

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL**

**DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE**



**Tesis para optar al título de Especialista en Psiquiatría**

Influencia de la religión en pacientes con trastorno psicótico con delirio místico religioso atendidos en el Hospital psicosocial, de enero 2018 a noviembre 2019.

**AUTOR:**

DR. MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ MENDOZA.

**TUTOR:**

DRA. ETHELMINA SALAZAR.

Especialista en psiquiatría

Profesora titular de la especialidad de psiquiatría

Managua, Nicaragua, febrero 2020.





Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

2020  
TE AMAMOS NICARAGUA

PATRIA!  
PAZI!  
PARVENIR!

**Dirección General de Docencia e Investigaciones – MINSA  
Hospital Docente de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle**

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEON.

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Mendoza

No. cédula: 526-170984-0000M culminó la Especialidad de Psiquiatra en el año

Académico: 2017 - 2020

Realizó Defensa de Tesis: \_\_\_\_\_

En la ciudad de: Managua Fecha: 28 / 02 / 2020  
Día Mes Año

Dra. Heydi Trujillo Arauz

\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente

Dra. Elda Jirón González

\_\_\_\_\_  
Firma del secretario

Dra. Yetty Vásquez Muñoz

\_\_\_\_\_  
Firma del Vocal

*Vamos Adelante!*  
**CON FE Y ESPERANZA!**  
Dra. Elda Jirón González  
Sub Director Docente  
Hospital Docente de Atención Psicosocial  
Dr. José Dolores Fletes Valle



**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!**

HOSPITAL DOCENTE DE ATENCIÓN PSICO SOCIAL DR. JOSÉ  
DOLORES FLETES VALLE.

SUB DIRECCION DOCENTE Km. 5 Carretera Sur, Managua, Nicaragua e-mail:  
[sbdoh61- mga@minsa.gob.ni](mailto:sbdoh61-mga@minsa.gob.ni)- Tel. IP 2182 - Planta 22667881 Ext 124 Tel. Admon  
22667906

## Opinión del tutor

El presente trabajo plantea entre sus Hipótesis la correlación existente entre la influencia de la religión y la psicopatología psicótica, el autor cumple con rigor científico el proceso investigativo que servirá de precedente para investigaciones venideras.

Es de satisfacción profesional y personal encontrar motivaciones de investigadores relacionadas a las máximas expresiones humanas de espiritualidad, a través de la religión que marca la idiosincrasia de los pueblos, aspectos culturales, tradicionales e ideológicos que modifican sus vivencias en el proceso s de salud – enfermedad y comportamientos individuales y grupales en general.

La influencia de la religión y la correlación de la misma con la psicopatología más allá de ser un dato socio demográfico, humaniza la atención y permite la integralidad de la misma, como lo que proclaman nuestros principios de atención en salud mental. “Somos seres biopsicosociales”, por tanto, el ser enferma de manera multicausal y los procesos curativos dependen de aspectos biopsicosociales y espirituales.

Mis felicitaciones al esfuerzo del autor que desde sus primeros planteamientos investigativos tenía claro que quería encontrar.

Dra. Ethelmina Salazar Blandón.

Psiquiatra.

## Resumen

Con el objetivo de demostrar que influencia ejerce la religión en los pacientes psicóticos y su relación con delirio místico religioso atendidos en el Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes en el periodo comprendido de enero 2018 a noviembre 2019, se realizó un estudio descriptivo, correlacional y analítico. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas, grado de afrontamiento religioso, tipo de delirio predominante y relación de causalidad entre profesar una religión y presentar delirio. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, pruebas de Correlación no Paramétrica de Spearman, Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: La edad más predominante de presentar delirios de tipo místico religioso fue entre 35 a 44 años, de sexo femenino, credo religioso evangélico, con 2 años a más de profesar una religión y con don de profecía, de sanidad y de milagro respectivamente. El grado de afrontamiento religioso fue positivo, percibiendo la religión como benevolente, de apoyo espiritual y de perdón religioso. El tipo de delirio predominante fue el de tipo placentero con 69% de los encuestados, siendo el de temática mística el más representativo (poderes divinos, profetas, ángeles o bien la virgen María), seguido del delirio mesiánico. Según el tiempo evolución del delirio tiende a ser Agudos, con una estructura no sistematizada (con múltiples núcleos, variabilidad del tema, versatilidad y absurdez del mismo). Al establecer la relación de causalidad existente entre profesar una religión, tener una patología psicótica el 71.33% de los pacientes y familiares encuestados refirieron que estaban de acuerdo total en que la religión es un detonante que provoca experiencias de tipo místicas en los sujetos a estudio.

La prueba de Asociación V de Cramer demostró que existe una asociación significativa entre el espectro de la esquizofrenia y los tipos de religión con V de Cramer de .304 lo que corresponde a una relación de variables estadísticamente moderada.

Al reportar la asociación entre variables, se encontró una asociación estadísticamente significativa, alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia: .520,  $p < 0.05$ )

## Abstract

In order to demonstrate the influence that religion exerts on psychotic patients and their relationship with religious mystical delirium treated at the Dr. José Dolores Fletes Psychosocial Hospital in the period from January 2018 to November 2019, a descriptive, correlational and analytical. The data on the sociodemographic characteristics, degree of religious coping, predominant type of delirium and causal relationship between professing a religion and presenting delirium were analyzed. The statistical analyzes carried out were: descriptive, Spearman's nonparametric correlation tests, From the analysis and discussion of the results obtained, the following conclusions were reached: The most predominant age of presenting delusions of a religious mystical type was between 35 to 44 years of age. female sex, evangelical religious creed, with 2 years more than professing a religion and with a gift of prophecy, healing and miracle respectively. The degree of religious coping was positive, perceiving religion as benevolent, of spiritual support and of religious forgiveness. The predominant type of delirium was the pleasant type with 69% of those surveyed, the mystical theme being the most representative (divine powers, prophets, angels or the Virgin Mary), followed by the messianic delusion. According to the time evolution of delirium, it tends to be Acute, with an unsystematic structure (with multiple nuclei, variability of the theme, versatility and absurdity of the same). When establishing the causal relationship between professing a religion, having a psychotic pathology, 71.33% of the patients and relatives surveyed reported that they fully agreed that religion is a trigger that causes mystical experiences in subjects study.

Religion is a trigger that provokes mystical experiences in the subjects under study. The Cramer V Association test demonstrated that there is a significant association between the spectrum of schizophrenia and religion types with Cramer's V of .304, which corresponds to a statistically moderate relationship of variables. When reporting the association between variables, a statistically significant, high and directly proportional association was found (contingency coefficient: .520,  $p < 0.05$ )



## Dedicatoria

A: Dios por su infinita misericordia, por proveerme de sabiduría y entendimiento dones impuestos por su santo espíritu.

A: Mi esposa, Jeniffer fuente inquebrantable de fortaleza, por ser siempre mi sustento y mi apoyo incondicional, por su comprensión generosa y su tolerancia infinita por mis aspiraciones intelectuales.

A: mi madre por haberme enseñado la fuente de todos los valores morales y espirituales desde el seno del hogar, a mis hermanos por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y adversos.



## Agradecimientos

A: Dra. Ethelmina Salazar por haber aceptado el reto de este trabajo investigativo, por su apoyo incondicional en todos los aspectos del trabajo, un ejemplo a seguir, gracias por su calidez humana.

A: Todos mis maestros de la especialidad de psiquiatría que, con su vocación de servicio a las nuevas generaciones, comprometidos seriamente con el futuro de nuestro país, han sido pilares fundamentales de nuestra formación.

A: todos los que de una u otra forma contribuyeron haciendo factible este trabajo. Gracias infinitas.

## Siglas y acrónimos

- Alucinación: percepción de una imagen, objeto o un estímulo inexistente que son considerados como reales.
- Abulia: falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse.
- Afrontamiento: efecto de afrontar o afrontarse a una situación.
- Antropomorfizado: conceder forma o cualidades humanas a una cosa o a un ser sobrenatural.
- BRIEF RCOPE: escala psicométrica para medir afrontamiento religiosos y espiritualidad.
- Corpóreo: que tiene cuerpo, volumen o consistencia material.
- Cosmogonía: ciencia o sistema que trata del origen y la evolución del universo.
- DSM 5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición.
- Diacono: clérigo católico que ha recibido la segunda de las ordenes mayores que ha otorgado la iglesia.
- Esquizoafectivo: diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno mental caracterizado por episodios recurrentes de un trastorno del estado del ánimo (depresivo o bipolar) que cursan en todos los casos con síntomas psicóticos que se observan en la esquizofrenia.
- Etnopsiquiatría: es el estudio de la interacción entre los procesos culturales y mentales.
- Etnocentrismo: actitud, raza o sociedad que presupone su superioridad sobre los demás y hace de la cultura propia el criterio exclusivo
- EPA: episodio psicótico agudo
- Filiación: conjunto de datos personales de un individuo.
- Mormón: persona que profesa la religión mormona.
- Megalómano: que se comporta como si tuviera una posición social y economía muy superior a las reales.
- Mesianico: del mesías o relacionado con esta creencia.
- Mitologema: modelo arquetípico enriquecido con elementos propios de una cultura que dan origen al mito.

- Omnisciencia: conocimiento de todas las cosas reales y posibles.
- Panteísmo: doctrina y creencia según la cual todo cuanto existe participa de la naturaleza divina
- Paralelismo: figura literaria y artística que consiste en repetir una misma estructura varias veces, pero alterando algún elemento.
- TAB: trastorno afectivo bipolar.
- TID: trastorno de ideas delirantes.
- UIC: unidad de intervención en crisis

## Índice

Opinión del tutor .....	1
Abstract .....	3
Dedicatoria .....	5
Agradecimientos .....	6
Siglas y acrónimos .....	7
Índice.....	9
Índice de tablas.....	10
Índice de gráficos.....	12
<b>1. Introducción .....</b>	<b>2</b>
2. Antecedentes .....	3
3. Justificación.....	5
4. Planteamiento del problema .....	6
5. Objetivos de la investigación .....	8
6. Hipótesis de investigación.....	9
7. Marco teórico .....	10
8. Diseño metodológico.....	18
9. Resultados .....	27
10. Discusión de resultados.....	28
11. Conclusiones .....	32
12. Recomendaciones.....	34
13. Referencias bibliográficas .....	35
14. Anexos.....	37

## Índice de tablas

Anexo # 1: ficha de recolección de la información

Anexo # 2 tablas de resultados

- Tabla # 1: Diagnóstico de los entrevistados.....39
- Tabla # 2: Edad de los entrevistados.....39
- Tabla # 3: Sexo de los entrevistados.....39
- Tabla # 4: religión de los entrevistados.....40
- Tabla # 5. Tiempo de profesar la religión en los pacientes entrevistados.....40
- Tabla # 6: función religiosa de los entrevistados.....40
- Tabla # 7: dones religiosos de los pacientes entrevistados.....41
- Tabla # 8: divinidades que adoran los entrevistados.....41
- Tabla # 9: estado civil de los entrevistados.....41
- Tabla # 10: escolaridad de los entrevistados.....42
- Tabla # 11: Procedencia de los entrevistados.....42
- Tabla # 12: Tipo De Delirio Predominante En El Paciente Encuestado.....42
- Tabla # 12. 1: Delirio Placentero En Pacientes Encuestados.....42
- Tabla # 12. 2: delirio displacentero en de los entrevistados.....43
- Tabla # 13: evolución del delirio en de los entrevistados.....43
- Tabla # 14: estructura del delirio de los entrevistados.....43
- Tabla # 15: relación causal y grado de afrontamiento entre religión y delirio de los entrevistados.....43
- Tabla # 16: correlación entre tipo de delirio y religión.....44
- Tabla # 17: Sexo según la Divinidad adorada.....44
- Tabla # 18: Sexo según la Evolución del delirio.....44
- Tabla #19: Sexo de los encuestados según temática del delirio.....45
- Tabla # 20: Asociación de Cramer entre espectro de los

trastornos psicóticos y tipos de religión.....	45
• Tabla # 20.1: Medidas simétricas de asociación entre espectro de los trastornos psicóticos y tipos de religión.....	45
• Tabla # 21: Asociación de Cramer entre espectro de los trastornos psicóticos y afrontamiento religioso.....	46
• Tabla # 21.1: Medidas simétricas entre espectro de los trastornos psicóticos y afrontamiento religioso.....	46

## Índice de gráficos.

• Gráfico # 1: Diagnóstico de los entrevistados.....	47
• Gráfico # 2: Edad de los entrevistados.....	47
• Gráfico # 3: Sexo de los entrevistados.....	48
• Gráfico # 4: Religión de los entrevistados.....	48
• Gráfico # 5: Tiempo De Profesar La Religión En Los Pacientes Entrevistados.....	49
• Gráfico # 6: Función religiosa de los entrevistados.....	49
• Gráfico # 7: Dones religiosos de los pacientes entrevistados.....	50
• Gráfico # 8: Divinidades que adoran los entrevistados.....	50
• Gráfico # 9: Estado civil de los entrevistados.....	51
• Gráfico # 10: Escolaridad de los entrevistados.....	51
• Gráfico # 11: Procedencia de los entrevistados.....	52
• Gráfico # 12: Tipo de delirio predominante en los pacientes encuestados.....	52
• Gráfico # 12.1. Delirio placentero en pacientes encuestados.....	53
• Gráfico # 12.2. Delirio displacentero en pacientes encuestados.....	53
• Gráfico # 13: Evolución del delirio .....	54
• Gráfico #14: Estructura de delirio en los pacientes encuestados.....	54
• Gráfico # 15: relación causal en pacientes encuestado.....	55

## 1. Introducción

Tal como lo destaca (Santibañez, 2017) En Nicaragua la religión impacta en el conjunto de dimensiones humana, cultura, sociedad, economía y comportamiento moral de los individuos, estadísticas revelan que más del 80% de la población pertenecen a grupos cristianos, siendo la católica con 49%, a razón de 36% que pertenecen a grupos evangélicos, con diversidad en cuanto a sus doctrinas y preceptos cristianos permitiendo en este país la libertad de expresión religiosa.

De manera que la religión y la espiritualidad ejercen un rol significativo en la vida de los individuos, incluyendo las que padecen de un trastorno psicótico, que forman parte de la sociedad. A como lo destacan (Demien E. Rodante, 2012, 2013) En pacientes psiquiátricos, las creencias religiosas pueden provocar impacto en la psicopatología, en el tratamiento y la evolución de su enfermedad.

La revisión del DSM 5 creó una categoría diagnóstica: "Problemas religiosos o espirituales (Jose Luis Ayuso, 2014) DSM 5 " a fin de tomar en consideración las cuestiones culturales en este sistema de clasificación. Esta categoría se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es un problema religioso o espiritual.

El predominio de ideas delirantes y alucinaciones con contenido religioso varía de acuerdo a variables socioculturales y forma de vivenciar las experiencias religiosas, relación causal que se consideró objeto de estudio por la falta de consideraciones semiológicas acerca de los delirios místicos religiosos y la prevalencia de estos en los pacientes psicóticos ingresados en esta unidad hospitalaria, considerando importante conocer la relación que existe entre religión y la aparición de esta psicopatología.



## 2. Antecedentes

Un primer estudio realizado en Costa Rica, titulado: “ Un acercamiento al contenido cultural de los delirios de personas con esquizofrenia”. Concluyo que la edad predominante de los pacientes estudiados fue de 50 años, con un nivel educativo de primaria incompleta, el delirio más predominante fue el religioso (delirio místico religioso) acompañado de grandiosidad y manifestado más predominante en el sexo masculino. (Ana Morales Arce, 2012. )

Un segundo estudio: “ Delirio místico religioso vigencia actual e implicaciones culturales en su génesis”, España 2013 en este estudio se determinó el paralelismo del delirio religioso con la religiosidad de las personas. Demostró que el contenido delirante era específico de género: las mujeres deliraban más frecuentemente con santos, mientras que los hombres tenían delirios relacionados con Dios. Además, este estudio demostró que la presencia de productividad psicótica con contenido religioso está directamente relacionada con el nivel de religiosidad. (Demien E. Rodante, 2012, 2013)

En México en un estudio “En la cultura latina el esquizofrénico suele involucrar la religión en su delirio”: se encontró que la fe católica se relacionaba más con delirios místico por ser mayoritaria en el país 77% e indica que, dependiendo del entorno, se configura el padecimiento; si el credo dominante fuera el islámico, el delirio se relacionaría con aspectos, profetas y lo mismo ocurriría si predominara el hinduismo, el judaísmo, o un credo cristiano evangélico.

También agrega que algunos pacientes pueden funcionar en sus comunidades o grupos religiosos, porque son muy valorados. Se piensa que son personas especiales que tiene algún don. El problema empieza cuando interfieren con su vida, sobre todo cuando la alucinación pide que haga algún sacrificio que ponga en riesgo su integridad o la de los otros.

Gómez Mena: comenta que una consecuencia de que se integren a grupos que los consideran iluminados y no enfermos mentales es el retraso de la atención médica, y que mientras más tarde reciban tratamiento peor será el pronóstico. (Mena., 2014)

En otro estudio titulado " La presencia de delirios y alteraciones sensoperceptivas de contenido místico-religioso en pacientes psicóticos crónicos" concluyo que la edad media de 52,72 años predomino en los pacientes estudiados, con diagnosticados de esquizofrenia (76%), trastorno esquizoafectivo (12%) y trastorno bipolar (12%). Así pues, los delirios crónicos de contenido religioso-místico, se presentan en su gran mayoría en varones con esquizofrenia de larga evolución.

En cuanto a la clínica delirante, el delirio más frecuente ha sido el de perjuicio no religioso, que lo ha presentado el 84% de la muestra; la forma religiosa se da en el 60%, destacando el demonio como figura perseguidora. Los dos son crónicos en el 28% de los pacientes. El delirio de culpa ha aparecido en el 40%, la mitad de ellos crónicos.

Algunos delirios tienen un claro predominio masculino. El delirio de grandeza de contenido religioso aparece en el 78,9% de los hombres, y en la mitad de ellos es crónico. El delirio apocalíptico aparece en el 24% de la muestra, solo en varones esquizofrénicos, y se caracteriza por la cronicidad en la mayoría de sus presentaciones. (Rodriguez, 2016)

### 3. Justificación

La religión constituye un fenómeno universalmente arraigado en el ser humano trascendiendo épocas y culturas, de modo específico, se ha venido investigando el efecto positivo que sobre la salud de las personas puede conllevar la vinculación religiosa y está demostrado que la participación en prácticas religiosas se correlaciona con un decremento en morbilidad y mortalidad de muchas patologías. Sin embargo, se ha visto que en ciertas patologías psiquiátricas como los trastornos psicóticos este papel protector se vuelve negativo provocando conductas delirantes a tal punto de llegar a tener la creencia de que son seres divinos, profetas enviados de dios y que deben cumplir una misión divina, síntomas que partiendo de las experiencias y de los estados de alteración sensorial pueden llegar a verdaderos fenómenos psicóticos.

Estos fenómenos son poco estudiados por los profesionales en formación psiquiátrica, lo que limita su adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico; además que el profesional toma poca importancia a la perspectiva cultural y la influencia que esta ejerce en el individuo como un todo, un ser biopsicosocial que se relaciona estrechamente con su entorno y que este a su vez es el resultado de esta interacción.

Este proyecto constituye un referente para investigaciones relacionadas con esta temática, vinculando estrechamente la salud mental, etnopsiquiatria, estudios filosóficos y culturales en general que busquen una mirada más integradora de las alteridades heterológicas y heterotópicas producidas en torno a la fascinación, confusión, mitificación y juicio de la locura

Este fenómeno de interés se denota en esta unidad hospitalaria al observar que los pacientes con cuadros psicóticos en sus diferentes estadios, presentan alucinaciones, ideas delirantes y temáticas de tipo místico religiosos, independientemente de su credo religioso lo que motivo el tema en cuestión.

## 4. Planteamiento del problema

### 4.1 Caracterización del problema:

Según (Jose Luis Ayuso, 2014) se estima que la prevalencia de los trastornos psicóticos es de 0.2% al 9% de primer episodio de psicosis, y la prevalencia de ideas delirantes de tipo místico religioso corresponden al 10% de esta psicopatología, fenómeno que se presenta frecuentemente con los pacientes atendidos en esta unidad, los cuales dentro de su sintomatología es frecuente encontrar contenido místico en sus delirios, es conocido que la religión constituye un factor relevante e inherente en la vida de cada individuo, y en dependencia de cómo esta sea percibida puede convertirse en un factor protector o influir negativamente en la evolución, pronóstico manejo de pacientes con ciertas patologías psiquiátricas como son los trastornos psicóticos.

Ante este fenómeno observado en los pacientes con trastornos psicóticos ingresados en esta unidad de salud surge la inquietud de investigar cual es la correlación entre profesar una religión y presentar un cuadro psicótico con delirio místico religioso.

### 4.2 Delimitación del problema:

Cada año se incrementa más el número de ingresos de pacientes con trastorno psicóticos con delirio místico religioso al hospital docente de atención psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, pacientes que profesan una religión, sin hacerse correlación entre la religión y la aparición del delirio, por lo que con este trabajo se pretende encontrar una relación causal y brindar un mejor abordaje clínico y terapéutico a pacientes que presenten esta fenomenología.

#### 4.3 Formulación:

A partir de la caracterización y la delimitación del problema se plantea la pregunta de estudio:

¿Cuál es la relación causal entre profesar una religión y presentar delirio místico religioso en pacientes con trastorno psicóticos, además como está influye de manera positiva o negativa en el comportamiento, el pensamiento y el afecto de los sujetos a estudio hasta la aparición de estos delirios?

#### 4.4 Sistematización:

Las preguntas de sistematización correspondientes que se presentan al problema de investigación son:

1. ¿Cuáles son las características de filiación de los pacientes psicóticos atendidos en Hospital José Dolores Fletes?
2. ¿Cuál es el grado de afrontamiento religioso positivo o negativo que adopta el paciente sujeto a estudio?
3. ¿Cuáles es la temática delirante predominante en los pacientes a estudio?
4. ¿Existe relación causal entre profesar una religión y la aparición de fenómenos místico religioso en los pacientes sujetos a estudio?

## 5. Objetivos de la investigación

### Objetivo general

Demostrar que influencia ejerce la religión en los pacientes psicóticos y su relación con delirio místico religioso atendidos en Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes en el período comprendido de enero 2018 a noviembre 2019.

### Objetivos específicos

1. Describir las características de filiación de los pacientes con trastorno psicóticos atendidos en Hospital José Dolores Fletes.
2. Identificar el grado de afrontamiento religioso en el paciente psicótico sujeto a estudio.
3. Determinar el tipo de delirio predominante en los pacientes a estudio.
4. Establecer la relación de causalidad existente entre profesar una religión y presentar fenómenos delirantes de tipo místico religioso en los pacientes sujetos a estudio.

## 6. Hipótesis de investigación

¿El paciente psicótico que tiene una creencia religiosa, podría ser más susceptible a presentar delirios de tipo místico religioso, siendo la religión una influencia negativa para estos? ¿Es así que experimentar una vivencia religiosa intensa, prácticas religiosas cargadas de misticismo puede desencadenar un episodio psicótico en aquellos individuos vulnerables?

¿El afrontamiento religioso influirá para que el paciente psicótico tenga delirio de tipo místico religioso?

¿Existe relación causal entre religión y el hecho de presentar delirio místico religioso?

## 7. Marco teórico

### 7.1 Definición de religión

Tal como lo destaca (Stefano, 2009) La religión se refiere a creencias acerca de la fe, lo sobrenatural y lo sagrado o divino, que conlleva a la adoración de una deidad o deidades, además puede referirse a los valores y prácticas basados en modelos ideológicos de un líder espiritual, compuesta de tres dimensiones: una cognitiva (creencias religiosas), comportamental (comportamientos religiosos y rituales más o menos institucionalizados y convencionales) y afectiva (vínculos entre el hombre y la transcendencia).

Por otra parte (Guillon, 2009), hace referencia a la religión como el intento de “dar un significado” a la relación entre el hombre y el mundo mediante la conexión con un ser superior. “Practicar la religión”, en cambio, conlleva realizar ritos, mencionar mitos, soñar con determinados símbolos, aceptar determinadas doctrinas sobre Dios o el más Allá.

Según estudio realizado (Quinceno, 2009) la diferencia entre religiosidad sana y religiosidad enfermiza está relacionada con factores emotivo-cognitivo-conductuales operaban en las experiencias religiosas de cada individuo.

Otros autores ilustran cómo la gente puede usar la religión de formas diferentes y hace una distinción entre la religión madura, en la que la persona es dinámica y de mente abierta, y la religión inmadura, en la que la persona es egoísta y generalmente representa los estereotipos negativos que tiene sobre la religión.

Más adelante, esta diferencia se define como “religión intrínseca” (fe genuina, sentida, devota) y “religión extrínseca” (asistencia a la iglesia para obtener el estado social).



## 7.2 Religiones más representativas en Nicaragua

Tal como lo destaca Censo nacional de religión, (Nicaragua y Religion , 2018) en Nicaragua existe libertad de culto y no hay una religión declarada como oficial actualmente.

La afiliación religiosa en Nicaragua corresponde a la siguiente distribución: Iglesia Católica Romana 45%; protestante 39%, otras religiones (incluyendo a los Cristianos Marginados) 17% y ninguna no responde 3%.

## 7.3 Espectro de los trastornos psicóticos y su relación con los delirios místico religiosos

Tal como se describe (Shugulet, 2004) Los trastornos psicóticos pueden ser desencadenados por una variedad de factores ambientales, incluyendo estrés significativo, situaciones intensamente emocionales y experiencias inquietantes o incómodas, es posible que la propia religión pueda ser un desencadenante. Experimentar una experiencia religiosa intensa puede desencadenar un episodio psicótico en aquellos que son vulnerables a ellos, porque la religión a menudo requiere que el creyente suspenda su idea habitual de lo que es posible es imposible.

(Jose Luis Ayuso, 2014) Destaca que estadísticamente se conoce que los trastornos psicóticos son heterogéneos se presentan con una prevalencia de: 0.2 hasta 9%, con relación hombre mujer: 2:1, con una edad de inicio: en la adolescencia, adultez joven, el espectro de la esquizofrenia comparte como características en común: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y comportamiento catatónico además de síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

Incluyendo estados desde trastorno psicótico breve (un día, pero menor de un mes), trastorno delirante (con un mes o más de duración), trastorno Esquizofreniforme: (duración mínima un mes, pero menos de seis meses, puede o no regresar a su personalidad pre mórbida) y la esquizofrenia (persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses, con un mes de síntomas que cumplan el criterio A).

(Shugulet, 2004) reporta en un estudio transcultural que es de particular interés para los psiquiatras debido a las similitudes entre experiencias religiosas y episodios psicóticos; las experiencias religiosas suelen implicar alucinaciones auditivas, visuales y las personas con T. Psicóticos comúnmente informan de que sufren alucinaciones similares, junto con una variedad de creencias que son reconocidas por los médicos modernos como delirantes.

Una característica común en los pacientes psicóticos es un tipo de creencia religiosa que muchos médicos consideran delirante, como la creencia de que son seres divinos o profetas, que Dios les está hablando, que están poseídos por demonios, etc.

La religión, dependiendo de cómo la vea el paciente, puede ser paralizante y bastante dañina, en algunos casos el paciente puede rechazar el tratamiento debido a sus creencias religiosas, en ciertos casos, uno podría creer que sus delirios y alucinaciones, son en realidad una experiencia divina y por lo tanto negar cualquier necesidad de tratamiento.

#### 7.4 Diseño y validación de la escala de afrontamiento religioso y espiritualidad.

Destacando lo referido en (Morales., 2008) La psicometría tiene como finalidad llevar a cabo la medición de la conducta en los seres humanos, siendo una técnica metodológica que obedece a reglas explícitas y coloca al individuo en condiciones experimentales con el fin de extraer el segmento del comportamiento a estudiar y que permita la comparación estadística conductora o la clasificación cualitativa, tipológica y cuantitativa de las características que se están evaluando”.

(Armando Rivera lesdama, 2007) hace referencia al estudio de los patrones de afrontamiento, siguiendo este enfoque, los autores han distinguido entre el afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo.

El **positivo** incluye métodos como la apreciación religiosa benevolente, el afrontamiento religioso colaborativo, la búsqueda de apoyo espiritual, la conexión espiritual, la purificación religiosa, el buscar ayuda de clérigos o miembros de la iglesia, la ayuda religiosa y el perdón religioso.

En cambio, el **negativo** incluye métodos como la apreciación religiosa punitiva, demoníaca, la reapreciación del poder de Dios, el descontento espiritual, el afrontamiento religioso autodirigido y el descontento religioso interpersonal (Brief-RCOPE).

Compuesta de 14 reactivos distribuidos en dos sub-escalas:

a) Afrontamiento religioso positivo (suma de los reactivos 2, 4, 5, 6, 7, 10 y 14 del Brief-RCOPE), que se caracteriza por la expresión de un sentido de espiritualidad, de una relación segura con Dios.

b) Afrontamiento religioso negativo (suma de los reactivos 1, 3, 8, 9, 11, 12 y 13 del Brief-RCOPE), caracterizado por el empleo de estrategias basadas en un descontento espiritual, que es la expresión de una relación menos segura con Dios, una tenue y amenazadora visión del mundo, y una lucha religiosa por la búsqueda de significado de vida.

Las sub escalas documentaron una consistencia interna de 87 y 69, para el afrontamiento positivo y negativo respectivamente, y una estructura factorial y validez discriminante adecuadas.

Así afrontamiento religioso se puede definir según (Yoffe, 2002) “tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas.”

## 7.5 Delirio características, estructura y contenido.

(Fernandez Alonso, 1992) define delirio como una profunda alteración de la personalidad que produce una pérdida del juicio de la realidad, lo que hace que una idea errónea sea aceptada como verdadera, con intensa convicción subjetiva, influenciabile e incorregible, desplegándose hasta constituir un auténtico sistema de ideas que se convierten en el eje de la vida y de la existencia del delirante. ”

El delirio presenta las siguientes características primordiales: Pérdida del juicio de realidad, contenido casi siempre imposible e irreal se convierte en el eje de la vida. Según su evolución agudo y crónicos: Los agudos evolucionan en breve tiempo: días, algunas semanas o a lo sumo un par de meses.

Los delirios Crónico: persiste con igual intensidad a lo largo del tiempo; a medida que se va cronificando el delirio se aísla o encapsula, permitiendo una actividad del pensamiento y de la conducta poca o nada contaminada.

En relación a su estructura: representa la forma en que se teje y organiza la trama del delirio. Se han establecido dos tipos: sistematizados y no sistematizados. Sistematizados: invariabilidad del tema, continuidad en el tiempo, irreductibilidad, verosimilitud del relato y organización coherente de todo el conjunto delirante.

No sistematizados: multiplicidad de núcleos o "constelaciones" delirantes, variabilidad del tema, versatilidad de las ideas, reductibilidad y absurdez del relato, pese a lo cual resulta comprensible.

Contenido: la temática constituye el argumento elaborado por la actividad delirante, la novela que el delirante crea y considera el fruto de su ficción, sino la fiel expresión de la auténtica realidad, su verdad, a la cual se aferra con intensa convicción subjetiva. El contenido delirante está asociado con el: a) tono afectivo de la idea delirante, b) número de ideas y c) grado de verosimilitud. Así de acuerdo con el tono afectivo de la idea delirante, distinguimos los placenteros (altruistas, megalómanos, mesiánicos, místicos, etc.) y los displacentero (hipocondríacos, de negación, de ruina, de culpabilidad y una amplia gama de delirios persecutorios).

Semiología del delirio místico religioso.

Entendemos que según (Demien E. Rodante, 2012, 2013) por delirio místico a una alteración del contenido de pensamiento, producto de una interpretación anómala de la realidad, de temática religioso-espiritual.

Como delirio que es, supone un juicio o idea inmodificable y fija que persiste con gran intensidad a pesar de la existencia de pruebas en contra, que suele generar un elevado nivel de preocupación o ansiedad en quien la padece (o impide a la persona su funcionamiento habitual), habiendo además una completa falta de apoyo social o cultural a dicha idea.

A menudo es producto de la interpretación de una percepción alterada (como una alucinación), y suele conllevar una cierta ruptura para con la realidad. El delirio en cuestión tiene un contenido vinculado a la espiritualidad y religiosidad. Se realiza una interpretación del mundo, de sí mismo y de los demás únicamente en base a la fe, viendo en todo lo que ocurre una confirmación de sus creencias y de la consideración de su papel en el mundo.

Tienden a tener una consideración de que la mayoría de actos llevados a cabo son pecado y buscando expiar sus culpas o las del resto, en algunos casos incluso de manera violenta. No es raro asimismo que existan ideas de autoreferencia o incluso de grandeza, considerándose el sujeto un ente superior, un enviado divino o incluso una deidad.

En relación a la verdadera contemplación infusa, sobrenatural o mística, ésta presenta las siguientes características, a decir de (Marin, 2015):

1. La presencia de Dios sentida.
2. La invasión de lo sobrenatural en el alma.
3. Imposibilidad absoluta de producir por nuestros propios esfuerzos la experiencia mística.
4. El conocimiento experimental que se tiene de Dios durante la unión mística no es claro y distinto sino oscuro y confuso.
5. La plena seguridad de que se encuentra bajo la acción de Dios.
6. La seguridad de estar en gracia de Dios.
7. La infabilidad de la experiencia mística; Y finalmente, el hecho de que la contemplación infusa lleva consigo un gran impulso a la práctica de las virtudes cristianas.

Según (Urdániz, 2012) Él enriqueció el acercamiento fenomenológico a los delirios al establecer la presencia de 20 temas delirantes de tipo místico religioso en la esquizofrenia a los que llamó **mitologemas o deliremas**:

1. Fin del mundo, físico o moral.

2. Hostilidad universal (delirio de persecución, infortunio innecesario, pero también las miradas malevolentes o aniquiladoras —o la mirada sartriana-, o también el sentimiento de amenaza).
3. Hostilidad sobrenatural. Las fuerzas perseguidoras son de carácter sobrenatural: dioses contrarios, diablos, espíritus omnipotentes.
4. Mesianicidad. El paciente se cree el Mesías, el Ungido, y lo sabe por revelación divina; quiere salvar al mundo y vencer el mal. Suelen ser mesías heterodoxos. Las mujeres pueden asumir la mesianicidad por sí mismas o engendrando al mesías.
5. Divinización (endiosamiento panteísta, creador universal, demiurgo, propietario universal, omnisciencia y omnipotencia divina, inmortalidad, héroes políticos...). El paciente se siente dios mismo, un dios panteísta y antropomorfizado.
6. Nueva genealogía. Sacralización de la historia individual y universal. Puede haber una sustitución de los padres naturales por otros de mayor nivel socioeconómico.
7. Etnocentrismo. La tierra natal del paciente se convierte en el centro del mundo, a veces es una ciudad o una montaña.
8. Muerte reversible (palingenesia). Los pacientes dicen que han muerto y ha vuelto a la vida repetidas veces. Dicen que también el resto de la naturaleza está sometido al proceso de destrucción y creación.
9. Pluralidad diacrónica y sincrónica de egos. El paciente puede decir haber tenido muchos egos a lo largo de la historia, es decir, diacrónicamente, por ejemplo, haber sido el César, Felipe II, los Reyes Católicos y Franco.
10. Metamorfosis de la corporeidad. El paciente puede referir cambios de fisonomía, negación de la corporeidad, agigantamiento, cambios de consistencia, penetrabilidad, sonorización del cuerpo, etc.
11. Cosmología. Muchos esquizofrénicos se creen el centro del Universo y una parte de ellos son capaces de establecer una cosmología que refleja el ser en el mundo engendrado por la psicosis.
12. Pluralidad de mundos. Los mundos psicóticos se pluralizan, al igual que los egos. Refieren que hay mundos dobles, mundos repetidos muchas veces.
13. Expansión y retracción del espacio-tiempo. El espacio y el tiempo psicóticos se alteran. El tiempo se enlentece y a veces tiene lugar una abolición del tiempo.

14. Ciclo de creación y destrucción a escala sobrehumana. Los pacientes refieren que tienen lugar matanzas sobrehumanas, anónimas –que puede ocurrir en sótanos y en subterráneos-, reversibles y carentes de finalidad.
15. Seres del 5º Reino. Los pacientes pueden referir que son andróginos, seres sin terminar o a medio hacer, o seres monstruosos física y moralmente.
16. Cosmogonía y antropogonía. Los esquizofrénicos se preguntan por la génesis del mundo, que han podido realizar ellos mismos, ex-nihilo, de la nada como el propio Dios.
17. Transformación de signos en símbolos (palabras, números, letras, colores)
18. Homo Divinans (pensamiento participante).
19. Intellectus Archetypus (el tercer ojo). El paciente dice tener percepciones y facultades nuevas, paranormales.
20. Filosofía y ciencias parafrénicas. Teorizan sobre la nueva realidad parafrénica en todos los terrenos, en el arte, religión, filosofía, ciencias naturales, ciencias humanas.

## 8. Diseño metodológico.

### 8.1 Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006) De acuerdo a la clasificación de (Hernandez, 2014), el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es prospectivo por el período y secuencia del estudio es transversal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Canales, 1996)

En cuanto al enfoque filosófico, por el uso de los instrumentos de recolección de la información, análisis y vinculación de datos, el presente estudio se fundamenta en la integración sistémica de los métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación, por tanto, se realiza mediante un Enfoque Filosófico de Investigación Mixto (Pedrosa, 2014)

### 8.2 Área de estudio.

Servicio de atención (hospitalizados agudos varones y mujeres y UIC) ubicado en el hospital de atención psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle de Managua, kilómetro 5 carretera sur.

### 8.3 Población de estudio.

Pacientes con diagnósticos de trastorno psicótico en cualquiera de sus modalidades de presentación, hospitalizados en el área de pabellón de agudos varones, mujeres y UIC del Hospital Dr. José Dolores Fletes Valle.

### 8.4 Criterios de inclusión

1. Paciente con diagnóstico de Trastorno Psicótico en cualquiera de sus modalidades de presentación.
2. Paciente que estén hospitalizado durante el periodo de estudio pabellón de agudos varones, mujeres y UIC.
3. Que presente dentro de su sintomatología delirios en cualquiera de sus modalidades.



4. Pacientes que profesen una religión.
5. Familiares que den la debida autorización para participar en el estudio.

#### 8.5 Criterios de exclusión

1. Aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno Psicótico que no estén hospitalizados durante la realización del estudio.
2. Pacientes que el familiar no autorice la participación en el estudio.
3. Pacientes que sean ateos.

#### 8.6 Periodo de estudio:

Se aplicó el estudio durante los meses de enero 2018 a noviembre 2019.

#### 8.7 Fuente de información:

Se utilizó fuente primaria y secundaria, ya que se realizó entrevista para la aplicación del instrumento de recolección de la información, además de la escala de afrontamiento religioso y revisión de expediente clínico.

#### 8.8 Universo y muestra.

Para el desarrollo de la investigación y por sus características particulares, la población objeto de estudio fue definida por (250) que son todos los pacientes que pertenecen a (grupos con trastorno psicóticos en sus diferentes modalidades calculando un ingreso de aproximadamente 11 casos en 23 meses, en el periodo de enero 2018 a noviembre 2019).

El tamaño de la muestra en el presente estudio, se corresponde con el cálculo probabilístico del tamaño de muestra finitas de todos los individuos disponibles para esta población de estudio que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, en el período comprendido de enero 2018 a noviembre 2019 (se tomarán como sujetos de investigación a todos los pacientes con trastorno psicóticos en sus diferentes modalidades que estuvieron hospitalizados en el periodo comprendido de enero 2018 a noviembre 2019).

A partir de un universo de 250 pacientes, el cálculo probabilístico del tamaño de muestra se realizará de acuerdo al método de (Munch Galindo, 1996), usando la fórmula de poblaciones finitas y muestreo completamente aleatorio, tal como se describe a continuación:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

**donde:**

**Z** = 1.96, para el nivel de confianza del 95%; *es variable en función del “e”*.

**N** = es la población objeto de estudio, igual a 250.

**p y q** = probabilidades complementarias de 0.5.

**e** = B = *error de estimación del 0.05*.

**n** = tamaño de la muestra = **150**

El tamaño de la muestra en este estudio fue definido por 150 pacientes, que, si cumplieron los criterios de inclusión, según los datos facilitados por la institución (estadística del hospital Dr. José Dolores Fletes Valle)

Para el cálculo de la muestra se utilizó los siguientes criterios: nivel de confianza 95%, proporción esperada de un 5%, con una precisión de un 5%, siendo la probabilidad de fracaso.

El total de datos procesados correspondieron a 150 casos que garantizan la variabilidad y representatividad de los resultados.

## 8.9 Definición y operacionalización de variables (MOVI)

### 8.9.1 Variables por objetivos

#### 1. Describir las características de filiación de los pacientes psíquicos atendidos en Hospital Psicosocial.

- **Edad:** años transcurridos desde el nacimiento.
- **Sexo:** características del cuerpo sexuado.
- **Profesión:** naturaleza del empleo y a la forma de ejercerlo que tiene cada persona.
- **Estado civil:** estado legal de unión sentimental de pareja.
- **Escolaridad:** nivel de instrucción académica.
- **Procedencia:** lugar en el que vive.
- **Religión:** actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado de tipo existencial, moral y espiritual.
- Años que lleva de profesar su religión
- Prácticas religiosas: meditación, oración, rezo y ayuno.
- Fuentes teológicas: biblia, Corán, libro de mormón, ninguno.
- Funciones religiosas: diacono, servidor, líder y misionero.
- Dones espirituales: sanidad, milagros, lengua, profecía, ninguno.
- Experiencias místicas: danzar, llanura del espíritu, hablar en lengua.
- Divinidad: Dios, Jesús. Los santos, otros.

#### 2. Identificar el grado de afrontamiento religioso en el paciente psíquico sujeto a estudio.

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| • <b>Afrontamiento positivo.</b>    | • <b>Afrontamiento religioso negativo.</b> |
| 1. Religión benevolente.            | 1. Religión punitiva.                      |
| 2. Religión colaborativa.           | 2. Religiosa demoníaca.                    |
| 3. La búsqueda de apoyo espiritual. | 3. La reapreciación del poder.             |
| 4. La purificación religiosa.       | 4. El descontento espiritual.              |
| 5. Ayuda de clérigos.               | 5. Descontento religioso.                  |

**3. Determinar el tipo de delirio predominante, evolución y estructura del delirio en el paciente sujeto a estudio.**

**3.1 placentero**

- a) Altruista
- b) Megalómano
- c) Mesiánico
- d) Místico.

**3.2 displacentero**

- a) Hipocondriacos
- b) Ruina.
- c) Culpabilidad
- d) Persecutorio

**3.3 evolución del delirio**

- 3.5 Agudos
- 4.5 Crónicos

**3.4 estructura del delirio**

- a) Sistematizado
- b) No sistematizado

**3.5 Clasificación del delirio místico según Urdañez 2012.**

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| a) Fin del mundo | c) Divinización   |
| b) Mesianicidad  | d) Etnogenocentro |
|                  | e) Metamorfosis   |

**4. Establecer la relación de causalidad existente entre profesar una religión y presentar fenómenos delirantes de tipo místico religioso en los pacientes sujetos a estudio.**

- a) Acuerdo total
- b) Descuerdo total

### 8.10 Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Identificar que influencia que ejerce la religión en pacientes psicóticos y su relación con delirio místico religioso atendidos en el Hospital psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, en el periodo comprendido de enero 2018 a noviembre 2019.

<b>Objetivo Especifico 1.</b>			
Describir las características de filiación de los pacientes con trastorno psicóticos.			
<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos e Información</b>
Características de filiación de los pacientes	Sociales Demográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo.</li> <li>• Religión</li> <li>• Estado Civil</li> <li>• Escolaridad</li> <li>• Procedencia</li> </ul>	Ficha de Recolección de datos
	Religión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años que lleva de profesar la religión</li> <li>• Prácticas religiosas.</li> <li>• Fuentes teológicas.</li> <li>• Funciones religiosas.</li> <li>• Dones espirituales.</li> <li>• Experiencias místicas.</li> <li>• Divinidad.</li> </ul>	

<b>Objetivo Especifico 2.</b>			
Identificar el grado de afrontamiento religioso en el paciente psicótico sujeto a estudio.			
<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos e Información</b>
Grado de afrontamiento religioso positivo o negativo.	Positivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreciación benevolente Colaborativa</li> <li>• Apoyo espiritual</li> <li>• Purificadora</li> <li>• Apoyo en los clérigos</li> <li>• Perdón religioso.</li> </ul>	Ficha de Recolección de datos

	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreciación punitiva.</li> <li>• Démonica</li> <li>• Reapreciación del poder</li> <li>• Descontento espiritual.</li> <li>• Descontento interpersonal.</li> </ul>	
--	----------	---	--

### **Objetivo específico 3.**

Determinar el tipo de delirio, evolución y estructura predominante en el paciente sujeto a estudio.

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos e Información</b>
Tipo de delirio	Placentero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altruista</li> <li>• Megalómano</li> <li>• mesiánico</li> <li>• Místico</li> </ul>	Ficha de Recolección de datos
	Displacentero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipocondriaco</li> <li>• Ruina</li> <li>• Culpabilidad</li> <li>• Persecutorio</li> </ul>	
	Evolución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudos</li> <li>• Crónicos</li> </ul>	
	Estructura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistematizados</li> <li>• No sistematizado</li> </ul>	
Delirio místico	Temática del delirio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin del mundo</li> <li>• Mesianicidad</li> <li>• Divinización</li> <li>• Etnogenocentro</li> <li>• Metamorfosis</li> </ul>	Ficha de Recolección de datos

### **Objetivo específico 4.**

Establecer la relación de causalidad existente entre religión y delirio

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos e Información</b>
Relación de causalidad existente entre religión y delirios místicos	Escala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo total</li> <li>• Desacuerdo total</li> </ul>	Encuesta a paciente y familiar.

## 8.11 Método, técnica e instrumento de recolección de información.

- Fuente:
  - Primaria por medio de entrevista personal.
  - Secundaria (expediente clínico).
- Método: Entrevista.
- Técnica: Cuestionario (ficha de recolección de información en forma de instrumento)
- Se solicitó permiso a la Dirección Hospitalaria para la realización del estudio, con copia a la subdirección médica, departamento de estadística y Jefe del servicio de Pabellón 3, 4 y UIC.
- Semanalmente se revisaron los diagnósticos de los ingresos a Pabellón 3, 4 y UIC, procediéndose a la entrevista personal del paciente y llenado del instrumento.
- Además de fuente secundaria se aplicó a los individuos escala de afrontamiento religioso positivo o negativo según la percepción del paciente acerca de su propia creencia religiosa: el afrontamiento positivo incluye un comportamiento benevolente, colaborativo, de apoyo espiritual, de purificación religiosa y perdón religioso a razón de un afrontamiento negativo: como una apreciación religiosa punitiva, demoniaca, descontento espiritual y religioso interpersonal
- Para cumplir los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información que contiene; datos de filiación de la población estudiada, aplicación de la escala de afrontamiento religiosa, se determinó el tipo de delirio predominante del paciente estudiado, así como la relación causal entre religión y presencia del delirio místico religioso en paciente psicótico.
- Procedimiento para la recolección de datos e información:

Se transcribió la información obtenida en el software estadístico IBM SPSS Statistics 20 y se utilizó una tabulación y gráficas correspondientes por medio de éste.

- 8.7 Plan de tabulación y análisis de datos e información:

De los datos recolectados a partir de la ficha de recolección de datos, se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Se realizó el control de calidad de los datos registrados, y se hicieron los análisis estadísticos pertinentes.

Se realizaron los Análisis de Contingencia pertinentes, (crosstab análisis), para todas aquellas variables no paramétricas, a las que se les aplicó las pruebas siguientes: (a)

Prueba de  $\chi^2$  (Chi2), o la Prueba V de Kramer, etc., para diversas variables de categorías que mostraron matrices de datos asimétricos; (b) la Prueba de Phi, para el caso de variables dicotómicas que muestren matrices de datos 2x2; (c), la Prueba de Correlación de Tau C de Kendall, para el caso de las variables ordinales.



## 9. Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que, de los 150 casos estudiados los principales diagnósticos relacionados a cuadros psicóticos son Esquizofrenia paranoide: 34.67%, seguido de síndrome delirante con 32.67% y el Episodio Psicótico Agudo con 16.67% (tabla: 1). La principal edad encontrada fue de 35 a 44 años (Tabla 2). Predominantemente sexo femenino 61.33% (tabla 3).

En cuanto a la religión el 43.33% son evangélicos, seguido de 40.67% católicos y en menor proporción mormón, bautista y testigos de jehová (tabla 4). En relación al tiempo de profesar la religión se encontró que 53.33% tenían de 2 a más años de profesar una religión (tabla 5). Entre las principales funciones desempeñadas en la religión el 38.67% refirieron que no ejercían ninguna función, a razón de 23.33% decían ser misioneros y líder con 10% (tabal 6).

En relación a los dones religiosos experimentados por el grupo de estudio se encontró que el 23.33% tenía el don de profecía, el 22.67% don de sanidad y el 16.67% don de milagros (tabla 7). Las divinidades principales adoradas son Dios 42% y Jesús con 32% (tabla 8).

En lo referente al estado civil el 57.33% son solteros, seguido de 22% casados (tabla 9). Según la escolaridad predomina primaria incompleta con 43.33% de los encuestados (tabla 10). Meramente de procedencia urbana con 78.67% (tabla 11).

El tipo de delirio predominante fue el de tipo displacentero con 69%, a razón del placentero con 31% (tabla 12). Según la temática del mismo predomino el de tipo mesiánico con 40.38% (tabla 13). A razón del displacentero que su temática predominante referida es el delirio de culpabilidad con 47.83% (tabla 12.2).

Con respecto a la evolución del delirio es agudo con 52.67% (tabla 13) y a razón de la estructura predomino los no sistematizados con 86% (tabla 14). Según lo referido por los encuestados el 71.33% refirió estar de acuerdo total con que la religión es detonante para presentar síntomas psicóticos en pacientes vulnerables.

## 10. Discusión de resultados

El presente estudio pretendió dar a conocer la influencia que ejerce la religión en los pacientes psicóticos y su relación con la aparición de temáticas delirantes de tipo místico religioso en el contenido de sus delirios, encontrándose los siguientes resultados:

La patología más frecuente relacionada con delirios en sus diferentes modalidades es la esquizofrenia paranoide con un 34.67 %, seguido de síndrome delirante con un 32.67%.

En relación a los grupos etarios más predominante se encontró que el grupo de 35 a 44 años fue el más preponderante con 36.67%, seguido del grupo de 45 a más años con 28%, respectivamente.

El sexo más representativo en el estudio fue el femenino con 61.33%.

La religión más predominante de los pacientes encuestados corresponde a la evangélica con 43.33%, seguido de la religión católica 40.67%.

En cuanto a los dones religiosos encontrados en los pacientes entrevistados el más sobresaliente fue el don de profecía con un 23.33%, seguido del don de sanidad con un 22.67% respectivamente.

La divinidad adorada por los pacientes la más predominante es dios con un 42% a razón de Jesús con un 32%.

En relación al tipo de delirio predominante de los pacientes en estudio se encontró el displacentero con un 69% en comparación con el placentero que corresponde a un 31% de los cuales la temática representativa en el delirio placentero fue el de tipo místico con un 45.19% a razón de la temática del displacentero que fue el delirio de culpabilidad con un 47.83% respectivamente.

Haciendo referencia a la evolución del delirio a razón del tiempo se encontró que el más predominante es la tendencia a la evolución aguda del delirio con un 52.67% en comparación de una evolución crónica que corresponde al 47.33% y según la estructura de este predominantemente poseen una estructura no sistematizada con un 86%.

En relación a profesar una religión y presentar fenómenos delirantes se encontró que el 71.33% están de acuerdo en que la religión influye negativamente en la aparición del delirio de tipo místico religioso.

La prueba de Asociación V de Cramer aportó las evidencias estadísticas de valores de p (Tabla 20), los cuales son menores que el nivel crítico de comparación  $\alpha = 0.05$ , esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de Asociación V de Cramer demostró que existe una asociación significativa entre el espectro de la esquizofrenia y los tipos de religión con V de Cramer de .304 lo que corresponde a una relación de variables estadísticamente moderada.

Al reportar la asociación entre variables, se encontró una asociación estadísticamente significativa, alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia: .520,  $p < 0.05$ )

La prueba de Asociación V de Cramer aportó las evidencias estadísticas de valores de p (Tabla 21), los cuales son menores que el nivel crítico de comparación  $\alpha = 0.05$ , esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de Asociación V de Cramer demostró que existe una asociación significativa entre espectro de los trastornos psicóticos y afrontamiento religioso se obtuvo una V de Cramer de .462 lo que corresponde a una relación de variables estadísticamente moderada.

Dentro de las principales limitaciones del estudio podemos encontrar: no se logró entrevistar de forma directa a un pequeño porcentaje de pacientes, además los datos consignados en sus expedientes se encontraban relativamente completo teniendo limitaciones en datos como, por ejemplo: la clasificación en cuanto evolución del delirio (agudo y crónico) y estructura del mismo (sistematizado y no sistematizado).

En el estudio no se contó con la evaluación específica del tipo de delirio al momento de ingreso de 12 pacientes.

Relación de resultados con las conclusiones de otras investigaciones:

En el estudio se encontró concordancia de resultados con investigaciones realizadas anteriormente, en donde aparecen como principal grupo etario predominante: los pacientes con edad de 50 años más, con bajo nivel educativo, asociado al grupo religioso más representativo del país que es el cristiano evangélico, sexo femenino, las patologías psicóticas asociadas a este tipo de temática delirante fueron la esquizofrenia paranoide, síndrome delirante y episodio psicótico agudo.

Comparando los resultados obtenidos en el último estudio realizado en España 2016 por Rodríguez, con el estudio actual, podemos encontrar coincidencia en cuanto al tipo de delirio con predominancia displacentero con 69% con la estadística de 84%, la media de la edad se corresponde a mayores de 50 años y el diagnóstico más relacionado con delirio místico fue esquizofrenia paranoide 76% a razón de un 34. 67% para el presente estudio.

Hay un cambio en relación a la temática delirante en el estudio Rodríguez 2016, aparece que se presenta el delirio de grandeza en 78.9%, seguido de perjuicio en un 60% delirio apocalíptico aparece en el 24% de la muestra, en contraste con temáticas como divinización 55%, fin del mundo 52% y mesianicidad 28%.

Llama la atención este resultado y puede estar relacionada con las temáticas doctrinales impartidas en los servicios religiosos en donde el contenido de las mismas induce a la divinización del mundo, lo irreal, el temor a ser juzgado por un dios inquisidor y apocalíptico y la concepción mística de adquirir dones de redentor de los pecados y salvador del mundo.

En el 2014, Gómez Mena refiere que la fe católica se relacionaba más con los delirios por ser la mayoritaria del país con 77%, en el estudio actual la principal religión es credo cristiano evangélico con 43.33% y se podría comentar que la temática de los delirios al igual que Gómez Mena, están configurados según el credo religioso dominante siendo los principales el ser divino y la mesianicidad como temática placentera y el fin del mundo como temática displacentera.

Demian E. Rodante España 2013 demostró que el contenido delirante era específico de género las mujeres deliraban más frecuentemente con santos mientras que los hombres tenían delirios relacionados con dios, en el estudio actual difiere con esta teoría ya que las mujeres deliraban más con dios que con otra divinidad representando 43.47% y los hombres no parecen tener predilección entre dios o Jesús u otra divinidad.

Este fenómeno puede ser explicado debido a que en el credo cristiano evangélico que es la religión más preponderante según este estudio, se adora a dios como principal divinidad.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, aportan evidencias de que los grupos etarios más predominantes con este tipo de delirio son los adultos mayores (grupo de 35 a 44 años y el grupo de 45 años a más), con nivel educativo de primaria incompleta y delirio placentero con temática divinización con un 36.66%, lo cual coincide, al igual con la teoría, Ana Morales Arce 2012, que concluyó que la edad predominante fue de 50 años, con un nivel educativo de primaria incompleta, delirio predominante es el delirio místico de grandiosidad.

En lo que difieren estos estudios y no corresponde con el planteamiento Arce 2012, es en relación al sexo predominante haciendo referencia al sexo masculino con delirio místico, en contraste en esta teoría se encontró que predomina el sexo femenino con 92 casos que corresponden a 61.33 %.

## 11. Conclusiones

Con el propósito de conocer que influencia ejerce la religión en los pacientes psicóticos y su relación con el delirio místico atendidos el HJDFV de enero 2018 a noviembre 2019, se realizó un estudio descriptivo, observacional y analítico. Fueron analizados los datos sobre las características de filiación, grado de afrontamiento religioso, tipo de delirio predominante en los pacientes psicóticos y la correlación entre religión y presentar delirio en cualquiera de sus presentaciones psicopatológicas en los pacientes sujetos a estudio. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, pruebas de Correlación no Paramétrica de Spearman, V de Cramer y R de Pearson. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones:

1. La edad más predominante de presentar delirios de tipo místico religioso fue entre 35 a 44 años, de sexo femenino, credo religioso evangélico, con 2 años a más de profesar una religión y predominio de don de profecía, de sanidad y de milagro respectivamente.
2. El grado de afrontamiento religioso fue positivo, percibiendo la religión como benevolente, de apoyo espiritual y de perdón religioso.
3. El tipo de delirio predominante fue el de tipo placentero con 69% de los encuestados, siendo el de temática mística el más representativo (poderes divinos, profetas, ángeles o bien la virgen María), seguido del delirio mesiánico.

Según el tiempo evolución del delirio tiende a ser agudos, con una estructura no sistematizada (con múltiples núcleos, variabilidad del tema, versatilidad y absurdez del mismo).

4. Al establecer la relación de causalidad existente entre profesar una religión, tener una patología psicótica el 71.33% de los pacientes encuestados refirieron que estaban de acuerdo total en que la religión es un detonante que provoca experiencias de tipo místicas religiosas en los sujetos a estudio.

## 12. Recomendaciones

1. Divulgar los resultados, concientizando a los familiares de estos pacientes sobre esta temática donde la religión contradictoriamente deja de ser benevolente para convertirse en un factor desencadenante de esta fenomenología.
2. Se debe realizar un análisis a nivel de cada equipo de trabajo en salud sobre el desarrollo de estrategias para disminuir el riesgo psicosocial de realizar actividades religiosas que impliquen el compromiso de estos pacientes en riesgo de presentar delirio místico de edades entre 35 a 45 años.
3. Durante la evaluación de los pacientes que se presenten a la unidad de salud con cuadros psicóticos evaluar más detalladamente tipo de delirio, temática delirante, su clasificación evolución y pronóstico del mismo para obtener un mejor abordaje de esta fenomenología.
4. La religión acompañada de un cuadro clínico del espectro psicótico en nuestra población parece ser un factor negativo para la mejoría clínica de estos pacientes por lo que se sugiere hacer más estudios al respecto para demostrar relaciones de causalidad.
5. Sensibilizar sobre el tema a trabajadores de la salud, y brindar charlas educativas en las salas de espera de los diferentes centros asistenciales a la población en general, sobre el mantenimiento de higiene mental y técnicas de convivencia, y actividades de recreación satisfactorias en este grupo de estudio.



### 13. Referencias bibliográficas

- Ana Morales Arce, J. C. (2012. ). Un acercamiento al contenido cultural de los delirios de personas con esquizofrenia CR. . 20- 24. .
- Armando Rivera Ilesdama, M. M. (2007). *Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos.*, 41.
- Canales, A. y. (1996). *Metodología de la investigación* .
- Demien E. Rodante, P. F. (2012, 2013). Delirios Místicos-religiosos: recorrido histórico, vigencia actual e implicancias culturales en su génesis. 4- 5.
- Fernandez Alonso, D. H. (1992). *Compendio de psiquiatria editorial ateo*. Madrid: Masson Barcelona.pag. 123 - 125 - 142.
- Guillon, J. (2009). *Religion y psicoanalisis*. Bilbao: pag. 66.
- Hernandez, F. y. (2014). *Metodología de la investigación* . Mexico .
- Jose Luis Ayuso, E. V. (2014). *manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales* . Buenos Aires : panamericana.
- Marin, A. R. (2015). *Los grandes maestros de la vida espiritual*. . Madrid España. .
- Mena., C. G. (2014). En la cultura latina el esquizofrenico suele involucrar la religion en su delirio. . 33.
- Morales., p. (2008). Ajuste psicosocial a la enfermedad. 26.
- Munch Galindo, L. (1996). *Fundamentos de administracion, casos y practicas*. . Mexico .
- Nicaragua y Religion* . (2018).
- Pedrosa, D. H. (2014). *Metodología de la investigación* . Managua nicaragua.
- Piura, D. J. (2006). *Metodología de Investigación Científica*. Managua.
- Quinceno, J. M. (2009). *La salud en el marco de la psicología de la religion y la espiritualidad*, pag. 322.
- Rodriguez, E. A. (2016). La presencia de delirios y alteraciones sensorio-perceptiva de contenido místico religioso en pacientes psicóticos crónicos. .
- Santibañez, G. (2017). Religiosidad y Globalización en Nicaragua. pag-7.
- Shugulet. (2004). La religion como desencadenante de la esquizofrenia. 132.
- Stefano, Q. y. (2009). *La salud en el marco de la psicopatología y la espiritualidad.*, (p321).

Urdániz, A. P. (2012). Mitos y delirios: una reivindicación de sarro.

Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales.

## 14. Anexos

Anexo # 1: ficha de recolección de la información

1. Características de filiación de los pacientes con trastorno psicótico

1. Edad	15-24	25-34	35-44	45 años o mas	
2. Sexo	Masculino		Femenino		
3. Escolaridad	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico	Universidad
4. Estado civil	Soltero	Casado	Acompañado	Divorciado	Viudo
5. Procedencia	Rural		Urbano		
6. Religión	Católico	Evangélico	Mormón	Bautista	
7. Tiempo en la religión	< 6 meses	6 meses	1 año	2 años o mas	
8. Prácticas religiosas	Meditación	Oración	Rezo	ayuno	
9. Fuentes teológicas	Biblia	Corán	Libro de mormón	Ninguna	
10. Funciones religiosas	Diacono	Servidor	Líder	Misionero	
11. Dones religiosos	Sanidad	Milagro	Lengua	Profecía	Ninguno
12. Experiencias míticas	Danzar		Llenura del espíritu	Hablar en lenguas	
13. Divinidad	Dios	Jesús	Los santos	Otros	
14. Diagnostico					

2. Identificar el grado de afrontamiento religioso en el paciente psicótico sujeto a estudio.

Proposición		Acuerdo total	Desacuerdo total
1.	Supuse que mi iglesia me había abandonado.		
2.	Trate de comprender que Dios me fortalecía a través de esa situación		
3.	Puse entre dicho el poder de Dios.		
4.	Junto con Dios, trate de llevar acabo mis planes		
5.	Busque la ayuda de Dios para poder olvidar mi enojo.		
6.	Busque el amor y el cuidado de Dios.		

Proposición		Acuerdo total	Desacuerdo total
7.	Pedí perdón por mis pecados.		
8.	Me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción.		
9.	Puse entre dicho el amor de Dios por mí.		
10.	Me enfoqué en la religión para dejar de preocuparme por mis problemas.		
11.	Me pregunte que hice para que Dios me castigara así.		
12.	Supuse que Dios me había abandonado		
13.	Me sentí convencido de que el diablo había hecho que eso pasara.		
14.	Busque una cercanía más fuerte con Dios.		

3. Determinar el tipo de delirio predominante en el paciente psicótico sujeto a estudio.

Placentero	Altruista	Megalómano	Mesiánico	Místico	
Displacentero	Hipocondriaco	Ruina	Culpabilidad	Persecutorio	
Evolución	Agudo		Crónico		
Estructura	Sistematizados		No sistematizados		
Temática del delirio	Fin del mundo	Mesianicidad	Divinización	etnogenocentro	metamorfosis

4. Establecer la relación causal existente entre profesar una religión y presentar fenómenos delirantes de tipo místico religioso.

Proposición	Acuerdo total	Desacuerdo total
Relación de causalidad		

Anexo # 2 tablas de resultados

- Tabla # 1: Diagnóstico de los entrevistados

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Episodio Psicótico Agudo.	25	16.7
Esquizofrenia Paranoide	52	34.7
Síndrome Delirante	49	32.7
Trastorno Esquizofreniforme.	3	2.0
Trastorno de ideas delirantes	18	12.0
Trastorno EquizoAfectivo	3	2.0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 2: Edad de los entrevistados

Edades.	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	18	12.0
25-34 años	35	23.3
35-44 años	55	36.7
45 a mas	42	28.0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 3: Sexo de los entrevistados

Sexo de los entrevistados	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	58	38.7
Femenino	92	61.3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 4: religión de los entrevistados

Religión.	Frecuencia	Porcentaje
Católico	61	40.7
Evangélico	65	43.3
Mormón	18	12.0
Bautista	3	2.0
Testigo de Jehová	3	2.0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 5. Tiempo de profesar la religión en los pacientes entrevistados

Tiempo en la religión	Frecuencia	Porcentaje
< 6 meses	9	6.0
6 meses	15	10.0
1 año	43	28.7
2 años a mas	83	55.3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 6: función religiosa de los entrevistados

Funciones Religiosas	Frecuencia	Porcentaje
Diacono	18	12.0
Servidor	24	16.0
Líder	15	10.0
Misionero	35	23.3
Ninguno	58	38.7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 7: dones religiosos de los pacientes entrevistados

Dones Religiosos	Frecuencia	Porcentaje
Sanidad	34	22.7
Milagro	25	16.7
Lengua	22	14.7
Profecía	35	23.3
Ninguna	34	22.7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 8: divinidades que adoran los entrevistados

Divinidades.	Frecuencia	Porcentaje
Dios	63	42.0
Jesús	48	32.0
Los Santos	39	26.0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

- Tabla # 9: estado civil de los entrevistados

Estado civil.	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	86	57.3
Casado	33	22.0
Acompañado	25	16.7
Divorciado	3	2.0
viudo	3	2.0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>



- Tabla # 10: escolaridad de los entrevistados

Escolaridad.	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	65	43.3
Secundaria	48	32.0
Técnico	15	10.0
Universitario	22	14.7
Total	150	100.0

- Tabla # 11: Procedencia de los entrevistados

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	32	21.3
Urbano	118	78.7
Total	150	100.0

- Tabla # 12: Tipo De Delirio Predominante En El Paciente Encuestado

Tipo de Delirio	Frecuencia	Porcentaje.
Delirio placentero	104	69
Delirio Displacentero.	46	31
Total	150	100.0

- Tabla # 12. 1: Delirio Placentero En Pacientes Encuestados

Delirio Placentero.	Frecuencia	Porcentaje
Altruista	3	2.0
Megalómano	12	8.0
Mesiánico	42	28.0
Místico	47	31.3
Total	104	69.3

- Tabla # 12. 2: delirio displacentero en de los entrevistados

Delirio Displacentero	Frecuencia	Porcentaje
Ruina	12	8.0
Culpabilidad	22	14.7
Persecutorio	12	8.0
Total	46	30.7

- Tabla # 13: evolución del delirio en de los entrevistados

Evolución	Frecuencia	Porcentaje
Agudo	79	52.7
Crónico	71	47.3
Total	150	100.0

- Tabla # 14: estructura del delirio de los entrevistados

Estructura del delirio	Frecuencia	Porcentaje
Sistematizado	21	14.0
No sistematizado	129	86.0
Total	150	100.0

- Tabla # 15: relación causal y grado de afrontamiento entre religión y delirio de los entrevistados

Relación Causal Y Grado De Afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo total	107	71.3
Desacuerdo Total	43	28.7
Total	150	100.0

Tabla # 16: correlación entre tipo de delirio y religión

Delirio placentero	Religión				Total
	Católico	Evangélico	Mormón	Bautista	
Altruista	0	0	3	0	3
Megalómano	0	12	0	0	12
Mesiánico	15	21	3	3	42
Místico	28	13	6	0	47
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>46</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>104</b>
Delirio displacentero	Religión				Total
	Católico	Evangélico	Mormón	Testigo de Jehová	
Ruina	6	3	3	0	12
Culpabilidad	6	10	3	3	22
Persecutorio	6	6	0	0	12
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>46</b>
<b>Total, General</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>150</b>

Tabla # 17: Sexo según la Divinidad adorada

		Divinidad			Total
		Dios	Jesús	Los Santos	
Sexo	Masculino	23	23	12	58
	Femenino	40	25	27	92
<b>Total</b>		<b>63</b>	<b>48</b>	<b>39</b>	<b>150</b>

Tabla # 18: Sexo según la Evolución del delirio

		Evolución		Total
		Agudo	Crónico	
Sexo	Masculino	24	34	58
	Femenino	55	37	92
<b>Total</b>		<b>79</b>	<b>71</b>	<b>150</b>

Tabla #19: Sexo de los encuestados según temática del delirio

Sexo	Temática Del Delirio					Total
	Fin del mundo	Mesianicidad	Divinización	Etnogeno centro	Metamor fosis	
Masculino	19	12	21	0	6	58
Femenino	33	16	34	6	3	92
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>28</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>150</b>

Tabla # 20: Asociación de Cramer entre espectro de los trastornos psicóticos y tipos de religión

Diagnostico	Religión					Total
	Católico	Evangélico	Mormón	Bautista	Testigo de Jehová	
Episodio Psicótico Agudo	13	6	6	0	0	25
Episodio Paranoide	24	25	0	0	3	52
Síndrome Delirante	15	25	9	0	0	49
Trastorno Esquizofreniforme.	3	0	0	0	0	3
Trastorno de Ideas Delirantes	3	9	3	3	0	18
Trastorno EquizoAfectivo	3	0	0	0	0	3
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>150</b>

Tabla # 20.1: Medidas simétricas de asociación entre espectro de los trastornos psicóticos y tipos de religión

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.609	.000
	V de Cramer	.304	.000
	Coefficiente de contingencia	.520	.000
N de casos válidos		150	

Tabla # 21: Asociación de Cramer entre espectro de los trastornos psicóticos y afrontamiento religioso

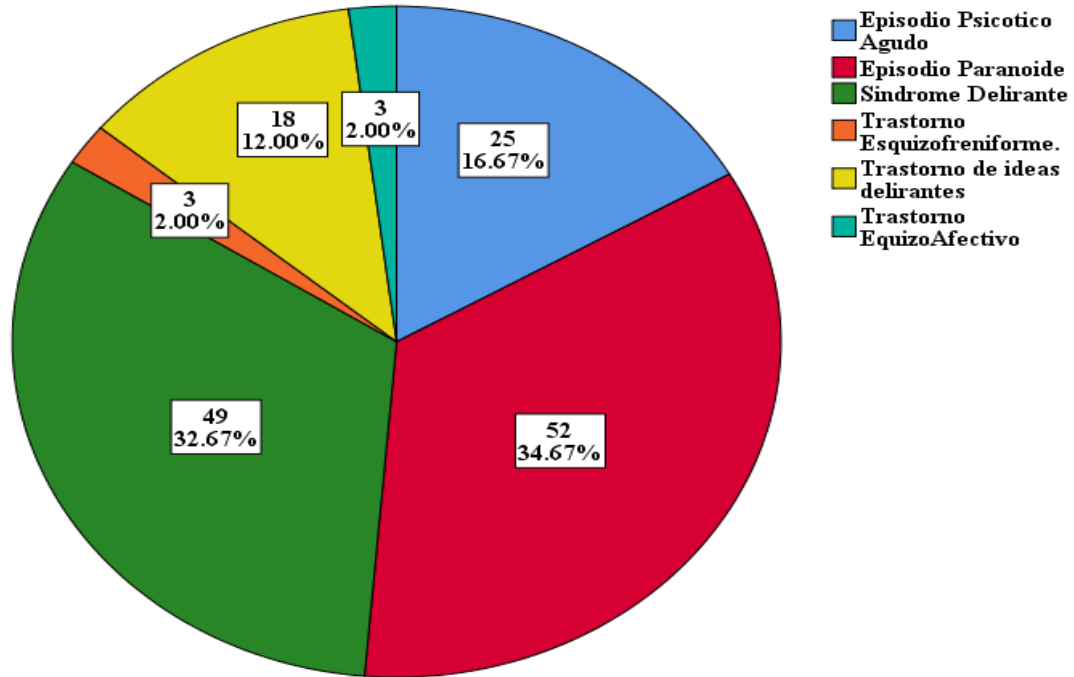
Diagnostico	Relación De Causalidad		Total
	Acuerdo total	Desacuerdo Total	
Episodio Psicótico Agudo	9	16	25
Esquizofrenia Paranoide	46	6	52
Síndrome Delirante	37	12	49
Trastorno Esquizofreniforme.	0	3	3
Trastorno de ideas Delirantes	12	6	18
Trastorno EquizoAfectivo	3	0	3
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>43</b>	<b>150</b>

Tabla # 21.1: Medidas simétricas entre espectro de los trastornos psicóticos y afrontamiento religioso

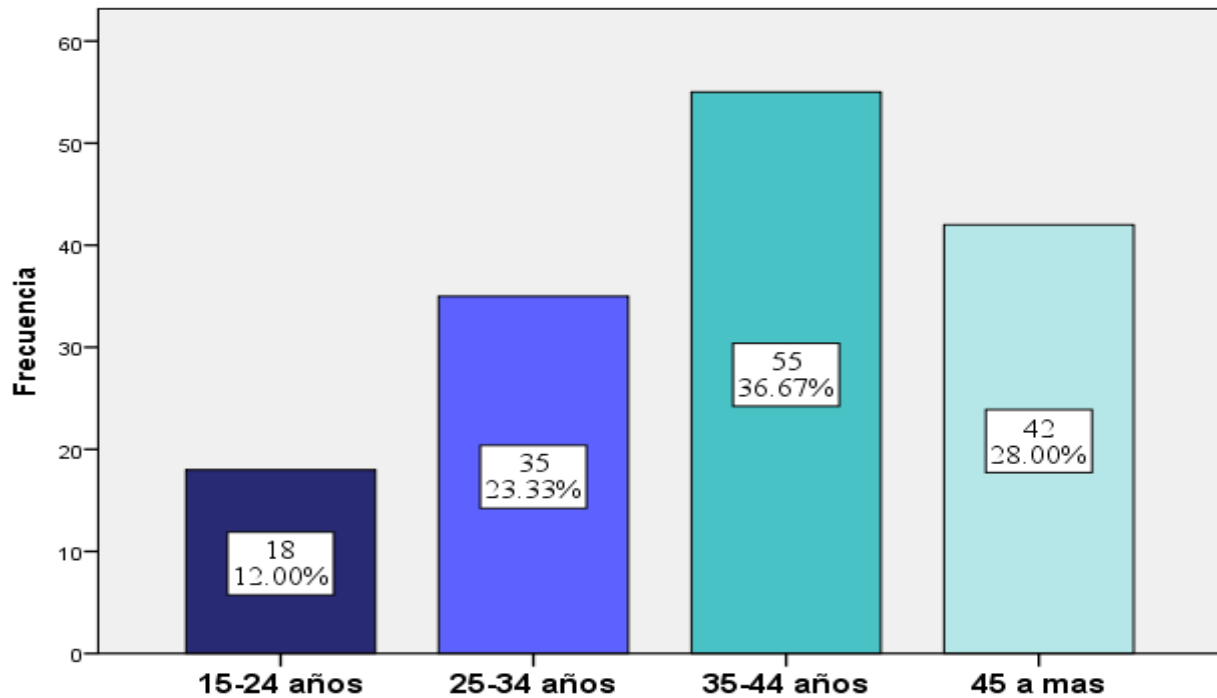
		Valor	Significación aproximada
Nominal por	Phi	.462	.000
Nominal	V de Cramer	.462	.000
	Coefficiente de contingencia	.419	.000
N de casos válidos		150	

Anexo # 3 gráficos de resultados.

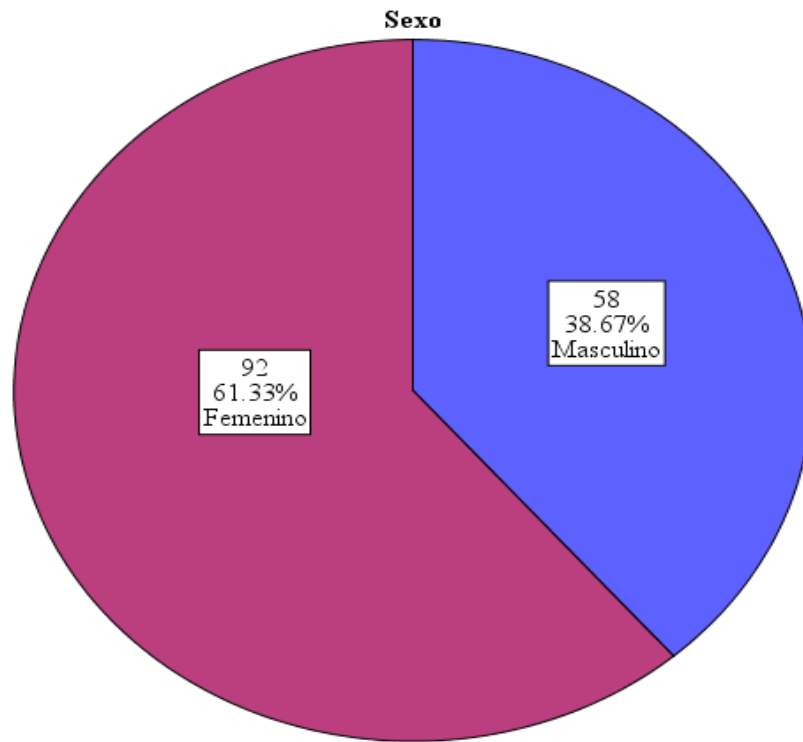
- Gráfico # 1: Diagnóstico de los entrevistados



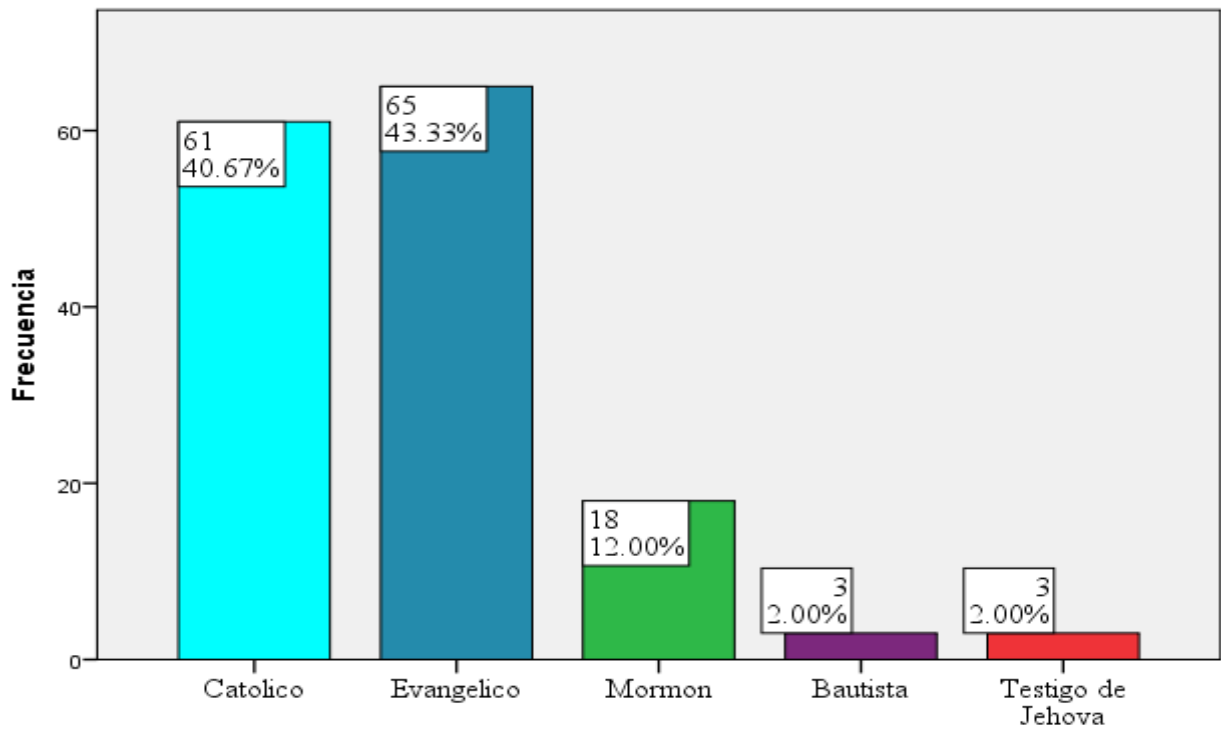
- Gráfico # 2: Edad de los entrevistados



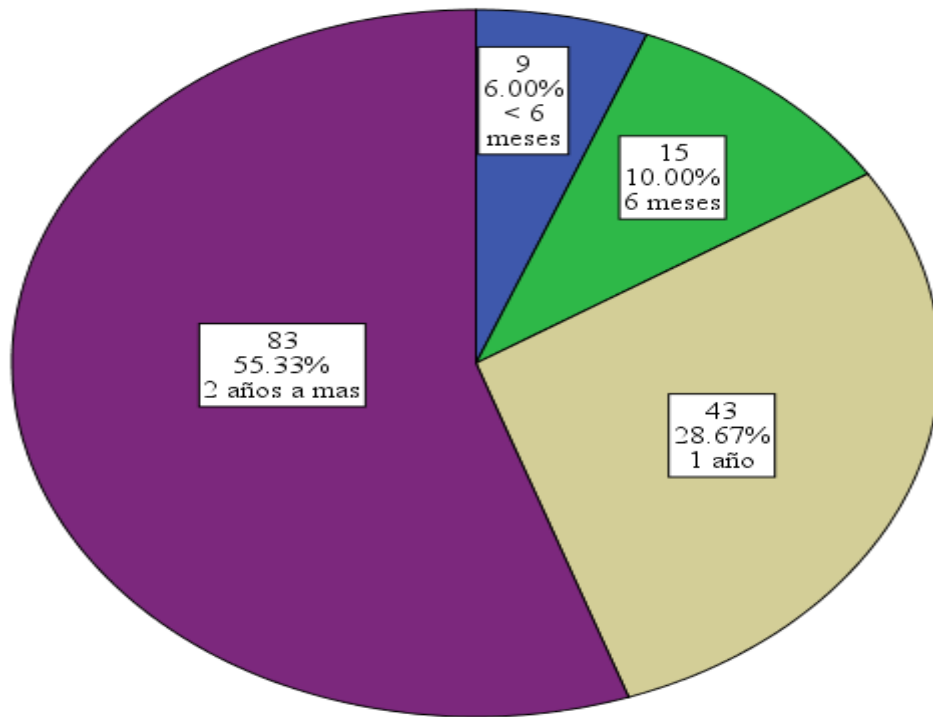
- Gráfico # 3: Sexo de los entrevistados



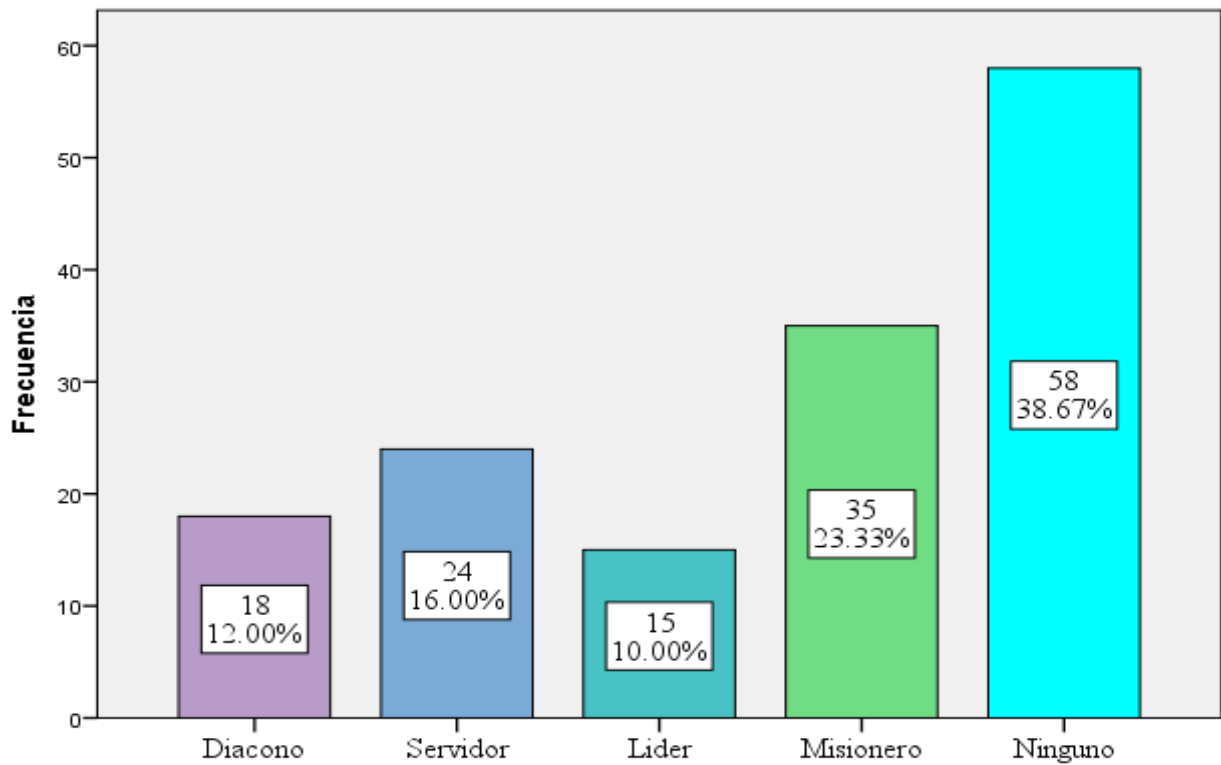
- Gráfico # 4: Religión de los entrevistados



- Gráfico # 5: Tiempo De Profesar La Religión En Los Pacientes Entrevistados

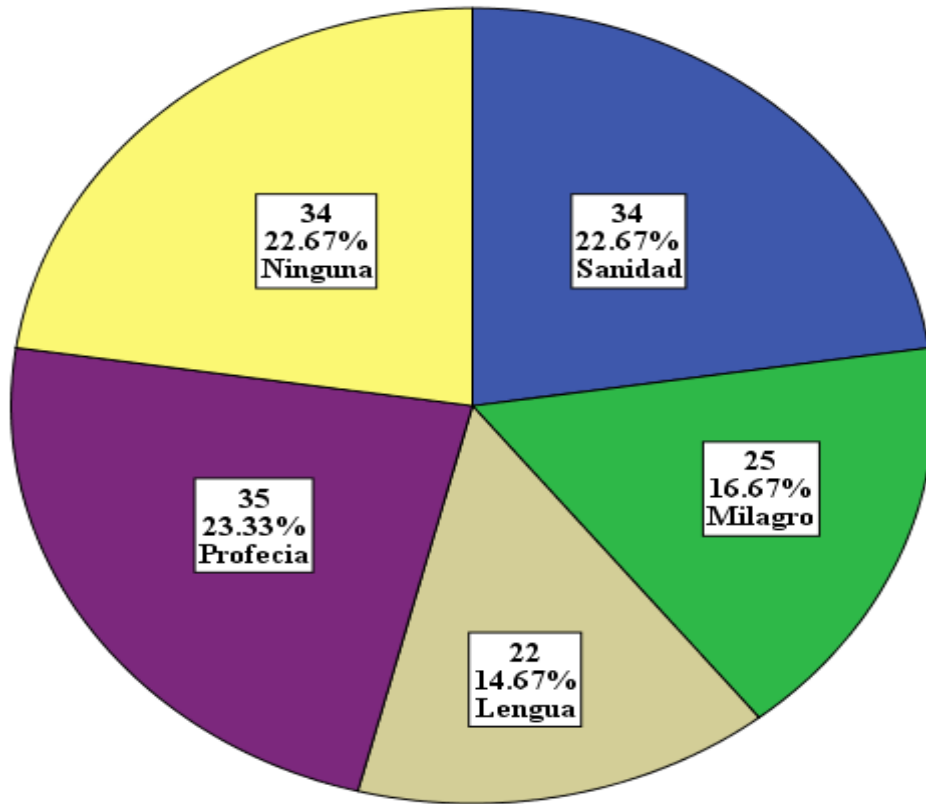


- Gráfico # 6: Función religiosa de los entrevistados

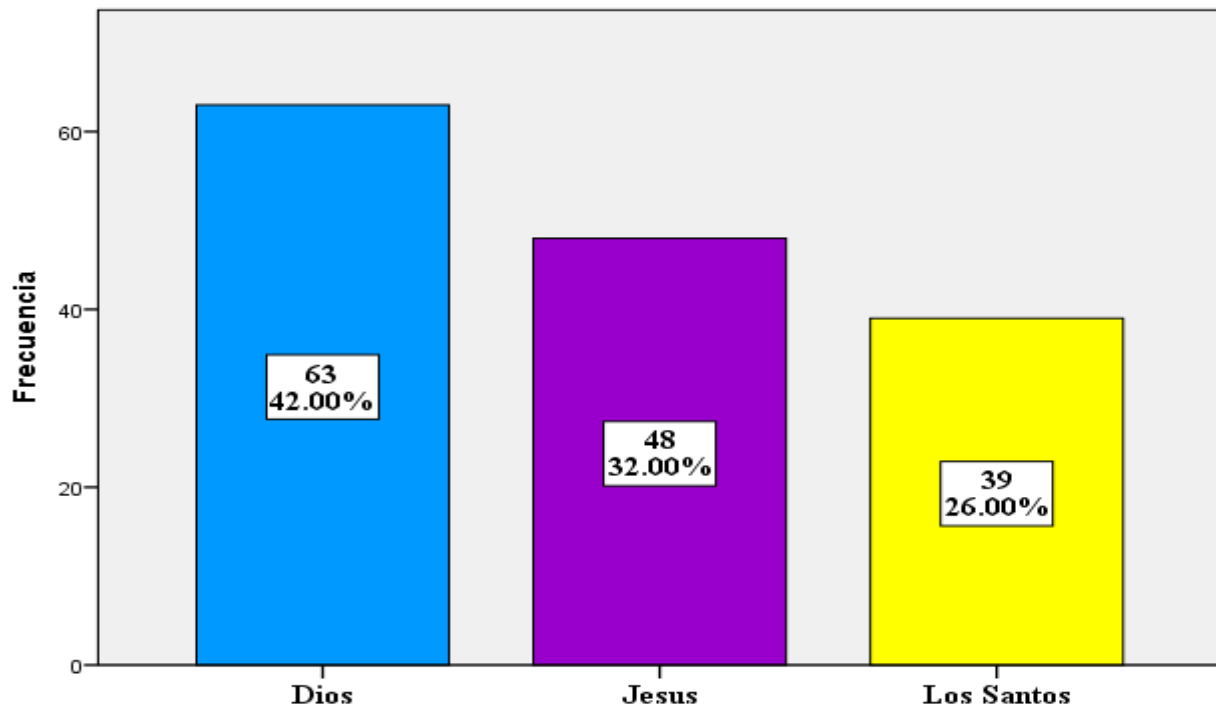




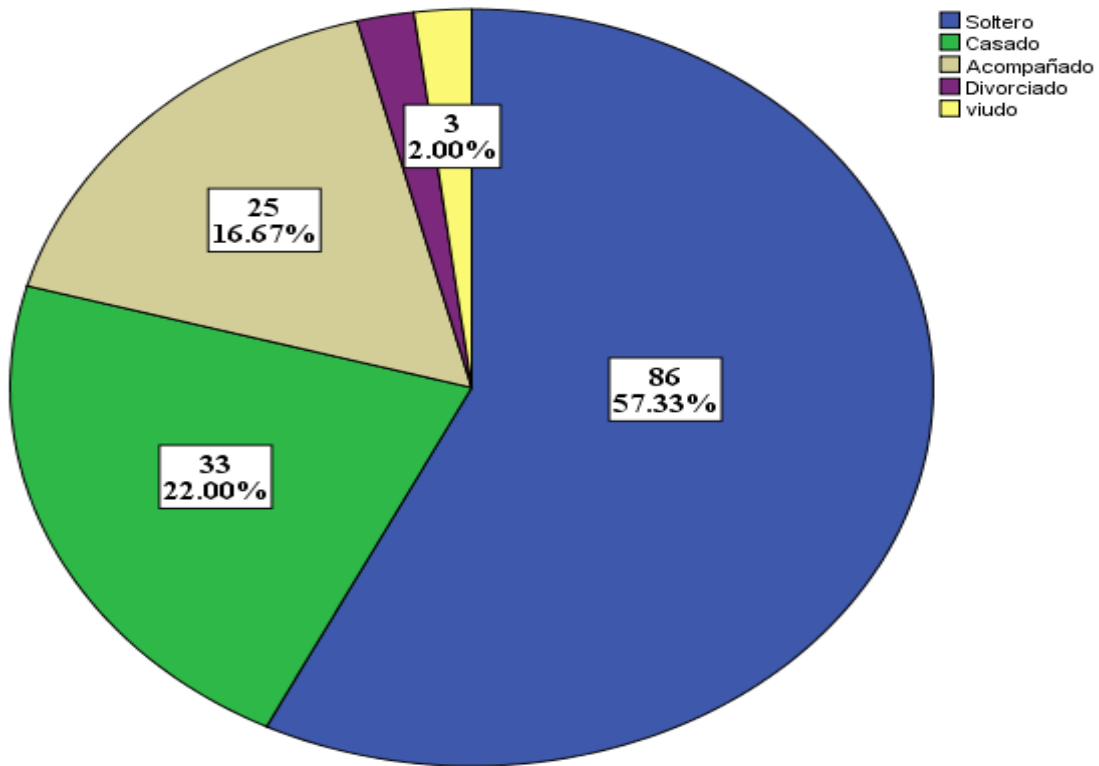
- Gráfico # 7: Dones religiosos de los pacientes entrevistados



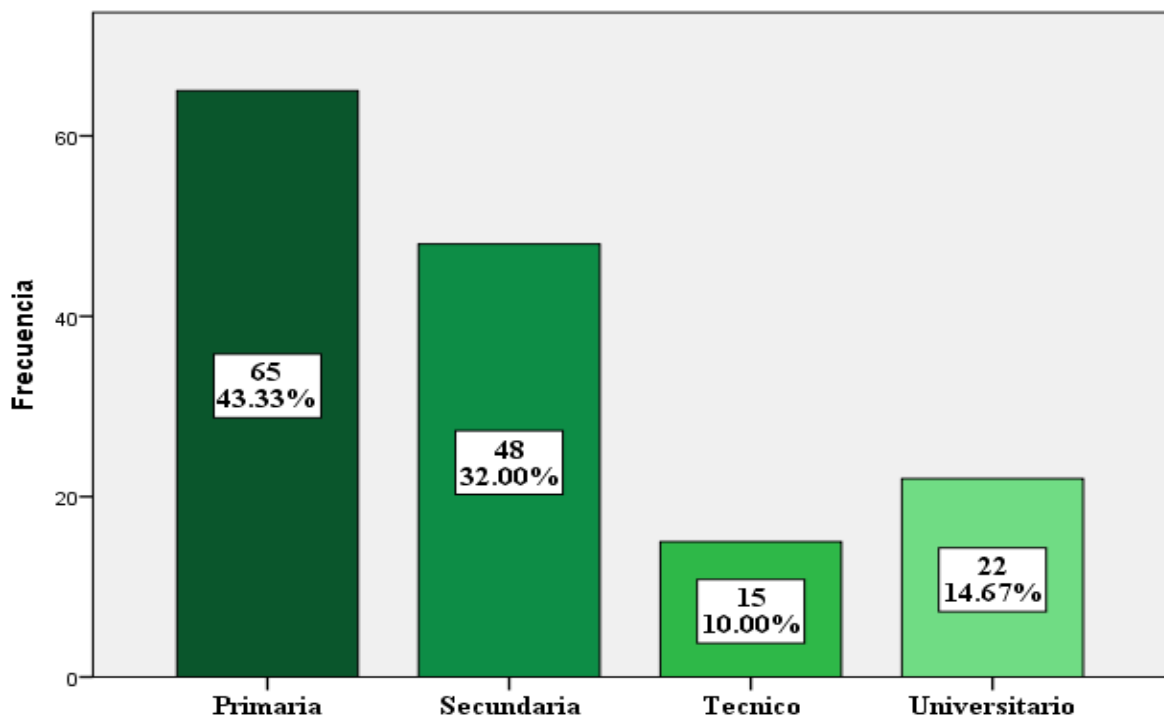
- Gráfico # 8: Divinidades que adoran los entrevistados



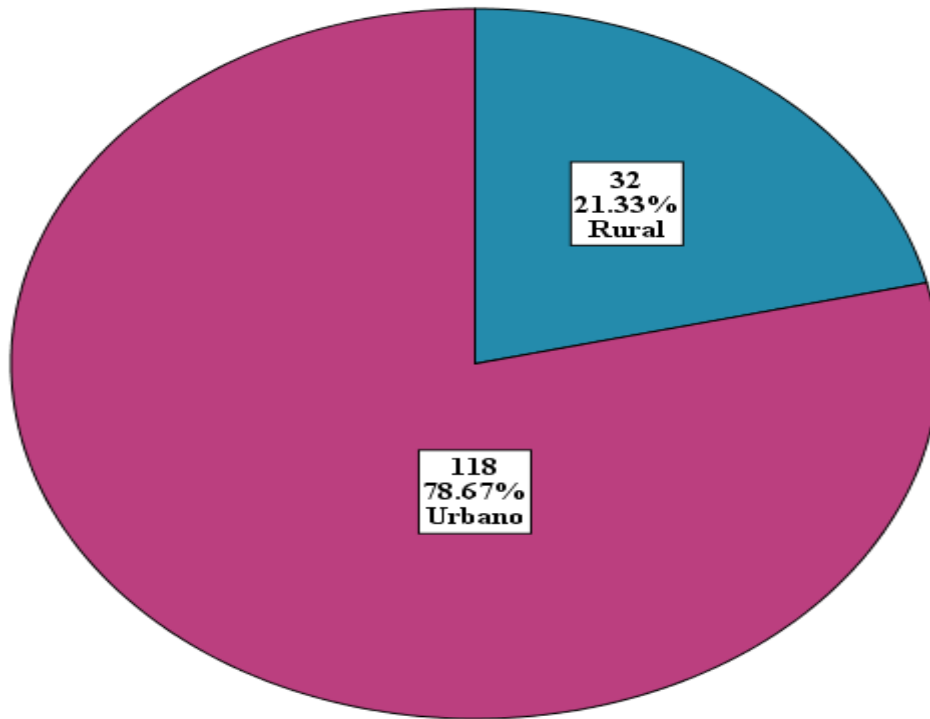
- Gráfico # 9: Estado civil de los entrevistados



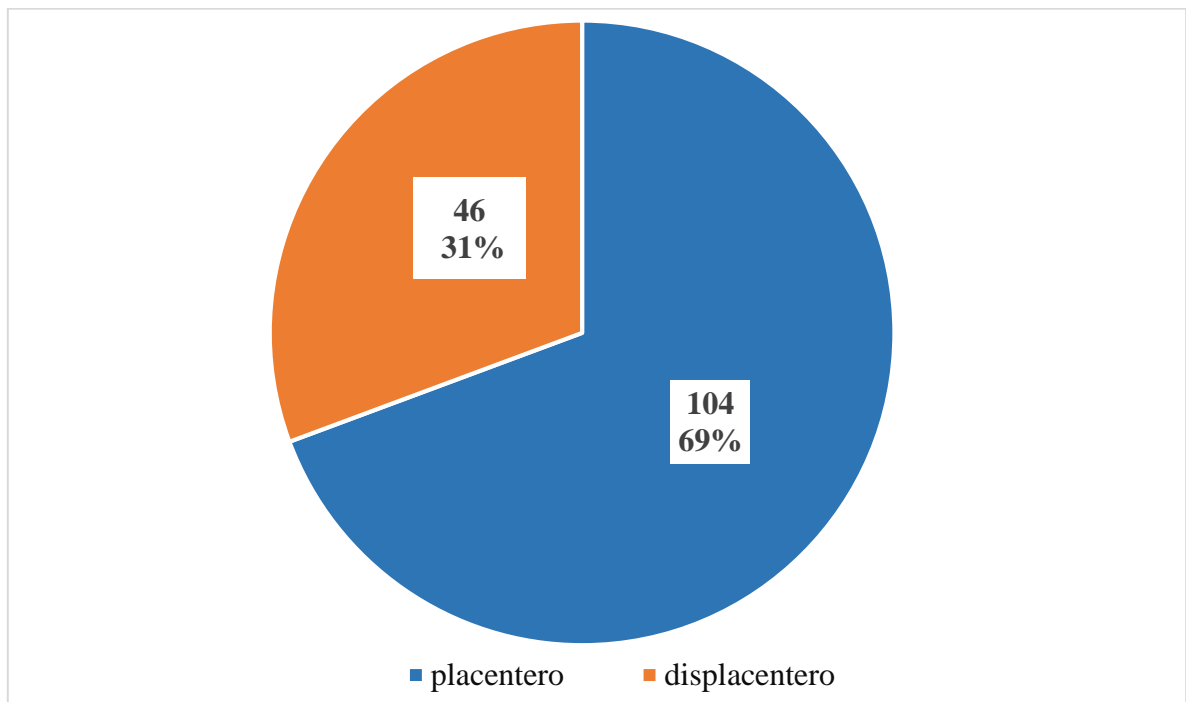
- Gráfico # 10: Escolaridad de los entrevistados



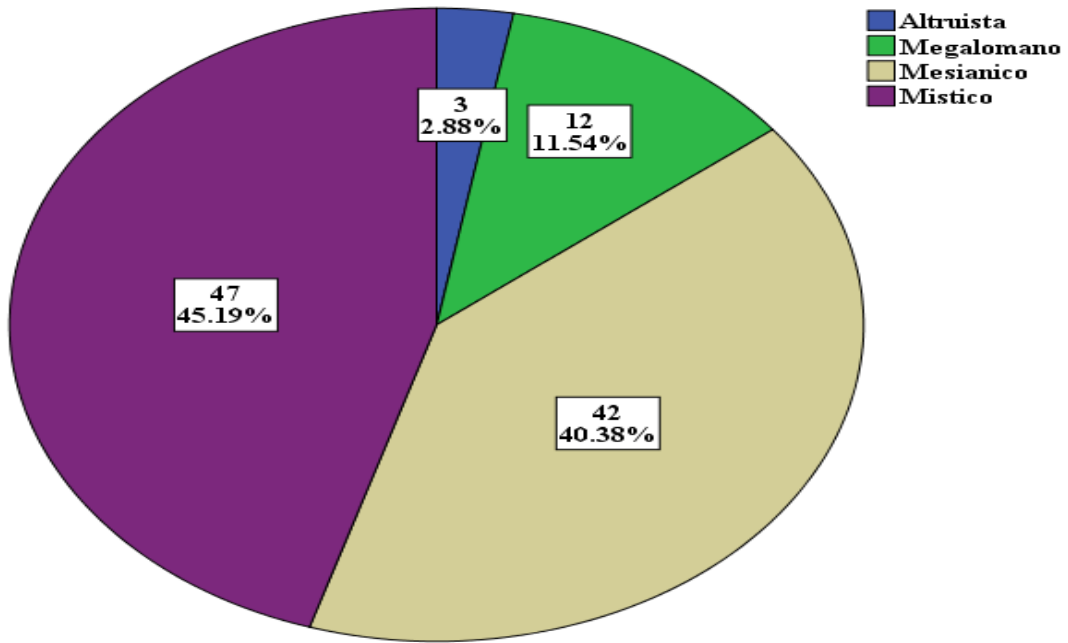
- Gráfico # 11: Procedencia de los entrevistados



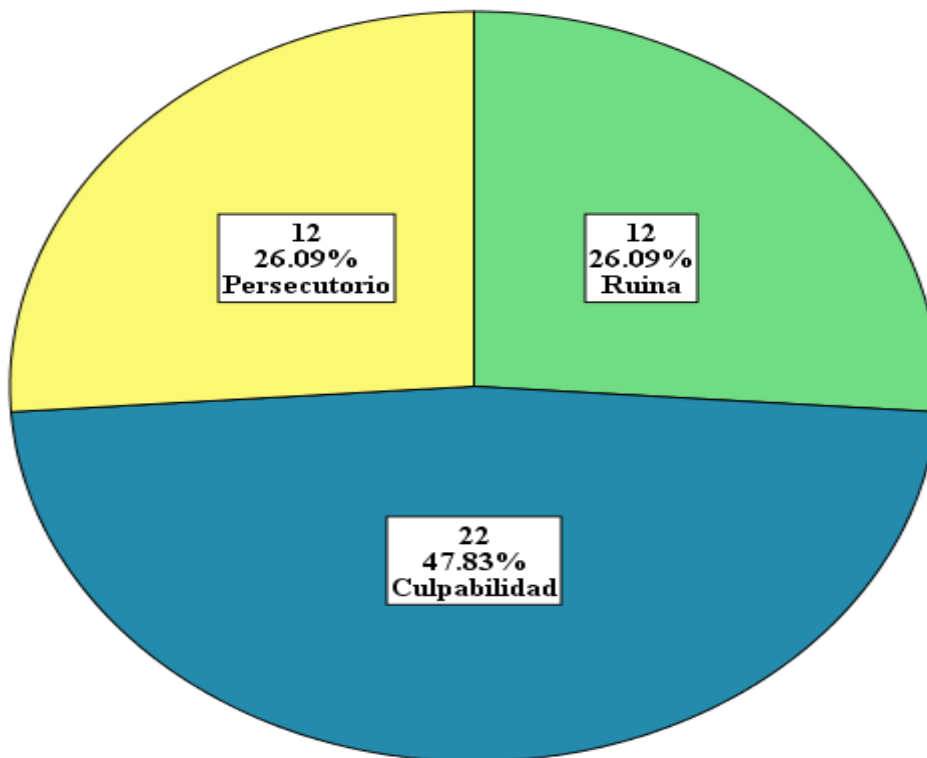
- Gráfico # 12: Tipo de delirio predominante en los pacientes encuestados



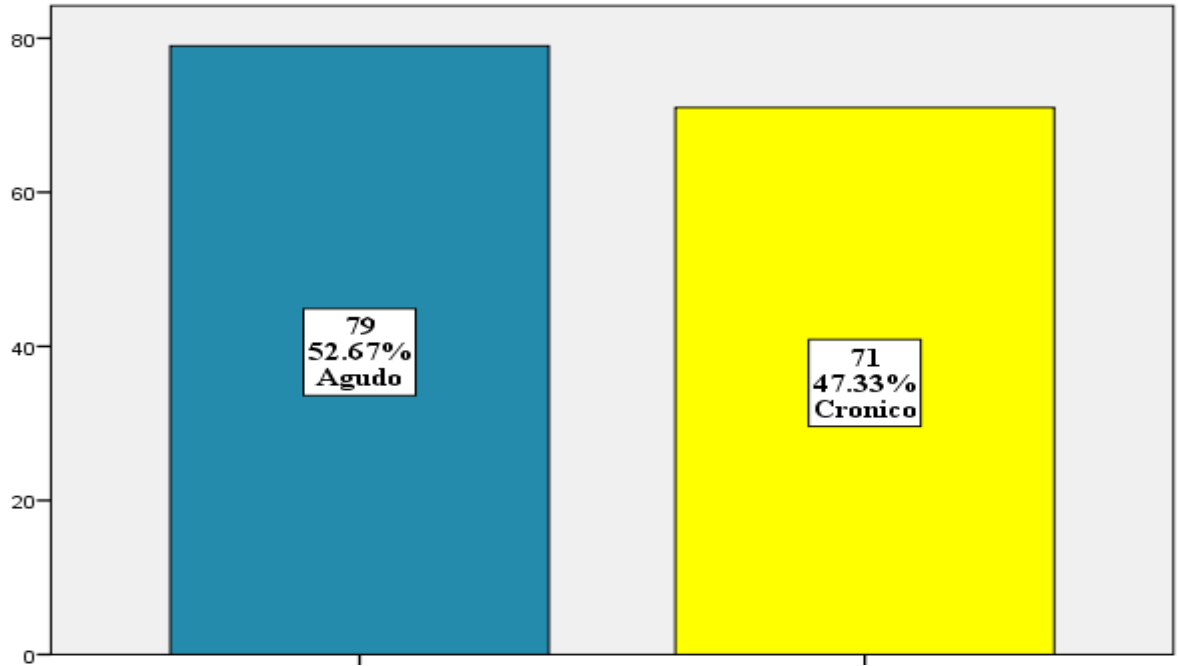
- Gráfico # 12.1. Delirio placentero en pacientes encuestados



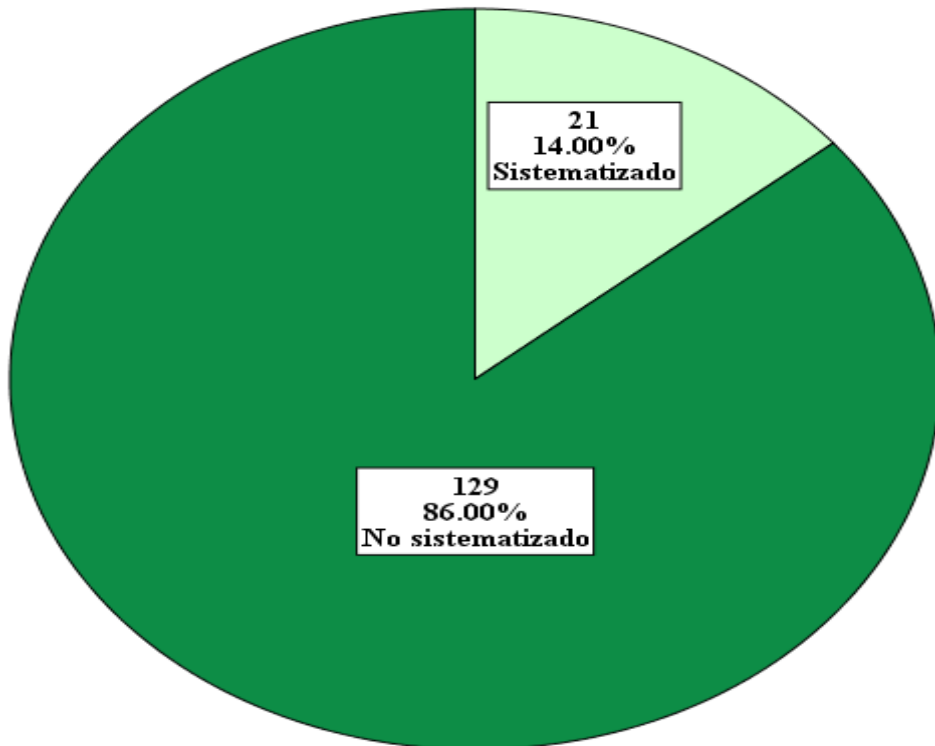
- Gráfico # 12.2. Delirio displacentero en pacientes encuestados



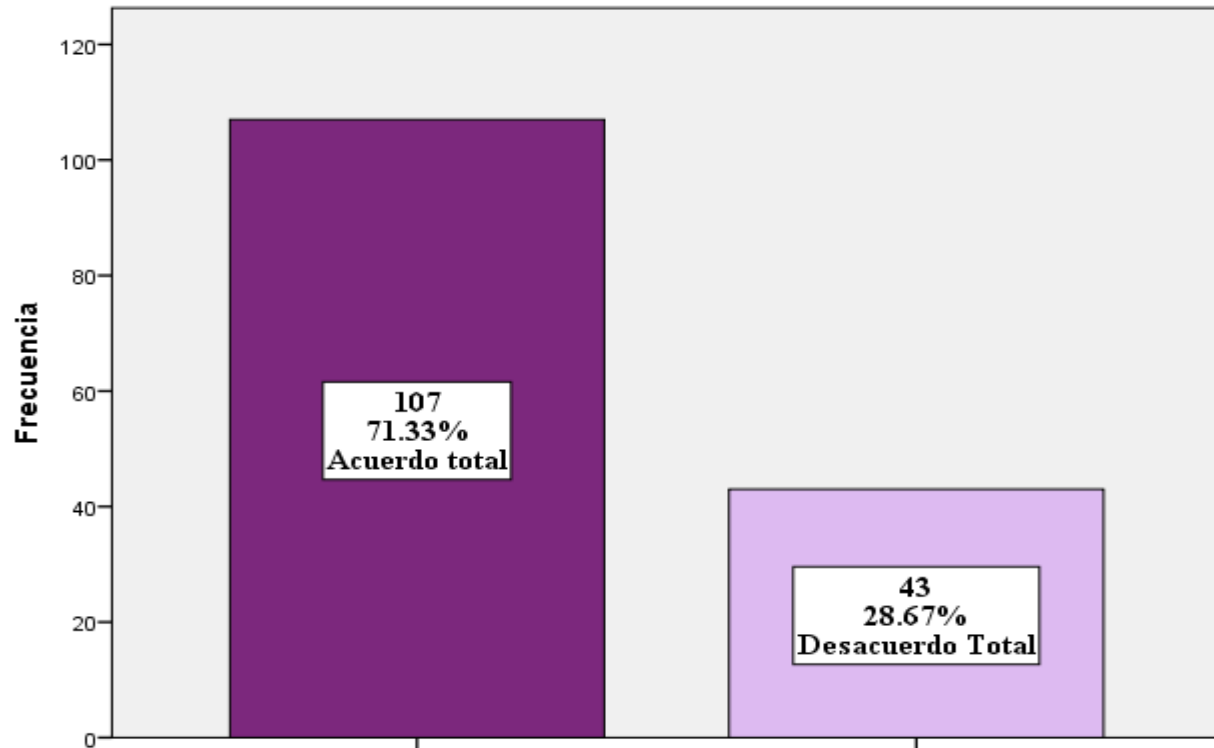
- Gráfico # 13: Evolución del delirio



- Gráfico #14: Estructura de delirio en los pacientes encuestados



- Gráfico # 15: relación causal en pacientes encuestados



Anexo #4 Cronograma de actividades

PERIODO ACTIVIDAD	2018				2019				2020
	IT	IIT	IIIT	IVT	IT	IIT	IIIT	IVT	IT
Entrega de protocolo de investigación									
Recolección de la información									
Procesamiento de la información									
Redacción del reporte final									
Entrega del reporte final									
Defensa									