

Cultura o psicosis: ¿una conducta social que induce una psicopatología o una psicopatología que induce una conducta social?

Paula Ariadna Corzo Pérez, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Resumen: El objetivo de esta revisión es ilustrar, a través de un caso clínico, las dificultades que se presentan en el abordaje de los pacientes con diferentes culturas y creencias que por sus características especiales requieren de una evaluación transcultural. Asimismo, también se pretende proporcionar herramientas básicas para su comprensión y análisis ya que cuando un profesional de la salud encuentra en su consulta diaria un caso en el que predominan elementos mágicos, místicos y sobrenaturales que buscan una estrategia de sanación para el individuo y su grupo familiar, éste debe estar en la capacidad de abordarlo de una manera científicamente acertada pero sin interferir con las creencias culturales de éstos. El F44.3 Trastorno de trance y posesión se incluyó en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CDI-10) de la Organización Mundial de la Salud de 1999(1) con fines epidemiológicos y de planeación. Sin embargo, esta inclusión no es suficiente para describir la complejidad de las conductas y estructuras de pensamiento relacionadas con creencias culturales.

Palabras clave: psicosis, cultura, creencias

Abstract: The aim of this review is to illustrate through a case tried, the difficulties encountered while dealing with patients' special cultures and beliefs, which require a culture assessment, given its special features. Also, this review aims at providing basic tools for understanding and analyzing the impact of the cultural environment. In the event that a health professional stands in front of cross culture context in his daily practice, one in which magical and spiritual elements dominate, he/she must have the ability to assess it in a scientifically, way but without interfering with the cultural belief of the individuals. The F44.3 The Trance and Possession Disorder (9) was included in the 1999 International Classification of Diseases (ICD-10) of the World Health Organization for epidemiological and planning purposes. However, this inclusion is not sufficient to describe the complexity of the behaviors and thought patterns related to all different culture beliefs.

Keywords: Psychosis, Culture, Beliefs

Introducción

Los profesionales del área de la salud, en algún momento de su práctica clínica, probablemente se hayan encontrado con situaciones en las que las creencias culturales del individuo y su grupo familiar dan una explicación mágica a los síntomas representados por el individuo. Así, por ejemplo, existen casos de curanderos, chamanes modernos, espiritistas y exorcismos que inducen, de alguna manera, la perpetuación del cuadro clínico y favorecen la presentación de una idea delirante, aceptada por el grupo social al que pertenece el individuo, y dificultando, de esta manera, la comprensión y el abordaje científico.

Partiendo de este planteamiento, y a través de la presentación de un caso clínico de psiquiatría transcultural, se ilustra la controversia y los interrogantes que pueden surgir cuando un estado de psicopatología induce una conducta en un individuo, un grupo familiar, o incluso una comunidad.

Caso clínico

Paciente masculino de 15 años de edad con cuadro clínico de aproximadamente 7 años de evolución que muestra cambios en su comportamiento consistentes en conductas bizarras y extrañas. La madre comenta que el menor frecuentaba el cementerio y le gustaba jugar en la tumba de un



militar, de nombre Juan, que había fallecido en una emboscada. Durante uno de sus juegos el menor entra en la tumba del fallecido y toma un frasco de loción que había en ella. Aplica esta loción en su cuerpo y, posteriormente, su familia asume que es poseído por tres espíritus.

Tiempo después las dificultades de comportamiento del menor empeoran y su familia asume que es a causa de la posesión de los espíritus, ya que éstos controlan y ordenan lo que el menor debe hacer.

El menor describe voces de los espíritus y narra la forma en que éstos le ordenan hacer huecos en el jardín de su casa y buscar un tesoro escondido. En varias ocasiones el menor encontró dinero y otros objetos de valor durante sus excavaciones lo cual reforzaba sus ideas extrañas. La familia interpreta las alteraciones de conducta como un estado de trance y posesión.

Las conductas disociales del menor, las alucinaciones auditivas de ordenanza y sus conductas bizarras fueron aumentando progresivamente con la edad del menor, hasta volverse intolerables para su madre.

Su familia relata el momento en que “se salió de control”. La narración, en sus palabras, es como sigue: “todo empeoró un domingo de ramos, el niño se volvió ansioso, inquieto, irritable. En la casa pasaban cosas extrañas; lanzaba objetos por el aire; aparecían mensajes extraños escritos en un idioma extraño y con letras extrañas; y, veían como le lanzaban objetos al niño, aspecto que la familia interpreta como obra de los espíritus”. La madre, con temor, comenta que en una ocasión observó cómo le arrancaba la cabeza a una muñeca. El núcleo familiar del menor decide acudir a un espiritista. La espiritista les informa que el menor estaba poseído por el espíritu de Juan y los espíritus de los hermanos de Juan, y que solo liberaría al menor si éste hacía lo que ellos le ordenaran. En caso contrario Juan se llevará al niño.

Después de la visita de la espiritista, el menor es tratado como el iluminado. El padre aseguró que había presenciado situaciones de trance y posesión en su hijo, que levitaba elevándose dos metros en el aire y que no ha podido despertarlo, que hace milagros y predice el futuro. Es reconocido por su grupo social como “El hermano”, viste de blanco y muchas personas acuden a su casa en busca de ayuda. Le construyen un altar. El padre le lleva a visitar a un sacerdote para que le realicen un exorcismo, aunque sin mejoría. Las conductas del menor fueron toleradas y aceptadas; incluido el hecho de tener relaciones con su madrastra a pesar de poner en peligro la vida de su hermanastro, ya que el menor ordena que se sacrifique a su hermanastro por poseer un demonio. En este momento, el padre consulta con un psicólogo y el menor es remitido a las urgencias del servicio de psiquiatría.

Una vez que el niño sale de su núcleo familiar, se delega el estado de trance y posesión a la hermana menor del padre del paciente, a quien también se le construye un altar.

Formulación cultural

La cultura es un fenómeno que define los sistemas y, necesariamente, representan las necesidades del colectivo; es decir, todos aquellos patrones de conducta y del pensamiento aprendidos a lo largo de la vida y que, de una u otra manera, determinan la forma de comportarse dentro de una sociedad, la normalidad de la anormalidad, o lo correcto de lo que es visto como incorrecto. La cultura tiene una alta probabilidad de estar interfiriendo cuando el método científico y la clínica fallan en el diagnóstico. Son actitudes y comportamientos que constituyen la forma de ver el mundo y un estilo de vida de un grupo social (Lewis-Fernández & Kleinman, 1995).

En este caso en particular, es probable que el síntoma apareciera como una extensión de las creencias culturales y una expresión de las mismas. El temor que genera la alteración de comportamiento del menor llevó al grupo familiar a buscar una explicación culturalmente aceptada para los fenómenos que toda la familia presenció. De esta manera, aparece una creencia compartida, no sólo por el grupo familiar, sino por el grupo social al que pertenece el menor (Freud, 2010). Además, una creencia que es compartida por todo el grupo social del menor, le reconoce como un ser iluminado utilizado por seres del más allá para ayudar y sanar a las personas de su comunidad (Lukoff, Lu y Turner, 1995).

Es una medida, inconsciente o consciente, de la necesidad de establecer una estructura que le permita al menor funcionar y, a la vez, protege a sus miembros de las severas alteraciones de conducta del menor, permitiendo la identificación con ideales compartidos y valores culturales. De esta manera, la psicosis en este caso en particular, podría concebirse como un constructo social que protege al individuo de lo que, desde un punto científico, se concibe como patológico. El modelo científico no debe olvidar que, en la mayoría de las comunidades, el individuo, consciente o inconscientemente, actúa en relación con sus ancestros, su cultura, la comunidad a la que pertenece y lo que los demás esperan de él. De esta manera, la religión y las creencias primitivas no solo satisfacen una necesidad espiritual y física, sino que ayudan a integrar al individuo en la sociedad; contribuyen a mantener la estructura y el equilibrio de la sociedad; fortalecen el significado de grupo; y, refuerzan el valor de grupo como tal (Levine & Gaw, 1995).

Comprender los patrones culturales del grupo social, proporciona al individuo las claves para un comportamiento apropiado y le guía en la evaluación y comprensión de la realidad. Si las claves son ambiguas o inciertas, la reorientación y la reintegración son más difíciles. Esto induce el síntoma y lleva a crear una dependencia del síntoma y de la propia cultura. Estos patrones preestablecidos generan que el individuo encaje en un patrón de comportamiento insano e inducido, directa o indirectamente, por su comunidad y su cultura (Mezzich, 1995).

La intolerancia a las alteraciones de la conducta del menor tuvo como consecuencia que su conducta se concibiera como anormal a pesar de que inicialmente se aceptara e, incluso, se le concediera el título de iluminado y se construyera un altar en su honor.

Todo lo anterior evidencia la tolerancia frente a los fenómenos anormales, concebidos como espirituales en determinados contextos culturales, y explica cómo individuos con trastornos similares funcionan de manera diferente en contextos culturales diferentes (Escobar, 1995; Kleinman, 1980; Joseph & Peter, 2007).

En este caso en particular el menor logra, a través del síntoma, el reconocimiento familiar y social que antes no tenía, lo que le motiva, consciente o inconscientemente, a continuar con la representación del síntoma. El menor, que no había logrado funcionar, lo consigue a través del reconocimiento espiritual de su grupo social.

Éste es un claro ejemplo de cómo los síntomas determinados socialmente varían de cultura a cultura y, de esta manera, también refuerzan el papel de enfermo. Existen diferentes culturas y diferentes formas de percibir el mundo de acuerdo a cada una de éstas. Por ello, al abordar al enfermo, es necesario buscar un punto de equilibrio que permita la restauración del funcionamiento sin causarle al paciente ningún estrés (Kleinman, 1980).

¿Cómo abordar los estados mentales anormales?

Propuesta (Mezzich, 1995):

1. Hacer un análisis sistemático del trasfondo cultural del paciente.
2. Identificar el papel del síntoma dentro del grupo social.
3. Identificar el papel de la cultura en los síntomas.
4. Evitar que las creencias culturales interfieran con la relación médico paciente.
5. Identificar la identidad cultural del individuo.
6. Explicar culturalmente los síntomas.
7. Identificar factores socioculturales relacionados con el funcionamiento del individuo.

Discusión

El concepto de psiquiatría transcultural ha ido evolucionando. Existen muchos debates sobre lo que definimos como normal y como anormal. En el caso presentado, surgen varios cuestionamientos que requerirán mayor discusión para ser resueltos, y se plantean varias reflexiones para futuras discusiones en las que debemos de continuar trabajando.

Este caso de un menor con severas alteraciones en su comportamiento, miembro de una familia nuclear biparental disfuncional, que evoluciona hasta un estado de psicopatología compleja,

evidencia la necesidad de un abordaje temprano de todas las alteraciones de comportamiento infantil a fin de mitigar o prevenir el desarrollo de estados psicopatológicos complejos.

El síntoma parece surgir como una medida desesperada que se nutre de las creencias mágicas y religiosas del núcleo familiar y social, quienes frente a una serie de eventos inexplicables, convierten al menor con alteraciones de comportamiento, y hasta ese momento disfuncional, en el centro del universo, logrando que todos giren a su alrededor. De esta manera, el menor consigue lo que nunca antes había tenido, tener la atención no solo de su familia, sino de la comunidad en la que vive. Es reconocido como un ser superior, iluminado y enviado del más allá para resolver y ayudar a resolver los problemas de otros.

El grupo social del menor reconoce el síntoma como un don que le confiere poderes especiales. Esto refuerza constantemente la conducta y da poder al menor enfermo. Únicamente se consigue evitar la perpetuación del cuadro clínico cuando se pone en riesgo la vida del hermano menor del iluminado y, entonces, el padre decide intervenir.

Conclusión

Se trata de un menor con un trastorno de conducta, que requiere de un estímulo constante; poco tolerante, impulsivo, irreflexible frente a situaciones emocionales; que continuamente manipula para lograr que todos giren a su alrededor, obtener aprobación y lograr confirmación de sus conductas. Su estado cognitivo emerge de una ausencia de introspección y un exceso de atención a elementos externos. Es miembro de una familia para la que es más fácil aceptar un fenómeno paranormal que las limitaciones de su propia estructura familiar en la contención afectiva y conductual de su hijo.

REFERENCIAS

- Escobar, J. I. (1995). "Transcultural Aspects of Dissociative and Somatoform Disorders". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3): 555-571.
- Freud, S. (2010). *Psicología de las masas*. Biblioteca Freud. Ed. Alianza.
- Joseph, A. M. & Peter, J. R. (2007). "Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies". *Psychiatric Clinics of North America*, 1(5): 182-195.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An Exploration of the borderland between Anthropology*. Medicine and Psychiatry. Berkeley University of California Press.
- Levine, R. E. & Gaw, A. C. (1995). "Culture Bound Syndromes". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 523-537.
- Lewis-Fernández, R. & Kleinman, A. (1995). "Cultural psychiatry". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 433-449.
- Lukoff, D., Lu, F. G. & Turner, R. (1995). "Culture Considerations in the Assessment and treatment of religious and spiritual problems". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 467-487.
- Mezzich, J. E. (1995). "Cultural Formulation and Comprehensive Diagnosis". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 649-659.
- Organización mundial de la Salud (1999). *Décima Clasificación Internacional de Enfermedades*.

SOBRE LA AUTORA

Paula Ariadna Corzo Pérez: Médico Cirujano graduada de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Psiquiatría graduada de la Universidad Militar de Nueva Granada. Candidata Doctorado en Bioética Universidad Militar de Nueva Granada. Actualmente Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio. Coordinadora de Investigación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia. Psiquiatra Hospitalaria Clínica del Sistema Nervioso Renovar.