

IV. Aspectos transculturales de la esquizofrenia

¿Cuál es el concepto de psiquiatría transcultural? Esta disciplina fue organizada por Eric Wittkower en 1950. Henry Murphy definió los principales objetivos de la disciplina: identificar, verificar y explicar las relaciones entre la enfermedad mental y las amplias características psicosociales que diferencian las naciones, personas y culturas. La variación cultural es más pronunciada en desórdenes reactivos y neuróticos, pero la influencia de la cultura es algo muy importante en las psicosis mayores y puede ser reconocido también en los síndromes cerebrales orgánicos (Jilek 2001).

Kroeber y Kluchohn definen así el concepto de cultura: «La cultura consiste en modelos explícitos o implícitos, de y para el comportamiento, adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen las realizaciones distintivas de los grupos humanos, incluyendo su encarnación en instrumentos; el núcleo esencial de la cultura lo constituyen ideas tradicionales y, especialmente, los valores adscritos a ellas; los sistemas culturales pueden ser considerados, en un aspecto, como productos de la acción, y en otro como elementos condicionantes de acciones futuras». La clase de conducta exhibida por el grupo, es llamada su cultura (Balbo 2004).

Ramón de la Fuente destaca: “No hay nada en el pensamiento biológico moderno que excluya o subestime la importancia de la cultura o de los sistemas sociales en el desarrollo de los seres humanos, incluyendo sus patrones de salud y enfermedad” (De la Fuente 1992).

En un estudio, Loewenthal y Cinnirella (1999) entrevistaron a mujeres de diferentes religiones que radicaban en Gran Bretaña, para obtener sus comentarios sobre cuáles eran las opciones que consideraban para obtener ayuda frente a los padecimientos psiquiátricos, teniendo como resultado que hacían oración para pedir alivio a su padecimiento, o acudían con su guía espiritual, dependiendo de su religión, entre otras cosas. Las tres formas de intervención que consideraban para el tratamiento de la esquizofrenia fueron: medicamentos (vistos como el tratamiento más importante ofrecido por médicos generales o por psiquiatras), psicoterapia y oración, que es la intervención religiosa más usual que refieren las entrevistadas (“Si tú sabes que existe un Dios que está escuchando tus plegarias, está bien, pero sólo al hablarle pienso que puede ayudar, sí...” Cristiana negra). Ellos concluyeron que para las entrevistadas era igual de útil, o incluso más, el hacer oración que los medicamentos ofrecidos por el profesional.

Neimeyer y Mahoney (1995) dicen que la perspectiva narrativa-constructivista se enfoca en que ciertas formas de malestar surgen de las historias que la gente cuenta entre

ellos mismos; entonces, si esas historias se describieran, los síntomas y el malestar se aliviarían (Kirmayer 1999).

En nuestra cultura, y en general en toda América Latina, existe la difusión de un paradigma no clínico, que es la hibridación que hacen muchos dolientes de la locura entre un conocimiento “médico” e ideas de corte religioso Judeo-cristiano, viejas prácticas chamánicas amerindias, nociones de brujerías, maleficios y agresiones mágicas, y aún elementos trasplantados de sistemas religiosos del Oriente; es una comprensión de la locura que se sustenta en creencias y lógicas culturales peculiares de nuestra población. No se habla de comunidades científicas reunidas, sino de un conjunto heterogéneo de sanadores, curanderos, chamanes, sacerdotes y especialistas religiosos de variados credos y confesiones, y sus seguidores (Uribe 1998).

En el servicio de psiquiatría del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde” de la ciudad de Guadalajara aplicamos una serie de entrevistas semiestructuradas a 41 familiares de pacientes psiquiátricos con diferentes diagnósticos. Respecto a la concepción etiológica de la enfermedad, el 27% consideró que el padecimiento se debía a la ingestión de drogas; el 22% respondió que era por “nervios”; el 20% señaló un traumatismo craneoencefálico, y el 12% pensó en la brujería. Suponemos que el porcentaje debe ser mayor, pero sólo éstos se atrevieron a manifestarlo (Villaseñor 2003). Queda claro que una parte importante de nuestros pacientes comparten estos conceptos etiológicos vinculados a la hechicería.

Los Aymaras y Quechuas (andinos) creen que el cuerpo humano es vulnerable a la penetración de espíritus malignos que se apoderan del cuerpo ocupando el lugar del alma. Estos son los presuntos causantes de muchas enfermedades a través de emanaciones invisibles que afectan a las personas (Hollweg 2001).

La originalidad del avance de Witzum y Goodman radica en su atención sistemática al fondo cultural de los pacientes, para comprender las expresiones sintomáticas de malestar y como una manera de tener intervenciones culturalmente apropiadas (Kirmayer 1996, Rousseau 1999). La noción de trabajar dentro del mito del paciente o la metáfora tiene una larga historia en terapia estratégica y hace un sentido intuitivo a los psiquiatras culturales. Simplemente se involucran usando el propio lenguaje del paciente; mientras que la psicoterapia psicodinámica ofrece a los pacientes maneras de ver el mundo que tienen implicaciones lejanas en torno al problema presente, las intervenciones enfocadas en el síntoma y contextualizadas en el idioma personal y cultural propios del paciente tienen mayor alcance para brindar alivio (Kirmayer 1999).

Es un error pensar que sólo la gente del pueblo mantiene estas formas de conceptualización y tratamiento ritual de enfermedad mental. Hay situaciones que demuestran que pacientes provenientes de todos los estratos sociales y condiciones culturales recurren a estos rituales de curación o aflicción cuando su salud mental y su vida en general se ven seriamente afectados (Uribe 1998).

La presencia del llamado neochamanismo en América Latina ha sido destacado por Eduardo Medina (2012), quien en su conferencia magistral durante el 3er Congreso Internacional de GLADET en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, subrayó la creciente influencia de estas estrategias terapéuticas ante la enfermedad mental en nuestros días.

PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

Desde la perspectiva de la psiquiatría transcultural, la metodología de estudio está basada en lo general en:

1. Definir una entidad por consenso entre expertos a través de criterios, lo más operativos posibles.
2. Diseñar un instrumento capaz de medir dicha entidad (cuestionario, entrevista semiestructurada u otros).
3. Traducir y contratraducir dicho instrumento al idioma y cultura locales por personal procedente de cada una de las dos culturas.
4. Adaptación cultural del instrumento.
5. Administración a una muestra no sesgada y representativa de dicha cultura.
6. Comparación transcultural de los datos obtenidos en diferentes países.

Desde esta perspectiva se han desarrollado los diferentes estudios piloto de carácter internacional impulsados por la Organización Mundial de la Salud y la mayoría de estudios publicados en las revistas especializadas de psiquiatría. La entrevista semiestructurada PSE (Psychiatric State Examination), con corrección informatizada a través del programa CATEGO, sería el instrumento más conocido y utilizado para este tipo de estudios. Prácticamente la totalidad de los cuestionarios utilizados en la actualidad por profesionales de salud mental han sido traducidos y/o validados transculturalmente, y existen datos de procedencia diversa comparando valores normativos, en lo que anteriormente denominaban estudios ético-forzados.

A nivel general puede considerarse que en las culturas no occidentales:

1. Hay una tendencia a la aparición de cuadros psicóticos breves con una menor tendencia a la cronificación.
2. Los síntomas psiquiátricos pueden ser más dramáticos y espectaculares para un observador occidental.
3. La expresión psicológica de los síntomas suele ser global, abigarrada o atípica, y la diferenciación entre las diversas categorías psiquiátricas, incluso entre neurosis y psicosis, es difícil.

4. Lo somático y psicológico se presenta desde una visión unificada. Hay una gran expresión somática de las emociones o estados de ánimo, con frecuencia predominante sobre la puramente cognitiva.
5. Las reacciones de miedo y pánico son muy frecuentes, adoptando formas de presentación culturalmente específicas.

Es importante destacar que con mucha facilidad estas reacciones de miedo/pánico adquieren un matiz paranoide. Analizándolo según las principales categorías de las clasificaciones occidentales, puede considerarse el siguiente apartado.

SÍNTOMAS PSICÓTICOS: RELATIVISMO CULTURAL DE LOS DELIRIOS Y LAS ALUCINACIONES

Delirios. Los delirios o delusiones — como Honorio Delgado prefería llamarles — deben lógicamente reflejar el tiempo y el espacio en el que se producen. Un paciente paranoide en una ciudad occidental se quejará de que la policía lo controla y persigue, o de que recibe radiaciones de la pantalla del ordenador mientras que un paciente de idénticas características de un poblado africano identificará probablemente a sus agresores con personas de otras comunidades.

Hablamos de un delirio como de una creencia irracional que la persona defiende de manera firme a pesar de los argumentos o pruebas que existen en sentido contrario. Este proceso es en realidad bastante más complejo y hay diversos manuales específicamente sobre la validación transcultural de instrumentos psicométricos que se pueden consultar. (Wig 1984, Mezzich, Kleinman, Fabrega, Parron 1996).

ESQUIZOFRENIA

Los reportes de la World Psychiatric Association (WHO) sobre el curso y la mejoría de los pacientes con esquizofrenia, investigados en Japón, Hong Kong y Singapur, demostraron un curso más favorable y mejor resultado en la evolución de la enfermedad que en Europa y Norteamérica (Jilek 2001). En su consideración de las realidades clínicas de la esquizofrenia, el DSM-IV advierte a los lectores que la evaluación de los síntomas de esta enfermedad mental “en situaciones culturales o socioeconómicas diferentes de las propias, debe tomar en cuenta tales diferencias culturales”. Más aún, que “ideas que pueden parecer delirantes en una cultura (por ejemplo, la magia y la brujería) bien pueden ser comunes en otra. En algunas sociedades, las alucinaciones visuales o auditivas con contenido religioso pueden ser parte normal de la experiencia religiosa (por ejemplo, ver a la Virgen María u oír la voz de Dios)”. Estas advertencias aparecen en una sección específica de la discusión en torno a los síntomas de

la esquizofrenia: "Rasgos específicos de la cultura, la edad y el género" (Uribe 2000).

En el examen psiquiátrico, los síntomas universales de la esquizofrenia se deben contrastar con las particularidades culturales y personales que exhibe el enfermo. En términos generales los síntomas son: delirios, alucinaciones de varios tipos, lenguaje desorganizado e incoherente, comportamiento catatónico o arrevesado, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia y abulia), acompañados por disfunción social y ocupacional del enfermo en el tiempo mínimo ya establecido (Uribe 2000).

Según Sartorius y Jablensky (1986, 1992), los pacientes con esquizofrenia de los países occidentales desarrollados muestran una mayor frecuencia de síntomas depresivos, alucinaciones primarias, inserción del pensamiento y retransmisión del pensamiento, mientras que en los países no occidentales y menos desarrollados las alucinaciones visuales y auditivas fueron más frecuentes (Jilek 2001).

Katz (1988) encontraron que hay diferencias importantes en las manifestaciones de la esquizofrenia, en las cuales, su equipo concluyó que el contenido de los síntomas psicóticos tendía a identificar los problemas críticos existentes en una cultura particular. Ndeti y Vadher (1984) observaron que la predominancia de delirios de persecución y alucinaciones auditivas en desórdenes no esquizofrénicos sugería que no eran necesariamente indicativos de esquizofrenia en personas con antecedentes culturales africanos (Jilek 2001).

De acuerdo a Torrey (1974), las sociedades que tienen mayor exposición a la influencia occidental tienen más número de casos. Murphy (1982) notó cuatro diferencias en la incidencia de casos entre las culturas. Sin embargo, concluyó que "las formas de vida no occidentales no ofrecen protección contra la enfermedad mental como punto para hacer una marcada diferencia en la frecuencia". De acuerdo con Wittkower y Rin (1965), la prevalencia de esquizofrenia se encontraba entre 0.9/1000 pobladores en Taiwán, en comparación de 9.5 en Suecia.

Aspectos transculturales del síndrome esquizofrénico

Hay ligeras variaciones en la incidencia de las diferentes culturas, atribuible probablemente a las diferencias en la patogénesis (del mismo modo en que hay diferencias en la prevalencia de hipertensión, diabetes o cáncer de colon en función de factores ambientales).

En el caso de la esquizofrenia podrían influir variaciones en la distribución de infecciones perinatales, deficiencias nutricionales, traumatismos craneoencefálicos, trastornos endocrinos o abuso de sustancias. Esto por sí sólo no explica, por el momento, las cifras notablemente más elevadas de prevalencia en ciertas áreas geográficas (v.g. Irlanda, Croacia, norte de los países escandinavos o inmigrantes caribe-

ños de segunda generación en Inglaterra), por lo que deberían aceptarse quizás algunos determinantes genéticos.

Respecto a la patoplastia en las culturas no occidentales, la esquizofrenia se presentaría coloreada por los elementos culturales (aunque manteniendo el síndrome nuclear). Así, por ejemplo, en la esquizofrenia en Japón hay un aumento de la frecuencia de síntomas fóbicos y de culpa, y aparecen con frecuencia formas exageradas de autoacusación. En China, en la presentación se da gran relevancia a los síntomas somáticos.

Pero en una cultura u otra habría un núcleo (delirio/pseudoalucinaciones) reconocible. En cuanto a los subtipos y las formas de presentación en los países occidentales, los estudios señalan que se hizo el giro de las esquizofrenias con fondo afectivo o las catatonías a las formas de esquizofrenia paranoide que son actualmente la abrumadora mayoría.

Cada vez aparecen con mayor frecuencia personas con esquizofrenias de tipo paranoides, en detrimento de las agudas o las de fondo afectivo. Este fenómeno no es tan sorprendente si se tienen en cuenta al menos 3 factores:

1. Los estudios clásicos que describían cuadros catatónicos no tenían bien perfilado el terreno en que solapan los trastornos afectivos y esquizofrénicos. Hoy en día se sabe que la mayoría de cuadros catatónicos corresponden a síndromes afectivos y no esquizofrénicos. Habría pues un problema de variación de los criterios diagnósticos.
2. La segunda causa de catatonía son los síndromes orgánicos cerebrales (neoplasias, encefalitis, cuadros degenerativos), mejor diagnosticados y tratados hoy por hoy en los países occidentales.
3. Los síntomas catatónicos desaparecen rápidamente en la actualidad con la administración de neurolepticos o TEC y ya no reaparecen.

Todas estas reflexiones fueron las que llevaron a la formulación del modelo de la "Alta" y "Baja Emoción Expresada" como un intento para explicar los determinantes familiares y sociales de las recaídas en la esquizofrenia. Según este modelo, una exigencia excesiva o una sobreestimulación son tan negativos para el pronóstico como la falta de estimulación ambiental.

En cuanto al curso clínico, en culturas no complejas las esquizofrenias se describen como cuadros de inicio agudo y fulminante y remisión completa, frente a los cuadros más solapados y con evolución con tendencia a la cronicidad de los países occidentales. El estudio internacional de la OMS de 1986 sobre factores determinantes del pronóstico en diferentes culturas muestra que incluso utilizando sólo primeros brotes psicóticos (para evitar los sesgos por las diferencias en los sistemas de atención sanitaria) y aplicando criterios homogéneos, el pronóstico es notablemente peor en los pacientes que viven en el medio occidental.

Estos resultados han sido reproducidos con diferentes modelos y contextos, y son consistentes y universales.

No hay todavía una explicación plausible para el proceso de cronificación de la esquizofrenia que se asocia al medio euroamericano. Las diferencias en la forma de presentación, el curso y el pronóstico, unido a que los términos esquizofrenia simple, hebefrénica, latente etc., son de difícil aplicación en muchos países no euroamericanos, ha hecho que Wig y otros autores postulen que la única distinción que parece útil en las personas no occidentales sea entre formas agudas y crónicas de esquizofrenia. En este sentido, para entender las psicosis en el sur habría que rescatar, para Wig, el diagnóstico de psicosis histérica. En la India son muy frecuentes, en su experiencia, los cuadros psicóticos que asientan sobre personalidades marcadamente histéricas.

En todos estos casos, como en los referidos en África por múltiples autores, acostumbra haber un precipitante en forma de estrés agudo. Si intentáramos rescatar el concepto evitando el término histeria, podría decirse que se trata de psicosis transitorias mal diferenciadas, fácilmente producidas por desencadenantes ambientales y de aparición recurrente. No hay datos de seguimiento longitudinal de estas psicosis como para situarlas en la familia de las esquizofrenias o no (Leff 1988, Bulbena, Berríos, Fernández 2000).

Algunos reportes tempranos de estudios clásicos de diferencias transculturales en cosas sobresalientes consideradas típicas de esquizofrenia, son los siguientes:

- *India*. Rigidez catatónica, negativismo y estereotipia han sido reportados como más comunes en India (Wittkower 1965). Por lo tanto son síntomas somáticos, uso de lenguaje corporal, comportamiento callado, control de enojo o agresión. La confusión y perplejidad son más comunes; casi nunca se observa intensa ansiedad emocional. Hoch (1961) comentó una retirada emocional como un mecanismo sancionado socialmente.
- *África*. Gordon [citado en Wittkower (1971) habló sobre las alucinaciones francas, bizarras y sociales en las esquizofrenias en África, y las llamó una “pobre imitación de las formas europeas”. También notó una identificación grandiosa con Dios.
- *Japoneses*. Enright y Jaekle (1963) reportaron que tienen más ideas de referencia y disturbio del pensamiento que los filipinos. Los cambios en el contenido de los delirios también han sido reportados en japoneses, antes y después de la segunda guerra mundial; el enfoque de delirios grandiosos estaba relacionado con la retirada de los americanos y la CIA por el emperador.
- *Americanos*. Schooler y Caudill (1964) reconocieron en un reporte una interrupción generalmente mayor del examen de realidad, alucinaciones e ideas bizarras en americanos que en japoneses.
- *Italianos vs. Irlandeses*. En comparación, los italianos mostraron mayor hostilidad, actuar hacia fuera, euforia y manierismos bizarros, sin sentimiento de culpa y pecado, y expresión más directa en el área de la sexualidad; homosexualidad latente, culpa sobre la sexuali-

dad, ansiedad ambivalente, miedo y hostilidad en los irlandeses (Opler 1959).

- *Cristianos y musulmanes*. Delirios de destrucción y religiosos han sido más referidos entre cristianos y musulmanes (Murphy 1971).

Los investigadores de la WHO concluyeron que el resultado puede ser más favorable en situaciones caracterizadas por la economía agrícola, poca movilidad vertical, familias grandes, servicios psiquiátricos que incluyen la participación activa de la familia y la ausencia de estereotipos específicos comunes de la enfermedad mental (Varma 2000).

Al adentrarnos más al estudio de las sociedades occidentales, encontramos estas manifestaciones, estudiadas personalmente y con resultados impresionantes, veamos algunas expresiones de la enfermedad mental propias de los pueblos latinoamericanos:

Cultura maya

La traducción más sencilla de *Moxrik* es “locura”; el *Imox* es uno de los 20 días del calendario maya que significa locura. En el *Moxrik* están agrupadas, principalmente, una serie de conductas que en la vida del ser humano se deben evitar para vivir en armonía con los demás, tales como la envidia, el rencor, la desconfianza, la venganza, el autoritarismo, la discriminación, los celos, la violencia, la irresponsabilidad, el robo, la mentira, la deuda, los chismes, la ambición, el orgullo, la cólera, la rabia, etc. Como se puede apreciar, en su mayoría son actitudes irreflexivas, impulsivas y que se oponen a valores como la honradez, la verdad, la modestia, la humildad, el perdón, el respeto, la equidad, etc.

Cuando varias de estas conductas se presentan sistemáticamente en los individuos, se tiene como consecuencia un *Moxrik*, ya que son conductas que no son consideradas normales en los individuos. Algunas de estas conductas estarían tipificadas como delitos por occidente, delitos que se castigan, que se sancionan. En la cosmovisión maya, estas conductas son consideradas una enfermedad que puede ser corregida con el debido tratamiento, el cual incluye desde la psicoterapia hasta la reparación de daños causados por el enfermo y la reconciliación con los afectados.

Este caos en la vida trae consigo manifestaciones físicas como dolor de cabeza constante, síncope, convulsiones, desmayos, entre los más frecuentes. Las personas con *Moxrik* pierden las nociones culturales de orden, por ejemplo, “se desnudan en las calles, se quitan la ropa y gritan”, hay una pronunciada agresividad física y verbal consigo mismo y con los demás, “pelean o rematan con cualquiera”, “amenaza con suicidarse”, “están muy irritables o histéricos, coléricos”, “reaccionan como rabiosos: k’lu’m”; pareciera que quieren desahogarse amenazando a los demás. Asimismo, tienen síntomas paranoides tales como (en caso de los hombres) dudas de que sus hijos son suyos; si es mujer piensa que el marido la engaña con otra mujer, constantes celos in-

justificados o celopatía, por lo que desconfían de su pareja y siempre piensan o toman mal las cosas; tienen alucinaciones visuales de que objetos o animales los persiguen y huyen.

Este desorden, confusión o caos también lleva a las personas con Moxrik a tomar actitudes muy violentas, “pegan y maltratan sin razón a sus hijos”, se vuelven delincuentes, roban, violan, se endeudan y luego se niegan a pagar, pueden volverse asesinos; son en general muy agresivos, “peleoneos y chismosos, hablan mal de los demás”, discriminan.

La frontera entre causas y consecuencias es, en este caso, muy difusa, es un círculo vicioso que está en constante movimiento, en el que lo único claro es que es un problema que no proviene únicamente del individuo, proviene de su entorno, y éste también sufre las consecuencias. Este problema se presenta principalmente en las personas mayores de 15 años, puede afectar a familiares o personas muy cercanas del enfermo; se puede transmitir de padres a hijos si durante la concepción o el embarazo los padres padecían Moxrik (Chávez 2005).

Cultura nahua

Mirando al pasado prehispánico, recordaremos que a las personas que estaban locas las llamaban cuatlahueliloc o yollotlahueliloc (Molina 1970). Ambos términos hacían referencia a la disminución de las funciones orgánicas.

Podríamos decir, a grosso modo, que había tres tipos de médicos:

- a) Los sacerdotes de los diferentes dioses, que debían conocer y tratar las enfermedades enviadas por el dios al cual servían (por ejemplo, Tezcatlipoca), enviaban las enfermedades epidémicas y, quizás, la locura. Aquí podría incluirse a un grupo especial de sacerdotes quienes, aunque no realizaban acciones de tipo curativo, tenían una función que podría asimilarse a la del psicoanalista moderno. Se trata de los tonalpouhque o tonalpouhqui (aquel que cuenta el destino), que eran los adivinos más importantes. Gracias a sus interpretaciones la gente podía sentirse aliviada o no. También se les llamaba temiciximatini o temicnamictiani (intérprete de los sueños).
- b) Los médicos o brujos marcados por su fecha de nacimiento.
- c) El grupo de los titici, quizás el más numeroso, que cultivaba, aplicaba y transmitía los conocimientos empíricos. Sus miembros eran los más técnicos. Parres y Wasserman consideran que los tlamatini (médicos aztecas) eran verdaderos psiquiatras que poseían una “verdadera psicoterapia”. Opinión que toma con mucha reserva Pérez-Rincón (1994).

Algunos tipos de locura se debían a enfermedades por posesión. Las cihualpipiltin o cihuateteo, es decir, el espíritu de las mujeres muertas durante el parto, que se volvían diosas así llamadas, poseían a los enfermos y les robaban su belleza. La locura y diversos tipos de parálisis eran causados por ellas. Una enfermedad muy típica, provocada por los dioses

menores de la lluvia que enviaban rayos a sus víctimas, era una especie de locura confundida con una clase de maldad o de mala intención como único proceso psicopatológico.

Esto puede explicar por qué a algunos locos furiosos les llamaban aacquiiau, aquel que sufre de intrusión. Curiosamente, en la actualidad les llamamos alienados.

Las “limpias” eran muy utilizadas para curar a las personas poseídas por las cihualpipiltin, por otros dioses o por los malos aires. Se hacían figurillas de papel o de maíz para transferirles los malos espíritus, y luego se colocaban en los cruceros de los caminos para que quien pasara se los llevara (Villaseñor 1995).

BOUFFÉE DÉLIRANTE

Una variedad de etiquetas diagnósticas han sido aplicadas por autores anglófonos para designar algunos desórdenes psicóticos transitorios, como el término Bouffée délirante, introducido por Magnan en 1886, usado para designar reacciones psicóticas transitorias. Ataques repentinos de breve duración con delirios paranoides y alucinaciones concomitantes, precipitadas típicamente por un miedo intenso o persecución mágica a través de algún hechizo o embrujo. Se caracterizan por estado confuso y comportamiento altamente emotivo y, después del ataque, amnesia. En esta sintomatología, la Bouffée délirante recuerda las reacciones psicóticas durante las primeras fases de industrialización y urbanización en masa en Europa del siglo XIX, descritos bajo los nombres de folie hystérique en París, y amentia transitoria en Viena (Morel 1860, Meynert 1889).

Los temas delirantes son variables y múltiples, pudiendo combinar ideas de persecución, grandeza, transformación de sí mismo o del mundo, así como ideas de influencia o posesión (Villaseñor 1993). Bajo esta definición podemos observar variadas presentaciones de Bouffée delirante entre las diversas culturas que se han estudiado. El diagnóstico se funda principalmente en carácter brutal de inicio, aspecto polimorfo y variable de la experiencia, la adhesión inmediata al delirio intensamente vivido y la evolución en algunas semanas, sin dejar secuelas, aunque las recaídas sean posibles (Villaseñor 1992).

La Organización Mundial de la Salud, ha incluido en su clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) el grupo de las Psicosis cicloides, juntamente con la Bouffée délirante, bajo el rótulo de trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0 y F23.1).

TERAPÉUTICAS EMPLEADAS

En las culturas occidentales, particularmente en el México prehispánico, encontramos estos datos rescatados de los códices encontrados, donde la herbolaria era la herramienta

curativa más poderosa; se encuentran las semillas y hojas de epazote (*Teloxys ambrosioides*) empleadas para el espanto, y los frutos de la granadilla (*Passiflora* spp.) se usaron para padecimientos del corazón, nervios, presión arterial. Entre las plantas que “alteran la mente” se encuentran las flores de tabaco (*Nicotiana tabacum*), el ololiuhqui (*Turbinaria corymbosa*), el sinicuichi (*Heimia salicifolia*) y la flor de cacao (*Quararibea funebris*). A la llegada de los españoles, algunas plantas se sustituyeron por otras de origen europeo; tal es el caso del pericón o yauhtli (*Tapetes lucida*), utilizado para el espanto, que vino a remplazarse por la ruda (*Ruta chalepensis*). Del mismo modo, el estafiate o iztáhuatl (*Artemisia mexicana*) utilizado para el susto, remplazado por el romero (*Rosmarinus officinalis*) (Bye 1999).

El grupo de alucinógenos que la antropología moderna ha relacionado con procedimientos chamánicos y ha asociado a situaciones de curación religiosa, era considerado por las culturas prehispánicas como celeste y de naturaleza caliente, a pesar de que algunos de ellos fueran plantas acuáticas. Por ello, además que por sus efectos sobre la mente, eran ampliamente utilizados en el tratamiento de las enfermedades febriles y para aliviar problemas reumáticos (Viesca 1999).

Psicoterapia metacultural

Explica Devereux, fundador de la Etnopsiquiatría (Devereux 1970, Villaseñor 1999), que los orígenes del término psicoterapia “metacultural” se remontan al momento en que él trataba de distinguir este tipo de psicoterapia como una útil herramienta que permitiera al psiquiatra tratar sin limitaciones lo mismo a un marqués francés, que a un esquimal, que a un africano, y que esta actitud terapéuticamente neutra con respecto a la cultura del paciente era una psicoterapia neutra, por la actitud y la aceptación del terapeuta, que se basa para su trabajo en los principios de la cultura en sí y de sus categorías culturales universales, y esto la hace una psicoterapia “metacultural”, distinguiéndola de una psicoterapia “intercultural” que es la que se realiza cuando el terapeuta trabaja con pacientes de una cultura tribal determinada (Colli).

Devereux considera que es imposible disociar el estudio del psiquismo y de la cultura; ninguna puede ser considerada como derivada de la otra, ya que ambas son “co-emergentes”. Es imposible concebir una cultura que no sea vivida por un psiquismo (la primera sólo existe en la segunda) (Villaseñor 1994).

Distintas creencias míticas influyen en los contenidos del pensamiento de personas con trastornos mentales referidos desde su sistema cultural. La falta de conocimiento sobre las mismas, crea dificultades al psiquiatra monocultural para determinar si es un síntoma de un trastorno mental, considerado desde la patología mental de la psiquiatría académica, o si se trata de una creencia cultural (patoplastía). El desconocimiento de la cultura trae consigo otra percepción mental de la realidad (Rousseau 1999).

El terapeuta intercultural tiene la importante misión de servir de intermediario entre varias culturas, y por tanto, de atender pacientes que responden a las psicopatologías de estas culturas: es de su trabajo el conocer la cultura de estos pacientes, con su religión, sus costumbres, con su idiosincrasia.

La terapia intercultural capacitará al terapeuta para atender con éxito y prevenir enfermedades psiquiátricas en individuos de otras culturas. El equipo perfecto de terapia intercultural sería una pareja: el psicoterapeuta con el terapeuta folklórico o tradicional, así podrían complementarse.

Errores comunes que se cometen por los terapeutas que no comparten la psicoterapia intercultural (Colli):

1. Ignorar la queja del paciente, no aceptan el mal que el paciente refiere, sino que lo caracterizan como psicótico.
2. No oír la opinión de los oficiantes sincréticos, no tener en cuenta las referencias de la cultura del paciente.
3. Por prejuicios racistas y culturales antirreligiosos, no querer atender al paciente con estos síntomas.
4. No hacer trabajo de terreno o de campo, todo terapeuta que trabaje dentro de una comunidad religiosa debe conocer su cultura y religión.

Condiciones para acceder a los pacientes con características culturales diferentes a la nuestra (Rousseau 1999):

1. Superar nuestra visión occidental.
2. Ubicarse en el sistema de referencia cultural del paciente.
3. La psicoterapia intercultural funciona más eficazmente con la contribución participativa del coterapeuta: persona procedente de la misma cultura del paciente (conocedor del idioma, del sistema de valores, mitos etc.), que puede ser un familiar o religioso.

La formación del terapeuta en etnografía y psicología transcultural o intercultural para poder abordar el contexto de realidad del mundo de valores y significantes culturales de estos casos, que depende mucho de la experiencia antropológica y flexibilidad del terapeuta.