



Artículo original

**Diagnóstico del susto y eficacia de su tratamiento basado en el ritual
chamánico en pobladores del Distrito de Morrope**

Diagnosis of scare and efficacy of its treatment based on the shamanic ritual in
inhabitants of the Morrope District

Juan Luis Rodríguez Vega¹  
Miryam Griselda Lora Loza² 
Richard Fredy García Ishimine³ 
Pedro Carlos Pérez Martinto⁴ 
Davis Alberto Mejía Pinedo¹ 
Wilmer Leoncio Calderón Mundaca⁵ 

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

²Universidad Cesar Vallejo. Lima, Perú.

³Universidad Alas Peruanas. Lima, Perú.

⁴Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú.

⁵Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú.

Recibido: 29/10/2020

Aceptado: 13/12/2020

RESUMEN

Introducción: El susto es un síndrome cultural, considerado como un mal o enfermedad de daño cuando la persona “pierde el alma” ante un ambiente donde se llevan a cabo situaciones estresantes y cuya intervención es por medio de los ritos basados en un *raport* y empatía paciente - chamán.



Objetivo: Valorar el diagnóstico del susto y la eficacia de tratamiento basado en el ritual chamánico en pobladores del Distrito de Morrope

Métodos: Se diseñaron dos fases: una para analizar el objeto de estudio y proponer un modelo explicativo de las características del susto como síndrome cultural y otra fase para elaborar un modelo que permitiese conocer la eficacia terapéutica del chamanismo. La población estuvo conformada por 50 habitantes del distrito de Morrope, que presentaron el síndrome cultural susto, con asistencia a rituales chamánicos.

Resultados: 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, temor nocturno y temblor en el cuerpo, también se encontraron síntomas como ansiedad, creencias anormales (el daño, la brujería), trastornos del sueño, que incluyen pesadillas nocturnas, con episodios que presentaban una duración de 1-3 semanas. Se plantearon diferentes fases de una estrategia para la evaluación de la efectividad del tratamiento del susto, las que incluyeron la aplicación de instrumentos psicológicos en los sujetos asistentes a rituales chamánicos.

Conclusiones: El susto presentó una sintomatología particular que se asume es dependiente del territorio y la cultura, logrando evidenciar que el chamanismo presenta una eficacia para su tratamiento.

Palabras clave: chamanismo; eficacia del tratamiento; medicina tradicional.

ABSTRACT

Introduction: The scare is a cultural syndrome, considered as an evil or disease of damage when the person "loses the soul" before an environment where stressful situations are carried out and whose intervention is by means of the rites based on a rapport and empathy patient - shaman.

Objective: Assess the diagnosis of susto and the efficacy of treatment based on the shamanic ritual in residents of the District of Morrope.

Methods: Two phases were designed: one to analyze the object of study and propose an explanatory model of the characteristics of the scare as a cultural syndrome and another phase to elaborate a model that would allow to know the therapeutic efficacy of shamanism. The population consisted of 50 inhabitants of the District of Morrope, who presented the scare cultural syndrome, with attendance to shamanic rituals.

Results: An etiology caused by stressful events affecting functionality and quality of life was found, with symptoms such as: lack of mood, anorexia, body pain, sleep disorder, nocturnal fear and body tremor; symptoms such as anxiety, abnormal beliefs (harm, witchcraft), sleep disorders, including nightmares, with episodes lasting 1-3 weeks, were also found. Different phases of a strategy for the evaluation of the effectiveness



of the scare treatment were proposed, which included the application of psychological instruments in subjects attending shamanic rituals.

Conclusions: The scare presented a particular symptomatology that is assumed to be dependent on territory and culture, achieving to evidence that shamanism presents an efficacy for its treatment.

Key words: shamanism; treatment efficacy; 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.⁽¹⁾ Es, asimismo, un distrito con gran parte de su población autóctona, 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,⁽²⁾ 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 de la categoría “curandero” o el fenómeno del chamanismo se desprende una realidad y una visión distinta de cultura y del mundo, convirtiéndose en el único espacio conceptual, en el que 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,⁽³⁾ presenta diferente nomenclatura vernácula 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 la ánima perdida), 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 somatización.

Es notorio el comportamiento sincrético de los curanderos, quienes 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.⁽⁴⁾ Es necesario también destacar que en la actualidad muchos de los



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

síndromes culturales son ubicados como trastornos en el DSM y la GLADP (2004), los 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.⁽⁵⁾ Asimismo, la *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico* (2004) 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”.⁽⁶⁾

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 valorar el diagnóstico del susto y la eficacia de tratamiento basado en el ritual chamánico en pobladores del Distrito de Mórrope.

Métodos

La presente investigación es descriptiva⁽⁷⁾ y según el modelo paradigmático es una investigación de tipo cuantitativa.⁽⁸⁾ En cuanto al diseño de la investigación,⁽⁹⁾ es descriptivo simple con un solo grupo. 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 fundamentara las características del susto como síndrome cultural; y, otra fase, para concluir con un diseño del modelo teórico que configurara sistémicamente la eficacia terapéutica en el marco de la lógica psicoterapéutica empleada por el chamanismo.

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 10-60 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 presentaran el síndrome cultural susto, con asistencia a rituales chamánicos



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 práctica 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 y comprendieron 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 realizaron los procedimientos de catalogación nosográfica, utilizando la escala de Weller,⁽¹⁰⁾ 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⁽⁴⁾ para determinar la eficacia del chamanismo en su dimensión psicológica y social.

Se determinaron las características del susto a nivel nosográfico, para lo cual se utilizó un diagnóstico psicológico y se valoró la eficacia terapéutica por medio de un test y de algunos indicadores epidemiológicos.

Una vez obtenidos los datos documentales, recogidos los datos empíricos en la entrevista clínica y la aplicación de la escala diagnóstica para evaluar síndrome cultural susto, se procedió a analizar cada uno de los resultados, atendiendo a los objetivos y variables de investigación.⁽¹¹⁾ de manera tal que se obtuvo una adecuada interpretación, empleando por tanto estadística descriptiva en cuanto al manejo de datos y su tabulación.

El estudio tuvo la aprobación del Comité de Investigación y Ética de la Escuela de Posgrado de la Universidad Señor de Sipán. Los participantes del estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado previo a la realización de la investigación.

Resultados

Se entrevistaron 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 (Tabla 1).

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



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

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

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos, junio 2018.

En la entrevista sostenida con los sujetos que declaran padecer de este síndrome cultural se les preguntó sobre la adaptación a dicho trastorno; esto se refiere a que si la funcionalidad de la persona era mermada por este. Los pacientes respondieron 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.

Tabla 2 - Nivel de adaptación de los sujetos muestrales al síndrome cultural susto (Patogenia o nosogenia) - Mórrope, 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

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos, junio 2018.

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 (88 %), anorexia o falta de apetito compartida con un dolor de cuerpo ambas con un 76 %, dificultades para dormir (70 %) y temor generalizado y a veces irracional (60 %). Las alteraciones menos frecuentes fueron el exceso de llanto (8 %) y la hinchazón de alguna parte del cuerpo (2 %).

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

Alteraciones funcionales e insuficiencias de los sujetos al síndrome cultural susto	Frecuencia de casos	
	N _i	H _i



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Agitación	17	34
Exceso de llanto	4	8
Pesadillas	8	16
Dificultades para dormir	35	70
Miedo hacia 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

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

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

Tabla 4 - Signos y síntomas frecuentes en los sujetos muestrales ante el síndrome cultural susto (Semiótica) - Mórrope, 2018

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

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos, junio - agosto 2018.

Se evaluó la patocronia, esto es, el tiempo de duración del evento, los sujetos refirieron como tiempo de duración de 1 a 5 días (4 %), que es poco frecuente, mientras un 66 % indicaban que estos eventos tenían una duración de 2 a 3 semanas, y un 20 % afirmó que el evento duraba para sus casos una semana (Tabla 5).

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

Frecuencia de respuestas



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Tiempo de duración de los síntomas hasta el periodo de tratamiento del síndrome cultural	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

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos, junio 2018.

En la tabla 6 se representa la forma terapéutica más frecuente empleada, 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 los entrevistados recurrían a la ceremonia chamánica indicando que estos ritos alivian y eliminan los síntomas del trastorno cultural. Es de notar que solo el 2 % afirmó que la forma terapéutica debe ser asistida por un psicólogo.

Tabla 6 - Forma terapéutica frecuente que emplean los sujetos muestrales ante el síndrome cultural susto - Mórrope, 2018

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

Fuente: Entrevista desarrollada a los sujetos, junio 2018.

La tabla 7 muestra los resultados proporcionales de la escala de Weller al momento del diagnóstico semiológico del susto (a la par del diagnóstico del curandero).

Tabla 7 - Resultados proporcionales de la escala de Weller al momento del diagnóstico semiológico del susto (a la par del diagnóstico del curandero)

Puntaje bruto	Cualificación	No. de casos	Proporción porcentual
0-15	Ausencia del síndrome susto	0	0
16-30	Presencia relativa del síndrome susto	3	6
31-45	Presencia del síndrome susto	12	24
46-60	Síndrome susto clínicamente demostrable o agudo	35	70
Total		50	100

Fuente: Resultados del test ETMT aplicados a los sujetos, septiembre 2018.

La tabla 8 evidencia una regularidad directamente proporcional a los momentos de evaluación con la escala de Weller. Sustentado en dos procesos primero el procedimiento por medio del Diagnóstico; a usanza de este contexto terapéutico del



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Medicine - Man o Curandero; y segundo la culminación prescribiendo el tratamiento ritual o terapia chamánica, en el primer caso apreciamos un número de casos cargados en un 70% para un síndrome cultural típico, es decir que presentan nosológicamente el “Susto”, mientras que el gradiente de percepción de “presencia” o “ausencia” va a disminuir hasta el valor cero; luego se aprecia que después del tratamiento el 16% de personas aun presentaban el Síndrome “Susto” clínicamente demostrable, persistiendo los síntomas y signos.

Tabla 8 -Resultados proporcionales de la escala de Weller al momento del tratamiento del susto (por del curandero)

Puntaje bruto	Cualificación	No. de casos	Proporción porcentual
0-15	Ausencia del síndrome susto	23	46
16-30	Presencia relativa del síndrome susto	13	26
31-45	Presencia del síndrome susto	6	12
46-60	Síndrome susto clínicamente demostrable o agudo	8	16
Total		50	100

Fuente: Resultados del test ETMT aplicados a los sujetos, septiembre 2018.

En función de los datos anteriores se determinó la tasa de alivio y la tasa de incremento de capacidad funcional. Se utilizaron las siguientes fórmulas:

$$\text{Tasa de alivio} = \frac{\text{No. de casos con remisión}}{\text{No. de casos diagnosticados}} \times 100$$

(1)

Se consideró el número de casos con remisión la cantidad de casos evaluados como ausencia del síndrome susto después del tratamiento. El número de casos diagnosticados se concibió como aquellos pacientes con presencia relativa hasta el síndrome susto clínicamente demostrable o agudo, determinado al inicio o antes del tratamiento.

Por lo tanto, la tasa de alivio fue:

$$\text{Tasa de alivio} = \frac{42}{50} \times 100 = 84$$



Se apreció una alta tasa de alivio en los participantes muestrales, lo que indica una eficacia terapéutica alta.

Por otro lado, la tasa de incremento de capacidad funcional (TICF), se calculó a partir de la fórmula:

$$TICF = \frac{\text{No. de casos con capacidad funcional normal}}{\text{Total de casos}} \times 100 \quad (2)$$

Donde el número de casos con capacidad funcional normal es el equivalente a la cantidad de casos evaluados como ausencia del síndrome susto y que poseían una adecuada funcionalidad vital (ser sano, fisiológicamente demostrable), después del tratamiento chamánico. Como es lógico, son diferentes los valores obtenidos ya que 40 personas estaban fisiológicamente “sanas”, en cuanto a la integralidad de sus funciones, y el resto presentaba algunas fallas de índole fisiopatológico.

$$TICF = \frac{40}{50} \times 100 = 80$$

Es evidente la correlación de valores de ambas tasas.

Para el tratamiento de los resultados en esta esfera se procedió a la recolección de los mismos por medio del test ETMT (Tabla 9).

Tabla 9 - Resultados proporcionales de la aplicación del test ETMT

Puntaje bruto	Cualificación de la eficacia terapéutica	No. de casos	Proporción porcentual
138-127	Alta	12	24
126-117	Media alta	10	20
116-107	Promedio	11	22
106-96	Media baja	9	18
95-80	Baja	8	16
Total		50	100

Fuente: Resultados del Test ETMT aplicados a los sujetos, septiembre 2018.



Los resultados del test ETMT tomados después del tratamiento con base en el chamanismo para aliviar los síntomas del síndrome cultural susto, revelan un 24 % de proporción de eficacia alta. Si englobamos la eficacia terapéutica desde el promedio hasta la eficacia terapéutica alta, entonces desarrolla una proporción de 0,66 (66 %), a un punto del límite que se consideraría como eficacia terapéutica aceptable.

La tasa de mejoramiento de estado de salud, que la consideramos en la esfera de la salud mental, es una proporción sustentada en la fórmula:

$$TMES = \frac{\text{No. de casos con eficacia terapéutica alta y media alta}}{\text{No. de casos diagnosticados}} \times 100 \quad (3)$$

$$TMES = \frac{33}{50} \times 100 = 80$$

Los factores dimensionales saturan más para el grado de expectativa y de satisfacción, definidos por la cantidad de pacientes que logran el nivel de satisfacción con la terapia empleada. Estos factores de carácter sugestional y motivacional parecen que se ven arrastrados con la expectativa o ansias de ser realmente tratados con éxito, dentro de este marco o contexto cultural (Tabla 10).

Tabla 10 - Proporción de valores altos de los factores dimensionales del test ETMT

Factores dimensionales	No. de personas con puntajes altos en la dimensión	Factor proporcional
Grado de expectativa	42	0,84
Grado de sugestión	30	0,60
Grado de motivación	23	0,46
Grado de satisfacción	39	0,78

Fuente: Base de datos de casos diagnosticados y tratados por medio de chamanismo.

El tipo de sesión desarrollada a preferencia fue la terapéutica (76 %), mientras que a nivel diagnóstico o determinístico solo fue el 24 % de casos (Tabla 11).

Tabla 11 - Tipo de sesión desarrollada en el procedimiento chamánico para el tratamiento del susto

Tipo de sesión desarrollada	No. de casos	Proporción porcentual
-----------------------------	--------------	-----------------------



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Diagnóstica	12	24
Terapéutica	38	76
Total	50	100

Fuente: Base de datos de casos diagnosticados y tratados por medio de chamanismo.

Un 70 % de los pacientes atendidos por vía del chamanismo pertenecían a zonas marginales o centros poblados como La Colorada, Romero, Annape, Caracucho, etc.

Tabla 12 - Nivel de asociación cultural de pacientes atendidos por el procedimiento chamánico para el tratamiento del susto

Asociación cultural	No. de casos	Proporción porcentual
Urbana	15	30
Marginal	35	70
Total	50	100

Fuente: Base de datos de casos diagnosticados y tratados por medio de chamanismo.

Todas las personas atendidas por el procedimiento chamánico para el tratamiento del susto aceptaron como efectiva esta práctica ancestral

Discusión

De acuerdo a una investigación preliminar, ⁽¹²⁾ 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 chamán, 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, le 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 evidencian Alva y otros, ⁽¹⁾ con cuyos resultados concuerda el presente trabajo, al menos con el sentido de su clasificación o nosotaxia de los síndromes culturales, en los que 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. Se conoce que cada grupo y subgrupo cultural mantienen un conjunto bastante coherente de creencias que componen verdaderos conceptos etiológicos y patogénicos. ⁽¹²⁾ Gran parte del rito



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

empleado por el curandero para atender está sincretizado con los rituales y creencias católicas, lo que lo hace 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 sobre que el susto es causado por un espíritu maligno de “huaca”, coincide también con Alva y otros⁽¹⁾ y reafirma 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,^(13,14) en la que el susto causa una serie de síntomas de corte somático que merma 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⁽¹⁵⁾, 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 y otros.⁽¹⁾

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 más de la mitad de sujetos pueden continuar desarrollando actividades usuales, se muestra una sintomatología que no mejora hasta la intervención cultural o psicológica (15), las tasas de alivio son concordantes con trabajos previos (11), en un estudio epidemiológico sobre el síndrome cultural (16), advierten que la funcionalidad es clave para poder modelar un adecuado pronóstico, 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 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.^(10,13, 15) En esos casos, si bien es cierto organizaron 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 se explica porque la territorialidad demarca estilos de vida y estilos culturales muy diversos. Tal diversidad 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 la aparición de sintomatología son similares con variantes presentadas en algunos trabajos previos que en su dinámica demostraron afluentes de similitud cultural.^(1,16)

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



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

se asignaba crédito a trabajos preliminares muy connotados en la literatura psiquiátrica peruana.^(3,12,17,18,19) En ese momento se instaló 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, en lo que el trabajo de *Alva* y otros⁽¹⁾ es pionero y lo consolidó magistralmente. Es necesario proveer de validez científica y confiabilidad a eventos como estos, por medio de categorías del diagnóstico de dichos síndromes culturales, es relevante el trabajo de *Weller* y colaboradores,⁽¹⁰⁾ al catalogar las sintomatologías en un formato clínico, presentando una semiótica donde el paciente que padece dicho síndrome cultural presenta características prevalentes tales como: ansiedad, creencias anormales (el daño, la brujería), y los trastornos del sueño con pesadillas nocturnas, configuran aspectos claves que constituyen la nosografía^(13, 20, 21, 22).

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.

Toda efectividad terapéutica que se asigne a un trastorno se valorara en proporción directa con la tasa de alivio. Es importante destacar que se encontraron diversos tiempos de duración: de 1-5 días, que es poco frecuente mientras que el síndrome tenía una duración de 2-3 semanas; y otra proporción de sujetos afirmaba que el evento duraba una semana. La diferencia de territorialidad hace que nuestros resultados no se articulen con otros.^(21,22) En esos trabajos la patocronia es de cinco días a lo mucho y en nuestros resultados el proceso dura mucho más: de 1-3 semanas, con lo cual 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,⁽²³⁾ en la que las personas aprenden a convivir con el cuadro nosográfico y se adaptan. El rito chamánico lo que trata es de generar una restitución de la normalidad, justamente por medios sugestivos que tratan de vencer las somatizaciones que el síndrome desarrolla en los sujetos que lo padecen.

El estudio de un síndrome cultural no debe estar desligado de las formas de tratamiento con las que se interviene. 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 chamánico. Por tanto, 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 nosotáxico en la psiquiatría folclórica. Está clara la concepción de una división de las enfermedades en “enfermedades de Dios” o “enfermedades para el curandero”, lo que coincide con trabajos preliminares,^(1,19) en los 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 chamánica teniendo una fe y sugestión por el rito chamánico 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 desde la perspectiva psicológica en su paradigma transpersonal que sustente los efectos terapéuticos.^(4,11)

Al susto se le puede definir ya categorialmente como la pérdida del alma de la persona, con una etiología generada por una impresión fuerte recibida y la evidente imposibilidad de retenerla. El alma apartada “vagará” hasta que el chamán la devuelva al cuerpo utilizando un rito. La etiología que caracteriza este síndrome es debida a los espíritus, influencia maléfica de seres sobrenaturales, seres que habitan en territorios alejados y solitarios. Presenta también una etiología por caídas, encuentros sorpresivos, accidentes, persecuciones, fenómenos naturales y otros fenómenos que se puedan considerar sobrenaturales. También se considera que este síndrome es generado por el azar, la mala suerte, la mala hora, el mal sitio, además de los estados de ánimo y estrés.

La sintomatología detectada, y coincidente con la literatura revisada,⁽²⁴⁾ se expresa por los siguientes elementos: pérdida de apetito, decaimiento general, adelgazamiento y debilidad, anemia y palidez, desórdenes nerviosos, depresión, tristeza, irritabilidad, intranquilidad, nerviosismo y llanto; escalofrío, fiebre, náuseas, vómitos y diarreas; sueño sobresaltado, sudor, delirio, suspiros continuos, dolor de cabeza y tartamudeo temporal. La gravedad de este síndrome cultural 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 (Fig. 1).



SÍNDROME CULTURAL: SUSTO

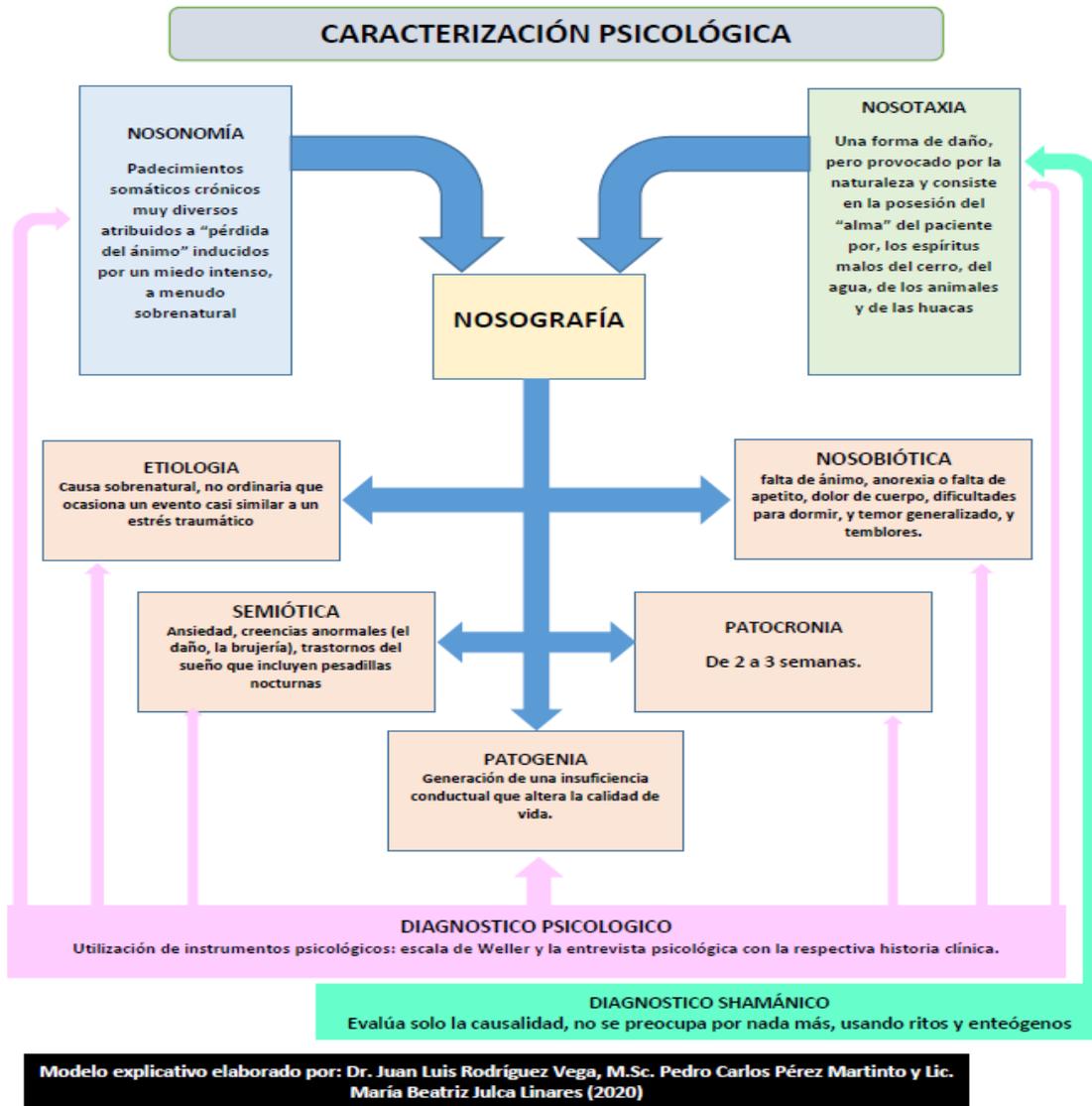


Fig. 1 - Modelo explicativo que caracteriza el diagnóstico del susto.

El seguimiento de los estados psicológicos en un paciente en tratamiento es de carácter complejo dentro del proceso de psicoterapia y requiere de estrategias de evaluación psicoterapéuticas robustas. La validez de la evaluación de la psicoterapia, es decir su efectividad, ha planteado desafíos que requieren incluir múltiples variables que influyen en este proceso, desarrollar criterios operacionales medibles y disponer de muestras de pacientes que permitan obtener resultados significativos. Es en este sentido que la observación clínica ha sido una técnica muy utilizada y que los test psicológicos pueden ser herramientas útiles para complementar la determinación clínica de cambios psíquicos en los pacientes durante un tratamiento. Como ventajas de la estandarización,



de la sintomatología tenemos la disminución del sesgo y la recolección de información de forma más metódica.

La investigación que se practique a los niveles de efectividad psicoterapéuticos toma como variable el resultado de la terapia, en la que la información es obtenida principalmente a través de un enfoque experimental y cuantitativo para determinar el monto de los cambios terapéuticos. En esta área de estudio, una discusión importante se refiere a la consideración del cambio terapéutico como estadísticamente significativo versus clínicamente significativo. Sustentándose en los métodos de la modelación se presenta el siguiente modelo de aplicación, en el que el insumo lógicamente es el padecimiento o síndrome cultural susto, cuya medida terapéutica y de índole cultural es el rito chamánico; el cual también es insumo requerido para la ejecución del sistema.



Fig. 2 - Algoritmo estratégico propuesto para la valoración de la eficacia terapéutica del chamanismo y su ritual en el tratamiento del síndrome cultural susto.



Como se aprecia en la figura 2, el algoritmo es de carácter lineal, por lo tanto, de ejecución cuantitativa directa al conocer ciertos valores que van a nutrir su corrida.

Del sistema se puede inferir una parte factoperceptible que se origina en los insumos requeridos, los que serán procesados por una parte operativa, la que por medio de una operación de dimensionalización otorga poder a las dimensiones de la operacionalización de variable para ser capaz de digerir datos y asimilarlos una vez se produzca la aplicación de la terapia chamánica. Las tres tasas evidencian cambio positivo del tratamiento a nivel poblacional, puesto que registran movilidad en la proporción de casos. En cambio, si se trata de valorar el impacto individual se opera con la aplicación del test ETMT, que contempla una dimensionalización anidada del enfoque biopsicosocial, esto garantiza una replicación a escala centrada en la expectativa, sugestión, motivación y satisfacción de la participación y los efectos del ritual chamánico. La construcción de la forma teórica de la tasa global como sumatoria es una forma alternativa que otorga validez al proceso terapéutico centrado en la efectividad proporcional, mas no en las puntuaciones de una escala instrumental.

La estrategia consiste en desarrollar un plan de tres etapas y en cada etapa cumplir un conjunto de indicadores que van a conducir a dar una valoración de la eficacia terapéutica. La primera etapa es denominada factoperceptible o de reconocimiento, en la que como insumo se tiene el padecimiento o síndrome cultural susto, el cual tiene una epidemiología desconocida, es aquí donde se aplica el primer instrumento de corte psicológico: la escala de Weller, que mediante la observación precisa la presencia de este síndrome, lo cual va acompañado de la aplicación de la historia clínica psicológica y una entrevista con el efecto de triangular dicho diagnóstico. La etapa del diseño del modelo o de manejo dimensional es necesariamente la etapa que continúa en dicha estrategia. En esta etapa ocurre el ingreso de casos comprobados nosográficamente para establecer el vínculo terapéutico basado en la psicología transpersonal. El vínculo que une los procesos no es otro que el de la terapia chamánica; es en este momento donde se activa la valoración por medio de la dimensión nosográfica o semiológica y se calcula según los casos de pacientes que han resuelto el síndrome (utilizando para esto el test ETMT), se calcula la tasa de alivio y la tasa de incremento funcional y a nivel de la dimensión psicoemocional se calcula la tasa de mejoramiento de la salud y la valoración de la eficacia global según el test ETMT.

Las tres primeras tasas alimentan la ecuación teórica de eficacia que produce la idea general del proceso de efectividad, al disminuir el número de casos detectados en la muestra, esto se manifiesta de forma poblacional y, por lo tanto, es epidemiológica por el carácter estadístico de valoración de tasas por frecuencia de casos. La eficacia individual o personal es obtenida gracias al test ETMT. Ambas corresponden a la etapa de ejecución del modelo, también denominada propuesta de la ecuación teórica. La estrategia se resume en la tabla 14.



Tabla 14 - Dimensiones propuestas para valorar la eficacia terapéutica del chamanismo

Dimensión	Actividad estratégica	Objetivo a desarrollar	Responsable
Factoperceptible	Diagnóstico del susto	Aplicar la escala de Weller para determinar nosográficamente la presencia del síndrome cultural	El investigador
	Diagnóstico del susto	Aplicar instrumental psicológico: historia clínica psicológica y entrevista, para reforzar por triangulación los resultados obtenidos en la escala de Weller	El investigador
Manejo dimensional	Establecimiento de la terapia chamánica	Observar el establecimiento del vínculo chamánico y el modelo del rito presente, sin intervenir en dicho proceso	El investigador
	Valoración nosográfica de la efectividad	Calcular la tasa de alivio y la tasa de incremento de capacidad funcional en la muestra	El investigador
	Valoración psicoemocional de la efectividad	Calcular la tasa de mejoramiento de estado de salud en la muestra y la valoración de la eficacia según el test ETMT	El investigador
Propuesta de ecuación teórica	Desarrollo de la ecuación global de eficacia y eficacia individual	Elaborar las respectivas ecuaciones teóricas y para rendir la valoración deseada	El investigador

Por lo tanto, la adecuación de los valores correspondería como parte epidemiológica al investigador del proceso, teniendo en cuenta que dicho marco es observacional, porque no se practicará terapia ni se hará intervención alguna más que el diagnóstico.

Se puede concluir que el diagnóstico del susto presenta una sintomatología particular ante la aplicación de los respectivos instrumentos de corte psicológico, esta sintomatología es dependiente del territorio y la cultura, se logró evidenciar por medio de una metodología basada en la aplicación de indicadores y aplicación de escala de observación que el chamanismo presenta una eficacia para el tratamiento de los síndromes dependientes de la cultura, en este caso del “susto”.

Referencias bibliográficas

1. Alva W, Polia M, Chávez F, Hurtado L. Shamán: la búsqueda... Sevilla: Scriptorium; 2000. Lima. Peru.
2. Benavides M Dualidad e ideología en la provincia de Collaguas. Revista MNAAP 2000. vol 21 del INC Lima Perú.
3. Cabieses F. Apuntes de medicina tradicional: la racionalización de lo irracional. 1993. Editado por CONCYTEC. Lima Perú.
4. Rodríguez-Vega Juan L. “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”. 2020. Tesis para optar el grado de Maestro en Psicología Clínica por la EPUSS. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/6765>



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

5. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. 2002. Barcelona: Masson.
6. GLADP - Colectivo de autores. Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) 2004. Ed. Guadalajara, México.
7. Sánchez C, Reyes H. Metodología y Diseños de Investigación Científica. 1999. Editorial Mantaro. Lima. Perú.
8. Hernández - Sampieri R, Mendoza - Torres C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018. México D.F.: McGraw-Hill.
9. Pérez - Martinto Pedro, Ladines P. Un acercamiento al proceso de investigación científica: conceptos, paradigmas y recomendaciones. 2016. Imprenta Eros. Lambayeque. Perú
10. Weller, Susan; Baer, Roberto; Garcia De Alba Javier; Glazer, Mark; Trotter, Robert; Pachter, Lee y Robert E. Klein. Regional variation n latino descriptions of susto Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands. Culture, Medicine and Psychiatry **26:** 449-472, 2002.
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021743405946>
11. Rodríguez V. Juan L. "Diagnóstico y caracterización del "susto" como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, región Lambayeque, 2018" 2020. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología por la USS.
<http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/7224>
12. Seguí C. Psiquiatría Folklórica. 1979. Editorial ERMAR. Lima. Perú.
13. Logan M H. New Lines of Inquiry on the Illness of Susto. Medical Anthropology. 1993 Vol. 15, pp. 189-200. <http://www.tandfonline.com/loi/gmea20>
14. Guarnaccia Peter J, Lloyd H Rogler Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. Am J Psychiatry 1999; 156:1322-1327.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10484940/>
15. Low Seta M. Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves. Sot. Sci. Med. 1985. Vol. 21. No. 2. pp. 187-196.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953685900887>
16. Rubel Authur J. The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic American Ethnology, Vol. 3, No. 3 (Jul., 1964), pp. 268-283.
<http://www.jstor.org/stable/3772883>
17. Valdizán H, Maldonado A. La Medicina Popular Peruana. 1922. Editado por CISA (reimpresión 1985). Lima. Perú.



18. Vidal G, Alarcón R. *Psiquiatría*. 1986. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina.
19. Valdivia O. *Hampicamayoc: medicina folklórica y su sustrato aborigen en el Perú*. 1986. Editado por UNMSM. Lima. Perú.
20. Zolla C, Maqueo C. *Medicina Tradicional y Enfermedad*. 1998. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México. D.F. México.
21. Trotter Robert. Susto: The Context of Community Morbidity Patterns. *Ethnology*, Vol. 21, No. 3 (Jul., 1982), pp. 215-226. <http://www.jstor.org/stable/3773728>
22. Baer Roberto D, Bustillo M. Susto and Ma1 de Ojo among Florida Farmworkers: Emic and Etic Perspectives. *Medical Anthropology* 1993. Quarterly 7(1):90-100 <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1525/maq.1993.7.1.02a00060>
23. Bastien J. Shamán contra enfermero en los Andes Bolivianos. *Revista Allpanchis* 1998. Vol. 31.
24. Ruben A. y otros. *Susto una enfermedad popular*.1999. Fondo de Cultura Económica. México D.F. México.
25. Wayne W. *Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud*. 1987. 3 edición. Editorial LIMUSA. México D.F. México.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

Curación de datos: Dr. Pedro Carlos Pérez Martinto

Análisis formal: Dra. Miryam Griselda Lora Loza

Adquisición de fondos: Dr. Richard Fredy García Ishimine

Investigación: Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

Metodología: Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

Administración del proyecto: Lic. Wilmer Leoncio Calderón Mundaca

Recursos: Dr. Davis Alberto Mejía Pinedo

Software: Dr. Davis Albero Mejía Pinedo

Supervisión: Dr. Juan Luis Rodríguez Vega



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Validación: Dr. Pedro Carlos Pérez Martinto

Visualización: DR. Pedro Carlos Pérez Martinto

Redacción - borrador original: Dr. Davis Alberto Mejía Pinedo

Redacción - revisión y edición: Dr. Juan Luis Rodríguez Vega



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.