

EL CHACHO (ALCANZO, HAPIRUZQA), SÍNDROME CULTURAL ANDINO: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO TRADICIONAL EN AYACUCHO, PERÚ

Dante R. Culqui^{1,4,a}, Simy Reátegui^{2,4,b}, Omar V. Trujillo^{3,4,a}, Carol Zavaleta^{1,c}, Neptalí Cueva^{1,b}, Luis A. Suárez-Ogno^{3,5,a}

RESUMEN

Objetivos. Conocer el cuadro clínico, formas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan el síndrome conocido como chacho y cuál es su prevalencia sentida en cinco distritos de Ayacucho. **Materiales y métodos.** Estudio cuali-cuantitativo, que incluyó dos grupos de participantes, el primero (95) fueron pobladores o familiares de éstos, que alguna vez en su vida presentaron chacho, el segundo grupo (11) constituido por curanderos de cada comunidad. **Resultados.** El chacho (alcanzo, *hapiruzqa* en quechua), se considera como una enfermedad de origen mágico, caracterizada por presentar fiebre, malestar general, rechazo a algunos derivados lácteos y carne de chanco; en la mayoría de los pacientes se menciona el antecedente de descanso cercano a un cerro o dormir en el suelo (tierra). El tiempo de duración de la enfermedad fue menor de una semana en promedio y se evidenció que el tratamiento incluye, el consumo de gasolina, creso, kerosene, así como el *pagapo* (pago a la tierra). El consumo de medicamentos agrava la condición de salud del paciente. La prevalencia sentida varió entre 9,1 a 38,0 casos por mil habitantes y la mortalidad sentida entre 3,8 a 16,8 por diez mil habitantes. **Conclusiones.** El chacho es un síndrome cultural vigente, que debe ser reconocido y abordado por el personal de salud, brindándonos así la oportunidad, de armonizar los conocimientos ancestrales de la medicina tradicional con los biomédicos actuales.

Palabras clave: Medicina tradicional; Negativa del paciente al tratamiento; Diversidad cultural; Peru (fuente: DeCS BIREME).

CHACHO (ALCANZO, HAPIRUZQA), ANDEAN CULTURAL SYNDROME: FREQUENCY, CHARACTERISTICS AND TRADITIONAL TREATMENTS IN AYACUCHO, PERU.

ABSTRACT

Objectives. Knowing the clinical features, diagnose and treatment for patients with the syndrome mean as *chacho* and what is its perceived prevalence in five districts of Ayacucho (Peruvian Central Andes). **Material and methods.** Quali-quantitative study, which included two groups of participants, the first (95) were residents or relatives of those who have ever had in your life chacho, the second group (11) formed by traditional healers of every community. **Resultados.** *Chacho* (*alcanzo*, *hapiruzqa* in quechua), is regarded as a disease of magical origin, characterized by fever, malaise, rejection of some dairy products and pork, in most patients referred the antecedent of a to rest near hill or sleep on the floor (ground). The duration of the disease was less than a week on average and it was shown that treatment includes the consumption of gasoline, creso (disinfectant), kerosene, as well as the *pagapo* (Andean ritual of payment to the ground). The consumption of drugs worsens the health condition of patients. Perceived prevalence ranged between 9.1 to 38.0 cases per thousand people habitants, and perceived mortality from 3.8 to 16.8 per ten thousand habitants. **Conclusions.** *Chacho* is a present cultural syndrome, which must be recognized and addressed by health personnel, thus giving them the opportunity to bring the ancestral knowledge of traditional medicine with the current biomedical.

Key words: Traditional medicine; Treatment refusal; Cultural diversity; Peru (source: DeCS BIREME).

¹ Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

² Hospital Central de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz", Ministerio del Interior. Lima, Perú.

³ Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

⁴ Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Ministerio de Salud. Ayacucho, Perú.

⁵ Dirección Regional de Salud de Ica, Ministerio de Salud. Ica, Perú.

^a Médico Epidemiólogo; ^b Médico General; ^c Médico especialista en control de enfermedades infecciosas y tropicales

Estudio ejecutado con el apoyo técnico y financiero de la Dirección General de Epidemiología y la Dirección Regional de Salud de Ayacucho.

Fecha de recepción: 26-01-08 Fecha de aceptación: 27-03-08

INTRODUCCIÓN

Para estudiar los síndromes culturales, es necesario primero partir de la premisa: "...No existe ninguna cultura que pueda valorarse como norma de referencia general o patrón de referencia... y así poder hablar de un comportamiento culturalmente normal en una cultura y anormal en otra cultura..." (1). Esto se encuentra relacionado con el relativismo cultural, en que cada grupo humano muestra sus propias manifestaciones culturales y sus particularidades, que lo diferencian de otro grupo.

Existen varias dolencias que son reconocidas como síndromes culturales, tales como el susto; ampliamente difundido en Latinoamérica (2), que ha sido estudiado en Perú en población Quechua y Aymara, y es denominado en Bolivia y Perú como *mancharisqa* (3); es conocido también como espanto en Ecuador (4), y ha sido observado también en población Nahua de México (5). Otro síndrome cultural identificado es el mal de ojo, reportado en diferentes partes del mundo como Argentina (6,7), y Europa (España) (8). El empacho ha sido descrito en México (9), Perú (10) y Cuba (11); así mismo el daño se ha estudiado en Perú, Bolivia, Ecuador, y Argentina (3). Por la amplia difusión de estos síndromes, se cree que América Latina es un área modelo donde se puede investigar el origen, la transmisión y la difusión de las creencias y prácticas etnomédicas (12).

Por otro lado, los síndromes culturales según la definición de la psiquiatría transcultural, "...constituyen patrones recurrentes de comportamiento aberrante y de experiencias problematizadoras con una expresión geográfica específica que pueden estar no relacionadas con las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (DSM IV)" (13); sin embargo la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLAP) concluye que la influencia racionalista de occidente no ha recogido en su totalidad otras formas de percibir la vida, la enfermedad y la muerte que existen en el imaginario latinoamericano, y que además de las expresiones ancestrales y las que están descritas en los manuales estadísticos como el DSM IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima edición (CIE X), existen nuevos sufrimientos que no han sido completamente abordados (14). Al respecto, nosotros creemos que las dolencias consideradas como síndromes culturales requieren un mayor estudio en el Perú.

Si deseamos entender a los síndromes culturales probablemente debamos cruzar la línea que separa lo psiquiátrico y lo psicológico en la conceptualización biomédica (15), pues quizá no sean suficientes dichos

criterios para dar una explicación a estos síndromes como el chacho.

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es que muchos elementos de la medicina tradicional son beneficiosos y otros nocivos, razón por la que se debe proponer un estudio crítico y sin prejuicios de los temas relacionados con ella (16,17). Acogiendo la recomendación de la OMS, nos propusimos iniciar una investigación cualitativa teniendo como objetivo determinar la prevalencia sentida, el cuadro clínico, formas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan el síndrome conocido como chacho, que permitan sugerir algunas actividades de salud pública a fin de abordarla desde una perspectiva intercultural.

El chacho es un síndrome que forma parte de los temas de estudio de la medicina tradicional; a pesar de estar muy difundido en el ámbito popular del departamento de Ayacucho, no se considera dentro de las causas de morbilidad y mortalidad en salud. Así mismo, en la búsqueda bibliográfica realizada, se encontró escasos reportes clínicos, que informan con detalle acerca de este síndrome según la nosología occidental; sin embargo, en el presente estudio se llegó a constatar mortalidad sentida por esta enfermedad tradicional; esto aunado a las creencias populares que la administración de medicamentos por parte del personal de salud podría causar que el paciente empeore el cuadro clínico, limita y retarda el tratamiento del paciente, lo que en algunos casos podría comprometer su salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO Y LUGAR DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuali cuantitativo en el departamento de Ayacucho, Perú entre junio y julio del 2003. Ayacucho esta ubicado en la sierra central del Perú; 71% de su población es quechua hablante y durante las últimas décadas fue víctima de la violencia política, lo que generó disminución de la población y una gran migración hacia otras regiones, principalmente Lima¹⁸. Se trabajó en centros poblados rurales de cinco distritos Santiago de Pischa, San José de Ticllas, Vinchos, Socos (Provincia de Huamanga) y Pampa Cangallo (Provincia de Cangallo); el acceso a estos centros poblados era por carretera o trocha a más de tres horas de distancia de Huamanga (capital de Ayacucho).

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se incluyó dos grupos de participantes, en el primero fueron pobladores o familiares de éstos, que alguna vez

en su vida presentaron chacho, el método de selección fue por bola de nieve (Es decir que cada paciente nos notificaba de otro caso, hasta completar el número de pacientes con el antecedente de chacho en el centro poblado). El segundo grupo estuvo constituido por todos los curanderos reconocidos de cada centro poblado.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un cuestionario semiestructurado que fue validado en un piloto con diez pacientes (o familiares) que acudieron al Hospital de Huamanga refiriendo tener o haber tenido "chacho". Este cuestionario incluía preguntas cerradas sobre las características demográficas, y preguntas abiertas sobre la clínica y formas de tratamiento relacionadas con el chacho.

Las entrevistas estuvieron a cargo de cinco médicos, de los cuales uno era quechuahablante todos fueron capacitados en criterios para entrevistas cualitativas por una antropóloga especialista en el tema. Se explicó el motivo del estudio a los participantes y quienes estuvieron de acuerdo firmaron el consentimiento informado, luego de lo cual se procedió a la entrevista. Los datos fueron registrados manualmente por los investigadores, porque no se obtuvo el permiso de los participantes para grabar las conversaciones.

En las entrevistas a los curanderos, se recogió adicionalmente, información sobre el número de casos que identificaron durante el año 2002, así como las personas que fallecieron por chacho en ese periodo; así mismo se identificó el área de influencia de cada curandero y se obtuvo la cantidad de población de esas áreas.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el control de calidad de la información, a fin de eliminar todas las incongruencias posibles. Se realizó el análisis de información a partir de los datos extraídos de la entrevista, utilizando para ello las notas de campo, se revisaron los signos y síntomas consignados y fueron agrupados en síndromes de acuerdo a la opinión de los investigadores. Se calculó la prevalencia sentida y la mortalidad sentida del último año (2002) ^(18,19) a partir de los casos y áreas de influencia de los curanderos, usando el programa SPSS v15.0.

RESULTADOS

Se entrevistó a 95 pobladores y 11 curanderos. De la información recogida en el trabajo de campo se ha evidenciado, que este síndrome cultural se ha reportado



Figura 1. Departamentos donde se ha reportado chacho, Perú 2003.*

* Información obtenida por la experiencia de los investigadores y consultas a otros médicos que laboran en diversas zonas del Perú.

en los departamentos de Cusco, Huancavelica, Apurímac y Ayacucho (Figura 1), sin embargo el estudio solo se realizó en el departamento de Ayacucho.

¿QUÉ ES EL CHACHO?

En Ayacucho, el chacho (Alcanzo, Hapiruzqa en quechua), se considera como una enfermedad de origen mágico; así se plantean algunas teorías acerca de su origen, entre ellas, que se produce por las emanaciones que despiden los cerros que son imperceptibles visualmente, pero sí se perciben como energías. Se dice que cuando una persona, principalmente niño o mujer pasan, se cae o descansa sobre el cerro, las emanaciones de este cerro lo alcanzan y producen una enfermedad cuya sintomatología es muy variada, por eso algunos lo denominan también "alcanzo".

"Es generalmente el espíritu del Apu de los cerros el que alcanza a la persona, si es varón lo coge un cerro hembra si es mujer y bonita lo coge un cerro macho, los cerros machos son aquellos que tienen pura piedra allí solo crece la tuna, los cerros hembras tienen pura tierra." (Poblador entrevistado)

¿CÓMO SE PRESENTA?

El chacho se presenta con diversas características, como dolor en el lugar de la caída, sensación de alza

térmica que va progresando y generalizándose por todo el organismo, acompañada de una serie de síntomas que no delimitan un patrón común.

Los síntomas se presentan con mayor frecuencia a partir de las 12 del mediodía en adelante; así mismo la mayoría de los pacientes y familiares coincidieron que el principal síndrome secundario es el síndrome febril (52 de 95). El síndrome febril se presentó en 24 pacientes del grupo de uno a diez años y 12 pacientes en el grupo de once a veinte años.

En el tiempo de duración, se evidenció que la mayoría presentó cuadros menores de una semana y de una a dos semanas, lo que hacen 50 de 95 casos menores de dos semanas (Tabla 1). En el grupo de 1 a 10 años el síndrome más frecuente fue el síndrome diarreico.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Se ha observado que los síntomas se incrementan al consumir lo que se conoce como “contra” que constituyen un conjunto de alimentos, entre ellos, carne de

cerdo, carnes rojas y leche, que empeoran el cuadro; otra sustancia considerada como ‘contra’ son las medicinas específicamente “las inyecciones” sean éstas, intramusculares, subcutáneas o endovenosas. Para disminuir los síntomas se recurre al consumo de una cucharadita de gasolina, creso, kerosene, y algunas hierbas no especificadas, que se refieren sólo como sintomáticos, puesto que el tratamiento específico y definitivo según las versiones de los pobladores es el *pagapo*.

El *pagapo* es el pago a la tierra, que consiste en una ofrenda de diferentes sustancias, flores, alimentos, a veces incluyen frutos, etc; en el caso del *pagapo* descrito en el chacho, éste es condicionado por la visión previa del curandero, quien luego de evaluar a través de la coca u otra forma de consulta, determina qué es lo que la tierra ha solicitado y propone con qué se va a llevar acabo el *pagapo*.

En el caso de los curanderos coinciden en que todos los pacientes responden al tratamiento con el *pagapo*, que no incluye consumo de alguna sustancia por parte del paciente, sino como ya mencionamos una ofrenda a la tierra a través de lo que ella solicite: “...A veces la tierra pide sangre de cabeza de chivo; u otro regalo eso depende...” (Curandero entrevistado) (Tabla 2).

Tabla 1. Características clínicas del chacho según pacientes (n=95) y curanderos (n=11), Ayacucho 2003.

Pacientes y familiares	n	Curanderos	n
Síndromes principales		Primer síntoma presentado	
Sd. doloroso generalizado	23	Dolor articular	3
Sd. doloroso articular	17	Sensación de alza térmica	2
Sd. doloroso abdominal	12	Cefalea	2
Sd. diarreico	10	Diarrea	1
Sd. edematoso	6	Dolor abdominal	1
Sd. parenquimal d/c neumonía	3	Otro síntoma	2
Sd. ansioso	2		
Sd. anémico	2		
Sd. pruriginoso	2		
Sd. emético	2		
Otros	16		
Duración		Duración	
≤ una semana	39	≤ una semana	7
1-4 semanas	26	1-4 semanas	2
1-4 meses	12	1-4 meses	1
5-12 meses	8	5-12 meses	0
>1 año	10	>1 año	1
Momento en que se presentan los síntomas		Momento en que se presentan los síntomas	
A partir de las 12 mediodía	50	A partir de las 12 mediodía	7
Por la noche	20	Por la noche	2
Todo el día	20	Todo el día	2
Por la mañana	5	Por la mañana	0

Más de la mitad de los pacientes, no obstante los síntomas y el cuadro que presentaban, no permitieron la administración de medicamentos. Al respecto diez pacientes afirmaron que el uso de medicinas incrementaba sus síntomas; así también, en el caso de los once pacientes fallecidos: ocho recibieron medicamentos y solo tres no lo recibieron. Según los curanderos: “...si toma medicamento fijo, fijo, se va a morir...yo he visto el caso de una niña que ha ido a la posta y luego poco a poco va perdiendo su fuerza hasta que se muere, eso no es para el médico es para nosotros” (Curandero entrevistado). Debemos mencionar que los once curanderos entrevistados, coincidieron en que los medicamentos son peligrosos para este síndrome y pueden comprometer la vida del paciente. Los tratamientos incluyen prácticas que podrían ser consideradas como peligrosas para la vida del paciente: por ejemplo, a un bebe de cuatro meses se le dio de beber excremento de vaca con vino y gasolina luego de tenerlo abrigado entre los intestinos de la vaca, conservándose el paciente con vida. Otro tratamiento descrito es el que consiste en beber orina fermentada, así mismo también se ha reportado el tratamiento que consiste en acumular orina fermentada de varios días e introducir en ella un fierro caliente: “El fierro debe estar al rojo vivo” (Curandero entrevistado) y con el preparado realizar vaporizaciones, situación que calma algunos síntomas.

Tabla 2. Principales tratamientos o situaciones relacionadas que alivian o incrementan los síntomas del chacho según pacientes (n=95) y curanderos (n=11), Ayacucho 2003.

Pacientes y familiares	n	Curanderos	n
<i>¿Con que calmaban los síntomas?</i>			
Hierbas	19	Hierbas	4
Medicamentos	13	Kerosene	3
Pagapo	11	Pagapo	3
Reposo	7	Pasada de cuy	1
Kerosene	5		
Pasada de cuy	5		
Gasolina	4		
Creso	1		
No calmaban	16		
Otros	14		
<i>¿Con qué incrementaban los síntomas?</i>			
Contra (comidas)	24	Contra (comidas)	7
Deambulación	15	Con el uso de medicinas	1
Con el pasar del día	12	Con el frío	1
Con el uso de medicinas	10	No refiere	2
Con el frío	4		
No refiere	30		

DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA

Se ha identificado que el mayor número de pacientes se ubica en el grupo de 1 a 20 años (62/95); de este grupo el mayor número lo conforman los pacientes de 1 a 10 años (34/95), en el grupo de 31 a 40 años se encontró un menor número de pacientes (16/95). Del total evaluado, la mayoría fue varones (51/95). La mayor prevalencia sentida se encontró en el distrito de Tícllas, así mismo se ha identificado que la mortalidad sentida para el año 2002 en tal distrito llega a 16,8 por diez mil habitantes (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Se ha evidenciado que en el último decenio ha renacido en todo el mundo el interés por la medicina tradicional y la atención que se le presta⁽²⁰⁾, esto probablemente debido entre otras razones, a que se ha observado un considerable número de pacientes que acuden a la atención clínica y no comentan a sus médicos de las prácticas de medicina tradicional a las que se someten⁽²¹⁾, es decir hacen uso de los servicios tradicionales antes de asistir a la consulta médica; así por ejemplo: se estima que en los países latinoamericanos más del 50% de la población sigue atendiendo y percibiendo sus problemas de salud de acuerdo con los patrones de su

Tabla 3. Prevalencia y mortalidad sentida del chacho según las atenciones de los curanderos. Ayacucho 2002.

Centro poblado	Prevalencia sentida x 1000 hab	Mortalidad sentida x 10 000 hab
Ccayarpachi	13,0	8,4
Tícllas	38,0	16,8
Luyanta	9,1	8,9
Paccha	32,0	3,8
Pampa Cangallo	14,0	3,9

medicina tradicional⁽²²⁾; es por ello que consideramos que aunque en la bibliografía médica peruana no es muy común la referencia a estos tópicos y mucho menos referencia a los síndromes culturales, dichos temas constituyen temas de importancia en la salud pública de nuestro país.

El chacho forma parte de aquellos síndromes culturales a los que la ciencia médica no ha alcanzado a comprender en su real magnitud, y para los que la medicina tradicional, podría ensayar algunas respuestas. La evidencia recogida demuestra la vigencia de un síndrome cultural denominado chacho en el departamento de Ayacucho, en el que sus formas diagnósticas y terapéuticas son reconocidas por el conocimiento popular.

A pesar de existir escasa bibliografía publicada acerca del chacho, se ha evidenciado que es un síndrome prevalente en jóvenes adultos varones a diferencia del mal de ojo que según mencionan: "... puede darle a todo el mundo"⁽⁷⁾, es decir a todos los grupos étnicos y a ambos sexos.

En Argentina se ha identificado que el perfil del usuario de medicina alternativa es un paciente mujer, menor de 45 años y con nivel de educación desde superior a secundaria completa⁽²⁰⁾, a diferencia de nuestro estudio donde la prevalencia fue mayor en varones.

Debemos mencionar, que es la primera vez que se hace referencia a la mortalidad sentida en función a síndromes culturales, encontrándose niveles importantes de mortalidad en el distrito de Tícllas, en el que la mortalidad sentida llegó a 16,8*100 000 habitantes; y la prevalencia sentida llegó a 38 por mil habitantes. Es importante conocer que los indicadores: morbilidad sentida y la mortalidad sentida son conceptualizados como la morbilidad y mortalidad percibida por la gente, no tienen relación con las estadísticas existentes sino con lo que es observado por la población y dichos indicadores son atribuidos desde el punto de vista de creencia popular, pues no existe evidencia suficiente para demostrar que efectivamente, fue el chacho causa del estado mórbido

o la causa básica de muerte del paciente, pero sí nos deja la evidencia de cuán profunda es la creencia acerca de este síndrome en la población.

En cuanto al cuadro clínico de los síndromes culturales en general se ha evidenciado que el conjunto de síndromes reportados no registran un patrón común, Así se ha observado por ejemplo, en algunos síndromes culturales como el mal de ojo ⁽⁷⁾, el susto y los nervios en Guatemala ⁽²³⁾ o el empacho en Cuba ⁽¹⁰⁾; que si bien es cierto, se observan algunos síntomas predominantes en estas afecciones, el cuadro clínico es muy variado. En el caso del chacho, el síntoma predominante es la fiebre producida a partir del medio día, dicho síntoma acompañado de la reacción ante "la contra" (sustancias que empeoran el cuadro clínico como la carne de chanco, el queso, la leche, medicinas, inyecciones) sugerirían el diagnóstico de este síndrome. La descripción de un cuadro que suele durar una semana en la mayoría de los casos, hace coincidir con algunos investigadores en que: "...Los signos y síntomas que describen el cuadro clínico de un síndrome cultural rara vez encajan dentro de los cuadros conocidos por la medicina científica y mucho menos en el diagnóstico y tratamiento" ⁽²⁴⁾. Esto contribuye también a que sea difícil de entender para el personal de salud.

Es importante mencionar, que el hecho de haber sido diagnosticado de chacho, hace que el paciente a veces apoyado por sus familiares, no acuda al centro de salud, pues la medicina es considerada también como contra (especialmente las inyecciones), y en algunos casos la relacionan con la muerte del paciente; de esta manera, se retarda el acceso a la atención de salud. Si por ejemplo nos planteamos que en alguna oportunidad, la molestia por la que un paciente acude al servicio es mal diagnosticada por el curandero como chacho, si el paciente conserva la actitud de rechazo de medicinas, podría generar gravedad del paciente y si el caso terminaría en un desenlace fatal (muerte), finalmente se le atribuiría al chacho la mortalidad

En el caso contrario, si la molestia por la que acuden a los servicios de salud es diagnosticada por el curandero correctamente como chacho, y el médico toma la decisión de administrar medicamentos al paciente; si el desenlace fuera fatal, esta muerte se le atribuiría al médico; incluso podría ser considerada como una negligencia por los familiares. En este contexto consideramos importante una mejor comunicación entre los agentes tradicionales o curanderos y el personal de salud, pues se ha demostrado que en los lugares donde se ha mejorado esta relación, los resultados finales contribuyen a mejorar el proceso salud enfermedad, lo que deriva en menor mortalidad ⁽²⁵⁾.

Desde este punto de vista consideramos que se debe evaluar la posibilidad de implementar las referencias y contrarreferencia entre médicos y curanderos con la finalidad de mejorar las condiciones de salud del paciente.

Cuando se explora los tratamientos en los síndromes culturales, se ha evidenciado que en algunos casos; el tratamiento farmacológico no contribuye a la mejoría del paciente, como en el caso reportado en Colombia de un aparente síndrome conversivo colectivo atribuido a cambios culturales en indígenas, que revierte solo con el tratamiento del curandero y no con las medicinas utilizadas ⁽²⁶⁾, en el caso del chacho se describe el uso de algunas sustancias como creso, gasolina, kerosene, en dosis pequeñas (una cucharadita) para disminuir los síntomas, al respecto se ha reportado que para algunos síndromes culturales como en el caso del empacho se ha usado aceite de cocina y sustancias que contienen plomo, con la finalidad de disminuir los síntomas ⁽²⁷⁾.

Otro tratamiento observado con mayor frecuencia, es el uso del pagapo (pago a la tierra), el cuál no implica la administración de medicina al paciente y bien podría ser usado previamente a la evaluación de un clínico, de sospecharse en una enfermedad diferente al chacho que podría poner en peligro la vida del paciente.

Los investigadores consideramos importante que en zonas donde es frecuente la presencia de este síndrome cultural; el médico, primero conozca las características del síndrome, identifique las formas de tratamiento y contribuya a una interacción entre la medicina tradicional y la medicina convencional con la finalidad de llevar a un mejor resultado, la dolencia del paciente.

Un tema importante radica, en la dificultad de acceso oportuno a los servicios de salud, debido a que este síndrome cultural no es socialmente aceptado, por la mayoría del personal de salud, por lo que el trabajo en información del personal de salud debe ser permanente y sostenido no solo con el conocimiento acerca de este síndrome cultural, sino en otros síndromes que existen en zonas de selva y costa.

Somos conscientes de la importancia de estudiar estos síndromes, conocerlos y describirlos más ampliamente, e identificar ¿si es una enfermedad que podría ingresar dentro de las clasificaciones existentes como el CIEX, DSMV, GLADP?, pero también, es importante, considerar que el chacho es un síndrome cultural vigente, que debe ser reconocido y abordado como tal por el personal de salud, en los lugares donde existe; y lejos de llevarnos a discrepar con los curanderos nos debe brindar la oportunidad, de armonizar los conocimientos ancestrales

de la medicina tradicional con los biomédicos actuales, y de esta forma apartarnos de una medicina que hasta el momento en algunos lugares se comporta según un modelo hegemónico ⁽²⁸⁾; distanciándose algunas veces de la medicina tradicional, tratando de solucionar algunos problemas a los que la población ya ha encontrado una respuesta, por ello es importante que se evalúen acciones de salud pública que aborden desde una perspectiva intercultural la relación entre el médico y el curandero, buscando puntos de coincidencia entre ambos tipos de tratamientos el ancestral y el actual, con la finalidad de garantizar que el paciente reciba una mejor calidad de atención y se garantice el bienestar del paciente, pero desde una política de respeto de sus creencias y costumbres.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Percy Mayta-Tristán, al antropólogo Javier Romero Cahuana y al antropólogo Julio Portocarrero por sus aportes en la revisión del presente artículo. Así como al Dr. José C. Cárdenas Bendezú y a la Dra. Teresa Campos, por su apoyo en la recolección de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benedict R.** Anthropology and the abnormal. *J Gen Psychol.* 1934; 4: 59-80.
- Greifeld K.** Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema de equilibrio de elementos. *Bol Antropol.* 2004; 18: 364-75
- Hollweg MG.** La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Invest Salud (Guadalajara).* 2001; 3(1): 6-12.
- Estrella E.** Medicina aborigen. La práctica médica aborigen de la sierra ecuatoriana. Quito: Editorial Época; 1978.
- López Austin A.** Cuerpo humano e ideología: Las concepciones de los antiguos Nahuas. México DF: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1980.
- Flórez F.** El mal de ojo de la etnografía clásica y la limpia posmoderna. Una apostilla a partir de la antropología de L. G. Vasco. *Tabula Rasa.* 2004; 2: 23-46.
- Brandi AM.** La práctica de los Legos y la cura del mal de ojo en Buenos Aires. *Mitológicas.* 2002; 17: 9-24.
- Baer RD, Weller SC, González JC, Feria J.** Las enfermedades populares en la cultura española actual: un estudio comparado sobre el mal de ojo. *Rev Dialectol Tradiciones Pop.* 2006; 61(1): 139-56.
- Campos-Navarro R.** El empacho en la medicina mexicana. *Antología (siglos XVI-XX).* México DF: Instituto Nacional Indigenista; 2000.
- Campos Navarro R.** Textos Peruanos sobre el Empacho. Lima: Proyecto Amares; 2006.
- Campos Navarro R.** ¿Existe el empacho en Cuba? Textos históricos y etnográficos (1821 – 2004). *Medisan.* 2004; 8(3): 4-12.
- Pachter LM.** Latino folk illnesses: methodological considerations. *MedAnthropol.* 1993; 15(2): 103-8.
- Uribe CA.** La controversia cultural en el DSM-IV. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2000; 29(4): 345-66.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).** Síndromes culturales latinoamericanos. En: *Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP).* Sección de diagnóstico y clasificación. Guadalajara: APAL; 2003. p. 214-26. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_psiq_gladdp.pdf
- Baer RD, Weller SC, de Alba García GJ, Glazer M, Trotter R, Pachter L, et al.** A cross-cultural approach to the study of the folk illness nervios. *Cult Med Psychiatry.* 2003; 27(3): 315-37.
- Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh C.** Traditional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practitioners. Geneva: World Health Organization; 1983.
- Organización Mundial de la Salud.** Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS: Medicina tradicional - necesidades crecientes y potencial. Ginebra: OMS; 2002. EDM/2002.4. Disponible en: <http://healthtech.who.int/tbs/trm/s2295s.pdf>
- Seira Llenos MP, Aller Blanco A, Calvo Gascón A.** Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmobilizados de una zona de salud rural. *Rev Esp Salud Publica.* 2002; 176(6): 713-21.
- Gonzles G, Valencia ML, Agudelo NA, Acevedo L, Vallejo IC.** Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006. *Biomedica.* 2007; 27(2): 180-89.
- World Health Organization.** WHO traditional medicine strategy 2002-2005. Geneva: WHO; 2002. WHO/EDM/TRM2002.1. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf
- Franco JA, Pecci C.** La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina (Buenos Aires).* 2003; 62(2): 111-18.
- Viesca C.** Etnomedicina e investigación interdisciplinaria. En: Vargas L, Viesca C, ed. *Estudios de Antropología Médica.* México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1986. p. 13-20.
- De Keller JH.** Síndromes culturales: Nervios y susto en Guatemala. [artículo en Internet]. Guatemala: Departamento de Ciencias Sociales, Universidad del Valle de Guatemala; 2005. [Fecha de acceso: 10 enero de 2008]. Disponible en: <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/sc.htm>.
- Berenzon-Gorn S, Ito-Sugiyama E, Vargas-Guadarrama LA.** Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapias tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex.* 2006; 48(1): 45-56.
- Urióstegui Flores A.** Confrontación biomédica ante el empleo de medicina tradicional en Taxco de Alarcón Guerrero. *Ciencia Ergo Sum.* 2007; 14(1): 47-53.
- Piñeros M, Rosselli D, Calderón C.** An epidemic of collective conversion and dissociation disorder in an indigenous group of Colombia: its relation to cultural change. *Soc Sci Med.* 1998; 46(11): 1425-28.
- Baer RD, Garcia de Alba J, Leal RM, Plascencia Campos AR, Goslin N.** Mexican use of lead in the treatment of empacho: community, clinic, and longitudinal patterns. *Soc Sci Med.* 1998; 47(9): 1263-66.
- Mosquera MT.** Algunos postulados teóricos en antropología de la medicina: La escuela de Menéndez. *Reflexiones.* 1999; 2(2): 6-10.

Correspondencia: Dr. Dante R. Culqui Lévano, Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.
Dirección: Cápac Yupanqui 1400, Lima 11.
Teléfono: (511) 471-9920
Correo electrónico: dculqui@ins.gob.pe; danteroger@hotmail.com