

Ypanaqué Luyo, Pedro J. - Psicosis colectiva en una comunidad nativa del Perù

Ypanaqué Luyo , Pedro J.
Médico, Ministerio de Salud del Perú
Email: pedroluyo.peru@gmail.com

Fecha de elaboración: Junio 2012

RESUMEN:

Se estudia un brote epidémico de psicosis colectiva ocurrido en la comunidad nativa de Kandungos en el año 2002. Se investigaron 14 casos, cuyas edades variaban entre los 12 a 20 años, con una edad promedio de 15.64 años y con un predominio del sexo femenino (86%). El tiempo promedio de enfermedad fue de 2.9 meses, con un rango de 01 a 07 meses y un cuadro clínico caracterizado principalmente por alteración de conciencia, alucinaciones visuales, agresividad hacia los demás, tristeza, alucinaciones auditivas, ansiedad, ideación paranoide, enojo, autoagresividad y euforia. Se encontraron tres factores de riesgo asociados positivamente ($p<0.05$), los cuales fueron: desmotivación personal (85.7%; OR 9.6), desajuste emocional (64.3%; OR 9.9) y pérdida de valores culturales (57.1%; OR 7.33). Se propone que la epidemia de psicosis colectiva presenta un modelo de transmisión caracterizado por: a) La existencia de condicionantes sociales y culturales que favorecen la transmisión del brote; b) Un estado general de tensión o stress físico, psicológico o social; c) La ocurrencia de una situación que promueve la aparición de síntomas d) El aprendizaje por observación audiovisual de los otros; e) La expansión por el refuerzo y atención de los demás. Por otro lado, la epidemia de histeria colectiva debe abordarse desde una perspectiva holística, que respete y asimile los conocimientos y prácticas del hogar, de la comunidad, de la sociedad y de la naturaleza circundante; permitiendo el desarrollo de un sistema local de salud que incorpore la cosmovisión indígena y el ejercicio de un enfoque de salud intercultural.

PALABRAS CLAVES: psicosis colectiva, histeria colectiva, interculturalidad, síndromes culturales, alucinaciones, alteración de conciencia.

COLLECTIVE PSYCHOSIS IN NATIVE COMMUNITY IN PERÙ

Pedro J. Ypanaque Luyo
Physician, Ministry of Health of Perú
Email: pedroluyo.peru@gmail.com

Date of preparation: June 2012

SUMMARY:

It is studie a epidemic outburst of collective psychosis occurred in native community of Kandungos in 2002 years. They investigated 14 cases, your aged varied between 12 at 20 years, with a mean years of 15.64 year and with predominante of female sex (86%). The mean time of disease were 2.9 month, with 01 at 07 month range and clinic picture characterized mainly for alteration consciencie, visual allucination, aggressive toward others, sadness, auditive hallucination, anxiety, paranoia ideation, angry, self-aggressive and euphoria. They are finding three risk's factors associated positively ($p<0.05$), which following: personal desmotivation (85.7%; OR 9.6), emotional maladjustment (64.3%; OR 9.9) and cultural valor mislaid (57.1 %; OR 7.33). They postulated that epidemic of collective hysteria develop a transmition model caracterizad for: a) The existence of social conditions and cultural that favour the transmition of outburst; b) A general state of tension or physic stress, psychological or social; c) The occurrence of a situación that promove the presence of symptom; d) The learning for audiovisual observacion of others; e) The expand for re-enforcement and atencion of others. For other hand, the epidemic of collective psychosis must be addressed from a holistic perspective, tha respet and assimilate the knowledge and house's pratice, of community, society and circundan nature; enabling the developed a local sistema in health that incorpore the indigena cosmogonic and exercise a focus in intercultural health.

KEY WORDS: Collective psychosis, collective hystery, intercultural, cultural syndrome, hallucination, conscience alteration.

I. INTRODUCCIÓN

En el Perú, en el año 2002, se notificó un brote de “psicosis colectiva” que afectó a 20 personas de la Comunidad Nativa de Kandungos de la etnia Wampis, ubicada en la parte alta del distrito del Río Santiago, en la provincia de Condorcanqui, en el departamento de Amazonas. Un brote similar se presentó en la misma comunidad durante el año 2001, donde se reportaron 31 casos.

La epidemia se presentó en una comunidad nativa al cual sólo se tiene acceso por vía fluvial, en un territorio de selva (200 msnm) que se encuentra en la frontera entre Perú y Ecuador. Los síntomas más característicos fueron: alucinaciones auditivas y visuales de tipo místico, obnubilación, agitación psicomotriz, convulsiones, conducta agresiva, labilidad emocional, taquicardia, hiperventilación y conducta autoagresiva. El complejo sintomático fue catalogado por las autoridades sanitarias como una “psicosis colectiva”, sin embargo, existen otros términos de uso equivalente, tales como “histeria colectiva” y “enfermedad psicógena masiva”.

La “enfermedad psicógena masiva” se caracteriza por los síntomas, que ocurren entre un grupo de personas con creencias compartidas en relación con dichos síntomas, lo que a menudo sugiere una enfermedad orgánica en la que no se logra identificar una posible causa, pero que esta asociada a un factor ambiental desencadenante (como un olor) o un caso índice. Los pacientes, por lo general, experimentan una rápida resolución de los síntomas, una vez fuera del entorno en el que el brote comenzó (6).

La “histeria colectiva o epidémica” se comporta como una enfermedad transmisible, cuyos individuos susceptibles son preferentemente niños, adolescentes, mujeres y grupos sometidos a estrés, cuyo mecanismo de transmisión es audiovisual (“línea de visión”) o por conductas verbales o no verbales captadas mediante presencia física o psicológica. El contagio rápido da lugar a la preocupación y alarma de la población que a su vez multiplica la atención y contribuye a la extensión de la epidemia (12).

Small y Borus (13) identificaron once criterios para la “histeria colectiva”, tales como: ausencia de alteraciones físicas y de laboratorio; predominio en el sexo femenino, aparente transmisión de la enfermedad por la vista, el oído o ambos sentidos; ausencia de enfermedad en otras personas que participan de la misma exposición, hiperventilación o síncope, predominio en la adolescencia o preadolescencia, morbilidad benigna, rápida difusión de los casos, rápida remisión de los síntomas, recaídas de la enfermedad; y evidencia inhabitual de estrés físico o psicológico.

Peiro et al (10), señala que un 60% de los brotes de histeria colectiva recogidos en la bibliografía anglosajona han ocurrido en centros escolares. Un estudio piloto realizado en colegios de Québec encontró la tasa de un episodio anual por cada 1,000 escuelas (10). En una revisión de la literatura inglesa se han reportado 37 incidentes de histeria

epidémica entre 1900 y 1973, mientras que en una revisión de la bibliografía española se han encontrado 03 reportes de histeria colectiva entre 1986 y 1997, ocurridos todos ellos en medios escolares (12).

En el Perú, la Etnia Wampis o Nación Huambisa es un grupo étnico que desciende del tronco común de los Jíbaros, que actualmente habita en la cuenca y los afluentes del Río Santiago, en el departamento de Amazonas. En el año 2,000, este grupo étnico comprendía 36 comunidades indígenas y una población adolescente (10-19 años) de aproximadamente unas 2,503 personas (3). Las comunidades indígenas están organizadas alrededor del Apú (jefe) el cual asume el rol de administrar justicia y de representar a su comunidad en asambleas internas y ante cualquier instancia externa.

El presente estudio es el resultado de una investigación epidemiológica de campo que se realizó en septiembre del año 2002, el cual tuvo como propósito describir el brote epidémico de psicosis colectiva en adolescentes de la Comunidad Nativa de Kandungos e identificar posibles factores de riesgo asociados al brote.

II. MATERIAL Y MÈTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio epidemiológico de campo de carácter observacional, de tipo caso-control, retrospectivo y transversal.

2.2 DEFINICIONES OPERACIONALES

Definición de caso probable de trastorno psicótico: Para el presente estudio epidemiológico se definió el caso en relación a un trastorno psicótico. Al respecto, se consideró como caso a toda persona que cumpliera con los siguientes criterios:

a) Presentar al menos uno de los siguientes síntomas:

- Alucinaciones Auditivas o Visuales
- Ideas delirantes
- Agitación o euforia
- Sentidos exagerados
- Sensaciones irreales
- Paranoia
- Impulsividad extrema
- Falta de motivación
- Incomodidad social
- Negativismo
- Hostilidad no controlable

- Pensamientos poco claros o acelerados
 - Apatía
- b) Haber presentado esta sintomatología en los últimos tres meses.
- c) Pertenercer al grupo etario mayor o igual a 12 años y menor de 50 años

2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- a) Población de Estudio: Alumnos de la escuela secundaria de la Comunidad Nativa de Kandungos.
- b) Lugar de Estudio: Comunidad de Kandungos ubicada en el distrito de Río Santiago, en la provincia de Condorcanqui, en el departamento de Amazonas.
- c) Periodo de Estudio: Del 06 al 12 de Setiembre del año 2002.
- d) Selección y Tamaño de la Muestra: La muestra fue elegida intencionalmente de los casos que calificaron como casos probables y el grupo control se escogió en base a características similares a los casos.
- e) Criterios de selección para Caso:
 - Clasificar como caso probable de psicosis.
 - Haber presentado esta sintomatología en los últimos tres meses.
 - Pertenercer al grupo etario mayor o igual a 12 años y menor de 50 años.
- f) Criterios de selección para Control:
 - Corresponden en edad y sexo a cada miembro del grupo de casos.
 - No tener antecedente de consumo de plantas alucinógenas como el Toé o el ayahuasca en los últimos 3 meses.
 - No tener antecedente de enfermedad neurológica o psiquiátrica.

2.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS

Se realizó una búsqueda activa de casos, mediante la revisión de los formatos de notificación epidemiológica, hojas de atención diaria (HISS-MIS), y entrevista a informantes claves (líderes locales (Apus), personal de salud, profesores, comuneros, etc.). Se desarrolló una ficha de investigación de casos para la recolección de datos.

Se empleó un análisis descriptivo y comparativo de los datos, global y específico según variable. Se obtuvo la Prevalencia de la Exposición, se aplicó la Prueba de χ^2 - Chi Cuadrado y se estimó el Odds Ratio para evaluar la asociación del riesgo.

III. RESULTADOS

El equipo de investigación de campo estuvo conformado por un médico especialista en medicina integral y una enfermera capacitada en epidemiología. Una reunión con

la comunidad permitió presentar los objetivos de la investigación, así como obtener la autorización para el desarrollo del trabajo de campo.

Durante la visita se detectaron 20 casos, todos procedentes de la Comunidad de Kandungos, de los cuales 14 personas fueron captadas y registradas; el resto de las personas afectadas se encontraban fuera de la comunidad o no cumplían con los criterios de estudio. Los casos estudiados presentaban síntomas desde febrero del año 2002, el último caso se presentó durante la investigación (09 de Setiembre). De la muestra estudiada 04 casos (28.6%), ya habían presentado síntomas similares durante el año 2001. Al examen físico todos eran aparentemente normales.

El grupo etáreo de los casos estudiados estuvo comprendido entre los 12 y 20 años, con un promedio de 15.64 años (D.E. 2.061). Se estudiaron 12 mujeres (86%) y 02 varones (14%). Para el grupo control, se consideró el estudio de 13 escolares sanos, los cuales sirvieron de control, con una edad promedio de 15.9 años (D.E. 3.45) y un rango de 11 a 23 años. Se estudiaron 12 mujeres y 01 varón.

En la Tabla N° 1, se describe el cuadro clínico del brote de psicosis colectiva, caracterizado por alteración de conciencia - obnubilación (100%), alucinaciones visuales (92.8%), agresividad hacia los demás (85.7%), tristeza-depresión (78.5%), alucinaciones auditivas (78.5%), ansiedad-miedo (71.43%), ideación paranoide (64.3%), enojo (64.3), autoagresividad (57.14%); y euforia (50%). La duración de los síntomas en los casos examinados fue aproximadamente de 30 minutos.

En el Gráfico N° 1 se puede evidenciar que en el grupo de casos, el tiempo de enfermedad o periodo de inicio de los síntomas es en promedio 2.9 meses (D.E. 2.18), con un rango de 01 a 07 meses, siendo más frecuente el período menor a 02 meses (64.3%) como se aprecia en la curva de enfermedad. Asimismo, en 05 casos (35.7%) se hizo referencia de haber presentado en otro momento una “antecedente de enfermedad mental” y sólo 03 de ellos tuvieron acceso a un tratamiento médico.

Durante la visita se pudo evidenciar tres casos de psicosis, los cuales presentaban las siguientes características:

- El primer caso, era una mujer joven (16 años) que presentaban movimientos pseudoepilépticos, quejidos, refería ver al “diablo” y a un personaje local (“brujo”) con los cuales conversaba, asimismo mostraba una conducta agresiva. Se pudo apreciar que los síntomas se exacerbaban con la luz y los ruidos, luego, por momentos, la persona hablaba coherentemente con un familiar (el padre), pero volvía a entrar en “trance”. Esta crisis duro cerca de 30 minutos, después de los cuales se encontraba la paciente cansada, algo aturdida y cuando se le acercaba a la luz o se intentaba examinarla, volvía a presentar cierta agitación.

- El segundo caso, se presentó en un varón joven (18 años) que habían llegado por la tarde procedente de otra comunidad, donde había visitado a algunos amigos. El cuadro clínico se caracterizó por presentar agitación psicomotriz, el paciente saltaba y trepaba de un lugar a otro, asimismo refería ver al “diablo” y a una mujer joven “que lo seducía”. Esta crisis duró aproximadamente 30 minutos, después de los cuales el paciente se mostraba aturdido y recordaba muy poco de lo sucedido.
- El tercer caso ocurrió mientras se entrevistaba a una joven (17 años), la cual empezó a sentirse mal, se quejaba de palpitaciones, hiperventilaba, emitía algunos quejidos y se agitaba.

En las Tabla N° 2 y 3, se pueden identificar aquellos factores de riesgo que podrían estar promoviendo la ocurrencia de este problema de salud en la Comunidad de Kandungus. De acuerdo a ello se encontraron tres factores de riesgo asociados con significancia estadística ($p<0.05$), los cuales fueron: desmotivación personal (85.7%; OR 9.6), desajuste emocional (64.3%; OR 9.9) y pérdida de valores culturales (57.1%; OR 7.33).

Gráfico 1. Tiempo de Enfermedad

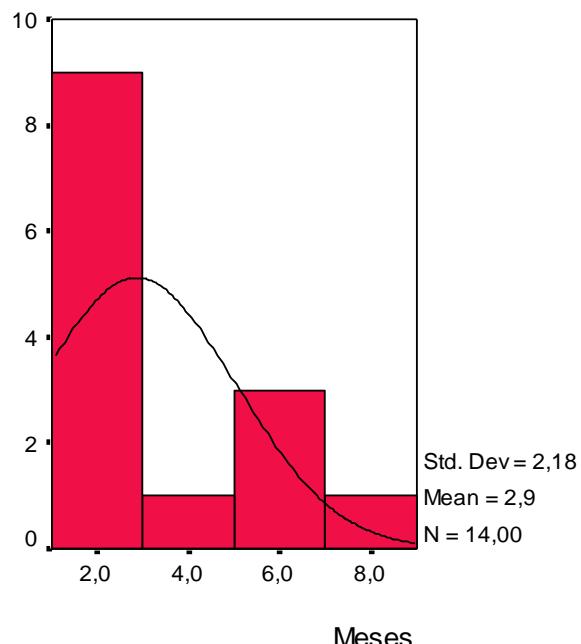


Tabla N° 1. Cuadro Clínico descrito en los casos de Psicosis Colectiva en la Comunidad Nativa de Kandungos. Septiembre 2002.

Nº	CUADRO CLÍNICO	FREC	%
1	Alteración de Conciencia : Obnubilación	14	100.00
2	Alucinaciones visuales	13	92.86
3	Agresividad hacia los demás	12	85.71
4	Agitación, Excitación	12	85.71
5	Depresión , tristeza	11	78.57
6	Alucinaciones auditivas	11	78.57
7	Ansiedad, miedo	10	71.43
8	Ideación paranoide, de persecución	9	64.29
9	Enojo	9	64.29
10	Autoagresividad	8	57.14
11	Euforia	7	50.00
12	Lenguaje Verborreico	6	42.86
13	Incoherencia de Ideas	6	42.86
14	Lenguaje grotesco, soez	6	42.86
15	Pseudoconvulsiones	5	35.71
16	Lenguaje disminuido, Parquedad	3	21.43
17	Conducta Antisocial	3	21.43
18	Movimientos Corporales estereotipados	2	14.29
19	Incoordinación motora	1	7.14

Tabla N° 2. Exposición a Factores de Riesgo asociados a los casos de Psicosis Colectiva en la Comunidad Nativa de Kandungos. Septiembre 2002.

Nº	FACTORES DE RIESGO	FREC	% Prevalencia
1	Desmotivación personal	12	85.7
2	Desajuste emocional (celos, amarguras, daños, etc.)	9	64.3
3	Pertenencia a un grupo de riesgo (algunos de sus miembros presenta síntomas de psicosis colectiva)	9	64.3
4	Consumo de Ayahuasca	8	57.1
5	Pérdida de valores culturales	8	57.1
6	Consumo de Tabaco	7	50.0
7	Problemas familiares	7	50.0
8	Antecedentes familiares de problemas mentales	6	42.9
9	Consumo de Alcohol	6	42.9
10	Antecedentes familiares de otras enfermedades médicas	5	35.7
11	Antecedentes personales de otras enfermedades médicas	5	35.7
12	Problemas de pareja	5	35.7
13	Ha practicado ritual de chamanismo con plantas, amarres.	5	35.7
14	Antecedentes personales de problemas mentales	4	28.6
15	Ideación suicida	4	28.6
16	Consumo de Toé	4	28.6
17	Consumo de otras plantas	4	28.6
18	Adopción de otras costumbres	4	28.6
19	Recibe influencia de personas extrañas (amigos del ejército)	4	28.6
20	Conducta Antisocial	3	21.4

N=14

Tabla N° 3. Determinación de la Asociación de Exposición (χ^2 cuadrado) y Fuerza de Asociación OR (Odds Ratio) en el estudio de caso-control de Psicosis Colectiva en la Comunidad Nativa de Kandungos. Septiembre 2002.

Nº	FACTOR	CASOS		CONTROL		X2>5.00	OR
		Nº	%	Nº	%		
1	Antecedentes familiares de problemas mentales	6	42.86	4	30.77	0.42	1.69
2	Antecedentes familiares de otras enfermedades médicas	5	35.71	2	15.38	1.45	3.06
3	Antecedentes personales de problemas mentales	4	28.57	1	7.692	1.95	4.80
4	Antecedentes personales de otras enfermedades médicas	5	35.71	1	7.692	3.06	6.67
5	Desajuste emocional (celos, amarguras, daños, etc)	9	64.29	2	15.38	6.68	9.90
6	Intento de suicidio	4	28.57	4	30.77	0.02	0.90
7	Desmotivación personal	12	85.71	5	38.46	6.45	9.60
8	Conducta Antisocial	3	21.43	1	7.692	1.01	3.27
9	Pertenece a un Grupo de Riesgo	9	64.29	3	23.08	4.64	6.00
10	Consumo de Alcohol	6	42.86	5	38.46	0.05	1.20
11	Consumo de Tabaco	7	50.00	2	15.38	3.63	5.50
12	Consumo de Ayahuasca	8	57.14	6	46.15	0.33	1.56
13	Consumo de Toé	4	28.57	3	23.08	0.11	1.33
14	Consumo de otras plantas	4	28.57	4	30.77	0.02	0.90
15	Problemas familiares	7	50	2	15.38	3.63	5.50
16	Problemas de pareja	5	35.71	4	30.77	0.07	1.25
17	Adopción de otras costumbres	4	28.57	2	15.38	0.68	2.20
18	Pérdida de valores culturales	8	57.14	2	15.38	5.04	7.33
19	Influencia de personas extrañas a la comunidad	4	28.57	3	23.08	0.11	1.33
20	Ha practicado ritual de chamanismo con plantas	5	35.71	3	23.08	0.52	1.85

Nº Casos: 14

Nº Control: 13

p<0.05

p<0.05

p<0.05

IV. DISCUSIÓN

El brote epidémico de psicosis colectiva afectó a un grupo de 14 alumnos que asistían a la misma escuela secundaria, cuyas edades oscilaban entre los 12 y 20 años, con predominio del sexo femenino (86%). El periodo de enfermedad se extendía entre los 02 y 07 meses (promedio 2.9 meses), con antecedentes de recaídas y recurrencias.

Ruiz et al (12) reportó un brote de histeria colectiva en 08 alumnas de una escuela de Alicante, con una tasa de ataque general del 15.4% y una tasa de ataque en alumnas del 30.7%, con una distribución temporal de casos que se extendía desde el caso inicial hasta los 10 días; y con intervalos de recuperación de 10 minutos a 06 horas. Peiro et al (10) reportó 18 casos (14 mujeres y 4 varones) en una escuela de Burgos, en un brote asociado a una campaña de vacunación con antihepatitis B, el cual presentó una distribución temporal de casos de 30' a 2 horas, con una tasa de ataque general del 25% y una tasa de ataque en mujeres del 44%. De Lorenzo (7) reportó 11 casos (03 mujeres y 08 varones) en una escuela de Madrid, en un brote asociado a una campaña de vacunación antimeningocica, observándose que la distribución temporal de casos menor a 01 hora.

El brote epidémico de psicosis colectiva en la Comunidad de Kandungos presentó un complejo sintomático caracterizado por alteración de conciencia (obnubilación, “trance”), alucinaciones visuales, agresividad hacia los demás, tristeza-depresión, alucinaciones auditivas, ansiedad-miedo, ideación paranoide, enojo, auto agresividad, euforia y otros síntomas relacionados.

De la revisión de la literatura, se observa que dicho cuadro clínico es similar a los encontrados en otros estudios. En el brote reportado por Ruiz et al (12) los síntomas fueron: náuseas, mareos, acaloramiento, taquicardia y pérdida del conocimiento; mientras que Peiro et al (10) reportó: cefalea, mareos, dolor abdominal, náuseas, escalofríos, alteraciones visuales, diarreas y sueño; en tanto que Lorenzo (7) describió un cuadro clínico caracterizado por síntomas vaso vágales (malestar, sudoración fría, mareo y palidez).

Por lo general, estas psicosis o histerias colectivas son reportadas como enfermedades “raras” o “inclasificables” por la medicina occidental, toda vez que las clasificaciones psiquiátricas tienen su origen en la descripción de grupos poblacionales anglosajones. En 1967, Yap propuso el uso del término “*síndrome ligado a la cultura*” el cual sugiere un síndrome psiquiátrico relacionado estrechamente con una cultura específica, como por ejemplo, el “*síndrome Amok*” entre los malayos, o el “*síndrome koro*” entre los chinos del sur, o el “*síndrome susto*” en las poblaciones hispanas (14).

Sin embargo, algunos autores sugieren el uso del término “*Condiciones psiquiatricas específicas relacionadas con la cultura*”, o “*Síndromes específicos relacionados con la cultura*” o de manera más abreviada “*Síndromes relacionados con la cultura*” pues dichos trastornos pueden presentarse en diferentes culturales, por lo que no siempre se encuentran ligadas a una cultura en particular (14). Por ejemplo, el “síndrome koro” que se caracteriza por la convicción de que el pene se va encogiendo hasta desaparecer dentro del abdomen, se observa en los chinos del sur, sin embargo se han reportado casos similares en Malasia, Indonesia, Tailandia y la India (14).

En el brote epidémico de psicosis colectiva el 86% de los casos presentó agresividad y el 57% mostró autoagresividad, las cuales siempre se acompañaron de alteración de la conciencia (100%). Esta agresividad tienen algunas semejanzas con el “síndrome amok” o “ataques de amok” (fuera de control, “hombres salvajes”) reportados en población malaya, el cual se caracteriza por episodios súbitos de agresividad contra los demás, seguidos de amnesia y/o agotamiento, el cual, algunas veces puede virar a un comportamiento auto-destructivo. Tseng (14) señala que se han descrito casos del “síndrome amok” en otras regiones como Nueva Guinea (Newman, 1964), Papua Nueva Guinea (Burton-Bradley, 1968), en Laos (Wester-Meyer, 1973), incluso en Filipinas y los Estados Unidos.

El presente estudio encontró en el brote epidémico de psicosis colectiva algunos factores de riesgo asociados ($p < 0.05$) como la desmotivación personal (OR 9.6), el desajuste emocional (OR 9.9) y la pérdida de valores culturales (OR 7.33), además de otros factores de riesgo, que podrían estar contribuyendo en la expansión y recurrencia de esta epidemia entre la población adolescente.

En el estudio de Ruiz et al (12) se detectaron algunos factores de riesgo con asociación positiva, tales como: No sentirse comprendidos por sus padres (OR 6.33), desayuno insuficiente (OR 4.76) y una actitud negativa hacia el estudio (OR 3.22). Peiro et al (10) describe otros factores de riesgo con asociación positiva: Vivienda con número de convivientes mayor a 5 personas (OR 5.3) y presencia de padres con estudios primarios (OR 10.6). Para Small (13) la presencia de problemas familiares tempranos (divorcio o muerte de padres) es un factor que estaría relacionado a la susceptibilidad a presentar síntomas histéricos. Según Alarcón (1) la falta de recursos económicos y oportunidades de desarrollo de las familias son situaciones que colocan a las personas de las comunidades indígenas en mayor riesgo social y biológico.

Durante las entrevistas muchos adolescentes manifestaron su interés por dejar algún día la comunidad y conocer “alguna ciudad importante”. Varios adolescentes mencionaron tener problemas familiares debido a la poligamia de los padres y a la falta de afecto de sus progenitores; otros mencionaron problemas de pareja, donde la preocupación era retener a la pareja o atraer a la persona deseada, incluso algunas mujeres adolescentes acudieron al brujo (chaman) para lograr estos objetivos.

Algunos adolescentes refirieron haber tenido una ideación suicida en algún momento de sus vidas, lo cual es un hecho aislado pues en la etnia Wampis la incidencia de suicidio es muy baja, a diferencia de lo que ocurre en la etnia Awajum que habita en la misma cuenca.

Sin embargo, hace falta medir el impacto de agentes socializantes extraños a la comunidad (por ejemplo, existe un destacamento del ejército cerca a la comunidad) que han posibilitado el ingreso de otros patrones culturales como la promiscuidad, la ingesta de alcohol y tabaco, el interés por lo económico y el distanciamiento de los valores culturales tradicionales.

Un estudio realizado por Guevara (5) encontró que la nupcialidad en estas comunidades se inicia a edades tempranas entre los adolescentes Wampis. Así, el 1.6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 36.2% de 15 a 19 años están unidos o fueron unidos. Al respecto, en el grupo de 15 a 19 años, el 44.7% de mujeres se encuentra unida frente al 7.1 % de varones, es decir 6.7 veces más. Por otro lado, el acceso a la educación primaria es del 55.4% en varones y 44.6% en mujeres, mientras que el acceso a la educación secundaria es del 69.7% entre los hombres y del 30.3% entre las mujeres. Estos datos revelan la situación de desventaja en que se encuentra la mujer adolescente y su mayor exposición a los riesgos de salud propios de una nupcialidad temprana.

Durante el estudio se recogieron los puntos de vista de algunos miembros de la comunidad frente al brote de psicosis colectiva, los cuales, de acuerdo al enfoque de salud-enfermedad en comunidades indígenas propuesto por Alarcón (1) se podrían agrupar de la siguiente manera:

- a) Explicación simbólica de la psicosis colectiva: Es el “daño” producido por un “malero” (brujo malo); es una enfermedad de adolescentes que afecta los “nervios”; es una consecuencia por la “desobediencia” a las costumbres de los padres.
- b) Itinerario terapéutico: La comunidad indígena adoptó varias medidas terapéuticas que incluyeron la expulsión del “malero” hasta realizar las gestiones para traer un “brujo más poderoso” que controle el daño. Sin embargo, muchos padres optaron por aislar a sus hijos del grupo o dejaron de enviarlos a la escuela.
- c) Adecuación cultural de los servicios de salud: No existe la adecuación cultural de los servicios de salud y no existe una alternativa terapéutica eficiente para atender este problema sanitario. El personal del servicio está conformado por 01 médico recién egresado (Serum), 01 enfermera contratada y 01 técnico nativo.

Los hallazgos del presente estudio revelan la importancia de los factores socioculturales en la morbilidad de una población y nos acerca a la problemática de los adolescentes de las comunidades nativas amazónicas. Al respecto, Tseng (14)

señala que los síndromes culturales ponen de manifiesto el impacto de la cultura en la manifestación de la psicopatología en diversas formas y grados; por lo que resulta muy importante estudiar las variables culturales que contribuyen a la ocurrencia de los síndromes culturales.

Por ello, el proceso de salud-enfermedad debe ser interpretado como un fenómeno social, cultural e ideológico donde confluyen dos tipos de sujetos, el individual y el colectivo (9); los cuales interaccionan con el mundo cotidiano y el otro mundo mítico invisible a través de relaciones complejas que dan sustento, equilibrio y sentido a la vida del individuo y la comunidad (8).

En relación al abordaje terapéutico de la psicosis colectiva, algunos autores recomiendan la separación de los individuos afectados y la dispersión del grupo en riesgo; así como el uso de actividades educativas para la explicación al resto del grupo sobre las causas de la enfermedad y como proceder ante la ocurrencia de los síntomas (procedimientos de extinción), asimismo, estas medidas deberían incluir la capacitación de los padres y los profesores en el uso de técnicas como el juego de papeles o dramatización y el uso de información psicosocial complementaria (6, 10).

Dicho abordaje terapéutico deberá tener por objetivo el “equilibrio” y la “reciprocidad” entre el campo físico, psíquico y espiritual de la persona (11), debiendo incorporar el saber y la práctica de los pueblos indígenas, así como, la oferta de servicios de salud culturalmente pertinentes a las necesidades de los diferentes grupos de edad y del contexto cultural (14).

V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

1. La psicosis colectiva en la Comunidad Nativa de Kandungos es un síndrome relacionado con la cultura, probablemente asociado con un proceso de desequilibrio sociocultural que tiene como población vulnerable a los adolescentes indígenas.
2. El brote epidémico de psicosis colectiva responde a un modelo de transmisión caracterizado por los siguientes elementos:
 - a) Las condiciones sociales y culturales de la comunidad que favorecen la transmisión y recurrencia del brote (factores condicionantes).
 - b) Un estado general de tensión o stress físico, psicológico o social en los adolescentes indígenas (agente facilitador)
 - c) La ocurrencia de una situación específica que promueve la aparición de los síntomas (factores precipitantes y caso índice).

- d) El aprendizaje de los síntomas por observación de los otros (contagio audiovisual).
 - e) La expansión rápida del brote por el refuerzo y atención de los demás (casos secundarios).
3. Las medidas de prevención y control deberán estar relacionadas con un abordaje cultural específico para los “adolescentes” de las comunidades nativas amazónicas, debiendo incluir las siguientes recomendaciones:
- a) Desarrollar un diálogo intercultural entre la comunidad y el personal de salud para armonizar el abordaje curativo de la medicina tradicional con las técnicas de apoyo psico-social y otras medidas terapéuticas que ofrece la medicina occidental.
 - b) Promover el diálogo intercultural entre la comunidad y las instituciones del Estado para abordar las condiciones sociales y culturales que influyen en el stress físico, psicológico o social de los adolescentes indígenas, incluyendo la promoción de opciones laborales, recreativas y sociales para los mismos.
 - c) Fortalecer las competencias del personal de salud en relación al diálogo intercultural y la aplicación de estrategias de adecuación intercultural de los servicios de salud conforme a las necesidades de la población indígena.

AGRADECIMIENTO

A la Lic. Enf. Leonor Martos Díaz, por su participación en la aplicación de las encuestas y en la recolección de datos.

Al Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado, Director de Epidemiología de la Dirección de Salud Bagua, que brindo su apoyo técnico y las facilidades logísticas para el estudio epidemiológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALARCÓN M., A, y Aldo Vidal H., “Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres”. En: *Salud Pública de México*. Vol. 47. N° 6, Nov-Dic. 2005, pp. 440-446.
2. CORONADO, Gabriela. “Competencia de Modelo de Salud en México: Un diálogo ideológico entre visiones indígenas y hegemónicas”. En: *Antropology of Medicine*. Vol. 12. N° 2- Ago. 2005., pp.06.
3. DISA BAGUA (2002). Análisis Situacional de Salud. Documento de Trabajo
4. GRANDA, Edmundo. “Salud Pública: Vida, Identidad y Ética”. Julio 2001.
5. GUEVARA, Susana (2006). *Informe Final: acciones y estrategias para la atención de salud de la adolescente de la Amazonía*. Lima: UNICEF, pp. 28-29, 34.
6. JONES, Timothy F. (2000). “Mass Psychogenic Illness: Role of the Individual Physician”. En: *American Family Physician*. Vol. 62. No. 12. pp. 2649-53, 2655-6. (<http://www.aafp.org/afp/20001215/2649.html>. Consulta: 17-08-2010).
7. LORENZO-CACERES, A. (1998) “Brote epidémico de histeria colectiva. Efecto adverso de una campaña de vacunación masiva”. En: *Atención Primaria*. Vol. 22, N° 2, pp. 126-127.
8. MABIT, Jacques (1999). “Ir y volver: El ritual como puerta entre los mundos ejemplos en el Shamanismo Amazónico”. En: *Amazonía Peruana*, Tomo XIII, N° 26; pp.143-155, Lima CAAP.
9. MENENDEZ, Eduardo. “La Enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?” En: *Alteridades*.1994. 4 (7): Págs. 71-83.
10. PEIRO, E.F., Yañez, J.L., et al. (1996) “Estudio de un brote de histeria después de la vacunación de hepatitis B”. En: *Medicina Clínica*. Vol. 107, N° 1, pp. 1-3. Cartas al Director.
11. POLIA, Mario y Fabiola Chávez. “Un Perfil Cultural de la Medicina Tradicional”. Editorial Prometeo. Agosto 1994, pp. 13-53.
12. RUIZ, M.T., Pascual, E. y López, J.M. (1988) “Histeria Colectiva en un Colegio Público de Enseñanza General Básica: Análisis de un Brote Epidémico”. En: *Medicina Clínica*. Vol. 91, N° 14, pp. 535-537.
13. SMALL, Gary y J. Borus (1983) “Outbreak of Illness in a school chorus. Toxic poisoning or mass hysteria? En: *The New England Journal of Medicine*. Vol. 308, N° 11, pp. 632-635.
14. TSENG, Wen-Shing (2006) “From Peculiar Psychiatric Disorders through Culture-bound Syndromes to Culture-related Specific Syndromes. En: *Transcultural Psychiatry*. Vol. 43; pp. 554-576.