a este hospital donde había trabajado durante varios años en el pasado con el fin de que pudiera observar también el funcionamiento del sistema de centros psiquiátricos que existe en el país y ver de primera mano el tratamiento que reciben allí los pacientes crónicos. Durante la visita, una de las psicólogas, me mostró las instalaciones y el funcionamiento de este hospital. El hospital contaba con 150 camas donde residían mayoritariamente pacientes crónicos (algunos desde hacía más de 40 años). Los pacientes estaban divididos en base a su nivel de funcionamiento y llevaban a cabo actividades y talleres diversos (incluido un karaoke). Fue una experiencia tremendamente enriquecedora porque, a parte de poder interactuar con pacientes crónicos japoneses, la apariencia del hospital era probablemente muy similar a aquella de los manicomios en España antes de la reforma psiquiátrica, que en mi caso, solo había conocido a través de los libros. Un ejemplo era la presencia en el centro de “salas de aislamiento” que utilizaban para contener pacientes en estado de agitación y donde podían permanecer más de un día. Como curiosidad, me explicaron que en la prefectura de Ibaraki (con una población aproximada de tres millones de personas) existían entre 80 y 90 hospitales como este. La visita se realizó el día 17 de noviembre de 2018.

- Impartición de un seminario para alumnos de postgrado de psicología de la universidad Meiji Gakuin (<https://www.meijigakuin.ac.jp/en/>) en Tokio. Desde el primer momento el Dr. Abe se interesó enormemente por el sistema de residencia de los psicólogos clínicos en España. Conforme avanzó el rotatorio y fuimos ganando confianza, me ofreció impartir un seminario en la universidad Meiji Gakuin, donde él mismo era profesor, para explicar precisamente este sistema de formación a los alumnos de postgrado de psicología. La clase se realizó en inglés y en japonés (con ayuda de una persona que hacía de traductor para los aspectos más complejos) y se centró en la diferencia que existe en la legislación en España entre las funciones de un Psicólogo General Sanitario y un Psicólogo Clínico, en la explicación del sistema PIR y en el contenido de las distintas rotaciones de la residencia. El seminario se impartió el 24 de octubre de 2018.



(Portada del seminario impartido en la Universidad Meiji Gakuin)

2.4. OBSERVACIONES DESDE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

Quisiera introducir este apartado con una reflexión. Muchas de las observaciones y de las consideraciones acerca de la cultura japonesa que pude elaborar durante la estancia y que expondré a continuación, se derivan, no solo de lecturas de material científico y académico específico, sino también de la experiencia de convivir en un ambiente de trabajo durante casi cuatro meses con personas japonesas. Con esto quiero remarcar que la mayor parte de estas observaciones provienen de microexperiencias, esto es, de pequeños acontecimientos que, al prestarles una atención específica, me brindaron de forma inesperada grandes cantidades de información y me ayudaron poco a poco a configurar una imagen cada vez más nítida de esta cultura tan diferente a la mía. Por ello, quiero resaltar que el contenido del presente apartado es un híbrido entre lo que señala la escasa literatura académica especializada y lo derivado de mis observaciones propias como sujeto. Digo “como sujeto” porque a pesar de intentar mantener en todo momento cierto grado de objetividad, estaré transmitiendo siempre una visión subjetiva de esta cultura, filtrada por mis propias experiencias, creencias, valores y mis conocimientos sobre psicopatología y formación previos. Considero que otro acercamiento no solo es imposible sino que también es poco práctico. Teniendo esto en cuenta, he intentado destacar aquellos aspectos de la cultura japonesa sobre los que he podido reflexionar y que, de una manera u otra, he valorado que influyen de forma más o menos directa en la psicopatología o en la atención psicoterapéutica.

Quisiera destacar también que, por una cuestión metodológica, he dividido los pacientes atendidos en la clínica en tres grandes subgrupos o poblaciones: pacientes japoneses, inmigrantes con ascendencia japonesa o nikkei y otros inmigrantes extranjeros. Considero que cada uno de ellos ofrecía información muy valiosa desde el punto de vista transcultural, que en este apartado, a modo de trabajo personal durante la estancia, he intentado recoger y sintetizar.

2.4.1. El paciente japonés: una aproximación a la sociedad colectivista y a la cultura japonesa

Es evidente que Japón es un país con una cultura notablemente distinta a la nuestra. Esto se debe a muchos factores que resultan imposibles de enumerar y

simplificar, pero quizás el más significativo es el marcado carácter colectivista de su sociedad, opuesto al individualismo propio de occidente.

Este colectivismo es fácil de percibir para un extranjero a su llegada a Japón, aunque pueda no reconocerse como tal: las calles están impecables a pesar de no haber papeleras, la gente sigue las normas de reciclaje sin excepción a pesar de la rigidez de las mismas, se respetan las numerosas normas y protocolos sociales en todos los ámbitos (en el metro, al entrar a una tienda, al pedir una cita), etc. En una lectura apresurada, esto podría atribuirse a una cuestión simplemente educativa. Sin embargo, los japoneses dan una explicación clara a estos comportamientos: “Si alguien no lo hace nos perjudica a todos”. Y esta misma idea es recurrente en sus verbalizaciones ante distintas situaciones. A modo de ejemplo: cuando alguien señala lo poco que los japoneses tienden a quejarse, ellos responden que “quejarse no soluciona nada y crea un problema extra al resto” y que por eso nadie se queja. De la misma manera cuando explican que en Japón no está bien visto que alguien hable de sí mismo espontáneamente (sin que nadie le pregunte de antemano), lo razonan afirmando que esto es porque hace parecer a la persona “egoísta”, como si no estuviera teniendo en cuenta al resto. En definitiva, en la cultura japonesa siempre se fomenta el interés por el otro y la minimización de los deseos y necesidades individuales. A pesar de lo fácil que es señalar numerosos ejemplos, resulta más complejo explicar este carácter colectivista desde una perspectiva más global que sea capaz de recoger todas sus implicaciones.

Un concepto muy interesante en este sentido es el de *Seken*. *Seken* (世間 en kanji) es una palabra japonesa que tiene difícil traducción, aunque la versión más literal es “mundo” o “lo público”/“lo de fuera”. En los idiomas occidentales la palabra con un significado más cercano es “sociedad”, pero esta tiene una implicación distinta. De hecho, existe otra palabra en japonés que significa precisamente “sociedad” (社会, shakai) y que hace referencia a este concepto tal y como lo entendemos en occidente. En Japón afirman que la diferencia entre “la sociedad” y “el mundo” (*seken*) es que mientras que la primera es divisible en las innumerables voluntades individuales que la componen, esto no es posible en el segundo. En el *seken* —dicen— este “mundo” es anterior al individuo y constituye una realidad que es superior a la suma de sus partes. Las personas no lo conforman sino que *viven en él* y *en* sus normas y son los responsables de preservarlo. Cito literalmente la explicación de un compañero psicólogo y amigo de la clínica: “El *seken* hace que la vida sea fácil para los japoneses, en el sentido de predecible. No requiere creatividad, no tienes que hacer nada nuevo, asegura que el

mundo va a continuar siendo. Por eso en el *seken* no tienes que hacer nada, solo tienes que estar. Tú cuidas al *seken* y el *seken* te cuida a ti, es recíproco”. Llamaba la atención lo realmente visible que resulta la influencia de los principios budistas en estas afirmaciones. Sin embargo, mencionaba una segunda parte: “[...] pero [el *seken*] no hace excepciones. Si alguien se sale de lo establecido o hace algo inadecuado yo debo señalarlo, igual que me deben señalar a mí si hago algo que está mal. Yo miro a todo el mundo y el mundo me mira a mí. Eso hace que el *seken* funcione”.

Aunque el concepto de *seken* puede parecer algo abstracto, lo cierto es que había muchos contextos en los que se podía aplicar para explicar situaciones cotidianas. Este mismo compañero al que he hecho referencia con anterioridad estuvo viviendo en Alicante durante casi dos años. Comentaba al respecto que durante el tiempo que vivió en España gastaba mucha energía teniendo que “hacer” todo el rato cosas. “Es muy cansado vivir en España” dijo literalmente. Ponía el siguiente ejemplo para explicarlo: “En Japón no tienes que pedir la palabra para hablar, puesto que el sistema va a reservar un espacio para que tú hables. En España, si quieres algo, vas a tener que subir la voz, vas a tener que pedirlo”. Esto es totalmente opuesto en Japón, donde alzar la voz sobre otro se considera una suerte de confrontación que de producirse va a generar con seguridad vergüenza en una de las dos partes (probablemente en la que se considere responsable de que se haya producido tal suceso).

Un último apunte respecto al colectivismo y el *seken* es la existencia, en el imaginario colectivo japonés, del concepto de “ojo del *seken*” (世間の目, *seken no me*), a partir del cual se considera que este sistema ejerce su función de control social. Esto, llevado al plano psicológico enlaza con una de las diferencias fundamentales que se pueden observar entre esta cultura y las sociedades individualistas: la predominancia de la vergüenza sobre la culpa como principal sistema de control social.

2.4.2. Vergüenza y culpa

Durante el periodo de la Segunda Guerra Mundial, la antropóloga estadounidense Ruth Benedict analizó las diferencias culturales entre Japón y Estados Unidos. En su obra más famosa, *El Crisantemo y la Espada* (1946), Benedict diferenció a las llamadas “culturas de la vergüenza”, como era el caso de Japón, y las “culturas de la culpa”, en la que incluía la suya propia como ciudadana estadounidense. Afirmaba que en las primeras se requería de la existencia de una audiencia imaginada que el individuo debía percibir

para generar la emoción de vergüenza, y que esto era diferente en el caso de la culpa, la cual aparece exclusivamente cuando la persona siente que ha transgredido de alguna forma su sistema moral individual. Para esta autora, esta era uno de los aspectos centrales que diferenciaba la cultura japonesa de las sociedades occidentales (Benedict, 2005).

Una de las razones que pueden ayudar a comprender estas diferencias tiene que ver con las distintas religiones que predominan en el país. En las sociedades occidentales, como es el caso de España, la tradición judeocristiana es y ha sido uno de los principales promotores de la culpa como emoción asociada al pecado, a lo ilegal, y es sin duda la religión más practicada. En contraste, el caso de Japón es interesante porque no hay una única religión predominante, sino que conviven varias religiones de tradiciones muy distintas, siendo las principales el sintoísmo (que es considerada como la religión nativa de Japón), el budismo y —en menor medida— el catolicismo. Probablemente, esta escasa influencia del catolicismo ha provocado que la introyección de la culpa en el individuo sea menor en este país. Además, cabe destacar que tanto en el sintoísmo como en el budismo no se hace referencia a la existencia de un ser todopoderoso o dios al que cabe venerar como sí ocurre en el catolicismo (y que tiene la potestad de “castigar”), sino que el individuo “reza” a una serie de espíritus o *kamis* con la intención de que estos ayuden a que se preserve la armonía y el orden social. Es decir, en esta sociedad las personas no le ruegan a dios beneficios individuales, sino que *rezan para que se mantenga ese ente colectivo mencionado con anterioridad*. Es, por decirlo de alguna manera, otra forma de ayudar a cuidar al *seken*.

En consonancia con estas observaciones y llevada al plano psicológico, esta diferencia en la vergüenza como emoción predominante se veía reflejada en multitud de problemáticas por las que los pacientes demandaban ayuda: en el contenido de los pensamientos depresógenos, en cómo las mujeres vivían un aborto, en las consecuencias que tenía para unos padres el suicidio de un hijo, etc. En todos estos casos, no se trata de que los pacientes no hablaran de sentimientos de culpa; se trata de que, al contrario de lo que ocurre en las sociedades occidentales, era la vergüenza la emoción que prevalecía. Por poner un ejemplo: en una ocasión acudió una paciente a la clínica acompañada de un hombre. La mujer se encontraba visiblemente cohibida y con elevada ansiedad. En la sesión individual con el psicólogo la mujer, con mucha dificultad, explicó que ese hombre que la acompañaba no era su marido sino su amante y que la principal causa de su malestar tenía que ver con el posible juicio social que sufriría en caso de que esto se hiciese público. Lo realmente llamativo es que sentía que compartir

esta experiencia con un profesional era equivalente a exponerlo al “mundo”, como si ese “ojo del *seken*” fuera capaz de traspasar las paredes de una consulta con un psicólogo. Sin embargo, resultaba curioso a la vez que en ningún momento la paciente hablara de que su sufrimiento se derivara de un posible conflicto entre sus actos y su sistema moral, como podría haber sido el caso en nuestro país. Era un caso que podría representar de forma muy clara esta diferencia a la que apuntaba Ruth Benedict en sus estudios.

2.4.3. Cultura y psicopatología

Como se puede esperar, todas estas diferencias tienen una repercusión a nivel psicopatológico. Quizás el ejemplo más claro y uno de los casos más conocidos sea el del *Taijin kyōfushō*. Este síndrome cultural japonés (American Psychiatric Association, 2013) fue descrito inicialmente por Shoma Morita (creador de la Terapia Morita que se describirá más adelante) y es considerado una variante cultural de la fobia social occidental. Curiosamente, en las clasificaciones que existen del *Taijin kyōfushō* se hace referencia a una división entre aquellos pacientes que presentan únicamente preocupaciones egocéntricas como ocurre en la fobia social occidental (p.e: “voy a hacer el ridículo”) de aquellos otros cuyas preocupaciones son de carácter alocétrico (Sharpless, Balko y Lymm-Gromm, 2017). En esta segunda categoría, los pacientes expresan miedo a que su conducta pueda perjudicar de alguna manera al otro. Ejemplos que entrarían en esta segunda clasificación serían verbalizaciones como: “tengo miedo de que mi conducta incomode a la gente que me está viendo”, “me preocupa que mi mirada sea demasiado incisiva en las otras personas”, “no quiero que la persona que está sentada frente a mi no pueda disfrutar la comida por tener que ver constantemente mi asquerosa nariz”. Todas son verbalizaciones extraídas de pacientes con este trastorno y en todos los casos el miedo se centra, al menos superficialmente, en el perjuicio que su conducta pudiera generar para otra persona. Esta focalización de la atención en el otro en vez de en el sí mismo (alocentrismo frente a egocentrismo) entra en concordancia con los valores propios de una sociedad colectivista.

También se observaban diferencias en relación a los trastornos psicóticos. Aunque estos no aparentaban diferir significativamente en la forma en que se presentaban, sí lo hacían en el contenido. Por ejemplo, no se observaban con frecuencia delirios de contenido mesiánico o místico-religioso que incorporaran a la figura de Jesucristo, pero sin embargo sí se presentaban muchos delirios con un componente de animismo muy

marcado, el cual desciende probablemente de la influencia de la religión sintoísta. Comentaba el Dr. Abe al respecto que hace 50 años era frecuente, especialmente en las zonas rurales, la existencia de trastornos que denominaban: “estados de posesión” (憑依状態, Hyōi Jōtai) en los que el paciente creía ser y se comportaba como un animal, normalmente asociado a un *kami* (deidades en la religión sintoísta). Según él, en la actualidad estos cuadros culturales se han vuelto muy infrecuentes. A pesar de ello, sí tuve la oportunidad de presenciar una sesión con un paciente que hacía una explicación cultural en esta línea de su malestar. Este paciente presentaba un cuadro depresivo aparentemente común, pero explicaba la sintomatología y especialmente la fatiga que experimentaba como consecuencia de la acción de un “tanuki” (un *kami* con forma de mapache que suele ser considerado de naturaleza traviesa y engañosa en la mitología sintoísta), que “sentía” que estaba descansando en su espalda y que conllevaba que le costara más esfuerzo realizar su actividad diaria.

Otro aspecto que debe ser comentado en este apartado estaría relacionado con las similitudes y diferencias en la prevalencia de los trastornos de la personalidad. En general, es muy complicado encontrar datos fiables y que permitan la comparación de la prevalencia de los trastornos de personalidad entre distintas culturas (Jani, Johnson, Banu y Shah, 2016). Sin entrar a debatir este complejo campo de estudio (puesto que no es el objetivo del presente trabajo), sí se considera conveniente mencionar que en lo que sí se observan diferencias es en el umbral que se establece como límite para dejar de considerar un rasgo de personalidad como normal y pasar a considerarlo dentro de un rango patológico. Concretamente, las diferencias más marcadas en los trastornos de personalidad entre Japón y España se daban principalmente en los cluster B y C. En este sentido, se podría resumir la impresión general afirmando que el umbral para el diagnóstico de los primeros —inmaduros— es mucho más bajo en Japón que en nuestra cultura, mientras que el de los segundos —temerosos— es mucho más alto. Por poner un ejemplo, los rasgos histriónicos de un paciente no tenían que ser tan marcados como en España para que generaran interferencia y se valorara como apropiado el diagnóstico de trastorno de la personalidad, pero en cambio los rasgos obsesivos debían ser mucho más salientes para este mismo fin. Y probablemente, estas diferencias se deben —al menos en parte— a este factor cultural. Esto sucede porque las características de los trastornos de cluster B entran en conflicto directo con las normas sociales en Japón, no solo en lo relativo a la inestabilidad emocional —que también se detecta como inusual en occidente— sino también en el elevado narcisismo que presentan estos pacientes. De

acuerdo a lo observado, sería fácil suponer que cualquier persona occidental presentaría puntuaciones elevadas en narcisismo al ser evaluado desde el prisma de un japonés. Esto tiene sentido en tanto que cierto nivel de narcisismo es una condición necesaria para la supervivencia del yo en una sociedad individualista. Sin embargo, esta misma dosis de narcisismo en un japonés se considera como inusual y por lo general produce rechazo para esta sociedad. Se percibe como una persona que no se preocupa de ese — tan valorado— cuidado colectivo. De la misma manera, un paciente con un trastorno de la personalidad narcisista japonés sería probablemente indetectable en nuestra sociedad.

Por su parte, y como se ha comentado, sucede a la inversa con los pacientes que sufren un trastorno de personalidad de cluster C. Los rasgos evitativos y obsesivos son muy prevalentes y muy valorados respectivamente en la cultura japonesa. Es muy habitual que la mayoría de los japoneses se consideren “tímidos” o con cierta dificultad en las relaciones sociales. Es más, una excesiva extroversión probablemente es penalizada por esta sociedad. Por ello, la impresión es que para diagnosticar una fobia social en un paciente japonés el nivel de interferencia tiene que ser extremadamente alto, ya que muchos expresaban dificultades en el contexto social de forma más prevalente que en España. De la misma manera, rasgos obsesivos que probablemente generarían conflictos relacionales en nuestra sociedad (en cuanto al orden, la responsabilidad, la higiene, la excesiva planificación etc.) en Japón son valorados muy positivamente por la mayoría. De hecho, el “desorden” entra en conflicto directo con el valor de la “armonía” que tanto se cultiva dentro de la cultura japonesa. Por esta razón, al contrario de lo que ocurre en España, un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo es un diagnóstico que se reserva exclusivamente para un menor número de personas en quienes estos rasgos generan una interferencia inusual.

Por otra parte, en lo que respecta a los trastornos de personalidad categorizados en el cluster A, no se apreciaron diferencias significativas dignas de mención. Quizás se podría mencionar en este punto el famoso Síndrome de Hikikomori, inicialmente identificado y descrito en Japón como un cuadro donde predomina el aislamiento y que se supone que existe como una entidad diferente a un pródromo psicótico y a un trastorno de la personalidad esquizoide (Saito, 1998). Lo cierto es que durante mi estancia en Japón, en la mayor parte de las ocasiones los profesionales utilizaban el término *hikikomori* para describir un síntoma más que un síndrome *per se*. Por ejemplo, en la clínica, tanto los psicólogos como los psiquiatras denominaban *hikikomori* al aislamiento como síntoma negativo de la esquizofrenia. De la misma manera, durante el segundo rotatorio, el personal adjunto utilizaba *hikikomori* para referirse a pacientes

graves que sufrían *Taijin kyōfushō* y que se encontraban aislados del medio. Así, en términos generales, la impresión es que el “Síndrome de Hikikomori” como diagnóstico en la práctica clínica se usaba con mucha menos frecuencia de lo que se podría esperar en relación a las prevalencias de este cuadro que informan los artículos publicados en revistas occidentales (p.e: Furlong, 2008, Malagón-Amor, Córcoles-Martínez, Martín-López y Pérez-Solà, 2015).

2.4.4. El paciente inmigrante en Japón

Para entender la existencia de una clínica como esta y la labor desempeñada aquí en materia de salud mental, es quizás necesario hacer primero una breve introducción a la realidad migratoria de Japón.

Es evidente que, para cualquier persona, un proceso migratorio es siempre un estresor. No obstante, la literatura ha señalado que distintas formas de migración van asociadas a distintos grados de estrés, en función de muchas variables que se resumen en lo fácil o difícil que resulta para la persona adaptarse al nuevo entorno (Achotegui, 2009). Sabemos que en España no se pueden comparar las dificultades que va a sufrir una persona que proviene de Nigeria que las de una persona que decide emigrar de Estados Unidos. De la misma manera en Japón también existen actualmente distintos tipos de inmigrantes que se podían clasificar como distintas poblaciones en función de las quejas por las que demandan ayuda y en general, por el nivel de estresores al que están sometidos.

Se presenta a continuación una clasificación metodológica creada con la finalidad de sintetizar y hacer más comprensible lo expuesto en el trabajo:

En primer lugar cabría comentar los que he denominado “Expatriados o Expats”. Estos son quizás los inmigrantes sometidos a un menor nivel de estrés. El nombre *expat* (literalmente “expatriado” en inglés) deriva de un término que se ha comenzado a utilizar de forma creciente en este idioma en los últimos años y que se ha empezado a diferenciar del término tradicional “inmigrant” (inmigrante). En teoría, en inglés se utiliza el término *expat* para referirse a personas que se encuentran temporalmente fuera de su país de origen y que no tienen la intención de quedarse a residir en el país de acogida, mientras que con el término *inmigrant* se denomina a personas que se mueven a otro país con la intención de residir en él de forma indefinida. Sin embargo, el uso de estos dos términos en el lenguaje coloquial se ha desviado de su significado original y ha

adquirido una connotación ciertamente elitista. En la práctica, cada vez se ha empezado a emplear más el término *expat* para denominar a personas que emigran en buenas condiciones, esto es, desde un país de origen rico, con un buen nivel socioeconómico, por razones de trabajo o crecimiento personal y, en general, al tipo de inmigrante que el país de acogida no suele poner trabas para impedirle la entrada. Por el contrario se emplea el término *inmigrant* para denominar a aquel que emigra en malas condiciones: proveniente de un país de origen más pobre, con un bajo nivel cultural y educativo, que en muchas ocasiones emigran escapando de un conflicto bélico habiendo visto peligrar su integridad física, habiendo sufrido una separación forzosa de sus familiares y allegados etc. Japón, un país con una tradición histórica de hermetismo ante la extranjería, afirma en la actualidad que está abriendo sus fronteras a los inmigrantes. Sin embargo, si hacemos uso de esta separación artificial que he expuesto, esto sería tan solo cierto en lo relativo a los *expats*, pues sus leyes migratorias siguen siendo extremadamente hostiles para el resto de inmigrantes.

En la clínica, muchos de los pacientes atendidos en inglés, principalmente provenientes de Europa y Norteamérica podrían considerarse *expats*. Desde el punto de vista de Achotegui (2009), estas personas a nivel social sufrían únicamente los llamados estresores clásicos del inmigrante, estos son, los derivados de la diferencia en el lenguaje, la apariencia física, el paisaje, la comida, el círculo social habitual etc. Eran pacientes cuya demanda no se consideraba que fuera resultado de la propia experiencia de emigrar. Es más, algunos de ellos incluso informaban de una cierta mejoría de la clínica como consecuencia de haber salido de su país de origen, como si el cambio de ambiente temporal hubiera actuado como amortiguador de la psicopatología. Las demandas por las que consultaban eran variadas y no diferían significativamente de lo que se puede encontrar en una consulta ambulatoria de salud mental en España. La mayoría, eran personas que ya habían estado en tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico y buscaban una continuación del mismo durante su estancia en Japón.

El segundo tipo de población inmigrante atendida son precisamente los que he descrito antes como "inmigrants". Para este segundo tipo de inmigrantes, el proceso migratorio es siempre un estresor que cabe tener en cuenta a la hora de filiar la psicopatología por la que demandan ayuda. Son personas a las que, a los estresores clásicos que también sufren los *expats*, cabe sumarles en muchas ocasiones las dificultades que han pasado para salir de su país de origen y los obstáculos impuestos por parte de las leyes (en este caso japonesas) para impedirles residir en el país de forma indefinida. En el caso de estas personas, sí que se consideraba que el propio proceso de

emigrar tenía una influencia directa en la aparición de la psicopatología, que además en muchos casos resultaba difícil de filiar con precisión. La clínica recibía pacientes que podrían clasificarse en esta categoría de muy distintas nacionalidades y realidades: desde un refugiado filipino que huía de una región en guerra, pasando por una mujer camboyana que consultaba por un trastorno de estrés postraumático, hasta un kurdo apátrida, por poner solo algunos ejemplos. En prácticamente todos los casos había una situación social asociada que era necesario atender. Escuchar a estos pacientes era una experiencia enriquecedora, pues obligaba a interesarte y a ser consciente de —en la mayoría de ocasiones— tristes realidades que suceden fuera de nuestro contexto.

El tercer y último grupo de pacientes son los llamados “Nikkei” (日系, literalmente se traduciría como “descendiente”). Este término hace referencia a todas las personas que tienen ascendencia japonesa en algún grado y que se encuentran fuera de su lugar de origen con estatus de inmigrante. En función de la generación que representan se les clasifica como “*nikkei issen*”, “*nikkei nissen*”, “*nikkei sansen*”, etc. (literalmente descendientes de primera, segunda y tercera generación respectivamente). Así, se considera “comunidades nikkei” a los colectivos de inmigrantes japoneses que residen en otros países. Sin embargo, también existe en el propio Japón una amplia comunidad *nikkei* (descendientes de japoneses inmigrantes) que era precisamente la población hacia la que se orientó la labor asistencial de la clínica Yotsuya Yui en sus inicios.

Esto se debe a la historia reciente del país. Desde principios de siglo XX, a raíz de los conflictos bélicos y especialmente como consecuencia de la segunda guerra mundial, muchos japoneses se vieron obligados a emigrar. La mayor parte de los que decidieron dejar Japón atrás, eligieron Brasil y Perú (y otros países de Latinoamérica en menor medida), como principales lugares de destino. Tras la recuperación económica en los años 80, el gobierno japonés estableció un acuerdo para fomentar el “retorno” de aquellos que emigraron, permitiéndoles tanto a ellos como a sus descendientes que, aun teniendo una nacionalidad diferente, pudieran solicitar una visa para trabajar y residir en Japón de forma indefinida (Azuma, 1999).

Es importante remarcar, como ya se ha mencionado anteriormente, que Japón ha sido (y es todavía) un país con una leyes migratorias muy estrictas. En términos prácticos, tener la posibilidad de conseguir un permiso de residencia y una visa de trabajo en Japón es muy complicado, y mucho más si el que lo intenta viene de un país que se considera que tiene un nivel económico, educativo o social inferior. Es quizás por esta razón por lo que desde entonces hasta la actualidad muchos peruanos y brasileños con ascendencia nipona han decidido usar esta opción para intentar formar una nueva vida en este país.

Esto ha generado que actualmente exista una comunidad *nikkei* dentro del propio Japón conformada por descendientes de japoneses que han nacido y se han criado en una cultura diferente de la nipona y que se encuentran en el país de sus padres o abuelos con estatus de inmigrante. Actualmente, los *nikkei* con un mayor número de censados en Japón son de origen brasileño (aproximadamente 200.000), seguidos de peruanos (aproximadamente 55.000), siendo mucho menor los *nikkei* provenientes de otros países de Latinoamérica. (MOFA, 2018). Cabe señalar que muchas de estas personas "retornaron" a Japón junto a sus parejas o familias, que no necesariamente son *nikkei* y que por tanto no aparecen recogidos en estas cifras, por lo que se considera que la cifra real de este colectivo es probablemente muy superior.

Es interesante destacar que, a nivel psicológico, este colectivo presenta ciertas diferencias en función de la generación a la que pertenecen. Los *nikkei issen* (descendientes de primera generación) son personas japonesas que emigraron y tuvieron que adaptarse en su momento a una cultura nueva y bien distinta de la suya de origen y que repentinamente tienen que readaptarse a la cultura japonesa con los cambios sufridos en el tiempo que han estado fuera. En el caso del resto de *nikkei* (*nisen, sansen, yonsen*), son personas que han nacido y se han criado en un ambiente cultural mixto, habiendo convivido normalmente entre una cultura expresada únicamente en el hogar con padres que educan siguiendo los valores de la cultura japonesa y otra asentada en el macrosistema, con unos valores latinoamericanos totalmente opuestos. Esto conllevaba que el trabajo con estos pacientes, a diferencia de con otros colectivos, siempre requería una evaluación cuidadosa de las estrategias de aculturación percibidas y desempeñadas por ellos mismos para ayudar a filiar la problemática por la que solicitaban ayuda.

Una de las problemáticas más observadas en esta población se derivaba, como es de esperar, de la dificultad para lograr integrar en la identidad de la persona la presencia de ambas culturas, esto es, de poder construir una identidad cultural (Jensen, Arnett y McKenzie, 2011). Este fenómeno se solía describir como una sensación de no-pertenencia a ningún lugar, sin poder identificar un lugar de retorno. Como decía una paciente: "Cuando estoy en Perú me siento japonesa, cuando estoy aquí me siento peruana... pero en realidad creo que no soy ninguna de las dos. Me siento mal, diferente, tanto aquí como allí".

Además de estas dificultades, otras demandas habituales eran las generadas por dificultades en el aprendizaje de los menores, que acudían como consecuencia de mal rendimiento académico y donde se sospechaba que el factor cultural (con especial énfasis en la presencia de dos idiomas) tenía una fuerte influencia. Era muy común

encontrar a niños, hijos de peruanos nacidos ya en Japón que el colegio remitía por estas quejas, y que mostraban una competencia verbal en japonés inferior a sus iguales. Sin embargo, lo realmente llamativo era que a la vez afirmaban —tanto los profesores como los padres— que los niños no dominaban tampoco el castellano al nivel esperado o incluso que solo comprendían el castellano “básico”. En estos casos, además de la complejidad diagnóstica de estos cuadros, también se consideraba que las diferentes estrategias de integración cultural de las familias tenían un peso importante en la aparición de estas dificultades.

2.5. AGRADECIMIENTOS

En los anteriores apartados he tratado de resumir parte de mis reflexiones durante la estancia relacionadas con el aspecto transcultural de la psicología clínica. En conjunto, fue una experiencia a nivel profesional enormemente enriquecedora. Y no solo a nivel profesional. Mis compañeros de la clínica, sin excepción, se volcaron desde el principio en facilitarme el proceso de adaptación y en buscar la forma de asegurarse de que yo exprimiera al máximo estos tres meses, tanto en lo profesional como en lo personal. Agradezco profundamente la paciencia infinita que mostraron conmigo a todos los niveles: con mi dificultad en el idioma, con mis costumbres, con mi falta de orden y protocolo y sobretodo con mi enorme curiosidad por su cultura, que me llevaba a preguntar el porqué de hasta las cuestiones más básicas.

Le agradezco especialmente al Dr. Abe que aceptara mi propuesta de rotatorio, sin tener ninguna referencia previa acerca de mí. Agradezco también todas las conversaciones tan enriquecedoras que tuvimos en esa consulta y las oportunidades que me brindó dentro y fuera de la clínica. Quiero también dar las gracias a mis compañeros psicólogos de la clínica: a Nelida, a Soh, a Aya, a Shiori y a Tsuda, por todo lo compartido, pero especialmente por invitarme a su casa.

He hablado mucho en este trabajo de la cultura japonesa, pero siento que quizás no he resaltado lo suficiente esa enorme amabilidad que los caracteriza. Esa amabilidad hizo que durante estos cuatro meses no sintiera en ningún momento la necesidad de volver a mi casa, a mi zona de confort. Y eso, como he comentado, no es fácil estando a tanta distancia de tu hogar. Estoy seguro que los frutos de esta experiencia me van a acompañar por mucho tiempo. Por ello les doy las gracias.

3. CENTRO DE TERAPIA MORITA - HOSPITAL JIKEI DAISAN [森田療法センター 東京

慈恵会医科大学, Morita Riōhō Sentaa - Tōkyō Jikei Kaiika Daigaku]

(Periodo de rotación: 3 - 14 de diciembre de 2018)

3.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

El segundo rotatorio se realizó en el Centro de Terapia Morita del Hospital Jikei Daisan (<https://morita-jikei.jp/english/>), ubicado en el barrio de Chōfu de la ciudad de Tokio. El centro se encuentra vinculado al departamento de psiquiatría del hospital y son sus profesionales los que se ocupan de su funcionamiento.

Este hospital, además del centro de Terapia Morita como recurso de hospitalización, dispone únicamente de un dispositivo de consultas externas donde se brinda atención ambulatoria, es decir, no dispone de una unidad de hospitalización psiquiátrica breve como suele ser habitual en nuestro país, y todos los facultativos (psicólogos y psiquiatras) dividen su horario entre las labores asistenciales de ambos recursos.

Actualmente, la plantilla del servicio consta de siete psiquiatras, tres psicólogas, dos residentes de psiquiatría, dos enfermeras y una administrativa. Dos de los psiquiatras, el Dr. Kei Nakamura y el Dr. Ayumu Tateno, son los responsables de la jefatura del servicio y de la coordinación del centro respectivamente. Ambos han desarrollado su amplia labor asistencial e investigadora en torno a los beneficios y aplicaciones de esta terapia. En concreto, las últimas líneas de investigación que están desarrollando tienen como foco de estudio la validación de la eficacia de la Terapia Morita en el trastorno obsesivo-compulsivo y su comparación con las terapias de primera elección (p.e: terapia cognitivo-comportamental) (Tateno, 2016). Actualmente, se encuentran estudiando los aspectos comunes que comparten la Terapia Morita, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 2004), y otras terapias de tercera generación desarrolladas en occidente (Tateno, 2014).

3.2. FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

El nombre de la Terapia Morita se debe a su creador, Shoma Morita (1874-1938). Contemporáneo de otros autores como Jaspers y Freud y considerado uno de los padres de la psiquiatría japonesa, Shoma Morita describió a principios del s. XX cuadros clínicos cuya nosología todavía perdura en la actualidad. Es el caso del *Taijin kyōfushō* ya comentado con anterioridad: un trastorno que puede considerarse una variante cultural de la fobia social occidental que combina elementos de los trastornos de ansiedad, de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo y de los trastornos somatoformes. La prevalencia de este trastorno en el país es tal que representa en la actualidad una de cada diez consultas en salud mental (Sharpless et al., 2017) .

Shoma Morita desarrolló su carrera profesional en este mismo hospital y fue aquí donde creó a principios del s. XX un protocolo de tratamiento para este trastorno, que llegaría a conocerse como Terapia Morita. Con el tiempo, este tratamiento ha sido modificado y revisado, y en la actualidad se considera como tratamiento de elección para el *Taijin kyōfushō* y un tratamiento efectivo para otros trastornos mentales (Kitanishi y Nakamura, 2005).

3.2.1. Conceptos Básicos

Uno de los conceptos básicos en la teoría de Shoma Morita es el de "Shinkeishitsu". La traducción de este término no es sencilla, pero su significado sería cercano al de "temperamento hipocondríaco" o al de "neuroticismo" en occidente, y hace referencia a un tipo de personalidad. De acuerdo a este autor, las personas con *shinkeishitsu* presentan una serie de características comunes que las harían más vulnerables al desarrollo de la psicopatología (o neurosis), que él dividió en tres tipos en función del cuadro que desarrollaran los pacientes a nivel fenomenológico: hipocondría, neurosis ansiosa y neurosis obsesiva. Cabe estacar que "*Taijin kyōfushō*" es el nombre con el que denominó al subtipo donde primaban las dificultades en la interacción social. Según Morita, las personas con *shinkeishitsu* presentarían las siguientes características (Morita y Morita, 1998):

- Tendencia a interpretar emociones naturales como negativas
- Tendencia a ejercer un control intelectual hacia esas emociones.

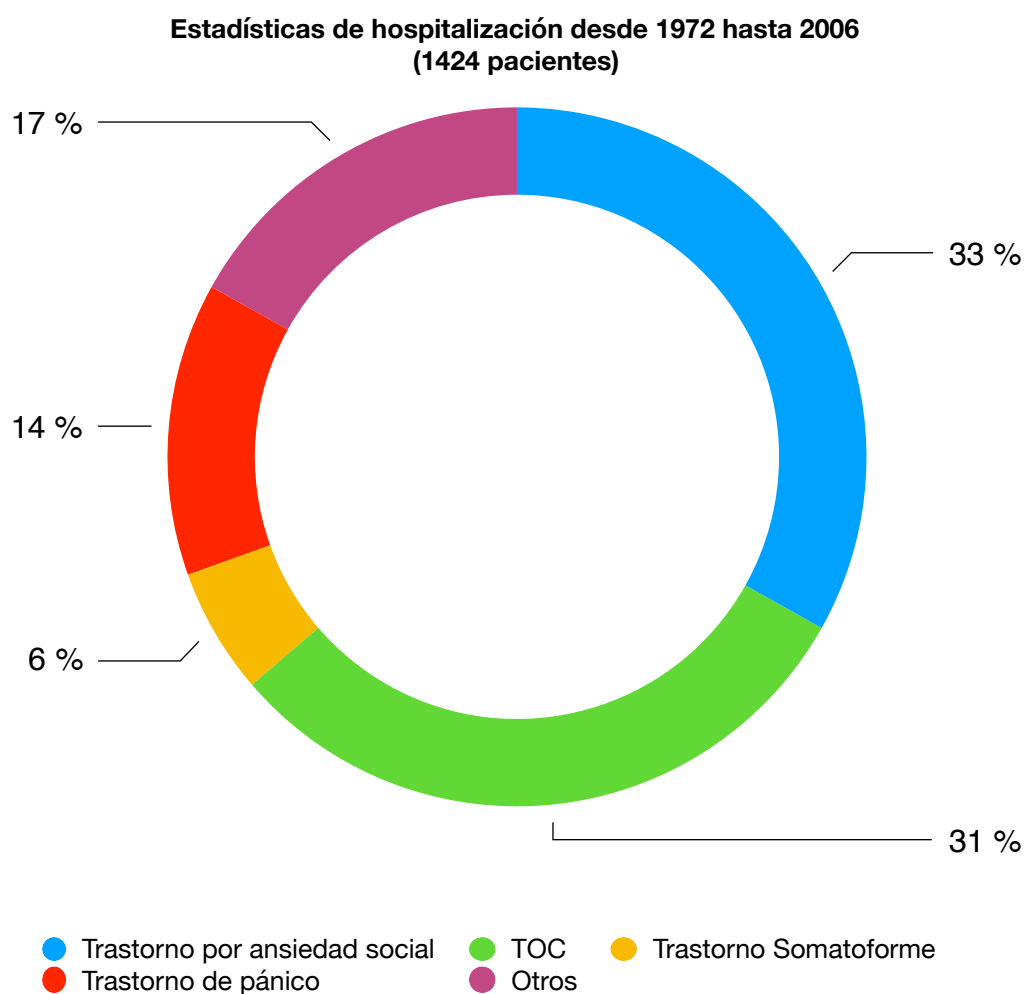
- Tendencia a negar la existencia de ciclos y cambios naturales en ser humano (físicos, emocionales y psicológicos).
- Aumento de la conciencia y foco en uno mismo en vez de en los otros y en el mundo externo (relacionado con el concepto de introversión de este autor).
- Atención exageradas a las sensaciones corporales.

De acuerdo a este autor, poseer estas características facilita que, ante una experiencia adversa, se genere el mecanismo que considera como principal responsable del mantenimiento de los síntomas de este cuadro: el *toraware*.

Toraware (literalmente “estar o quedar atrapado”) hace referencia a un mecanismo obsesivo particular que el propio Morita afirma que “ocurre cuando el cliente entra en un círculo vicioso de fijación de su atención en los síntomas provocando como consecuencia un agravamiento de los mismos” (Moria, 1998). Como se puede apreciar, es un concepto muy similar y cercano al descrito por otros autores en occidente como mecanismos que subyacen a determinados trastornos. como puede ser el caso de la amplificación sensorial de Barsky (1990) en la hipocondría. Sin embargo, en la concepción de Morita, el *toraware* es un mecanismo más complejo que se compondría a su vez de dos subprocesos: por un lado el denominado *Seishin kogo sayo* (o amplificación sensorial mencionado con anterioridad) y por otro el *Sisho no mujun*, de carácter más cognitivo y que se traduce como “contradicción de ideas”. De acuerdo a Morita en este segundo subproceso el paciente incurre en un equívoco entre lo que “es” y lo que el paciente “desearía que fuese”, y sería la combinación con el primer subproceso —esta mayor conciencia corporal derivada de la amplificación sensorial— lo que llevaría al sujeto a desarrollar y mantener el síntoma. A modo de ejemplo, un aumento de las palpitaciones es una consecuencia natural de hablar en público, sin embargo, una persona con *toraware* se alarmaría al percibir este incremento de la frecuencia cardíaca focalizándose más en él (amplificación sensorial) y, además, podría considerar que esa sensación *no es lo que debería suceder porque "nunca se había puesto nervioso en esa situación"* (contradicción de ideas). Esto probablemente le llevaría a realizar esfuerzos infructuosos por controlar y extinguir la ansiedad sin éxito que con el tiempo terminarían por agravar el síntoma. Explicaba uno de los psiquiatras del centro tratando de ejemplificarlo: “en un día muy caluroso, estos pacientes olvidan la temperatura y se concentran en que sudan, ¡llegando incluso a pensar que no deberían estar sudando!”.

Precisamente, el objetivo principal para el que se diseñó la Terapia Morita, no fue para el tratamiento de un cuadro o un síntoma como tal, sino para tratar específicamente

el *toraware*, con independencia del cuadro al que este mecanismo haya dado lugar. Esta es la razón por la que los trastornos que se atendían en el centro resultaban en apariencia tan variados como un trastorno obsesivo-compulsivo, un trastorno somatoforme, una fobia social o una depresión recurrente (pues los pacientes compartían siempre ese mecanismo) y es también la razón por la que resulta inicialmente tan confuso el diagnóstico del *taijin kyōfushō* como síndrome cultural.



(Gráfica y datos proporcionados por el Centro de Terapia Morita)

2.2.1. La Terapia Morita

El tratamiento hospitalario de la Terapia Morita consta de 4 fases bien diferenciadas:

(1) La primera fase, conocida como fase de aislamiento y reposo (“bed rest”) se considera una de las etapas fundamentales del tratamiento y consiste en un ingreso voluntario del paciente en una habitación donde se mantendrá aislado del medio durante siete días. Durante este tiempo, el paciente únicamente tiene contacto con los profesionales para ir al lavabo y para recibir las comidas durante el día. La consigna que se le da al paciente respecto a su problema es que deje que el síntoma fluya libremente, sin intentar contenerlo o modificarlo, tanto si aparece como si no. Tal y como explican en el centro, el objetivo de esta fase es fomentar el aburrimiento, intentando generar un cese de la lucha que el paciente, como consecuencia del *toraware*, ha mantenido durante largo tiempo con el síntoma para intentar deshacerse de él.

Lo que suele ocurrir en esta fase es que el paciente, al inicio del aislamiento, continúa con los patrones cognitivos que le han llevado a ingresar, esto es: focalizando todavía la atención en la presencia o no de los síntomas e incurriendo nuevamente en continuas “contradicciones de ideas”. Sin embargo, a partir del tercer o cuarto día, la focalización en el síntoma tiende a disminuir como consecuencia del aburrimiento y del exceso de autoobservación y el paciente empieza a manifestar deseos de relacionarse con otras personas y a interesarse por el mundo externo. Esto es considerado una expresión de otro de los conceptos fundamentales de la Terapia Morita: el denominado “deseo de vivir” (“Desire for life”) y es el punto que marca la transición con la fase dos del tratamiento.

(2) La segunda fase, denominada “Trabajo ocupacional leve”, es una etapa de transición entre la fase de aislamiento y reposo y la fase de terapia ocupacional (fase tres) propiamente dicha. Durante esta etapa el paciente tiene permitido salir de la habitación y pasearse por el centro, pero se le prohíbe todavía interacciones con otros pacientes e implicarse en actividades que requieran una cierta actividad física. La recomendación es que se “dedique a investigar el mundo externo”, interesándose por la observación de aspectos que quizás hayan podido pasar desapercibidos en el pasado por haber estado demasiado focalizado en el síntoma (p.e: observación de plantas o animales, recoger hojas o pequeños objetos perdidos por el recinto del centro etc.). También durante esta etapa se les insta a involucrarse en trabajos artesanales. El objetivo de esta etapa es “aprovechar” el “deseo de vivir” despertado durante la fase anterior en el paciente para

facilitar que este continúe desviando la atención sobre sí mismo y se interese por el mundo externo. La razón por la que se impide que el paciente se implique en trabajos físicos que requieren esfuerzo es para evitar que este deseo de vivir recién recuperado se extinga como consecuencia de una reaparición de los patrones disfuncionales previos al ingreso. La duración de esta fase es variable pero suele rondar en torno a los seis o siete días. Cabe destacar que a partir de este momento el paciente empieza a recibir dos sesiones de psicoterapia individual a la semana.

(3) La tercera fase es conocida como “trabajo ocupacional intenso” e implica la participación del paciente en las labores de la comunidad desarrolladas en el centro. La consigna que se le da al paciente en esta fase es que su objetivo prioritario es llevar a cabo las funciones que se le han asignado junto al resto de sus compañeros/as con independencia de cómo se sienta respecto al síntoma. Durante esta etapa el paciente lleva a cabo lo que Shoma Morita denominó en su momento “terapia de trabajo” (作業療法, Sagyō ryōhō), que fomenta que el paciente abandone la preocupación por su bienestar y se vuelque en el cuidado de otros. La intención última es continuar fomentando que el foco de la atención del paciente se centre en el mundo externo y abandone la autoobservación. Con este objetivo se les encarga a los pacientes todo tipo de tareas que implican hacerse cargo de otros (p.e: como el cuidado de los animales y/o las plantas del centro) y se le hace responsable de aprender a detectar las necesidades que estos requieren (p.e: mediante la lectura de material específico que pueden solicitar en caso de necesitarlo). Cabe destacar que esta es la fase más larga del tratamiento que puede durar entre uno y tres meses.

(4) Finalmente la cuarta y última fase es el tratamiento ambulatorio, en la que el paciente sale del ingreso y vuelve a su entorno habitual para poner en práctica lo aprendido durante el tratamiento. Durante esta fase, se mantienen visitas semanales con su terapeuta de referencia en el centro hasta que se considera que cumple los requisitos para recibir el alta definitiva.

3.3. LABORES DESEMPEÑADAS

Dada la corta duración del rotatorio, antes de comenzar la estancia el equipo del centro diseñó un plan de trabajo detallado con las actividades formativas que debía realizar.

El horario incluía una parte dedicada a la actividad asistencial (“consultas externas”) en las que estaba como observador en la consulta con el Dr. Nakamura y el Dr. Tateno; y otra de trabajo activo comunitario con los pacientes (“trabajo con pacientes”) en el que me unía a las actividades que realizaban durante el día los pacientes que se encontraban en la tercera fase del tratamiento. Asimismo, gran parte del rotatorio comprendió seminarios con prácticamente todos los profesionales de la plantilla (psicólogos y psiquiatras) sobre distintos aspectos relacionados con la Terapia Morita. Estos incluían debates acerca de las semejanzas y diferencias respecto a las terapias de tercera generación, y aplicación y especificidades de la Terapia Morita para distintos trastornos: depresión recurrente, fobia social, trastorno de pánico etc. Finalmente, el resto del tiempo se ocupaba con actividades más relacionadas con la organización interna del centro a las que atendía en calidad de observador como sesiones clínicas o reuniones de equipo.

| | | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| SEMANA 1 | 09:00 - 11:30 | Presentación del centro | Trabajo con pacientes | Consultas externas | Documental | Consultas externas |
| | 12:00 - 13:00 | COMIDA | | | | |
| | 13:00 - 14:30 | Reunión de equipo | Formación Residentes | Sesión Clínica | Trabajo con pacientes | Seminario |
| | 14:30 - 17:00 | Seminario | Documental | Lectura | Seminario | Lectura |
| SEMANA 2 | 09:00 - 11:30 | Trabajo con pacientes | Seminario | Consultas externas | Trabajo con pacientes | Consultas externas |
| | 12:00 - 13:00 | COMIDA | | | | |
| | 13:00 - 14:30 | Seminario | Formación Residentes | Sesión Clínica | Seminario | Supervisión |
| | 14:30 - 17:00 | Documental | Seminario | Presentación industria farmacéutica | Lectura | Evaluación del rotatorio |

(Cronograma de las actividades realizadas durante el rotatorio)

3.4. VALORACIÓN PERSONAL: LA TERAPIA MORITA Y LAS TERAPIAS CONTEXTUALES.

Es evidente la enorme similitud que presenta la formulación de Shoma Morita con la que realizan en la actualidad las distintas terapias contextuales, como por ejemplo la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 2004). El parecido entre ambas concepciones puede observarse en multitud de conceptos que comparten y en la descripción que ambas realizan de los mecanismos que operan en la aparición y el mantenimiento de la psicopatología (Tateno, 2014). De hecho muchos de los seminarios llevados a cabo en el rotatorio se centraron precisamente en las similitudes que estas dos aproximaciones presentaban. Sin embargo, estos espacios de debate con los profesionales del centro, además de en los aspectos comunes, también me permitieron pensar acerca de aquellos aspectos que podían distinguirlas.

En este sentido, existe una diferencia fundamental entre estas dos aproximaciones que tiene que ver principalmente con las bases epistemológicas y culturales en las que se sustentan cada una de ellas. Así, mientras que la ACT proviene claramente del conductismo radical (con la extensión mediante la Teoría de los Marcos Relacionales a la esfera del lenguaje), la Terapia Morita tiene sus raíces en el existencialismo.

Esto puede observarse por ejemplo en el hecho de que Morita (1998) consideraba que la aparición del síntoma se producía como consecuencia de un desajuste entre el deseo de vivir del individuo y la ansiedad que conlleva el propio hecho de vivir. De hecho, representaba ambos aspectos como si fueran dos caras de la misma moneda y afirmaba que detrás del síntoma siempre se podía intuir este enorme deseo de vida de las personas: “El ejemplo más claro es en la hipocondría, donde el miedo a enfermar y a la muerte esconde un intenso deseo de vida”, decía el Dr. Nakamura en el hospital. Él afirmaba que en los síntomas de estos pacientes siempre se podía inferir una negativa a aceptar el precio que se había de pagar para poder lograr sus objetivos vitales. Explicaba: “un paciente sufría por tener que dar un seminario en público en la universidad por el miedo ruborizarse o a que la temblara la voz, cosa que él interpretaba como síntoma de inseguridad y debilidad. Sin embargo estos síntomas, en realidad, no eran más que una consecuencia de que él fuera una persona con la capacidad de dar una charla en un contexto como ese. Si no le hubieran invitado a dar el seminario, si no hubiera una parte de él que quisiera vivir esa experiencia —crecer académicamente o laboralmente— no tendría ansiedad ninguna. Estaba cometiendo un error fundamental, pues lo que él deseaba era disfrutar de la vida sin sufrir las consecuencias que también

conlleva la vida [...] Es como el que tiene la capacidad de correr pero a su vez le disgusta sudar cada vez que corre”.

Por otra parte, la influencia del sintoísmo (además del budismo) aparece como otra diferencia fundamental entre la Terapia Morita y la ACT. Esto puede observarse en las continuas referencias al funcionamiento de las leyes naturales a las que hace referencia el propio Morita en sus escritos para describir el principio de *Arugamama* (literalmente “aceptar las cosas tal y como son”, o el equivalente al concepto de “aceptación” en los términos de la ACT): “Temer a la muerte, rechazar el malestar, lamentar malas experiencias y quejarse sobre lo que uno no puede controlar... todas son respuestas humanas. Estas son tan naturales como el agua de un río fluyendo a una menor altitud. También lo son sentir pesadez en la cabeza tras dormir demasiado, sentir malestar en el estómago tras comer en exceso y tener palpitaciones al inquietarse. Todas se rigen también por las leyes de la naturaleza y no están exentas de su causalidad. Estos fenómenos no pueden ser manipulados para que adecuen convenientemente a los deseos de uno. Por esta razón, solo necesitamos obedecer a la naturaleza” (Morita, 1998).

En contraposición, la ACT y las terapias de tercera generación provienen de una tradición conductista que se sustenta en las bases de una sociedad individualista (a pesar de la inclusión de los principios budistas de forma artificial) con valores opuestos a lo que promulga el colectivismo japonés. En términos concretos, aunque gran parte del tratamiento en la ACT se dedica también al “trabajo en valores” (como equivalente al “deseo de vivir” de Morita), este se encuentra —al menos parcialmente— desligado de la primera parte del tratamiento, que se dedica principalmente al cese de la actitud de lucha contra el síntoma. Es como si, tal y como indica el nombre, la terapia consistiera en un módulo de “aceptación” (a través de la desesperanza creativa, defusión, etc.) y luego otro de “compromiso” con valores, que no necesariamente tienen por qué estar relacionados. Es decir, aunque posteriormente pueda suceder de forma natural en muchos casos, generalmente en la ACT no se considera necesario tratar con el paciente el hecho de que su síntoma se deriva precisamente de su objetivo vital (o deseo de vida), como hace la Terapia Morita. Es decir, no se considera fundamental explicar la relación entre ambos aspectos. Esto puede deberse, como se apuntaba anteriormente, al hecho de que la ACT es un protocolo mucho más estructurado como es habitual en la tradición conductista, mientras que la Terapia Morita proviene de una tradición casi filosófica donde los componentes que se trabajan son mucho menos específicos que en un manual diseñado para poder evaluar un tratamiento de forma empírica.

Sin embargo, a pesar de estas diferencias, lo cierto es que llama la atención las marcadas similitudes entre ambas aproximaciones. Tanto es así que uno llegaba a cuestionarse, como apuntan otros autores (p.e: Hoffman, 2008), si la llamada “tercera generación de psicoterapia” no es más que una versión actualizada y adaptada a la sociedad occidental de lo que se venía practicando desde hace cien años en otras partes del mundo más desconocidas.

3.5. AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer sinceramente a todos los profesionales del centro el tiempo que dedicaron a mi formación, como residente extranjero, especialmente teniendo en cuenta la corta duración de la estancia. Todos y cada uno de los seminarios fueron de interés y agradezco el esfuerzo que hicieron para poder hacer pequeños huecos en sus agendas para poder transmitirme y compartir sus conocimientos.

También por diseñar entre todos un plan de trabajo ajustado que me permitiera, en tan poco tiempo, hacerme una idea de lo que era la Terapia Morita en la práctica, reflexionar acerca de las posibles aplicaciones de esta perspectiva en el contexto de la salud mental en España y generar una parte experiencial del rotatorio. No esperaba que diez días pudieran dar para tanto.

Finalmente, me gustaría darle especialmente las gracias a Yuko Imamura y al Dr. Ayumu Tateno por ser mis figuras de referencia durante la estancia allí, y por estar continuamente pendientes de mí durante estos diez días. He mencionado previamente la enorme hospitalidad y amabilidad de los japoneses. Mi estancia en el Jikei Daisan fue otro ejemplo más de estos valores que conforman esta apasionante cultura.

4. REFERENCIAS

- Abe, Y & Tanaka, N (2014). *Diagnóstico e intervención psicológica en las migraciones actuales en situaciones extrema*. Ponencia presentada en el congreso: Emigrar en condiciones extremas y salud mental. Congreso Satélite del XVI Congreso Mundial de Psiquiatría. Universidad de Comillas, Madrid.
- Achotegui, J. (2009). Emigrar en el Siglo XXI: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple Síndrome de Ulises. *El mundo de la mente*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Azuma, E. (1999). Brief historical overview of Japanese emigration, 1868–1998. *International Nikkei Reseach Project: First Year Report*, 6-8.
- Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), 404-409.
- Benedict, R. (2005). *The chrysanthemum and the sword: Patterns of Japanese culture*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Furlong, A. (2008). The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. *The sociological review*, 56(2), 309-325.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy* 35, 639–665.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: new wave or morita therapy?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 280-285.
- 北西, 憲二 (Kitanishi, K.), 中村敬 (Nakamura, K.) (2005). 森田療法 (*Morita Therapy*). ミネルヴァ書房. (Minerva Shobo).
- Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., & Takeshima, T. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of 'hikikomori' in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 176, 69–74.
- Malagón-Amor, Á., Córcoles-Martínez, D., Martín-López, L. M., & Pérez-Solà, V. (2015). Hikikomori in Spain: A descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 475-483.
- Ministry of Foreign Affairs of Japan (MOFA). (2018). Emigration and the Nikkei communities. <https://www.mofa.go.jp/policy/emigration/index.html>. Consultado el 27 de diciembre de 2018.

- Morita, S., & Morita, M. (1998). *Morita therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu)*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Jani, S., Johnson, R. S., Banu, S., & Shah, A. (2016). Cross-cultural bias in the diagnosis of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(2), 146-165.
- Jensen, L. A., Arnett, J. J., & McKenzie, J. (2011). Globalization and cultural identity. In *Handbook of identity theory and research*(pp. 285-301). Springer, New York, NY.
- Saito T. (1998). *Shakaiteki hikikomori: owaranai shishunki (Social withdrawal: a neverending adolescence)*. PHP Shinsho: Tokyo.
- Tateno, A. (2014). Comparative Study of Outpatient Morita Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Patients with OCD. *Annals of Psychotherapy & Integrative Health*, 1-17.
- Tateno, A. (2016). *Morita Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: Different Approach from "Cognitive Behavioral Therapy " and "Acceptance and Commitment Therapy*. Lambert Academic Publishing
- Sharpless, B. A., Balko, A. L. y Lynn-Grom, J. (2017). Taijin Kyofusho. En Sharpless, B. A. (Ed.), *Unusual and Rare Psychological Disorders: A Handbook for Clinical Practice and Research*. Oxford University Press.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA EN CASTELLANO E INGLÉS

Achotegui, J. (2009). *Emigrar en el Siglo XXI: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple: Síndrome de Ulises*. El mundo de la mente.

Benedict, R. (2013). *El crisantemo y la espada. Patrones de la cultura japonesa (3ª Edición)*. Alianza Editorial. Madrid, España.

Kora, T. (1995). *How to Live Well: Secrets of Using Neurosis*. State University of New York Press.

Morita, S., y Morita, M. (1998). *Morita therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu)*. Albany, NY: State University of New York Press.

Organista, P. B., Marin, G., y Chun, K. M. (2018). *Multicultural psychology*. Rowman & Littlefield.

Tsunokawa, M. (2005). *Psicoterapia y Pensamiento de Shoma Morita*. Dunken. Buenos Aires.

Documentales (con subtítulos en inglés)

- Morita Therapy an Audio-Visual Series Volume One: To Live
- Morita Therapy an Audio-Visual Series. Volume Two: Tokiwadai Psychiatric Clinic
- Morita Therapy an Audio-Visual Series. Volume Three: Seikatsu no Hakkenkai