

Un acercamiento al contenido cultural de los delirios de personas con esquizofrenia de Costa Rica

Ana Morales Arce¹

Sofía Alvarado Rojas²

Mariana Calvo Brenes³

Javier Contreras Rojas⁴

Henriete Raventós Vorst⁵

RESUMEN

Desde la Etnopsiquiatría, se pretende identificar los factores culturales y su correspondiente influencia en el contenido de los delirios descritos por personas con esquizofrenia. Este es un estudio cualitativo sobre este tipo de delirios de personas con esquizofrenia en Costa Rica, siendo más frecuentes aquellos místico-religiosos y de grandiosidad. La religión y los roles de género podrían ser los factores de mayor relevancia en el contenido de los delirios en este grupo de personas.

Palabras clave: Delirio, Esquizofrenia, Cultura, Etnopsiquiatría.

ABSTRACT

The goal of ethnopsychiatry is to identify cultural factors and their corresponding influence on the content of delusions described by people with schizophrenia. In this qualitative analysis, we found several types of delusions, the most frequent being

¹ Costarricense, Bióloga con Maestría en Antropología, por la Universidad de Costa Rica. Estudiante de doctorado en el departamento de Antropología y Arqueología en University of Calgary. aymorale@ucalgary.ca

² Costarricense, Máster en Biología con énfasis en genética y biología molecular. Investigadora del Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular, UCR. Sofiaalvarado52@hotmail.com

³ Costarricense, Bachiller en Antropología. Estudiante de Licenciatura en Antropología Social. Asistente de Investigaciones en el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular, UCR. marire89@gmail.com

⁴ Costarricense, Médico psiquiatra e Investigador en el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular, UCR. dr.javiercontreras@gmail.com

⁵ Costarricense, Docente de la Escuela de Biología de la Universidad de Costa Rica e Investigadora en el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular, UCR. hravento@racsa.co.cr

religious and of grandeur. Religion and gender roles might be the most important factors regarding the content of the delusions in this group of subjects.

Keywords: Delusion, Schizophrenia, Culture, Ethnopsychiatry.

Introducción

Hasta ahora, en Costa Rica, poco se ha investigado sobre la influencia del ambiente y la cultura en el reconocimiento y tratamiento de las enfermedades mentales. El análisis socio-antropológico de la persona con enfermedad mental, representa una herramienta útil para comprender el proceso salud-enfermedad, al tomar en cuenta la interacción entre historia personal del sujeto y cultura.

En esta línea el rol de la Etnopsiquiatría se define como:

“Una ciencia decididamente pluridisciplinar, ya que comprende un conjunto de conceptos fundamentales que proceden de la psiquiatría (el normal y el patológico) y de la etnología (las categorías universales de la cultura)” (Laplantine, 1978).

Las creencias, modos de vida, hábitos y acciones relacionadas con salud y enfermedad, son características de un complejo cultural particular; se perpetúan a través de generaciones y juegan un papel fundamental en la definición de los conceptos de salud, enfermedad y atención. De esta manera, el análisis de las variantes de la conducta humana mediante un encuadre cultural, aporta una perspectiva más amplia e información de utilidad en la práctica diaria de los profesionales en salud mental.

Las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales están hechas con base en investigaciones realizadas en poblaciones procedentes de países de alto ingreso económico. Por ello el uso inadecuado de dichas clasificaciones diagnósticas puede ocurrir si no se consideran elementos de la idiosincrasia y realidad cultural específica de cada población, lo que puede generar imprecisiones al intentar caracterizar las distintas manifestaciones de la conducta humana. Como se describe más adelante, la conducta humana puede variar entre culturas y épocas. Incluso, se ha visto que cambios culturales

podrían verse reflejados en los contenidos de los delirios de los pacientes con trastornos mentales (León, 1970).

Prilleltensky sugiere considerar la cultura en la definición de los síntomas en psiquiatría (2002). Este aspecto ocupa un lugar importante en la nueva versión del DSM-V que será publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría en mayo de 2013 (*American Psychiatry Association*, 2012).

Por lo tanto el objetivo de este artículo es identificar factores culturales y su influencia en el contenido de los delirios descritos por personas con esquizofrenia en Costa Rica y analizarlos considerando una posible influencia cultural, así como algunos factores asociados a ésta, como la religión y los roles de género.

Definición de delirio

El concepto de delirio (del latín *delirium*, de *delirare*, 'salir del sillón') fue incluido en 1987 por primera vez en el DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). A partir de entonces, se han propuesto diferentes definiciones; una de ellas es la propuesta por Chiarugi, lo define como "*disfuncionalidad del pensamiento o error en la razón*" (Chiarugi, 1987).

El DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) define el delirio como una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa, que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree. El delirio no es una enfermedad sino un síntoma. Aunque es característico de las psicosis, no pertenece ni es patognomónico de ninguna en concreto, y puede aparecer tanto en enfermedades médicas como mentales, o por efecto fisiológico de algún tóxico o sustancia.

Clasificación de los delirios

En su obra *Psicopatología General*, Jaspers (1979) presenta algunas características esenciales de los delirios:

a. La convicción: La persona presenta una certeza absoluta de la veracidad de su idea delirante. Ni la experiencia objetiva de la realidad es capaz de removerla y no hay pruebas ni argumentos que sean convincentes.

b. La falsedad del contenido: El delirio es un juicio falso, un error, aunque, en algunos casos sea posible encontrar algún factor de la vida real en concordancia con la idea delirante.

Asimismo, basados en la clasificación del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994), los temas más comunes presentes en los relatos de delirios se describen en el Cuadro 1.

CUADRO 1
Tipo de delirio y sus características según el DSM-IV

Tipo de delirio	Características
Erotomaniaco	Ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.
Grandiosidad	Ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad o relación especial con una divinidad o una persona famosa.
Celotípico	Ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.
Persecutorio	Ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.
Somático	Ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.
Mixto	Ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.
No Especificado	Ideas delirantes que no pueden ser determinadas con claridad o cuando no están descritas en los tipos específicos.

Fuente: Elaboración propia basado en DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994.

En el año 2000, Dalgarrondo propuso otras categorías que también han sido utilizadas para clasificar el contenido de los delirios (Cuadro 2).

CUADRO 2
Tipo de delirio y sus características según Dalgalarrondo (2000)

Tipo de delirio	Características
Místico-Religioso	Tema muy frecuente, donde la persona siente que tiene poderes místicos, que tiene estrecha relación con la Virgen María o el Espíritu Santo, con Dios o con el Diablo. También puede creer que tiene una importante misión mística o que es portavoz de un mensaje procedente de los cielos.
Pasional	La persona tiene la convicción de ser amada, pero muchas veces por alguien destacado socialmente (un artista, cantante, millonario). También no es raro que la persona 'elegida' sea el médico. Es un tema más común entre el género femenino.
Hipocondríaco	La persona presenta la segura convicción de que padece de una enfermedad incurable y que se va a morir. Por más que se le hagan exámenes y análisis, nadie es capaz de quitarle la creencia de esto.
Influencia	La persona tiene la certeza de estar siendo controlada por una fuerza, persona, o entidad ajena. Por ejemplo, una máquina, comando o antena que le envía rayos, y éstos controlan sus pensamientos y sentimientos por completo e incluso sus funciones corporales.
Melancólico	La percepción es la de vivir en un mundo de desgracias, sufrimientos y fracasos. Afirma traer la culpabilidad de todos los males que pasan en el mundo y en la vida de las personas que conoce u oye en la televisión. Cree haber cometido crímenes, ser una persona sucia, irresponsable, pecaminosa y que merece la punición por todo el mal que ha hecho a la humanidad.
Negación	La persona puede presentar ideas de inmortalidad y también la negación de sus órganos o los dos juntos (Síndrome de Cottard). La persona afirma que su cuerpo está siendo destruido poco a poco, pero como es inmortal, sigue sobreviviendo.
Referencia	La persona afirma ser objetivo de constantes referencias despreciativas o calumniosas. Si hay personas charlando por la calle, cree que hablan mal de él.

Fuente: elaboración propia basado en Dalgalarrondo *Psicopatología e Semiología dos Transtornos Mentais*, 2000.

Influencia de la Cultura en las enfermedades mentales

Las culturas pueden ser definidas como:

“Conductas aprendidas y compartidas, transmitidas de generación en generación con la finalidad de lograr la adaptación, el crecimiento y el ajuste del individuo. Tiene referentes externos e internos. Los externos son los objetos, los roles, las instituciones. Los internos son las actitudes, valores, creencias, expectativas, epistemologías, conciencia” (Marsella y Kameoka, 1989).

Para efecto de este análisis se considerará al ambiente, contexto, costumbres y tradiciones. Dentro del concepto cultura, es importante hablar de aspectos culturales modeladores de psicopatologías en general. La presión social de crecimiento y éxito personal, financiero y profesional ejercen una fuerte influencia como desencadenante de enfermedades (Leandro, Machado y Gomes, 2007). Específicamente, guerras u otros tipos de conflictos como recesiones económicas, podrían propiciar la manifestación de una enfermedad mental. Condiciones de vida estresante, sobre todo en los grandes centros urbanos; medios sociales exageradamente exigentes y competitivos, y ritmos de vida antagónicos a la regulación circadiana del organismo, deterioran la calidad de vida y aumentan la vulnerabilidad a enfermarse. Estos factores alteran la interpretación y respuesta de las personas afectadas respecto al entorno en el que se desarrollan (Paúl y Fonseca, 2001).

Las culturas ofrecen diferentes representaciones ante las perturbaciones mentales: por ejemplo, lo que puede considerarse como posesión diabólica, también puede ser interpretada como una especie de "inspiración divina". Asimismo, cada sociedad cuenta con una declaración de valores que influyen en las creencias de cada habitante, por lo que es de esperar que la presencia de algunos tipos de contenidos en los delirios sean más frecuentes en algunas culturas que en otras (Berganza, Mezzich y Otero-Ojeda, 2001; Kulhara y Chakrabarti, 2001).

Como bien dijo Fernando Colina en el prólogo del libro *“La invención de las enfermedades mentales”* (Álvarez, 2008), *“la psiquiatría es hija de la cultura a que pertenece”*, pues es la cultura la que reconoce una manifestación como enfermedad.

Las teorías del relativismo cultural describen que, a partir de la comprensión de las costumbres y del funcionamiento de una cultura, es posible comprender la relatividad de las conductas “normales” y patológicas. Dentro de ese paradigma, son notables los trabajos de Benedict (1934), quien nos presenta que algo que en las culturas occidentales es considerado patológico, puede ser considerado común en otra sociedad y viceversa, contribuyendo así a la disminución de la teoría médica, por ejemplo, de la suposición de una objetividad universal de los cuadros mórbidos.

Es necesario tener en cuenta que, aunque los marcos de referencia de las enfermedades y las acciones relacionadas con ellas forman parte del mismo sistema de normas de una sociedad, su valoración y su interpretación tienen un carácter muy propio, no son universales (Suassuna, 2011).

Los etnopsiquiatras como Laplantine advierten que no hay que confundir “normalidad cultural” con “salud mental”; cita un ejemplo tomado de Bastide y agrega que si bien un fenómeno cultural como el “trance de posesión” es visto como “normal” y puede cumplir además una función social importante en muchas sociedades, principalmente las africanas y afroamericanas, es sólo ahí, en esa cultura en particular, donde se considera “normal”. Pero desde la perspectiva de una psiquiatría “metacultural”, como lo concibió Devereux, los criterios universales sobre el funcionamiento de los mecanismos culturales permiten que el trance de posesión sea considerado como una enfermedad mental (Suassuna, 2011).

Históricamente, los conceptos de “normal” y “anormal” han variado también de acuerdo con factores sociales y políticos. Tal es el caso de los santos místicos de la Iglesia Católica (Suassuna, 2011). Personalidades como Santa Teresa de Ávila o San Juan de la Cruz, que tuvieron “conversaciones” con Cristo y caían en éxtasis místicos, no fueron condenados como herejes ni brujos por la sociedad de su tiempo, ni fueron considerados como locos o enfermos. A otros en cambio les sucedió lo contrario. Juana de Arco por ejemplo, fue juzgada por brujería porque “hablaba con el Diablo” y no como ella afirmaba con Dios; en su caso sabemos que hubo intereses políticos de por medio. Otro que se salvó por muy poco de ser juzgado por la Santa Inquisición fue Francisco de Asís, que “hablaba con los animales” y también tenía éxtasis místicos con Dios.

Aquí también prevalecieron intereses muy precisos de la Iglesia Católica de aquel entonces, lo cual fue decisivo a la hora de juzgar al santo. Todas estas personas pudieron muy bien haber padecido de un cierto tipo de patología mental, si se les analiza con la mirada clínica de hoy, pero las condiciones histórico-culturales y sociopolíticas de su época enaltecieron a unos como “santos místicos” y denigraron a otros como “brujos”. De modo que los factores económicos y políticos pueden intervenir como marcadores de pautas con respecto a la conceptualización de lo “normal” y “anormal”.

Contenido de los delirios de acuerdo diferentes culturas y contextos

Bastide (1952) señala que todo delirio responde a contenidos de la época. Varias investigaciones han aportado evidencia que apoya el hecho de que los tipos de delirios reflejan el espacio y tiempo en el que la persona se desarrolla (por ejemplo, cualidades culturales específicas) (Kershaw, 2008; Akhta, Al-Habeeb y Sayeed, 2004; Bestard y James, 2004).

A nivel clínico individual existen casos en países como Cuba, donde se reportó un delirio por parte de un enfermo de esquizofrenia quien creía ser un “cagüeyro” (personaje mitológico de conocimiento popular que data desde la época precolombina) (Bestard y James, 2004). En Colombia se identificó un caso de delirio conocido como licantropía en un paciente quien cree que a raíz de practicar la ouija se convierte frecuentemente en hombre lobo; el mismo aúlla en las noches de luna llena, muerde a otras personas con la convicción de que lo necesita para alimentarse, cree que en noches de luna llena le crece el pelo, los brazos y los dientes (Andrade, 2011).

De manera más grupal, en estudios realizados en el grupo aborigen Walbiri del Centro de Australia se tienen reportes de varios tipos de enfermedades mentales, en las cuales se presentan delirios de persecución asociados con un “*evil - wisher*” (ente negativo). Un afectado por ejemplo, tenía la convicción de que su hermano le había introducido un escorpión en el cerebro o que su tabaco había sido hechizado por un “*evil - wisher*” (Cawte y Kidson, 1965).

En países con alta modernización como los Estados Unidos y el Reino Unido son frecuentes delirios donde las personas suelen incorporar Internet en los pensamientos paranoicos, entre ellos, el temor que la web en alguna manera supervise/controle sus vidas, o que se utilice para transmitir fotografías u otra información personal. Asimismo, fueron recopilados delirios conocidos como “Truman Show” en el Bellevue Hospital Center de New York, donde el delirante piensa que cada uno de sus movimientos está siendo grabado para un programa de televisión en vivo (reality show); el mismo tipo de delirio fue reportado en un centro de investigación psiquiátrica canadiense de McGill University en Montreal (Kershaw, 2008; National Post, 2008). También en los últimos años se han observado delirios asociados con el cambio

climático, en los que los delirantes se niegan a tomar agua por el temor de que se agote toda la que hay disponible en el mundo (Kershaw, 2008). Así, el aumento de sistemas de seguridad y de vigilancia en estas sociedades, podría incrementar los delirios de persecución en pacientes con enfermedad mental.

Específicamente, en un estudio que comparó el contenido de los delirios esquizofrénicos en pacientes coreanos y chinos, Kim *et al.* (1993) fueron capaces de evidenciar diferencias producto de distinciones políticas y socioculturales en las experiencias vividas por los dos grupos. Lo mismo fue visto en las investigaciones realizadas por Tateyame, Asai y Kamisada (1993) entre pacientes japoneses y alemanes.

Por su parte, en Arabia Saudita, algunos psiquiatras han documentado un tipo de delirio conocido como *turabosis*, en el cual los pacientes creen estar cubiertos de arena por estar en medio de tormentas de arena (Akhtar, Al-Habeeb y Sayeed, 2004).

Aunque el trasfondo cultural puede jugar un rol fundamental en el contenido de los delirios, Suhail & Cochrane (2002) mencionan que las influencias inmediatas (ambiente inmediato y experiencias de vida) son más importantes para determinar el contenido de éstos que el trasfondo cultural. Esta interpretación fue apoyada por Wang *et al.* (1998) que encontró que migrantes escuchan voces no solo en su lengua nativa sino en también en su segundo o tercer idioma dependiendo del contenido del delirio.

El delirio como producto de la naturaleza intrínseca humana

Suassuna (2011) respalda que los delirios son parte de la naturaleza humana en situación de enfermedad mental, de manera que tienen un carácter universal. Las personas diferentes, en distintas regiones del planeta, suelen inconscientemente construir representaciones semejantes cuando están en un momento de delirio. Esta investigadora considera que su contenido no está circunscrito en un único territorio cultural. En un estudio publicado en el 2011, reportó que no existen diferencias significativas entre el contenido de los delirios con respecto a la influencia cultural, ya que éstos son, ante todo, humanos, están presentes en la naturaleza humana, aparecen en las personas afectadas por enfermedades mentales, como la esquizofrenia.

Esta percepción, que tiende a ser común entre investigaciones con resultados referentes a la imaginación simbólica (sea la elaboración de mitos, religiosidad, contenidos de delirios y alucinaciones) nos afirma que en todas partes encontramos símbolos comunes, que se repiten (Bachelard, 1991) y hacen que podamos efectivamente pensar que *“una homogeneidad del imaginario atraviesa los siglos, prueba [...] que el imaginario está en la base de la naturaleza humana”* (Bachelard, 1990).

Existe una especie de autonomía en los delirios que los ubica en las profundidades del inconsciente humano, en el llamado “inconsciente colectivo”, que impregna a toda la humanidad, que encuentra en cada uno de nosotros, características simplemente de la naturaleza humana y, por esta razón, tan semejantes (Suassuna, 2011).

La conducta humana está ubicada en las dos vertientes: cultura y naturaleza; ambas a su tiempo y espacio. De modo que no es posible afirmar, cuando hablamos de la conducta delirante, pues el delirio rompe esta barrera de la conformidad con lo real, con lo posible, creando ideas sin obediencia a ninguna regla pre-establecida, desarrollándose de acuerdo con su orden, claridad y coherencia, su aparente pseudo-razón y su lógica propias (Suassuna, 2011).

Ni sólo naturaleza ni sólo cultura, pues las dos áreas no pueden desconsiderarse mutuamente. Por lo contrario, deben preservar la autonomía de sus esfuerzos en la comprensión y la mejora de la calidad de vida de las personas en situaciones de enfermedad (Suassuna, 2011).

La importancia de este tipo de investigación radica en la identificación de factores culturales y su participación en el contenido de los delirios. Una limitante de los sistemas diagnósticos actuales es que no dan importancia a la influencia de la cultura para realizar el diagnóstico psiquiátrico, además de que se emplean instrumentos transculturales.

Metodología y Resultados

Para la realización de este estudio, se incluyeron casos de personas costarricenses, con el diagnóstico de esquizofrenia, del proyecto aprobado por la Universidad de Costa Rica

“Genética de la Esquizofrenia”. Todos los participantes dieron su consentimiento para ser entrevistados con el DIGS (*Diagnostic Interview for Genetic Studies*) (Nunrnberger, Blehar y Kaufman 1994) realizados a los pacientes por médicos psiquiatras, de donde se tomó la información para el presente análisis.

Un resumen de los delirios encontrados se muestra en el Cuadro 3, en el cual se incluye la información disponible y que permitió estudiar la influencia cultural en el contenido de estos. Entre las variables estudiadas están la edad de los pacientes, la cual ronda los 50 años o más, y el nivel educativo, que con excepción del paciente #15, en su mayoría no superaba la primaria. Además se menciona el sexo y la religión que cada paciente declaró profesar. Otro aspecto que se consideró de relevancia al plantear la cultura como categoría de análisis, fue el lugar de residencia. Sin embargo, entre las personas estudiadas no se observaron diferencias en el contenido de los delirios según su procedencia (diferentes provincias, regiones urbanas o rurales).

Entre los delirios descritos se logran distinguir tipos de acuerdo con las clasificaciones mencionadas en el Manual DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*) y por Dalgadarrondo (2000). Uno de los contenidos que es común en los presentados en el Cuadro 3 y en las descripciones posteriores es el religioso (delirios místico-religiosos). Es común observar el delirio místico- religioso acompañado de la grandiosidad, y a pesar de que en la práctica clínica se encuentran en medida similar para hombres y mujeres, en los casos para este estudio resulta interesante que se manifiesten especialmente asociados con el sexo masculino. Esto sugiere lo oportuno que resultaría un análisis con mayor profundidad en futuras investigaciones.

CUADRO 3
Descripción del sujeto y tipo de delirio en pacientes con esquizofrenia en Costa Rica.

Paciente	Año de toma de datos	Sexo	Edad	Escolaridad	Residencia	Religión	Clasificación del delirio según el Manual DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) y Dalgadarrondo (2000)
1	2001	Mujer	47	Primaria	Limón (Pococí)	Católica	Místico-religioso, Grandiosidad, Persecutorio
2		Mujer	N.D.	Primaria	Sin dato	Católica	Místico-religioso
3	2001	Mujer	51	Secundaria	Uruca	Católica	Místico-religioso
4	2002	Mujer	52	Primaria	Pérez Zeledón	Católica	Místico-religioso, Somatoforme, Referenciales

Paciente	Año de toma de datos	Sexo	Edad	Escolaridad	Residencia	Religión	Clasificación del delirio según el Manual DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) y Dalgadarrondo (2000)
5	2001	Hombre	58	Ninguna	Limón (Pococí)	Católica	De influencia
6	2003	Hombre	56	Primaria	Aserri	Católica	Persecutorio y Grandiosidad
7	2001	Hombre	53	Primaria	San José	Católica	Místico-religioso y Grandiosidad
8	2001	Hombre	75	Primaria incompleta	Aserri	Católica	Místico-religiosos y Grandiosidad
9	1999	Hombre	48	Primaria	Heredia	Católica	Místico-religioso y Grandiosidad
10	2003	Hombre	66	Primaria incompleta	Cartago	Católica	Místico-religioso y Grandiosidad
11	2002	Hombre	50	Primaria incompleta	San Isidro del General	Católica	Místico-religioso y Grandiosidad
12	2002	Hombre	48	Primaria incompleta	Pérez Zeledón	Protestante	De influencia, Melancólico, Místico-religioso, Grandiosidad
13	2002	Hombre	46	Primaria incompleta	Pérez Zeledón	Protestante	Negación (nihilista) y Grandiosidad
14	2002	Hombre	54	Ninguna	Grecia	Católica	De influencia
15	2003	Hombre	63	Universidad	San José	Católica	Grandiosidad
16	2003	Hombre	70	Primaria	Cartago	Católica	Místico-religioso y de influencia

Fuente: elaboración propia

Para efecto del análisis de la influencia cultural en el contenido de los delirios propiamente, se eligieron cuatro casos al azar para una descripción más completa del delirio. Los mismos se detallan a continuación.

Caso # 17: Delirio místico-religioso, de grandiosidad y persecutorio.

Sexo: Mujer. Lugar y año de nacimiento: Cartago Centro, 1948.

Descripción del delirio: Dice tener poderes especiales; escuchar la voz del Dr. Moreno Cañas (un médico costarricense cuya fama se extiende desde 1936 cuando realizó la primera cirugía a corazón abierto en Costa Rica) y ser iluminada por Cristo. Sostiene que su nombre es “luz azul”; que su corazón late como el de un animal y tiene revelaciones. Las voces vienen de Dios y le hablan sobre la santa palabra. Afirma que su hermana siempre la está amenazando. Además, la paciente dice ser la madre enviada por Dios, de todos los niños y hombres del mundo; que escucha la voz de Dios indicándole ir a cada casa a crear ángeles; por eso procede de diferentes países, del

mundo entero. Hace movimientos místicos con las manos bendiciendo a todos. Dios le dio la misión de ser una religiosa, una apóstol católica.

Caso # 18: Delirios místico-religioso, persecutorio y de influencia.

Sexo: Mujer. Lugar y año de nacimiento: Desamparados, 1968.

Descripción del delirio: Creía que estaba siendo poseída por el Diablo, pasaba orando durante el día y la noche. Pensaba que un vecino suyo le quería hacer daño y la tenía poseída, por el hecho de que ella no le correspondía en el amor, y que este vecino le había enterrado algo en la casa, para embrujarla. Escuchaba la voz de su cuñado que le hablaba y le decía que la iba a matar. Empezó a creer que todo era brujería y que su cuñado le controlaba la mente, que le metía y sacaba pensamientos y por eso caminaba con una presión en la cabeza. Al entrar al baño dice ver un animal que la persigue. Siente que al tocar a las personas las puede curar. También afirma que a través de la televisión le mandan mensajes sobre cosas feas. Dice que el fin del mundo está cerca.

Caso # 19: Delirios místico-religioso, persecutorio y de grandiosidad.

Sexo: Hombre. Lugar y año de nacimiento: Aserrí, 1956.

Descripción del delirio: Cuenta que el Diablo lo persigue más a él que a los católicos, realiza destrozos en el hogar y acusa a sus familiares de estar poseídos por el Diablo. Que este lo manda a matar a su esposa. Que tiene el poder de curar a las personas por medio de la oración. Cuenta que posee poderes para sorprender a los demonios y que logró redimir al Diablo. Menciona que la gente lo quiere matar por mandato del Diablo y que los vecinos le tenían envidia y por culpa de ellos estaba internado. Además, escucha la voz de Cristo que le dice que está llamado a predicar y a expulsar al Príncipe del Mal que se encuentra en Costa Rica; cree tener otros poderes dados por Dios y frecuentes revelaciones y que es utilizado por Dios, que no puede comentar las cosas que habla con Él.

Caso # 20: Delirios referenciales, de influencia (nihilista), persecutorio y de grandiosidad.

Sexo: Hombre. Lugar y año de nacimiento: Pérez Zeledón, 1966.

Descripción de los delirios: Escucha voces de hombres y mujeres que le dicen cosas feas y lo ofenden de palabra; desconfía de la gente porque le pueden hacer daño. Cree que sus hermanos lo dominan con la mente. Oye voces de una mujer que le dice todo lo que

va a hacer, ella le lee el pensamiento, y es una vecina que siempre le hace hechizos, agarra fotos suyas y le echa agua y raíces, hojas, agujas y cintas; que siempre ha trabajado en circos haciendo acrobacias; hace magia como sacar palomas de la mano y que vino a la Tierra por un accidente en una nave extraterrestres de seis pasajeros, que es de Saturno y que tiene que darle vuelta a la Tierra para sacar el oro que hay. Él exploraba el espacio como lo hace Franklin Chang. También que su misión es ser Presidente de Costa Rica. Menciona tener un sexto sentido, tal como leer la mente. Y que cuando estaba dormido le pusieron una máquina y le quitaron el pecho, el corazón y la yugular. Además, es hijo de Dios y se comunica con EL.

Discusión

El concepto que el paciente tiene acerca de su enfermedad está ligado con su historia de vida, a su experiencia subjetiva, a sus interpretaciones sobre la génesis y a los significados de sus síntomas dentro del contexto de su cotidianidad (variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales, espirituales). Además de la variación individual citada anteriormente, *“las configuraciones culturales no son fijas, se modifican en el tiempo, muchas veces de modo poco perceptible, además crean condiciones para la materialización de comportamientos que pueden mostrar ambigüedad o diversidad”* (Rivera y Ceciliano, 2004).

Durante este estudio se evidenció la influencia cultural costarricense en el contenido de los delirios de los pacientes analizados. Por ejemplo, en los casos 17 y 20, el delirio de grandiosidad incluye al Dr. Moreno Cañas⁶ y al Dr. Chang Díaz⁷ respectivamente, que son figuras muy conocidas dentro de la población por sus alcances en campos científico-tecnológicos y son concebidos como personas de éxito y respeto. Ambas representaciones simbólicas son muy propias de Costa Rica.

⁶ Dr. Ricardo Moreno Cañas. Médico y político costarricense (1890-1938). Tras su asesinato se le atribuyen curaciones milagrosas al rezarle una plegaria especial.

⁷ Dr. Franklin Chang Díaz. Físico, nació en San José, en 1950. Posee doble nacionalidad costarricense y estadounidense. Astronauta participante en siete misiones espaciales y miembro del Salón de la Fama de la NASA.

Asimismo, en muchos de los individuos las ideas delirantes de grandiosidad contienen figuras divinas como Dios, Cristo y la Virgen María, los cuales son simbolismos de más amplio reconocimiento cultural, pero muy comunes en sociedades como la costarricense, donde existe una gran influencia del catolicismo, al igual que en la mayoría de Occidente.

En concordancia con lo anterior, fue posible evidenciar una fuerte influencia de aspectos místico-religiosos en el contenido de las ideas delirantes de la mayoría de los pacientes (Cuadro 3), probablemente debido a que la religión, principalmente la católica, ocupa un importante lugar en la sociedad costarricense. Y a pesar de que Bastide (1952) reporta que los delirios de orden místico-religioso, cada día se vuelven más raros y son reemplazados por delirios de tipo científico-tecnológicos: descargas eléctricas, radios interiores, mensajes electrónicos dados por los órganos, entre otros, en la muestra estudiada esta transición aún no es evidente. Probablemente esto se deba a la edad de los individuos (alrededor de 50 años) y que por ende, en sus etapas de vida temprana y hasta la adultez tuvieron poca o nula exposición a los adelantos tecnológicos que conocemos y que son familiares para los adultos jóvenes actuales. De ser así, sería de esperar que exista un cambio en los contenidos de los delirios, aumentando aquellos relacionados con la tecnología y artefactos modernos en pacientes jóvenes o en períodos futuros.

Hemos encontrado la asociación de Dios, el Diablo, o la brujería con los delirios de control de la mente o poderes especiales; éstos responden al acervo cultural e histórico que se hereda por medio de las representaciones. Es decir, la persona toma prestado de la cultura elementos que carga con sus propios significados, para así re-construir su realidad.

“Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común” (Araya, 2012).

En la tradición oral costarricense por ejemplo, los relatos sobre brujas son comunes. Se les otorga una carga simbólica donde lo positivo está representado por lo divino, cercano a Dios y lo negativo por las brujas o el Diablo.

Asimismo, en nuestro país hasta hace algunos años, los cargos políticos, con poder de decisión e importancia eran ocupados principalmente por hombres, y muchas veces, de manera estereotipada se espera que sean ellos quienes desarrollen actitudes de dominio, autoridad, independencia, conquista, entre otros. Esto fue evidente en el contenido de los delirios para la población analizada, ya que los de grandiosidad fueron más frecuentes en varones (lo que no quiere decir que en otras muestras no se encuentren de igual forma en mujeres). En el caso de los pacientes con este tipo de delirios como: 1, 8, 9, 10 y 16, los individuos muchas veces intentan suplir la falta del yo, sea a partir de grandes poderes, de riqueza, de superioridad, para la reconstrucción de un yo dilacerado especialmente por el rechazo, donde la persona busca la creencia de que es mucho más de lo que las otras piensan que es, debido a esa necesidad de sentirse superior (Bentall, Corcoran, Howard et al. 1994; 2001; Suassuna, 2011).

Entendiendo que *“las diferencias según género no son producto de lo biológico o natural, sino que son construidas a través de un complejo proceso en el que intervienen las disposiciones, normas y valores que en cada sociedad se establecen”* (Rivera y Ceciliano, 2004); y concibiendo a la familia como uno de los primeros focos de enseñanza de los humanos, se deduce que el condicionamiento llevado a cabo en esta es significativo en el mantenimiento de las diferencias entre hombres y mujeres. Para el caso concreto de esta investigación, podemos observar que en dos casos de mujeres (17, 18) se hacen presentes figuras masculinas asociadas con poder: un cuñado que amenaza con matarla, un vecino que quiere hacerle daño, Cristo o Dios¹. Esto nos permite esbozar la idea de que, aunque en la sociedad actual se han logrado ver algunos frutos de la liberación femenina, aún se hace presente la analogía de lo masculino con lo fuerte y predominante, y esta figura es simbólicamente amenazante en las perturbaciones citadas.

En relación con esto, pareciera que el contenido religioso es preponderante en los delirios de las mujeres. Según Flores:

“La redención/escisión de la mujer a través de la maternidad, se exponía desde las regulaciones culturales y procesos de socialización de la época: la exaltación social de la mater dolorosa o la Virgen de los Dolores era una clara manifestación de la denegación cultural del mundo vital en la feminidad. Esta dualidad en las representaciones de la feminidad desde el pensamiento judeo-cristiano occidental, ha sido estudiada desde diversos textos” (Flores, 2007).

El fragmento del caso 17 que traeremos a colación permite evidenciar perfectamente como esa construcción aún se hace presente y se manifiesta en los delirios: *“...La paciente dice ser la madre enviada por Dios, de todos los niños y hombres del mundo. Dice escuchar la voz de Dios indicándole ir a cada casa a crear ángeles [...] Hace movimientos místicos con las manos y bendice a todos. Dios le dio la misión de ser una religiosa, una apóstol católica...*

Caso contrario, en los hombres, particularmente en las narraciones arriba incluidas, se presentan elementos de poder de formas variadas como: la misión de ser Presidente o Doctor; la obtención de un sexto sentido, poderes para sorprender a los demonios y lograr redimir al Diablo. Estos son elementos más asociados a lo público y a la toma de poder, ámbitos que tradicionalmente han sido asignados los hombres.

Se observó también que varios de los pacientes presentaban delirios de persecución, por ejemplo los individuos 17, 18, 19 y 20, cuyos delirios son descritos en detalle. Cabe mencionar que, aunque se han asociado diferentes tipos de delirios con distintas clasificaciones de esquizofrenia (por ejemplo pacientes con esquizofrenia de tipo paranoide suelen tener más de grandiosidad, mientras que los pacientes con esquizofrenia hebefrénica o residual presentan delirios más nihilistas o de persecución), sólo nos enfocamos en el análisis del contenido del delirio en sí y no en la patología exacta del delirante ni en sus causas. Es por esto que sobre los delirios de persecución, a su vez, los más frecuentes en este trabajo, queremos mencionar que se han reportado diferentes explicaciones. Por ejemplo, Bentall, Corcoran, Howard et al. (1994) indican que los delirios de persecución pueden representar una defensa personal producto de la baja autoestima. Sharp, Fear, Williams et al. (1996) reportan que este tipo de delirio refleja una acentuación de un sesgo cognitivo hacia la autoprotección que se considera normal en individuos por respuesta al estrés. Por su parte, Winters y Neale (1983) sugieren que los mismos pueden ser producto también de una concepción errónea o un

déficit en el razonamiento que provoca que el individuo perciba incorrectamente el entorno en el que se desarrolla.

En esta investigación no fue posible encontrar diferencias entre los tipos de contenidos en las ideas delirantes y los distintos lugares de residencia. Sin embargo, no descartamos que pueda existir una relación entre el contenido del delirio y el nivel educativo de los pacientes. La población estudiada en su mayoría se caracteriza por una baja escolaridad, producto de que en Costa Rica, hasta hace algunas décadas, muy pocos eran los jóvenes que terminaban sus estudios de secundaria y todavía menos los que ingresaban a la universidad. El grado de escolaridad se considera relevante para nuestro análisis y sobre esto, Mirowsky y Ross (1983) respaldaron el hecho de la influencia del grado de escolaridad y el status socioeconómico sobre los delirios de persecución, evidenciando que los sentimientos de victimización y debilidad característicos en estos pacientes, eran más frecuentes en estratos socioeconómicos bajos y de poca escolaridad. A su vez, los factores ambientales como por ejemplo, estrés, sociedades racistas y relaciones familiares disfuncionales han sido asociadas también a este tipo de delirios (Bentall, Corcoran, Howard *et al.* 2001). Para Costa Rica, algo que podría ser un determinante en el contenido de éstos, es la ausencia de presencia militar, o conflictos bélicos como las guerrillas, pues podrían diferenciar el contenido de los delirios de persecución con respecto a otros países latinoamericanos.

Además, se identificó un caso en el que los medios de comunicación podrían haber influido, ya que el paciente (18) asegura recibir mensajes negativos a través de la televisión. En este caso, es necesario considerar el papel de la comunicación y el lenguaje mediático, así como su influencia en las sociedades que se modernizan, donde los flujos de información provienen de los medios de comunicación.

Finalmente, se observó que varios de los individuos analizados presentan delirios complejos, como por ejemplo los casos: 17, 18, 19, donde hay una combinación de tipo místico-religiosos y persecutorios.

Concordamos con Freyre (2004) en que cada vez es más evidente la importancia de considerar la condición social de las personas que viven con una enfermedad mental y no enfocar la atención sólo en su enfermedad, sino tener una visión más allá de la

clínica. Es necesario considerar los antecedentes familiares, relaciones de afecto, entorno sociocultural, costumbres y rituales, los determinantes salutogénicos, *“más relacionadas con su salud y no sólo con sus enfermedades”*.

Conclusiones

Es evidente la influencia de la cultura en el contenido de las ideas delirantes. Se logró identificar elementos propios de la sociedad costarricense que participan en la construcción y percepción no sólo del proceso salud-enfermedad sino también del delirio como tal.

El marcado contenido místico-religioso en la población de estudio, vislumbra la fuerte influencia de la religión Católica, principalmente en el Valle Central, así como de otras religiones - siempre de corte cristiano - que afectan la cosmovisión de poblaciones más alejadas (por ejemplo Limón). En ambos casos, a partir del imaginario se construye la estructura del delirio desde figuras positivas/negativas (brujas, Diablo, Virgen María y Dios) en la vida del individuo.

Aunado a lo anterior, el análisis realizado demuestra otro aspecto primordial en el contenido de los delirios, que de cierta manera se encuentra condicionado por el factor religioso y patriarcal, manifestándose por ejemplo, en la población masculina una mayor presencia de delirios de grandeza (mando, poder), mientras que para el caso de la población femenina estudiada, se identifican delirios donde dicen ser madres o cuidadoras del mundo (sumisión).

Para el desarrollo de una atención más integral es necesario comprender el proceso de la construcción del delirio, no sólo como síntoma, sino como un elemento de la enfermedad, que se ve influenciado por la cultura. Las manifestaciones delirantes que los psiquiatras estudian como síntoma en sus pacientes, tienen una influencia cultural (costumbres, tradiciones, ambiente) y neurobiológica de los individuos y son una fuente de información excepcional de los procesos y cambios socioculturales a los que estamos sujetos los seres humanos.

Bibliografía

Aguirre, S. (2002). "Demarcación de la Psicología Cultural". *Mal-estar E Subjetividade*. 2(1): 92-117.

Akhtar, N.; Al-Habeeb, T.; Sayeed, Y. (2004). "Making Psychiatric Sense of Sand: A Case of Delusional Disorder in Saudi Arabia". *Transcultural Psychiatry*. 41 (2): 271-280.

Aldaz, J. & Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Siglo XXI de España Editores, S.A. Madrid, España.

Alolio, I. (2005). "El discurso literario costarricense sobre enfermedad mental y locura femenina (1890-1914)". *Diálogos- Revista Electrónica de Historia*. [En red]. Disponible en: <http://www.dialogos-ojs.historia.ucr.ac.cr/index.php/Dialogos/article/view/129>. Consultado: [15-jul-2012].

Álvarez, J. M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatry Association. (2012). "DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis". [En red]. *American Psychiatric Association*. Disponible: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>. Consultado: [23-jul-2012].

Andrade, J. (2011). "El contenido de los delirios. A propósito de un caso de licantropía en la adolescencia". *Psiquiatria.com*. 15: 3.

Bachelard, G. (1990). *Fragments de uma Poética do Fogo*. São Paulo: Brasiliense.

Bachelard, G. (1991). *A Terra e os Devaneios da Vontade* : Ensaio sobre a Imaginação das Forças. São Paulo: Martins Fontes.

Bastide, R. (1952). The field, methods and problems of the Basic Personality School. En: *The British Journal of Sociology*, Vol. 3, N°1. (1988). *Sociología de las enfermedades mentales*. Siglo XXI, México.

Benedict, R. (1934). *Patterns of culture*. New York: Houghton Mifflin.

Bentall, R. P.; Kinderman, P. & Kaney, S. (1994). "The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions". *Behaviour Research and Therapy*. 32: 331-341.

Bentall, R.P.; Corcoran, R.; Howard, R.; Blackwood, N. & Kinderman, P. (2001). "Persecutory delusions: A review and theoretical integration". *Clinical Psychology Review*. 21(8): 1143-1192.

Berganza, C.; Mezzich, J.; Otero-Ojeda, A.; Jorge, M.; Villaseñor-Bayardo, S.; Rojas-Malpica, C. (2001). "The latinamerican guide for psychiatric diagnosis: A Cultural Overview". *Psychiatric Clinics of North America*. 24 (3): 433-446.

Bestard, J. & James, M. (2004). "Cultura popular cubana y trastornos psiquiátricos". *MEDISAN 2004*. 8(3): 54-56.

Caracci, G. & Mezzich, J. (2001). "Culture and urban mental health". *Psychiatric Clinics of North America*. 24 (3): 581-593.

Cawte, J. & Kidson, M. (1965). "Ethnopsychiatry in Central Australia: The evolution of illness in a Walbiri lineage". *Brit. J. Psychiat.* 3: 1079-1085.

Chiarugi, V. 1987. *On insanity and its classification*, edited and translated by Mora C. Cannon, Mass, Warson Publishing International.

Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre, Brasil.

Devereux, G. (1970). *Ensayos de Etnopsiquiatría General*. Barral, Barcelona.

Flores, M. (2007). *La construcción cultural de la locura femenina en Costa Rica (1890-1910)*. San José, Costa Rica.

Frances, A. & Alan, H. (1996). *DSM-IV Manual de diagnóstico diferencial*. Masson. Barcelona, España.

Freyre, G. (2004). *Sociologia da Medicina*. Editora da Universidade de Brasília. Brasil.

Griffith, E.; Gonzáles, C.; Blue, H. (1995). *Psiquiatría cultural. Manual del residente de psiquiatría. Capítulo 40*. Masson. 1459-1487 p.

Griffith, E. & Gonzáles, C. (1996). *Fundamentos de la psiquiatría cultural*. En: Hales, J.A.; Yudofsky, S.C.; Talbot, J. A. Tratado de psiquiatría. 2ª Edición. Editorial Ancora S.A. Barcelona. 1445-1470 p.

Gutiérrez, J.& Arboleda, M. (2003). "El diablo y el almanaque 30 años después". 4to Congreso Virtual de Psiquiatría. Universidad del Valle, Colombia.

Jaspers, K. (1979). *Psicopatología General*. Rio de Janeiro. Brasil.

Kershaw, S. (2008). "Culture of surveillance may contribute to delusional condition". *The New York Times*. [En red]. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2008/08/30/arts/30iht-truman.1.15737640.html?pagewanted=all>. Consultado: [31-may-2012].

Kim, K.; Li, D.; Jiang, Z.; Cui, X.J.; Lin, L.; Kang, J.J.(1993). "Schizophreniadelusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: a transculturalstudy". *The International Journal of Social Psychiatry*. 39 (3): 190-199.

Kulhara, P. & Chakrabarti, S. (2001). "Culture and schizophrenia and other psychotic disorders". *Psychiatric Clinics of North America*. 24 (3): 449-464.

Laplantine, F. (1978). *Etnopsiquiatría*. Editorial Veja, Lisboa.

Leandro, M.E.; Machado, J.C.; Gomes, R. (2007). Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: Realidades e Miragens nas Famílias Portuguesas in Pereira, Graça (Org.), *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos Teóricos e Investigação*. Climepsi Editores. Lisboa.

León, C.A. (1970). El Diablo y El Almanaque. *Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat.* 16: 105-116.

Marconi, J. (2000). "Delirium and its Psychopathological Structures". *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, 38 (1) [En red]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717. Consultado: [16-jul-2012].

Marsella, A.J. & Kameoka, V.A. (1989). "Ethnocultural Issues in the Assessment in Psychopathology". *Washington: American Psychiatric Press*.

Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?". *Revista Alteridades*.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1983). "Paranoia and the structure of powerlessness". *American Sociological Review*. 48: 228-239.

Morrison, A. P. (1998). "A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic?". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 26, 289-302.

National Post. (2008). "Reality bites". Canada.com - CanWest MediaWorks Publications Inc. [En red]. Disponible en: <http://www.canada.com/topics/bodyandhealth/story.html?id=2724cd43-07d3-461a-9623-454d707bd42b>. Consultado: [7-jul-2012].

Nunrnberger, J.; Blehar, M.; Kaufman, C. (1994). "Diagnostic interview for genetic studies. Rationale, unique features and training". *Arch Gen Psychiatry*. 51: 849-859.

Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicosociología da Saúde*. Climepsi. Lisboa.

Prilleltensky, J. (2002). "Cultural diversity and mental health. Towards integrative practice". *Clin Psychol Rev*. 22(8): 1133-1154.

Rivera, R. & Ceciliano, Y. (2004). *Cultura, masculinidad y paternidad: Las representaciones de los hombres en Costa Rica*. FLACSO. San José, Costa Rica.

Sharp, H.M.; Fear, C.; Williams, M.G.; Healy, D.; Lowe, C.F. *et al.* (1996). "Delusional phenomenology – dimensions of change". *Behaviour Research and Therapy*. 34: 123-142.

Suassuna, F. (2011). *Dé lirios a los delirios: dos culturas y el arte de una enfermedad delirante*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.

Suhail L.K. & Cochrane R. (2002). "Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations". *International Journal of Social Psychiatry*. 48:126-138.

Tateyama, M.; Asai, M.; Kamisada, M.; Hashimoto, M.; Bartels, M.; Heimann, H. (1993). "Comparison of schizophrenic delusions between Japan and Germany". *Psychopathology*. 26:151-158.

Wang, J.H.; Morales, O.; Hsu, L. (1998). "Auditory hallucinations in bilingual Immigrants". *J NervMent Dis*. 186: 501-3.

Winters, K. & Neale, J. (1983). "Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature". *Clinical Psychology Review*. 3: 227-253.

Zapparolli, M. 2004. "Apuntes de una antropología del género: el caso de los estudios feministas en Costa Rica". *Rev. Reflexiones*. 83 (2): 95-106

Recibido: 31.08.2012 / Aprobado: 07.11.2012