

Tipo de Publicación: Artículo Científico

Recibido: 20/04/2022

Aceptado: 30/06/2022

Autor: Juan Luis Rodríguez Vega

Docente – Investigador. Universidad Cesar Vallejo. Perú

 <https://orcid.org/0000-0002-2639-7339>

E-mail: galloide@hotmail.com

Autor: Manuel Peñalver Higuera

 <https://orcid.org/0000-0002-8732-984X>

Docente – Investigador. Universidad Cesar Vallejo Perú

Autor: Davis Albero Mejía Pinedo

 <https://orcid.org/0000-0002-8790-1682>

Docente – Investigador. Universidad Cesar Vallejo Perú

Autor: Miryam Griselda Lora Loza

 <https://orcid.org/0000-0001-5099-1314>

Docente – Investigador. Universidad Cesar Vallejo Perú

Autor: José Elías Cabrejo Paredes

 <https://orcid.org/0000-0002-7335-0541>

Docente – Investigador. Universidad Cesar Vallejo. Perú

Autor: Wilmer Leoncio Calderón Mundaca

 <https://orcid.org/0000-0002-1995-1063>

Docente – Investigador. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Perú

LA PSICOPATOLOGIA DEL SINDROME CULTURAL “SUSTO” EN POBLADORES DEL DISTRITO DE MÓRROPE, PERU

Resumen

El presente trabajo pretende caracterizar psicopatológicamente el “susto” como síndrome cultural. Para lo cual se diseñaron dos fases: análisis del objeto de estudio y diseño de un modelo explicativo de este síndrome cultural y otra fase para elaborar un modelo que permita conocer la eficacia terapéutica del chamanismo. La población estuvo conformada por 50 habitantes del distrito de Mórrope, que presentaron el Síndrome Cultural “susto”. Se encontró una etiología causada por eventos estresantes que afecta la funcionalidad y calidad de vida, con síntomas como: falta de ánimo, anorexia, dolor corporal, trastorno del sueño y temor nocturno, y temblor en el cuerpo; también ansiedad, creencias anormales (el daño, la brujería), trastornos del sueño que incluyen pesadillas nocturnas, estos episodios tienen una duración de 1 a 3 semanas. Se concluye que el susto fue caracterizado psicopatológicamente presentando una sintomatología particular que se asume es dependiente del territorio y la cultura.

Palabras clave: Susto, síndrome cultural, medicina tradicional.

THE PSYCHOPATHOLOGY OF THE “SUSTO” CULTURAL SYNDROME IN INHABITANTS OF THE DISTRICT OF MÓRROPE, PERU

Abstract

The present work tries to characterize psychopathologically the "scare" as a cultural syndrome. For which two phases were designed: analysis of the object of study and design of an explanatory model of this cultural syndrome and another phase to develop a model that allows knowing the therapeutic efficacy of shamanism. The population consisted of 50 inhabitants of the district of Mórrope, who presented the Cultural Syndrome "scare". An etiology caused by stressful events that affects functionality and quality of life was found, with symptoms such as: lack of mood, anorexia, body pain, sleep disorder and nocturnal fear, and trembling in the body; Also, anxiety, abnormal beliefs (harm, witchcraft), sleep disorders including nightmares, these episodes last from 1 to 3 weeks. It is concluded that the scare was characterized psychopathologically presenting a particular symptomatology that is assumed to be dependent on the territory and culture.

Keywords: Fright, cultural syndrome, traditional medicine.

Introducción

El distrito de Mórrope, situado al norte de la ciudad de Lambayeque, es un lugar de tradiciones culturales antiguas que son remanentes, donde la amalgama entre lo cultural autóctono y lo occidentalizado ha permitido un desarrollo particular con una extraordinaria riqueza transcultural centrada en el esoterismo y el curanderismo (Alva, 2000); un distrito con gran parte de su población autóctona en lo etnográfico, con un nivel cultural “que intenta racionalizar lo irracional”, donde el chamanismo no es simplemente un hecho de “tratamiento tradicional” sino es una continuidad del saber premoderno, cuyo grado de homología intercultural es sorprendente como en el caso de la imposición de manos (Benavides, 2000), tan común en todas las culturas primitivas de oriente y occidente, lo cual tiene cierta importancia en el estudio de la salud pública en nuestro medio.

Es en este distrito donde la creencia popular actual es observada en los “ceramios moches” con una clara influencia en la región Lambayeque del “poder místico” de los curanderos. Cabe precisar que la categoría “curandero” o el fenómeno del chamanismo, se discursa una realidad y visión distinta de cultura y de mundo, convirtiéndose en el único espacio conceptual, donde la globalización liquida los autoctonismos y principios independientes; es aquí donde algunas ciencias

orientan su desarrollo en la arista de lo cultural: la Antropología Médica, la Sociología y la Psicología.

El susto es un síndrome cultural (Cabienes, 1993) presenta diferente nomenclatura vernacular debido a su distribución territorial y diversidad cultural de cara territorio en el Perú: por ejemplo, las culturas quechua del sur peruano lo denominan: mancharisqa (asustado), ánimo qarkusqa (pérdida del alma). En cambio, en la zona norte peruana se le llama espanto, hani (con el ánimo perdido), pacha chari, mal de susto. La etiología de este síndrome lo atribuyen a la pérdida de un yuyaynin (juicio o razón) o bien de huqkaqnin (su otro yo) esta categoría por lo tanto es entendida como una pérdida del alma a causa de desarrollar un trauma psíquico que puede tener de hecho somatización.

Es notorio el comportamiento sincrético de los curanderos que integran costumbres occidentales y religiosas católicas con las tradiciones arcaicas del tratamiento y que por esta naturaleza poseen la efectividad adecuada para el tratamiento de dichos síndromes culturales (Rodríguez, 2020). Es necesario también destacar que en la actualidad muchos de los síndromes culturales son ubicados como trastornos en el DSM y la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP, 2004) que claramente los enuncian como trastornos dependientes de sociedades específicas con una cultura determinada y que presentan modalidades diagnósticas culturales propias que les

otorgan un significado a ciertos conjuntos de observaciones y experiencias (APA, 2002).

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (Ob. Cit.) a su vez brinda la conceptualización de síndromes culturales como:

Trastornos particulares a ciertas culturas que presentan dos rasgos típicos: 1) No se pueden ubicar fácilmente dentro en categorías que se han establecido internacionalmente para uso psiquiátrico. 2) Se han reportado en ciertas poblaciones o áreas culturales, con la propiedad de ser restringidos solo a estas poblaciones (GLADP, Ob. Cit.).

Los autores se han planteado nuevos desafíos referentes al conocimiento y validación de métodos tradicionales de diagnóstico y tratamiento de síndromes culturales en la región; lo que en una de las zonas del norte del Perú (Mórrope), permitió detectar las siguientes manifestaciones: no existe un registro epidemiológico de la prevalencia del “susto” como síndrome cultural en Mórrope, se presenta un rechazo en algunos psicólogos que afirman que dicha forma de terapia no presenta validez ni efectividad en el tratamiento de síndromes dependientes de la cultura, se evidencia un manejo inadecuado de la semiología y diagnóstico del susto como síndrome cultural y se encuentra latente un tratamiento despectivo a las raíces socioculturales del curanderismo ancestral.

Atendiendo a esta problemática el objetivo del presente estudio fue el de evaluar diagnósticamente del “susto” conociendo a su vez la eficacia de su

tratamiento basado en el ritual “chamánico” en pobladores del distrito de Mórrope.

Material y Método

La presente investigación (Sánchez y Reyes, 1999) es descriptiva; y según el modelo paradigmático (Hernández, 2018) es de tipo cuantitativa. En cuanto al diseño de la investigación (Pérez, 2016), es descriptivo simple con un solo grupo. para el presente caso se diseñaron dos fases: una factoperceptible en la cual se caracterizó el objeto de estudio de forma diagnóstica y posteriormente se desarrolló un análisis el cual permitió la construcción de un modelo explicativo de carácter sistémico que fundamente las características del susto como síndrome cultural.

La población de la presente investigación, estuvo conformada por habitantes del distrito de Mórrope, residentes del lugar y que bajo un trabajo de campo preliminar consideró a 50 personas con edades comprendidas entre 10 a 60 años, de preponderancia 35 mujeres y 15 hombres, con un ingreso económico bajo, de religión católica, con profesión agricultores y de construcción civil (jornaleros), y de estado civil: casados y solteros; que presentan el Síndrome Cultural “susto”, con asistencia a rituales shamánicos ha sido comprobada y cuyo seguimiento de casos data de 2018. No hubo muestreo puesto que la población fue equivalente a la muestra. Los criterios de inclusión considerados fueron: creencia y practica del ritual, y haber presentado el síndrome cultural susto. Los criterios

de exclusión fueron: no residir en el distrito, tener la religión evangélica, o ser extranjeros residentes

Las formas de aplicación fueron directas comprendiendo la ruta siguiente: en primer lugar, se realizó el diagnóstico de los casos de “Síndromes Culturales”, empleando instrumentación adecuada para tal fin como la Historia clínica psicológica que permitió obtener las características del “susto”.

Posteriormente se realizó los procedimientos de catalogación nosográfica, utilizando la escala de Weller (2002), para valorar el “susto” que es una variante del fenómeno conocido en diversas partes del mundo como pérdida del alma, y que presenta un “impacto psicológico” de intensidad variada, cuyo cuadro es consecuencia de factores diversos, fenómenos naturales y circunscritos en experiencias personales que emergen como eventualidades fortuitas del todo inesperada.

Se aplicó el Test “Eficacia Terapéutica de la Medicina Tradicional” (ETMT) (Rodríguez, Ob. Cit.), para determinar la eficacia del chamanismo en su dimensión psicológica y social. Se determinó las características del susto a nivel nosográfico utilizando un diagnóstico psicológico. Una vez obtenidos los datos documentales y recogidos los datos empíricos en la entrevista clínica y aplicación de la escala diagnóstica para evaluar síndrome cultural: “susto”, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variable de investigación (Rodríguez, Ob. Cit.); de manera tal que se obtuvo una adecuada interpretación,

empleando por tanto estadística descriptiva en cuanto al manejo de datos y su tabulación (Wayne, 1987).

El estudio tuvo la aprobación del Comité de Investigación y Ética de la Escuela de Post Grado de la Universidad. Los participantes del estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado previo a la realización del mismo, y no se procedió a practicar ningún procedimiento en ellos ni quirúrgico, ni farmacológico, tan solo la observación y aplicación de un cuestionario.

Resultados

| Definición relatada de los sujetos que presentaron el síndrome cultural “susto” | Frecuencia de respuestas | |
|---|--------------------------|----------------|
| | N _i | H _i |
| Es un daño causado por un enemigo | 18 | 36 |
| Es un espíritu maligno de huaca | 26 | 52 |
| Es la pérdida del espíritu porque van a lugares prohibidos | 4 | 8 |
| Es un mal porque ha cometido muchos pecados | 2 | 4 |
| Total | 50 | 100 |

Tabla 1. Definición que los sujetos muestrales asignan al síndrome cultural “susto” (Nosonomía), ciudad de Mórrope, (2018).

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos (junio 2018).

| Adaptación de los sujetos que presentaron el síndrome cultural “susto” | Frecuencia de respuestas | |
|--|--------------------------|----------------|
| | N _i | H _i |
| Me permite continuar con mis actividades | 34 | 68 |
| No me permite continuar con mis actividades | 16 | 32 |
| Total | 50 | 100 |

Tabla 2. Nivel de adaptación de los sujetos muestrales al síndrome cultural “susto” (Patogenia o nosogenia) ciudad de Mórrope (2018).

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos (junio 2018).

| Alteraciones funcionales e insuficiencias de los sujetos al síndrome cultural “susto” | Frecuencia de casos | |
|---|---------------------|----------------|
| | N _i | H _i |
| Agitación | 17 | 34 |
| Exceso de llanto | 4 | 8 |
| Pesadillas | 8 | 16 |
| Dificultades para dormir | 35 | 70 |
| Miedo hacía gente desconocida | 12 | 24 |
| Temblores | 22 | 44 |
| Palidez | 8 | 16 |
| Hinchazón | 1 | 2 |
| Falta de apetito, pérdida de peso | 38 | 76 |
| Calentura | 16 | 32 |
| Falta de ánimo | 44 | 88 |
| Dolor de cuerpo | 38 | 76 |
| Sin ganas de trabajar o jugar | 16 | 32 |
| Se asustan por todo | 30 | 60 |

Tabla 3. Frecuencia de alteraciones funcionales e insuficiencias de los sujetos muestrales al síndrome cultural “susto” de acuerdo a las categorías de Weller (Nosobiótica) ciudad de Mórrope (2018).

Fuente: Escala de Weller aplicada a los sujetos (n = 50) (junio - noviembre 2018).

| Alteraciones funcionales e insuficiencias de los sujetos al síndrome cultural “susto” | Frecuencia de casos | |
|---|---------------------|----------------|
| | N _i | H _i |
| Agitación | 17 | 34 |
| Exceso de llanto | 4 | 8 |
| Pesadillas | 8 | 16 |
| Dificultades para dormir | 35 | 70 |
| Miedo hacía gente desconocida | 12 | 24 |
| Temblores | 22 | 44 |
| Palidez | 8 | 16 |

| | | |
|-----------------------------------|----|----|
| Hinchazón | 1 | 2 |
| Falta de apetito, pérdida de peso | 38 | 76 |
| Calentura | 16 | 32 |
| Falta de ánimo | 44 | 88 |
| Dolor de cuerpo | 38 | 76 |
| Sin ganas de trabajar o jugar | 16 | 32 |
| Se asustan por todo | 30 | 60 |
| Dolor de cabeza | 7 | 14 |

| Signos y síntomas frecuentes en los sujetos ante el síndrome cultural “susto” (se consideró el principal mencionado) | Frecuencia de respuestas | |
|--|--------------------------|----------------|
| | N _i | H _i |
| Trastorno del sueño | 8 | 16 |
| Miedo | 6 | 12 |
| Ansiedad | 21 | 42 |
| Creencias anormales | 10 | 20 |
| Alteraciones de la memoria | 2 | 4 |
| Conducta agresiva | 1 | 2 |
| Alteración perceptiva | 2 | 4 |
| Total | 50 | 100 |

Tabla 4. Signos y síntomas frecuentes en los sujetos muestrales ante el síndrome cultural “susto” (semiótica) ciudad de Mórrope (2018).

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos (junio – agosto 2018).

| Tiempo de duración de los síntomas hasta el periodo de tratamiento del síndrome cultural. | Frecuencia de respuestas | |
|---|--------------------------|----------------|
| | N _i | H _i |
| 1 a 5 días | 2 | 4 |
| 1 semana | 10 | 20 |
| 2 a 3 semanas | 33 | 66 |
| Más de 3 semanas | 5 | 10 |
| Total | 50 | 100 |

Tabla 5. Tiempo de duración de los síntomas hasta el periodo de tratamiento del síndrome cultural en los sujetos muestrales (Patocronia o nosocronia) ciudad de Mórrope. (2018)

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos (junio 2018)

| Forma terapéutica frecuente que emplean los sujetos ante el síndrome cultural “susto”. | Frecuencia de respuestas | |
|--|--------------------------|----------------|
| | N _i | H _i |
| Ceremonia Shamánica | 38 | 76 |
| Intervención de sacerdote católico | 3 | 6 |
| Intervención de psicólogo | 1 | 2 |
| Intervención de médico cirujano | 8 | 16 |
| Total | 50 | 100 |

Tabla 6. Forma terapéutica frecuente que emplean los sujetos muestrales ante el síndrome cultural “susto” ciudad de Mórrope (2018)

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos (junio 2018)

Como es evidente en la Tabla 1 se entrevistó a los sujetos que presentaban el cuadro denominado “susto”, inquiriéndoles sobre la definición que ellos tenían sobre dicha afección, siendo los más notorios las respuestas como que el susto es causado por un espíritu maligno de “huaca” con un 52%, seguido de la definición de que este síndrome era causado por un daño aplicado a la persona examinada.

En la entrevista sostenida con los sujetos que declaran padecer de este síndrome cultural se les pregunto sobre la adaptación a dicho trastorno según se aprecia en la Tabla 2, esto se refiere a que si la funcionalidad de la persona era mermada por este; a lo que contestaron en un 68% que, si podían continuar haciendo sus actividades habituales, en cambio un 32% afirmaba que la capacidad funcional mermaba y les impedía realizar actividades a las que estaban acostumbrados.

La Tabla 3 presenta la valoración nosobiótica de los sujetos evaluados, se catalogaron como las más prevalentes las siguientes alteraciones funcionales e insuficiencias: la falta de ánimo con un 88%, anorexia o falta de apetito compartida con un dolor de cuerpo ambas con un 76%, dificultades para dormir en un 70%, y un temor generalizado y a veces irracional en un 60%, acompañado por temblores en un 44% de casos. Siendo los menos frecuentes el exceso de llanto con un 8% y la hinchazón de alguna parte del cuerpo con un 2%.

La Tabla 4 ofrece la semiótica concordante con la sistemática de la OMS para los trastornos relacionados a la psicología y psiquiatría donde se observó en las entrevistas características frecuentes tales como: ansiedad con un 42%, creencias anormales (el daño, la brujería) con un 20%, y los trastornos del sueño en un 16% que incluían pesadillas nocturnas.

En cuanto a la Tabla 5 se evaluó la Patocronia es decir el tiempo de duración del evento, los sujetos refirieron como tiempo de duración de 1 a 5 días en un 4%, que es poco frecuente mientras un 66% indicaban que estos eventos tenían una duración de 2 a 3 semanas, mientras que un 20% afirmaba que el evento duraba para sus casos 1 semana.

Para la Tabla 6 se representa la forma terapéutica más frecuente empleada por ellos, dentro de un enfoque nosotáxico de la medicina popular o psiquiatría folclórica, donde se dividen las enfermedades en “enfermedades de Dios” o

“enfermedades para el curandero”, el 76% de casos recurre a la ceremonia Shamánica indicando que estos ritos alivian y eliminan los síntomas del trastorno cultural. Es de notar que solo el 2% afirma que la forma terapéutica debe ser asistida por un psicólogo.

Discusión

De acuerdo a investigaciones preliminares (Seguin, 1979) se puede afirmar evidentemente la presencia de un vínculo ya tradicional cuyos orígenes arcaicos se pierden en el tiempo, y a la vez están presentes vivamente en nuestros días. El primero de ellos es el “curandero” o “shamán” considerado como representante de la psiquiatría folclórica, pero cuyas evidencias científicas se hallan soslayadas por una empiria debido a que aplica estos “conocimientos” a su grupo cultural, y dentro de esa actividad no separa la noción que se conoce en nuestra especialidad de alteraciones de la “mente” del resto de la afección por lo tanto asigna un componente orgánico también.

Los curanderos no actúan sin poseer una nosografía que a su manera explica y justifica su práctica, esta tiene elementos comunes en todas partes, tal como lo evidencia algunos estudios (Alva, Ob. Cit), con el cual concuerda el presente trabajo en el sentido de su clasificación o nosotaxia de los síndromes culturales, se aprecian ciertas variantes regionales en la terapéutica Shamánica.

El otro elemento importante es el paciente o la persona que sufre el síndrome dependiente de la

cultura, donde se conoce que cada grupo y subgrupo cultural mantienen un conjunto bastante coherente de creencias que componen verdaderos conceptos etiológicos y patogénicos (Seguin, Ob. Cit.). En gran cantidad del rito hoy empleado por el curandero para atender esta sincretizado con los rituales y creencias católicas, y que lo hacen dependiente de un rito y también de un contacto entre el norte del Perú con la selva peruana.

La definición brindada en la Tabla 2 en el sentido que el susto es causado por un espíritu maligno de “huaca” con alto porcentaje, coincide otras investigaciones (Alva, Ob. Cit.), reafirmando la postura que este estado de pérdida del ánimo o alma, en tanto que la definición de que este síndrome era causado por un daño no es compatible con la literatura consultada (Logan, 1993; Guarnaccia, 1999) donde este estadio causa una serie de síntomas de corte somático que merman la actividad funcional de la persona que lo padece.

Una vez comprobada la dinámica de la definición es necesario ajustar la causalidad o etiología de este síndrome cultural la respuesta más frecuente fue de “espíritus que viven en las huacas u otros lugares (para ellos prohibidos de ir o visitar) lo que coincide algunas investigaciones (Low, 1985), cuya validez a lo largo del tiempo es explicada por la transmisibilidad oral de la cultura, hábitos, costumbres e incluso estos síndromes suelen ser transmitidos generacionalmente, se considera para esta investigación que la causalidad

va ligada a la definición y es la base para la arquitectura nosotóxica propuesta por Alva (Ob. Cit.).

La actividad o funcionalidad de las personas es clave para la calidad de vida y la productividad, en el caso de la Tabla 4 la adaptación a dicho trastorno, en más de la mitad pueden continuar desarrollando actividades de modo normal, solo por la sintomatología que no redime fácilmente hasta que se practique una intervención cultural o profesional, estos datos son coincidentes con las referencias (Low, Ob. Cit.), donde en la hermenéutica que se presenta para valorar la sintomatología es clave tener presente la adaptación al síndrome y por lo tanto su funcionalidad, porque estos parámetros permitirán un mejor modelo de recuperación, eso explicado por medio de las tasas de alivio concordantes con una investigación anterior y preliminar (Rodríguez, Ob. Cit.), y que desde años atrás (Rubel, 1964) se advirtiera en un estudio epidemiológico del síndrome cultural, que la funcionalidad es clave para poder modelar un adecuado pronóstico, esto nos acerca a una definición holística de bienestar, que también cuadra dentro de la perspectiva de la psiquiatría folclórica.

En cuanto a la nosografía del susto se puede precisar que existe variabilidad en el orden de proporción sintomatológico, de acuerdo a la región o ubigeo o la territorialidad, en este sentido es conveniente analizar datos donde las alteraciones

funcionales e insuficiencias más prevalentes cuentan un orden: la falta de ánimo, anorexia o falta de apetito, dolor de cuerpo, dificultades para dormir y un temor generalizado y a veces irracional, temblores cuyos datos no articulan con algunas valoraciones practicadas anteriormente (Low, Ob. Cit.) donde si bien es cierto se cuadraron los síntomas en el listado de este último por tener la contabilidad de signos y síntomas más diversa y pertinente para un levantamiento descriptivo no coincide con las valoraciones de Centroamérica donde el exceso de llanto y la hinchazón de alguna parte del cuerpo son más patentes, esto explicado porque la territorialidad demarca estilos de vida y estilos culturales muy diversos, esta diversidad se puede y debe ser admitida en nuestro modelo representativo y solo aplica para la territorialidad de Mórrope y la región Lambayeque costera, en Salas los estilos de cultura y aparición de sintomatología es similar con variantes (Rubel, Ob. Cit.), presentadas en algunos trabajos previos, y que en su dinámica demostraron afluentes de similitud cultural.

Es también necesario reconocer que la inclusión de los síndromes culturales dentro de la DSM IV – TR fue un evento revolucionario para el año 2002, en el que por primera vez se asignaba crédito a trabajos preliminares muy connotados en la literatura psiquiátrica peruana (Valdizan, 1922; Vidal, 1986; Valdivia, 1986) es aquí cuando se instala la primera sistemática y nosotaxia regular

para la psiquiatría, psicología médica y psicoterapia, la problemática que siguió y es exclusivamente propia es la de encuadrar los signos y síntomas psicológicos con los propuestos donde el trabajo de Alva (Ob. Cit.) es pionero y lo consolido magistralmente; la posición crítica de los investigadores reafirma la necesidad de proveer validez científica y confiabilidad a eventos como estos, lo cual se logra generando categorías del diagnóstico de dichos trastornos o síndromes culturales, es aquí donde adquiere relevancia el trabajo de Weller (Ob. Cit.) al ubicar las sintomatologías y traducirlas del formato cultural al formato de episteme psicológica, prácticamente esto consolido la presente investigación donde se ofrece ya una semiótica coligada con la sistemática de la OMS donde el paciente que padece dicho síndrome cultural presenta características frecuentes tales como: ansiedad, creencias anormales (el daño, la brujería), y los trastornos del sueño con pesadillas nocturnas, configuran aspectos claves para catalogar la nosografía que concuerdan con los trabajos previos (Zolla, 1988; Trotter, 1982; Baer, 1993) cuando desarrollan sus tablas nosográficas para describir sus hallazgos relativos a este síndrome cultural.

Es importante destacar que las consideraciones territoriales, culturales y de grupo humano también influyen en la catalogación propuesta, lo cual permite inferir que verdaderamente un síndrome cultural es

dependiente de la condición cultural específica, y presenta movilidad generacional. Uno de los temas que más preocupan en el tratamiento de una enfermedad o trastorno es el tiempo de duración o Patocronia, porque es durante ese tiempo que se manifiesta la no funcionalidad de la persona, lo cual merma la calidad de vida y por obvias razones el estado de salud, siguiendo con esta línea de análisis toda efectividad terapéutica que se asigne a un trastorno se valorara en proporción directa con la tasa de alivio (Rodríguez, Ob. Cit.), esto es importante destacar, se encontraron diversos tiempos de duración: de 1 a 5 días que es poco frecuente mientras que el síndrome tenía una duración de 2 a 3 semanas, y otra proporción de sujetos afirmaba que el evento duraba 1 semana, es aquí destacable la diferencia de territorialidad que hace que nuestros resultados no se articulen con otros (Montalvo, 1988) en estos trabajos la Patocronia es de 5 días a lo mucho, y en los resultados presentados el proceso dura mucho más una a 3 semanas a lo mucho, se destaca el binomio: cultura – territorio.

Es necesario recordar que a menor tiempo mayor capacidad de recuperación, por lo que eventos agudos son más recomendables que los crónicos esto por la adaptabilidad o Alostasis (Bastien, 1998), donde las personas aprenden a convivir con el cuadro nosográfico generando una adaptabilidad. El rito shamánico lo que trata es de generar una restitución de la normalidad, justamente

por medios sugestivos tratando de vencer las somatizaciones que el síndrome desarrolla en los sujetos que lo padecen.

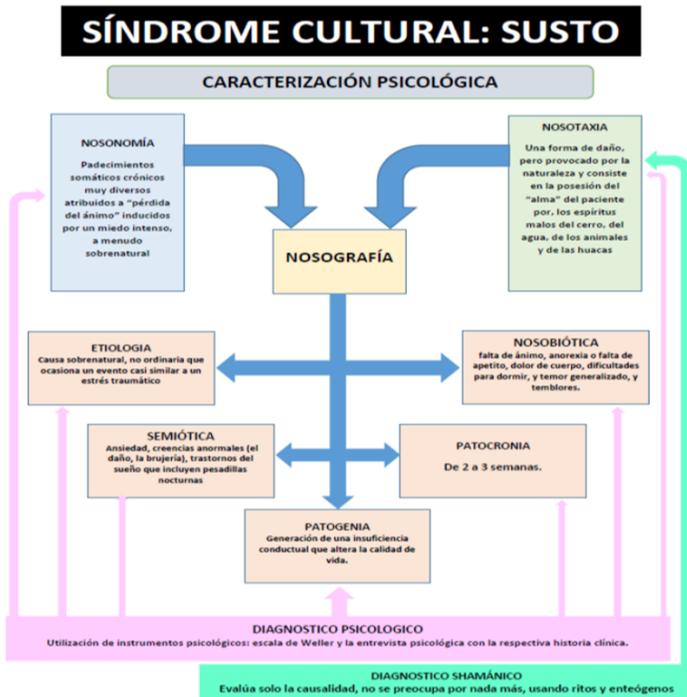


Figura 1. Modelo explicativo que caracteriza el diagnóstico del susto

En esta línea de pensamiento el estudio de un síndrome cultural no debe estar desligado de las formas terapéuticas que le son interventivas; lo realmente interesante de estos trastornos dependientes de la cultura es la no existencia de signos biológicos ni de estructuras determinables por anatomía patológica y cuyo tratamiento no responde a los usos convencionales de la psicofarmacología ni de las psicoterapias clásicas y dinámicas, solamente al ritual shamánico, es decir la forma de tratamiento cultural es compatible con el

síndrome cultural, bajo esta línea de percepción se presenta la Tabla 8 dentro de un enfoque nosotático en la psiquiatría folclórica, al tener una cultura como está la clara concepción de una división de las enfermedades en "enfermedades de Dios" o "enfermedades para el curandero" que coincide con trabajos preliminares (Valdivia, Ob. Cit.) donde en la base de ese antecedente se presenta la idea colectiva en los sujetos que al no ser esta una "enfermedad de dios" le corresponde al curandero el tratarla, por lo que la mayoría de casos se recurrió a la ceremonia Shamánica teniendo una fe y sugestión por el rito shamánico que elimina los síntomas del trastorno cultural.

Bajo este contexto, no se considera al Psicólogo como un profesional capaz de poder realizar un tratamiento efectivo en estos cuadros, por lo que se requiere un estudio preliminar desde la perspectiva psicológica en su paradigma transpersonal el sustentar los efectos terapéuticos, al respecto hay ya investigaciones que valoran el ritual shamánico y su efectividad (Rodríguez, Ob. Cit.).

La sintomatología detectada y coincidente con toda la literatura revisada (Ruben, 1989) se expresa por los siguientes elementos: pérdida de apetito, decaimiento general, adelgazamiento y debilidad, anemia y palidez, desordenes nerviosos, depresión, tristeza, irritabilidad, intranquilidad, nerviosismo y llanto; escalofrío, fiebre, náuseas, vómitos y diarreas; sueño sobresaltado, sudor, delirio y suspiros continuos; dolor de cabeza, tartamudeo

temporal. La gravedad de este síndrome cultura está en estrecha relación con la edad del enfermo, su estado emocional y el marco de circunstancia en que se produce. Esto configura su cuadro nosográfico. La evidencia ha demostrado que este síndrome cultural presenta sintomatología organizada en función de su etiología para el curandero, pero el psicólogo o psiquiatra busca su soporte en la sintomatología para brindar el tratamiento (ver Figura 1).

Conclusiones

El susto presenta una psicopatología propia como síndrome cultural, que se caracteriza en primer lugar por una sintomatología sui generis, y en segundo lugar a nivel etiológico como un proceso mórbido causado por eventos estresantes y de carácter “sobrenatural” atribuidos por los mismos pacientes.

A nivel patogénico se puede afirmar que afecta la funcionalidad y calidad de vida de quienes lo padecen, a nivel nosobiótico para el caso de los pacientes de este territorio se apreció como frecuente los síntomas: falta de ánimo, anorexia, dolor corporal, trastorno del sueño y temor nocturno, así como temblor en el cuerpo; a nivel semiótico presentaron: ansiedad, creencias anormales (el daño, la brujería), trastornos del sueño que incluyen pesadillas nocturnas y patocrónicamente los episodios tienen una duración de 1 a 3 semanas.

El susto es un síndrome dependiente de la cultura porque presenta variedad propia para los pobladores del distrito de Mórrope, y cuya nosotaxia es atribuida a una supuesta pérdida del “alma” por parte del sujeto cuando este sufre un evento estresante al acudir a territorios dentro de la localidad cuya tradición oral señala como encantados.

Referencias

- Alva W y et al. (2000). Shamán: la Búsqueda. Editado por Scriptorium. Sevilla. España.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Baer Roberto D, Bustillo M. (1993). Susto and Mal de Ojo among Florida Farmworkers: Emic and Etic Perspectives. *Medical Anthropology* 1993. Quarterly 7(1):90-100. [Documento en línea]. Disponible: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1525/maq.1993.7.1.02a00060>
- Bastien, J. (1998). Shamán contra enfermero en los Andes Bolivianos. *Revista Allpanchis* 1998. Vol. 31.
- Benavides, M. (2000). Dualidad e ideología en la provincia de Collaguas. *Revista MNAAP* 2000. Vol. 21 del INC Lima Perú.
- Cabieses, F. (1993). Apuntes de medicina tradicional: la racionalización de lo irracional. Editado por CONCYTEC. Lima Perú.
- GLADP - Colectivo de autores. (2004). Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico Ed. Guadalajara, México.
- Guarnaccia Peter J, Lloyd H Rogler. (1999). Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1322–1327. [Documento en línea]. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10484940/>

- Hernández - Sampieri R, Mendoza - Torres C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Editado por McGraw-Hill. México D.F.
- Logan M H. (1993). New Lines of Inquiry on the Illness of Susto. *Medical Anthropology*. 1993 Vol. 15, pp. 189-200. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.tandfonline.com/loi/gmea20>
- Low Setha M. (1985). Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves. *Sot. Sci. Med.* 1985. Vol. 21. N.º 2. pp. 187-196. [Documento en línea]. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953685900887>
- Montalvo D. (1988). La medicina tradicional del Perú. Editado por CONCYTEC. Lima Perú.
- Pérez – Martinto P.; Ladines P. (2016). Un acercamiento al proceso de investigación científica: conceptos, paradigmas y recomendaciones. Imprenta Eros. Lambayeque. Perú.
- Rodríguez – Vega, J. (2020). Diagnóstico y caracterización del "susto" como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, región Lambayeque, 2018. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología por la USS. [Documento en línea]. Disponible: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/7224>
- Rodríguez-Vega, J. (2020). Estrategia de evaluación psicoterapéutica para valorar la efectividad del shamanismo en el tratamiento del "susto" como síndrome cultural en la ciudad de Mórrope – Lambayeque, 2018. Tesis para optar el grado de Maestro en Psicología Clínica por la EPUSS. [Documento en línea]. Disponible: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/6765>
- Rubel Authur J. (1964). The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic American *Ethnology*, Vol. 3, N.º 3 (Jul., 1964), pp. 268-283. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.jstor.org/stable/3772883>
- Ruben, A. y otros. (1989). Susto una enfermedad popular. Fondo de Cultura Económica. México D.F. México.
- Sánchez, C. ; Reyes, H. (1999). Metodología y Diseños de Investigación Científica. Editorial Mantaro. Lima. Perú.
- Seguín, C. (1979). *Psiquiatría Folklórica*. Editorial ERMAR. Lima. Perú.
- Trotter R. (1982) Susto: The Context of Community Morbidity Patterns. *Ethnology*, Vol. 21, N.º 3 (Jul., 1982), pp. 215-226. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.jstor.org/stable/3773728>
- Valdivia O. (1986). Hampicamayoc: medicina folklórica y su sustrato aborigen en el Perú. Editado por UNMSM. Lima. Perú.
- Valdizán H, Maldonado A. (1922). *La Medicina Popular Peruana*. Editado por CISA (reimpresión 1985). Lima. Perú.
- Vidal G, Alarcón R. (1986). *Psiquiatría*. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina.
- Wayne W. (1987). *Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud*. 3 edición. Editorial LIMUSA. México D.F. México.
- Weller, S.; Baer, R.; García De Alba J.; Glazer, M.; Trotter, R.; Pachter, L. y Klein, R. (2002) Regional variation latino descriptions of susto *Kluwer Academic Publishers*. Printed in the Netherlands. *Culture, Medicine and Psychiatry* 26: 449–472, 2002. [Documento en línea]. Disponible: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021743405946>
- Zolla C.; Maqueo C. (1998). *Medicina Tradicional y Enfermedad*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México. D.F. México.