



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME FOLKLÓRICO EN  
ADULTOS DEL ÁREA URBANA Y RURAL EN LA REGIÓN DE  
LIMA**

PRESENTADA POR  
**YBETH LUNA SOLIS**

TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN  
GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME FOLKLÓRICO EN ADULTOS  
DEL ÁREA URBANA Y RURAL EN LA REGIÓN DE LIMA**

**TESIS**

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA  
CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

**PRESENTADA POR**

**YBETH LUNA SOLIS**

**LIMA-PERÚ**

**2015**

## ASESOR

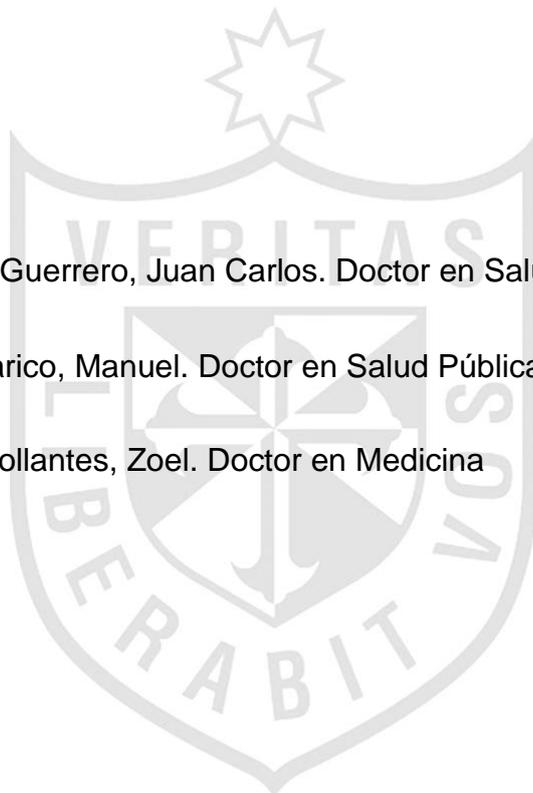
Navarrete Mejía, Pedro Javier. Doctor en salud pública

## JURADO

**Presidente:** Velasco Guerrero, Juan Carlos. Doctor en Salud Pública

**Miembro:** Loayza Alarico, Manuel. Doctor en Salud Pública

**Miembro:** Huatuco Collantes, Zoel. Doctor en Medicina





A Dios,  
A mis padres,  
A mis hermanos,  
A mi sobrina-hija.

## AGRADECIMIENTOS

Al doctor Juan Enrique Mezzich, por ser guía en el conocimiento sobre Psiquiatría Folklórica y su generosa orientación e influencia para reafirmar mi decisión de ingresar al mundo de la medicina tradicional.

Al doctor Pedro Javier Navarrete Mejía, por el asesoramiento y revisión de mi tesis.

Al doctor Javier Esteban Saavedra Castillo, psiquiatra, por sus sugerencias en el tema de síndromes folklóricos y su apoyo en el desarrollo y revisión de mi tesis.

Al magister Horacio Benjamín Vargas Murga, psiquiatra, por su apoyo en el desarrollo y revisión de mi tesis.

# ÍNDICE

	Pág.
Asesor y jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Indice de Tablas	vi
Resumen	ix
Abstract	x
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	
1.1 Antecedentes de la investigación	13
1.2 Bases teóricas	21
1.3 Definición de términos	37
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGÍA</b>	
2.1 Tipos de investigación	41
2.2 Diseño de investigación	41
2.3 Población y muestra	41
2.4 Recolección de datos. Instrumento	44
2.5 Procesamiento de datos	45
2.6 Aspectos éticos	46
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b>	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN</b>	<b>107</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>119</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>120</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>126</b>
Instrumento de medición	

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos que presentaron o no algún síndrome folklórico del área urbana de la Región Lima 2012.	48
Tabla 2. Prevalencia de vida del Síndrome Folklórico en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	49
Tabla 3. Prevalencia de síntomas clínicos en adultos con algún síndrome folklórico del área urbana de la Región Lima 2012.	50
Tabla 4. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	52
Tabla 5. Regresión Logística de los síntomas clínicos según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	57
Tabla 6. Sistemas de salud a los que acuden los adultos con síndromes folklóricos del área urbana de la Región Lima 2012	58
Tabla 7. Sistemas agrupados de salud a los que acuden los adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	59
Tabla 8. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	61
Tabla 9. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012	62
Tabla 10. Predictores de búsqueda de atención en los sistemas agrupados de salud según los Síndromes Folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	68
Tabla 11. Adultos que recibieron atención en su misma localidad, según los Síndromes Folklóricos en los adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	69
Tabla 12. Métodos de diagnósticos, usados por la persona que atendió, según síndromes folklóricos, en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	70

	Pág.
Tabla 13. Tratamiento usado por la persona que atendió, según síndromes folklóricos, en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	72
Tabla 14. Porcentaje de adultos cuyo problema se resolvió con la intervención realizada, según síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	74
Tabla 15. Porcentaje de adultos cuyo caso se derivó al médico, según síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	75
Tabla 16. Razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o centro de salud, según Síndromes Folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.	76
Tabla 17. Características sociodemográficas de los adultos que presentaron o no síndrome folklórico del área rural de la Región Lima 2007.	78
Tabla 18. Prevalencia del Síndrome Folklórico en adultos del área rural de la Región de Lima 2007.	79
Tabla 19. Prevalencia de síntomas clínicos en adultos con algún síndrome folklórico del área rural de la Región de Lima 2007.	80
Tabla 20. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área rural de la Región de Lima 2007.	82
Tabla 21. Regresión Logística de los síntomas clínicos según los síndromes folklóricos en los adultos del área rural de la Región Lima 2007.	87
Tabla 22. Sistemas de salud a los que acuden los adultos con síndromes folklóricos del área rural de la Región Lima 2007.	88
Tabla 23. Sistemas agrupados de salud a los que acuden los adultos con síndromes folklóricos del área rural de la Región Lima 2007.	89
Tabla 24. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	91

	Pág.
Tabla 25. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	92
Tabla 26. Predictores de búsqueda de atención en los sistemas agrupados de salud según los Síndromes Folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	98
Tabla 27. Adultos que recibieron atención en su misma localidad, según síndromes folklóricos del área rural de la Región Lima 2007.	99
Tabla 28. Métodos diagnósticos usados por la persona que atendió, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	100
Tabla 29. Tratamiento usado por la persona que los atendió, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	102
Tabla 30. Porcentaje de adultos cuyo problema se resolvió con la intervención realizada, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	104
Tabla 31. Porcentaje de adultos cuyo caso se derivó al médico, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	105
Tabla 32. Razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o un centro de salud, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.	106

## RESUMEN

El objetivo del estudio analítico transversal fue identificar las características de los síndromes folklóricos en adultos de 18 años a más del área urbana y rural en la Región Lima, ambas poblaciones provenientes de bases secundarias. Se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión, según correspondía, el análisis bivariado para muestras complejas y el multivariado para las que fueron significativas en el bivariado. Se usó el SPSS versión 20. Se encontró que, ser mujer, nacer en Lima, tener edad entre 25 y 44 años, trabajar independiente, tener castellano como lengua materna, tener un tiempo de residencia entre 26 a 45 años, no ser pobres, en el área urbana, y ser pobres, en el área rural, son las características más frecuentes en adultos que presentaron síndromes folklóricos. El “susto”, fue el síndrome más frecuente, en el área urbana y rural. El dolor de cabeza, malestar general, decaimiento, desgano y cansancio, fueron los síntomas más prevalentes en ambas áreas. En el área urbana, el síndrome “daño” presentó mayor chance de tener pérdida de peso, el “susto”, miedo y fobias, el “mal de ojo”, náuseas, vómitos y diarrea, el “mal de aire”, dolor de hueso, el “chucaque”, dolor de cabeza, el “ataque de nervios” y “problemas de alcohol”, ansiedad, desesperación y angustia, mientras que el “mal del corazón/convulsiones” sueños intranquilos e insomnio. En el área rural, los síndromes “daño” y “mal de ojo”, decaimiento, desgano y cansancio, el “susto”, y “mal del corazón/convulsiones”, miedo y fobias, el “mal de aire”, náuseas, vómitos y diarrea, el “chucaque”, dolor de cabeza y, los síndromes “ataque de nervios” y “problemas de alcohol”, tristeza, pena y depresión. El sistema folklórico, es el más usado, destacándose la participación del curandero y el curioso. En conclusión, determinadas características sociodemográficas son más frecuentes en adultos que presentaron alguna vez en su vida algún síndrome folklórico. Los síndromes folklóricos presentan mayor probabilidad de presentar determinados síntomas clínicos. La población del estudio, reconoce e integra en el conocimiento popular a los síndromes folklóricos y, acude a diversos sistemas de salud cuando considera que adolece de una de ellas.

Palabras Clave: Síndrome folklórico, sistema de salud, adultos, Región de Lima.

## ABSTRACT

The aim of this cross-sectional study was to identify the clinical features of folk Syndromes among adults aged 18 years or over in urban and rural areas of Lima Region. This research was a secondary data analysis. In the analysis measures of central tendency and dispersion was used. In the bivariate analysis contingency tables and multivariate analysis for complex sample was used. The SPSS version 20 was used for the analysis. The following features were statistical significant associated with the folk syndromes: female, born in Lima, aged 25 - 44 years old, independent workers, speaking Spanish as first language, living in Lima between 26 to 45 years, not poor in urban areas, and poor in the rural area. being poor in the rural areas are the most common features in adults who presented folk syndromes. The “susto” was the most common folk syndrome in urban and rural areas. Headache, malaise, weakness, listlessness and fatigue were the most frequent clinical features in both areas. In the urban area, the “daño” syndrome had the greater odds of present lost weight, the “susto” syndrome had more odds of present fear and phobias, the “mal de ojo” syndrome had more odds of present nauseas, vomits, and diarrhea, the “mal de aire” syndrome had more odds of present bone pain, the “chucaque” syndrome had more odds of present headache, the “ataque de nervios” and “problems of alcohol syndromes” had more odds of present anxiety, despair, and anguish; while, “mal del corazon/convulsions” had more odds of present restless dreams and insomnia. In the rural area, “daño” and “mal de ojo” syndromes had greater odds of present decay, listlessness, and fatigue. “Susto” and “mal del Corazon/convulsions” syndromes had more odds of present fear and phobias. The “mal de aire” syndrome had more odds of present nauseas, vomits, and diarrhea. The “chucaque” syndrome had more odds of present headache, and “ataque de nervios” and “problems of alcohol” had more odds of present sadness, sorrow and depression. The Folk medical system healers (“curandero”) and “curiosos” were the most used. In conclusion, certain demographic characteristics are more common among adults with history of folk syndromes. The Folk syndromes were more likely to present a cluster of specific clinical features. The study population recognizes and integrates in their popular

knowledge the folk syndromes and goes to the alternative health systems when there is an absence of the formal medical care system.

Key words: Folk syndrome, health system, adults, Lima Region.



## INTRODUCCIÓN

Los Síndromes Folklóricos, conceptualizados como cuadros clínicos que la población reconoce como patológicos, asignándoles una denominación, etiología, intervención y pronóstico, y que cuenta con vigencia tradicional,<sup>1, 2</sup> se encuentran presentes como parte de la cultura de la población, en base a una visión mágico-religiosa. Estas manifestaciones sindrómicas se evidencian en diferentes regiones de Latinoamérica, desde tiempos inmemoriales, algunas con mayor prevalencia que otras, siendo las más conocidas en nuestro país, el “susto”, “daño”, “mal de ojo” “mal de aire o aire” y “chucaque”.<sup>3</sup>

Estudios en grandes poblaciones, indican que aún la mayoría de las personas, que cursa con diversas patologías, incluyendo a aquellos que manifiestan síndromes folklóricos, acuden y son intervenidos en sistemas alternativos de atención, denominados tradicionales o populares.<sup>4</sup>

Es a partir de los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental de Lima Rural 2007 y Lima Metropolitana-Callao 2012, del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, que se conoce, bajo la aplicación del cuestionario sobre síndromes culturales, las manifestaciones de los síndromes folklóricos en la Región Lima, formulándose una base de datos con información relevante, para la obtención de información que nos permita esclarecer interrogantes sobre las manifestaciones culturales, sus asociaciones clínicas, y su intervención desde la visión de la población en el área urbana y rural de Lima.<sup>5,6</sup>

Por tal motivo, el presente trabajo tuvo como objetivo identificar las características del síndrome folklórico en adultos del área urbana y rural en la Región de Lima, desde la descripción de sus factores sociodemográficos, su prevalencia, los síntomas clínicos relacionados con los síndromes folklóricos y la identificación de los sistemas de salud más usado por los adultos que presentaron alguna vez síndromes folklóricos y, así contribuir con el esclarecimiento, explicación y discusión de éstos síndromes, para aproximarnos hacia una salud intercultural y una atención médica inclusiva y acorde con la cultura existente.

En el Perú, se inicia en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en el año 2002, estudios epidemiológicos que concentran información nacional y que sirven de base para estudios a profundidad sobre causalidad, características, asociación, relación, entre otras, de las diversas variables que se aplican en las diferentes ciudades del Perú; sin embargo este esfuerzo, es aislado. Para el año 2003, Eduardo Bernal García, integrante del equipo de autores de estos estudios, incorpora un cuestionario con preguntas relacionadas con síndromes folklóricos. El cuestionario se elaboró en base a una revisión bibliográfica exhaustiva sobre investigaciones previas, aunque, casi todas estaban referidas solo a ámbitos locales o regionales. Dentro de los resultados de estas investigaciones, se encontró, en todas las regiones, que la descripción de los síndromes folklóricos presentaba ligeras diferencias, incluso con denominaciones diferentes. Se halló que los síntomas y signos descritos son inespecíficos y que reciben la misma denominación que los usados en el sistema médico. Estas manifestaciones pueden ser de tipo físico, psicológico o una combinación de ambos. Finalmente, los sistemas de atención utilizados por el poblador que aquejaba de un síndrome folklórico, variaban desde la búsqueda de un yerbero hasta la de un médico en un centro de salud.<sup>3</sup>

En la actualidad, el personal de salud está mostrando interés por la medicina tradicional y por el conocimiento de aquellos factores sociales y culturales asociados con la presentación de los síndromes folklóricos inherentes en la comunidad. Asimismo, investigar sobre este tema en la zona urbana y rural, conlleva a lograr articular los conocimientos del sistema de salud tradicional con la científica, observando si en el proceso de urbanización desaparecen o se atenúan las creencias sobre estos síndromes o, se incorporan modos de enfermar propios de la cultura a la que se accede.

Existiendo pocos estudios realizados en nuestro país sobre síndromes folklóricos, y por el gran impacto sobre nuestra población, es relevante su estudio, no solo para la extensión de cobertura de atención, incorporando a aquellos que ven en la medicina tradicional la intervención idónea para sus problemas; sino que, desde la perspectiva de los conjuntos sociales, se recupere y legitime la práctica tradicional como una práctica valorativa para el beneficio de la población.<sup>7</sup>

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Antecedentes de la investigación

Estudio de tipo cualitativo publicado el año 2014 en la ciudad de Ayacucho, en 50 especialistas tradicionales, además, de usuarios, entre profesionales de la salud y estudiantes universitarios de Antropología y Enfermería, sobre las concepciones ancestrales relacionados con salud-enfermedad, el significado de los sistemas simbólicos y rituales empleados en la medicina tradicional y, la situación y perspectiva actual de la medicina tradicional en ésta ciudad. Estudio etnográfico, con entrevista a profundidad tanto en castellano como quechua, historia de vida de los hampiq o especialistas tradicionales y grabación y fotografía de algunos procedimientos rituales de curación. Las conclusiones fueron, existencia de varios sistemas de salud que se comunican pero no siempre de manera armoniosa, la intervención es occidental y también tradicional andino, éste último con creencias y prácticas ancestrales. En la ciudad de Ayacucho, se encuentran más de medio centenar de especialistas tradicionales, reconocidos por los pobladores, por la eficacia de sus procedimientos y por el empleo de los recursos naturales. Asimismo, la medicina tradicional se mantuvo en la cultura popular, adecuándose, readaptándose y expresando elementos de origen occidental; sin embargo, los síndromes folklóricos o culturales solo pueden ser tratados por los especialistas tradicionales. La conducta y percepción sobre el proceso de enfermar y morir y, rechazo a lo tradicional por algunos profesionales de la salud, sumado a las dificultades de acceso a los establecimientos de salud, contribuyen a la permanencia y renacimiento de la medicina tradicional. Un aspecto relevante, en la ciudad de Ayacucho, fue la alta migración del campo a la ciudad, durante las décadas pasadas, posibilitando la continuidad de la medicina folklórica en centros urbanos. Finalmente, las políticas públicas en salud, incluso en educación, debieran adoptar una visión antropológica, ante la persistencia de este tipo de práctica.<sup>8</sup>

Estudio publicado el año 2012, con la aplicación de una encuesta poblacional en cuatro centros educativos para adultos, en la ciudad de Valencia, España; para explorar sobre expresiones de angustia, como “susto”, “nervios” y “ataque de nervios” y, la búsqueda de ayuda de profesionales sanitarios o no, en adultos españoles e hispanoamericanos residentes en España. Se entregó 370 encuestas para maestros y personal administrativo y 350 a los adultos asistentes en estos centros, con una tasa de respuesta de 95,6%. Los participantes hispanoamericanos procedían de Sudamérica, como Brasil, Ecuador, Argentina, Venezuela, Colombia, Paraguay y Perú, así como de México, Guatemala, Honduras y Puerto Rico. Se encontró que los hispanoamericanos reconocen, de manera significativa, en relación a los españoles, al “ataque de nervios”, “susto” y “nervios” como enfermedades de tipo físico y mental. De la misma forma, recomiendan, para “ataque de nervios” y “nervios”, acudir a una opción profesional, como psiquiatría o psicología, más frecuentemente que los residentes españoles, encontrándose significancia estadística. En relación, a recomendar una búsqueda de ayuda no médica, fueron los españoles, significativamente, quienes sugerían la participación de sacerdotes, familiares y amigos ante estos síndromes. Además, los hispanoamericanos, con corta estancia residencial en España, no mostraron mayor identificación con los 3 síndromes, respecto a los de mayor estadía. Asimismo, ser hispanoamericano y con menor nivel educativo se asoció con una mayor identificación ante el síndrome “susto”.<sup>9</sup>

Estudio publicado el año 2010, que comprende las ciudades de Cajamarca, Huaraz, Ayacucho y Puno, en el cual se planteó que los Síndrome Folklóricos como “susto”, “daño”, “mal de ojo”, “aire” y “chucaque” se encuentran vigentes en esas ciudades de la sierra peruana. Basado en el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” del año 2003 con una población de 4806 personas adultas, encontró una alta prevalencia de vida de “susto” en Ayacucho (31.5%) y Huaraz (28.6%), “aire” en Ayacucho (38.2%) y, “chucaque” en Cajamarca (46.5%); sin embargo, en relación a “daño” y “mal de ojo” las prevalencias fueron menores en las 4 ciudades. Halló relación significativa entre estos síndromes folklóricos con 3 síndromes psiquiátricos como los trastornos de ansiedad, el episodio depresivo e indicadores psicóticos. Así, el trastorno de ansiedad presentaba asociación con “daño” en Huaraz, Ayacucho y

Puno, con “susto” en Ayacucho y Puno, con “aire” y “chucaque” en Ayacucho, pero no se evidenció asociación con “mal de ojo” en ninguna ciudad. El Episodio depresivo se asoció con “daño” y “susto” solo en Puno. Los indicadores psicóticos, se asociaron significativamente con “daño”, “susto” y “aire” en Cajamarca, Huaraz y Ayacucho. “Aire” también tuvo asociación en Puno; mientras que “chucaque” solo en Huaraz. No se encontró asociación entre “mal de ojo” e indicadores psicóticos. Además, la población de estudio acude a más de un sistema de salud y cada sanador folklórico utiliza diferentes tipos de intervención, según el síndrome folklórico. Así, el brujo y curandero, interviene en “daño”, “susto” y “mal de ojo”, santiguador en “susto” y “mal de ojo” y, curioso en “susto”, “mal de ojo” y otros males físicos.<sup>3</sup>

En el mismo año, se publicó otro estudio, en el cual se consideraron las ciudades de Iquitos, Bagua, Tarapoto, Pucallpa y Puerto Maldonado, encontrando que “daño” presentaba la prevalencia de vida más alta en Pucallpa (15.5%) e Iquitos (13.3%), “susto” en Bagua (21.9%), “aire” en Puerto Maldonado (25.1%), “chucaque” en Bagua (53.3%); al contrario, “mal de ojo” presentó la prevalencia más bajas en las 5 ciudades. Se describió que para determinado síndrome folklórico correspondía un tipo específico de sanador. Sobre la relación de los síndromes folklóricos con los síndromes psiquiátricos, se halló que el trastorno de ansiedad presentaba relación con “daño”, en las ciudades de Iquitos, Bagua, Pucallpa y Puerto Maldonado, “susto” en Tarapoto, Pucallpa y Puerto Maldonado, “chucaque” en las cuatro ciudades con excepción de Pucallpa, “mal de ojo u ojeo” en Bagua y Pucallpa, y “aire” solo en Tarapoto y Puerto Maldonado. En el caso de Episodio depresivo, tuvo asociación con “daño” en todas las ciudades del estudio, mientras que con “susto”, en Tarapoto y Pucallpa, con “aire” en Puerto Maldonado, con “chucaque” en Bagua, Tarapoto y Pucallpa; sin embargo, con “mal de ojo” no tuvo asociación. Finalmente, para los indicadores psicóticos, se encontró asociación con “daño” en cuatro ciudades con excepción de Bagua, con “susto” en Tarapoto, con “mal de ojo” en Pucallpa y con “aire” en Puerto Maldonado; contrariamente, no se encontró asociación estadísticamente significativa con “chucaque”. Se concluyó, además, que en la selva, la población recurre a diversos sistemas de atención, incluyendo a los sanadores tradicionales.<sup>10</sup>

Estudio de tipo cualitativo realizado entre el 2008 a septiembre del 2009, tuvo como objetivo la descripción de cuatro síndromes culturales prevalentes en Chile, “susto”, “mal”, “corriente de aire” y “sobrepardo” y la manera afronte de las personas involucradas. Se elaboró un instrumento con escala tipo Likert que se aplicó a 117 profesionales de instituciones de salud del nivel primario de atención sobre la actitud hacia la atención de personas que consultaban por síndromes culturales. Posteriormente, se realizó entrevistas semiestructuradas a profundidad a 3 grupos de personas: El primero, compuesto por 50 personas que manifestaban padecer o haber padecido al menos de un síndrome cultural, el segundo, compuesto por 23 profesionales asistenciales y, el tercero, 9 sanadores tradicionales. Se encontró que el 44.8% de los 117 profesionales desconocían sobre síntomas y efectos de los síndromes culturales; sin embargo, el 58.3% habían atendido a personas que manifestaban patologías no biomédicas y el 78.3% fueron informados por sus pacientes que relacionaban su patología con síndromes culturales y, solo el 23.1% negaban la existencia de los síndromes culturales por su formación científica. Finalmente, el 80.2% de los profesionales consideraron que no requieren estar capacitados para tratar síndromes culturales; mientras que, el 25% mencionaron ser imposible complementarse con el accionar de los sanadores tradicionales. En contraparte, el 92.3% refirió que pueden tratar síndromes culturales asociando terapéutica médica con terapia tradicional, pues el 85.2% de ellos manifestó que los pacientes suelen recurrir a tratamientos alternativos. Para esta parte del estudio, se concluyó que los profesionales de la salud no saben reconocer síndromes culturales, debido a no encontrarse en el modelo biomédico; sin embargo, consideran la posibilidad de complementarse con los sanadores tradicionales, por lo que se requiere acciones de sensibilización y capacitación para el abordaje transcultural. En relación a la segunda parte del estudio, “mal” es un síndrome muy distribuido en la zona urbana y rural de Chile que afecta a adultos hombres y mujeres y a toda clase social de los 50 pacientes, refiriendo, 16 de ellos, presentarlo o haberlo sufrido; mientras que 4 decían haberlo tenido indirectamente. Todos pertenecían a la zona rural, siendo sus manifestaciones, sensación de desesperanza, depresión o angustia, con descuido de sus actividades diarias con sensación a “olor a mal”, otras manifestaciones fueron: sensación de opresión o sofocación al dormir,

dolores de pecho o cabeza, vómitos y diarreas, entre otras. Sin embargo, los síntomas presentados varían en cada persona. Suele existir involucramiento de la familia, incluso “muerte de animales” y “compromiso de los bienes”. Este síndrome es causado principalmente por ser objeto de envidia, al destacarse, ser extrovertido, por tener amigos, familia unida y trabajadora y bienes. Los que lo padecieron manifestaron identificar el momento exacto en el que recibieron el mal y la forma como les fue enviado, siendo a través de un alimento, o una bebida, objeto personal o corriente de aire maligna, los más destacados. Pero cabe destacar, que además de la identificación de la adquisición del mal, otra manera de diagnosticar es tomando el pulso y la lectura del naipe español. En relación al funcionario de salud, observó que aquellos que se consideran víctimas del “mal” antes de llegar a ellos, han recurrido a varias formas de atención tradicional, encontrándoseles en varios casos, patología mental como esquizofrenia, depresión, etc. otros llegaron a presentar patología físicas medicas reales. Los modelos de prevención fueron, no sacarse fotos ni entregarlos a desconocidos, no dejar ropa sobre todo interior fuera de la casa, ni regalar ropa ni zapatos, usar ruda o buscar protección con un brujo. Sobre el tratamiento, el sanador tiene un perfil necesario para actuar. No se encontró diferencia sustancial entre la definición de sanadores, brujos y hechiceros. El “susto”, denominado también, “espanto” o “pesar”, se encuentra ampliamente distribuido en Chile, básicamente en la población infantil, con causales naturales y sobrenaturales, asociándose a factores emocionales con experiencias que indujeron al temor o miedo. De los entrevistados, 16 manifestaron haberlo presentado cuando fueron niños o como adultos jóvenes y, no evidenciaron como etiología la “pérdida del alma” cuando presentaron “susto”, pero si lo manifestaron como un síntoma. Dentro de las causas se encontró, hechos imprevistos o accidentales, sufrimiento de vida y fenómenos anormales o sobrenaturales. Sobre los síntomas y signos se encontró síntomas físicos compuestos por acalambramiento de cuerpo, úlcera gástrica, alopecia, parálisis de piernas, brazos o facial, sensaciones precordiales y, ataques tipo epiléptico con pérdida de conciencia y, síntomas psicológicos como llanto recurrente, alteraciones del sueño, tristeza, inapetencia, “los nervios”, la pérdida de memoria, miedo, conducta de evitación, temor a lugares, visión de espíritus y alucinaciones auditivas. Los sanadores lo reconocen con la toma de pulso, encontrándolo acelerado o, con la observación de las vísceras de animales,

importante mencionar que es la entrevista del paciente lo que todo sanador tradicional requiere. Dentro de los síntomas psicológicos, fue el llanto recurrente, alteración del sueño, tristeza, inapetencia, “los nervios”, pérdida de memoria, conductas de evitación o ver espíritus o sombras, los más frecuentes. No evidenciaron alguna intervención para prevenir el “susto”. El tratamiento denominado “Kutipe” o “Kutupelle” se basa en llamar al alma perdida, pudiendo utilizar remedios en base a hierbas. La “Corriente de aire”, tuvo como causa frecuente el desequilibrio de temperaturas, como corrientes de la tierra; pero también originada por causas sobrenaturales, como horribles criaturas que no soportan ser observados, incluso por emociones sufridas. Llega afectar tanto adultos como a niños, además de animales. Fueron 6 las personas que manifestaron haberlo presentado, señalando la presencia de: parálisis facial, tullimiento de miembros del cuerpo, dolores de cabeza, debilidad en el cuerpo, decaimiento, pérdida temporal de memoria, angustia, preocupación, debilidad de corazón, dolores de oídos, náuseas, vómitos, mareos enrojecimiento y/o lagrimeo de ojos y fiebre. Para prevenirlo, se recomendó evitar cambios bruscos de temperatura, básicamente pasar de calor al frío, evitar comer alimentos que han sido expuestos al aire y llevar objetos de metal o ajo. El tratamiento en base a frotaciones, baños, “el curanteado”, los parches, las hierbas para tomar y el uso de la barra de azufre. La investigación, concluyó, con la importancia de hacer visible los síndromes culturales, la utilización de un lenguaje sencillo para su intervención y la necesidad de articular los conocimientos para el bienestar y sanación de los pacientes. Los síndromes culturales son una manera distinta de enfocar la realidad.<sup>11</sup>

Estudio publicado el año 2007 realizado en Guatemala sobre las manifestaciones clínicas del susto o “Xib’rikil”, síndrome que se presenta ante una situación amenazante, de miedo como lo vivido en la época de la violencia” o, ante chismes, calumnias, acusaciones, envidia y persecución. Las expresiones físicas y psíquicas del “Xib’rikil” fueron variadas, siendo dentro de las físicas, la gastritis, cólicos biliares, vómitos, náuseas, vértigo, inapetencia, dolores articulares, dolor de cabeza, parálisis facial, epilepsia y, dentro de las psicológicas; sentimiento de culpa, ataques de pánico, insomnio, alucinaciones auditivas, desorientación, amnesia leve, delirio de persecución, inseguridad, baja autoestima, entre otras

manifestaciones. El tratamiento que se utilizó para este síndrome se basó en aquellos productos de origen vegetal, mineral (carbón de roble, resina de pino, piedras blancas o “saq choq” y animal (carne, grasa de coyote, zorro, tacuacín). El ritual, fue parte de la intervención, consistiendo en recuperar el “jaleb” o alma, pudiendo materializarse en animales, y reintroducirlo en el cuerpo de la persona que lo perdió, específicamente en la “boca del estómago”. Si la pérdida era del “naval”, otra entidad anímica del cuerpo, la presencia de la muerte era inevitable.<sup>12</sup>

En el estudio realizado en el año 2006 en las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica, Arequipa, Tacna y Tumbes sobre síndromes socioculturales y salud mental, encontraron que “chucaque” (39.8%) fue la más prevalente, seguido de “susto” (17.7%), “mal de aire” (13.3), “mal de ojo” (11.9%) y “daño” (7%). Asimismo, los síntomas psicológicos (tristeza y angustia) encontrados en estos síndromes folklóricos, fueron atendidos principalmente por el sistema popular (52.6%), seguido por el sistema médico (40%). De la misma manera, los síntomas folklóricos (amarres, mala suerte, entre otros) fueron atendidos por el sistema popular (81%); mientras que el sistema folklórico solo atendió al 7% de los que manifestaron presentarlos. Sin embargo, los síntomas psicológicos-folklóricos (“ataque de nervios”, “ataque-mal del corazón”, entre otros) fueron atendidos básicamente por el sistema médico (43.6%) y el sistema popular (43.7%).<sup>13</sup>

Estudio publicado el año 2003 sobre trastornos afectivos en la población boliviana desde una visión transcultural, basado en estudios comparativos desde 1968, en el que se menciona que la diversidad cultural de Bolivia genera en sus pobladores gran vínculo con la cosmovisión andina. Se realizó una clasificación de los trastornos afectivos según procedencia, concepciones e influencias de la dinámica social en la conducta de la población, señalando la existencia de 4 síndromes: 1° Síndromes afectivos de influencia mítica o “enfermedades étnicas o míticas”, que se presentan en campesinos de zonas rurales y en aquellos urbanizados, como el “susto” caracterizado por el “secuestro del alma” por “espíritus malignos antropomorfizados”, el asustado presenta desfallecimiento corporal acompañado de quejas físicas y sensación de desvitalización. Presenta varias formas y grados de manifestaciones, desde las leves o “manchriska” hasta

las graves o “animu karkhuska” o “alma espantada” que colinda con la muerte. La “colerina” es una intensa reacción emocional de rabia o enojo ocasionada por disgustos, desentendimientos, o cuando las cosas no salen como se espera, se asocia a perturbaciones de las funciones hepato-biliares o digestivas, como vómitos biliosos y cólicos. La “pena” o “tristeza” es la más generalizada, cuyas manifestaciones dependen de la zona, así en el occidente de Bolivia, se llora más fácilmente. La “pena” se puede clasificar de acuerdo a las causas, denominándose “amartelo” cuando es provocado en los hijos por el abandono de los padres, “songo nanay purinshan” por pesadumbre profunda acompañado de ideas suicidas, “phustisga” por desastres económicos y, “khasgo nanay” por frustraciones amorosas.

2° Síndromes afectivos de influencia hispánica, conocidos desde los tiempos hispánicos, se presenta tanto en población urbana como rural de habla castellano, como los mineros indígenas, manifestando depresión y melancolía, somatizaciones y trastornos funcionales orgánicos. Tenemos el “amartelo” o “amor frustrado” reacción anormal de pena y tristeza asociándose ansiedad y con mayor evidencia en la mujer por su llanto. La “tiricia”, en la que se presenta con pérdida del ánimo por la pérdida de un ser querido o progenitores en el caso de lactantes, primera infancia, y adultos, o por el distanciamiento del terruño en el caso de los inmigrantes o cimarrones. La “congestión” que se presenta en la población blanco-mestiza del oriente y que manifiesta con reacciones de enojos o encolerizamiento.

3° Síndromes afectivos de transición, son aquellos resultantes del encuentro entre culturas diferentes, éstas proceden de las transculturaciones ante una población con grandes migraciones hacia las ciudades. Se manifiestan con “susto-tristeza” y “colerina-tristeza”, teniendo en la zona urbana y en la zona rural manifestaciones distintas ante una depresión. Así, los “desanimados” o “faltos de ánimos” y el “síndrome cultural afectivo-delirante”, formaron parte de un proceso de aculturación, especialmente por condiciones mítica-cristiana, manifestándose con trastornos oscilatorios de la conciencia y de los impulsos con estupor, excitación psicomotora, desorientación, perplejidad, estados de trance y confuso-oníricos, ideas delirantes, insomnio, anorexia, estados de ánimos cambiantes y alucinaciones.

4° Síndromes por desarraigamientos, se presentan según el tipo de migrante, siendo el inmigrante cambas o mestizos de los llanos orientales de Bolivia, los que presentaron “tricia del inmigrante”, con manifestaciones de tipo

depresivas. En los aborígenes orientales, se presentó el “síndrome afectivo delirante” ante el contacto con la cultura occidental. En inmigrantes andinos, se observó el “amartelo” ante la separación de su lugar de origen y, finalmente, en inmigrantes zafrenos quechua-aymaras, el “síndrome delirante místico”, que se presenta luego de retornar a su zona de origen. El autor concluyó que existen diferencias regionales, tanto en la zona andina y de los llanos bolivianos, en la presentación de trastornos afectivos.<sup>14</sup>

Estudio publicado el año 1989, en el cual se investigó sobre la delimitación nosográfica de las manifestaciones psiquiátricas, su sintomatología, y etimología y las preferencias para el tratamiento. Encontraron que el síndrome folklórico “nervios” se manifiesta con insomnio, inquietud, mal carácter, tristeza, adelgazamiento, hiporexia y cansancio; mientras que la “locura”, se asoció con comportamientos incomprensibles, agresividad, llanto, etc. Así mismo, un 19 a 36% de los encuestados, las causas que generaron la enfermedad mental que padecían fueron producto del “daño o brujería”, “la voluntad o el castigo de Dios”, “enfriamiento”, “falta de higiene y limpieza” y “la envidia que otros le tienen”.<sup>15</sup>

Estudio publicado el año 1983, cuyo objetivo fue evaluar la supervivencia de un grupo de pacientes con auto o hetero diagnóstico de “susto” y un grupo control, conformado por personas que tenían otras patologías, encontraron que, luego de 7 años, existía una fuerte relación predictiva entre la gravedad y la mortalidad temprana entre los que presentaban “susto” de los que no, con una tasa de mortalidad del 17%,(47) y con un índice de gravedad de 7.42 ( $p < 0.05$ ); mientras que no hubieron muertes entre los 48 controles. Concluyeron, que el “susto”, considerado como un síndrome asociado a síntomas inducidos emocionalmente, no sea ya visto solo de esta manera, pues podría tratarse del resultado de una o varias enfermedades físicas con tipos y grados distintos de influencia en personas susceptibles a ella.<sup>16</sup>

## 1.2. Bases Teóricas

En el Perú, los síndromes folklóricos nos acompañan cotidianamente en la práctica asistencial; sin embargo, la formación académica aún sigue siendo

insuficiente para abordar dicha condición. Pese a esto, la presencia de los síndromes folklóricos, son tan reales como cualquier otro síndrome que se haya aprendido en la medicina académica.<sup>17</sup>

La inclusión de la medicina tradicional a la medicina academicista encontró gran resistencia, a pesar de haberse planteado en los principios de la Declaración de Alma Ata en 1978. Sin embargo, un año después, se celebró el primer congreso de medicina tradicional en nuestro país, cuyos propulsores, Fernando Cabieses y Carlos A. Seguí, realizaron esfuerzos denodados en su planteamiento. Seguí, sugirió la incorporación del curanderismo en las instituciones modernas, reconociendo el valor de la psicoterapia del curandero en el manejo de los problemas comunales y sociales; mientras que, Fernando Cabieses, fue el primero en dirigir el Instituto Nacional de Medicina Tradicional, quien incluyó el cultivo de plantas medicinales, la participación de parteras en el programa de salud materno-infantil y la investigación sobre medicina tradicional. Estos fueron los primeros pasos en lograr una actividad asistencial relacionada a las costumbres de las comunidades y a la disminución de las barreras culturales, con el compromiso de obtener un médico sensibilizado sobre síndromes folklóricos y los recursos de la comunidad, ingresando, en la búsqueda de un afronte asertivo, en la esencia misma de estos síndromes y manteniendo una alianza con los curanderos.<sup>18</sup>

Aunque estuvieron inicialmente confinados a la población indígena, los síndromes folklóricos, actualmente están ampliamente difundidos en la población mestiza, pero su naturaleza continúa basándose en una cosmovisión precolombina con matices de la cultura occidental.<sup>17</sup>

Ha habido poco esfuerzos en clasificar los síndromes folklóricos en el Perú; sin embargo, se observa entre los más destacados, a Hermilio Valdizán, quien ordena los síndromes de la medicina tradicional según: en atención a su importancia, a su esencia anímica, psíquica y la etiología. Sergio Zapata, sistematiza los síndromes psiquiátricos-culturales, en base a 3 aspectos: la ubicación del conflicto patogénico, la expresión del conflicto y la integración mayor o menor en cada cultura. César Ozejo, clasifica los síndromes médicos folklóricos

y tradicionales en 4: Síndromes mítico-totémicos o folklórico-primitivos, relacionados con la naturaleza, en donde el hombre no tiene control y, se manifiesta ante hechos no explicables con asombro y curiosidad, encontrándose, el síndrome del Puquiusqa u Onqoy puquio (puquio= manatí), síndrome del Illapasqa (Illapa=rayo), síndrome del Pachawaspi (Waspi=emanación). Síndromes mágico religiosos, telúricos o anímico culturales, relacionados a un mayor desarrollo cultural, en el cual la religión y la magia tienen gran impacto en el hombre. Los cuadros psicósomáticos o psiquiátricos que se encuentran mayormente arraigados en pueblos de mediano desarrollo agropecuario, tenemos, el síndrome del Jani, Mancharisqa, Japisqa o Susto, síndrome de Llaqui o tristeza, síndrome del Qaiaaska o “del espíritu de los muertos”, síndrome de Uriwa, Yagua o Mipa (Uriwa=copia o parecido) y síndrome de Chirapasqa (Chirapa=arco iris). Síndromes Psico-sociales o Folklórico-modernos, con antecedentes en el periodo precolombinos; pero desarrollándose en la época de la conquista, con gran auge en la república, periodo en que las diferencias sociales se presentaban marcadamente, y la percepción de “brujos maleros” era común. El síndrome de Daño o Laykasqa, síndrome del Ojeo o Mal de Ojo, síndrome del Desgaste, despojo y del perjuicio, síndrome del Irijua o Celo Infantil, síndrome del Antojo o Taushi-nani, Síndromes del Chucaque, Colerina y Pulsario y síndromes equivalentes de psicósomático de desadaptación. Finalmente, Síndromes Epidémicos y Topológicos Modernos, cuya vigencia está relacionada a las zonas urbanizadas, convirtiéndose en la expresión popular de determinadas enfermedades. Con componentes racionales y mágicos para su intervención. Tenemos, el Chucchu, paludismo o malaria, Sirki o verruga peruana o Bartonelosis, Uta y Espundia o leishmaniasis, Chavalongo, Tabardillo o tífus exantemático, Mishicharango o Acarosis, Ccara o Dermatopatías Discromicas o Pelagroides, Costado o Neumopatías agudas y subagudas, y Purgación o gonorrea. <sup>19</sup>

Para un sanador la idea misma de un síndrome folklórico es extraña; observando la enfermedad tradicional como parte de una dolencia física y espiritual. Individualizar la situación patológica y la búsqueda de lo diferente, para él, es lo natural, aun cuando las características sean semejantes a las de otros casos;

condición contraria para la medicina académica, que lo deseable es la homogenización.<sup>17</sup>

Los síndromes folklóricos, ampliamente presentes en diversas culturas, se encuentran asociados con trastornos psiquiátricos, como los de estados de ánimo y la ansiedad e, incluso, recientemente relacionados, como expresiones de angustia, frase usada para indicar vivencias o experiencias negativas.<sup>9, 20, 21.</sup>

En México, la psiquiatría cultural se ha desarrollado de manera notable, existiendo varios autores, entre médicos y antropólogos, quienes realizaron diversos estudios sobre la etnopsiquiatría mexicana. Gonzalo Aguirre, en su obra "Medicina y Magia. El Proceso de aculturación en la estructura colonial", encuentra que en determinadas zonas como el Alto Balsas, la clasificación de los Síndromes Folklóricos, obedece al esquema frío-calor, cuyo tratamiento es aplicar sustancias con propiedades opuestas. También los clasificó como aquellos que son enviados por Dios, como los denominados "naturales", cuya intervención es médica y, las enviadas por el Diablo, a través de la brujería, como las "domésticas" en el que es necesario los rituales. Así, tenemos 1° Al "susto" o "espanto", conocido desde la época pre-hispánica como "tetonalcahualiztli", es uno de los síndromes más frecuentes, en el cual existe la pérdida del "tonalli" cursa con desesperanza, fiebre, mialgias y artralgias, tristeza, pesadillas, hiporexia o anorexia, abulia, palidez, pesadez, disgusto e inquietud. Sobre su tratamiento, debe ser lo más pronto posible, a través de la "regada", realizándose a la misma hora en que la persona se enfermó, caso contrario puede desencadenar en diabetes. 2° El "coacihuiztli", es la materialización de los malos pensamientos, personas envidiosas que transmiten esta enfermedad, si lo hacen a un número grande de personas se pueden incluso morir. Algunas personas logran percibirlo como flama que flota en el aire. La persona se siente desesperado, con anorexia, dolor de huesos, mialgias y artralgias, problemas respiratorios, inflamación generalizada, eczema, insomnio, disuria e incapacidad deambulatoria hasta enloquecer. Se interviene masajeando la saliva del curandero. 3° El "mal de ojo", síndrome de probable origen europeo, aunque de manifestación prehispánica. Ésta es causada por los "ixhicauhque", aquellos que tienen la mirada pesada. Pueden existir 2 tipos el "Tlaixuihli" o "mal de ojo" de niños, quienes presentan llanto, secreciones purulentas en los ojos, mialgias y fiebre, por

el calentamiento de la sangre y, el “ixtencualolixtli” o “mal de ojo” de los adultos, a éstos los ojos se enrojecen con gran secreción de tipo purulentas. 4° La “Tlayocoya” o “tristeza” o “duelo”, que se adquiere al perder a un ser querido, cursa con dolores difusos, cólicos, hematemesis y muerte. El tratamiento es a base de sávila.<sup>22</sup>

En Honduras, Américo Reyes, denomina Psiquiatría folclórica como aquella que “se encarga de estudiar las expresiones populares y típicas de la psiquiatría en las diferentes regiones”, cuyos componentes no se exceptúan de las manifestaciones mágico-religiosas. Él manifiesta en su publicación “Algunos aspectos de la Psiquiatría Folklórica Hondureña”, que la actividad médica científica se suele ejercer en las zonas urbanas; mientras que en los poblados alejados es el curandero, persona respetada y de prestigio, quien ejerce su capacidad y comprensión de las tradiciones en beneficio de la comunidad. Existe una vasta flora para intervenir en las enfermedades psiquiátricas. Así, el curandero también conocido como “inteligente”, “parchero” o “entendido” es capaz de curar: pero si logra hacerlo con maleficios se le denomina “sukia”. Allí existe la expresión “caída del semejante”, cuando una persona es temerosa y para recuperar su estado de salud se hace un rezo. El “flato”, se presenta, cuando una persona que luego del un susto presenta palidez, miedo, tristeza, intranquilidad, llanto, palpitations precordiales y epigástricas, insomnio y falta de apetito. El “des Ángel Amiento”, similar al “flato”, pero producida por una lechuza que sobrevuela al enfermo. El “Sipe” o “Sipi”, se refiere al estado de un niño cuyo hermano acaba de nacer, tornándose triste, delgado, pálido y de poco apetito, “El mal” que se refiere a la crisis convulsiva, se interpreta como posesión demoníaca y que logra curarse al casarse, “La Locura”, término otorgado al paciente psicótico. “La luna y las enfermedades psiquiátricas”, es una expresión, en la cual, desencadena o agrava la epilepsia, la psicosis y la ansiedad.<sup>23</sup>

En Guatemala, la creencia sobre patologías de origen sobrenatural o mágica es frecuente y, muy relacionada a la cultura, conociéndose como “enfermedad cultural” al “mal de ojo”, “susto”, “nervios”, “caída de mollera”, “aires o malos vientos”, entre otros. Patologías que no pueden ser traducidas a la clasificación occidental, sea por la concepción de su origen o por las manifestaciones clínicas,

algunas muy disímiles a la medicina convencional. Para el médico guatemalteco de tendencia occidental, la representación de la patología por parte del paciente es válida; sin embargo, no toma trascendencia conocer sobre la cultura del paciente para la eficacia de la intervención; aunque en los últimos años, existe un crecimiento sobre identidad y el énfasis en las enfermedades tradicionales y en el prestigio de los curanderos, también conocidos como “guías espirituales” o “sacerdotes maya”. Por debajo del estatus de los curanderos se encuentran las comadronas y los “compone huesos”. Un aspecto importante es el concepto que las “enfermedades culturales”, deben ser curadas solo por curanderos, de no ser así, el paciente podría agravar, incluso morir.<sup>24</sup>

#### Síndromes Folkloricos:

Carlos A. Seguí, en su obra “Psiquiatría Folklorica. Introducción a la Psiquiatría Folklorica”, menciona que la palabra Folklore, acuñada en 1846, deriva etimológicamente de 2 vocablos ingleses, folk o “*pueblo*”, que posee un carácter sociológico, significa, “una capa de la sociedad con características particulares y con un contenido cultural diferente” y, de la palabra lore o “*enseñar*”, que se define “conjunto de conocimientos que existe en relación con algo”, tradicionalmente relacionado con el saber.<sup>25,26</sup>

La Guía Latinoamericana de diagnóstico Psiquiátrica, en su versión revisada, (GLADP-VR), indica que varios autores como Frisancho, Seguí y Valdivia, entre otros, proponen el termino de Síndromes Folkloricos, a estas manifestaciones, debido al anonimato de estos síndromes, por ser de uso popular, de trasmisión familiar, variables en espacio y tiempo, funcionales en la sociedad, incluso sus manifestaciones clínicas son inespecíficas pudiendo presentarse en simultáneo en un síndrome y en otro.<sup>27</sup>

Seguí, denominó Psiquiatría Folklorica, al estudio de las creencias y las prácticas que se refiere a los cuadros psiquiátricos y su tratamiento, mantenidas por tradición popular; aparte y en contra de lo aceptado por la cultura dominante en el medio en el que se presentan. El Chaman, el “convencido” sincero curador o practicante de la medicina tradicional peruana es el verdadero representante de la

Psiquiatría Folklórica. Él divide en 2 tipos a los síndromes folklóricos, “las enfermedades de Dios” y “las enfermedades de daño”. Las primeras son males “naturales”, producidas por factores no mágicos comprensibles por la influencia de las fuerzas de la naturaleza. Las “enfermedades de daño” son, por el contrario, siempre de origen sobrenatural y, atribuido a distintos elementos, de acuerdo con variables sociológicas.<sup>26</sup> Por tanto, fue Seguí, uno de los máximos exponentes y decidido investigador sobre Psiquiatría Folklórica, actualmente incorporada a la Psiquiatría Cultural.<sup>28</sup>

La expresión de la Psiquiatría Folklórica, en América Latina, es variada, según país, región y comunidad, si bien pueden presentar elementos comunes, también presentan diferencias notables.<sup>5</sup> Se observa la influencia europea, la indígena, la africana, entre otras, dejando su impronta en la psiquiatría folklórica local, siendo en algunas zonas mayores la influencia de una cultura determinada y en otras menor.<sup>23</sup> Se denomina Psiquiatría Folklórica, como aquella que, basada en la tradición popular, estudia las ideas, creencias y prácticas que sostienen cuadros psiquiátricos y su tratamiento en situación contraria o alejada de la cultura dominante.<sup>24</sup>

Algunos síndromes folklóricos latinoamericanos más conocidos son: “Nervios” en Latinoamérica, norte de Europa, Grecia y Egipto, “Ataque de nervios” en Puerto Rico, “Susto” y “espanto” en Latinoamérica, “El Bla” en Miskitos de Honduras y Nicaragua, “Bilis” en México y Colombia, “Colerina” en Yucatan, “Mal de Ojo” en Latinoamérica, “Muina” en México, “Síndrome de la Nevada” en Perú, “Atontado” en México y “Brujería” en Latinoamérica.<sup>29</sup>

En el Perú, los síndromes folklóricos como el “susto”, “daño”, “mal de ojo” “mal de aire o aire” y “chucaque” son expresiones populares basadas en la visión mágico-religiosa y que básicamente han sido estudiados desde una visión academista. El “susto” ocupa el primer lugar en la sierra tanto en estudio como en sistematización de sus manifestaciones clínicas. Mientras que en la costa y selva el “daño” es el síndrome más conocido. Los síntomas y signos de los síndromes folklóricos descritos son inespecíficos y expresados con la misma terminología que se aplica para los del sistema médico. Sin embargo, la población, para resolver sus

problemas de salud, acude a más de un sistema de atención, pudiendo ser este de tipo médico, folklórico, popular, mientras que un grupo no llegó a utilizar ningún sistema.<sup>3</sup>

Las diferencias en las manifestaciones clínicas de los síndromes folklóricos, en nuestro país, se presentan según región, por ser de la costa, de la sierra o la selva, incluso por la latitud, si son del norte, centro o sur, o si están cerca o lejos de la zona urbana. Esto debido a que se desarrollaron diversidad de culturas dentro de la cultura andina, desde sus orígenes y, en toda su extensión, como por ejemplo los quechuas en el norte o los aymaras en el sur.<sup>26</sup>

### El Susto

El “susto” o “Jani” o, según Javier Mariátegui, debiera denominarse “Síndrome de Sal y Rosas” por la nosografía realizada por Sal y Rosas y su aporte a la psiquiatría transcultural peruana, es un síndrome de fenomenología estructural de nuestro país, y más, específicamente, quechua, con un curso subagudo o crónico. Se relaciona con la pérdida o “robo” del alma por la tierra, ligada a una fuerte impresión, una caída o conmoción similar.<sup>30</sup> Es un síndrome de amplia distribución mundial, sobre todo en Hispanoamérica, con una prevalencia de 5 a 10% en áreas endémicas.<sup>31, 32</sup> El “susto” se presenta más frecuentemente en la niñez y la adolescencia y excepcionalmente en la tercera edad.<sup>30</sup> Se expresa con palidez, adelgazamiento, mengua notoria de la energía, actitud de negligencia e indiferencia. Puede llegar descuidar su aliño personal, presentar inapetencia y sed. A nivel mental, está presente el miedo y la tensión, ligero estupor y un cuadro de pantofobia. Puede reaccionar con crisis de terror, hiperactividad psicomotriz especialmente nocturna con sueño ligero y sobresaltos en la noche. En los niños hay un predominio de aprensión o angustia, mientras que en los adultos, la depresión. En caso más grave puede culminar con la muerte del paciente.<sup>30</sup> Por tanto, el susto puede definirse como “el miedo”, pero un miedo probablemente originado, según señala Rubel, por aquella vergüenza del no cumplimiento de expectativas de roles culturales.<sup>31</sup> El curandero participa en una ceremonia con invocaciones y creencias conexas con el mundo andino.<sup>30</sup> La temática del ritual

es poder recuperar el alma perdida y reincorporarla al cuerpo buscando su equilibrio corporal y espiritual.<sup>33</sup>

### El Daño

El “daño” es una forma mágica de acción sobre la salud, que presenta diversas formas y causado por diversas influencias. El “daño” proviene de “efecto de dañar”, y dañar significa “causar perjuicio, dolor o molestia”,<sup>6</sup> y este puede ser hecho “por la boca”, cuando se ingiere una sustancia que produce nefastos resultados, o “por el aire”, causado por inhalación, o por los elementos de la naturaleza que genera “robo del alma”. La noción de “daño” se ha transferido a otras influencias mágicas como hecho a través de muñecos o prendas de vestir de la víctima. Para Carlos A. Segúin, la influencia de los factores sociales y geográficos sobre los síndromes folklóricos, tienen un efecto relevante, pasando en las ciudades a un segundo plano, la naturaleza como fuente de daño, siendo el hombre el causante principal; sin embargo, las manifestaciones de los síntomas son los mismos.<sup>26</sup> El “daño” presenta un curso crónico con etiologías relacionadas a la mala suerte, la envidia, el fracaso y la pérdida del prestigio, teniendo manifestaciones físicas y psicológicas inespecíficas, como enfermedades digestivas (dolor de estómago, diarrea, vómitos y falta de apetito), dolores de cabeza, fiebre, pérdida de peso, dolores musculares y óseos, infecciones, inflamación, pérdida temporal de la vista, debilidad, cansancio, somnolencia, miedo, palidez, angustia, mareos y alucinaciones.<sup>27</sup>

### El Mal de Ojo

El “mal de ojo”, es un síndrome que aunque difundido en el mundo, sus manifestaciones son propias de los lugares en donde se presentan, por lo que en América el “mal de ojo” es una manifestación del sincretismo entre las tradiciones indígenas y europeas, definiéndose, como una enfermedad; mientras que en Europa, “poder para dañar”. Este se debe tanto a causas naturales, como el viento y los rayos del sol, como a causas sociales, con individuos sedientos, hambrientos y cansados y aquellos que poseen una vista y/o sangre fuerte. Se trasmite por el aire, así la mirada de determinadas personas “infectaba el aire” y transmitía la enfermedad a otros individuos, inclusive sin estar en contacto con el ojeador, quien

manifiesta envidia, deseo, ira, odio y celos. La persona afectada por el mal se conoce como ojeada. Las manifestaciones clínicas del mal de ojo son polimorfas; sin embargo, ciertas manifestaciones son continuas como dolores de cabeza y estómago, y cualquier problema en los ojos, como conjuntivitis, lesiones oculares, nubes y estrabismo. Además, se presentan vómitos, cansancio, falta de apetito y de energía, repugnancias por ciertas comidas o por olores penetrantes. Cuando esto se manifiesta en niños, se presenta el llanto, el insomnio, la diarrea, el vómito, la pérdida de fuerza y apetito, fiebre y mal olor en la boca, incluso caída de mollera, siendo este último el más peligroso y que puede conducir a la muerte. También son víctimas del “mal de ojo” los animales, los vegetales y las cosas. Como prevención se utiliza el ajo, las cintas rojas, los collares o pulseras con semillas de huayruro, envoltorios pequeños con ruda o romero. Para la intervención, la pasada de huevo en combinación con el rezo es lo más frecuente, que puede hacerlo el curandero o un lego. El huevo puede sustituirse con un cuy que se pasa por el cuerpo en forma de cruz.<sup>34</sup> Existe la idea que debe ser tratada solo por el curandero y no por el médico, pues podría empeorar el síndrome agravándose la condición del paciente.<sup>35</sup>

### El Chucaque

El “Chucaque”, conocido también como “Shucaque” o “Chacaque”<sup>1</sup>, es un síndrome cultural que aqueja al poblador andino, definido como dolor de cabeza, asociado con eventos traumáticos y con altos niveles de estrés en el hogar.<sup>36</sup> Se menciona que es la vergüenza la que la genera.<sup>26</sup> Sus manifestaciones son cefalea, náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal difuso, decaimiento, falta de ánimo e irritabilidad. El tratamiento varía según la ubicación de la dolencia, así si se ubica en la cabeza, el tratamiento “consiste en coger una porción de cabellos de la cabeza y jalarlo bruscamente hasta producir un ruido especial en dicha zona”, y si se produce la molestia en el estómago, “debe sacudirse violentamente la cintura del paciente hasta que se produzca un ruido en dicha región”.<sup>1, 27</sup>

## El Mal de aire

El “Mal de aire”, conocido como “golpe de viento”, “viento colado” o simplemente “aire”,<sup>1</sup> o también denominado “mal viento” “Aya-wayra” o “Viento de la muerte” y producida por “exhalaciones dañinas” de vapores maléficos que provienen de las grietas de las montañas, llevadas por los vientos fríos y fuertes conducidas por los espíritus.<sup>27</sup> Se manifiestan por una serie de patologías como jaqueca, dolores corporales, parestesias y parálisis de las extremidades, tortícolis; sin embargo, la manifestación básica es la parálisis facial conocida también como “aire”. Observamos, otras manifestaciones menos frecuentes pero más específicas como conjuntivitis, urticaria, edema facial (soplado), neumonías, trastornos gastrointestinales, meteorismos, etc. El tratamiento de esta manifestación folklórica es a través de dos procedimientos: la aspiración, que consiste en procedimientos que “sacar” el aire y, por desplazamiento, es decir, frotando en la parte lesionada.<sup>1</sup>

## El Ataque de nervios

El “Ataque de nervios”, considerado anteriormente como un síndrome ligado a la cultura, hoy conocido como una enfermedad popular.<sup>37</sup> Se expresa cuando hay quiebre en el mundo social familiar, relacionadas a problemas de la vida y la experiencia del sufrimiento. Se presenta como una pérdida de control en varias áreas del ser humano, como las expresiones emocionales, las sensaciones corporales, las dimensiones de acción y las alteraciones en la conciencia.<sup>38</sup> Este síndrome, puede manifestarse con temblores, palpitaciones, sensación de calor que sube a la cabeza, desmayos y episodios epilépticos, éste último en lugares culturalmente apropiados como en los velorios, zonas de accidentes o durante un conflicto familiar.<sup>27</sup> Además, gritos sin control, ataques de llanto, dificultad para respirar, mareos, sensación que la mente se queda “en blanco” y, entumecimiento o sensaciones de hormigueo.<sup>33</sup>

## El Mal del corazón/convulsiones

El “Mal del corazón” o “enfermedad del corazón” o “sonko-nanay”, conocida así desde la etapa precolombina, a la epilepsia, pues se consideraba que era el corazón o “sonko”, el eje o centro de lo físico y lo mental.<sup>39</sup> También, corresponde a la descripción andina, de cuadros disociativos y conversivos.<sup>3</sup> Ésta denominación, también fue utilizada en la época virreinal. Al ser considerada la epilepsia, como una manifestación interna, a diferencia de las heridas, que eran externas, su interpretación requería una visión mágico-religiosa, atribuyéndosele, por tanto, un origen sobrenatural, debiéndose su tratamiento ser realizado con el mismo enfoque. Un ataque epiléptico, significaba la muerte del “sonko” o muerte del ser. En relación a la sintomatología, se presenta como ataque de gran mal, en forma de cadáver, oscurecimiento o anochecer de la conciencia, temblor, oscurecimiento de la vista, convulsión, atontamiento y expresiones como “tonto explosivo”.<sup>39</sup> Además de angustia, ansiedad, depresión, síntomas conversivos y disociativos.<sup>3</sup> Se diagnostica bajo la observación de los curanderos o, recurriéndose a métodos como la pasada de cuy, que también servía para la extracción del mal, la Kutipa o adivinación con las hojas de coca. El tratamiento, basado en lo simbólico y mágico, se dio a través de la cura por la piedra que se administraba en forma de polvillo obtenido del raspado de piedras, también se utilizó la carne o sangre del cóndor, llama, puma u otros y, las plantas odoríferas como el toronjil, pimpinela, alhelí, maqué, ruda y el huayrora.<sup>39</sup>

## El Problema de Alcohol

Interpretado como “daño” social, en el cual una o más personas son los causantes del alcoholismo crónico del dañado. En este punto, la influencia del curandero para modificar la vida relacional del paciente, es la base de la intervención, pues, él, luego de señalar quién o quiénes le han “hecho daño”, pudiendo ser la esposa, la madre, los hijos, etc., indica el distanciamiento necesario y la ruptura de esa relación “peligrosa” para la vida del paciente. De esta manera, el curandero validado por su posicionamiento y conocimiento determina una nueva estructura social y familiar. Otro método que se utiliza es dando de beber al paciente, el “trago favorito” con un vomitivo (plantas), de esta manera, le pretende generar un

condicionamiento negativo ante la bebida. También, es frecuente el traslado de toda la familia y del paciente a la casa del curandero para un contacto permanente con él.<sup>28</sup> Dentro de las manifestaciones clínicas, se evidencia cambios psicológicos como comportamiento desadaptativo como agresividad, labilidad emocional, alteración de la capacidad del juicio, problemas laborales y sociales y manifestaciones sexuales inapropiadas.<sup>40</sup>

#### Intervenciones ante los Síndromes Folklóricos en el Perú.

El tratamiento de los Síndromes Folklóricos en el Perú, muestra la influencia de la cultura occidental.<sup>26</sup> Sin embargo, es la visión mágico-religiosa, característica de la medicina precolombina, la predominante, con la existencia de dioses “buenos” que proporcionaban bienestar, salud, riqueza y amor y, dioses “malos”, aquellos que traían la enfermedad.<sup>41</sup>

En los rituales, se mimetiza la invocación a santos y a personajes divinos de la cultura tradicional, pero a medida que se va ingresando a la región andina, el porcentaje de participación en el ritual folklórico va cambiando, priorizando los conceptos animistas y acciones mágicas por las creencias de espíritus benignos y malignos.<sup>26</sup> La magia, recurso de intervención, apareció en la búsqueda de influir sobre los fenómenos naturales.<sup>41</sup>

Aun siendo difícil sistematizar las intervenciones de los curanderos, Carlos A. Segúin, las planteó de la siguiente manera:<sup>26</sup>

Maniobras mágicas: sesiones de ritual y de contenido diverso, en la que se invocan a “espíritus” por medio de cantos en lugares y horas distintas. Aquí, el curandero se considera un médium, un medio que utiliza los poderes sobrenaturales para intervenir. La invocación a los espíritus como el de las plantas debe hacerse por medio de cantos, e ingiriendo bebidas preparadas a base de ellas o fumándolas. Las maniobras son infinitas y cambian según la tradición cultural.<sup>26</sup>

Maniobras psicológicas: la persona que busca a un curandero, lo busca con la confianza y esperanza que le brinda la tradición y sus creencias. El curandero utilizando el factor sugestivo y el “eros psicoterapéutico” hacia su paciente, modifica o pretende modificar el área comprometida y romper el vínculo vicioso de la patología, le ofrece una distinta posibilidad de adaptación y solución de problemas que tiene que ver con la vida relacional familiar y comunal. <sup>26</sup>

Empleo de drogas: el uso de sustancias psicótropas es el común entre los curanderos, por lo que plantas y drogas forman parte del arsenal terapéutico, pero éstas son tan variadas e incluso disímil, difícil de mencionarlas. El curandero no interpreta que el efecto esté en el compuesto, sino, es la invocación al “espíritu de la de la planta” que en conjunto con la música y canciones son las que actúan. <sup>26</sup>

Mención aparte son aquellos que realizan las intervenciones en la cultura popular, personas con sabiduría transmitida de manera ancestral, que interpretan los sueños y profecías, conocedores de la naturaleza y de la astrología. Éstas personas, que conformaban el grupo privilegiado, de la sociedad precolombina, fueron los intermediarios entre lo divino y lo terrenal.<sup>41</sup> Ellos, son capaces de ingresar a un mundo que no es transitado por una persona “normal”, debido a que sus cualidades lo tienen desde su nacimiento, y son encaminado por sus familiares para desarrollar sus habilidades curanderil-espiritual.<sup>42</sup>

Los curanderos o chamanes, son quienes basados en conceptos animistas, creencia de la existencia de espíritus en todo lo que nos rodea, intervienen sobre los hombres con su teoría diagnóstica del “daño” causantes de enfermedad, por lo cual convocando a la espiritualidad bajo maniobras mágico-religiosas, buscan reparar ese daño. Ellos dividen a las patologías en aquellas relacionadas con Dios, dominio de los médicos y, aquellas enfermedades del daño, siendo ésta última, territorio del curandero, pues son los únicos conocedores de su origen y el medio para combatirlo.<sup>41</sup> Dentro de la clasificación del mundo de los curanderos, éstos se sitúan en el nivel de curanderos mayores.<sup>42</sup>

En el grupo de los curanderos menores se encuentra, el yerbero, quien es experto en plantas oriundas y empleador de sus beneficios farmacológicos ante personas

que requieren de su ayuda. El huesero o “quesero”, es el que interviene ante fracturas u otras relacionadas. Las comadronas, las que atienden a la mujer durante su alumbramiento, salud femenina, fertilidad y abortos. El curioso, haciendo de uso de plantas domésticas, logra intervenir a los niños cuando presentan mal de ojo u otras patologías simples. El brujo maligno o “malero”, realizará sus prácticas cuando el daño encontrado ha sido por la envidia u otros factores.<sup>24,38</sup> Sin embargo, el concepto de brujo, está más relacionado a la brujería, es decir, aquello con poder para dañar o hacer el mal, siendo el generador de la enfermedad, a través de sustancias tóxicas o ponzoñosas o mediante muñecos de sebo que contenía algún objeto personal del dañado.<sup>41</sup>

Síndromes Folklóricos en los Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, ha venido contribuyendo con información epidemiológica desde el año 2002, aplicando diversos cuestionarios adaptados y/o creados con la finalidad de describir las características diversas presentadas en las diferentes regiones de nuestro país.<sup>6</sup> Sin embargo, es con el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003, que se incluyó el capítulo de Síndromes Culturales, en el cual se describió la prevalencia de vida de los síndromes “susto”, “aire”, “mal de ojo”, “ataque de nervios”, “daño”, “chucaque” en las ciudades de Cajamarca, Huaraz, Ayacucho y Puno, así como su relación con Trastorno de Ansiedad en General, Episodio Depresivo y Síntomas Paranoides. Además, se identificó “otros” problemas folklóricos y el tipo de búsqueda de atención para dar solución al problema identificado.<sup>43</sup> En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004, se incluye a la “epilepsia” como otro síndrome folklórico.<sup>44</sup> Es en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006, además de los síndromes folklóricos ya mencionados, identificó otros tipos de síntomas populares, como los psicológicos, en el que incluían a la tristeza y a la angustia, los “amarres”, la “mala suerte”, “ataques de nervios”, “ataque-mal de corazón”, etc.<sup>13</sup> En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007, se adiciona los “problemas de alcohol” como otro síndrome folklórico, y la asociación de éstos síndromes folklóricos con los trastornos psiquiátricos se estableció con los trastornos de Ansiedad, Episodio Depresivo y con el Episodio Psicótico.<sup>5</sup>

Finalmente, con el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012, que el “estrés” y el “trauma” se adicionan con síndromes folklóricos, pero se continúa asociando con trastornos mentales con los 6 síndromes folklóricos clásicos, “daño”, “susto”, “mal de ojo”, “aire”, “chucaque” y “ataque de nervios”. Además identifican según persona a quien acude en necesidad de ayuda (médico, psicólogo, boticario, curandero, brujo, rezador, yerbero o ninguna) con las expresiones psicológicas que los adultos encuestados mencionaban como angustia, tristeza, locura, problemas de alcohol y víctima de infidelidad.<sup>6</sup>

Finalmente, mencionar que el poblador de la zona rural que migra a la zona urbana, principalmente de la costa, sea en la periferia de las urbes o en el mismo centro de la ciudad, alejado de su escenario natural y de su cosmovisión, en su proceso de aculturación, llega a disminuir o enmascararse sus creencias mágicas y simbólicas; sin embargo, todavía es susceptible a los síndromes folklóricos, por lo que la medicina académica, debiera contar con medios terapéuticos eficaces y adaptados a la cultura.<sup>45</sup>

Interculturalidad y sistema de salud.

El entorno social y la cultura, juegan un rol determinante en la actividad asistencial, así determinado comportamiento individual o colectivo, en el análisis mente cuerpo, pudiera considerarse socialmente aceptable o no y, por ende, plantearse la necesidad de intervención.<sup>46</sup> Siendo lógico considerar que la psiquiatría como otras especialidades médicas requieren de diversas perspectivas de observación, para poder explicar la situación del individuo y su contexto.<sup>47</sup>

La Interculturalidad en salud, definida como “respuesta al derecho a la identidad cultural y reivindicativa de los pueblos indígenas” o “tendencia de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre diferentes grupos culturales en un mismo territorio”, permite establecer la tolerancia entre los individuos, ante el conocimiento de lo distinto, además de, el mutuo aprendizaje consecuencia de esa interrelación. Por lo que, un enfoque homogenizado en salud no sería una expresión de respeto a la diversidad cultural, ni una buena

estrategia de intervención.<sup>16</sup> Así, en aquellos lugares donde el rol cultural es significativo, debería contemplarse actividades asistenciales de verdadera hibridación cultural, como la aplicación de la medicina y/o psiquiatría transcultural.<sup>46</sup> Esto debido a que la diversidad plantea problemáticas reales que deben intervenir con criterio diferencial. Aquello que supera el saber suele ser visto hasta con irracionalidad y de manera mágica, por lo cual es indispensable que el sistema de salud no se mantenga en desconocimiento de esos fenómenos.<sup>28</sup> En ese sentido, la pregunta ¿si la formación academicista contiene el conocimiento necesario y consciente sobre interculturalidad?, sería válida, al recordar la importante función de los profesionales de la salud en la sociedad más allá de una acción netamente recuperativa. El reconocer la enfermedad es vital, pero el identificar a la persona enferma en su individualidad es trascendente como aspecto reflexivo para reparar en las variaciones de normalidad y anormalidad dentro de un marco social.<sup>47</sup> Sin embargo, tampoco se puede concebir a la persona como solo su cultura de origen, puesto que éstos aspectos pueden variar, al adaptarse o redefinirse dentro de un proceso de transculturación como se observa en las migraciones. Incluso, existen personas que no comparten todas las características culturales de su lugar de origen, como tampoco todos son de las mismas condiciones socioeconómicas. Sin negar con ello, la existencia de un “núcleo duro” cultural que no presentan cambios o son modificaciones lentas en el tiempo.<sup>46</sup>

La interculturalidad en nuestro sistema de salud, se presenta, entonces, como una opción de integralidad, inclusión y complementación, entre el sistema tradicional y la academicista.<sup>17</sup> Y aunque, ésta última ha denostado, marginado, discriminado y estigmatizado a la medicina tradicional, sus respuestas frente a una situación de salud son similares, debido a que presentan un propósito en común, ambas son sistemas médicos, se desarrollan bajo un contexto comunitario, ocupan una posición de reconocimiento social, presentan armonía legal, son dirigidas por una persona que desempeña la actividad sanadora, comparten una misma búsqueda sincera de apoyo social y, pueden ser falibles y limitadas en su accionar. Estas similitudes, cada vez más compatibles, son importantes para la articulación de ambos sistemas, en su pretensión del cierre de la brecha transcultural y la mejora de la calidad de atención.<sup>48</sup>

### 1.3. Definiciones de términos

#### Síndrome Folklórico:

El Síndrome Folklórico definido como “cuadros clínicos que la población reconoce como patología, asignándoles una denominación, etiología, intervención y pronóstico, y que cuenta con vigencia tradicional”.<sup>1,2</sup> Es importante señalar, que los síndromes folklóricos considerados en los estudios epidemiológicos de Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012 y Lima Rural 2007, no presentan síntomas clínicos establecidos, sino son síntomas que la población encuestada identifica y reconoce como aquellas que acompañan a un síndrome folklórico específico, según su experiencia y vivencia.<sup>5,6</sup>

- a. Daño: síndrome folklórico de variada sintomatología, pudiendo incluir sintomatología física y psicológica, cuya evolución suele ser crónica. Presente en las tres regiones del Perú. La intervención es a base de rituales mágico-religiosos asociados a rezos, oraciones y cantos. Se mide con una escala nominal.<sup>6</sup>
- b. Susto: se produce cuando en la persona el espíritu abandona su cuerpo a causa de una fuerte impresión, experiencia o accidente grave que producen miedo o susto súbitos e intensos. Se mide con una escala nominal.<sup>6</sup>
- c. Mal de ojo u ojeo: se produce por la acción mágica de la mirada fuerte de una persona sobre otra. Incluye síntomas físicos y psicológicos. Frecuente en los niños. Se mide con una escala nominal.<sup>6</sup>
- d. Mal de Aire: es el supuesto agente etiológico más frecuente de un sinnúmero de enfermedades, cuyos síntomas pueden ser físicos y psicológicos. Se mide con una escala nominal.<sup>6</sup>
- e. Chucaque: se presenta frente a una situación de vergüenza. Sus síntomas principales son cefaleas y trastornos digestivos. Se mide con una escala nominal.<sup>6</sup>

- f. Ataque de nervios: con sintomatología y significación diferente en cada región del Perú.<sup>6</sup>
- g. Mal del corazón o convulsiones: presencia de convulsiones asociadas a síntomas psicológicos. Localizan el mal en el corazón. Ha sido estudiado ampliamente en los pueblos del Callejón de Huaylas.<sup>6</sup>
- h. Problemas de alcohol: manifestación de mala salud mental, recién en los últimos años, según la perspectiva de muchos pobladores peruanos.<sup>6</sup>

Estas manifestaciones, sin llegar a constituir verdaderos síndromes folklóricos, incluyen componentes físicos y psicológicos atendidos generalmente por agentes del sistema folklórico.<sup>5</sup>

Factores Sociodemográficas:

Conjunto de características biológicas, socio económicas culturales que están presentes en la población sujetas a estudio.

- a. Edad: medida en año
- b. Sexo: masculino y femenino
- c. Estado Civil: Soltero(a), conviviente, separado(a), casado (a), viudo(a), divorciado(a)
- d. Ocupación: Ocupación principal que desempeñó
- e. Nivel de Instrucción: sin nivel de instrucción, primaria, secundaria superior no universitario.
- f. Lengua materna: castellano, quechua, aymara u otra.
- g. Lugar de nacimiento: Departamento, provincia, distrito, país.
- h. Tiempo en el lugar actual de residencia: medido en años

- i. Nivel de pobreza según autopercepción de cobertura de necesidades básicas con ingresos familiares: Evaluación subjetiva, utilizada para definir pobreza, en base a la pregunta realizada a la esposa del jefe del hogar y relacionada con la capacidad de cubrir las necesidades básicas en base a los ingresos familiares. Así, familias pobres extremos, son aquellos que no cubren ni las necesidades básicas de alimentación, mientras que los pobres básicos, son aquellos que cubren las necesidades de alimentación pero no otras básicas como salud, educación, vivienda, etc. Los no pobres básicos, son aquellos que pueden cubrir sus necesidades básicas pero no otras necesidades como diversión, distracción, educación diferenciada. Aquellos que pueden cubrir sus necesidades básicas y otras como pasatiempos son considerados no pobres.<sup>6</sup>

#### Sistema de Salud:

Engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal.<sup>49</sup>

- a. Sistema médico: conformado por el médico, psicólogo, boticario, sanitario.<sup>44</sup>
- b. Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.<sup>44</sup>
- c. Sistema Popular: conformado por el modelo no médico ni folklórico. En casa, vecinos/amigos, familia, religión u otros.<sup>44</sup>
- d. Ningún Sistema: aquellos que quedan fuera de todo modelo de atención. Nadie.<sup>44</sup>

## CAPÍTULO II

### METODOLOGÍA

#### 2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal.

#### 2.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

Epidemiológico

#### 2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población, proveniente de las bases de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012 y del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007, ambas del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, comprendió al adulto de 18 años a más de la zona urbana y rural de la Región de Lima.

Al respecto, la población adulta del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao del 2012, correspondió a 4445 personas.

En relación al Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007, correspondió a 2536 personas.

En el caso de Lima Metropolitana y Callao 2012, las personas del estudio fueron residentes de las provincias de Lima y Callao, excluyendo a los distritos de los balnearios del sur- Punta Negra, Punta Hermosa, Pucusana, San Bartolo y Santa María del Mar, por su escasa población. La población total del área en estudio constituye el 99,6% de todos los residentes de las provincias de Lima y Callao. En

el caso del Lima Rural 2007, las personas del estudio fueron residentes en viviendas particulares de centros poblados rurales de la Región Lima, específicamente de Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huara, Oyón y Yauyos.

Criterio de inclusión:

Personas adultas mayor o igual de 18 años, que participaron en el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 y Lima Rural 2007, sin problemas que impidieran la comunicación, y en el caso de existencia de problemas mentales moderados o severos que impidieron la comunicación directa, se consideró la entrevista indirecta con el jefe del hogar. En caso la persona haya sido quechua hablante la comunicación fue a través de un encuestador quechua hablante.

Residente habitual, es decir que se encontraron pernoctando de 1 mes a más en el lugar de residencia.

Criterio de exclusión:

Aquellos que no desean participar por voluntad propia.

Tamaño de muestra:

La población adulta que se planteó para el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012, tuvo un tamaño de muestra inicial de 5332 personas.

La fórmula empleada en el Estudio Epidemiológico de Lima, fue la siguiente:

$$n_0 = \left( \frac{z}{e} \right)^2 \left( \frac{1-p}{p} \right) \left( \frac{deff}{hv(1-tnr)} \right)$$

Para el estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural-2007 el tamaño muestral inicial fue de 2628.

El tamaño de la muestra total programada para el estudio de Lima Metropolitana y Callao del 2012 fue de 5 933 viviendas. Para el estudio de Lima Rural 2007 es de 2735 hogares. Estos tamaños han sido obtenidos tomando en consideración los criterios siguientes:

Parámetro de referencia (p): Prevalencia actual de trastornos de ansiedad en adultos, 15% en el Estudio de Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. En el Estudio de Lima Rural 2007 la prevalencia de salud mental fue de 28%.

Tasa de no-respuesta esperada (tnr): 15% en el Estudio de Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 y, del 3% en Lima Rural 2007.

Efecto de diseño (deff): Se consideró el 1,8 en general para Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 y, de 1,4 para Lima Rural 2007.

Error relativo (e): Se consideró el 9% en torno del valor esperado del parámetro de referencia, lo que dió un margen de error de +/- 1.35 puntos porcentuales para Lima Metropolitana del 2012 y del 10% para Lima Rural 2007.

Nivel de confianza: 95% ( $Z=1.96$ ) para ambos estudios. Personas del grupo objetivo por vivienda (hv): 0,95.

Selección de la Muestra:

Las bases de datos del Estudios Epidemiológicos en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao del 2012 y del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007, cuyos muestreos fueron de tipo probabilístico, polietápico en ambos estudios epidemiológicos, con selección sistemática y proporcional al tamaño de las unidades. Para el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 el tipo de muestra fue compleja, probabilística y trietápica, mientras que para el Estudio Epidemiológico de Salud

Mental en Lima Rural 2007 fue probabilística, en cuatro etapas y de manera independiente en cada lugar.

Para el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 comprendió las siguientes unidades de muestreo: Unidades Primarias de Muestreo (UPM) o conglomerados de viviendas, Unidades Secundarias de Muestreo (USM) o viviendas, y Unidades Finales de Muestreo (UFM) o personas. Para el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Rural 2007, comprendió las siguientes unidades de muestreo: Unidades Primarias de Muestreo (UPM) o distritos, Unidades secundarias de muestreo (USM) o centros poblados, Unidades Terceras de muestreo (UTM) o viviendas y Unidades Finales de Muestreo (UFM) o personas. En ambos estudios fueron las personas, las unidades finales, quienes satisfacen los criterios de inclusión para cada uno de los módulos de la investigación en la vivienda seleccionada.

En ambas poblaciones, la muestra fue ponderada con el fin de reproducir la estructura demográfica de la población de estudio.

#### 2.4. RECOLECCIÓN DE DATOS. INSTRUMENTOS

El estudio se basó en datos de fuente secundaria de los Estudios Epidemiológicos de Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 y en Lima Rural 2007.

El cuestionario para evaluar los síndromes folklóricos formó parte del grupo de cuestionarios utilizados para los estudios epidemiológicos tanto de Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 como el de Lima Rural 2007 del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

El cuestionario, se encuentra consignado en la primera parte del módulo de síndromes culturales, en donde además se encuentra el área de desastres. Para la construcción del cuestionario de síndromes folklóricos, los autores revisaron la literatura nacional sobre folclor médico, considerando los diferentes nombres de los problemas mentales y sus manifestaciones

descritas, con el propósito de conocer que síntomas están asociados a cuáles problemas. Además consignando preguntas sobre los agentes de curación a quienes recurrían. Este módulo se elaboró inicialmente para el estudio epidemiológico de la selva.<sup>50</sup>

## 2.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron organizados y recodificados según las variables a considerar de la base de datos de adultos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental de Lima Rural 2007 y Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012.

Según los objetivos de la investigación en primera instancia se realizó el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la población adulta del área rural y urbana que presentó algún síndrome folklórico, contrastándola con la población que no presentó ningún síndrome. Luego se estimaron las prevalencias del síndrome Folklórico.

Para identificar los síntomas clínicos con sus respectivos síndromes folklóricos, primero se estimaron prevalencias de los síntomas clínicos, excluyendo para los posteriores análisis, las que presentaron un coeficiente de variación  $>15\%$ . Luego, se realizó un análisis bivariado, mediante tablas de contingencias y el chi cuadrado y, aquellos que fueron significativos, se procedió a realizar un modelo de regresión logística, siendo la variable respuesta, el síndrome folklórico. Se calcularon los odds ratio (OR) ajustados por las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado, y se estimó la fuerza de asociación.

Para identificar los sistemas de salud acudidos por los adultos con síndromes folklóricos, primero se realizó un análisis de frecuencias de cada uno de los sistemas de salud y después se realizó un análisis bivariado, analizando los sistemas de salud más acudidos según el síndrome folklórico. Como la mayoría de las frecuencias de los sistemas de salud resultaron tener altos coeficientes de variación (mayores a 0.15), se optó por agruparlos según cuatro modelos: folklórico, médico, popular y ninguno. De la misma forma, se realizó el análisis bivariado y para aquellos que fueron significativos, se procedió a realizar un

modelo de regresión logística binaria no condicional, siendo la variable respuesta, el sistema clínico. Se analizaron los odds ratio (OR) ajustados, y se estimó la fuerza de asociación.

Asimismo, con la finalidad de describir aspectos referidos a los sistemas de salud, como recibir la atención en la misma localidad, métodos que se usaron, si se logró resolver el problema, intervenciones realizadas y las razones por las cuales no se atendió con un médico o centro de salud, se obtuvieron estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes).

Los resultados fueron procesados mediante el programa SPSS Statistics versión 20 en el módulo de muestras complejas y el nivel de significancia utilizado fue de 0.05 (Alfa = 0.05).

## 2.6. ASPECTOS ÉTICOS

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012 y el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007 cuentan con aprobación institucional y del Comité Institucional de Ética del INSM "HD-HN". En cada uno de estos estudios, las participantes firmaron un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética Institucional, el mismo que contenía toda la información necesaria para que las participantes conocieran los riesgos y beneficios de participar en el estudio, así como también, sus derechos a libremente aceptar o negarse a participar sin coacciones de ningún tipo, a abandonar la entrevista cuando ellas consideren conveniente, o a no responder algunas preguntas que consideran necesario mantener en secreto. Así mismo, el proyecto de investigación de la presente tesis cuenta con el permiso para el uso de bases de datos y la aprobación del Comité Institucional de Ética del INSM "HD-HN".

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

#### ÁREA URBANA (LIMA METROPOLITANA Y CALLAO) DE LA REGIÓN LIMA 2012.

##### 3.1 Características Sociodemográficas en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Se evaluó un total de 4445 adultos de Lima Metropolitana y Callao, siendo el 27.3% (n=1212) los adultos que presentaron alguna vez en su vida algún síndrome folklórico y, el 72.1% de los adultos que no presentaron ningún síndrome. De los que tuvieron algún síndrome folklórico, el 37% eran varones y el 63% mujeres; mientras que aquellos que no tuvieron ningún síndrome, el 52% eran varones. El 57.3% eran casados y convivientes y, el 22.3%, solteros. El 42.4% tenía una edad comprendida entre 25 y 44 años de edad, siendo la edad promedio 42.9 años. El 48.8% tenía educación secundaria y el 31.2% contaban con educación superior incluyendo estudios universitarios o no, para aquellos sin algún síndrome, el 43.3% tuvo educación superior. El 40.8% tenía como principal ocupación ser trabajador(a) independiente y el 35.9%, empleado(a); sin embargo, para aquellos que no tuvieron ningún síndrome, ser empleado, seguido de ser trabajador independiente, fueron los principales. El 88.2% tenía como lengua materna al castellano y, el 10.5%, el quechua; mientras que aquellos que no presentaron ningún síndrome folklórico, menos del 10% tuvieron como lengua materna el quechua, el aymara y otras lenguas. El 45.5% nacieron en el departamento de Lima; mientras que aquellos que no presentaron ningún síndrome folklórico, más de la mitad nacieron en Lima. En cuanto al tiempo de residencia en el lugar actual, 36.6% tuvo entre 26 a 45 años viviendo en la misma ciudad, el mismo tiempo fue lo más frecuente para los que no presentaron algún síndrome. Con respecto a los niveles de pobreza, el 67.8% de los adultos de área urbana de la Región Lima fueron no pobres y más del 30% pobres y pobres extremos (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos que presentaron o no algún síndrome folklórico del área urbana de la Región Lima 2012.

Factores Sociodemográficos	Muestra (P*/NP*)	Estimación (P*/NP*) %	Intervalos de Confianza 95%	
			P*	NP*
<b>Edad</b>				
18 a 24 años	167 / 535	15.7 / 19.2	(13.3 - 18.5)	(17.4 - 21.2)
25 a 44 años	550 / 1408	42.4 / 39.9	(39.3 - 45.5)	(37.8 - 42.0)
45 a 64 años	351 / 808	29.6 / 26.6	(26.6 - 32.7)	(24.7 - 28.5)
65 años o más	144 / 453	12.4 / 14.3	(10.2 - 14.9)	(12.7 - 16.0)
<b>Sexo</b>				
Masculino	397 / 1486	36.9 / 52.0	(33.4 - 40.6)	(49.6 - 54.5)
Femenino	815 / 1718	63.1 / 48.0	(59.4 - 66.6)	(45.5 - 50.4)
<b>Estado Civil</b>				
Soltero(a)	214 / 765	22.3 / 28.7	(19.2 - 25.8)	(26.7 - 30.8)
Conviviente	389 / 838	30.1 / 23.3	(27.0 - 33.5)	(21.6 - 25.2)
Separado(a)	221 / 399	13.8 / 9.3	(11.7 - 16.2)	(8.3 - 10.5)
Casado (a)	293 / 957	27.2 / 32.8	(24.3 - 30.2)	(30.7 - 35.0)
Viudo(a)	78 / 190	5.5 / 4.9	(4.2 - 7.1)	(4.1 - 5.8)
Divorciado(a)	17 / 53	1.1 / 0.9	(0.6 - 2.0)	(0.6 - 1.2)
<b>Ocupación</b>				
Empleador o patrón(a)	15 / 35	1.8 / 1.4	(1.0 - 3.2)	(1.0 - 2.1)
Trabajador(a) independiente	341 / 798	40.8 / 35.8	(36.8 - 44.9)	(33.3 - 38.4)
Empleado(a)	258 / 871	35.9 / 43.3	(31.8 - 40.1)	(40.6 - 46.1)
Obrero(a)	133 / 350	14.8 / 15.8	(12.2 - 17.9)	(13.8 - 18.0)
Trabajador familiar no remunerado	2 / 7	0.2 / 0.3	(0.0 - 1.0)	(0.1 - 0.6)
Trabajador(a) del hogar	33 / 52	3.5 / 1.9	(2.2 - 5.5)	(1.3 - 2.6)
Ambulante	29 / 49	3.0 / 1.6	(1.9 - 4.5)	(1.1 - 2.3)
<b>Nivel de instrucción</b>				
Sin nivel	31 / 42	2.7 / 1.0	(1.7 - 4.1)	(0.7 - 1.4)
Primaria	223 / 409	17.3 / 12.3	(15.1 - 19.9)	(10.8 - 13.8)
Secundaria	593 / 1430	48.8 / 43.4	(45.5 - 52.1)	(41.0 - 45.7)
Superior no Univer.	222 / 624	18.2 / 20.6	(15.7 - 21.0)	(18.9 - 22.5)
Superior Univer.	143 / 699	13.0 / 22.7	(10.8 - 15.5)	(20.7 - 25.0)
<b>Lengua materna</b>				
Castellano	1049 / 2888	88.2 / 91.2	(85.8 - 90.2)	(89.8 - 92.4)
Quechua	148 / 282	10.5 / 7.8	(8.8 - 12.6)	(6.7 - 9.1)
Aymara u otro	14 / 32	1.3 / 1.0	(0.6 - 2.8)	(0.6 - 1.8)
<b>Lugar de nacimiento</b>				
Lima	517 / 1598	45.5 / 53.7	(42.0 - 49.0)	(51.4 - 56.0)
Ancash	78 / 118	7.5 / 4.3	(5.7 - 9.8)	(3.5 - 5.4)
Callao	53 / 159	4.9 / 5.2	(3.6 - 6.7)	(4.2 - 6.4)
Junín	73 / 197	5.1 / 5.0	(3.8 - 6.7)	(4.2 - 5.9)
Ayacucho	53 / 144	3.8 / 3.6	(2.8 - 5.0)	(3.0 - 4.5)
Otros	438 / 988	33.3 / 28.2	(30.1 - 36.7)	(26.3 - 30.1)
<b>Tiempo de residencia en la ciudad</b>				
De 1 de 12 años	208 / 512	15 / 13.4	(12.7 - 17.6)	(2.0 - 15.0)
De 13 a 18 años	128 / 314	9.4 / 8.7	(7.7 - 11.5)	(7.6 - 9.9)
De 19 a 25 años	209 / 559	19.5 / 19.4	(16.6 - 22.7)	(17.5 - 21.4)
De 26 a 45 años	424 / 1089	36.6 / 35.5	(33.5 - 39.9)	(33.3 - 37.8)
De 46 a 60 años	173 / 475	14.7 / 15.6	(12.4 - 17.2)	(14.0 - 17.4)
60 años a mas	56 / 235	4.8 / 7.3	(3.6 - 6.5)	(6.2 - 8.5)
<b>Nivel de pobreza</b>				
Pobres extremos	37 / 81	2.7 / 2.0	(1.8 - 4.2)	(1.5 - 2.7)
Pobres básicos	377 / 813	29.4 / 23.6	(26.3 - 32.8)	(21.5 - 25.9)
No pobres básicos	624 / 1653	53.5 / 53.3	(50.0 - 56.9)	(50.9 - 55.7)
No pobres	172 / 653	14.3 / 21.0	(12.0 - 17.0)	(18.8 - 23.4)

\*P: Presentan algún síndrome folklórico. \*\* NP: No presentan ningún síndrome folklórico

### 3.2 Prevalencia de los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

En la tabla 2 se observa, que en los adultos de Lima Metropolitana y Callao, el “susto” (8.9%), “chucaque” (8.4%) y “daño” (6.2%) son los síndromes folklóricos con mayor prevalencia y, siendo estadísticamente significativos.

Con respecto a los síntomas clínicos manifestado ante un síndrome folklórico, el 57% de los adultos que presentaron algún síndrome folklórico, tuvieron dolor de cabeza, el 46.2% declararon sentir malestar general, 31% sintieron decaimiento, desgano y cansancio y, el 22.7% manifestaron náuseas, vómitos y diarreas (Tabla 3).

Previo al análisis bivariado, se procedió a retirar aquellos síntomas clínicos que presentaron un bajo número de muestra y un coeficiente de variación mayor a 15%.

Tabla 2. Prevalencia de vida del Síndrome Folklórico en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Síndromes Folklóricos	Muestra (Sin Ponderar)	Estimación %	Intervalo de Confianza 95%	
			Inferior	Superior
Susto	420	8.9	8.0	10.0
Chucaque	351	8.4	7.4	9.6
Daño	286	6.2	5.4	7.1
Mal de Aire	240	5.0	4.2	5.8
Mal de ojo	218	5.0	4.3	5.9
Ataque de nervios	99	2.2 <sup>a</sup>	1.7	2.8
Problemas de alcohol	63	1.7 <sup>a</sup>	1.3	2.3
Mal de corazón/convulsiones	42	0.9 <sup>a</sup>	0.6	1.3

<sup>a</sup> Con coeficiente de variación mayor a 15%

Tabla 3. Prevalencia de síntomas clínicos en adultos con algún síndrome folklórico del área urbana de la Región Lima 2012.

Síntomas clínicos	Muestra (Sin Ponderar)	Estimación %	Intervalo de Confianza 95%	
			Inferior	Superior
Dolor de cabeza	697	57.0	53.5	60.5
Malestar general	543	46.2	42.5	50.0
Decaimiento, desgano, cansancio	367	31.0	27.9	34.2
Nauseas, vómitos, diarrea	257	22.7	19.7	25.9
Miedo, fobias	179	14.9	12.5	17.7
Tristeza, pena, depresión	162	13.8	11.4	16.6
Sueños intranquilos, insomnio	171	13.2	11.1	15.6
Ansiedad, desesperación, angustia	139	12.4	10.2	14.9
Pérdida de peso	134	10.9	9.0	13.2
Escalofríos, fiebre	130	10.6	8.7	12.9
Dolor de huesos	120	10.4	8.4	12.9
Dolor abdominal, cólicos	118	9.8	7.9	12.2
Irritabilidad o cólera	127	9.7	7.8	12.0
Falta de ganas de comer, anorexia	84	7.3	5.7	9.3
Palpitaciones	60	4.8 <sup>a</sup>	3.6	6.5
Palpitaciones, dolor al corazón	54	4.5 <sup>a</sup>	3.2	6.3
Mala suerte	52	4.0 <sup>a</sup>	2.9	5.5
Mala digestión	33	2.8 <sup>a</sup>	1.9	4.2
Convulsiones	22	2.2 <sup>a</sup>	1.4	3.5
Descuido en su higiene y arreglo personal	27	2.2 <sup>a</sup>	1.4	3.4
Obsesiones, ideas repetitivas	24	2.0 <sup>a</sup>	1.3	3.2
Felicidad – alegría	10	1.2 <sup>a</sup>	0.6	2.2
Ira	17	1.2 <sup>a</sup>	0.7	2.0
Rechazo	11	0.9 <sup>a</sup>	0.4	2.0
Trastornos de la mente, locura	10	0.8 <sup>a</sup>	0.4	1.6
Impotencia sexual	3	0.2 <sup>a</sup>	0.0	0.6

<sup>a</sup> Con coeficiente de variación mayor a 15%

### 3.3 Manifestaciones clínicas de los síndromes folklóricos del área urbana de la Región Lima 2012.

#### 3.3.1 Asociación de los síndromes folklóricos, según síntomas clínicos

Se observa que los adultos que tuvieron “daño”, el 50.6% manifestaron presentar dolor de cabeza, seguido de los síntomas de decaimiento, desgano, cansancio, tristeza, pena, depresión, sueños intranquilos, insomnio, pérdida de peso, dolor de huesos y dolor abdominal. Mientras que los adultos que tuvieron “susto”, el 39.2% presentaron decaimiento, desgano y cansancio, seguidos de miedo y fobias, sueños intranquilos e insomnio, escalofríos, fiebre y pérdida de peso. De los adultos que tuvieron “mal de ojo”, el 43.2% presentaron náuseas, vómitos y diarrea, además de, escalofríos, fiebre falta de ganas de comer y anorexia. Los que presentaron “mal de aire”, el 25.4% indicaron presentar dolor de huesos, seguido de miedo, fobias, escalofríos y fiebre. De los adultos que indicaron tener “chucaque”, el 85.2% manifestaron dolor de cabeza, el 32.5% náuseas, vómitos y diarrea y, el 17.1% dolor abdominal. El 60.3% de los adultos que tuvieron “ataque de nervios”, presentaron malestar general y, el 47.4%, ansiedad, desesperación y angustia, seguidos de decaimiento, desgano, cansancio, tristeza, pena, depresión, miedo, fobias, sueños intranquilos, insomnio, irritabilidad o cólera, pérdida de peso, dolor de huesos, falta de ganas de comer y anorexia. De los adultos que presentaron “mal del corazón/convulsiones”, el 35.6% manifestaron ansiedad, desesperación y angustia, el 33.4%, sueños intranquilos e insomnios y, el 17.2% faltas de ganas de comer y anorexia. De los adultos que indicaron tener “problemas de alcohol”, la mayoría (71.2%) manifestaron tener malestar general, seguidos de mayor a menor frecuencia, de ansiedad, desesperación, angustia, tristeza, pena y depresión, pérdida de peso, sueños intranquilos e insomnio, falta de ganas de comer y anorexia, irritabilidad o cólera y dolor de huesos. Todas estas manifestaciones clínicas mencionadas por los adultos ante un síndrome folklórico, presentaron significancia estadística como lo indica el análisis bivariado (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Síntomas clínicos	Daño (Prevalencia de vida)		IC 95%	P	Susto (Prevalencia de vida)		IC 95%	P	Mal de ojo (Prevalencia de vida)		IC 95%	P
	n	%			n	%			n	%		
Malestar general	140	51.4	(44.3 - 58.5)	ns	197	47.7	(41.7 - 53.8)	ns	111	50.9	(42.5 - 59.2)	ns
Decaimiento, desgano, cansancio	112	40.0	(33.3 - 47.1)	**	160	39.2	(33.7 - 45.0)	***	76	35.0	(28.0 - 42.7)	ns
Tristeza, pena, depresión	58	23.0	(17.3 - 29.8)	***	66	16.1	(12.0 - 21.3)	ns	25	10.6	(6.9 - 16.1)	ns
Ansiedad, desesperación, angustia	39	15.4	(10.6 - 21.9)	ns	62	14.8	(11.3 - 19.2)	ns	27	12.4	(8.1 - 18.5)	ns
Pérdida de peso	58	20.0	(15.3 - 25.8)	***	61	14.5	(10.9 - 18.9)	*	29	14.1	(9.4 - 20.7)	ns
Nauseas, vómitos, diarrea	53	22.3	(16.9 - 28.9)	ns	90	25.1	(19.9 - 31.2)	ns	82	43.2	(34.9 - 51.8)	***
Escalofríos, fiebre	35	13.2	(9.0 - 18.9)	ns	71	16.2	(12.5 - 20.8)	***	40	16.6	(11.8 - 23.0)	**
Falta de ganas de comer, anorexia	25	9.4	(6.1 - 14.3)	ns	33	6.7	(4.5 - 10.0)	ns	23	13.0	(8.4 - 19.8)	**
Sueños intranquilos, insomnio	60	20.3	(15.5 - 26.3)	***	97	22.9	(18.3 - 28.3)	***	40	16.8	(11.7 - 23.4)	ns
Dolor de cabeza	155	50.6	(43.4 - 57.7)	*	232	55.6	(49.9 - 61.2)	ns	128	56.2	(48.5 - 63.7)	ns
Dolor de huesos	47	17.3	(12.6 - 23.3)	***	48	11.9	(8.3 - 16.8)	ns	20	10.4	(6.1 - 17.1)	ns
Dolor abdominal	40	15.4	(10.7 - 21.7)	**	42	9.9	(6.6 - 14.6)	ns	29	13.6	(8.9 - 20.3)	ns
Irritabilidad o cólera	39	12.4	(8.6 - 17.7)	ns	52	11.8	(8.5 - 16.1)	ns	31	12.7	(8.1 - 19.3)	ns
Miedo, fobias	48	18.2	(12.9 - 25.1)	ns	134	33.2	(27.5 - 39.3)	***	35	17.6	(12.2 - 24.6)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 4. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área urbana de la Región de Lima 2012.

Síntomas clínicos	Mal de aire				Chucaque				Ataque de nervios (Prevalencia de vida)			
	(Prevalencia de vida)		IC 95%	P	(Prevalencia de vida)		IC 95%	P	(Prevalencia de vida)		IC 95%	P
	n	%			n	%			n	%		
Malestar general	119	50.0	(42.2 - 57.8)	ns	163	48.6	(42.0 - 55.2)	ns	57	60.3	(47.7 - 71.7)	*
Decaimiento, desgano, cansancio	89	36.2	(29.2 - 43.8)	ns	107	30.8	(25.2 - 37.0)	ns	44	46.0	(35.4 - 57.0)	**
Tristeza, pena, depresión	34	16.0	(10.9 - 22.8)	ns	46	12.4	(8.8 - 17.0)	ns	41	43.9	(33.0 - 55.3)	***
Ansiedad, desesperación, angustia	33	14.7	(10.2 - 20.7)	ns	46	14.3	(10.4 - 19.3)	ns	42	47.4	(35.4 - 59.6)	***
Pérdida de peso	32	13.2	(8.8 - 19.3)	ns	38	11.2	(7.7 - 16.1)	ns	22	20.2	(12.7 - 30.5)	**
Nauseas, vómitos, diarrea	54	22.3	(16.6 - 29.2)	ns	115	32.5	(26.8 - 38.7)	***	24	23.5	(16.0 - 33.2)	ns
Escalofríos, fiebre	41	15.1	(10.7 - 20.9)	*	39	9.9	(6.9 - 14.1)	ns	15	11.6	(5.9 - 21.7)	ns
Falta de ganas de comer, anorexia	23	9.3	(5.8 - 14.6)	ns	29	7.2	(4.6 - 10.9)	ns	16	16.5	(9.3 - 27.6)	**
Sueños intranquilos, insomnio	43	17.6	(12.3 - 24.6)	ns	46	11.6	(8.4 - 15.8)	ns	34	31.7	(22.5 - 42.6)	***
Dolor de cabeza	156	63.5	(55.9 - 70.6)	ns	303	85.2	(79.2 - 89.7)	***	68	63.2	(51.7 - 73.3)	ns
Dolor de huesos	53	25.4	(19.0 - 33.0)	***	32	9.7	(6.3 - 14.8)	ns	21	17.5	(11.1 - 26.5)	*
Dolor abdominal	30	12.4	(8.2 - 18.2)	ns	63	17.1	(12.6 - 22.7)	***	13	10.0	(5.3 - 17.9)	ns
Irritabilidad o cólera	26	8.9	(5.7 - 13.7)	ns	38	10.1	(6.9 - 14.7)	ns	29	28.6	(19.5 - 39.8)	***
Miedo, fobias	42	19.8	(4.3 - 26.8)	*	47	12.7	(8.8 - 17.8)	ns	33	33.6	(24.1 - 44.7)	***

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 4. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área urbana de la Región de Lima 2012.

Síntomas clínicos	Mal del Corazón/Convulsiones (Prevalencia de vida)			P	Problemas de Alcohol (Prevalencia de vida)			P
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
Malestar general	19	51.0	(34.9 - 66.9)	ns	46	71.2	(57.5 - 81.9)	***
Decaimiento, desgano, cansancio	14	35.6	(21.1 - 53.4)	ns	25	40.5	(26.7 - 55.8)	ns
Tristeza, pena, depresión	10	23.0	(12.4 - 38.8)	ns	27	38.9	(25.9 - 53.8)	***
Ansiedad, desesperación, angustia	13	35.6	(21.3 - 53.1)	***	26	39.9	(26.8 - 54.7)	***
Pérdida de peso	6	9.0	(3.7 - 20.4)	ns	19	30.4	(18.8 - 45.1)	***
Nauseas, vómitos, diarrea	9	21.2	(11.1 - 36.6)	ns	12	19.3	(10.1 - 33.8)	ns
Escalofríos, fiebre	6	9.9	(4.0 - 22.8)	ns	11	14.3	(7.6 - 25.3)	ns
Falta de ganas de comer, anorexia	6	17.2	(7.4 - 35.0)	*	14	20.8	(11.6 - 34.5)	***
Sueños intranquilos, insomnio	12	33.4	(19.4 - 51.1)	***	17	25.2	(15.2 - 38.8)	*
Dolor de cabeza	23	55.7	(37.1 - 72.8)	ns	37	54.9	(40.6 - 68.4)	ns
Dolor de huesos	5	11.6	(4.7 - 25.7)	ns	3	1.5	(0.5 - 4.9)	***
Dolor abdominal	5	9.5	(3.6 - 22.5)	ns	5	8.1	(3.2 - 19.0)	ns
Irritabilidad o cólera	4	7.6	(2.6 - 20.1)	ns	17	21.4	(12.5 - 34.3)	**
Miedo, fobias	7	16.9	(7.4 - 34.1)	ns	10	18.0	(9.2 - 32.2)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

### 3.3.2 Modelos de regresión logística.

Para analizar la fuerza de asociación de los factores (síntomas clínicos) que resultaron significativos ( $p > 0.05$ ) en el análisis bivariado, según los síndromes folklóricos, se realizaron análisis multivariados a través de la regresión logística, siendo las que se presentan en la tabla 5.

Los adultos que manifestaron haber sufrido de “daño”, tuvieron 3.64 mayor posibilidad de expresar pérdida de peso, 3.0 mayor chance de expresar dolor de huesos, 2.92 mayor probabilidad de manifestar dolor abdominal y la misma probabilidad para expresar tristeza, pena y depresión, 2.87 mayor chance de manifestar sueño intranquilos e insomnio y 1.90 mayor chance de manifestar decaimiento, desgano y cansancio, en comparación con los adultos que no lo presentaron.

Los adultos que tuvieron alguna vez “susto”, presentaron 8.81, mayor chance de manifestar miedo y fobias, 4.77 mayor posibilidad de tener sueños intranquilos e insomnio, 2.34 mayor chance de expresar pérdida de peso, 2.33 mayor chance de manifestar escalofríos y fiebre y 1.92 mayor probabilidad de tener decaimiento, desgano y cansancio, en comparación con los adultos que no los tuvieron.

Los adultos que manifestaron haber sufrido “mal de ojo”, tuvieron 4.09 veces la posibilidad de presentar náuseas, vómitos y diarrea, 2.64 mayor chance de manifestar falta de ganas de comer y anorexia y, 1.99 mayor probabilidad de expresar escalofríos y fiebre, en comparación con los adultos que no lo sufrieron.

Los adultos que presentaron alguna vez “mal de aire”, tuvieron 5.63 mayor chance de tener el síntoma de dolor de huesos y 1.61 mayor probabilidad de manifestar miedo y fobias, en comparación con los adultos que no lo presentan.

Los adultos que manifestaron alguna vez “chucaque”, tuvieron 7.30, 3.75 y 2.61 mayor probabilidad para presentar los síntomas de dolor de cabeza, dolor abdominal y, náuseas, vómitos y diarrea, respectivamente, en comparación con los adultos que no lo manifestaron.

Los adultos que manifestaron haber sufrido de “ataque de nervios”, tuvieron 8.04 mayor chance de expresar ansiedad, desesperación y angustia, 6.58 mayor chance de presentar tristeza, pena y depresión, 4.37 mayor probabilidad de manifestar irritabilidad o cólera, 4.21 mayor chance de presentar miedo y fobias, 3.17 mayor posibilidad de tener sueños intranquilos e insomnio, 2.36 mayor probabilidad de presentar falta de ganas de comer y anorexia, 2,34 mayor chance de tener dolor de huesos, 2.09 mayor probabilidad de manifestar decaimiento, desgano y cansancio, 1.96 mayor chance de presentar pérdida de peso y 1.76 mayor posibilidad de expresar malestar general, en comparación con los adultos que no lo sufrieron.

Los adultos que manifestaron tener, alguna vez en sus vidas, “mal del Corazón/convulsiones”, presentaron 4.28 mayor probabilidad de tener sueños intranquilos e insomnio y 2.70 mayor chance de manifestar ansiedad, desesperación y angustia, en comparación con los adultos que no lo manifestaron.

Los adultos que tuvieron alguna vez “problemas de alcohol”, presentaron 5.92 mayor chance de tener pérdida de peso, 5.58 mayor probabilidad de expresar ansiedad, desesperación y angustia, 5.23 mayor posibilidad de manifestar tristeza, pena y depresión, 4.11 mayor probabilidad de tener falta de ganas de comer y anorexia, 3.74 mayor chance de presentar sueños intranquilos e insomnio y 2.98 mayor posibilidad de expresar malestar general, en comparación con los adultos que no lo tuvieron.

Tabla 5. Análisis Multivariado de los síntomas clínicos según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Síntomas clínicos	OR Ajustada*	Intervalo de Confianza 95%		P
		Inferior	Superior	
<b>Dolor de cabeza</b>				
Daño	0.98	0.69	1.39	.924
Chucaque	7.30	4.64	11.49	.000
<b>Malestar General</b>				
Ataque de nervios	1.76	1.04	2.98	.034
Problemas de alcohol	2.98	1.61	5.51	.001
<b>Decaimiento, desgano, cansancio</b>				
Daño	1.90	1.34	2.70	.000
Susto	1.92	1.39	2.67	.000
Ataque de nervios	2.09	1.31	3.31	.002
<b>Nauseas, vómitos, diarrea</b>				
Mal de ojo	4.09	2.72	6.14	.000
Chucaque	2.61	1.82	3.74	.000
<b>Miedo, fobias</b>				
Susto	8.81	5.55	13.99	.000
Mal de aire	1.61	1.02	2.52	.039
Ataque de nervios	4.21	2.30	7.73	.000
<b>Tristeza, pena, depresión</b>				
Daño	2.92	1.85	4.62	.000
Ataque de nervios	6.58	3.83	11.29	.000
Problemas de alcohol	5.23	2.60	10.51	.000
<b>Sueños intranquilos, insomnio</b>				
Daño	2.87	1.82	4.52	.000
Susto	4.77	3.06	7.45	.000
Ataque de nervios	3.17	1.68	5.97	.000
Mal del corazón/convulsiones	4.28	1.62	11.32	.003
Problemas de alcohol	3.74	1.84	7.63	.000
<b>Ansiedad, desesperación, angustia</b>				
Ataque de nervios	8.04	4.57	14.15	.000
Mal del corazón/convulsiones	2.70	1.29	5.67	.009
Problemas de alcohol	5.58	2.79	11.14	.000
<b>Pérdida de peso</b>				
Daño	3.64	2.26	5.87	.000
Susto	2.34	1.46	3.74	.000
Ataque de nervios	1.96	1.04	3.68	.037
Problemas de alcohol	5.92	2.76	12.70	.000
<b>Escalofríos, fiebre</b>				
Susto	2.33	1.52	3.57	.000
Mal de ojo	1.99	1.21	3.27	.007
Mal de aire	1.66	1.01	2.73	.046
<b>Dolor de huesos</b>				
Daño	3.00	1.80	5.01	.000
Mal de aire	5.63	3.40	9.30	.000
Ataque de nervios	2.34	1.29	4.26	.005
Problemas de alcohol	0.09	0.02	0.37	.001
<b>Dolor Abdominal</b>				
Daño	2.92	1.74	4.88	.000
Chucaque	3.75	2.29	6.17	.000
<b>Irritabilidad o cólera</b>				
Ataque de nervios	4.37	2.4	7.97	.000
Problemas de alcohol	0.40	0.19	0.86	.019
<b>Falta de ganas de comer, anorexia</b>				
Mal de ojo	2.64	1.42	4.93	.002
Ataque de nervios	2.36	1.13	4.93	.023
Mal del corazón/convulsiones	1.91	0.48	7.51	.355
Problemas de alcohol	4.11	1.88	9.00	.000

\*OR ajustada por el resto de variables incluidas en el modelo

### 3.4 Sistemas de salud acudidos por los adultos con síndromes folklóricos en el área urbana de la Región Lima 2012.

#### 3.4.1 Prevalencia de acceso a los sistemas de salud

En el adulto de Lima Metropolitana y Callao que presentó alguna vez en su vida un síndrome folklórico, el 35.5% fueron atendidos en casa; mientras que el 20.9% por el curandero y, el 19.0% por el curioso, sumando estos dos últimos, serían ambos, el sistema más usado por los adultos con síndromes folklóricos. Sin embargo, existe un 19.4% de los adultos que manifestaron no haber sido atendidos por nadie (Tabla 6).

Tabla 6. Sistemas de salud a los que acuden los adultos con síndromes folklóricos del área urbana de la Región Lima 2012.

Sistemas de salud	Muestra	Estimación	Intervalo de Confianza 95%	
	(Sin Ponderar)	%	Inferior	Superior
Curandero	256	20.9	18.1	23.9
Curioso	216	19.0	16.2	22.1
Santiguador	58	5.5 <sup>a</sup>	4.0	7.5
Brujo	46	3.9 <sup>a</sup>	2.8	5.4
Yerberero	26	2.3 <sup>a</sup>	1.4	3.7
Huesero	1	0.2 <sup>a</sup>	0.0	1.2
Comadróna	1	0.0 <sup>a</sup>	0.0	0.2
Médico	71	5.8	4.4	7.7
Psicólogo	14	1.3 <sup>a</sup>	0.8	2.3
Boticario	14	0.8 <sup>a</sup>	0.5	1.6
Sanitario	1	0.1 <sup>a</sup>	0.0	0.8
En Casa	440	35.5	32.0	39.2
Familia	33	3.3 <sup>a</sup>	2.1	5.1
Vecinos/amigos	15	1.1 <sup>a</sup>	0.6	2.1
Religión	6	0.3 <sup>a</sup>	0.1	0.6
Otros	17	1.2 <sup>a</sup>	0.7	2.1
Nadie	240	19.4	16.9	22.2

<sup>a</sup> Con coeficiente de variación >15%

Si agrupamos a los sistemas de salud, tenemos que de los adultos que alguna vez en su vida tuvieron algún síndrome folklórico, acudieron el 48.1% al sistema folklórico, seguido del 40.6% que acudieron a un sistema popular (en casa, vecinos/amigos, familia, religión u otros), 22.2% que no acudieron a nadie y de un 7.8% de los adultos que visitaron el sistema médico (Tabla 7).

Tabla 7. Sistemas agrupados de salud a los que acuden los adultos con síndromes folklóricos del área urbana de la Región Lima 2012.

Sistema de salud	Muestra (Sin Ponderar)	Estimación %	Intervalo de Confianza 95%	
			Inferior	Superior
Sistema Folklórico	566	48.1	44.5	51.8
Sistema Médico	97	7.8	6.1	9.8
Sistema Popular	498	40.6	36.9	44.3
Ningún Sistema	240	19.4	16.9	22.2

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: en casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie

### 3.4.2 Asociación de los sistemas de salud acudidos, según síndromes folklóricos

En la tabla 8, se observa que los adultos que presentaron “daño”, el 47.7% acudió al curandero; mientras que el 21% ser vistos en casa. En el caso de de los adultos que tuvieron “susto”, el 43.5% decidieron resolver su problema en casa; mientras que el 29.1% y el 24.1% acudieron al curandero y al curioso, respectivamente. De la misma manera, los adultos que tuvieron “mal de ojo”, el primer sistema acudido fue en casa (45.0%), seguido del 12.7% de los adultos que prefirieron la atención por el santiguador.

En relación a los adultos que manifestaron “mal de aire”, el 56.3% acudió a resolver su problema en casa, y el 30.3% prefirió no ir a nadie. Si bien, el 47.2% de los adultos que tuvieron “chucaque”, también resolvieron su problema en casa, el 30.2% prefirió al curioso. Sobre, los adultos que presentaron “ataques de nervios”, el 48.7% no acudieron a resolver su problema con nadie y, el 18.7% lo

hizo con un médico. De la misma manera, los adultos que tuvieron “problemas de alcohol”, el 65.8% no acudieron a nadie y, el 14.1% fueron con un médico. Mientras que, el 75.3% de los adultos con el síndrome “mal del corazón/convulsiones”, acudieron al médico (Tabla 8).

En el análisis bivariado de los sistemas agrupados de salud, se observa que el 79.0%, el 61.1% y el 56.9% de los adultos que presentaron “daño”, “susto” y “mal de ojo”, respectivamente, acudieron al Sistema Folklórico. Además, mencionar que los adultos que presentaron “mal de ojo”, en segundo lugar, fueron al sistema popular. Sobre “mal de aire” y “chucaque” acudieron principalmente al sistema popular 58.3% y 56.4%, respectivamente. “Ataque de nervios” y “problemas de Alcohol” prefirieron con no acudir a ningún modelo de salud. El 80.6% de los adultos con “mal de Corazón/convulsiones” acudieron a un sistema médico para la solución de su problema (Tabla 9).

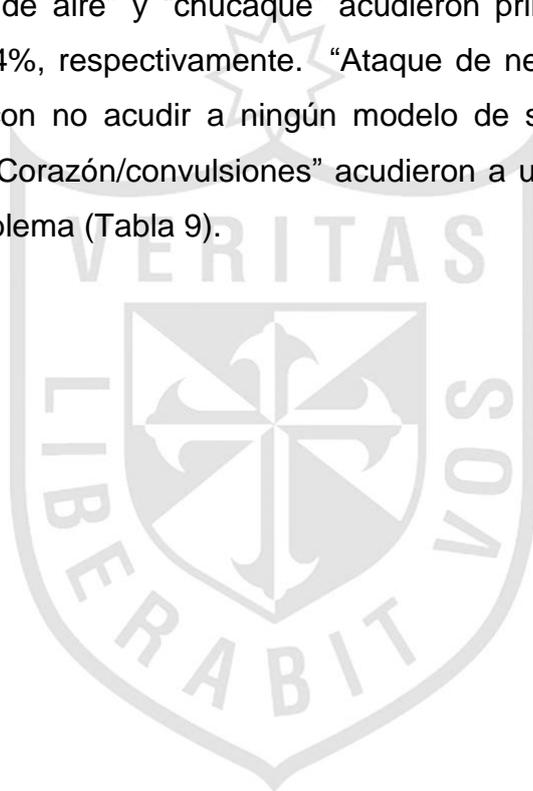


Tabla 8. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Sistemas de salud	Daño			P	Susto			P	Mal de ojo			P
	(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%	
	n	%			n	%			n	%		
Curandero	138	47.7	(40.7 - 54.9)	***	114	29.1	(23.9 - 35.0)	***	53	26.0	(19.7 - 33.4)	ns
Brujo	42	16.3	(11.7 - 22.1)	***	13	2.5	(1.3 - 4.7)	ns	4	1.7	(0.6 - 4.7)	ns
Santiguador	9	4.3	(2.0 - 8.7)	ns	31	8.7	(5.6 - 13.2)	**	26	12.7	(8.0 - 19.6)	***
Yerberero	12	5.9	(2.9 - 11.5)	***	19	5.2	(2.8 - 9.2)	***	7	4.2	(1.6 - 10.3)	ns
Curioso	49	16.5	(11.6 - 23)	ns	99	24.1	(19.7 - 29.2)	**	45	20.1	(14.5 - 27.2)	ns
Huesero	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	1	0.5	(0.1 - 3.5)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Comadrona	1	0.1	(0.0 - 1.0)	ns	1	0.1	(0.0 - 0.7)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Medico	18	5.0	(2.9 - 8.5)	ns	12	2.6	(1.2 - 5.3)	**	11	5.6	(2.7 - 11.0)	ns
Psicólogo	3	1.0	(0.3 - 3.4)	ns	5	1.0	(0.4 - 2.7)	ns	1	0.5	(0.1 - 3.7)	ns
Boticario	3	0.5	(0.1 - 2.0)	ns	3	0.6	(0.2 - 2.0)	ns	2	0.6	(0.1 - 3.4)	ns
Sanitario	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
En Casa	57	21.0	(15.3 - 28)	***	179	43.5	(37.6 - 49.5)	***	104	45.0	(37.1 - 53.1)	**
Vecinos/Amigos	1	0.4	(0.1 - 2.5)	ns	2	0.4	(0.1 - 1.7)	ns	3	1.2	(0.4 - 3.7)	ns
Familia	5	1.9	(0.6 - 6.75)	ns	12	2.0	(1.0 - 3.9)	ns	6	4.3	(1.8 - 10.2)	ns
Religión	5	0.7	(0.3 - 1.9)	*	2	0.2	(0.0 - 0.8)	ns	1	0.2	(0.0 - 1.7)	ns
Otros	8	2.6	(1.1 - 6.0)	*	5	0.6	(0.2 - 1.6)	ns	3	1.9	(0.6 - 6.3)	ns
Nadie	68	22.8	(17.6 - 28.9)	ns	76	17.5	(13.8 - 21.9)	ns	29	11.8	(7.9 - 17.3)	**

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 9. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Sistema de Salud	Daño (Prevalencia de vida)		P	Susto (Prevalencia de vida)		P	Mal de ojo (Prevalencia de vida)		P
	n	% IC 95%		n	% IC 95%		n	% IC 95%	
Sistema Folklórico	223	79.0 (72.7 - 84.1)	***	246	61.1 (55.4 - 66.5)	***	121	56.9 (49.3 - 64.2)	*
Sistema Médico	23	6.1 (3.7 - 9.7)	ns	20	4.2 (2.5 - 7.0)	**	14	6.7 (3.6 - 12.2)	ns
Sistema Popular	71	24.8 (18.8 - 32.0)	***	192	45.5 (39.6 - 51.6)	*	112	50.3 (42.2 - 58.5)	**
Ningún modelo	68	22.8 (17.6 - 28.9)	ns	76	17.5 (13.8 - 21.9)	ns	29	11.8 (7.9 - 17.3)	**

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: en casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie.

Tabla 8. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Sistemas clínicos	Mal de aire			p	Chucaque			p	Ataque de nervios			p
	(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%	
	n	%			n	%			n	%		
Curandero	44	18.8	(13.5 - 25.5)	ns	32	10.3	(7.1 - 14.8)	***	13	12.5	(7.1 - 21.2)	*
Brujo	2	1.2	(0.3 - 4.6)	*	7	2.3	(0.9 - 5.7)	ns	7	7.6	(3.4 - 16.0)	ns
Santiguador	6	2.0	(0.8 - 5.1)	*	13	2.7	(1.5 - 4.9)	**	6	4.5	(1.9 - 10.1)	ns
Yerberero	15	6.6	(3.6 - 11.9)	***	4	1.2	(0.4 - 3.4)	ns	7	6.3	(2.5 - 14.9)	*
Curioso	38	18.5	(13 - 25.7)	ns	100	30.2	(24.0 - 37.2)	***	17	17.8	(10.6 - 28.2)	ns
Huesero	1	0.9	(0.1 - 6.1)	*	1	0.5	(0.1 - 3.6)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Comadrona	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	1	0.1	(0.0 - 0.7)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Medico	15	7.8	(4.2 - 14.0)	ns	11	4.0	(2.0 - 7.9)	ns	14	18.7	(10.6 - 30.6)	***
Psicólogo	2	1.1	(0.3 - 4.5)	ns	1	0.3	(0.0 - 2.2)	ns	9	10.8	(5.7 - 19.7)	***
Boticario	7	1.6	(0.7 - 3.7)	ns	2	0.9	(0.2 - 3.4)	ns	3	2.0	(0.6 - 6.2)	ns
Sanitario	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
En Casa	138	56.3	(48.8 - 63.5)	***	178	47.2	(40.5 - 54.0)	***	43	39.2	(27.8 - 51.9)	ns
Vecinos/Amigos	1	0.5	(0.1 - 3.2)	ns	11	2.8	(1.4 - 5.6)	***	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Familia	5	1.7	(0.6 - 4.3)	ns	18	6.0	(3.4 - 10.6)	*	3	1.9	(0.5 - 7.1)	ns
Religión	1	0.1	(0.0 - 0.7)	ns	1	0.1	(0.0 - 0.4)	ns	1	0.2	(0.0 - 1.8)	ns
Otros	6	2.2	(0.9 - 5.4)	ns	7	1.6	(0.7 - 3.8)	ns	2	2.6	(0.6 - 10.7)	ns
Nadie	70	30.3	(23.8 - 37.6)	***	64	18.4	(13.8 - 24.1)	ns	46	48.7	(38.0 - 59.6)	***

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 9. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012

Sistema de Salud	Mal de aire		P	Chucaque		P	Ataque de nervios		P
	(Prevalencia de vida)			(Prevalencia de vida)			(Prevalencia de vida)		
	n	% IC 95%		n	% IC 95%		n	% IC 95%	
Sistema Folklórico	89	39.7 (32.1 - 47.8)	*	141	42.9 (36.2 - 49.9)	ns	38	35.3 (25.6- 46.4)	*
Sistema Médico	22	9.3 (5.5 - 15.4)	ns	14	5.2 (2.8 - 9.2)	ns	25	30.3 (21.0 - 41.5)	***
Sistema Popular	145	58.3 (50.7- 65.6)	***	209	56.4 (49.4 - 63.1)	***	45	40.7 (29.1 - 53.3)	ns
Ningún modelo	70	30.3 (23.9 - 37.6)	***	64	18.4 (13.8 - 24.1)	ns	46	48.7 (38.0 - 59.6)	***

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: En casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie.

Tabla 8. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Sistemas Clínicos	Mal del corazón/ convulsiones			P	Problemas de Alcohol			P
	(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%	
	n	%			n	%		
Curandero	6	14.2	(5.5 – 32.0)	ns	8	10.6	(4.8 - 21.6)	ns
Brujo	2	4.1	(0.7 - 19.7)	ns	1	1.5	(0.2 - 9.8)	ns
Santiguador	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns
Yerberero	3	7.5	(1.7 - 27.8)	ns	1	2.9	(0.4 - 18.1)	ns
Curioso	6	18.9	(8.0 - 38.6)	ns	6	9.7	(3.8 - 22.6)	ns
Huesero	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns
Comadrona	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns
Medico	30	75.3	(59.9 - 86.2)	***	9	14.1	(6.9 - 26.5)	**
Psicólogo	2	4.7	(1.0 - 19.4)	ns	2	3.5	(0.9 - 12.9)	ns
Boticario	1	0.7	(0.1 - 5.3)	ns	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns
Sanitario	1	3.2	(0.5 - 19.9)	***	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns
Casa	8	19.6	(9.1 - 37.1)	ns	16	28.8	(17.3 - 43.9)	ns
Vecinos/Amigos	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns	1	1.3	(0.2 - 8.8)	ns
Familia	0	0.0	(0.0 – 0.0)	ns	1	0.5	(0.1 - 3.6)	*
Religión	2	1.9	(0.4 - 8.1)	**	1	1.4	(0.2- 9.1)	*
Otros	1	4.3	(0.7 - 23.2)	ns	2	3.0	(0.6 - 13.1)	ns
Nadie	7	18.0	(7.8 - 36.4)	ns	40	65.8	(51.9 - 77.3)	***

$p < 0.05$  \*,  $p < 0.01$  \*\*,  $p < 0.001$  \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 9. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012

Sistema Clínico	Mal del Corazón/convulsiones (Prevalencia de vida)		P	Problemas de Alcohol (Prevalencia de vida)		P
	n	% IC 95%		n	% IC 95%	
Sistema Folklórico	13	32.4 (18.5 - 50.3)	ns	13	17.8 (9.8 - 30.2)	***
Sistema Médico	33	80.6 (65.6 - 90.0)	***	10	16.0 (8.3 - 28.8)	*
Sistema Popular	9	20.2 (9.6 - 37.6)	*	21	34.9 (22. - 49.8)	ns
Ningún modelo	7	18.0 (7.8 - 36.4)	ns	40	65.7 (51.9 - 77.3)	***

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: En casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie.

### 3.4.3 Modelos de regresión logística.

Para analizar la fuerza de asociación de los sistemas agrupados de salud según los Síndromes Folklóricos que resultaron significativos en el análisis bivariado, se realizaron análisis multivariados utilizando regresiones logísticas. En cada caso, se retiraron las variables que no contribuían en el modelo, hasta quedar las más significativas, siendo la que se presentan en la tabla 10.

Los adultos que manifestaron el síndrome de “daño” tuvieron 8.26 mayor chance de acudir al Sistema Folklórico, seguidos de aquellos que presentaron “susto” y “mal de ojo”, con 3.10 y 2.13 mayor probabilidad, respectivamente, de acudir al mismo sistema, en comparación con los adultos que no los presentaron.

Los adultos que manifestaron “ataque de nervios” y “mal del corazón/convulsiones” tuvieron 6.40 y 60.60 mayor chance, respectivamente, de acudir al Sistema Médico, en comparación con los adultos que no los presentan.

Los adultos que manifestaron “chucaque” tuvieron 2.99 mayor chance de acudir al Sistema Popular (En casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros), en comparación con los adultos que no lo presentan. De la misma manera, “mal de aire”, “mal de ojo” y “susto” tuvieron 2.81, 1.93 y 1.60 mayor probabilidad, respectivamente, de acudir al Sistema Popular, en comparación con los adultos que no los presentaron.

Los adultos que manifestaron el síndrome “problemas de alcohol” tienen 10.23 mayor chance de no acudir a ningún sistema de salud, seguido de aquellos que presentaron “ataque de nervios” y “mal de aire” con 4.97 y 2.51 mayor probabilidad de no acudir a ningún sistema, en comparación con los adultos que no los presentaron.

Tabla 10. Predictores de búsqueda de atención en los Sistemas agrupados de salud, según los Síndromes Folkloricos en los adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Síndromes Folkloricos	OR Ajustada*	Intervalo de Confianza 95%		P
		Inferior	Superior	
<b>Sistema Folklorico</b>				
Daño	8.26	5.34	12.78	.000
Susto	3.10	2.22	4.33	.000
Mal de Ojo	2.13	1.43	3.16	.000
Mal de Aire	0.78	0.52	1.17	.230
Ataque de nervios	0.55	0.36	0.85	.007
Problemas de alcohol	0.28	0.16	0.48	.000
<b>Sistema Medico</b>				
Susto	0.48	0.23	1.00	.051
Ataque de nervios	6.40	2.84	14.41	.000
Mal del corazón/convulsiones	60.60	22.87	160.60	.000
Problemas de alcohol	1.97	0.61	6.37	.258
<b>Sistema Popular</b>				
Daño	0.55	0.37	0.84	.005
Susto	1.60	1.13	2.27	.008
Mal de Ojo	1.93	1.29	2.88	.001
Mal de Aire	2.81	1.87	4.22	.000
Chucaque	2.99	2.07	4.31	.000
Mal del corazón/convulsiones	0.47	0.18	1.18	.108
<b>Ningún Sistema</b>				
Mal de Ojo	0.51	0.29	0.89	.018
Mal de Aire	2.51	1.64	3.84	.000
Ataque de nervios	4.97	3.02	8.20	.000
Problemas de alcohol	10.23	5.48	19.10	.000

\*OR ajustada por el resto de variables incluidas en el modelo

### 3.4.4 Análisis de frecuencia sobre atención en su misma localidad según Síndromes Folklóricos.

Se observa, en general, que la mayoría de los síndromes folklóricos han sido atendidos en su misma localidad, destacándose en aquellos que manifestaron el síndrome “ataque de nervios”, los cuales, el 94.1% recibieron atención en el mismo lugar; sin embargo, en los adultos con “mal de ojo”, el 88.8% mencionaron no haber recibido atención en la misma localidad (Tabla 11).

Tabla 11. Adultos que recibieron atención en su misma localidad, según síndromes folklóricos del área urbana de la Región Lima 2012.

Síndrome Folklórico	Recibió la atención en su misma localidad					
	Sí			No		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Daño	139	60.9	(52.8 - 68.4)	82	39.1	(31.6 - 47.2)
Susto	189	84.8	(78.4 - 89.5)	38	15.2	(10.5 - 21.6)
Mal de Ojo	93	11.2	(81.1 - 93.7)	16	88.8	(6.3 - 18.9)
Mal de Aire	43	79.6	(63.5 - 89.7)	12	20.5	(10.3 - 36.5)
Chucaque	108	91.6	(85.0 - 95.4)	12	8.5	(4.6 - 15.0)
Ataque de nervios	26	94.1	(81.1 - 98.3)	3	5.9	(1.7 - 18.9)
Mal del corazón/convulsiones	29	87.2	(72.7 - 94.6)	6	12.8	(5.4 - 27.3)
Problemas de Alcohol	12	85.8	(51.0 - 97.2)	2	14.2	(2.8 - 49.0)

### 3.4.5 Métodos diagnósticos usados por la persona que atendió a los adultos con algún Síndrome Folklórico.

Se observa que el 26.3% de los adultos que presentaron “daño”, como método diagnóstico fue la pasada de cuy. Al 37.3% de los que tienen “susto” y al 41.9% de los que tienen “mal de ojo”, se les pasó el huevo. Al 80.5% con el síndrome “mal del corazón/convulsiones” y al 19.9% con “problemas de alcohol”, se les realizó examen médico (Tabla 12).

Tabla 12. Métodos de diagnósticos, usados por la persona que atendió, según síndromes folklóricos, en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Métodos usados por la persona que atendió	Daño		Susto		Mal de Ojo		Mal de Aire	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Le tomó el pulso	12	4.7 (2.3 - 9.3)	20	4.8 (2.8 - 8.1)	8	3.6 (1.4 - 8.9)	7	2.2 (0.8 - 6.0)
Le pasó alumbre	14	6.4 (3.7 - 10.9)	33	8.7 (6.0 - 12.4)	14	6.7 (3.6 - 12.3)	9	4.1 (2.0 - 8.3)
Le pasó un huevo	55	17.2 (12.6 - 23.0)	149	37.3 (31.8 - 43.2)	90	41.9 (33.9 - 50.3)	35	16.5 (11.5 - 23.3)
Le pasó un cuy	71	26.3 (20.2 - 33.3)	63	15.6 (11.5 - 20.7)	18	10.5 (6.3 - 16.8)	15	5.6 (3.1 - 9.7)
Le jugó o leyó las cartas	64	23.4 (17.5 - 30.6)	15	3.6 (2.0 - 6.3)	10	4.3 (2.1 - 8.8)	12	4.2 (2.3 - 7.5)
Le puso una mesa o mesada	25	8.3 (5.3 - 12.9)	14	3.7 (2.1 - 6.7)	6	4.1 (1.8 - 9.2)	7	2.8 (1.1 - 7.0)
Usó hojas de coca	19	8.0 (4.8 - 12.8)	25	7.2 (4.6 - 10.9)	5	3.0 (1.2 - 7.6)	9	3.3 (1.4 - 7.6)
Le realizó un examen físico o análisis	30	10.5 (6.8 - 16.0)	27	6.4 (4.0 - 9.9)	21	8.9 (5.1-15.2)	30	13.3 (8.6 - 19.9)
Usó tabaco	14	4.6 (2.5 - 8.1)	10	2.9 (1.4 - 5.7)	6	3.0 (1.3 - 6.7)	4	1.7 (0.6 - 5.1)

Tabla 12. Métodos de diagnósticos, usados por la persona que atendió, según síndromes folklóricos, en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Métodos usados por la persona que atendió	Chucaque		Ataque de nervios		Mal del Corazón/Convulsiones		Problemas de Alcohol	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Le tomó el pulso	12	3.6 (1.9 - 6.7)	5	4.4 (1.7 - 10.8)	6	13.8 (5.2 - 32.2)	1	3.1 (0.4 - 18.7)
Le pasó alumbre	16	4.3 (2.3 - 8.0)	4	4.9 (1.6 - 13.8)	2	8.1 (1.9 - 29.1)	1	2.9 (0.4 - 18.1)
Le pasó un huevo	62	20.9 (15.8 - 27.2)	17	16.1 (9.5 - 26.1)	3	8.3 (2.1 - 27.8)	3	4.5 (1.1 - 16.3)
Le pasó un cuy	21	6.6 (4.0 - 10.6)	9	6.2 (2.9 - 12.8)	4	4.9 (1.5 - 14.5)	3	5.2 (1.4 - 17.3)
Le jugó o leyó las cartas	9	2.2 (1.1 - 4.6)	8	5.7 (2.7 - 11.6)	3	6.6 (1.8 - 21.5)	2	4.5 (1.0 - 17.4)
Le puso una mesa o mesada	5	1.6 (0.6 - 4.2)	4	5.8 (2.0 - 16.0)	1	5.6 (0.8 - 30.6)	1	2.9 (0.4 - 18.1)
Usó hojas de coca	6	1.6 (0.6 - 3.7)	2	2.7 (0.7 - 10.3)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	1	1.4 (0.2 - 9.1)
Le realizó un examen físico o análisis	27	8.8 (5.6 - 13.7)	22	25.8 (17.0 - 37.1)	34	80.5 (62.5 - 91.1)	12	19.9 (10.9 - 33.5)
Usó tabaco	4	1.3 (0.5 - 3.5)	3	2.3 (0.7 - 7.2)	2	3.4 (0.8 - 13.3)	1	1 (0.1 - 6.9)

### 3.4.6 Intervenciones realizadas por la persona que atendió a los adultos con algún síndrome folklórico

Se observa que el rezo, la pasada de cuy y la pasada de huevo fueron las actividades más frecuentes realizadas por las personas que atendieron a los adultos con síndromes folklóricos; con excepción, de adultos que manifestaron “ataque de nervios” (24.5%) y los “problemas de alcohol” (12.5%), cuyo tratamiento estuvo basado en medicinas (Tabla 13).

Tabla 13. Tratamiento usado por la persona que los atendió, según síndromes folklóricos, en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Intervenciones realizadas por la persona que atendió	Daño		Susto		Mal de Ojo		Mal de Aire	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Le puso una mesa o mesada	32	12.0 (8.3 - 17.1)	19	4.7 (2.8 - 7.6)	10	4.7 (2.4 - 9.0)	4	1.8 (0.5 - 6.0)
Le pasó las espadas	10	3.9 (1.8 - 8.4)	5	2.1 (0.8 - 5.4)	2	1.1 (0.3 - 4.5)	4	1.8 (0.6 - 5.5)
Le pasó varas	6	1.2 (0.5 - 3.0)	1	0.2 (0.0 - 1.7)	1	0.4 (0.1 - 3.0)	3	0.8 (0.2 - 2.8)
Le dio a tomar “San Pedro”, “Ayahuasca” u otras yerbas (daño por brujería)	30	13.0 (8.8 - 18.9)	24	7.1 (4.2 - 11.6)	9	5.4 (2.5 - 11.4)	14	7.7 (4.1 - 14.1)
Le dio un baño de flores	49	17.5 (12.3 - 24.3)	32	7.7 (5.0 - 11.6)	14	6.8 (3.6 - 12.5)	9	2.3 (1.1 - 4.7)
Le pasó un huevo	55	18.4 (13.7 - 24.2)	140	34.4 (29.0 - 40.3)	81	37.8 (30.5 - 45.8)	35	16.8 (11.6 - 23.8)
Le pasó un cuy (daño por brujería)	67	25.4 (19.4 - 32.4)	56	14.2 (10.4 - 19.0)	23	12.8 (8.3 - 19.2)	17	6.2 (3.6 - 10.5)
Le rezó	77	26.1 (20.4 - 32.7)	87	21.8 (17.6 - 26.7)	44	20.0 (14.5 - 27.0)	31	12.7 (8.7 - 18.1)
Le dio medicinas (de farmacia, botica, bodega u otro)	20	5.4 (3.2 - 9.0)	26	6.3 (4.0 - 9.7)	17	7.3 (4.2 - 12.4)	26	10.4 (6.4 - 16.5)
Uso de cañazo, aguardiente	4	3.1 (0.8 - 11.0)	2	0.8 (0.2 - 3.6)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	0	0.0 (0.0 - 0.0)

Tabla 13. Tratamiento usado por la persona que atendió, según síndromes folklóricos, en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Acciones realizadas por la persona que atendió	Chucaque		Ataque de nervios		Mal del corazón/ convulsiones		Problemas de Alcohol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Le puso una mesa o mesada	4	1.1 (0.3 - 3.8)	4	5.9 (2.1 - 15.5)	1	5.6 (0.8 - 30.6)	2	6.0 (1.5 - 21.0)
Le pasó las espadas	3	1.0 (0.3 - 3.3)	1	1.0 (0.1 - 6.8)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	2	4.5 (1.0 - 17.4)
Le pasó varas	1	0.3 (0.0 - 1.8)	1	1.0 (0.1 - 6.8)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	0	0.0 (0.0 - 0.0)
Le dio a tomar "San Pedro", "Ayahuasca" u otras yerbas (daño por brujería)	9	2.3 (0.9 - 5.4)	7	7.8 (3.3 - 17.1)	5	16.6 (6.9 - 34.6)	3	7.1 (2.1 - 21.1)
Le dio un baño de flores	8	1.7 (0.8 - 3.7)	5	3.9 (1.6 - 9.4)	3	2.6 (0.7 - 9.2)	4	7.6 (2.7 - 19.8)
Le pasó un huevo	62	19.0 (14.5 - 24.5)	18	19.1 (11.6 - 29.79)	4	16.8 (6.4 - 37.3)	3	4.5 (1.1 - 16.3)
Le pasó un cuy (daño por brujería)	20	6.4 (3.7 - 10.8)	10	9.9 (4.9 - 18.8)	4	8.6 (2.9 - 22.8)	2	3.5 (0.6 - 17.7)
Le rezó	40	10.9 (7.4 - 15.6)	15	14.4 (8.3 - 23.9)	7	15.6 (6.3 - 33.7)	6	11.7 (5.7 - 25.2)
Le dio medicinas (de farmacia, botica, bodega u otro)	23	7.3 (4.6 - 11.4)	22	24.5 (15.9 - 35.9)	31	76.7 (61.6 - 87.1)	8	12.5 (5.7 - 25.2)
Uso de cañazo, aguardiente	0	0.0 (0.0 - 0.0)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	0	0.0 (0.0 - 0.0)

3.4.7 Análisis de frecuencia cuyo problema se resolvió con la intervención realizada según síndromes folklóricos.

La mayoría de los adultos con algún Síndrome Folklórico resolvieron su problema, Así, el 98.6% de los adultos con “chucaque”, la intervención, resolvió el síndrome. Sin embargo, el 24.2% de los adultos con “ataque de nervios” y el 20% con “problemas de alcohol” no pudieron resolver su problema con la intervención realizada (Tabla 14).

Tabla 14. Porcentaje de adultos cuyo problema se resolvió con la intervención realizada, según síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Síndrome Folclórico	Resolvió el problema con dicha intervención					
	Si			No		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Daño	194	83.1	(75.8 - 88.5)	37	16.9	(11.5 - 24.2)
Susto	227	95.9	(91.8 - 98.0)	12	4.1	(2.0 - 8.2)
Mal de Ojo	116	96.7	(88.5 - 99.1)	3	3.3	(0.9 - 11.5)
Mal de Aire	55	96.0	(87.3 - 98.8)	3	4.0	(1.2 - 12.7)
Chucaque	125	98.6	(95.7 - 99.6)	3	1.4	(0.4 - 4.3)
Ataque de nervios	23	75.8	(52.8 - 89.7)	6	24.2	(10.3 - 47.2)
Mal del corazón/convulsiones	33	93.6	(77.0 - 98.5)	2	6.4	(1.5 - 23.0)
Problemas de Alcohol	11	80.0	(49.2 - 94.3)	3	20.0	(5.7 - 50.8)

3.4.8 Análisis de frecuencia cuyo caso se derivó al médico según síndromes folklóricos.

Se observa que la mayoría de adultos con Síndromes Folklóricos no fueron derivados al médico. Sin embargo, el 42.8% de los adultos con “mal del corazón/convulsiones” se les derivó a un médico para resolver el problema; mientras que, en adultos con “susto”, solo el 1.3% fueron derivados a un médico (Tabla 15).

Tabla 15. Porcentaje de adultos cuyo caso se derivó al médico, según síndromes folklóricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Síndrome Folclórico	Derivo al médico para resolver el problema					
	Si			No		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Daño	11	6.8	(3.3 - 13.5)	210	93.2	(86.5 - 96.7)
Susto	5	1.3	(0.5 - 3.6)	222	98.7	(96.4 - 99.5)
Mal de Ojo	2	2.5	(0.5 - 11.9)	108	97.5	(88.1 - 99.5)
Mal de Aire	2	6.9	(1.3 - 29.6)	51	93.1	(70.4 - 98.7)
Chucaque	4	3.6	(1.2 - 10.7)	119	96.4	(89.3 - 98.8)
Ataque de nervios	6	26.0	(10.8 - 50.5)	17	74.0	(49.5 - 89.2)
Mal del corazón/convulsiones	10	42.8	(22.1 - 66.5)	11	57.2	(33.5 - 77.9)
Problemas de Alcohol	3	30.8	(8.6 - 67.7)	8	69.2	(32.3 - 91.4)

3.4.9 Análisis de frecuencia de las razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o centro de salud según síndromes folklóricos.

En general, se observa que existe un alto porcentaje de adultos cuya razón de no ir al médico o centro de salud es “por tradición familiar”, siendo el porcentaje más alto, en aquellos que tuvieron “mal de ojo” (53.5%). Se observa, en el caso de los adultos que tuvieron “daño” y “mal del corazón/convulsiones”, el 36.5% y el 18.8%, respectivamente, no acudieron al médico porque indicaron que “el médico desconoce sobre estos problemas” (Tabla 16).

Tabla 16. Razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o centro de salud, según Síndromes Folkloricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Razón por la que no acudió al médico o centro de salud para resolver el problema	Daño		Susto		Mal de Ojo		Mal de Aire	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Sólo podía ser resuelto por estas personas	92	31.9 (25.8 - 38.8)	98	22.7 (18.0 - 28.3)	50	23.5 (17.3 - 31.0)	35	15.0 (10.1 - 21.7)
También podía ser resuelto por el médico, pero prefirió a estas personas	15	5.5 (3.0 - 9.9)	18	4.3 (2.5 - 7.5)	10	4.2 (2.0 - 8.4)	12	3.8 (1.9 - 7.5)
Ir al médico era más costoso	22	7.7 (4.6 - 12.5)	35	8.5 (5.7 - 12.5)	12	5.2 (2.5 - 10.4)	20	8.2 (4.9 - 13.5)
El médico desconoce sobre estos problemas	108	36.5 (29.8 - 43.8)	110	24.4 (19.8 - 29.6)	48	21.2 (15.6 - 28.2)	59	22.5 (17.1 - 29.1)
Por tradición familiar	79	27.0 (21.2 - 33.7)	200	51.2 (45.3 - 57.1)	115	53.5 (45.2 - 61.6)	117	48.8 (41.3 - 56.4)

Tabla 16. Razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o un centro de salud, según Síndromes Folkloricos en adultos del área urbana de la Región Lima 2012.

Razón por la que no acudió al médico para resolver el problema	Chucaque		Ataque de nervios		Mal del Corazón/ convulsiones		Problemas de Alcohol	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Sólo podía ser resuelto por estas personas	59	18.8 (13.9 - 24.9)	17	16.5 (9.4 - 27.3)	5	14.3 (5.3 - 32.9)	5	6.3 (2.5 - 15.0)
También podía ser resuelto por el médico, pero prefirió a estas personas	14	3.7 (2.0 - 6.7)	7	6.2 (2.6 - 13.7)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	2	3.0 (0.7 - 11.4)
Ir al médico era más costoso	26	8.3 (5.3 - 12.7)	20	17.3 (10.3 - 27.5)	4	5.9 (2.0 - 15.9)	5	7.8 (2.8 - 20.0)
El médico desconoce sobre estos problemas	66	16.5 (12.5 - 21.4)	26	26.3 (17.3 - 37.9)	8	18.8 (8.6 - 36.2)	9	17.0 (8.6 - 30.8)
Por tradición familiar	170	47.7 (41.2 - 54.3)	29	28.4 (18.9 - 40.2)	5	14.6 (5.6 - 32.8)	14	21.9 (11.8 - 37.0)

ÁREA RURAL (CAJATAMBO, CANTA, CAÑETE, HUARAL, HUAROCHIRÍ, HUAURA, OYÓN Y YAUYOS) DE LA REGIÓN LIMA 2007.

### 3.5 Características Sociodemográficas en adultos del área rural de la Región Lima 2007

Se evaluó un total de 2536 adultos de Lima Rural, siendo el 60.3% (n=1529) los adultos que presentaron alguna vez en su vida algún síndrome folklórico y, el 39.7% de los adultos que no presentaron ningún síndrome. De los que tuvieron algún síndrome folklórico, el 46.2% eran varones y el 53.8% mujeres; mientras que aquellos que no tuvieron ningún síndrome, el 57% eran varones. El 74.7% eran casados y convivientes y, el 12.5% solteros. El 36.2% tenía una edad comprendida entre 25 y 44 años y el 32.6%, entre 45 a 64 años, siendo la edad promedio 45.1 años. El 46% tenía educación secundaria y el 41% primaria, para aquellos sin algún síndrome, la prevalencia fue la misma tanto para primaria como para secundaria. El 67.9% tenía como principal ocupación trabajador(a) independiente y, el 11% ser obrero(a), para aquellos que no presentaron ningún síndrome folklórico, ser trabajador(a) independiente fue lo más frecuente, seguido de un 24.5% que eran obrero(a). El 97.6% tenía como lengua materna al castellano; mientras que el 2.4%, entre el quechua, aymara u otro; resultado similar, en relación a lengua materna, en aquellos que no tuvieron ningún síndrome. El 93.9% nacieron en el departamento de Lima, lo mismo se observó en aquellos que no presentaron síndromes. En cuanto al tiempo de residencia en el lugar actual, 31.5% tuvo entre 26 a 45 años viviendo en la misma ciudad, el mismo tiempo fue lo más frecuente para los que no presentaron algún síndrome. Con respecto a los niveles de pobreza, la mitad de los adultos que presentaron algún síndrome del área rural, fueron pobres y pobres extremos (Tabla 17).

Tabla 17. Características sociodemográficas de los adultos que presentaron o no síndrome folklórico del área rural de la Región Lima 2007.

Factores Sociodemográficos	Muestra (P*/NP*)	Estimación (P*/NP*) %	Intervalos de Confianza 95%	
			P*	NP*
<b>Edad</b>				
18 a 24 años	140 / 88	15.0 / 16.7	(10.9 - 20.2)	(11.3 - 23.9)
25 a 44 años	566 / 398	36.2 / 39.9	(31.9 - 40.7)	(33.8 - 46.2)
45 a 64 años	440 / 260	32.6 / 24.1	(27.3 - 38.3)	(18.7 - 30.6)
65 años o más	383 / 260	16.3 / 19.3	(13.6 - 19.3)	(15.5 - 23.9)
<b>Sexo</b>				
Masculino	638 / 539	46.2 / 57.1	(41.6 - 50.8)	(51.4 - 62.6)
Femenino	891 / 467	53.8 / 42.9	(49.2 - 58.4)	(37.4 - 48.6)
<b>Estado Civil</b>				
Soltero(a)	184 / 181	12.5 / 19.3	(9.8 - 15.7)	(15.0 - 24.4)
Conviviente	470 / 287	36.1 / 31.5	(31.8 - 40.7)	(26.2 - 37.4)
Separado(a)	118 / 69	5.1 / 4.7	(3.9 - 6.7)	(2.8 - 7.9)
Casado (a)	535 / 343	38.6 / 38.0	(34.2 - 43.1)	(32.7 - 43.6)
Viudo(a)	215 / 120	7.6 / 6.3	(6.0 - 9.5)	(4.4 - 8.8)
Divorciado(a)	7 / 5	0.1 / 0.2	(0.0 - 0.4)	(0.1 - 0.5)
<b>Ocupación</b>				
Empleador o patrón(a)	52 / 39	3.7 / 2.6	(2.3 - 5.9)	(1.6 - 4.2)
Trabajador(a) independiente	825 / 502	67.9 / 63.5	(62.7 - 72.6)	(55.5 - 70.9)
Empleado(a)	95 / 70	8.1 / 5.7	(5.5 - 11.8)	(3.7 - 8.8)
Obrero(a)	121 / 122	11.0 / 24.5	(8.1 - 14.8)	(17.1 - 34.0)
<b>Trabajador familiar no remunerado</b>				
Trabajador(a) del hogar	4 / 2	0.4 / 0.1	(0.1 - 1.0)	(0.0 - 0.4)
Ambulante	2 / 1	0.1 / 0.1	(0.0 - 0.4)	(0.0 - 0.5)
<b>Nivel de instrucción</b>				
Sin nivel	72 / 54	2.8 / 4.5	(2.0 - 3.9)	(2.2 - 9.0)
Primaria	747 / 471	41.0 / 40.9	(36.0 - 46.2)	(35.6 - 46.5)
Secundaria	573 / 364	46.1 / 43.2	(41.1 - 51.2)	(37.6 - 49.1)
Superior no Univer.	84 / 55	7.2 / 5.8	(4.9 - 10.5)	(3.8 - 8.6)
Superior Univer.	53 / 62	2.9 / 5.5	(1.8 - 4.6)	(3.7 - 8.3)
<b>Lengua materna</b>				
Castellano	1441 / 961	97.6 / 97.4	(96.5 - 98.4)	(95.9 - 98.3)
Quechua	79 / 41	2.1 / 2.4	(1.4 - 3.2)	(1.4 - 3.9)
Aymara u otro	5 / 4	0.3 / 0.2	(0.1 - 0.8)	(0.1 - 0.7)
<b>Lugar de nacimiento</b>				
Lima	1432 / 905	93.9 / 87.7	(91.7 - 95.6)	(79.8 - 92.7)
Ancash	2 / 3	0.2 / 3.0	(0.0 - 1.1)	(0.8 - 11.0)
Callao	8 / 9	0.7 / 2.3	(0.3 - 1.5)	(0.6 - 8.4)
Junín	17 / 20	0.9 / 1.5	(0.4 - 1.7)	(0.7 - 3.3)
Ayacucho	15 / 8	1.3 / 0.8	(0.6 - 2.9)	(0.3 - 1.9)
Otros	55 / 61	3.1 / 4.7	(1.9 - 4.8)	(3.0 - 7.4)
<b>Tiempo de residencia en la ciudad</b>				
De 1 de 12 años	205 / 159	14.3 / 17.4	(11.0 - 18.5)	(13.5 - 22.1)
De 13 a 18 años	91 / 53	7.4 / 6.6	(5.5 - 9.8)	(3.5 - 11.8)
De 19 a 25 años	171 / 116	13.0 / 18.0	(10.1 - 16.6)	(13.5 - 23.8)
De 26 a 45 años	459 / 272	31.5 / 28.6	(26.9 - 36.5)	(22.4 - 35.8)
De 46 a 60 años	245 / 153	19.0 / 11.3	(14.5 - 24.3)	(8.6 - 14.8)
60 años a mas	331 / 233	14.9 / 18.0	(12.5 - 17.7)	(14.1 - 22.8)
<b>Nivel de pobreza</b>				
Pobres extremos	91 / 67	5.2 / 5.4	(3.5 - 7.5)	(3.4 - 8.3)
Pobres básicos	762 / 492	42.3 / 48.4	(37.4 - 47.3)	(41.4 - 55.5)
No pobres básicos	644 / 428	49.6 / 43.4	(44.1 - 55.2)	(36.4 - 50.6)
No pobres	31 / 18	2.9 / 2.8	(1.4 - 5.6)	(1.2 - 6.4)

P: Presentan algún síndrome folklórico. \*\* NP: No presentan ningún síndrome folklórico

### 3.6 Prevalencia de los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

En la tabla 18 se observa, que en los adultos de Lima Rural, el “susto” (38.1%), “mal de aire” (31.4%) y “daño” (13.2%) son los síndromes folklóricos con mayor prevalencia y, siendo estadísticamente significativos.

Con respecto a los síntomas clínicos manifestado ante un síndrome folklórico, el 50.7% de los adultos que presentaron algún síndrome folklórico, tuvieron dolor de cabeza, el 48.2% declararon sentir malestar general, el 35.7% sintieron decaimiento, desgano, cansancio y, el 26.2% manifestaron náuseas, vómitos y diarreas. (Tabla 19).

Previo al análisis bivariado, se procedió a retirar aquellos síntomas clínicos que presentaron un bajo número de muestra y un coeficiente de variación mayor a 15%.

Tabla 18. Prevalencia de vida del Síndrome Folklórico en adultos del área rural de la Región de Lima 2007.

Síndrome Folklórico	Muestra (Sin Ponderar)	Estimación %	Intervalo de Confianza 95%	
			Inferior	Superior
Susto	994	38.1	34.4	42.0
Mal de aire	835	31.4	27.7	35.4
Daño	365	13.2	10.7	16.1
Mal de ojo	196	7.9	6.1	10.3
Chucaque	74	3.4 <sup>a</sup>	2.3	5.2
Problemas de alcohol	71	2.8 <sup>a</sup>	2.0	3.9
Ataque de nervios	39	1.9 <sup>a</sup>	0.9	3.8
Mal de corazón/convulsiones	14	0.4 <sup>a</sup>	0.2	0.9

<sup>a</sup> Con coeficiente de variación mayor a 15%

Tabla 19. Prevalencia de síntomas clínicos en adultos con algún síndrome folklórico del área rural de la Región de Lima 2007.

Síntomas clínicos	Muestra	Estimación	Intervalo de Confianza 95%	
	(Sin Ponderar)	%	Inferior	Superior
Dolor de cabeza	832	50.7	44.9	56.5
Malestar general	730	48.2	43.3	53.1
Decaimiento, desgano, cansancio	580	35.7	30.5	41.2
Nauseas, vómitos, diarrea	415	26.2	22.4	30.3
Sueños intranquilos, insomnio	389	24.9	20.6	29.8
Falta de ganas de comer, anorexia	228	16.7	13.0	21.3
Dolor abdominal, cólicos	300	16.5	13.0	20.7
Miedo, fobias	276	16.0	12.3	20.5
Dolor de huesos	250	15.8	12.6	19.6
Escalofríos, fiebre	177	14.5	11.5	18.2
Tristeza, pena, depresión	182	12.6	9.5	16.5
Pérdida de peso	165	12.2	9.2	15.9
Ansiedad, desesperación, angustia	143	9.5 <sup>a</sup>	7.0	12.8
Irritabilidad o cólera	84	4.8 <sup>a</sup>	3.2	7.2
Palpitaciones	65	3.7 <sup>a</sup>	2.5	5.6
Palpitaciones, dolor al corazón	68	3.4 <sup>a</sup>	2.3	5.1
Descuido en su higiene y arreglo personal	25	1.9 <sup>a</sup>	1.0	3.5
Mala digestión	34	1.7 <sup>a</sup>	1.1	2.6
Mala suerte	30	1.6 <sup>a</sup>	0.9	3.1
Obsesiones, ideas repetitivas	17	1.2 <sup>a</sup>	0.5	3.1
Convulsiones	17	1.1 <sup>a</sup>	0.5	2.2
Rechazo	12	0.7 <sup>a</sup>	0.3	1.4
Impotencia sexual	11	0.7 <sup>a</sup>	0.3	1.4
Ira	9	0.6 <sup>a</sup>	0.3	1.6
Trastornos de la mente, locura	9	0.5 <sup>a</sup>	0.2	1.1
Felicidad – alegría	6	0.5 <sup>a</sup>	0.1	1.5

<sup>a</sup> Con coeficiente de variación mayor a 15%

### 3.7 Manifestaciones clínicas de los síndromes folklóricos del área rural de la Región Lima 2007.

#### 3.7.1 Asociación de los síndromes folklóricos, según síntomas clínicos

Se observa que de los adultos que tuvieron “daño”, el 46.5% presentaron decaimiento, desgano y cansancio. Mientras que, los adultos que tuvieron “susto”, el 41.0% de manifestaron decaimiento, desgano y cansancio, seguidos de sueños intranquilos, insomnio, miedo y fobias, falta de ganas de comer y anorexia, tristeza, pena, depresión y pérdida de peso. De los adultos que tuvieron “mal de ojo”, el 50.9% presentaron decaimiento, desgano y cansancio, además de, falta de ganas de comer y anorexia, escalofríos, fiebre, miedo y fobias. Los que presentaron “mal de aire”, el 65.0%% indicaron sentir dolor de cabeza, seguido de náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, cólicos y dolor de huesos. De los adultos que indicaron tener “chucaque”, el 87.9% manifestaron dolor de cabeza y, el 34.24% sintieron escalofríos y fiebre. El 63.2% de los adultos que tuvieron “ataque de nervios” manifestaron tristeza, pena y depresión y, el 48.5% presentaron, miedo y fobias. De los adultos que presentaron “mal del corazón/convulsiones”, el 45.2% manifestaron miedo y fobias. De los adultos que indicaron tener “problemas de alcohol”, el 32% manifestaron falta de ganas de comer y anorexia y, el 27.4% tristeza, pena y depresión. Todas las manifestaciones clínicas mencionadas por los adultos ante un síndrome folklórico, presentaron significancia estadística como lo indica el análisis bivariado (Tabla 20).

Tabla 20. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Síntomas clínicos	Daño			Susto			Mal de ojo					
	(Prevalencia de vida)		IC 95%	P	(Prevalencia de vida)		IC 95%	P	(Prevalencia de vida)		IC 95%	P
	n	%			n	%			n	%		
Malestar general	206	52.8	(43.4 - 62.0)	ns	503	49.8	(42.9 - 56.8)	ns	89	50.3	(38.0 - 62.6)	ns
Decaimiento desgano, cansancio	176	46.5	(35.1 - 58.2)	*	430	41.0	(34.8 - 47.5)	***	94	50.9	(38.1 - 63.6)	*
Pérdida de peso	69	16.1	(11.6 - 22.0)	ns	126	15.9	(11.6 - 21.3)	***	27	19.2	(10.5 - 32.4)	ns
Nauseas, vómitos, diarrea	92	26.2	(19.2 - 34.7)	ns	284	25.8	(20.9 - 31.4)	ns	70	37.5	(24.9 - 52.1)	ns
Escalofríos, fiebre	32	10.5	(4.6 - 22.0)	ns	133	16.1	(12.0 - 21.2)	ns	27	26.0	(14.9 - 41.4)	*
Falta de ganas de comer, anorexia	61	17.7	(12.0 - 25.4)	ns	182	20.2	(15.5 - 26.0)	***	36	26.4	(17.8 - 37.3)	*
Sueños intranquilos, insomnio	120	30.1	(19.6 - 43.2)	ns	342	34.6	(29.0 - 40.5)	***	60	33.3	(24.6 - 43.3)	ns
Dolor de cabeza	200	50.7	(41.1 - 60.2)	ns	553	48.6	(41.3 - 56.0)	ns	119	64.0	(49.3 - 76.4)	ns
Dolor de huesos	75	17.5	(11.7 - 25.4)	ns	176	15.9	(12.2 - 20.4)	ns	34	21.7	(10.1 - 40.5)	ns
Tristeza, pena, depresión	50	14.6	(8.5 - 23.8)	ns	145	17.0	(12.6 - 22.4)	***	15	9.1	(4.4 - 18.0)	ns
Miedo, fobias	55	16.6	(9.8 - 26.8)	ns	260	22.6	(17.5 - 28.6)	***	20	8.0	(4.0 - 15.3)	*
Dolor abdominal, cólicos	83	24.3	(15.3 - 36.3)	ns	205	17.3	(13.0 - 22.7)	ns	35	13.5	(8.2 - 21.5)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 20. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Síntomas clínicos	Mal de aire (Prevalencia de vida)			P	Chucaque (Prevalencia de vida)			P	Ataque de nervios (Prevalencia de vida)			P
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
Malestar general	414	52.6	(46.9 - 58.3)	ns	35	65.0	(47.6 - 79.2)	ns	19	63.3	(32.1 - 86.3)	ns
Decaimiento desgano, cansancio	342	38.5	(32.1 - 45.3)	ns	35	47.4	(27.8 - 67.9)	ns	19	61.0	(29.7 - 85.3)	ns
Pérdida de peso	78	9.9	(6.9 - 14.0)	ns	12	22.7	(8.6 - 47.8)	ns	8	26.8	(6.6 - 65.4)	ns
Nauseas, vómitos, diarrea	330	38.1	(33.1 - 43.4)	***	28	44.7	(24.7 - 66.6)	ns	15	43.5	(14.5 - 77.8)	ns
Escalofríos, fiebre	114	16.2	(11.9 - 21.8)	ns	12	34.2	(14.5 - 61.5)	*	6	31.4	(6.4 - 75.4)	ns
Falta de ganas de comer, anorexia	138	18.1	(13.8 - 23.4)	ns	17	33.2	(16.3 - 55.9)	ns	11	28.2	(7.6 - 65.1)	ns
Sueños intranquilos, insomnio	219	26.0	(19.9 - 33.1)	ns	21	37.3	(18.4 - 61.0)	ns	16	47.8	(16.9 - 80.5)	ns
Dolor de cabeza	593	65.0	(58.6 - 70.9)	***	72	87.9	(53.8 - 97.8)	*	26	45.7	(18.0 - 76.4)	ns
Dolor de huesos	174	20.5	(16.4 - 25.2)	**	16	27.5	(12.5 - 50.2)	ns	6	7.2	(1.9 - 23.5)	ns
Tristeza, pena, depresión	97	13.4	(9.3 - 19.0)	ns	7	8.0	(2.2 - 25.2)	ns	17	63.2	(33.1 - 85.6)	***
Miedo, fobias	158	18.1	(13.1 - 24.4)	ns	10	14.5	(6.4 - 29.8)	ns	20	48.5	(18.9 - 79.1)	**
Dolor abdominal, cólicos	233	21.4	(16.8 - 27.0)	**	7	7.5	(2.7 - 18.7)	ns	10	33.7	(7.7 - 75.5)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 20. Análisis bivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Síntomas clínicos	Mal del Corazón/Convulsiones			P	Problemas de Alcohol			P
	(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%	
	n	%			n	%		
Malestar general	7	39.7	(12.7 - 74.7)	ns	43	46.5	(28.8 - 65.2)	ns
Decaimiento desgano, cansancio	5	25.1	(6.1 - 63.3)	ns	33	40.5	(24.9 - 58.3)	ns
Pérdida de peso	2	19.3	(3.4 - 61.8)	ns	9	17.1	(7.4 - 34.9)	ns
Nauseas, vómitos, diarrea	2	17.6	(2.7 - 61.8)	ns	30	36.9	(21.8 - 55.1)	ns
Escalofríos, fiebre	2	17.8	(2.8 - 61.8)	ns	9	10.2	(3.7 - 25.2)	ns
Falta de ganas de comer, anorexia	3	27.0	(6.7 - 65.7)	ns	24	32.0	(17.9 - 50.3)	*
Sueños intranquilos, insomnio	4	26.9	(6.7 - 65.4)	ns	22	23.2	(12.4 - 39.3)	ns
Dolor de cabeza	8	43.4	(14.2 - 78.0)	ns	40	52.3	(33.7 - 70.2)	ns
Dolor de huesos	2	19.3	(3.4 - 61.8)	ns	12	25.0	(10.0 - 49.9)	ns
Tristeza, pena, depresión	6	34.0	(10.1 - 70.3)	ns	19	27.4	(14.4 - 45.9)	*
Miedo, fobias	6	45.2	(14.8 - 79.7)	*	12	21.3	(10.0 - 39.6)	ns
Dolor abdominal, cólicos	2	16.9	(2.4 - 62.1)	ns	15	12.8	(6.1 - 24.8)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

### 3.7.2 Modelos de regresión logística.

Para analizar la fuerza de asociación de los factores (síntomas clínicos) según los síndromes folklóricos que resultaron significativos en el análisis bivariado, se realizaron análisis multivariados a través de regresiones logísticas. En cada caso, se retiraron las variables que no contribuían en el modelo ( $p > 0.05$ ), hasta quedarse con las más significativas, siendo la que se presenta en la tabla 21.

Los adultos que manifestaron haber sufrido de “daño”, tuvieron 2.17 mayor chance de manifestar los síntomas de decaimiento, desgano y cansancio, en comparación con los adultos que no lo presentaron.

Los adultos que tuvieron alguna vez “susto”, presentaron 8.31 mayor probabilidad de tener los síntomas de miedo y fobias, en comparación con los adultos que no lo presentaron. Además, 7.35 mayor chance de manifestar sueños intranquilos e insomnio, 5.32 mayor posibilidad de expresar tristeza, pena y depresión, 3.45 mayor chance de tener pérdida de peso, 2.43 mayor probabilidad de manifestar falta de ganas de comer, anorexia y 2.26 mayor chance de presentar decaimiento, desgano y cansancio, en comparación con los adultos que no lo tuvieron.

Los adultos que manifestaron haber sufrido “mal de ojo”, tuvieron 2.09 mayor posibilidad de presentar los síntomas de decaimiento, desgano y cansancio, 2.06 mayor chance de expresar escalofríos y fiebre y 2.02 mayor probabilidad de tener falta de ganas de comer, anorexia, en comparación con los adultos que no lo sufrieron.

Los adultos que presentaron alguna vez “mal de aire”, tuvieron 4.43 mayor chance de tener los síntomas de náuseas, vómitos y diarrea, en comparación con los adultos que no lo presentan. Además de, 4.01, 2.29 y 2.25 mayor probabilidad para presentar, respectivamente, dolor de cabeza, dolor abdominal y dolor de huesos, en comparación con los adultos que no lo presentaron.

Los adultos que manifestaron alguna vez “chucaque”, tuvieron 10.84 mayor probabilidad para presentar los síntomas de dolor de cabeza y 2.74 mayor chance de manifestar escalofríos y fiebre, en comparación con los adultos que no lo presentaron.

Los adultos que manifestaron haber sufrido de “ataque de nervios”, tuvieron 15.52 mayor chance de presentar tristeza, pena y depresión, en comparación con los adultos que no lo presentan.

Los adultos que manifestaron tener, alguna vez en sus vidas, “mal del corazón/convulsiones”, presentaron 7.86 mayor chance de tener el síntoma de miedo y fobias, en comparación con los adultos que no lo presentaron.

Los adultos que tuvieron alguna vez “problemas de alcohol”, presentaron 5.51 mayor probabilidad de tener el síntoma de tristeza, pena y depresión y, 3.37 mayor chance de presentar falta de ganas de comer y anorexia, en comparación con los adultos que no lo tuvieron.

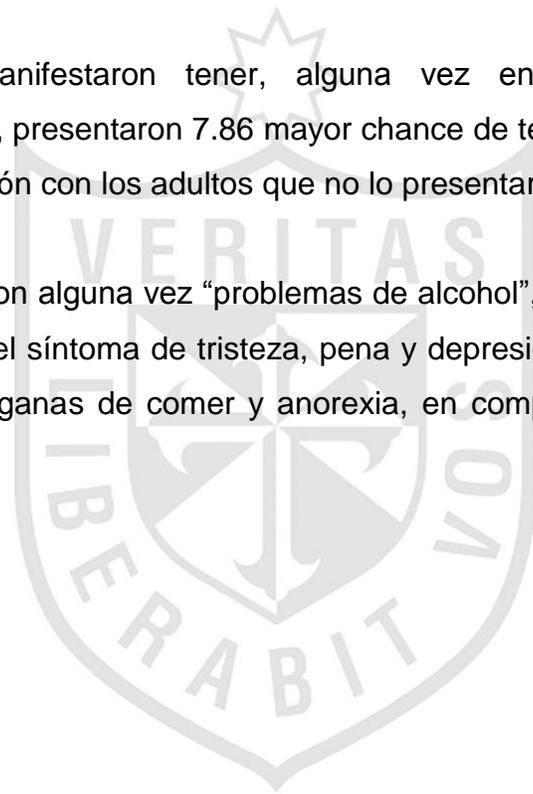


Tabla 21. Análisis Multivariado de los síndromes folklóricos según los síntomas clínicos en los adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Síntomas clínicos	OR Ajustada*	Intervalo de Confianza 95%		P
		Inferior	Superior	
<b>Dolor de cabeza</b>				
Mal de aire	4.01	2.60	6.19	.000
Chucaque	10.84	1.75	67.33	.011
<b>Decaimiento, desgano, cansancio</b>				
Daño	2.17	1.18	3.99	.013
Susto	2.26	1.63	3.13	.000
Mal de ojo	2.09	1.09	4.01	.026
<b>Nauseas, vómitos, diarrea</b>				
Mal de aire	4.43	2.68	7.31	.000
<b>Sueños intranquilos, insomnio</b>				
Susto	7.35	4.59	11.78	.000
<b>Falta de ganas de comer, anorexia</b>				
Susto	2.43	1.56	3.80	.000
Mal de ojo	2.02	1.04	3.92	.039
Problemas de alcohol	3.37	1.36	8.37	.009
<b>Dolor abdominal</b>				
Mal de aire	2.29	1.23	4.26	.009
<b>Miedo, fobias</b>				
Susto	8.31	4.16	16.61	.000
Mal de ojo	0.39	0.17	0.85	.018
Ataque de nervios	4.62	0.98	21.78	.053
Mal de corazón/convulsiones	7.86	2.34	26.43	.001
<b>Dolor de huesos</b>				
Mal de aire	2.25	1.22	4.15	.010
<b>Escalofríos, fiebre</b>				
Mal de ojo	2.06	1.05	4.04	.035
Chucaque	2.74	1.03	7.30	.043
<b>Tristeza, pena, depresión</b>				
Susto	5.32	3.03	9.35	.000
Ataque de nervios	15.52	4.79	50.32	.000
Problemas de alcohol	5.51	2.41	12.60	.000
<b>Pérdida de peso</b>				
Susto	3.45	1.87	6.38	.000

\*OR ajustada por el resto de variables incluidas en el modelo

### 3.8 Sistemas de salud acudidos por los adultos con síndromes folklóricos en el área rural de la Región Lima 2007.

#### 3.8.1 Prevalencia de acceso a los sistemas de salud

En los adultos de Lima Rural que presentaron alguna vez en su vida un síndrome folklórico, el 48.2% fueron atendidos en casa; mientras que el 34.6% por el curioso y, el 17.8% por el curandero, sumando estos dos últimos, sería el sistema más usado por los adultos con síndromes folklóricos. El 12.1% de los adultos manifestaron no haber sido atendidos por nadie (Tabla 22).

Tabla 22. Sistemas de salud a los que acuden los adultos con síndromes folklóricos del área rural de la Región Lima 2007.

Unidades del sistemas de salud	Muestra	Estimación	Intervalo de Confianza 95%	
	(Sin Ponderar)	%	Inferior	Superior
Curioso	553	34.6	30.2	39.3
Curandero	264	17.8	14.7	21.3
Santiguador	50	6.3 <sup>a</sup>	3.6	10.9
Brujo	31	1.5 <sup>a</sup>	1.0	2.5
Yerbero	31	1.3 <sup>a</sup>	0.8	2.0
Huesero	5	0.4 <sup>a</sup>	0.1	1.1
Comadrona	1	0.0 <sup>a</sup>	0.0	0.3
Medico	96	5.7 <sup>a</sup>	3.8	8.3
Psicólogo	3	1.0 <sup>a</sup>	0.2	5.7
Boticario	8	0.3 <sup>a</sup>	0.1	0.6
Sanitario	2	0.2 <sup>a</sup>	0.0	1.0
En Casa	775	48.2	42.9	53.5
Vecinos/Amigos	3	0.1 <sup>a</sup>	0.0	0.4
Familia	6	0.2 <sup>a</sup>	0.1	0.8
Religión	8	0.4 <sup>a</sup>	0.2	1.0
Otros	5	0.7 <sup>a</sup>	0.2	2.0
Nadie	203	12.1	9.3	15.6

<sup>a</sup> Con coeficiente de variación mayor a 15%

Si agrupamos a los sistemas de salud, tenemos que de los adultos que alguna vez en su vida tuvieron algún síndrome folklórico, acudieron el 58.0% al sistema folklórico, seguido de un 48.8% que acudieron a un sistema popular (en casa, vecinos/amigos, familia, religión u otros), el 12.1% no acudieron a nadie y un 7.1% de los adultos visitaron el sistema médico; sin embargo, éste último no es inferenciable por presentar  $cv > 15\%$  (Tabla 23).

Tabla 23. Sistemas agrupados de salud a los que acuden los adultos con síndromes folklóricos del área rural de la Región Lima 2007.

Sistema de salud	Muestra (Sin Ponderar)	Estimación %	Intervalo de Confianza 95%	
			Inferior	Superior
Sistema Folklórico	868	58.0	52.5	63.2
Sistema Médico	105	7.1 <sup>a</sup>	4.9	10.1
Sistema Popular	786	48.8	43.5	54.1
Ningún Sistema	203	12.1	9.3	15.6

<sup>a</sup> Con coeficiente de variación mayor a 15%

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: en casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie

### 3.8.2 Asociación de los sistemas de salud acudidos, según síndromes folklóricos

En la tabla 24, se observa que los adultos que presentaron “daño”, el 46.5% de los adultos optaron por acudir al curandero y, el 45.2% al curioso, seguidos de preferir ser atendidos en casa (36.2%). En el caso de los adultos que tuvieron “susto”, el 45.7% decidieron resolver su problema en casa; mientras que el 44.2% y el 16.6% acudieron al curioso y al curandero, respectivamente. De la misma manera, los adultos que tuvieron “mal de ojo”, el primer sistema acudido fue en casa (60.1%), seguido de la atención por el curioso (36.78%) y el curandero (22.6%).

En relación a los adultos que manifestaron “mal de aire”, el 69.7% acudió a resolver su problema en casa y, el 32.8% prefirió ir al curioso. Si bien, el 64.3% de los adultos

que tuvieron “chucaque”, también resolvieron su problema en casa, el 35.8% prefirió al curioso, y un 23.8% no acudió a nadie. Sobre, los adultos que presentaron “ataques de nervios”, el 28.3% se atendió con un psicólogo y el 15.5%, con un médico. De la misma manera, los adultos que tuvieron “problemas de alcohol”, el 65.0% no acudieron a nadie y, el 32.6%, al curandero. Mientras que el 74.7% de los adultos con el síndrome “mal del corazón/convulsiones”, acudieron al médico y, el 63.5% no acudió a nadie.

En el análisis bivariado de los sistemas agrupados de salud, se observa que el 89.2%, 67.7% y 78.6% de los adultos con “daño”, “susto” y “ataque de nervios”, respectivamente, acudieron al Sistema Folklórico. Además, mencionar que los adultos que presentaron “mal de ojo” y “mal de aire”, prefirieron mayormente acudir al Sistema Popular (en casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros). El 74.7% y el 43.5% de los adultos con “mal del corazón/convulsiones” y “ataque de nervios”, respectivamente, acudieron a un sistema médico para la resolución de su problema. Los adultos que tuvieron “problemas de alcohol”, el 65% prefirieron no acudir a ningún modelo (Tabla 25).

Tabla 24. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Unidades del Sistemas de salud	Daño			P	Susto			P	Mal de ojo			P
	(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%	
	n	%			n	%			n	%		
Curandero	161	46.5	(37.3 - 56.0)	***	171	16.6	(12.9 - 21.0)	***	50	22.6	(14.9 - 32.7)	***
Brujo	25	5.7	(3.4 - 9.2)	***	20	1.4	(0.8 - 2.5)	ns	5	1.7	(0.7 - 4.4)	ns
Santiguador	5	0.6	(0.2 - 1.8)	***	47	9.0	(5.0 - 15.7)	***	11	8.1	(3.3 - 18.6)	ns
Yerberero	9	1.7	(0.8 - 3.7)	*	25	1.7	(1.1 - 2.8)	***	7	2.7	(1.1 - 6.2)	***
Curioso	163	45.2	(33.2 - 57.7)	***	464	44.2	(38.6 - 49.9)	***	90	36.8	(26.3 - 48.7)	***
Huesero	1	0.1	(0.0 - 0.6)	ns	3	0.4	(0.1 - 1.7)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Comadrona	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	1	0.1	(0.0 - 0.5)	ns	1	0.3	(0.0 - 2.1)	***
Medico	28	6.9	(3.0 - 14.8)	ns	53	4.7	(2.6 - 8.3)	ns	27	7.3	(4.1 - 12.8)	*
Psicólogo	1	4.0	(0.6 - 22.0)	***	2	1.5	(0.2 - 8.5)	***	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Boticario	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	1	0.3	(0.0 - 1.8)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Sanitario	1	0.2	(0.0 - 1.4)	ns	5	0.3	(0.1 - 0.8)	ns	2	0.4	(0.1 - 1.9)	ns
En Casa	149	36.2	(27.1 - 46.4)	*	505	45.7	(39.2 - 52.4)	***	114	60.1	(49.0 - 70.2)	***
Vecinos/Amigos	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns	3	0.2	(0.1 - 0.6)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Familia	1	0.6	(0.1 - 4.1)	ns	4	0.3	(0.1 - 1.2)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Religión	2	0.6	(0.1 - 3.6)	ns	6	0.4	(0.1 - 1.3)	ns	0	0.0	(0.0 - 0.0)	ns
Otros	3	1.9	(0.4 - 7.7)	ns	3	0.6	(0.2 - 1.8)	ns	1	0.7	(0.1 - 4.7)	ns
Nadie	55	12.8	(8.1 - 19.7)	**	135	13.1	(9.7 - 17.5)	***	25	14.5	(6.1 - 30.4)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 25. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Sistema de Salud	Daño		P	Susto		P	Mal de ojo		P
	(Prevalencia de vida)			(Prevalencia de vida)			(Prevalencia de vida)		
	n	% IC 95%		n	% IC 95%		n	% IC 95%	
Sistema Folklórico	318	89.2 (82.7 – 93.5)	***	668	67.7 (61.4 – 73.5)	***	133	61.5 (44.9 – 75.8)	ns
Sistema Médico	30	11 (5.1 – 22.3)	ns	60	6.7 (3.9 – 11.2)	ns	28	7.6 (4.3 – 13.1)	ns
Sistema Popular	152	37.8 (28.4 – 48.2)	**	512	46.0 (39.4 – 52.7)	ns	114	60.1 (49.0 – 70.2)	*
Ningún modelo	55	12.8 (8.1 – 19.7)	ns	135	13.1 (9.7 – 17.5)	ns	25	14.5 (6.2 – 30.5)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: en casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie.

Tabla 24. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Unidades del Sistemas de salud	Mal de aire			P	Chucaque			P	Ataque de nervios			P
	(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%	
	n	%			n	%			n	%		
Curandero	112	13.2	(9.9 - 17.4)	<i>ns</i>	15	16.1	(6.5 - 34.8)	<i>ns</i>	11	22.0	(8.0 - 47.8)	<i>ns</i>
Brujo	14	1.4	(0.7 - 2.7)	<i>ns</i>	2	2.3	(0.5 - 10.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Santiguador	25	6.3	(2.6 - 14.5)	<i>ns</i>	5	3.8	(1.2 - 11.3)	<i>ns</i>	1	18.1	(2.6 - 65.1)	<i>ns</i>
Yerberero	19	1.4	(0.8 - 2.6)	*	1	0.3	(0.0 - 2.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Curioso	274	32.8	(26.3 - 39.9)	***	31	35.8	(20.6 - 54.6)	*	10	41.0	(12.3 - 77.5)	<i>ns</i>
Huesero	4	0.5	(0.1 - 1.9)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Comadrona	1	0.1	(0.0 - 0.5)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Medico	58	5.1	(3.2 - 8.0)	<i>ns</i>	4	3.8	(0.8 - 16.2)	<i>ns</i>	11	15.5	(5.0 - 39.3)	**
Psicólogo	2	1.7	(0.3 - 10.3)	***	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	1	28.3	(4.6 - 76.1)	***
Boticario	2	0.4	(0.1 - 2.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Sanitario	5	0.2	(0.1 - 0.6)	<i>ns</i>	1	0.6	(0.1 - 4.5)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
En Casa	613	69.7	(61.2 - 77.1)	***	51	64.3	(42.4 - 81.6)	***	23	51.9	(20.9 - 81.5)	<i>ns</i>
Vecinos/Amigos	1	0.1	(0.0 - 0.4)	*	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Familia	3	0.3	(0.1 - 1.5)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Religión	4	0.6	(0.2 - 1.6)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Otros	2	0.3	(0.1 - 1.3)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Nadie	120	12.6	(9.7 - 16.2)	***	9	23.8	(8.1 - 52.6)	*	14	14.0	(4.9 - 33.6)	<i>ns</i>

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 25. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Sistema de Salud	Mal de aire		P	Chucaque		P	Ataque de nervios		P
	(Prevalencia de vida)			(Prevalencia de vida)			(Prevalencia de vida)		
	n	% IC 95%		n	% IC 95%		n	% IC 95%	
Sistema Folklórico	404	50.1 (42.8 – 57.5)	***	44	49.8 (29.8 – 69.9)	ns	20	78.6 (57.2 – 91.0)	*
Sistema Médico	63	7.3 (4.4 – 11.9)	ns	5	4.4 (1.1 – 16.0)	ns	12	43.8 (14.3 – 78.4)	***
Sistema Popular	614	69.9 (61.3 – 77.2)	***	51	64.3 (42.4 – 81.6)	ns	23	51.9 (20.9 – 81.5)	ns
Ningún modelo	120	12.6 (9.7 – 16.2)	ns	9	23.8 (8.1 – 52.6)	ns	14	14 (5.0 – 33.6)	ns

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie.

Tabla 24. Búsqueda de atención en los distintos sistemas de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Unidades del Sistemas de salud	Mal del corazón/ convulsiones			P	Problemas de Alcohol			P
	(Prevalencia de vida)		IC 95%		(Prevalencia de vida)		IC 95%	
	n	%			n	%		
Curandero	3	9.6	(1.8 - 38.9)	<i>ns</i>	15	32.6	(15.5 - 55.9)	***
Brujo	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	3	1.8	(0.5 - 5.7)	<i>ns</i>
Santiguador	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Yerberero	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	3	2.0	(0.6 - 6.7)	<i>ns</i>
Curioso	6	31.8	(9.1 - 68.5)	<i>ns</i>	15	18.4	(9.5 - 32.5)	<i>ns</i>
Huesero	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Comadrona	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Medico	11	74.7	(35.3 - 94.1)	***	5	15.4	(3.4 - 48.3)	*
Psicólogo	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	1	0.2	(0.0 - 1.6)	<i>ns</i>
Boticario	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Sanitario	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	1	0.4	(0.1 - 3.1)	<i>ns</i>
Casa	7	31.1	(8.9 - 67.6)	<i>ns</i>	28	41.3	(24.7 - 60.1)	<i>ns</i>
Vecinos/Amigos	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Familia	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	1	0.2	(0.1 - 1.5)	<i>ns</i>
Religión	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Otros	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>	0	0.0	(0.0 - 0.0)	<i>ns</i>
Nadie	5	63.5	(28.1 - 88.5)	***	48	65.0	(43.1 - 82.1)	***

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Tabla 25. Búsqueda de atención en los distintos sistemas agrupados de salud según los síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Sistema de Salud	Mal del Corazón/convulsiones (Prevalencia de vida)		P	Problemas de Alcohol (Prevalencia de vida)		P
	n	%		n	%	
Sistema Folklórico	8	40.8 (13.1 – 75.9)	<i>ns</i>	29	47.9 (29.7 – 66.7)	<i>ns</i>
Sistema Médico	11	74.7 (35.3 – 94.1)	***	4	15.4 (3.4 – 48.3)	<i>ns</i>
Sistema Popular	7	31.1 (8.9 – 67.6)	<i>ns</i>	29	41.5 (24.8 – 60.3)	<i>ns</i>
Ningún modelo	5	63.5 (28.1 – 88.5)	***	48	65 (43.1 – 82.1)	***

p<0.05 \*, p<0.01\*\*, p<0.001 \*\*\*, ns: no significativo

Sistema Folklórico: curandero, brujo, santiguador, yerbero, curioso, huesero y comadrona.

Sistema Médico: médico, psicólogo, boticario, sanitario.

Sistema Popular: en casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros.

Ningún Sistema: nadie.

### 3.8.3 Modelos de regresión logística.

Para analizar la fuerza de asociación de los sistemas agrupados de salud según los Síndromes Folklóricos que resultaron significativos en el análisis bivariado, se realizaron análisis multivariados a través de regresiones logísticas. En cada caso, se retiraron las variables que no contribuían en el modelo, hasta quedar las más significativas, siendo la que se presentan en la tabla 26.

Los adultos que manifestaron el síndrome de “daño” tienen 15.59 mayor chance de acudir al Sistema Folklórico, seguido de aquellos que presentaron “susto” con 5.88 mayor probabilidad, de acudir al mismo sistema, en comparación con los adultos que no los presentaron.

Los adultos que manifestaron “mal de corazón/convulsiones” tuvieron 50 mayor chance de acudir al Sistema Médico y, los que tuvieron “ataque de nervios” tuvieron 12.43 mayor probabilidad, de acudir al mismo sistema, en comparación con los adultos que no los presentaron.

Los adultos que sufrieron de “mal de aire” tuvieron 7.22 mayor chance de acudir al Sistema Popular (en casa, vecinos/amigos, familia, religión, otros), en comparación con los adultos que no los presentaron.

Los adultos que manifestaron el síndrome “problemas de alcohol” tienen 17.79 mayor chance de no acudir a ningún sistema de salud, seguido de aquellos que presentaron “mal del corazón/convulsiones” con 13.18 mayor probabilidad de no acudir a nadie, en comparación con los adultos que no los presentaron.

Tabla 26. Predictores de búsqueda de atención en los sistemas agrupados de salud según los Síndromes Folkloricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Síndromes Folkloricos	OR Ajustada*	Intervalo de Confianza 95%		P
		Inferior	Superior	
<b>Sistema Folklorico</b>				
Daño	15.59	8.05	30.19	.000
Susto	5.88	3.64	9.50	.000
Mal de Aire	0.75	0.49	1.16	.195
Ataque de nervios	2.15	0.80	5.79	.129
<b>Sistema Medico</b>				
Ataque de nervios	13.48	2.58	70.50	.002
Mal del corazón/convulsiones	50.00	8.66	288.57	.000
<b>Sistema Popular</b>				
Daño	0.66	0.37	1.15	.142
Mal de Ojo	1.86	1.00	3.46	.051
Mal de Aire	7.22	4.26	12.22	.000
<b>Ningún Sistema</b>				
Mal del corazón/convulsiones	13.18	1.55	112.28	.018
Problemas de alcohol	17.79	7.18	44.05	.000

• OR ajustada por el resto de variables incluidas en el modelo

#### 3.8.4 Análisis de frecuencia sobre atención en su misma localidad según síndromes folkloricos.

Se observa, en general, que la mayoría de los síndromes folkloricos han sido atendidos en su misma localidad, destacándose en aquellos que manifestaron el síndrome “mal de aire”, los cuales, el 82.7% recibieron atención en el mismo lugar; sin embargo, en los adultos con “ataque de nervios” (78.7%) y “problemas de alcohol” (76.56%), en su mayoría, no recibieron atención en su localidad (Tabla 27).

Tabla 27. Adultos que recibieron atención en su misma localidad, según síndromes folklóricos del área rural de la Región Lima 2007.

Síndrome Folklórico	Recibió la atención en su misma localidad					
	Sí			No		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Daño	119	41.1	(29.1 - 54.2)	205	58.9	(45.8 - 70.9)
Susto	429	72.5	(63.1 - 80.2)	170	27.5	(19.8 - 36.9)
Mal de Ojo	70	75.3	(61.5 - 85.3)	35	24.7	(14.7 - 38.5)
Mal de Aire	129	82.7	(69.5 - 90.9)	48	17.3	(9.1 - 30.5)
Chucaque	14	78.3	(49.3 - 93.1)	9	21.7	(6.9 - 50.7)
Ataque de nervios	6	21.3	(4.3 - 62.1)	8	78.7	(37.9 - 95.7)
Mal del corazón/convulsiones	5	56.8	(17.5 - 89.0)	4	43.2	(11.0 - 82.5)
Problemas de Alcohol	5	23.4	(4.9 - 64.5)	8	76.6	(35.5 - 95.1)

3.8.5 Métodos diagnósticos usados por la persona que atendió a los adultos con algún Síndrome Folklórico.

Se observa que el 36.8% de los adultos que presentaron “daño”, como método diagnóstico fue la pasada de cuy. Al 53.5% de los adultos con “ataque de nervios”, al 26.6% con “susto”, al 27.7% con “mal de ojo”, al 20.4% con “chucaque” y, al 17.9% con “mal de aire”, se les pasó huevo. Al 74.1% de los que tienen “mal del corazón/convulsiones”, se les realizó examen médico; mientras que, al 23.7% de los adultos con “problemas de alcohol” se le jugó o leyó las cartas (Tabla 28).

Tabla 28. Métodos diagnósticos usados por la persona que atendió, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Métodos usados por la persona que atendió	Daño		Susto		Mal de Ojo		Mal de Aire	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Le tomó el pulso	46	12.1 (7.5 - 18.7)	126	13.2 (9.4 - 18.2)	15	8.7 (3.8 - 18.3)	99	14.2 (10.1 - 19.5)
Le pasó alumbre	12	2.7 (1.2 - 6.0)	24	3.1 (1.5 - 6.2)	5	3.4 (1.0 - 10.7)	15	1.8 (0.8 - 3.8)
Le pasó un huevo	72	24.1 (14.4 - 37.4)	212	26.6 (20.9 - 33.3)	59	27.7 (18.5 - 39.2)	113	17.9 (12.2 - 25.3)
Le pasó un cuy	148	36.8 (28.5 - 46.0)	246	23.4 (17.7 - 30.3)	49	19.3 (12.4 - 28.7)	147	17.7 (13.6 - 22.9)
Le jugó o leyó las cartas	94	33.0 (24.4 - 42.9)	58	5.3 (3.4 - 8.1)	15	6.3 (2.9 - 13.2)	39	5.5 (3.2 - 9.2)
Le puso una mesa o mesada	24	3.9 (2.2 - 6.9)	19	1.0 (0.5 - 1.8)	4	0.8 (0.2 - 2.7)	6	0.6 (0.2 - 1.7)
Usó hojas de coca	52	17.9 (10.4 - 29.1)	82	6.8 (4.1 - 11.1)	17	5.0 (2.1 - 11.5)	47	5.7 (2.7 - 11.9)
Le realizó un examen físico o análisis	32	8.1 (3.9 - 16.0)	80	9.0 (5.1 - 15.3)	31	9.8 (5.9 - 15.8)	74	8.8 (4.6 - 16.1)
Usó tabaco	18	8.5 (3.1 - 21.2)	37	4.1 (1.8 - 8.8)	7	3.4 (0.9 - 11.3)	22	4.0 (1.4 - 11.1)

Tabla 28. Métodos diagnósticos usados por la persona que atendió, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Métodos usados por la persona que atendió	Chucaque		Ataque de nervios		Mal del Corazón/Convulsiones		Problemas de Alcohol	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Le tomó el pulso	12	18.3 (8.0 - 36.4)	3	4.2 (0.9 - 16.8)	3	20.7 (4.0 - 61.8)	8	8.1 (3.3 - 18.2)
Le pasó alumbre	1	1.1 (0.2 - 8.0)	1	2.5 (0.3 - 17.7)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	1	0.7 (0.1 - 5.2)
Le pasó un huevo	18	20.4 (10.0 - 37.2)	5	53.5 (22.7 - 81.8)	1	7.7 (1.0 - 41.6)	6	7.4 (2.7 - 18.4)
Le pasó un cuy	7	3.1 (1.0 - 9.1)	12	45.3 (16.1 - 78.2)	2	4.2 (0.8 - 19.0)	13	12.8 (6.1 - 24.8)
Le jugó o leyó las cartas	7	8.8 (2.5 - 26.4)	4	5.4 (1.3 - 19.1)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	7	23.7 (8.5 - 50.9)
Le puso una mesa o mesada	2	0.7 (0.1 - 4.6)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	3	2.7 (0.7 - 10.1)
Usó hojas de coca	7	3.7 (1.2 - 11.3)	4	31.0 (6.0 - 75.8)	1	1.6 (0.2 - 12.1)	1	0.5 (0.1 - 3.8)
Le realizó un examen físico o análisis	10	9.1 (3.6 - 21.4)	9	8.3 (2.9 - 21.9)	10	74.1 (35.1 - 93.8)	6	14.7 (3.1 - 48.3)
Usó tabaco	1	0.0 (0.0 - 0.2)	2	30.8 (5.9 - 75.8)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	0	0.0 (0.0 - 0.0)

### 3.8.6 Intervenciones realizadas por la persona que atendió a los adultos con algún síndrome folklórico

Se observa que el rezo es la acción más frecuente realizada por las personas que atendieron a los adultos con “susto” (32.9%), “mal de aire” (23.6%) y “ataque de nervios” (57.8%). Para los adultos con “mal de ojo” (36.7%) fue la pasada de huevo lo más frecuente, seguido del rezo. El uso de cañazo para el 37.8% y la pasada de huevo para el 30.4% de los adultos con “chucaque” fueron las más frecuentes actividades. Para el 74.7% de los adultos con “mal de corazón/convulsiones”, recibir medicinas fue lo más frecuente (Tabla 29).

Tabla 29. Tratamiento usado por la persona que los atendió, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Intervenciones realizadas por la persona que atendió	Daño		Susto		Mal de Ojo		Mal de Aire	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Le puso una mesa o mesada	32	11.0 (6.0 - 19.3)	31	2.2 (1.3 - 3.6)	8	3.0 (0.9 - 9.3)	15	1.6 (0.8 - 3.3)
Le pasó las espadas	9	2.0 (0.6 - 6.8)	9	0.5 (0.2 - 1.6)	3	0.4 (0.1 - 2.5)	2	0.3 (0.0 - 1.8)
Le pasó varas	4	0.3 (0.1 - 1.3)	3	0.0 (0.0 - 0.3)	2	0.0 (0.0 - 0.2)	1	0.0 (0.0 - 0.0)
Le dio a tomar “San Pedro”, “Ayahuasca” u otras yerbas (daño por brujería)	99	32.0 (20.8 - 45.6)	169	16.2 (11.0 - 23.3)	30	14.6 (8.4 - 24.1)	122	17.5 (11.3 - 26.1)
Le dio un baño de flores	56	14.9 (10.0 - 21.6)	64	6.8 (4.2 - 10.6)	17	8.4 (4.0 - 16.8)	41	5.6 (3.2 - 9.7)
Le pasó un huevo	78	24.2 (14.6 - 37.3)	198	22.8 (18.4 - 28.0)	62	36.7 (26.8 - 47.9)	112	15.0 (10.8 - 20.5)
Le pasó un cuy (daño por brujería)	174	45.2 (34.2 - 56.7)	265	26.2 (20.5 - 32.9)	54	25.6 (16.5 - 37.5)	167	19.4 (15.6 - 23.9)
Le rezó	130	35.1 (26.5 - 44.7)	322	32.9 (26.8 - 39.6)	64	31.6 (21.3 - 44.2)	169	23.6 (17.5 - 31.0)
Le dio medicinas (de farmacia, botica, bodega u otro)	50	12.9 (7.7 - 20.9)	79	8.3 (4.5 - 14.7)	31	8.9 (5.1 - 14.8)	81	9.2 (5.0 - 16.3)
Uso de cañazo, aguardiente	71	17.8 (11.6 - 26.4)	193	18.4 (14.4 - 23.2)	37	22.6 (14.1 - 34.3)	152	15.8 (11.6 - 21.2)

Tabla 29. Tratamiento usado por la persona que los atendió, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Intervenciones realizadas por la persona que atendió	Chucaque		Ataque de nervios		Mal del corazón/ convulsiones		Problemas de Alcohol	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC95%
Le puso una mesa o mesada	3	5.5 (1.2 – 21.4)	0	0.0 (0.0 -0.0)	0	0.0 (0.0 -0.0)	5	15.8
Le pasó las espadas	1	0.0 (0.0 – 0.2)	0	0.0 (0.0 -0.0)	0	0.0 (0.0 -0.0)	0	0.0 (0.0 -0.0)
Le pasó varas	1	0.0 (0.0 – 0.2)	0	0.0 (0.0 -0.0)	0	0.0 (0.0 -0.0)	1	0.5 (0.1 - 3.8)
Le dio a tomar “San Pedro”, “Ayahuasca” u otras yerbas (daño por brujería)	13	19.1 (9.1 – 35.7)	7	40.4 (11.9 – 77.3)	4	27.8 (7.1 – 66.1)	8	15.8 (6.6 - 33.2)
Le dio un baño de flores	9	15.7 (6.7 – 32.5)	3	10.5 (2.4 – 36.0)	0	0.0 (0.0 -0.0)	0	0.0 (0.0 -0.0)
Le pasó un huevo	17	30.4 (14.6 – 52.7)	6	35.6 (9.1 – 75.3)	2	10.8 (2.0 – 41.1)	6	4.8 (1.8 - 11.9)
Le pasó un cuy (daño por brujería)	15	20.4 (10.0 – 37.1)	8	6.9 (2.2 – 20.0)	5	22.9 (5.1 – 62.5)	13	17.5 (7.9 - 34.3)
Le rezó	19	24.4 (12.1 – 43.2)	12	57.8 (25.7 – 84.4)	1	16.2 (2.2 – 62.5)	9	13.5 (6.1 -27.3)
Le dio medicinas (de farmacia, botica, bodega u otro)	5	4.1 (1.0 – 15.9)	4	17.0% (6.0 – 39.6)	11	74.7 (35.3 -94.1)	6	15.9 (3.7 - 48.1)
Uso de cañazo, aguardiente	26	37.8 (19.7 – 60.1)	7	35.4 (8.6 – 76.1)	4	8.1 (2.1 - 26.3)	14	16.0 (7.0 - 32.5)

### 3.8.7 Análisis de frecuencia cuyo problema se resolvió con la intervención realizada según síndromes folklóricos.

La mayoría de los adultos con algún Síndrome Folklórico resolvieron su problema con la intervención realizada. Así, se observa que la totalidad de adultos con “chucaque” y “mal del corazón/ convulsiones”, resolvieron sus problemas. Sin embargo, el 17.2% de los adultos con “ataque de nervios”, no pudieron resolver su problema con la intervención realizada (Tabla 30).

Tabla 30. Porcentaje de adultos cuyo problema se resolvió con la intervención realizada, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Síndrome Folklórico	Resolvió el problema con dicha intervención					
	Si			No		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Daño	282	90.0	(84.8 - 93.5)	45	10	(6.5 - 15.2)
Susto	579	91.1	(84.3 - 95.1)	38	8.9	(4.9 - 15.7)
Mal de Ojo	100	98.3	(95.0 - 99.4)	8	1.7	(0.6 - 5.0)
Mal de Aire	178	98.1	(95.6 - 99.2)	11	1.9	(0.8 - 4.4)
Chucaque	23	100.0	(0.0 - 100.0)	0	0.0	(0.0 - 0.0)
Ataque de nervios	11	82.8	(36.3 - 97.6)	3	17.2	(2.4 - 63.7)
Mal del corazón/convulsiones	11	100.0	(0.0 - 100.0)	0	0.0	(0.0 - 0.0)
Problemas de Alcohol	11	86.3	(43.0 - 98.1)	2	13.7	(1.9 - 57.0)

### 3.8.8 Análisis de frecuencia cuyo caso se derivó al médico según síndromes folklóricos.

Se observa que la mayoría de adultos con Síndromes Folklóricos no fueron derivados al médico. Sin embargo, el 74.7% de los adultos con “mal del corazón/convulsiones” se les derivó a un médico para resolver el problema; mientras que, en adultos con “problemas de alcohol”, solo el 36.5% fueron derivados a un médico (Tabla 31).

Tabla 31. Porcentaje de adultos cuyo caso se derivó al médico, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Síndrome Folklórico	Derivo al médico para resolver el problema					
	Si			No		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Daño	30	9.0	(4.0 - 19.2)	281	91.0	(80.8 - 96.0)
Susto	35	7.3	(3.6 - 14.4)	558	92.7	(85.6 - 96.4)
Mal de Ojo	2	0.8	(0.2 - 3.4)	94	99.2	(96.6 - 99.8)
Mal de Aire	14	10.3	(5.1 - 19.7)	145	89.7	(80.3 - 94.9)
Chucaque	1	1.2	(0.1 - 9.5)	20	98.8	(90.5 - 99.9)
Ataque de nervios	2	4.3	(0.6 - 25.9)	5	95.7	(74.1 - 99.4)
Mal del corazón/convulsiones	5	74.7	(23.9 - 96.5)	8	25.3	(3.5 - 76.1)
Problemas de Alcohol	3	36.5	(9.8 - 75.2)	8	63.5	(24.8 - 90.2)

3.8.9 Análisis de frecuencia de las razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o centro de salud según síndromes folklóricos.

En general, se observa que existe un alto porcentaje de adultos cuya razón de no ir al médico o centro de salud es “porque el médico desconoce sobre estos problemas”, siendo los adultos que tuvieron “mal del corazón/convulsiones” (75.3%) los más frecuentes en argumentar esta razón (Tabla 32).

Tabla 32. Razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o un centro de salud, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Razón por la que no acudió al médico o centro de salud para resolver el problema	Daño		Susto		Mal de Ojo		Mal de Aire	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Sólo podía ser resuelto por estas personas	54	17.7 (10.8 - 27.7)	114	11.1 (7.7-15.6)	18	9.5 (4.6-18.4)	65	10.1 (6.2-16.2)
También podía ser resuelto por el médico, pero prefirió a estas personas	14	8.4 (3.4 - 19.3)	21	3.9 (1.7 - 8.8)	6	3.9 (1.5-9.3)	8	3.1 (0.9-10)
Ir al médico era más costoso	29	6.3 (3.7 -10.5)	72	5.8 (4.0 - 8.2)	19	7.0 (3.8 - 12.3)	68	7.5 (5.0 -11.2)
El médico desconoce sobre estos problemas	226	61.6 (51.6 - 70.6)	563	59.1 (53.5 - 64.5)	113	60.6 (47.6- 72.3)	470	54.4 (48.4 -60.3)
Por tradición familiar	65	16.2 (10.3 - 24.4)	205	18.6 (14.3 - 23.9)	52	33.1 (21.2 - 47.5)	197	25.5 (18.8 -33.6)

Tabla 32. Razones por las cuales los adultos no acudieron a un médico o un centro de salud, según síndromes folklóricos en adultos del área rural de la Región Lima 2007.

Razón por la que no acudió al médico para resolver el problema	Chucaque		Ataque de nervios		Mal del Corazón/ convulsiones		Problemas de Alcohol	
	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%	n	% IC 95%
Sólo podía ser resuelto por estas personas	3	4.7 (0.9 - 20.9)	6	33.4 (7.4 - 75.9)	0	0.0 (0.0 - 0.0)	4	4.9 (1.2 - 18.3)
También podía ser resuelto por el médico, pero prefirió a estas personas	0	0.0 (0.0 - 0.0)	2	28.4 (4.7 - 76.1)	2	10.6 (2.0 - 40.4)	1	0.8 (0.1 - 5.5)
Ir al médico era más costoso	6	7.3 (2.2 - 21.3)	9	19.6 (7.0 - 44.1)	4	34.2 (9.9 -70.9)	9	13.5 (6.0 -27.3)
El médico desconoce sobre estos problemas	41	69.6 (51.7 - 83.1)	16	41.4 (15.3 - 73.5)	7	75.3 (44.3 - 92.1)	28	51.1 (33.0 -68.9)
Por tradición familiar	25	38.9 (19.4 - 62.6)	7	10.9 (4.1 - 26.0)	4	10.4 (2.5 - 33.9)	4	1.5 (0.5 - 4.7)

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN

#### IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DEL ÁREA URBANA Y RURAL DE LA REGIÓN LIMA

El área rural de la Región Lima, presentó mayor población que tuvo alguna vez en su vida algún síndrome folklórico (n=1529), respecto a Lima Metropolitana y Callao (n=1212) y, viceversa, la población que no manifestó presentar síndrome folklórico fue mayor en el área urbana (n=3204) que rural (n=1006).

En el área urbana, hubo más mujeres que manifestaron tener algún síndrome folklórico que en el área rural; sin embargo, en ambos lugares, la mayoría de los casos fueron mujeres. Los casados y convivientes, fueron los que más presentaron síndromes folklóricos, que los demás estados civiles, por lo que encontrarse en una situación relacional podría generar mayor vulnerabilidad, pues converge el conocimiento tradicional de ambos miembros de la pareja.

En ambas áreas, urbana y rural, de la Región Lima, los adultos, con edades comprendidos entre 25 y 44 años de edad, presentaron más casos de síndromes folklóricos. La edad promedio del área urbana fue de 42.9 años y la rural, de 45.1 años.

En el área urbana, tener estudios de nivel secundario y superior, universitario o no, fueron las características más frecuente (80%); en cambio, en el área rural, lo fue tener nivel primario y secundario (87%), coincidiendo con el resultado del estudio español, en el que encuentran asociación estadística entre hispanoamericanos con menor nivel educativo y el síndrome folklórico “susto”.<sup>9</sup> Los adultos con prevalencia de vida de síndrome folklórico y nivel superior, en el área rural, solo llegó a bordear el 10%. En relación a la población que no presentó ningún síndrome folklórico, en el

área urbana, el 43.3% tenía estudios superiores, y en la rural, el 11.2%, ambas, cifras superiores a sus correspondientes con síndrome folklórico de las dos áreas.

Sobre la ocupación, en el área urbana, ser trabajador(a) independiente, seguido de ser empleado(a), fueron las principales labores de los adultos que presentaron alguna vez síndrome folklórico. De la misma forma, en el área rural, el trabajo independiente, seguido de ser obrero(a) fueron los más frecuentes. Con respecto a los adultos sin síndrome folklórico, ser empleado, en el área urbana y, ser trabajador independiente, en el área rural, fueron los más frecuentes. El ser empleado en el sector público y/o privado, requiere de un perfil con alta calificación, alejándose de creencias y costumbres populares.

Respecto a la lengua materna, la mayoría, el 88.2% en el área urbana y, el 97.6% en el área rural de la Región Lima, tienen como lengua materna al castellano. En ambos lugares, tanto los que manifestaron síndrome folklórico, como los que no los presentaron, menos del 10% tuvieron como lengua materna el quechua, aymara u otras lenguas. En relación a esta característica, podría considerarse que el conocimiento de un idioma distinto al castellano, no lo acerca más a un síndrome folklórico.

En relación al área urbana, la mitad de la población nació en Lima; mientras que en el área rural, fue el 93.9%. La misma prevalencia se observó, respectivamente, en aquellos que no tuvieron ningún síndrome folklórico.

El tiempo de residencia, entre 26 a 45 años, tanto en el área urbana como en el rural, fue más frecuente. De la misma manera, se observa en aquellos adultos que no presentaron síndromes folklóricos.

Mientras que, en el área urbana, solo el 30% de los adultos que presentaron síndromes folklóricos, eran pobres y pobres extremos, en el área rural, más de la mitad de la población adulta con prevalencia de vida para síndrome folklórico, lo era.

## IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME FOLKLÓRICO EN ADULTOS DEL ÁREA URBANA Y RURAL DE LA REGIÓN LIMA

En el área urbana y rural de la Región Lima, los síndromes folklóricos estuvieron presentes en los adultos del estudio, destacándose el “susto”, como síndrome más prevalente, en ambas áreas. Esto coincide con los estudios de ciudades de la sierra peruana, en Ayacucho y Huaraz <sup>3</sup> y, en la selva, en la ciudad de Bagua.<sup>10</sup> De la misma manera, en el estudio español, el síndrome “susto”, es el más reconocido por los hispanoamericanos residentes en España.<sup>9</sup>

El síndrome “chucaque”, en el área urbana, se encuentra segundo en prevalencia, caso contrario a lo hallado en el área rural, que es el síndrome “mal de aire”, el que sigue a “susto”. En el estudio de las ciudades de la Costa Peruana, Piura, Trujillo, Chimbote, Ica, Arequipa, Tacna y Tumbes, se encuentran que, el “chucaque”, es el más prevalente,<sup>13</sup> coincidiendo con lo hallado en el área urbana de la Región Lima.

Para ambas áreas, urbana y rural, el síndrome “daño”, es el tercero, presentado por los adultos, en frecuencia. Sin embargo, en el estudio de cinco ciudades de la selva peruana, específicamente en Iquitos y Bagua, “daño” fue lo más prevalente. <sup>10</sup>

## IDENTIFICAR LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS CON SUS RESPECTIVOS SÍNDROMES FOLKLÓRICOS DEL ÁREA URBANA Y RURAL DE LA REGIÓN LIMA.

Dentro de las manifestaciones clínicas, en el área urbana y en el área rural, destacaron dolor de cabeza, malestar general y, decaimiento, desgano y cansancio como síntomas más prevalentes entre los adultos que manifestaron algún síndrome folklórico. Asimismo, en el estudio de cinco ciudades de la selva y cuatro ciudades de la sierra peruana, los síntomas y signos expresados dentro de los síndromes folklóricos fueron inespecíficos como sueño intranquilo, insomnio, malestar general, cefalea, cansancio, entre otros.<sup>3,10</sup> De la misma manera, en la zona urbana y rural de Chiloé, los síntomas clínicos fueron diversos y dependientes de las personas

evaluadas.<sup>11</sup> Por otro lado, las manifestaciones clínicas en la población boliviana variaban en función a la gravedad, localidad y al síndrome relacionado.<sup>14</sup> Esto debido a que se desarrollaron, desde sus orígenes y, en toda su extensión, diversidad de culturas dentro de la cultura andina, como por ejemplo, los quechuas en el norte o los aymaras en el sur.<sup>22</sup> Es importante mencionar, que en ambas áreas de la Región Lima, luego de los síntomas clínicos descritos, les siguen náuseas, vómitos, diarrea, miedo y fobias, tristeza, pena y depresión, sueños intranquilos e insomnio, pérdida de peso, escalofríos y fiebre, dolor de huesos, dolor abdominal y cólicos, falta de ganas de comer y anorexia, todos estadísticamente significativos. Y en el área urbana, además, ansiedad, desesperación y angustia, irritabilidad o cólera, también con significancia estadística y coeficiente de variación < 15%.

En relación a los adultos que tuvieron el síndrome “daño”, en el área urbana, tuvieron mayor chance de manifestar pérdida de peso, dolor de hueso, dolor abdominal, tristeza, pena, depresión, sueños intranquilos, insomnio, decaimiento, desgano y cansancio; mientras que en el área rural, la mayor probabilidad solo fue con los síntomas decaimiento, desgano y cansancio, en comparación con los adultos que no lo presentaron. Esto se relaciona, a lo descrito por la Guía Latinoamericana del Diagnóstico Psiquiátrico-Versión Revisada (GLADP-VR), en el cual, el “daño”, también conocido como brujería, en el Perú, se presenta con síntomas físicas y psicológicas inespecíficas, entre las que se encuentran, debilidad, cansancio, pesadillas, miedo angustia, además de dolores musculares y óseos y manifestaciones digestivas como dolores de estómago, falta de apetito y pérdida de peso.<sup>27</sup>

Sobre el síndrome “susto”, aquel adulto que lo tuvo alguna vez, en el área urbana y rural, presentó mayor probabilidad de tener miedo, fobias, sueños intranquilos e insomnio, pérdida de peso, decaimiento, desgano y cansancio, en comparación con aquellos que no lo presentaron. Además, para el adulto con “susto” del área urbana, se encuentra con mayor chance de presentar, escalofríos y fiebre y, en el área rural, tristeza, pena y depresión, falta de ganas de comer y anorexia. Los síntomas se

encuentran relacionados a aspectos emocionales, como lo encontrado en el estudio en la población boliviana, en el que clasifican al “susto” dentro de los síndromes afectivos de influencia mítica, presente en campesinos de zonas rurales y en aquellos que se urbanizaron, cuyas manifestaciones son las quejas físicas y la sensación de desvitalización.<sup>14</sup> De la misma manera en Guatemala, las manifestaciones psicológicas encontradas en el “susto”, fueron sentimientos de culpa, ataque de pánico, insomnio, desorientación, inseguridad, delirio de persecución, entre otros síntomas.<sup>12</sup> Sin embargo, es importante señalar que también encontraron, para “susto”, manifestaciones físicas como gastritis, cólicos biliares, vómitos, náuseas, vértigo, inapetencia, dolores articulares, dolor de cabeza, parálisis facial y epilepsia,<sup>12</sup> síntomas que no tuvieron significancia estadística en nuestro estudio. Finalmente, en Chile, las personas que presentaron “susto” o “espanto” o “pesar”, tuvieron síntomas como llanto recurrente, alteraciones del sueño, tristeza, inapetencia, “los nervios”, la pérdida de memoria, miedo, conducta de evitación, temor a lugares, visión de espíritus y alucinaciones auditivas, además de otras manifestaciones físicas.<sup>11</sup> La GLADP-VR, señala que es el miedo intenso, el generador de la “pérdida del alma”, incluyéndolo como síntoma, además de, agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía.<sup>27</sup>

En relación al síndrome “mal de ojo”, los adultos que manifestaron sufrirlo, en el área urbana, presentaron mayor probabilidad de tener los síntomas náuseas, vómitos, diarrea, en comparación con aquellos que no lo sufrieron. Esto mantiene similitud con lo descrito en la GLADP-VR que el “mal de ojo”, originada por la “mirada fuerte”, presenta vómitos, diarrea, llanto e intranquilidad, entre otras manifestaciones.<sup>27</sup> Mientras que, en el área rural, los adultos que manifestaron haber sufrido de “mal de ojo”, tuvieron mayor chance de presentar decaimiento, desgano y cansancio, síntomas que difieren de lo hallado para los adultos con “mal de ojo” del área urbana. Sin embargo, se encontró en ambas áreas que, este síndrome presentaba mayor chance de manifestar falta de ganas de comer, anorexia, escalofríos y fiebre. Importante mencionar que se hallaron registros de síntomas polimorfos, en una comunidad campesina en México y, que dentro de las más frecuentes, fueron los

dolores de cabeza y estómago, problemas en los ojos, vómitos, cansancio, falta de apetito y de energía.<sup>35</sup>

En relación al “mal de aire”, en el área urbana, los adultos que lo presentaron alguna vez, tuvieron mayor chance de tener dolor de huesos, miedo y fobias; mientras que, en el área rural, los adultos que presentaron “mal de aire”, tuvieron mayor chance de tener náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolor abdominal, cólicos y dolor de huesos, en comparación con los adultos que no lo presentaron. Lo hallado difiere sobre la manifestación básica del “mal de aire”, siendo la parálisis facial lo más prevalente, seguido de jaqueca, dolores corporales, parestesias y parálisis de las extremidades, tortícolis.<sup>1</sup> De la misma manera, en Chile, los síntomas más frecuentes fueron la parálisis facial, tullimiento de miembros del cuerpo, dolores de cabeza, debilidad en el cuerpo, entre otros.<sup>11</sup> Esta diferencia se debe a que en el cuestionario, dentro de los síntomas clínicos, no se encuentra las palabras parálisis ni parestesias.<sup>50</sup>

En el síndrome “chucaque”, en el área urbana y rural, el síntoma de dolor de cabeza, es el que presenta mayor chance de asociación con este síndrome. Además, para el área urbana, dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea, y para el área rural, escalofríos y fiebre, son los que presentan mayor probabilidad de asociarse con este síndrome. Lo hallado, coincide con lo descrito por el poblador andino, quien manifiesta el dolor de cabeza, como síntoma principal, relacionado a eventos traumáticos y estrés en el hogar.<sup>36</sup> Seguido de náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal difuso, decaimiento, falta de ánimo e irritabilidad,<sup>1,27</sup> síntomas que se encuentran asociados, según nuestros hallazgos, en los adultos que alguna vez presentaron “chucaque” en el área urbana.

Sobre el “ataque de nervios”, los adultos, en el área urbana, que manifestaron haberlo sufrido, tuvieron mayor chance de presentar los síntomas ansiedad, desesperación, angustia, tristeza, pena y depresión, irritabilidad o cólera, miedo y fobias, sueños intranquilos e insomnio, ganas de comer y anorexia, dolor de hueso,

decaimiento, desgano y cansancio, pérdida de peso y malestar general, en comparación con los que no han sufrido. Sin embargo, en el área rural, los adultos que lo presentaron, tuvieron mayor probabilidad de presentar tristeza, pena y depresión. Estos resultados, coincide con lo descrito en Puerto Rico, que “ataque de nervios”, se presenta como una pérdida de control en varias áreas de la persona.<sup>38</sup> Incluso relacionado al estrés, la cólera, el desequilibrio emocional, y la baja autoestima.<sup>27</sup> Otras manifestaciones relacionadas son, los gritos sin control, ataques de llanto, dificultad para respirar, mareos, sensación que la mente se queda “en blanco” y, entumecimiento o sensaciones de hormigueo.<sup>33</sup>

Los adultos que manifestaron tener alguna vez en sus vidas, “mal del corazón/convulsiones”, en el área urbana, presentaron mayor chance de presentar los síntomas de sueños intranquilos, insomnio, ansiedad, desesperación y angustia, en comparación con los adultos que no lo presentaron. Esto se relaciona con lo descrito en el estudio de la sierra peruana, en el cual los síntomas de ansiedad, depresión, síntomas conversivos y disociativos se encontraron como parte de este síndrome.<sup>3</sup> Pero, frente a otro estudio peruano, se describe que en la época precolombina y virreinal, este síndrome se acompañaba de la presencia de ataque de gran mal, temblor, convulsiones, atontamiento y expresiones como “tonto explosivo”.<sup>41</sup> Los síntomas hallados en el área rural, fueron miedo y fobias, los que tuvieron mayor probabilidad de asociarse a “chucaque”.

En relación a “problemas de alcohol”, en el área urbana, los adultos que lo tuvieron alguna vez, presentaron mayor probabilidad de tener los síntomas de pérdida de peso, ansiedad, desesperación, angustia, sueños intranquilos, insomnio y malestar general, en comparación con los adultos que no tuvieron. Mientras que los síntomas tristeza, pena, depresión, falta de ganas de comer y anorexia, se hallaron asociados tanto al área urbana como rural. En este punto, se relaciona a los síntomas del alcoholismo crónico, descrita en la Asociación Psiquiátrica Americana, solo diferenciándose en su origen, pues para la visión tradicional, el “problema de

alcohol”, es generado por el “daño” social o víctima, de familiares o amigos cercanos.<sup>28, 40</sup>

Es importante destacar, que las manifestaciones clínicas, referidas por el adulto que presentó algún síndrome folklórico, son aquellas que expresó tener cuando se le preguntó por el síndrome que padeció.

#### IDENTIFICAR LOS SISTEMAS DE SALUD ACUDIDOS POR LOS ADULTOS CON SÍNDROME FOLKLÓRICO EN EL ÁREA URBANA Y RURAL DE LA REGIÓN LIMA.

Los adultos del área urbana que alguna vez en su vida presentaron síndrome folklórico, fueron atendidos cerca de la mitad, por el curandero y el curioso, seguidos de la atención en casa y, una quinta parte manifestó no haber sido atendidos por nadie. Esto se evidencia en análisis de los sistemas agrupados de salud, en el cual, el sistema folklórico fue el modelo más utilizado, siendo similar a lo encontrado en el estudio en Ayacucho, en el cual, los síndromes folklóricos, solo pueden ser tratados por los curanderos, especialistas tradicionales que comprenden mejor la condición cultural.<sup>7</sup> De la misma manera, en el área rural, más de la mitad de los adultos que alguna vez en su vida presentaron síndrome folklórico fueron atendidos por el curioso y el curandero, seguido de la atención en casa, encontrándose en el sistema agrupado de salud, en el área rural, al sistema folklórico, como el más utilizado.

Sobre la prevalencia de atención, según un tipo de elemento de un sistema de salud, relacionado a un síndrome folklórico, en el área urbana, fueron el curandero y el curioso, los más frecuentemente acudidos, para “daño”, “susto” y “mal de ojo”. De la misma manera, en el área rural, los adultos con síndromes de “daño” y “susto”, acudieron al curandero y curioso. Sin embargo, en el caso de “susto” en el área rural, los adultos acudieron primero al curioso. Esto se relaciona a lo hallado en el estudio de la selva peruana, siendo el brujo-curandero el que trató “daño”; mientras que el curioso, intervino más en los síndromes de “susto”, “mal de ojo” y “mal de aire”.<sup>10</sup> Se debe destacar las diferencias entre el curandero y el curioso; mientras que el

curandero, presenta sus cualidades desde el nacimiento y encaminado para desarrollar sus habilidades curanderil-espiritual, toda su vida y perteneciendo al nivel de curanderos mayores;<sup>42</sup> el curioso, forma parte del grupo de curanderos menores, proveniente de personas comunes, que se encuentra en pleno proceso de formación, ejerciendo sus conocimientos por necesidad e impulsado por miembros de su familia.<sup>51</sup> Esta distinción, hace del curioso, en relación al curandero, por la cercanía familiar y por su mayor accesibilidad, el más visitado. Para la atención del “mal de ojo”, “mal de aire” y “chucaque”, tanto en el área urbana como rural, la atención en casa fue lo más frecuente. Esto difiere con el estudio de la selva peruana, en el cual “mal de ojo” y “mal de aire” eran visto por el curioso y el santiguador.<sup>10</sup> Sin embargo, para los síndromes “ataque de nervios” y “problemas de alcohol”, en el área urbana, prefirieron no acudir a nadie; mientras, que en el área rural, para “ataque de nervios” se acudió a un psicólogo y, para “problemas de alcohol”, se mantuvo el no acudir a nadie. Finalmente, para los adultos que presentaron “mal del corazón/convulsiones”, la asistencia al médico fue lo más prevalente, tanto en el área urbana como rural.

En el análisis bivariado, considerando los sistemas agrupados de salud, tenemos al modelo Folklórico, que en el área urbana, es el más utilizado por los adultos que presentaron “daño”, “susto” y “mal de ojo”. De la misma manera, en el área rural, los adultos con “daño” y “susto”, acudieron más frecuentemente a este tipo de sistema. Similar resultado lo obtuvo el estudio Chileno, siendo el síndrome “susto”, el más visto por el sistema folklórico<sup>11</sup> Sin embargo, difieren a lo encontrado en el estudio español, en el cual, los hispanoamericanos recomendaban ante “susto”, un sistema médico, como la atención por psiquiatras o psicólogos para solucionar el problema.<sup>9</sup> El sistema Médico, en el área urbana, fue visitado más frecuentemente, por aquellos que presentaron “mal del corazón/convulsiones”. Este resultado es similar a lo encontrado en el área rural, que ante “mal del corazón/convulsiones” y “ataque de nervios”, es mayor la probabilidad de acudir al sistema médico. Sobre el sistema popular, conformado por aquellos que intervienen en casa, vecinos, amigos, familiares, religiosos u otros, fueron los adultos con ataque de nervios y problemas de alcohol, del área urbana, que lo prefirieron. Esto difiere a lo hallado en el área

rural, siendo los adultos que tuvieron “mal de ojo” y “mal de aire”, los que acudieron más. Los adultos, en el área urbana, que presentaron, “ataque de nervios” y Problemas de alcohol prefirieron no acudir a ningún modelo de salud. Sin embargo, en el área rural, fueron los adultos que tuvieron “problemas de alcohol” que no acudieron a nadie.

En el análisis multivariado, los adultos que manifestaron “daño” y “susto”, en el área urbana y rural, tuvieron mayor chance de acudir al sistema folklórico, en comparación con los adultos que no los presentaron. Además, en el área urbana, el “mal de ojo”, también tuvo mayor asociación con este sistema. Mientras que “chucaque” y “mal de aire”, en el área urbana, tuvieron mayor probabilidad de acudir al sistema popular, similar a lo encontrado en el área rural, en el cual los adultos que sufrieron de “mal de aire” prefirieron este sistema. En el área urbana y rural, los adultos que manifestaron “mal del corazón/convulsiones” y “ataque de nervios” tuvieron mayor chance de acudir al sistema médico. Los adultos que presentaron “problemas de alcohol”, manifestaron mayor chance de no acudir a ningún sistema tanto en el área urbana como rural.

En el área urbana y rural, la atención en la misma localidad, fue lo más frecuente, en adultos que presentaron síndromes folklóricos, con excepción de “mal de ojo”, en el área urbana y, “ataque de nervios” y “problemas de alcohol”, en el área rural, cuya atención no fue en el mismo lugar. Esto podría explicitar, la gran accesibilidad a los sistemas tradicionales en la localidad del adulto que presentó alguna vez en su vida algún síndrome folklórico.

Sobre los métodos usados para el diagnóstico de los síndromes folklóricos, tanto en el área urbana y rural, en adultos que tuvieron “daño”, destacó la pasada de cuy; mientras que para los síndromes “susto” y “mal de ojo”, fue la pasada de huevo. Además, en el área rural, éste último método, se utilizó con más frecuencia en “chucaque” y “mal de aire” Solo los síndromes “mal del corazón/convulsiones” y “problemas de alcohol”, la realización de un examen físico o análisis fue lo más

frecuente que se hizo. En el área rural, para adultos con “mal de corazón/convulsiones” el método diagnóstico principalmente utilizado fue la realización de un examen físico; sin embargo, para “problemas de alcohol”, la lectura de carta, fue la forma diagnóstica más usada. En el estudio de la selva peruana, los métodos de diagnóstico encontrado fueron diversos y variados.<sup>10</sup>

En el área urbana, para tratamiento en un adulto con síndrome folklórico, el rezo, la pasada de cuy y la pasada de huevo fueron las actividades más frecuentes realizadas por las personas que atendieron a los adultos con síndromes folklóricos; con excepción, en aquellos adultos que manifestaron “ataque de nervios” y “problemas de alcohol”, que el tratamiento estuvo basado en medicinas. En estos dos últimos síndromes folklóricos, se observa, en sus intervenciones, la influencia de la cultura occidental.<sup>26</sup> Sin embargo, en todos los demás síndromes, la visión mágico-religiosa, característica de la medicina precolombina, es lo predominante.<sup>41</sup> En el área rural, el rezo (57.8%), es la acción más frecuente usada por las personas que atendieron a los adultos con “susto”, “mal de aire” y “ataque de nervios”; mientras que, en los adultos con “mal de ojo” fue la pasada de huevo, lo más frecuente. El uso de cañazo destacó como tratamiento para adultos que tuvieron “chucaque”; sin embargo, en los adultos con “mal de corazón/convulsiones”, fue recibir medicinas, lo más frecuente. Para el estudio de la selva peruana, el tratamiento usado, también, fue diverso y variado.<sup>10</sup> El uso de sustancias psicótropas es lo común entre los curanderos, por lo que plantas y drogas y, todo lo proveniente de la naturaleza, forman parte del arsenal terapéutico.<sup>26</sup>

En el área urbana, la mayoría de los adultos que presentaron algún síndrome folklórico resolvieron su problema con la intervención realizada. De la misma manera, en el área rural, la resolución del problema fue mayoritaria. Se debe considerar que, la persona que busca a un sistema de salud, y sobre todo el sistema folklórico, lo busca con la confianza y esperanza que le brinda la tradición y sus creencias. El curandero utilizando el factor sugestivo y el “eros psicoterapéutico” hacia su paciente,

modifica el área comprometida, le ofrece una distinta posibilidad de adaptación y solución de problemas que tiene que ver con la vida relacional familiar y comunal. <sup>26</sup>

En el área urbana y rural, la derivación a un sistema médico no fue lo usual, solo en el síndrome “mal de corazón/convulsiones” la derivación se realizó a más de mitad de los adultos que lo presentaron. También se realizó la derivación a la tercera parte de los adultos que tuvieron “problemas de alcohol”. Mientras, que para el área urbana, la derivación de solo un tercio de los adultos que tuvieron “ataque de nervios”, fue realizada.

Dentro de las razones por la que no se acudió a un médico o centro de salud, en el área urbana, destacó, el ser su intervención de “tradicción familiar”. Este argumento, difiere en lo encontrado en el área rural, mencionando no ir a un centro de salud porque el “médico desconoce sobre estos problemas”. Esto se respalda en lo hallado en el estudio cualitativo chileno, que encontraron que casi la mitad de los profesionales de salud, desconocían sobre síntomas y efectos de los síndromes folklóricos o culturales, y aunque la mayoría llegó atender a un paciente con estos síndromes, sentían no estar capacitados para tratarlos, pues no se encontraba estos temas dentro de su formación académica; sin embargo, llegaron a manifestar la posibilidad de complementar la intervención con sanadores tradicionales.<sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

1. Ser mujer, nacer en Lima, tener estudios secundarios, encontrarse dentro de 25 y 44 años de edad, ser trabajador independiente, tener lengua materna castellano, tener tiempo de residencia entre 26 a 45 años, no ser pobre, en el área urbana, y ser pobres, en el área rural, son las características más frecuentes en los adultos que presentaron alguna vez en su vida algún síndrome folklórico, en ambas áreas de la Región Lima.
2. Los síndromes folklóricos forman parte de la cultura de nuestra población, tanto en el área urbana como rural de la Región Lima, siendo el síndrome “susto”, la más prevalente, en ambas áreas.
3. Las manifestaciones clínicas más frecuentes, en el área urbana y rural, fueron dolor de cabeza, malestar general, decaimiento, desgano y cansancio. Se encontró con el análisis multivariado, que los síndromes folklóricos tuvieron mayor probabilidad de presentar determinados síntomas clínicos. Así, en el área urbana, el síndrome “daño” presentó mayor chance de tener pérdida de peso, el “susto”, miedo y fobias, el “mal de ojo”, náuseas, vómitos y diarrea, el “mal de aire”, dolor de hueso, el “chucaque”, dolor de cabeza, el “ataque de nervios” y “problemas de alcohol”, ansiedad, desesperación y angustia, mientras que el “mal del corazón/convulsiones” sueños intranquilos e insomnio. En el área rural, los síndromes “daño” y “mal de ojo”, decaimiento, desgano y cansancio, el “susto”, y “mal del corazón/convulsiones”, miedo y fobias, el “mal de aire”, náuseas, vómitos y diarrea, el “chucaque”, dolor de cabeza y, los síndromes “ataque de nervios” y “problemas de alcohol”, tristeza, pena y depresión.
4. La población del estudio, reconoce e integra en el conocimiento popular a los síndromes folklóricos y, acude a diversos sistemas de salud cuando considera que presenta una de ellas. La relación entre los sistemas agrupados de salud y un síndrome folklórico, evidencia la preferencia de los adultos, siendo, para el área urbana y rural, el sistema folklórico, el más usado. En ambas áreas destaca la participación del curandero y el curioso.

## RECOMENDACIONES

1. Es importante continuar con estudios epidemiológicos que incorporen preguntas sobre síndromes folklóricos, así como la elaboración de estudios correlacionales de factores específicos, incluyendo los sociodemográficos, para disponer de información sobre nuestra realidad y plantear políticas públicas relevantes para la población.
2. Conocer sobre los síndromes Folklóricos y el saber tradicional, es una necesidad en nuestro sistema de salud, debido a su práctica actual, cotidiana y cercana a la población de la Región Lima, por lo que debe incluirse en la malla curricular de las universidades e institutos públicos y privados que forman profesionales de salud.
3. Integrar en los sistemas de salud de la Región Lima, aquellas prácticas que pudieran ser aplicadas con cierto rigor científico y, usado por el sistema folklórico, rescatando, de esta manera, la cultura y la familiaridad en determinadas prácticas, de la población.
4. Resaltar el trabajo, sobre temas relacionados con síndromes folklóricos. de los curanderos y curiosos, como elementos de un sistema tradicional y complementario y de mayor accesibilidad para la población,

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Valdivia O. Hampicamayoc. Medicina Folklórica y sus Substrato aborigen en el Perú. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1986.
2. Pérez P. Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la acción. Sevilla: Desclée De Brouwer; 2004.
3. Bernal E. Síndrome Folklóricos en cuatro ciudades de la Sierra del Perú. Anales de Salud Mental 2010; 26 (1): 39-48.
4. Medina E. La medicina tradicional o popular. Revista de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak 1984; 1:155-156.
5. Instituto Nacional de Salud Mental. “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental 2008; 24 (1-2):1-247.
6. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe General. Anales De Salud Mental 2013; 29 (1).
7. Bejarano I. Lo culto y lo popular, medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales 2004;(24): 13-22.
8. Pariona W. Salud y enfermedad en Ayacucho: La Medicina Tradicional en el escenario del siglo XXI”. Tesis de Doctorado. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014 (Citado el 15 de setiembre del 2015). Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4082>.
9. Durà-Vilà G, Hodes M. Cross-cultural study of idioms of distress among Spanish nationals and Hispanic American migrants: susto, nervios and ataque de nervios. Soc. Psychiatry Epidemiol. 2012; 47: 1627-1637.
10. Bernal E. Estudio Epidemiológico y Síndromes Folklóricos en cinco ciudades de la Selva peruana. Anales de Salud Mental. 2010; 26 (1): 49-57.
11. Ibacache J, Leighton A, Torres M, Izquierdo C, Mosalve D, Duarte C, et al. Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto y

- Corriente de Aire. 1ª edición. Chiloé: Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud de Chiloé; 2010. p. 262.
12. Médicos Descalzos. Xib'rikil. Consecuencias de un Susto para la Salud. En: Chávez C, editora. Documento de trabajo N° 1. El Quiché: Programa de Salud Mental Médicos Descalzo; 2007.
  13. Instituto Nacional de Salud Mental. "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental. 2007; 22 (1-2):1-226.
  14. Hollweg MG. Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural. Investigación en Salud (Internet). 2003 (Citado el 20 de abril del 2015); 5 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200106>.
  15. Bepali Y. Conceptos populares en salud mental en Uruguay. Rev. psiquiatr.Urug. 1989; 54 (318): 197-211.
  16. Ardon RC, Rubel AJ, O'Neill CW, Murray RH. A folk illness (susto) as an indicator of real illness. Lancet. 1983; 2:1362.
  17. Salaverry, O. Interculturalidad en Salud. Revista Peruana Médica Experimental en Salud Pública. 2010; 27 (1): 80-93.
  18. Sharon D, Bussmann R. Medicina Tradicional y Medicina Moderna en México y Perú: Valoración y Explotación. En: Millones L, Limón S, editores. Por la mano del hombre. Prácticas y creencias sobre chamanismo y curandería en México y Perú. 1ª ed. Lima: Asamblea Nacional de Rectores; 2014. p. 425-458.
  19. Ozejo C. Nosografía de la Medicina Tradicional Peruana según la Determinación Histórico-Sicosocial. (Internet). En: III Congreso Iberoamericano de Medicina Rural y Atención Primaria de la Salud; 1982 setiembre 5-11; Lima. MINSA; Lima, 1982 (Citado el 23 de setiembre del 2015). Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1111\\_MINSA1393-3.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1111_MINSA1393-3.pdf).
  20. Cintrón JA, Carter MM, Sbrocco T. Ataques de nervios in relation to anxiety sensitivity among Island Puerto Ricans. Cult Med Psychiatr 2005; 29: 415-431.
  21. Jilek WG. Culturally related syndromes. En: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC, editores. New York; Oxford University Press; 2004. p. 1061–1066.

22. Aguirre G. Medicina y Magia. El Proceso de aculturación en la estructura colonial. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1992. p. 389.
23. Reyes A. Algunos aspectos de la Psiquiatría Folklórica Hondureña. Rev. Médica Hondur (internet). 1984 (citado el 11 de enero del 2015); 52: 41-5. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1984/pdf/Vol52-1-1984-7.pdf>
24. Peretti L. Las “Enfermedades Culturales”, La Etnopsiquiatría y los Terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scrta ethnologica*. 2010; 32:17-28.
25. Alarcón RD. ¿Psiquiatría Folklórica, Etno-Psiquiatría o Psiquiatría Cultural?. Examen Crítico de la Perspectiva de Carlos Alberto Seguí. *Rev Lat Am de Psiquiatría (Internet)*. 2005 (Citado el 5 de marzo del 2015]; 5:8-15. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc7159.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7159.pdf) .
26. Seguí CA. Psiquiatría Folklórica. Introducción a la Psiquiatría Folklórica. (Internet). Lima: Remar; 1988 (actualizado el 13 de octubre del 2011; citado el 6 de Marzo del 2015). Disponible en: [https://www.scribd.com/fullscreen/68676531?access\\_key=key-1ha8v3iut95lvfqqcvx9&allow\\_share=true&escape=false&view\\_mode=scroll](https://www.scribd.com/fullscreen/68676531?access_key=key-1ha8v3iut95lvfqqcvx9&allow_share=true&escape=false&view_mode=scroll).
27. Rodríguez L, Galindo J. Síndromes Culturales. En: Sección de Diagnóstico y Clasificación APAL, editores. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico-Versión Revisada. 1ª ed. Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”; 2015. p. 365-382.
28. Seguí CA, Gastelumendi E. Psiquiatría Folclórica. En: Perales A, Zambrano MS, Mendoza A, Vásquez-Caicedo G, editores. Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. 1ª ed. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. p. 398-405.
29. Villaseñor SJ. La Psiquiatría Cultural en América Latina. *Salus Online (Internet)*. 2009 (Citado el 19 de abril del 2015); 13:3-16. Disponible en: [http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/psiquiatria\\_cultural\\_la.pdf](http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/psiquiatria_cultural_la.pdf)
30. Sal y Rosas F. “El Mito de Jani o susto de la Medicina Indígena del Perú”. *Revista de la Sanidad de la Policía*. 1958; 18: 167-210.

31. Rubel AJ Epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America. *Ethnology* 1964; 3: 268-83.
32. Rubel AJ, O'Neill CW. Difficulties of presenting complaints to physicians: Susto illness as an example. *Bull Pan Am Health Org* 1979; 13: 134-38.
33. Asociación Psiquiátrica Americana. Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. En: Asociación Psiquiátrica Americana, editores. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -Versión revisada. 4º ed. Washington DC: 2000. p. 1009.
34. Idoyaga A. Las Manifestaciones del Mal de Ojo en Iberoamérica. Reflexión crítica sobre la posibilidad de orígenes indoamericanos. *Scripta Ethnológica*. 2013; 35: 109-222.
35. Palacios De Westendarp, P. Conocimientos y prácticas médicas en una comunidad campesina, Querétaro: Centro de Estudios Antropológicos Universidad Autónoma de Querétaro; 1986. p. 180.
36. Brooks BB. Chucaque and social stress among Peruvian highlanders. *Med Anthropol Q*. 2014; 28(3):419-39.
37. Guarnaccia PJ. Ataques de nervios in Puerto Rico: culture-bound syndrome or popular illness? *Med Anthropol*. 1993; 15(2):157-70.
38. Guarnaccia PJ, Rivera M, Franco F, Neighbors Ch. The experiences of Ataques de nervios: Towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1996; 20 (3):343-367.
39. Cruz-Campos G. Concepción y evolución histórica de la epilepsia en el Perú precolombino y Virreinato. *Rev. Neurol*. 1998; 27: 862-866.
40. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4 th ed. Washington DC: APA; 2001.
41. Frisancho O. Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica. *Acta Med Per*. 2012; 29 (2): 121-127.
42. Arroyo, M. El Maestro-curandero en el Perú: Antecedentes históricos de su aparición y su importancia en el siglo XXI. *Sociedad y Discurso* (internet). 2004 (Citado el 29 de abril del 2015); (6): 1-30. Disponible en: [journals.aau.dk/index.php/sd/article/download/786/606](http://journals.aau.dk/index.php/sd/article/download/786/606).

43. Instituto Nacional de Salud Mental. "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. 2003; 19 (1-2):1-216.
44. Instituto Nacional de Salud Mental. "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental. 2005; 21 (1-2):1-214.
45. Mariátegui J. Federico Sal y Rosas. Semblanza y Vigencia. Revista de Neuropsiquiatría. 1999; 62: 109-118.
46. Raga F. Etnopsiquiatría como mediación intercultural. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción. 2014; 15 (40): 290-300.
47. Vidal EH, Montoya CJ, Fuentes CL, Vidal HJ. El Hombre: objetivo de la psiquiatría y su aspectos antropológicos básicos. MEDISAN (Internet). 2011 (Citado el 15 de setiembre del 2015); 15 (7): 1027-1033. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192011000700019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000700019&lng=es).
48. Pereyra-Elias R, Fuentes D. Medicina tradicional versus medicina científica ¿En verdad somos tan diferentes en lo esencial?. Acta Med Per. 2012; 29 (2): 62-63.
49. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud (Internet). 2015 (citado el 12 de agosto del 2015). Disponible en: [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/).
50. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental 2009; 25 (1):1-259.
51. Delgado Sumar H. Los "curiosos" en la medicina Tradicional. Huamanga: Cuadernos de Investigación n° 11; 1989.

## ANEXO

Anexo 1: Instrumento de medición basado en el cuestionario del Estudio Epidemiológico de Salud Integral en Lima Metropolitana y el Callao-Replicación 2012.

### MODULO SOCIOCULTURAL CUESTIONARIO

Persona Nº		Nombre y apellidos:										
<b>ENTREVISTADOR(A): ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS LETRAS CORRESPONDIENTES A LAS RESPUESTAS POSITIVAS</b>		DAÑO POR BRUJERÍA	SUSTO	MAL DE OJO, OJEADO	AIRE (MAL DE AIRE)	CHUCAQUE	ATAQUE DE NERVIOS	ATAQUE MAL DEL CORAZON - CONVULSIONES	PROBLEMAS DE ALCOHOL	OTRO.....	ESTRÉS	TRAUMA
<b>1. ¿HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ EN SU VIDA.....?</b>  <b>ENTREVISTADOR(A): SI NO HA CODIFICADO, PASE A P13.1</b>		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>2. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO....?</b>		AÑOS										
		MESES										
		DÍAS										
<b>3. ¿EN QUE CONSISTIERON LAS MOLESTIAS DE.....?</b>		<i>a. Malestar general</i>										
		<i>b. Decaimiento, desgano, cansancio</i>										
		<i>c. Tristeza, pena, depresión</i>										
		<i>d. Ansiedad, desesperación, angustia</i>										
		<i>e. Pérdida de peso</i>										
		<i>f. Nauseas, vómitos, diarrea</i>										
		<i>g. Escalofríos, fiebre</i>										
		<i>h. Falta de ganas de comer, anorexia</i>										
		<i>i. Sueños intranquilos, insomnio</i>										
		<i>j. Dolor de cabeza</i>										

	<i>k. Dolor de huesos</i>	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k
	<i>l. Irritabilidad o cólera</i>	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l
	<i>m. Miedo, fobias</i>	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	<i>n. Obsesiones, ideas repetitivas</i>	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	<i>o. Palpitaciones</i>	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
	<i>p. Impotencia sexual</i>	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p
	<i>q. Palpitaciones, dolor al corazón</i>	q	q	q	q	q	q	q	q	q	q	q
	<i>r. Trastornos de la mente, locura</i>	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
	<i>s. Convulsiones</i>	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s
	<i>t. Mala suerte</i>	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t
	<i>u. Descuido en su higiene y arreglo personal</i>	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u
	<i>v. Dolor abdominal, cólicos</i>	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
	<i>w. Mala digestión</i>	w	w	w	w	w	w	w	w	w	w	w
	<i>x. Otros? (Especifique)</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	<i>y. Felicidad – Alegría</i>	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
	<i>z. Ira</i>	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
	<i>aa. Rechazo – Aversión</i>	aa	aa	aa	a a	a a	aa	aa	aa	aa	aa	aa
<b>4. ¿CUANTAS VECES HA TENIDO USTED EL MISMO PROBLEMA?</b>	<b>NÚMERO DE VECES</b>											
<b>5. ¿CUÁNTO TIEMPO DURÓ ESE PROBLEMA LA ÚLTIMA VEZ?</b>	<b>AÑOS</b>											
	<b>MESES</b>											
	<b>DÍAS</b>											
<b>ENTREVISTADOR(A): ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS LETRAS CORRESPONDIENTES A LAS RESPUESTAS POSITIVAS</b>		<b>DAÑO POR BRUJERÍA</b>	<b>SUSTO</b>	<b>MAL DE OJO, OJEADO</b>	<b>AIRE (MAL DE AIRE)</b>	<b>CHUCAQUE</b>	<b>ATAQUE DE NERVIOS</b>	<b>ATAQUE MAL DEL CORAZÓN - CONVULSIONES</b>	<b>PROBLEMAS DE ALCOHOL</b>	<b>OTRO .....</b>	<b>ESTRÉS</b>	<b>TRAUMA</b>
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>
<b>6. ¿A QUIÉN ACUDIÓ?</b>	<i>a. Curandero</i>	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a

	<i>b. Brujo</i>	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	
	<i>c. Santiguador o rezador</i>	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	
	<i>d. Yerbero</i>	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	
	<i>e. Curioso</i>	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	
	<i>f. Huesero, sobador</i>	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	
	<i>g. Comadrona</i>	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	
	<i>h. Médico</i>	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	
	<i>i. Psicólogo</i>	i	i	i	i	i	i	i	i	i	i	i	
	<i>j. Boticario o farmacéutico</i>	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	
	<i>k. Lo resolví en casa (Pase a sgte. fila o a P12)</i>	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	
	<i>l. Sanitario</i>	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	
	<i>m. No acudió a nadie (Pase a sgte. fila o P12)</i>	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	<i>n. Otro agente (o persona) de medicina popular (Especifique).....</i>	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	
	<i>o. Otros? (Especifique).....</i>	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
<b>7. ¿RECIBIO LA ATENCION EN SU MISMA LOCALIDAD?</b>	<b>SI = 1 NO = 0</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>8. ¿QUE MÉTODO UTILIZÓ LA PERSONA O PERSONAS PARA SABER LO QUE USTED TENÍA?</b>	<i>a. Le tomó el pulso</i>	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	
	<i>b. Le pasó alumbre</i>	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	
	<i>c. Le pasó un huevo</i>	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	
	<i>d. Le pasó un cuy</i>	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	
	<i>e. Le jugó o leyó las cartas</i>	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	
	<i>f. Le puso una mesa o mesada</i>	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	
	<i>g. Usó hojas de coca</i>	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	
	<i>h. Le realizó un examen físico o análisis</i>	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	
	<i>i. Usó tabaco</i>	i	i	i	i	i	i	i	i	i	i	i	i
	<i>j. Otros? (Especifique).....</i>	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j

9. ¿QUÉ ACCIONES REALIZÓ LA PERSONA QUE LO ATENDIÓ PARA CURAR EL....	a. Le puso una mesa o mesada	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	b. Le pasó las espadas	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b
	c. Le pasó varas	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c
	d. Le dio a tomar "San Pedro", "Ayahuasca" u otras yerbas	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
	e. Le dio un baño de flores	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
	f. Le pasó un huevo	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f
	g. Le pasó un cuy	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g
	h. Le rezó	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h
	i. Le dio medicinas (de farmacia, botica, bodega u otro)	i	i	i	i	i	i	i	i	i	i	i
	j. Uso cañazo, aguardiente	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j
	z. Otros? (Especifique)..... .....	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z	z
10. SE RESOLVIÓ EL PROBLEMA CON DICHA INTERVENCIÓN	SI = 1 NO = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11. DERIVÓ ESTA PERSONA AL MÉDICO PARA RESOLVER EL PROBLEMA (SI FUE ATENDIDO POR MÉDICO PASE A P13)	SI = 1 NO = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12. ¿PORQUÉ NO ACUDIÓ A UN MÉDICO O A UN CENTRO DE SALUD PARA RESOLVER EL PROBLEMA?	a. Sólo podía ser resuelto por estas personas	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	b. También podía ser resuelto por el médico, pero prefirió a estas personas	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b
	c. Ir al médico era más costoso	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c
	d. El médico desconoce sobre estos problemas	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
	e. Por tradición familiar	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
	f. Otros? (Especifique)..... .....	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f

<b>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDE</b>		Nervios	Angustia	Tristeza o depresión	Locura	Mala suerte	Protección	Víctima de Infidelidad	Amarres	Ataques del corazón - convulsiones	Problemas de alcohol	Estrés	Trauma
<b>13.1. ¿HA TENIDO USTED O SU FAMILIA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?</b>	<b>SI = 1</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<b>NO = 0</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

13. ¿DÓNDE SUELE RESOLVER O DONDE RESOLVERIA UD. Y SU FAMILIA LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

<b>TARJETA 29</b>	Nervios	Angustia	Tristeza o depresión	Locura	Mala suerte	Protección	Víctima de Infidelidad	Amarres	Ataques del corazón - convulsiones	Problemas de alcohol
a. Curandero?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b. Brujo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c. Yerbero?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d. Santiguador o rezador?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e. Curioso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f. Huesero o sobador?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g. Otro sanador (agente o persona) de medicina folklórica o popular? <i>Especifique</i> .....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....										
h. Médico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
i. Psicólogo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
j. Boticario o farmacéutico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
k. Otro profesional de salud? <i>(Especifique)</i> .....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....										
l. Ninguna?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
m. Otros? <i>(Especifique)</i> .....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....										
.....										

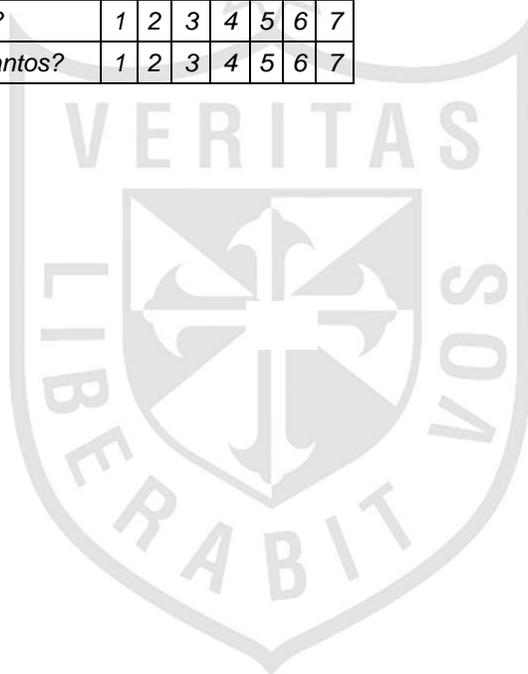
14. ANTE SITUACIONES MUY DIFÍCILES COMO PROBLEMAS DE LA SALUD, ECONÓMICOS, FAMILIARES U OTROS, ¿EN QUIÉN PIENSA EN PRIMER LUGAR PARA QUE ESTO SE RESUELVAN? (acepte una sola respuesta)

En Dios?	1
En su grupo religioso?	2
En el brujo, curandero, santiguador?	3
En el médico o institución de salud?	4

Vecinos?	5
Familiares?	6
Autoridades?	7
Otros? _____	88
<i>(Especifique)</i>	

15. ¿EN QUÉ GRADO O MEDIDA CREE USTED QUE INFLUYE EN LOS ACTOS DE SU VIDA DIARIA.....?

TARJETA 1							
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NO RESPONDE	NO APLICA
a. La suerte?	1	2	3	4	5	6	7
b. La creencia en Dios?	1	2	3	4	5	6	7
c. La creencia en los santos?	1	2	3	4	5	6	7





4. ¿CUANTAS VECES HA TENIDO USTED EL MISMO PROBLEMA?	NÚMERO DE VECES									
5. ¿CUÁNTO TIEMPO DURÓ ESE PROBLEMA LA ÚLTIMA VEZ?	AÑOS									
	MESES									
	DÍAS									
ENTREVISTADOR(A): ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS LETRAS CORRESPONDIENTES A LAS RESPUESTAS POSITIVAS		DAÑO POR BRUJERÍA	SUSTO	MAL DE OJO, OJEADO	AIRE (MAL DE AIRE)	CHUCAQUE	ATAQUE DE NERVIOS	ATAQUES-CONVULSIONES	PROBLEMAS DE ALCOHOL	OTRO.....
		A	B	C	D	E	F	G	H	I
6. ¿A QUIÉN ACUDIÓ?	a. Curandero	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	b. Brujo	b	b	b	b	b	b	b	b	b
	c. Santiguador o rezador	c	c	c	c	c	c	c	c	c
	d. Yerbero	d	d	d	d	d	d	d	d	d
	e. Curioso	e	e	e	e	e	e	e	e	e
	f. Huesero, sobador	f	f	f	f	f	f	f	f	f
	g. Comadrona	g	g	g	g	g	g	g	g	g
	h. Médico	h	h	h	h	h	h	h	h	h
	i. Psicólogo	i	i	i	i	i	i	i	i	i
	j. Boticario o farmacéutico	j	j	j	j	j	j	j	j	j
	k. Lo resolví en casa (Pase a sgte. col. o a P12)	k	k	k	k	k	k	k	k	k
	l. Sanitario	l	l	l	l	l	l	l	l	l
	m. No acudió a nadie (Pase a sgte. col. o P12)	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	n. Otro agente (persona) de medicina popular (Especifique).....	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	o. Otros? (Especifique).....	o	o	o	o	o	o	o	o	o
7. ¿RECIBIO LA ATENCION EN SU MISMA LOCALIDAD?	SI = 1 NO = 0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. ¿QUE MÉTODO UTILIZÓ LA PERSONA O PERSONAS PARA SABER LO QUE USTED TENÍA?	a. Le tomó el pulso	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	b. Le pasó alumbre	b	b	b	b	b	b	b	b	b
	c. Le pasó un huevo	c	c	c	c	c	c	c	c	c
	d. Le pasó un cuy	d	d	d	d	d	d	d	d	d
	e. Le jugó o leyó las cartas	e	e	e	e	e	e	e	e	e



	f. Otros? (Especifique).....	f	f	f	f	f	f	f	f	f
<b>Regrese a P2 para sgte. columna marcada</b>										

13. ¿DÓNDE SUELE RESOLVER O DONDE RESOLVERÍA SU FAMILIA LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

<b>TARJETA 29</b>	Nervios	Angustia	Tristeza o depresión	Locura	Mala suerte	Protección	Infidelidad	Amarres	Ataques - convulsiones	Problemas de alcohol
a. Curandero?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b. Brujo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c. Yerbero?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d. Santiguador o rezador?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e. Curioso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f. Huesero o sobador?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g. Otro agente de medicina popular (folklorica)? Especifique.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h. Médico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
i. Psicólogo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
j. Boticario o farmacéutico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
k. Otro profesional de salud? (Especifique).....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
l. Ninguna?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
m. Otros? (Especifique).....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. ANTE SITUACIONES MUY DIFÍCILES COMO PROBLEMAS DE LA SALUD, ECONÓMICOS, FAMILIARES U OTROS, ¿EN QUIÉN PIENSA EN PRIMER LUGAR PARA QUE ESTO SE RESUELVAN? (acepte una sola respuesta)

a. En Dios?	1
b. En su grupo religioso?	2
c. En el brujo, curandero, santiguador?	3
d. En el médico o institución de salud?	4
e. Vecinos?	5
f. Familiares?	6
g. Autoridades?	7
h. Otros?	88
_____ (Especifique)	

15. ¿EN QUÉ GRADO O MEDIDA CREE USTED QUE INFLUYE EN LOS ACTOS DE SU VIDA DIARIA.....?

TARJETA 1							
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NO RESPONDE	NO APLICA
a. La suerte?	1	2	3	4	5	6	7
b. La creencia en Dios?	1	2	3	4	5	6	7
c. La creencia en los santos?	1	2	3	4	5	6	7

