DOI: https://doi.org/10.20453/rnp.v89i2.6397

Amnesia disociativa en el contexto de creencias culturales sobre posesión demoníaca: estudio de caso en una comunidad rural de Perú

Dissociative amnesia in the context of cultural beliefs about demonic possession: a case study in a rural community from Peru

Rolando Mendívil Alvarez [1, a], *Yvonne Ysmodes de la Cruz* [2, b], *Mariana Gabriela Astudillo Palacios* [2, c], *Paul Enrique Vega Adrianzén* [1, d], *Jorge Pizarro Sánchez* [1, d], *Fernando Celestino Tello Veneros* [1, d], *Jesús Mendoza Quispe* [1, d]

Citar como:
Mendívil R, Ysmodes Y, Astudillo MG, Vega PE, Pizarro J, Tello FC, Mendoza J. Amnesia disociativa en el contexto de creencias culturales sobre posesión demoníaca: estudio de caso en una comunidad rural de Perú. Rev Neuropsiquiatr. 2026; 89(2): 240-244. DOI: 10.20453/rnp.v89i2.6397

Recibido: 30-03-25
Aceptado: 16-07-25
En línea: 30-06-2026

Correspondencia:
Rolando Mendívil Alvarez
✉ rolandomendivilalvarez@gmail.com

Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

RESUMEN

Se reporta el caso de una mujer de 22 años de Nueva Cajamarca, Rioja, San Martín, Perú, quien, tras encontrarse con su padre biológico, a quien nunca había conocido, y ser rechazada por su abuela paterna, comenzó a experimentar síntomas disociativos, incluyendo desorientación, pérdida de identidad, comportamiento extravagante, heteroagresividad y lenguaje ininteligible. Su familia interpretó el cuadro como una posesión demoníaca y buscó ayuda de un curandero y luego de una iglesia pentecostal, donde la paciente fue sometida a rituales de exorcismo durante siete días, después de los cuales recuperó la consciencia de sí misma sin recordar nada del episodio. Actualmente, recibe atención psiquiátrica por síntomas residuales como tristeza, ansiedad, hipobulia, cefalea y miedo a estar sola. Este caso resalta la interacción entre los trastornos disociativos y las creencias culturales en la interpretación y el manejo de síntomas psiquiátricos.

Palabras clave: posesión demoniaca; amnesia disociativa; exorcismo, psiquiatría cultural.

[1] Hospital María Auxiliadora. Lima, Perú.
[2] Centro de Salud Mental Comunitario de Nueva Cajamarca. San Martín, Perú.
[a] Médico residente de psiquiatría.
[b] Especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar.
[c] Médica general.
[d] Médico psiquiatra.

ABSTRACT

Case report of a 22-year-old woman from Nueva Cajamarca, Peru, who, after meeting her biological father, whom she had never known, and being rejected by her paternal grandmother, began experiencing dissociative symptoms, including disorientation, loss of identity, bizarre behavior, aggressiveness, and unintelligible speech. The family interpreted the condition as a demonic possession and sought help from a healer and, later, of a Pentecostal church, where exorcism rituals were performed for seven days. The patient subsequently regained consciousness with no memory of the episode. She is currently receiving psychiatric care for residual symptoms such as sadness, anxiety, hypobulia, headaches, and fear of being alone. This case highlights the interaction between dissociative disorders and cultural beliefs in the interpretation and management of psychiatric symptoms.

Keywords: demonic possession; dissociative amnesia; exorcism; cultural psychiatry.

INTRODUCCIÓN

La amnesia disociativa se caracteriza por la incapacidad para recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que no puede explicarse por el olvido ordinario. Este trastorno constituye una respuesta a eventos traumáticos y puede manifestarse como una pérdida de memoria localizada o selectiva (1). Desde una perspectiva psicodinámica, la disociación se considera un mecanismo de defensa ante experiencias intolerables, que permite al individuo aislar recuerdos o emociones perturbadoras. Esta fragmentación de la identidad puede llevar a una pérdida de la unidad y continuidad del yo (2).

Los datos epidemiológicos sugieren que los trastornos disociativos, en particular el trastorno de identidad disociativa, tienen una prevalencia de aproximadamente 1,1 % a 1,5 % en la población general, llegando a casi el 5 % en entornos clínicos. Estas afecciones están fuertemente asociadas con traumas en la infancia, incluyendo abuso físico y sexual y negligencia emocional, lo que puede conducir a alteraciones en la conectividad cerebral funcional y al desarrollo de mecanismos de afrontamiento disociativos. Es importante destacar que los trastornos disociativos se asocian con una alta morbilidad, incluyendo tasas elevadas de conducta autolesiva e intentos de suicidio (3).

En diversas culturas, las manifestaciones de trastornos disociativos, como comportamientos extraños, desorientación y movimientos involuntarios, suelen interpretarse como posesiones demoníacas. La posesión espiritual es un fenómeno disociativo común, que se manifiesta no solo en países africanos, asiáticos y caribeños, sino también en Europa y América del Norte (4). Esta interpretación puede llevar a la búsqueda de soluciones espirituales, como exorcismos o rituales de limpieza, en lugar de atención médica. El exorcismo es una técnica cuyo fin consiste en expulsar demonios o espíritus malignos fuera de las personas. Según la definición de la Real Academia de la Lengua Española, se trataría de un «conjuro contra el demonio», que aún hoy se sigue practicando en nombre de la religión católica y la cultura evangélica y pentecostal (5). En comunidades donde la posesión es una explicación aceptada para síntomas psiquiátricos, las creencias culturales pueden moldear la presentación de la enfermedad y la respuesta de la familia y la comunidad. Esto se ha observado en múltiples estudios transculturales, donde las atribuciones espirituales de la enfermedad influyen en la búsqueda de tratamiento.

CASO CLÍNICO

Se reporta el caso de una mujer de 22 años, natural de Nueva Cajamarca, provincia de Rioja, departamento de San Martín, en Perú, quien fue referida al Centro de Salud Mental Comunitario Nueva Cajamarca desde el Centro de Salud Naranjos, ubicado en el distrito de Pardo Miguel, provincia de Rioja.

La paciente refiere que, diez días antes de acudir a la consulta, tras localizar a su padre biológico, a quien nunca había conocido, tuvo un altercado con su abuela paterna, quien le expresó: «Tú no eres mi nieta». A raíz de este suceso y tras haber visitado e interactuado con su padre, comenzó a sentirse «extraña» y triste. Posteriormente, presentó cefalea y

mareos, por lo que decidió regresar a casa y recostarse para descansar.

Según el testimonio de los familiares y amigos, al despertar, y durante los siete días siguientes, la paciente presentó alteraciones en el comportamiento, el lenguaje y el pensamiento. En un inicio, no reconocía su identidad, mostraba desorientación en tiempo, espacio y persona, así como episodios de heteroagresividad. Además, adoptaba una conducta extravagante y mostraba suspicacia hacia su entorno. En este contexto, sus familiares intentaron calmarla brindándole agua y acostándola nuevamente. Durante la noche presentó pesadillas, y, al día siguiente, al despertar, persistía la misma sintomatología, sumándose movimientos involuntarios generalizados y lenguaje ininteligible.

Ante esta situación, los familiares interpretaron el cuadro como una posible posesión demoníaca y decidieron llevarla a un sanador tradicional en busca de ayuda. Este argumentó que la paciente estaba bajo el influjo de un espíritu maligno e inició un tratamiento basado en brebajes naturales y rituales de «limpieza espiritual». Sin embargo, al no observar mejoría, concluyó que se trataba de una entidad demoníaca muy poderosa y recomendó trasladarla a la Iglesia Pentecostés Misionera en Segunda Jerusalén, ubicada en el distrito de Elías Soplín Vargas, contiguo a Nueva Cajamarca.

La familia, preocupada por la falta de mejoría, decidió llevarla a dicha iglesia, donde recibió oraciones y prácticas de exorcismo durante cuatro días. Gradualmente, los síntomas fueron disminuyendo hasta que, al séptimo día, la paciente despertó con plena conciencia de sí misma y con su comportamiento habitual. Al ser informada por sus familiares sobre lo sucedido, refirió no recordar absolutamente nada de lo acontecido en esos siete días.

Posteriormente, la paciente acude a consulta psiquiátrica con síntomas de tristeza, llanto espontáneo, hipobulia, angustia, cefalea, mareos y episodios de amnesia. En las últimas semanas ha presentado cinco episodios de amnesia, con una duración aproximada de tres horas cada uno, los cuales suelen desencadenarse ante conflictos de pareja o preocupaciones económicas. La paciente describe estos episodios de la siguiente manera: «*Me duele la cabeza, siento mucha tristeza y, de pronto, me desconecto. No recuerdo nada. Las personas me cuentan que me encuentran con la mirada perdida, lágrimas en los ojos y sin fuerzas*»; «*Hago cosas que no recuerdo y entonces me llevan a un lugar seguro para descansar hasta que me recupere*».

Al explorar su historia personal, refiere que el primer episodio ocurrió a los 10 años, luego de un intento de abuso sexual por parte de su abuelo materno. Sus familiares le han contado que, tras este evento, presentó una alteración del comportamiento caracterizado por episodios de desorientación, lenguaje incoherente y dificultad para reconocer a las personas. No obstante, ella no recuerda con claridad dicho episodio. El segundo episodio habría ocurrido al reencontrarse con su padre biológico.

Este caso presenta un cuadro clínico que se ajusta a un trastorno disociativo, desencadenado por un evento emocionalmente significativo: el rechazo por parte de la abuela paterna tras conocer a su padre biológico. La respuesta de la paciente sugiere una manifestación extrema de mecanismos de defensa psicológicos frente a un estrés intenso.

El Centro de Salud Mental Comunitario atendió de forma ambulatoria a la paciente, mediante la apertura de un paquete integral de salud que abarcaba la intervención de psiquiatría, psicología, enfermería y rehabilitación. Durante el desarrollo de la historia clínica se evidenciaron varios criterios que eran compatibles con una personalidad límite. Posteriormente, se realizaron intervenciones terapéuticas de forma semanal. A través de las atenciones por psiquiatría se profundizó en la ampliación de la historia clínica (antecedentes y psicopatología) para establecer un diagnóstico clínico definitivo.

Como diagnósticos diferenciales se plantearon la psicosis reactiva breve o episodio micropsicótico, que suele desarrollarse tras un acontecimiento traumático o una situación de estrés intenso, asociándose con mayor frecuencia a mujeres con trastorno de personalidad límite; y la epilepsia de lóbulo temporal, que puede presentarse con movimientos involuntarios, confusión, dificultad para hablar, desorientación, somnolencia y amnesia.

Sin embargo, debido a las limitaciones por la capacidad resolutiva del centro de salud, no se realizaron exámenes complementarios como neuroimágenes y electroencefalograma. Por otro lado, como parte del proceso de psicoeducación a la paciente, se le explicó el diagnóstico y sus posibles causas. Se inició tratamiento farmacológico con un ISRS y benzodiacepinas para el control de sintomatología en consulta, además, se pautaron controles periódicos mensualmente en psiquiatría. Se evidenció una aceptación e interés de continuar sus atenciones por salud mental; no obstante, debido a las creencias y aspectos socioculturales de la

comunidad, la familia cree que se trató de una posesión demoníaca.

En relación con el contexto sociocultural, la interpretación de este cuadro como una posesión demoniaca influyó en el manejo del caso, lo que podría haber reforzado la sintomatología a través de sugestión y creencias arraigadas en la comunidad.

Para la publicación del caso se obtuvo consentimiento informado. Se preservó la confidencialidad y se garantizó la protección de la identidad de la paciente. Durante la elaboración del reporte se procuró mantener respeto por el contexto cultural y las creencias locales referidas por la paciente y su comunidad.

DISCUSIÓN

La psiquiatría cultural abarca la descripción, la definición, la evaluación y el manejo de todas las afecciones psiquiátricas en la medida en que reflejan y están sujetas a la influencia de factores culturales. Utiliza conceptos e instrumentos de las ciencias sociales y biológicas para promover una comprensión integral de los eventos psicopatológicos y su manejo por parte de pacientes, familias, profesionales y la comunidad en general. El clínico debe comprender a fondo los antecedentes culturales y la identidad del paciente, y reconocer y evaluar debidamente su impacto. La cultura, que involucra un conjunto crucial de factores, desempeña diversas funciones en el proceso diagnóstico (6).

La literatura psiquiátrica documenta casos donde las experiencias de posesión espiritual se asocian con antecedentes de trauma psicológico en etapas tempranas del desarrollo y en la adultez. En un estudio turco realizado con mujeres de la población general, los estados de posesión se asociaron con experiencias traumáticas tanto de la infancia como de la edad adulta. También se relacionaron con trastornos de desarrollo, depresión y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Un estudio norteamericano llevado a cabo en la población general también reveló una relación significativa entre las experiencias de posesión y el trauma infantil. Los casos de posesión en Uganda presentaban una exposición significativamente mayor a eventos traumáticos que los habitantes mentalmente sanos, seleccionados al azar, de las mismas aldeas (7).

El reconocido psiquiatra peruano Federico Sal y Rosas (8) analizó y sistematizó prácticas de la medicina tradicional andina, integrando la evaluación clínica con el contexto sociocultural local. Sus aportes permitieron caracterizar desde una perspectiva psiquiátrica diversos síndromes culturalmente mediados, como el «susto» y el «mal de ojo». También estudio el «ataque-mal del corazón» (*Sonko-Nanay*), del que dice: «cuando un hombre sufre de aflicción, las divinidades se enojan y condenan al hombre a ser blanco del viento que ataca al corazón y se producen los síntomas»; esta afección corresponde a la visión popular andina de la epilepsia y a otras entidades como los cuadros disociativos y conversivos. Sus síntomas son convulsiones, angustia, ansiedad y depresión.

En Perú no existen estudios epidemiológicos a gran escala que reporten la prevalencia exacta de los trastornos disociativos en la población general. Según un reporte del Ministerio de Salud del Perú (9) en el 2023, la depresión representa uno de los trastornos de salud mental más frecuentes del país. Un estudio señala que la depresión es una comorbilidad frecuente de la disociación (10), por lo que es de suma importancia realizar un diagnóstico e intervención oportuna para mermar su aparición. El trastorno disociativo se asocia con experiencias abrumadoras, eventos traumáticos o abusos ocurridos en la infancia. En el caso de la paciente se identifica el historial de un intento de abuso cuando tenía 10 años.

Es fundamental que, al diagnosticar y tratar trastornos disociativos, los profesionales de la salud mental reconozcan y respeten las creencias culturales de los pacientes y familiares. La colaboración con líderes comunitarios y religiosos puede facilitar la aceptación del tratamiento psiquiátrico y mejorar los resultados terapéuticos (11).

Como limitaciones de este reporte, se tiene la ausencia de pruebas neurológicas, como neuroimágenes y electroencefalograma, que impide realizar una confirmación diagnóstica definitiva, así como la falta de seguimiento clínico de la paciente a largo plazo.

CONCLUSIONES

La integración de la comprensión cultural en la práctica psiquiátrica es esencial para el manejo efectivo de trastornos como la amnesia disociativa, especialmente en contextos donde las creencias en la posesión demoníaca están profundamente arraigadas. La psiquiatría intercultural juega un papel clave en la reducción del estigma y en la promoción de un enfoque de salud mental basado en evidencia científica.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría:
RMA: conceptualización, investigación, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).
YYDC: recursos, investigación.
MGAP: recursos.
PEVA: supervisión, redacción (revisión y edición).
JPS: administración del proyecto.
FCTV, JMQ: metodología.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 5th ed. Washington D. C.: APA Publishing; 2022.
2. Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: W.W. Norton & Company; 2006.
3. Galindo CD, Agudelo V, Ramirez Blanco I, et al. Trance and possession disorder with dissociative-psychotic overlap: a clinical case report. Cureus. 2026;18(4):e106654. doi:10.7759/cureus.106654
4. Van Duijl M, Nijenhuis E, Komproe IH, et al. Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. Cult Med Psychiatry. 2010;34(2):380-400. doi:10.1007/s11013-010-9171-1
5. Osca A, D'Hiver Y, Ramos E. Posesión demoníaca y exorcismo: a propósito de un caso. Psiquiatr Biol. 2022;29(2):100369. doi:10.1016/j.psiq.2022.100369
6. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry. 2009;8(3):131-9. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00233.x
7. Şar V. Dissociation across cultures: a transdiagnostic guide for clinical assessment and management. Alpha Psychiatry. 2022;23(3):95-103. doi:10.5152/alphapsychiatry.2022.21556
8. Sal y Rosas F. La concepción mágica de la epilepsia en los indígenas peruanos. En: Seguín CA, Ríos R, editores. Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Lima: Editorial Talleres Gráficos Villanueva; 1969. pp. 42-60.
9. Ministerio de Salud (PE). La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país [Internet]. Lima: MINSA; 2024, 12 de enero. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais
10. Lewis-Fernández R, Gorritz M, Raggio GA, et al. Association of trauma-related disorders and dissociation with four idioms of distress among Latino psychiatric outpatients. Cult Med Psychiatry. 2010;34(2):219-43. doi:10.1007/s11013-010-9177-8
11. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. World Psychiatry. 2005;4(1):18-24. PMCID:PMC1414713.