



**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

TESIS

**"DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN DEL
"SUSTO" COMO SÍNDROME CULTURAL EN
POBLADORES DEL DISTRITO DE MÓRROPE,
REGIÓN LAMBAYEQUE, 2018"**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

Autor:

Br. Rodríguez Vega, Juan Luis

Asesora:

Lic. Julca Linares, Maria Beatriz

Línea de Investigación:

Comunicación y desarrollo humano

Pimentel – Perú 2020

**"DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN DEL
"SUSTO" COMO SÍNDROME CULTURAL EN
POBLADORES DEL DISTRITO DE MÓRROPE,
REGIÓN LAMBAYEQUE, 2018"**

Aprobación de la Tesis

Lic. Julca Linares, María Beatriz

Asesora metodológica

Presidente de Jurado

Secretario del Jurado

Vocal del Jurado

Dedicatorias

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios por permitirme continuar en la vida dando pasos sólidos y firmes en la senda del conocimiento para poder entender al ser biopsicosocial filosófico.

La presente investigación también va dedicada a mi madre Angélica Vega Villa (1930 – 2011) a quien debo muchas cosas y cuyos orígenes, creencias y mitos aprendidos en su tierra natal Sicuani – Cusco le permitieron enseñarme con arte magistral el sentido de la vida, donde entre lo cotidiano y lo académico la medicina tradicional fluía libremente.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento completo y rotundo a mi asesora y amiga la Psicóloga María Beatriz Julca Linares por la paciencia, carisma y habilidad para orientar mis especialidades adquiridas al campo de solución de una problemática interesante como lo es la Psicología Transpersonal. Y al Dr. Pedro Carlos Pérez Martinto por las orientaciones brindadas que desde la Maestría en Psicología Clínica nos viene brindando en esta línea de investigación, y por la amistad y hermandad sincera que se requiere en tiempos buenos y tiempos malos.

En segundo lugar, agradecer a mis compañeros y amigos en estudios: Lisbeth Gastulo Falén, Flor Idamia Vásquez Bravo, Fabiola Arangoitia Quiroz, Dennis Bianchi Sánchez y Jarumy Uchofen Guzmán; entre varios por demostrar confianza y apego al ánimo de estudio y funcionar realmente como un grupo durante estos dos años.

En tercer lugar, agradecer por la compañía y fortaleza de mis compañeros y amigos del doctorado en ciencias biomédicas de la Universidad Nacional de Trujillo por el ánimo y aporte a mis ideas permanente en las personas de Davis Alberto Mejía Pinedo, Richard García Ishimine, Cesar Salvador Sánchez Marín, y a nuestro asesor Dr. Jorge Luis Campos Reyna.

En último lugar y no por ello menos importante a mi hermano Wilmer Leoncio Calderón Mundaca por toda la amistad desarrollada, las lecciones de vida mostradas y ese indomable espíritu de no rendirse ante las adversidades y adversarios que la vida nos pueda dar, gracias por haber sido mi alumno y a la vez mi profesor en mi alma mater la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Resumen

La presente investigación de tipo descriptiva ha tenido como objetivo caracterizar psicológicamente el "susto" como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope en la región Lambayeque; para lo cual se trabajó con una muestra de 50 pacientes que radican en dicha ciudad y que presentaron este síndrome cultural. Empleando para este trabajo una metodología de carácter epidemiológico en primer lugar se logró conceptualizar al susto según la representación de los pacientes como un mal o enfermedad de "daño" que sucede cuando la persona pierde el "alma" ante un ambiente o lugar donde se llevan a cabo eventos sobrenaturales, cuya forma de intervenirlos es usando ritos shamánicos basados en el rapport y empatía paciente – shamánen; en segundo lugar una vez diagnosticados los casos de susto, se valoró las características que presentaron los pacientes a nivel nosonómico, nosográfico y nosotáxico, donde en territorio se apreció la frecuencia sintomatológica causada por: falta de ánimo, anorexia, dolor corporal, trastorno del sueño y temor nocturno, así como temblor en el cuerpo; a nivel semiótico presentaron los siguientes síntomas concordantes con algunos trastornos psicológicos tales como: 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. Para finalmente proponer un modelo explicativo del síndrome estudiado.

Palabras Clave: Susto, síndrome cultural, caracterización psicológica.

Abstract

The present descriptive research has aimed to psychologically characterize the "scare" as a cultural syndrome in residents of the Mórrope district in the Lambayeque region; for which we worked with a sample of 50 patients who live in that city and who presented this cultural syndrome. Using an epidemiological methodology for this work, in the first place it was possible to conceptualize the scare according to the representation of the patients as a disease or illness of "damage" that occurs when the person loses the "soul" to an environment or place where they are carried out supernatural events, whose way of intervening is using shamanic rites based on rapport and patient-shaman empathy; secondly, once the cases of fright were diagnosed, the characteristics presented by the patients at the nosonomic, nosographic and nosotaxic levels were assessed, where the symptomatic frequency caused by: lack of mood, anorexia, body pain, sleep disorder was appreciated in the territory and night fear, as well as trembling in the body; At the semiotic level, they presented the following symptoms consistent with some psychological disorders such as: anxiety, abnormal beliefs (harm, witchcraft), sleep disorders that include nightmares, and pathochronously, the episodes last 1 to 3 weeks. To finally propose an explanatory model of the studied syndrome.

Key Words: Scare, cultural syndrome, psychological characterization

Índice

	Pág.
Aprobación de tesis	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Realidad problemática	9
1.2. Antecedentes de estudio	13
1.3. Teorías relacionadas al problema	22
1.4. Formulación del problema	27
1.5. Justificación e importancia del estudio	27
1.6. Hipótesis	28
1.7. Objetivos	28
1.7.1. Objetivo general	28
1.7.2. Objetivos específicos	28
II. MATERIAL Y MÉTODO	29
2.1. Tipo y diseño de investigación	29
2.2. Población y muestra	29
2.3. Variables y operacionalización	30
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	30
2.5. Procedimientos de análisis de datos.	32
2.6. Criterios éticos	32
2.7. Criterios de rigor científico	33
III. RESULTADOS	35
3.1. Resultados en tablas.	35
3.2. Discusión de resultados	40
3.3. Aporte práctico.	44
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
4.1. Conclusiones	48
4.2. Recomendaciones	48
REFERENCIAS	48
ANEXOS	54
Consentimiento informado	
Instrumento 1	
Instrumento 2	
Matriz de operacionalización	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.	
Tabla 1	Puntajes brutos y cualificación de la Escala de WELLER para evaluar el “susto” como Síndrome Cultural.	38
Tabla 2	Resultados proporcionales de la Escala de WELLER al momento del Diagnóstico semiológico del Susto (a la par del diagnóstico del curandero).	38
Tabla 3	Resultados proporcionales de la Escala de WELLER al momento del Tratamiento del Susto (por del curandero).	39
Tabla 4	Resultados proporcionales de la aplicación del Test ETMT	40
Tabla 5	Proporción de valores altos de los Factores dimensionales del Test ETMT	41
Tabla 6	Tipo de Sesión desarrollada en el procedimiento Shamánico para el Tratamiento del Susto	41
Tabla 7	Nivel de asociación cultural de pacientes atendidos por el procedimiento Shamánico para el Tratamiento del Susto	42
Tabla 8	Nivel de aceptación en el grupo de procedencia de pacientes atendidos por el procedimiento Shamánico para el Tratamiento del Susto	42

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática.

Los conocimientos biomédicos ancestrales en nuestra región Lambayeque han sido difundidos de generación en generación a lo largo del tiempo empleando frecuentemente la secuencia de observación, experienciación o empirismo, a por medio de la repetición mecánica de algunos principios que sustentan el rito ancestral shamánico y algunas innovaciones que se introdujeron por los curanderos gracias a su experiencia personal. El conocimiento ancestral contiene acepciones claras de lo que es la salud y la enfermedad describiendo claramente como una cultura percibe e interpreta el mundo que lo rodea, así como la relación o vínculo entre el cosmos y el ser humano, cuestionándose siempre en qué medida se puede lograr un justo equilibrio o sintonía perpetua entre el campo vital o contexto con las personas. En la Etnopsicología se asume una amalgama o sincretismo entre el pensamiento empírico/lógico/racional con el pensamiento simbólico/mágico/mitológico que categorizan ontológicamente al hombre como un ser cultural y social, para poder tener una hermenéutica clara del ser humano como un ser biopsicosocial y filosófico. Ambos tipos de pensamiento expresan un conjunto de categorías, representaciones, creencias, y simbolismo que los fundamentan y en dicho acto derivan un conjunto de prácticas terapéuticas tradicionales (Cabieses, 1993). Es en este contexto donde necesariamente se tiene que indicar que desde los complejos ritos shamánicos hasta el uso de las propiedades farmacognósicas de las plantas medicinales han constituido per se el mecanismo cultural para tratar lo que se denominan síndromes culturales o ligados a la cultura que pretenden desde la perspectiva del shamán brindar un tratamiento ligado a la causa más que a la sintomatología, esta clara diferencia separa al shamán del terapeuta que en psicología si está obligado a valorar a parte de la etiología la sintomatología del paciente en un contexto cultural donde se da un sitio a estos “Síndromes Culturales” y a los principios que rigen su curación.

Los actos terapéuticos se unen a actos mágicos y religiosos sincréticamente donde sí se administra un preparado o brebaje en base a plantas medicinales

este acto tiene que ir acompañado de oraciones, en las que se enciende una vela o se pregona el nombre del paciente para llamar a una entidad “anímica extraviada” del cuerpo tal como ocurre en el SUSTO, en la medicina tradicional coexisten estos dos pensamientos ya mencionados sin contradicción, son de función complementaria para recuperar al enfermo (Montalvo, 1988).

El distrito de Mórrope, situado al norte de la ciudad de Lambayeque, es un lugar de tradiciones mochicas remanentes donde la amalgama entre lo cultural autóctono y lo occidentalizado ha encomiado un desarrollo muy particular al igual que Salas, y que curiosamente son considerados zonas de extrema pobreza, pero con una extraordinaria riqueza transcultural centrada en el esoterismo y el curanderismo (Alva, 2000); un distrito con gran parte de su población de nivel cultural autóctono alto pero relativamente al nivel cultural de ciudades “más racionales”, es mediano a pobre, lo cual afirmamos es solo relativo. El chamanismo no es simplemente un hecho de “curanderismo” sino es una continuidad del saber tradicional premoderno, cuyo grado de homología intercultural es sorprendente si lo podemos apreciar como un ejemplo de carácter inductivo la imposición de manos (Benavides, 1992), tan común en todas las culturas primitivas de oriente y occidente, lo cual es trascendente para el estudio de la salud pública en nuestro medio. Es en este distrito donde la creencia popular es observada en los ceramios moches y es apreciada en la actualidad, así como la influencia en la región Lambayeque (destacada a nivel nacional) del “poder místico” de los curanderos.

La categoría de “curandero” o el fenómeno del chamanismo, se discursa una realidad y visión distinta de cultura y de mundo, lo que se afirmaría una visión diferente y lejana del “hombre moderno”, la modernidad que se vive ha envuelto a todos, en un recipiente de supuesta “racionalidad”, convirtiéndose en el único espacio conceptual, donde la globalización liquida los autoctonismos y principios independientes; es aquí donde algunas ciencias orientan su desarrollo en el arista de lo cultural: la Antropología Médica, la Sociología y la Psicología.

El distrito de Mórrope presenta diversidad cultural, etimológicamente deriva del dialecto mochica “morrup” o iguana, animal de fuerte biodiversidad y resistencia ecológica, es en este lugar donde los síndromes culturales son expresivos y la medicina alternativa es reconocida por una “efectividad terapéutica” de modo empírico por una gran proporción poblacional. La presente investigación centra su metodología en determinar la presencia de síndromes culturales desde una perspectiva histórica en el distrito de Mórrope que han sido descritos y documentados en varios trabajos muchos de ellos clásicos (Callois, 1942) son: el susto, el ajojo, la pilladura, la aikadura, el mal aire y el daño. Es lógico indicar como aspecto importante y a la vez problemático que dentro de la Psicología no se dispone de un sistema o taxonomía de acorde o compatible con el CIE 11 o DSM V que pueda encuadrar un diagnóstico psicológico pertinente de estos elementos “culturales”.

El susto es un síndrome cultural (Cabieses, 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. Valdizán y Maldonado (1922), en su obra indicaron que este síndrome se debe a alteraciones del metabolismo por una alimentación inadecuada. En otros casos se trataría de alteraciones nerviosas cuyos síntomas son: fiebre, náuseas, vómito, diarrea; se considera para ciertos autores un origen gastroentérico (De Carlier, 1981) donde el paciente desarrollaría una anemia evidente como palidez de las mucosas y de la piel, gritos nocturnos y sueño intranquilo, palpitations violentas, así como una debilidad o astenia generalizada, también se evidenciaría depresión, también se ha descrito somatización tal como: pirexia

por las tardes, con sudoración profusa y cefalalgias violentas o dolores osteoarticulares que mermarían su funcionalidad y calidad de vida.

Desde tiempos remotos la cultura moche, se ha desarrollado un uso sostenible de las plantas y animales medicinales para el tratamiento de enfermedades, lo cual se aprecia por los restos arqueológicos, donde el shamán oficiaba de tratante a las afecciones que van desde las físicas hasta las mentales; y las parteras desarrollaban atención de parto vertical; cabe destacar que el uso de plantas medicinales en gran parte es inocuo y no presentan efecto colateral por este motivo se da aun la preferencia desde una perspectiva ecológica (Melchor y Reyna, 1994) estas plantas se aplicaban en: baños, gárgaras, colirios, maceración, pomadas, infusiones, cocimientos, inhalaciones, tinturas, cataplasmas, emplastos, y zumo, acompañado de un ritual shamánico que se podría considerar un plus cultural. Es necesario aclarar que se evidencian similitudes en el tratamiento de las enfermedades que se manifiestan en el mundo andino con las usadas en el distrito, como el uso del cuy, flores, la coca, y los canticos de índole mítico de las mesadas, entre una mayor variedad (López, 1989).

Asimismo, es notorio y destacable 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 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 (DSM IV TR, 2002). La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (2004) 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, 2004).

1.2. Antecedentes de estudio.

En el estudio de las tradiciones centradas en la medicina popular peruana no cabe la menor duda que el trabajo pionero es de Hermilio Valdizán y Ángel Maldonado (1922) en su texto “La medicina popular peruana, contribución al folklore médico en el Perú”: una investigación de corte antropológico y etnográfico de recopilación de información los ha permitido reconocer como los fundadores de una antropología médica peruana, brindan el conocimiento relativo a prácticas médicas tradicionales en los diferentes niveles territoriales que se divide el país. Sus aportes estimularon la publicación de guías para tratamientos domésticos con elementos teóricos básicos que han permitido comprender el sistema médico tradicional del Perú y como ha logrado pervivir hasta nuestros días. En esta línea de autores clásicos se tiene a Roger Callois (1942) en “El hombre y lo sagrado” detalla una investigación de corte antropológico y etnográfico en México: entre cuya importante discursiva detalla el vínculo entre lo “sagrado” vs lo “profano” como una continuidad entre dualidades permanentes en la cultura y una lucha permanente donde el bien y el mal se entrelazan y termina magistralmente iniciándonos en la relación shamán – paciente para lograr finalmente establecer el equilibrio (Callois, 1942). Las categorizaciones de diestro y siniestro son importantes debido a que justifica que muchas veces el zurdo sea considerado como brujo o endemoniado; la mano derecha se considera de autoridad, del juramento y de buena fe; pero esta conceptualización si bien es valedera para el sistema mesoamericano en Sudamérica funcionan otras categorías que vinculan el arriba y el abajo, esta relatividad valora la idiosincrasia, y el claro carácter intencional del rito y a los actores intervinientes dependientes de su cultura. En la línea de tiempo cabe destacar los clásicos trabajos de Levi-Strauss (1968) en una monumental obra como “Antropología estructural”, valora bastante el rito shamánico, sus categorías que le brindan una personificación alimentada de

fuentes sobrenaturales y un conocimiento empírico, plantea la idea clara y funcional del shamanismo al preguntarse este ¿Cuál es la causa del daño, del susto? Y buscar clarivamente dicha causalidad para erradicar el mal sin pasar por catalogar los síntomas de presentación. El shamanismo se transmite culturalmente de persona a persona, y el tratamiento de los casos va acompañado de la planta medicinal y del rito: manipulación física o succión, para “extraer” la causa de la enfermedad mediante actos sugestivos muy fuertes de tal modo que se podría afirmar que es una “cura psicológica”. A decir de sus afirmaciones en este sistema los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos componen la cosmovisión indígena del universo (Levy Strauss, 1968). Además, plantea brillantemente el dualismo de las sociedades amerindias destacando la cultura incaica, donde se evidencian los sistemas concéntrico y diamétrico; una sociedad se divide en dos mitades: arriba-abajo; y la clara evidencia de que no hay sociedades iguales ni culturas, las que tienen deberes y derechos recíprocos que están en permanente complementariedad: frío-caliente, dadores-tomadores, sagrado-profano, soltero-casado, macho - hembra, crudo - cocido, central-periférico, interno - externo, , etc.

Continuando en la línea de tiempo Huizinga (1972) en su libro “Homo Ludens”, explica en su investigación que en el mundo tradicional y cultural arcaico la estructura de la cosmovisión se edifica en base al sentido de la dualidad que divide categorías tanto materiales como espirituales enfrentadas permanentemente y también complementaria, el fundamento de ésta dualidad como sistema se centra en la representación cultural de bien y mal y de la ubicación del daño y ciertos síndromes culturales como una encarnación del mal (Huizinga, 1972). Es en este sentido que Radcliffe Brown (1975) en su libro “El método de la antropología social”, nos presenta al dualismo como una categoría que va más allá del modelo amerindio de cosmovisión, sino que esta conceptualización abarca a todo el mundo y culturas primitivas es así que por herencia pensamos mediante pares de contrarios, fuerte y débil, blanco y negro, arriba y abajo, brindando como claro ejemplo la filosofía del ying-yang de la

antigua china que componen un todo unificado y como una unidad de contrarios, que se complementan. (Brown, 1975)

En la línea de pensamiento y de tiempo sobre esta conceptualización del dualismo que a bien de cuentas ayuda a comprender holísticamente el contexto donde se desarrolla el susto como síndrome cultural presenta a De Carlier (1980) con una investigación “Así nos curamos en el Canipaco”: sustenta que los principios de clasificación de las culturas arcaicas y tradiciones culturales se centran en criterios de dualidad como la propiedad frío –caliente cuyo simbolismo es clave para comprender empíricamente y sensorialmente bajo términos “fresco” y “cálido” como el frío y caliente, el entorno de una mesa de curanderismo donde la distribución espacial de los objetos se da bajo ese lineamiento (De Carlier, 1980) es aquí donde la farmacopea andina centra su clasificación y propiedades muy bien descritas en el trabajo de Valdizán y Maldonado (1922).

Es así donde surgen trabajos como el de Ortega (1980) “La dicotomía caliente-frío en la medicina andina”: trabajando en la comunidad de San Pedro de Casta, Provincia de Huarochiri, nos evidencia una clasificación de plantas medicinales como frescas y calientes de acuerdo a su posología y cualidades, del mismo modo aplico ese criterio para los alimentos, donde según lo recolectado descriptivamente afirmó que esta clasificación termina es independiente a la estructura física, forma, y color. Posteriormente en una breve, pero importante obra Valdivia (1986) “Hampicamayoc, medicina folklórica y su substrato aborígen en el Perú”: es aquí donde ya sistemáticamente se abordan los síndromes culturales y se presta interés y atención al “susto” buscando su etiología, diagnóstico y tratamiento bajo el enfoque shamánico. Es claro destacar que los rituales y terapias shamánicas utilizan un vínculo que viene a ser el animal o la planta medicinal gracias al cual retiraba el mal del enfermo. (Valdivia, 1986). Es en este sentido que también De la Torre (1986) en su trabajo “Los dos lados del mundo y del tiempo” trabajo en el campo con la comunidad de “Kilish” en Cajamarca evidencia una vez más el dualismo arraigado en la cultura amerindia donde esta complementariedad fundamenta la

percepción, comprensión y organización de la cosmovisión andina de su cultura y naturaleza.

Joseph Bastien (1988): en su investigación “Shamán contra enfermero en los andes bolivianos” presenta la idea del conflicto que se vive en el país del altiplano entre los practicantes de medicina ortodoxa con los practicantes de la medicina tradicional a nivel comunitario por la sencilla razón que los primeros son impuestos por el estado representan simbólicamente su poder jerárquico y autoritario y los segundos comparten el poder simbólico de las huacas y los ayllus. Por ese mismo año en el Perú el CONCYTEC publicó el texto de Montalvo (1988) “La medicina tradicional en el Perú” donde desarrolla una sistemática y descriptiva, empleando una terminología quechua para designar a las partes del cuerpo, la terapéutica y los recursos botánicos medicinales para el tratamiento de enfermedades comunes a varios ambientes geohistóricos. Esta autora centra su discurso en dualidades: enfermedades naturales-enfermedades sobrenaturales, el arriba – y el abajo, frío-caliente.

Arthur Rubel y otros (1989): “Susto, una enfermedad popular” desarrollo una investigación multidisciplinaria a nivel médico y antropológico en la década de 1970 en tres poblados del estado de Oaxaca (México), Zapoteca, Chinanteca y mestizos. Centrando el estudio en la patología antropológica-cultural, el autor expresa la clara idea de que las culturas crean procedimientos preventivos, terapéuticos y diagnósticos para justificar los síndromes culturales, como el susto. Se conceptualiza a una persona como un ente dual, con cuerpo y alma, y con componentes biológico y social. Es en este sentido que el alma puede separarse del cuerpo ante el sueño o actividad onírica y ante la experiencia perturbadora para ser atrapada por una entidad sobrenatural y que para su recuperación se debe expiar la afrenta o culpa con un pago a dicha entidad, sacralizando el rito. Es importante también aclarar que el sufrimiento es compatible con el susto. Y da como recomendación que para estudiar dicho síndrome se debe tener en cuenta la edad, afiliación cultural, y sexo. El susto hace patente un deterioro progresivo de la salud conllevando a la muerte, esto plantea un desafío para la medicina ortodoxa y aún más para la psicología, al

psicólogo le exige una comprensión de su etiología, su dinámica y su prevención.

Continuando con el estado y dinámica del conocimiento de este trastorno tenemos el trabajo de Pinzón y Suárez (1989) “El cuerpo humano, la medicina y la cultura” siendo los primeros en dar ideas claras de poder valorar la eficacia terapéutica del shamanismo y sobre la etiología de los síndromes culturales centrándose en la idea clara de la expectativa de los pacientes bajo un entorno dualista organismo-alma, ser biológico-conciencia. Esta lógica binaria es fundamental para la hermenéutica racional, ya que este factor “expectativa” es un indicativo de efectividad terapéutica (Rodríguez, 2020). Ya el pensamiento más maduro de Levi Strauss (1991) en su obra “El pensamiento salvaje” efectuado entre los indios navajos que otorgan a las plantas medicinales categorías como el sexo, las virtudes farmacognósicas van asociadas a características sensoriales (pegajoso, espinoso, gomoso etc.) la talla (grande, mediana, pequeña). Es claro entonces que aquí estamos ante una fuerte carga simbólica y representativa donde por medio de un lenguaje de tradición oral brinda transmisibilidad de dichas ideas.

Ya para finalizar el siglo pasado en la última década se desarrollaron trabajos interesantes como los de Durkheim (1991) con una visión paradigmática etnográfica y cultural presento “Las formas elementales de la vida religiosa” susustentando los avances en el estado del arte de la teoría del conocimiento religioso, naturalismo y animismo y la dualidad: individuo – colectivo, expresando la ontología de una dualidad del ser humano ser individual estructural y biológico y un ser social que es la más elevada representación de la realidad. Este autor menciona que la teoría animista donde hay un ser corporal y un ser anímico que se puede alejar del cuerpo, pero integrado a este. Esta esencia le da al cuerpo vida, y cuando esta se va, la vida se interrumpe o concluye (Durkheim, 1991). Concepto clave para comprender la dinámica del síndrome cultural susto, en la cosmovisión andina es notorio la creencia que las almas de los fallecidos contactan con el cuerpo de sus familiares en el sueño, lo

cual hace que el acto onírico sea un oráculo de buenas o malas situaciones futuras.

Mario Polia (1996) en su trabajo “Despierta remedio cuenta”: adivinos y médicos del ande” aborda de modo estructuralista al sistema médico tradicional de Huancabamba y Ayabaca en la región Piura. Etnohistóricamente por 20 años investigó las prácticas y rituales terapéuticos de los shamanes que denomino carismáticos y no carismáticos, en este estudio se construyó la representación social de la enfermedad y su entorno en el imaginario colectivo, demostrándose que los ándidos presentan una lógica mental y una praxis social, confluyentes y equilibradas en un sustrato de dualidad que organiza al rito shamánico con el poder de objetos de carácter simbólico y relativos a la cultura. Posteriormente Hernández (1998): en su investigación de tipo histórica y etnográfica “Masculino y femenino: dualidad y poder en el Tahuantinsuyo” formulo la representación social del clásico criterio de la dualidad en las categorías masculino-femenino, constituyendo una de las más claras integraciones de oposición y complementariedad, encontrando la analogía de los hanan con lo masculino y lo hurin con lo femenino, presentando una dualidad de géneros.

En el nuevo milenio Stein (2000): desarrollo un trabajo antropológico y etnográfico “Vicisitudes del discurso del desarrollo en el Perú: una etnografía sobre la modernidad del proyecto Vicos” donde describe un discurso médico quechua de los conceptos de estar enfermo o sano, de un remedio y antiremedio de una cura y no cura de la enfermedad, esto pone de manifiesto la relevancia de los opuestos ya extrapolada a otras categorías de la medicina popular peruana (Stein, 2000). El shamán para este autor equilibra las dos realidades opuestas presentando una eficacia terapéutica al emplear los recursos farmacognósicos, el poder sugestivo del lenguaje y la terapéutica ritual propia.

La enfermedad popular del susto o síndrome cultural “susto” ha capturado durante mucho tiempo el interés de los antropólogos, y de profesionales de la salud mental como psicólogos y psiquiatras. Una revisión de la literatura revela una multitud de ideas competitivas en cuanto a su base biológica, epidemiológica. patrones y por qué persiste como lo hace. Existen

investigaciones (Logan, 1993) que ofrecen no solo un resumen o metanálisis hasta la fecha sobre este trastorno cultural, pero también sugieren una serie de nuevas líneas de indagación que, cuando se completen, avanzará en nuestra comprensión de esta categoría nosográfica, pero aún estamos sin comprender muchos factores de esta categoría agrupada como enfermedad etnomédica. La biología evolutiva es sin duda una de una serie de teorías prometedoras, que generan diseños de investigación innovadores, hasta la antropometría puede ser prometedora, las características etnográficas y raciales podrían implicar algún factor predisponente que asociado al entorno cultural pues genera las condiciones para que se exprese el síndrome ligado a la cultura.

El susto es un trastorno muy extendido en Latinoamérica, en varios viajes el autor ha comprobado esa extensión panamericana normalmente traducido un mal antropológico. En el entorno académico el susto tiene 25 años o para descripciones etnográficas, a nivel exploratorio siendo el análisis de las mismas que esta afección es un claro efecto de la Cultura, a nivel de la salud y en el patrón de creencias, donde las líneas de investigación se han enfocado en una evaluación de estrés, de los roles sociales y sexuales, y la naturaleza o medio ambiente que es influyente, lo cual carga epistemológica y antropológicamente la definición que el médico tiene sobre este trastorno, en una investigación (Trotter, 1982) se evidenció que de una muestra de 1223 sujetos, 61 presentaban síndromes culturales, donde el susto ocupaba el primer lugar con 35 casos es decir 57,4% de los casos. El susto, una enfermedad popular no reconocida por los profesionales biomédicos como un trastorno, que en estos tiempos forma parte del sistema de clasificación diagnóstica en psiquiatría como una "síndrome cultural" El susto ha sido reportado entre diversos grupos de latinoamericanos, pero la mayoría de esos informes tienen varias décadas de antigüedad y muchos se realizaron en comunidades indígenas. Un estudio (Weller S y cols, 2002) se centró en descripciones contemporáneas de dicho síndrome cultural y utiliza un diseño intercultural y comparativo para describirlo en tres poblaciones latinas diversas. Poblaciones mestizas/ladinas fueron entrevistadas en Guatemala, México y el sur de Texas. Un conjunto

inicial de entrevistas abiertas se realizó con una muestra de informantes "clave" en cada sitio para obtener una descripción del susto. Un protocolo de entrevista estructurada fue desarrollado para su uso en los tres sitios, incorporando información de esas entrevistas iniciales o piloto. Luego se realizó una segunda serie de entrevistas estructuradas con un representante muestral en cada lugar. Los resultados indican una gran coherencia en los informes de lo que susto es: qué lo causa, sus síntomas y cómo tratarlo. Parece haber, sin embargo, algunas notables variaciones regionales en los tratamientos y una diferencia entre descripciones anteriores e informes contemporáneos de etiología.

Existen investigaciones donde se plantea que el susto se percibe como un síndrome que aparece solamente en contextos sociales y que tiene carácter estresante; por lo tanto, las condiciones estresantes se reflejan en este síndrome de forma orgánica causando dificultades funcionales (Rubel, 1964). Esto se manifiesta en sociedades latinoamericanas, en donde las personas conceptualizan este trastorno como propio de su cultura. Para lo cual construye una interpretación que triangula la noción de estado de salud (constituido por los indicadores susceptibilidad al susto y a otras condiciones de salud, relativo a la gravedad y cronicidad de la enfermedad y la frecuencia de episodios), el sistema personal (que contempla los indicadores autopercepción de sucesos relacionados con un cumplimiento de un rol social y la capacidad del individuo de adaptarse ante situaciones con un rol que él lo percibe) y el sistema social (que contempla como indicador los roles y expectativas sociales específicas al sexo y edad)

En una investigación descriptivo comparativa (Low, 1985) se resumió para Costa Rica, Guatemala, Puerto Rico, y el estado de Kentucky en EEUU, En Costa Rica ante una muestra de 430 personas presentaban el conjunto de síntomas siguientes: miedo, llanto, temblor, dolor de estómago, mareos, falta de apetito, latidos fuertes del corazón, dolor de cabeza, sensaciones de frío/calor; además de insomnio, depresión, enfado. temblor, desordenes del sueño, fatiga, sensación de fiebre; en Guatemala con una muestra de 532 personas evidenciaron los siguientes síntomas: Dolor de cabeza, ira, dolor

generalizado, desesperación, mareos, dolor estomacal, temblor, espasmos y mal humor; en Puerto Rico con una muestra de 96 sujetos presentaron los siguientes síntomas: ataques, pérdida de consciencia, convulsiones y enfado y para el estado de Kentucky zona este con una muestra de 101 personas los síntomas que se presentaron fueron: fatiga, debilidad, temblor, dolores, temblores, mareos, sensaciones de frío / calor, desorientación, insomnio, y dolor estomacal. Este artículo ha intentado explorar una nueva aplicación, donde se intenta mostrar un diagnóstico basado en el examen intercultural de síntomas del susto, demostrando claramente que depende de la cultura y territorialidad. La inclusión sin precedentes de los síndromes ligados a la cultura en el DSM-IV brinda la oportunidad para destacar la necesidad de estudiar tales síndromes y la ocasión para desarrollar una investigación agendada y planificada. El crecimiento étnico y la diversidad cultural de los Estados Unidos para el caso de algunas investigaciones nos evidencian que su población presenta un desafío para el desarrollo del campo de la salud mental que es verdaderamente transcultural donde tienen que renovarse los enfoques de investigación y los servicios de salud mental. Algunos autores proporcionan una crítica basada en un análisis interno de la relación entre síndromes ligados a la cultura y diagnósticos psiquiátricos teniendo la problemática de incluir a estos síndromes ligados a la cultura en categorías de índole psiquiátrica y por lo tanto asumir una nosotaxia con la clara idea de que puede hacer factores que conlleven a errores (Guarnaccia y Rogler, 1999). Un programa de investigación se debe orientar en ejes centrados sobre la naturaleza del fenómeno, lo sociocultural, la ubicación de enfermos es decir su georreferenciación y la relación de los síndromes ligados a la cultura con los psiquiátricos.

En algunos reportes se ha descrito las enfermedades populares mexicanas susto y mal de ojo, con especial énfasis en las relaciones entre estas enfermedades populares y los diagnósticos dados por los curanderos. Parece que los síndromes culturales diagnosticados no encajan en las etiquetas diagnósticas de la psiquiatría y la medicina, estos diagnósticos populares indican condiciones que amenazan la vida a las cuales los curanderos deben ser sensibles y atentos. Sin

embargo, la evidencia sugiere que el curandero prescribe un tratamiento o realiza una intervención o maniobra ritual, donde en la mayoría de los casos, estos tratamientos son de efecto terapéutico beneficioso o neutral y su efectividad debe partir básicamente de la frecuencia de casos que presentan una tasa de alivio correspondiente (Rodríguez, 2020). Una dimensión importante de estas enfermedades populares es la medida en que mantienen los valores dominantes de las personas y su cultura, tales como la solidaridad de la familia y roles apropiados para jóvenes y viejos y hombres y mujeres. La investigación de Baer y Bustillo (1993) es reveladora en algunos aspectos claves para el presente trabajo, como por ejemplo en la cronotaxia de los síndromes culturales como el “susto” donde el 47% de los casos de la muestra tenían una duración de 5 días, en cuanto al tratamiento y sus preferencias estaban equilibrados entre ir al curandero o al psiquiatra en un 25%, con las personas que no sabían a dónde acudir también en un 25% de la muestra. La sintomatología recurrente enfocaba a la diarrea y a la pena y llanto como un 60% de los casos reportados; en base a una muestra de 48 personas.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

Los elementos teóricos que rigen este proceso de investigación se centran en la teoría biomédica tradicional que es resultado de un proceso de transculturación y amalgama cultural entre la tradición precolombina y la tradición occidental, que conviven en un sistema postmoderno, y configuran una irracionalidad dentro de lo racional (Vidal y Alarcón, 1986).

Concepción de salud.

El concepto de salud para nuestro sistema tradicional es netamente holístico, afirmación compuesta (Alva, 2000), debido a que abarca cuerpo, espíritu y alma (psique) de la persona.

Concepción de calor y frío.

Los aspectos abstractos o simbólicos son funcionales y fundamentales para el andamiaje de este modelo teórico, se considera como CÁLIDO o evento de CALOR a la actividad masculina, deviene del mundo de “arriba” o hanan, verifica las regresiones o análisis de visión del pasado, emplea plantas silvestres

y se ubican en el lado izquierdo de la mesa del shamán, o curandero asimismo a la par de estas plantas psicótropas que poseen en sí mismas un espíritu se encuentra el “tabaco” *Nicotiana tabacum*, las piedras, huacas, varas y huacos o ceramios; trabajándose hasta antes de la media noche. Se considera como FRIO a la actividad femenina, deviene del mundo de “abajo” o hurin, verifica las prospecciones o visiones del futuro, trabajándose a la luz del alba, empleándose plantas domesticadas y productos del trabajo del hombre; se ubican en el lado derecho de la mesa del shamán, se toman como productos frescos al jugo de lima, el maíz blanco, la miel de abeja, los pétalos de rosas blancas, el agua, el azúcar y las conchas de mar. La simbología es de intensa función ritual en la mesa del curandero, tenemos la presencia de la “cabeza” del Cactus San Pedro *Trichocereus pachanoi*, la cruz católica, la vara de chonta, la espada de acero, imágenes de santos y los cristales de cuarzo.

Síndrome cultural.

Según Chiape citado por Alva (2000) los síndromes culturales vienen a ser aquellas enfermedades que presentan formas clínicas no explicadas por la ciencia médica pues su manifestación y origen es resultado de la influencia de múltiples factores que afectan al ser humano como entidad biopsicosocial. Estas enfermedades cuyo origen es “mágico” o sobrenatural poseen para el shamán de una propiedad inusual para su diagnóstico, esta propiedad es que solo pueden ser diagnosticadas por vía de visiones bajo efectos de sustancias psicótropas (Alva, 2000)

Clasificación de Síndromes Culturales Peruanos

La siguiente clasificación está orientada a organizar los síndromes culturales en el modo autóctono en que son comprendidos por las comunidades peruanas:

A. Acción Autónoma de Entidades del mundo mítico por omisión ritual o descuido de las personas:

- a.1. Shucadura: “contagio” con espíritu de una planta al recogerla sin cuidado.
- a.2. Aikadura: “contagio” con espíritu de personas cuyos huesos están a la intemperie, especialmente en niños.
- a.3. Tapiadura: “rapto” de la sombra o alma por una entidad mítica.

B. Acción heterónoma de Entidades humanas o acción del “malero”:
daño

b.1. Daño por “boca”: por medio de brebajes con tóxicos.

b.2. Daño por “aire”: por medio de la intervención de un “encanto” (espíritu invocado para fines agresivos), donde se sustituye a la víctima por un muñeco o figuras afines, búsqueda de prendas.

C. Acción de causa natural o ambiental de un lugar generadora de “espanto” con “alejamiento de la sombra”: susto, con una etiología propia cargada de síntomas somáticos y psicológicos tales como depresión, angustia, abulia, amnesia, inapetencia, insomnio nocturno.

D. Acción de causa natural antropogénica:

e.1. Por acción de la Envidia.

e.2. Por acción de la vista: “mal de ojo”

e.3. Por acción de terceros generando vergüenza: Chucaque (con nosografía similar al susto)

E. Acción de causa teogénica o “enfermedades de Dios” – considerado como enfermedades medicas:

e.1. Cuando no son revelados por visión Shamánica.

e.2. Cuando son interpretadas como castigo de Dios.

e.3. Cuando son epidemias de importación.

e.4. Cuando el shamán no quiere curarlas.

El susto; una categoría emergente.

Para Keller citado por Rubén (1989) la etiología del síndrome cultural “susto” involucra un animal, un ambiente, una situación o evento, u otra persona. Para ello existe una explicación popular en donde la experiencia sobresaltante genera una pérdida de la fuerza vital. No hay una cronotaxia constante, sino que esta es variable entre la causa y la aparición de los síntomas los cuales se acendran cuando la persona vive periodos difíciles en la vida. Para los participantes del estudio de Weller (2002) el susto es considerado un tema serio. Los que lo padecen reconocen que su estado presenta niveles de severidad, y que cuando se prolonga o agrava puede causar la muerte (Rubén, 1989). Los estudios ya

clásicos de Logan en los años 70 aplicado a un grupo indígena de los kaqchikeles en Guatemala consideraron que la brujería y entidades espirituales pueden generar este síndrome cultural. (López, 1989)

En el trabajo de Weller (2002) los entrevistados sugirieron que fuerzas sobrenaturales, incluyendo el diablo, podrían generar el síndrome dicho estudio captó las frecuencias siguientes: el 92% de los participantes conocen a alguien con susto, el 89% preciso a un familiar que lo padece y el 37% padece padeció de susto (Weller, 2002). La mayoría de los sujetos fueron mujeres con una edad de 38 años en promedio. Es concluyente que todas las personas sin importar género o edad pueden ser afectados. La susceptibilidad depende del carácter de la persona, es conocido que los recién nacidos o los bebés pueden adquirirlo si la madre lo padece. (Bastien, 1988) según la APA muchas y diferentes experiencias de este síndrome cultural pueden estar relacionadas con un trastorno por estrés postraumático, trastorno somatomorfo y trastorno depresivo mayor. (DSM IV TR, 2002).

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, presenta la siguiente descripción del síndrome cultural susto: *“Padecimientos somáticos crónicos muy diversos atribuidos a “pérdida del ánimo” inducidos por un miedo intenso, a menudo sobrenatural. En algunos casos, los acontecimientos traumatizantes no se sufren de manera personal; los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan. Los síntomas incluyen a menudo agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, depresión e introversión. Diferentes estudios atribuyen algunos casos a hipoglucemia, enfermedades orgánicas no especificadas, ansiedad generalizada o estrés producidos por conflictos sociales o baja autoestima”*. Este documento compatibiliza este cuadro con la CIE-10 a través de los códigos: F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado, o también el F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados. (GLADP, 2004).

El susto como entidad nosológica

El “susto” es un síndrome cultural conocido en varios lugares del orbe como pérdida del alma, este presenta un “impacto psicológico” con una variable

intensidad generado por diversos factores entre los que se destacan los de índole sobrenatural, y eventos personales con características comunes que surgen como sucesos inesperados (Moden, 1990). El “susto” es una entidad nosológica extendida prácticamente en todo el territorio peruano, donde existe una variabilidad en las formas como identifica, la probabilidad de adquirirlo y los rituales preventivos o de tratamiento shamánico, poseen connotaciones particulares, dependiendo lógicamente de la territorialidad. El “susto” se considera como causa y síndrome. Una persona que se expone a un “susto” contrae el síndrome cultural “susto”; por lo tanto, el padecimiento presenta el mismo término aplicado a la vivencia traumática”, (Zolla, 1998), el “susto” puede a cualquier persona sin importar su sexo ni edad.

Tomando en cuenta a Zolla y colaboradores (1998), la sintomatología del susto evidencia un ataque al estado físico con anorexia, abulia, el acto de sentarse o acostarse en determinados lugares para recibir el sol, sensación termina de frío en las extremidades, existe una tendencia dormir varias horas, ansiedad en la vigilia y el sueño, palidez, hipersensibilidad en el trato con terceros, esfuerzo al caminar, ocasionalmente desvanecimientos, distimia, angustia, temor nocturno y pesadillas con estereotipos amenazadores, pérdida del sentido de la realidad hipertermia, diarreas y vómitos, cefalea y angina de pecho.

La terapéutica Shamánica del susto es variada atendiendo a la región y territorialidad, pero presentan ciertas similitudes a tener en cuenta. Existe una clara diferencia donde por ejemplo el “mal de ojo”, puede ser tratado por cualquier persona que sepa el ritual del tratamiento, en cambio en el “susto” debe ser tratado por un shamán o curandero. Por lo tanto, el “susto” no se puede considerar como una pérdida del “ánimo”, sino más bien como la pérdida de una entidad anímica. Las ideas no racionales de la pérdida del alma y su captura por seres del inframundo están presentes en todas las culturas preincaicas y la cultura inca en el territorio peruano, lo que evidencia su estatus arcaico. (Cabieses, 1993) El síndrome cultural susto tiene su origen en un evento territorial donde “la sombra fue capturada por la tierra” y al no retornar al cuerpo sobreviene una sintomatología sui generis, esto hace sinergia por la

intoxicación con cadáveres u otros eventos de corte traumatizante. La persona emocionalmente presenta un sentimiento vago de no estar completa, además de la sintomatología somática descrita. El rito shamánico pretende restituir el alma ausente, es por eso que está cargado de actos mágicos y simbólicos muchos de ellos ininteligibles, pues se han perdido los conceptos que en épocas arcaicas las sustentaban. (Sasson, 1996)

Definiendo categorialmente al susto este no se le puede considerar como una enfermedad típica sino como un síndrome cultural, un complejo fisiopatológico y psicopatológico que es diagnosticado, clasificado y tratado como tal dentro de una sociedad determinada, territorial y culturalmente. Su nosografía presenta síntomas como apatía, fiebre, confusión mental, diarrea, agitación, anorexia, e insomnio, hay algunas presentaciones con depresión. También hay ansiedad generalizada y estrés que merman la autoestima. (Seguín, 1979) la eficacia terapéutica del rito shamánico presenta una efectividad confiable para la mayoría de estos casos (Rodríguez, 2020). Los no ignoran la terapéutica medica ortodoxa: cuando lo consideran apropiado administran antimicrobianos, analgésicos, antialérgicos, purgantes, aunque esto sea considerado intrusismo y un atentado contra la ley de salud en el Perú.

1.4. Formulación del problema.

En este sentido el problema de investigación será el siguiente:

¿Qué características psicológicas presenta el "susto" como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, región Lambayeque, 2018?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

La presente investigación pretende aclarar que el Susto es un Síndrome Cultural de prevalencia presente en la región Lambayeque, los síndromes culturales son trastornos presentes en diversos territorios pero que tienen algunas similitudes, como que no se pueden situar con facilidad dentro de las categorías que se han establecido para un diagnóstico psicológico, por lo tanto son una categoría diferente en la DSM V, CIE 11 o la GLADP se ha descrito en ciertas

poblaciones o áreas culturales, y están restringidos a estas poblaciones, el “susto” es una entidad nosográfica muy peculiar e individual propia y Folklórica.

Se pretende en primer lugar dar un aporte psicológico consiste en fundamentar la eficacia y validación de procedimientos en el campo, a través de la aplicación de instrumental psicológico, para el diagnóstico de este síndrome cultural; se dará un aporte teórico al construir una caracterización del síndrome cultural “susto” permitiendo en parte comprender de modo efectivo y racional, la presencia tangible de síndromes culturales diagnosticados además de poder desarrollar modelos explicativos para delimitar y componer la estructura del proceso psicológico de dichas conductas anormales humanas. La presente investigación presenta relevancia social en el diagnóstico de síndromes culturales donde los beneficiados serán los pobladores que tendrán un adecuado diagnóstico psicológico.

1.6. Hipótesis.

De acuerdo al tipo de investigación exploratorio – descriptivo la presente investigación presenta hipótesis implícita.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivos general

Caracterizar psicológicamente el "susto" como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, región Lambayeque, 2018.

1.7.2. Objetivos específicos

Conceptualizar al susto como como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, región Lambayeque, 2018.

Definir la Etiología, Patogenia, Nosobiótica, Semiótica y Patocronia de los diversos casos de susto como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, región Lambayeque, 2018.

Clasificar al susto como como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, región Lambayeque, 2018

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación.

La presente investigación de acuerdo con Sánchez y Reyes (1999) es descriptiva; y según el modelo paradigmático de Hernández Sampieri (2018) es una investigación de tipo cuantitativa. El diseño de la investigación basado en Pérez Martinto y Palacios Ladines (2016), es descriptivo simple con un solo grupo:

$$M \quad X \quad O1$$

Donde M fue la muestra poblacional, O1 fue la observación realizada sobre la variable única X “características del susto como Síndrome cultural” que es un atributo susceptible a ser evaluado.

2.2. Población y muestra.

La población de la presente investigación, estuvo conformada por los habitantes del distrito de Mórrope, que son residentes en este lugar y que bajo un trabajo de campo en Mórrope, se 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; cuya asistencia estos rituales ha sido comprobada personalmente en este distrito y cuyo seguimiento de caso data desde 2017. El muestreo empleado fue no probabilístico de tipo circunstancia o sin normas, y tomando como fuente una base de datos obtenida un proceso de investigación anterior, a causa de la elaboración de un artículo científico preliminar. Los criterios de inclusión que se consideraron fueron: creencia y practica del ritual, y haber presentado alguna vez el síndrome cultural susto. Los criterios de exclusión se consideraron fueron: no residir en el distrito, tener la religión evangélica, o ser extranjeros residentes.

2.3. Variables y operacionalización.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Caracterización psicológica del "susto" como síndrome cultural	Los síndromes culturales vienen a ser aquellos trastornos de la conducta que presentan formas clínicas influidas por factores de índole cultural que afectan al ser; siendo el susto un síndrome cultural cuya experiencia podría estar relacionada con un trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés posttraumático y trastorno somatomorfo.	La caracterización psicológica del "susto" como síndrome cultural, operacionalmente se entiende como la definición, catalogación y evaluación psicodiagnóstica del sujeto que presenta signos y síntomas compatibles con el síndrome cultural.	Nosotaxica	Clasificación de la entidad clínica "susto"	Escala diagnóstica para evaluar síndrome cultural: "susto" de Weller
			Nosográfica	Etiología Patogenia Nosobiótica Semiótica Patocronia	
			Nosonomía	Conceptualización del susto	Historia clínica psicológica

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Métodos: para el presente caso se diseñaron dos fases: fase factoperceptible en la cual se caracterizó el objeto de estudio de modo diagnóstico y posteriormente se le dio un análisis lógico y hermenéutico para desarrollar las tendencias del objeto de estudio: la caracterización del susto; y la fase del diseño del modelo teórico configuro una estructura sistémica que explica la caracterización de este síndrome cultural para lo cual se usó el método sistémico – estructural.

Procedimientos: El procedimiento empleado en la presente investigación ha seguido una ruta sustentada en la observación sistemática y el análisis documental, la comparación, la aplicación de los instrumentos y el análisis de los resultados (Cohen y Swerdlik, 2006).

Formas e instrumentos a aplicar a la muestra.

Las formas de aplicación fueron directas comprendiendo la ruta siguiente:

- Diagnóstico de los casos de "Síndromes Culturales", empleando instrumentación adecuada para tal fin: la Historia clínica psicológica que permitió dar las características del "susto".

- Posteriormente se realizó los procedimientos de catalogación nosográfica (Polia, 1996).

Técnicas, que para nuestro caso se agruparon en técnicas de campo y de gabinete, las primeras aplicaron en el contexto directo de aplicación y las de gabinete se ejecutaron a través del trabajo documentario – bibliográfico:

Técnicas de campo.

- **Entrevista:** Esta técnica se aplicó a los sujetos que presentaron sintomatología del susto.
- **Historia clínica psicológica:** se enfocó en la sintomatología de Síndromes Culturales.

Técnicas de gabinete.

- **Análisis Documental:** técnica que se utilizó para el análisis de la bibliografía especializada, así como las referencias documentales hemerográficas obtenidas de revistas especializadas de internet.
- **Tabulación:** se aplicó la técnica matemática de conteo, extrayendo la información ordenándola en cuadro simple y doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje (Brown, 1980).

Instrumentos: Historia clínica psicológica enfocada en la sintomatología de Síndromes Culturales y la escala diagnóstica para evaluar síndrome cultural: “susto”, teniendo como forma de aplicación la de carácter individual.

La escala diagnóstica para evaluar síndrome cultural: “susto” Weller (2002)

Esta escala fue utilizada 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, este cuadro es a consecuencia de factores diversos, fenómenos naturales y circunscritos en experiencias personales que emergen como eventualidades fortuitas del todo inesperadas, en este sentido Weller (2002) en conjunto con otros investigadores basándose en estudios preliminares de Zolla (1998); elaboraron la escala diagnóstica (a modo de lista de cotejo) que permite determinar las características nosográficas, valorando la intensidad de signos, esta escala es de

calificación directa, con una puntuación del 1 al 5 en intensidad de tipo Likert, con una única dimensión: “signos” y con 15 ítems observables; esta escala presenta una validez adecuada según el método de Spearman – Brown (Thorndike y Hagen, 1980) de 0,89, teniendo una fiabilidad de carácter general.

2.5. Procedimientos de análisis de datos.

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; de manera tal que se pueda dar una correcta interpretación, empleando por tanto estadística descriptiva en cuanto al manejo de datos y su tabulación (Wayne, 1987).

2.6. Criterios éticos

Beneficencia: Se aplicó a los pobladores del distrito de Mórrope, donde se consideró que la información obtenida será utilizada para sostener de manera adecuada catalogando el sistema de creencias pertinente para el tratamiento de síndromes culturales.

Dignidad: En este sentido los pobladores que han sido seleccionados participaron de forma voluntaria en la presente investigación, exponiendo su sistema de creencias ante el investigador de modo confidencial. Previo consentimiento informado.

Justicia: Todos los pobladores sujetos de estudio, recibieron un mismo trato ya sea en la evaluación o en el estudio detallado de casos.

El consentimiento informado: El uso del consentimiento informado responde a una ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. Los individuos aceptaron participar en la investigación en base al interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado “el susto” como síndrome cultural.

La confidencialidad: Los códigos de bioética hacen énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación. La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el presente estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un código a los entrevistados.

2.7. Criterios de rigor científico.

Fiabilidad o consistencia: La fiabilidad se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación. En el presente estudio se afirma la consistencia en el carácter de reproducibilidad del proceso investigativo, y en la respectiva concordancia entre los eventos que caracterizan al susto como síndrome cultural.

Validez: La validez concierne a la interpretación correcta de los resultados y se convierte en un soporte fundamental de las investigaciones cualitativas. El modo de recoger los datos, de llegar a captar los sucesos y las experiencias desde distintos puntos de vista, el poder analizar e interpretar la realidad a partir de un bagaje teórico y experiencial, el ser cuidadoso en revisar permanentemente los hallazgos, ofrece al investigador un rigor y una seguridad en sus resultados.

Credibilidad o valor de la verdad: El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Los hallazgos son reconocidos como reales por la referente sintomatología del síndrome cultural: susto.

Consistencia o dependencia: Conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. Los resultados tienen coeficientes relativamente altos de estabilidad al ser manejados de modo proporcional.

Relevancia: La relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando, la relevancia se manifiesta por la expresión tangible de una teoría que represente el tratamiento bioestadístico de la prevalencia de este síndrome cultural.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas.

Tabla 1. Análisis de la fiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Crombach	N de elementos
,810	4

Estadísticas de total de elemento

	X	V	R	α
Significatividad de la escala global	8,5309	7,340	,899	,776
significatividad del indicador nosobiótico	8,0933	8,531	,804	,825
significatividad del indicador semiótico	8,0297	7,690	,793	,839
Significatividad del indicador patocrónico	7,1147	6,371	,813	,863

Fuente: Elaborado por el autor

Al desarrollar esta métrica de los coeficientes de alfa de Cronbach, se obtuvieron valores que ofrecían confiabilidad global del instrumento en cuanto a su integridad como a cada uno de los ítems constitutivos, es así que en la tabla 1 muestra se obtuvo un nivel de fiabilidad de 0,810 que de acuerdo con George y Mallery (2003); permite una interpretación como aceptable.

Posteriormente se analizaron cada una de las dimensiones de la variable Caracterización psicológica del "susto" como síndrome cultural.

Resultados en la dimensión nosonómica o conceptualización del susto

Tabla 2

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

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.

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.

Resultados en la dimensión nosográfica o descriptiva del síndrome cultural “susto”

Tabla 3

Causas que los sujetos muestrales le asignan al síndrome cultural “susto” (Etiología) ciudad de Mórrope, 2018.

Causas que los sujetos muestrales asignan al síndrome cultural “susto”	Frecuencia de respuestas	
	N _i	H _i
Daño o brujería	19	38
Espíritus que viven en huacas u otros lugares	29	58
Los pecados de las personas	2	4
Total	50	100

Fuente: entrevista desarrollada a los sujetos, junio 2018.

En cuanto a la etiología o causalidad de este síndrome cultural que los sujetos afirman tener, se les pregunto sobre la causa que según ellos era motivo de dicho trastorno a lo que contestaron en primer lugar como “espíritus que viven en las huacas u otros lugares (para ellos prohibidos de ir o visitar) en un 58%, considerando además que podría ser también un “daño” o brujería causada por algún enemigo o gente que tiene envidia, esto en un 38%.

Tabla 4

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

En la entrevista sostenida con los sujetos que declaran padecer de este síndrome cultural se les pregunto sobre la adaptación a dicho trastorno, 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.

Tabla 5

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.

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

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

La tabla 5 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%.

Tabla 6**Signos y síntomas frecuentes en los sujetos muestrales ante el síndrome cultural “susto” (semiótica) ciudad de 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

La tabla 6 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.

Tabla 7**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**

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

Fuente: entrevista desarrollada a los sujetos, junio 2018

En cuanto a la tabla 7 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.

Resultados en la dimensión nosotóxica o clasificación de la entidad clínica: síndrome cultural “susto” para el tratamiento

Tabla 8

Forma terapéutica frecuente que emplean los sujetos muestrales ante el síndrome cultural “susto” ciudad de Mórrope, 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

Fuente: entrevista desarrollada a los sujetos, junio 2018

Para la tabla 8 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.

3.2. Discusión de resultados

De acuerdo a investigaciones preliminares como las de Segúin (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 el estudio de Alva y colaboradores (2000), 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 (Seguín, 1979). 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 con la investigación de Alva (2000), 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 como Logan (1993) o Guarmaccia (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 en la Tabla 3 “espíritus que viven en las huacas u otros lugares (para ellos prohibidos de ir o visitar) lo que coincide con la investigación de 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 nosotáxica propuesta por Alva y colaboradores (2000). 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 coinciden con los de Low (1985), 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, 2020), y que desde años atrás Rubel (1964) advirtiera en su estudio epidemiológico del síndrome cultural, 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 la tabla 5 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 las valoraciones practicadas por Logan (1993), Low (1985), Weller (2002) 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 según el trabajo de Alva (2000) y Montalvo (1988); que en su dinámica demostraron afluentes de similitud cultura.

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 que van desde Valdizán y Maldonado (1922), Cabieses (1993), Segúin (1979), Vidal y Alarcón (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 por los autores, y Alva y colaboradores (2000) lo consolidaron magistralmente en su obra; nuestra posición crítica hace 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 y colaboradores (2002) al ubicar las sintomatologías y traducirlas del formato cultural al formato de episteme psicológica, prácticamente esto consolido nuestra investigación en la tabla 6 ofrece donde se ofrece ya una semiótica coligada con la sistemática de la OMS es aquí donde 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 de Zolla y Maqueo (1998), de Trotter (1982), de Logan (1993) y de Baer (1993), cuando desarrollan sus tablas nosográficas para describir sus hallazgos relativos a este síndrome cultural. Es importante destacar también el este punto ante la evidencia 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, 2020), esto es importante destacar, la tabla 7 manifiesta 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 los de Trotter (1982) y los de Baer y Bustillo (1993), en estos trabajos la Patocronia es de 5 días a lo mucho, y en nuestros resultados el proceso dura mucho más una a 3 semanas a lo mucho, es obvio destacar 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, 1988), 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. 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 nosotáxico 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 el trabajo de Alva y colaboradores (2000) y de Valdivia (1986) donde en la base de ese antecedente concuerda plenamente con la idea colectiva en los sujetos que al no ser una enfermedad de dios le corresponde al curandero el tratarla, por lo que la mayoría de casos 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, 2020).

3.3. Aporte práctico

Chiappe citado por Seguí (1979), refiere que atendiendo a una excepción de ciertos síndromes muy peculiares los curanderos han dividido a nivel de la costa norte la categoría: “enfermedades de Dios” y “enfermedades de daño”. En este conjunto último es donde se centra el enfoque de nuestro estudio y abordaremos

dándole un sentido racional a lo que aparentemente suele ser denominado “irracional” apoyándonos en los conceptos de Cabieses (1993). Este grupo de enfermedades incluyen a todos los “síndromes” dependientes de la cultura cuya etiología es debida a una mala intención de algún enemigo del paciente, que basándose en la “envidia” contrata los servicios del “malero” (sujeto antítesis del curandero o sanador, porque este hace daño) que ejerce en el paciente un “maleficio” con el cual se provoca una enfermedad o desgracia. El rasgo cultural es evidente que tiene configurado en el inconsciente esta idea en la cual se constituye el “susto” cuya nomenclatura vernácula es “mal de espanto” o “pachashar” se le podría catalogar como una forma de daño, pero provocado por la naturaleza y consiste en la posesión del “alma” del paciente por, los espíritus malos del cerro, del agua, de los animales y de las huacas.

Es muy prevalente valorar los comentarios de los pobladores en estas localidades, y más aún en Mórrope las referencias a un territorio “malo” que suele ser un cerro o huaca, y es en este sentido que la territorialidad y la etnografía cultural son las matrices que diseñan estos conceptos e ideas irracionales que existen en un contorno hermenéutico a eventos que son los “síndromes culturales”. Es necesario considerar que para el curandero o shamán las características o nosotaxia de la enfermedad se definen por la etiología o causalidad más que por la sintomatología o clínica, es que emplearlos como fuente para caracterizar con precisión los fundamentos que podrían lograr definir este conjunto de enfermedades. El diagnóstico es practicado por rituales que pretenden lograr estados alterados de la conciencia por el consumo de enteógenos derivados de la Ayahuasca o cactus “San Pedro”, teniendo el brebaje el poder (según los curanderos) de permitir visualizar y discriminar la etiología separando los pacientes que presentan el síndrome cultural “susto” por la causa de este.

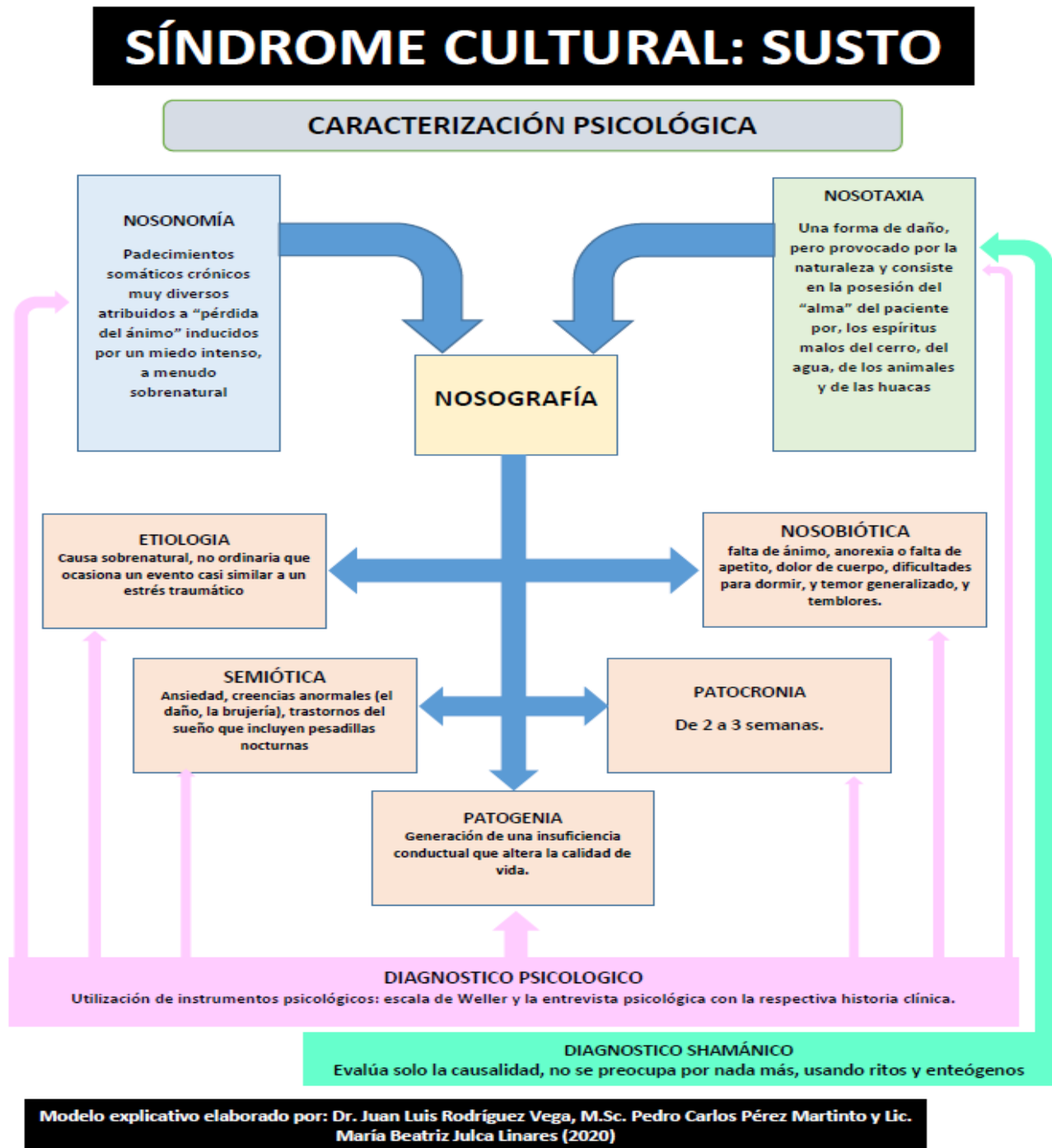
Concordamos con Segúin (1979) en las siguientes líneas de explicación la eficacia de dicho diagnóstico para catalogar los síndromes dependientes de la cultura:

1. Factores de rapport o empatía curandero – paciente, el curandero distinguiría la etiología en función del grado de empatía logrado con el paciente coadyuvado por los efectos alucinógenos de los enteógenos empleados. Se puede inferir que mientras sea más alta la empatía bajo los efectos alucinatorios entonces tanto mayor será el poder sugestivo – terapéutico del curandero.
2. El factor cultural que caracteriza al grupo humano del cual el curandero y paciente son cohabitantes: nivel cultural, grado de compartir el medio social, la actitud sumisa del paciente, el grado de convicción acerca del origen maléfico del síndrome y la disposición para el tratamiento que tiene el paciente caracterizan la probable efectividad del rito.
3. La experiencia del curandero atendiendo similitud de casos, generan una empiria por la semejanza de tratamientos.

Para el caso del susto se le puede definir ya categorialmente como la pérdida del alma o ánima 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 shamán la devuelva al cuerpo utilizando un rito. La etiología que lo caracteriza a 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 sorprendidos, 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 toda la literatura revisada 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 modelo propuesto).



IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

1. Se considera y conceptualiza al susto como síndrome cultural en pobladores del distrito de Mórrope, bajo la definición de los pobladores como un mal o enfermedad de “daño” que sucede cuando la persona pierde el “alma” ante un ambiente o lugar donde se llevan a cabo eventos sobrenaturales, y cuya forma de intervenirlos es por medio de los ritos shamánicos que obran por medio del raport y empatía paciente - shamán.
2. El susto como síndrome cultural, al ser valorado desde la perspectiva científica de la psicología se caracterizó en primer lugar bajo un diagnóstico psicológico por lo que los pobladores o sujetos muestrales fueron sometidos a una escala para valorar su sintomatología, y en segundo lugar se obtuvieron y definieron las características a nivel etiológico como 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.
3. 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 la 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.

4.2. Recomendaciones

1. Realizar a más profundidad la exploración del proceso terapéutico empleado por los curanderos, para el tratamiento del susto como síndrome cultural, así como ensayar modificaciones en la instrumentación empleada: la Escala de Weller para poder extrapolarla a otros puntos de equivalente creencia y rito como Zaña y Salas.
2. proponer y comparar los modelos investigativos futuros entre si tratando de dar una visión explicativa del síndrome cultural susto, promoviendo una adecuación de las categorías clasificatorias de los síndromes culturales, para componer un sistema nacional de clasificación de estos.

REFERENCIAS

- Alva W y et al. (2000). Shamán: la Búsqueda. Editado por Scriptorium. Sevilla. España.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Baer Roberto D. y Marta Bustillo (1993) Susto and Mal de Ojo among Florida Farmworkers: Emic and Etic Perspectives. *Medical Anthropology Quarterly* 7(1):90-100. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1525/maq.1993.7.1.02a00060>
- Bastien, J (1988). Shamán contra enfermero en los Andes Bolivianos. En revista Allpanchis No 31.
- Benavides, M (1992). Dualidad e ideología en la provincia de Collaguas. En revista MNAAP No 21 del INC Lima Perú.
- Brown, F. (1980) Principios de la medición en psicología y educación. Editado por El Manual Moderno. México D.F. México.
- Brown, R. (1975). El método de la antropología social. Ediciones Anagrama. Barcelona. España.
- Cabieses, F. (1993). Apuntes de medicina tradicional: la racionalización de lo irracional. Editado por CONCYTEC. Lima Perú.
- Callois, R. (1942). El hombre y lo sagrado. Editado por Fondo de Cultura Económica México D.F. México.
- Cohen, R ; Swerdlik, M. (2006) Pruebas y evaluación psicológicas. 6 Edición. Editorial Mc. Graw Hill. México D.F. México.
- De Carlier, A. (1981). Así nos curamos en el Canipaco. Manual de Medicina del pueblo. Prod. Grafica Color Lima. Perú.

- De la Torre, A. (1986). *Los dos lados del mundo y del tiempo*. Editorial Centro de investigación, Educación y Desarrollo. Lima. Perú.
- Durkheim, E. (1991). *Las formas elementales de la vida religiosa*. En separata de la PUCP. Lima. Perú.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon
- GLADP - Colectivo de autores. (2004) *Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)*, Ed. Guadalajara, México.
- Guarnaccia, Peter J. y Lloyd H. Rogler. (1999) *Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions*. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1322–1327. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10484940/>
- Hernández Sampieri, R., Mendoza Torres, C. Paulina. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández, F. (1998). *Masculino y femenino: dualidad y poder en el Tawantinsuyu*. En actas del IV Congreso Internacional de Etnohistoria. Tomo I . Lima Perú.
- Huizinga, J. (1972). *Homo ludens*. Editado por Alianza. Madrid. España.
- Levi Strauss, C. (1968) *Antropología estructural* Editorial Universitaria. Buenos Aires Argentina.
- Logan, Michael H. (1993) *New Lines of Inquiry on the Illness of Susto*. *Medical Anthropology*, Vol. 15, pp. 189-200. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <http://www.tandfonline.com/loi/gmea20>
- López, Alfredo. (1980). *Cuerpo humano e ideología*. Editad por UNAM. México D.F. México.

- López, Austin. (1989) *Cuerpo Humano e Ideología*. UNAM. Instituto de Investigaciones Antropológicas. México D.F. México.
- Low, Setha M. (1985) Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves. *Sot. Sci. Med.* Vol. 21. No. 2. pp. 187-196. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953685900887>
- Melchor, S; Reyna, V. (1994) *Soba del cuy y diagnóstico en la medicina tradicional peruana*. Edición de los autores. Lima. Perú.
- Modem M. (1990) *Madres, Médicos y Curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*. 1ª ed. Ediciones de la Casa Chata. SEP. México D.F. México.
- Montalvo, D. (1988) *La medicina tradicional del Perú*. Editado por CONCYTEC. Lima Perú.
- Ortega, F. (1980) La dicotomía caliente/frío en la Medicina andina. En: *Debates en antropología* No 5 Julio 1980. Departamento de Cs.Cs. Lima Perú.
- Pérez Martinto Pedro y Palacios Ladines (2016) *Un acercamiento al proceso de investigación científica: conceptos, paradigmas y recomendaciones*. Imprenta Eros. Lambayeque. Perú
- Pinzón, C ; Suárez, R (1989) *El cuerpo humano, la medicina y la cultura*. En: serie memorias de eventos científicos. Colombia.
- Polia, M. (1996) *Despierta, remedio, cuenta adivinos y médicos del ande*. Tomos I y II. Editado por F.E. de la PUCP. Lima. Perú.
- Rodríguez V. Juan L. (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. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <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, No. 3 (Jul., 1964), pp. 268-283. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <http://www.jstor.org/stable/3772883>
- Ruben, A. y et. al. (1989). Susto una enfermedad popular. Fondo de Cultura Económica. México D.F. México.
- Sánchez C. y H. Reyes (1999) Metodología y Diseños de Investigación Científica. Editorial Mantaro. Lima. Perú.
- Sasson Lombardo, Y. (1996) El alma y los síndromes patológicos actuales. Tlahui-Medic. México. D.F. México.
- Seguín, C. (1979) Psiquiatría Folklórica. Editorial ERMAR. Lima. Perú.
- Stein, W. (2000) Vicisitudes del discurso del desarrollo en el Perú, una etnografía sobre la modernidad del proyecto Vicos. Editado por Casa de estudios del socialismo. Lima. Perú.
- Thorndike, R. ; Hagen, E (1980) Test y técnicas de medición en psicología y educación. Editado por Trillas. México D.F. México.
- Trotter, Robert (1982) Susto: The Context of Community Morbidity Patterns. Ethnology, Vol. 21, No. 3 (Jul., 1982), pp. 215-226. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <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, Susan; Baer, Roberto; Garcia De Alba Javier; Glazer, Mark; Trotter, Robert; Pachter, Lee y Robert E. Klein (2002) Regional variation n latino descriptions of susto Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands. Culture, Medicine and Psychiatry **26**: 449–472, 2002. Recuperado el 17 de marzo del 2020 de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021743405946>

Zolla, C. y Maqueo C. (1998) Medicina Tradicional y Enfermedad. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México. D.F. México.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Nombre femenino) o (Nombre masculino)

En calidad de: _____

En este procedimiento se le entrevistara y preguntara sobre temas relacionados con la tesis de Psicología: ***DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN DEL "SUSTO" COMO SÍNDROME CULTURAL EN POBLADORES DEL DISTRITO DE MÓRROPE, REGIÓN LAMBAYEQUE, 2018***

Se tomará previo análisis de sus antecedentes, datos de la historia psicológica clínica brindará información sobre su experiencia con una enfermedad conocida como “susto”. Es necesario que indique la verdad en los datos que se soliciten, de esta manera se evitan errores en el diagnóstico de esta enfermedad cultural.

Entiendo todo lo arriba escrito y también comprendemos que si decidimos no realizar participación en la investigación o retirarnos en cualquier etapa de la misma será por nuestra voluntad.

Para lo cual damos nuestro consentimiento informado.

Fecha:

Nombres y DNI del participante

ANEXO 2. Instrumento 1.



ESCALA DIAGNÓSTICA PARA EVALUAR SÍNDROME CULTURAL: “SUSTO” – WELLER (2002).

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. APELLIDOS Y NOMBRES:
2. EDAD:
3. ESTADO CIVIL:
4. N° DE HIJOS:
5. LUGAR EN LA FAMILIA:
6. GRADO DE INSTRUCCIÓN:
7. DOMICILIO:
8. LUGAR DE PROCEDENCIA:
9. NIVEL SOCIOECONÓMICO:
10. N° DE HISTORIA CLÍNICA:
11. INFORMANTE:
12. FECHAS DE EVALUACIÓN:
13. EXAMINADOR:

II. ESCALA GENERAL:

Ítem	Signo presente	Gradiente de Valoración				
		0	1	2	3	4
01	Agitación					
02	Exceso de llanto					
03	Pesadillas					
04	Dificultades para dormir					
05	Miedo hacía gente desconocida					
06	Temblores					
07	Palidez					
08	Hinchazón					
09	Falta de apetito, pérdida de peso					
10	Calentura					
11	Falta de ánimo					
12	Dolor de cuerpo					
13	Sin ganas de trabajar o jugar					
14	Se asustan por todo					
15	Dolor de cabeza					

Modelo adaptado de:

Weller, S.C., Baer, R.D., García de Alba García, J., Glazer, M., Trotter, R., Pachter L., Klein, R.E. (2002). Regional variation in Latino descriptions of susto. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26 (4), 449-472

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. APELLIDOS Y NOMBRES:.....
2. EDAD:.....
3. SEXO:.....
4. LUGAR DE NACIMIENTO:.....
5. LUGAR ENTRE HERMANOS:.....
6. GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....
7. LUGAR DE EVALUACIÓN:.....
8. FECHA DE EVALUACIÓN:.....
9. FECHA ACTUAL:.....
10. EVALUADOR:.....

II. JERARQUÍA DE PROBLEMAS:

Nº	PROBLEMA	EVALUACIÓN DE ESCALA	JERARQUÍA	OBSERVACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

III. PROBLEMA ACTUAL:

a. ¿En qué consiste?:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

b. ¿Desde cuándo?:

.....
.....
.....
.....
.....

c. ¿Cómo evoluciona?:

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

d. Como le afecta?:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

e. ¿Qué hizo para resolverlo?:

.....
.....
.....
.....
.....

IV. HIPÓTESIS EXPLICATIVA:

PROBLEMA	FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS

V. DATOS QUE CONFIRMAN LA HIPÓTESIS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 4. Matriz de operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Caracterización psicológica del "susto" como síndrome cultural	Los síndromes culturales vienen a ser aquellos trastornos de la conducta que presentan formas clínicas influidas por factores de índole cultural que afectan al ser; siendo el susto un síndrome cultural cuya experiencia podría estar relacionada con un trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés posttraumático y trastorno somatomorfo.	La caracterización psicológica del "susto" como síndrome cultural, operacionalmente se entiende como la definición, catalogación y evaluación psicodiagnóstica del sujeto que presenta signos y síntomas compatibles con el síndrome cultural.	Nosotaxica	Clasificación de la entidad clínica "susto"	Escala diagnóstica para evaluar síndrome cultural: "susto" de Weller
			Nosográfica	Etiología Patogenia Nosobiótica Semiótica Patocronia	
			Nosonomía	Conceptualización del susto	