

CAPÍTULO 7

PERDER EL ALMA EN UN DESCUIDO. EL SUSTO Y LOS SÍNDROMES CULTURALES

Resultados de una experiencia de investigación en el archipiélago de Chiloé, Chile.

Alejandra Leighton⁴⁵

Introducción

Un buen huichol cuida su alma, su alumbrosa fuerza de vida, pero bien sabe que el alma es más pequeña que una hormiga y más suave que un susurro, una cosa de nada, un airecito, y en cualquier descuido se puede perder.

Un muchacho tropieza y rueda sierra abajo y el alma se desprende y cae en la rodada, atada como estaba nomás que por hilo de seda de araña. Entonces el joven huichol se aturde, se enferma. Balbuceando llama al guardián de los cantos sagrados, el sacerdote hechicero.

¿Qué busca ese viejo indio escarbando la sierra? Recorre el rastro por donde el enfermo anduvo. Sube, muy en silencio, por entre las rocas filosas, explorando los ramajes, hoja por hoja, y bajo las piedritas. ¿Dónde se cayó la vida? ¿Dónde quedó asustada? Marcha lento y con los oídos muy abiertos, porque las almas perdidas lloran y a veces silban como la brisa.

Cuando encuentra el alma errante, el sacerdote hechicero la levanta en la punta de una pluma, la envuelve en un minúsculo copo de algodón y dentro de una cañita hueca la lleva de vuelta a su dueño, que no morirá.

(Eduardo Galeano⁴⁶)

Cuando como profesionales vinculados a la salud y las ciencias sociales, nos adentramos en la epidemiología de una comunidad determinada –entendida ampliamente como la disciplina que estudia la distribución de las enfermedades en una población–, podemos obtener datos importantes acerca de las enfermedades que la afectan y las determinantes asociadas a ellas. Sin embargo, en pocas ocasiones este análisis incorpora las enfermedades o dolencias que la población involucrada identifica como propias y que pueden estar afectando su salud física, emocional y/o mental.

Incorporar la mirada desde la propia población en estudio, nos permite ampliar la definición de la epidemiología convencional hacia una *epidemiología sociocultural*, que hemos definido como “El estudio de los factores que protegen y agreden el equilibrio de las personas, familias y comunidades, incorporando las propias categorías y etiologías (causas) del

⁴⁵ Antropóloga. aleleighton@gmail.com

⁴⁶ Eduardo Galeano. “Si se te pierde al alma en un descuido”. Memoria del Fuego, las Caras y las Máscaras.

desequilibrio, en una colectividad, en un tiempo y un territorio determinado” (Ibacache, J. y Leighton A., 2005)

En este ejercicio, hemos podido acercarnos a una serie de dolencias que el sistema médico oficial o biomédico desconoce (o que sabiendo de su existencia, por el relato de las personas, no reconoce), pero que forman parte del sistema médico tradicional u originario o de la forma de entender los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas. A estas dolencias se les ha llamado *Síndromes Culturales*.

Antes de adentrarnos en describir el concepto de Síndromes Culturales, es necesario comprender lo que entendemos por Sistema Médico.

Sistemas Médicos

Una definición clara sobre un *Sistema Médico*, es la ofrecida por Clark (citado por Clavijo (2012), quien lo describe como:

“Un complejo de ideas acerca de las causas y curas de la enfermedad. Sus prácticas y la mayoría de sus procedimientos curativos son comprensibles y lógicos a la luz de sus creencias sobre la naturaleza de la salud y las causas de la enfermedad. Son, además, partes integradas de la cultura y afectadas por otras categorías: economía, religión, relaciones sociales, educación, estructura familiar y el idioma, en forma holística”.

Como vemos, un Sistema Médico es una construcción cultural que tiene sentido dentro de un marco y contexto social particular.

Duncan Pedersen, médico y antropólogo canadiense, citado por Clavijo (2011) precisa además en relación a ellos, que *“Todos los sistemas médicos tienen un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías (materia médica, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía o la acupuntura), y practicantes (médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapeutas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras, etc.), integrados por un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad”.*

En el artículo citado, se precisa igualmente, la categorización de Kleinman, quien identifica tres sistemas médicos diferenciados: el **sistema médico profesional u oficial** que comprende a la medicina occidental o alopática; el **sistema médico tradicional o folk**, que incluye a la medicina indígena originaria y, el **sistema médico popular**, que integra elementos de ambos sistemas e incorpora aspectos de la religiosidad popular y de divinidades prehispánicas. Es importante destacar igualmente que a la luz de estas definiciones, el autor

precisa que los sistemas médicos –todos ellos, incluido el oficial- son construcciones culturales, ya que forman parte de un contexto cultural y simbólico donde cobran sentido y al interior del cual se producen y se curan y se sanan las enfermedades y dolencias.

A los anteriores podemos sumar otras medicinas, que la OMS ha definido como Medicinas Complementarias/Alternativas y que caracteriza como un “*Amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaeciente*” (OMS, 2002: 8). Entre estas prácticas, varias de las cuales se ofrecen en algunos centros de salud pública de la provincia, se encuentran el reiki, la terapia floral, la aromaterapia, la acupuntura, la terapia neural, el yoga y la sintérgica.

El Sistema Médico predominante en Chiloé, así como en todo el país, es el oficial o biomédico, que se ha desarrollado en forma creciente a partir de la década de 1960, cuando empieza a extenderse una amplia red de establecimientos públicos de salud, como parte de la estrategia del entonces Sistema Nacional de Salud (SNS) por mejorar los indicadores sanitarios del país. Hasta ese momento, sin embargo, era el Sistema Médico Tradicional (que incorporaba la medicina williche principalmente) el que predominaba en el Archipiélago, y que –siguiendo a Pedersen- contaba con un conjunto bien definido de **practicantes** (parteras, componedores de huesos, yerbateras), **tecnologías** (hierbas medicinales, ceremonias, procedimientos de atención del parto, etc.) y un **sustrato ideológico** común a los sistemas médicos tradicionales.

Conocer algunas de las características propias del sustrato ideológico de los sistemas médicos tradicionales nos permitirá comprender de mejor manera la forma en que se configura un síndrome cultural como el Susto, que luego describiremos en este capítulo.

Dimensiones de la Enfermedad

Desde la Antropología Médica, la enfermedad tiene dos dimensiones (Comelles y Martínez, en Balcells, 2007:12-13):

Disease (enfermedad): Designa las dimensiones biológicas de la enfermedad. Esto es, aquellas anomalías funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de sus signos o por otros medios. Su designación no compete exclusivamente a la medicina occidental o biomedicina.

Illness (dolencia): Hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad, especialmente a la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y

otras formas de expresión. Designa también, en este sentido, al fenómeno por el cual procesos patológicos orgánicos y sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas.

De esta forma, un determinado cuadro patológico que presente una sintomatología identificable, puede ser interpretado desde estas dos dimensiones. Por un lado, como una *enfermedad*, muchas veces claramente definida a partir de sus signos, síntomas o manifestaciones físicas y emocionales y por otro, como una *dolencia*, a partir de una construcción cultural que da sentido a dicha sintomatología y que la reinterpreta de acuerdo a categorías reconocibles y que permiten darle un significado pertinente culturalmente y que pasa a formar parte de él o los sistemas médicos a los que la persona recurre.

Causalidad de la enfermedad

De acuerdo a los planteamientos de Foster y Anderson (En Chamorro y Tocornal, 2005), en el sistema médico originario o tradicional se pueden definir dos grandes tipos de enfermedades según sus causas. Las enfermedades naturalistas o naturales y las enfermedades personalistas (que denominaremos igualmente sobrenaturales).

Las **enfermedades naturalistas** tienen como causa un desequilibrio con el entorno. Se refieren a un desequilibrio entre elementos del cuerpo y del medio ambiente natural, es decir, la explicación de una enfermedad es impersonal. Este tipo de explicación se ajusta a la biomedicina en cuanto hace referencia a agentes microbianos que producen un daño funcional.

Las **enfermedades personalistas o sobrenaturales**, en cambio, son causadas por la intervención de personas o agentes con poderes sobrenaturales, quienes envían una enfermedad al individuo cuando éste rompe una norma social o mantiene relaciones comunitarias conflictivas. Generalmente, el individuo es víctima de brujos, seres sobrenaturales presentes en la naturaleza o de los antepasados, quienes sancionan haciendo caer la enfermedad sobre la persona que ha transgredido alguna norma.

Además de los dos grupos señalados, existiría una causalidad de enfermedad basada en los estados emocionales por los que pasa una persona y que podemos denominar **enfermedades emocionales**, las que pueden producirse como consecuencia de una descarga emocional fuerte, un encuentro inesperado, situaciones traumáticas o un problema irresoluto. Va a depender de la significación cultural que se les dé a estos sucesos, lo que va a provocar enfermedades con causas personalistas o naturalistas.

Con este breve marco contextual, podemos ahora adentrarnos en la definición de Síndrome Cultural.

Síndromes Culturales

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV define los Síndromes Culturales como:

“patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionados o no estarlo con una categoría diagnóstica de este manual. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como ‘enfermedades’ o por lo menos como causas de sufrimiento. Los síndromes dependientes de cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones” (DSM IV, 2001).

Por su parte, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, hace referencia para definir los síndromes culturales a la definición de Rubel (1964), quien los describe como *“Conjuntos coherentes de síntomas en una población dada, cuyos miembros responden mediante patrones similares”* (APAL, 2003:215).

Consideramos que el DSM IV, propone una definición demasiado excluyente y focalizada, en cuanto a que relaciona los síndromes culturales con minorías étnicas concretas, con conocimientos médicos ancestrales que no coinciden con los conocimientos actuales que constituyen el sistema biomédico, por lo cual se las margina del resto de las categorías diagnósticas que reconoce este Manual. Además, menosprecia las prácticas en salud que pertenecen a los diferentes patrones culturales y que forman parte de la diversidad de conocimientos de salud, pretendiendo categorizarlas desde un punto de vista etnocentrista. Por otro lado, la definición de Rubel usada por la GLADP, plantea una idea demasiado general y que puede ser perfectamente aplicada a cualquier patrón de conducta, ante cualquier enfermedad y dentro de cualquier ámbito sociocultural.

Una definición más apropiada sería la que propone el Médico y Antropólogo Roberto Campos, quien define los síndromes culturales como:

“Aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población y que sólo tienen explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan, por lo que resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura” (Campos, 2002: 186).

Para hablar de un síndrome cultural, es necesario entonces que dentro de la conceptualización de salud enfermedad que maneja la persona afectada, existan efectivamente las claves o referentes compartidas con su cultura que van a permitir esta explicación. En el

caso de los síndromes estudiados, esto ocurre con la concepción de desequilibrio de temperaturas, de transgresión a normas de la cultura; se verifica en los mecanismos de resolución del síndrome y en los caminos de sanación que se siguen, entre otros. Son estas claves que se dan efectivamente en la matriz cultural chilota y que son compartidas por un número importante de habitantes de Chiloé, lo que determina que se constituyan en síndromes culturales vigentes y dinámicos.

Investigación sobre Síndromes Culturales

Entre los años 2008 y 2010, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y las ciencias sociales residentes en la Provincia de Chiloé, que trabajamos en distintos establecimientos de salud pública, tanto de atención primaria como hospitalaria y de gestión de la red asistencial, nos abocamos a la tarea de investigar acerca de algunos síndromes culturales que con frecuencia eran referidos por personas que se acercaban en busca de atención a los centros de salud del nivel primario de atención. De esta forma, y con financiamiento estatal a través del Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS), del Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), ejecutamos un proyecto, cuyos resultados se recogen en la publicación denominada “Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé: Sobreparto, Mal, Susto y Corriente de Aire”⁴⁷, cuya autoría es de la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud Chiloé, organismo dependiente del Ministerio de Salud.

El interés por desarrollar esta investigación surgió como parte de un trabajo más amplio que veníamos desarrollando como equipo de la mencionada Unidad de Salud Colectiva y que buscaba fortalecer la salud colectiva en el Archipiélago de Chiloé, poniendo en valor no sólo las explicaciones propias del sistema médico tradicional y sus recursos terapéuticos, sino también las acciones de la propia comunidad para mantener su equilibrio (las actividades sociales, el trabajo comunitario a través de los “beneficios” y mingas, el trabajo de las organizaciones comunitarias y Comités de Salud, entre otras).

En el caso particular de esta investigación, nuestro objetivo era describir cada uno de los síndromes seleccionados de la forma más completa posible, tanto para recoger saberes y prácticas locales de salud que aun cuando se mantienen vigentes van modificándose o perdiéndose progresivamente y, al mismo tiempo, lograr que los equipos de salud se informaran sobre ellos y los comprendieran, pudiendo tener de esta forma un mejor acercamiento con los

⁴⁷ Disponible para descargarlo en <http://saludcolectivachiloe.blogspot.com>

usuarios al conocer y entender las lógicas subyacentes a estos síndromes, para realizar en la medida de lo posible una articulación o abordaje conjunto o complementario de estos problemas de salud. Entendemos que esta apertura y el respeto por las concepciones de salud y enfermedad de las personas forman parte de sus derechos humanos y de sus derechos en salud, al ser considerada su cultura e ideología en los espacios de atención pública de salud.

La elección de los síndromes a investigar se basó en la experiencia del equipo en la atención directa en salud y a partir de lo referido por algunos médicos y otros profesionales que se desempeñaban en sectores rurales y urbanos del Archipiélago, seleccionando aquellos con mayor frecuencia de consulta: **mal por brujería, susto y corriente de aire**. Se incluyó igualmente el **sobrepardo**, dolencia a la que nos habíamos aproximado en una investigación anterior relacionada con la atención del parto en Chiloé⁴⁸.

Se realizó una revisión bibliográfica en relación con cada síndrome, encontrando que todos ellos se extienden a lo largo de Latinoamérica y que algunos –como el susto- son precolombinos y otros –como el sobrepardo- llegaron con los conquistadores españoles. Todos ellos, sin embargo, se han ido sincretizando de acuerdo con la cultura, historia y recursos locales. Luego se hicieron entrevistas tanto a personas que habían padecido alguno de estos síndromes, a sanadores tradicionales que los tratan y a profesionales de salud (en particular médicos especialistas como neurólogos, psiquiatras y ginecólogos; matronas; kinesióloga y técnicos paramédicos) que habitualmente reciben este tipo de casos y que los abordan con un enfoque biomédico.

En lo que resta de este capítulo, presentamos una parte de la investigación sobre **Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé**, mencionada anteriormente y correspondiente al capítulo de **Susto**, de manera de dar a conocer este síndrome, propio de los pueblos originarios de América Latina, que ha perdurado y se ha extendido en el tiempo para explicar un desequilibrio emocional y espiritual que afecta a las personas luego de un acontecimiento imprevisto al que pueden verse enfrentadas.

⁴⁸ <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/nacer-en-chiloe.pdf>

Resultados de Investigación: El Susto. Síndrome Cultural presente en Chiloé.

El Susto es uno de los llamados **Síndromes Culturales Propiamente Latinoamericanos** que identifica la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) y que se caracteriza como *“padecimientos somáticos crónicos muy diversos atribuidos a ‘pérdida de ánimo’ inducidos por un miedo intenso, a menudo sobrenatural. En algunos casos los acontecimientos traumatizantes no se sufren de manera personal; los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan”* (APAL, 2003:220).

Este síndrome se extiende a lo largo de Latinoamérica y en el caso de las culturas mesoamericanas precolombinas su origen estaría vinculado a la concepción de almas múltiples de dichos pueblos. La causa del susto se explica entonces en una experiencia atemorizante que hace que una de estas almas se desprenda del cuerpo (Ortiz de Montellano, 1997:262-263; APAL, 2003:220). Las almas a las que se refieren los autores no son las propias de la concepción católica, sino que tienen su origen en las culturas chamánicas, siendo una hipótesis el que este síndrome sea una reliquia o sobrevivencia del chamanismo que trajeron los cazadores paleolíticos que poblaron el continente y cuyo sustrato cultural se extendió, lo que explicaría la presencia de la creencia de la pérdida del alma –y del síndrome de susto- en toda América⁴⁹ (Ortiz de Montellano, 1997:263).

En todos los pueblos y culturas en las que se ha reportado la existencia del susto, tanto blancos como indígenas o mestizos, se verifican grandes similitudes en la sintomatología y tratamiento, sin embargo, las explicaciones acerca de las causas del síndrome varían entre un grupo y otro. En general, el sincretismo con las culturas europeas y la aculturación habrían determinado que en muchos grupos –especialmente blancos y mestizos- se perdieran las explicaciones nativas, por lo que el Susto sigue existiendo y se continúa tratando, pero ya no se lo asocia a la pérdida del alma. En algunos los pueblos indígenas, sin embargo, se mantiene la noción originaria de pérdida del alma, aun cuando se han incorporado otros elementos producto del sincretismo cultural.

⁴⁹ En su obra *El Chamanismo y las Técnicas Arcaicas del Éxtasis*, Mircea Eliade señala que los norasiáticos igualmente constatan la pérdida del alma en toda enfermedad y el tratamiento consiste en buscarla, capturarla y reintegrarla al cuerpo del enfermo (En: Aparicio, S/f: 16).

i. Distribución Epidemiológica

Existen estudios que confirman la presencia del susto entre los chicanos de EE.UU. (Texas), en México (principalmente grupos Nahuas), Chile, Perú y entre los indios caribe parlantes de la frontera entre Brasil y Venezuela en Guatemala; en Colombia; en comunidades aymaras; en comunidades andino quechuas de Bolivia; en el norte de Argentina y en las culturas atacameña y mapuche en Chile (Ortiz de Montellano, 1997:263; De Keller, Jennifer, s/f; Del Cairo et al., 2006; APAL, 2003; Fernández, G., 1988; Hollweg, 2003; Castellón, 1997; Wank'aymura, Delfor, 2009; Chamorro y Tocornal, 2005; Citarella, 1995).

En Chiloé este síndrome se extiende en todo el Archipiélago, tanto en comunidades rurales como urbanas y en personas de origen willeche, chilote (mestizo) y no chilotes, que han llegado desde fuera de la Isla. Se da más frecuentemente en niños y en adultos jóvenes y no encontramos una distribución diferenciada entre uno y otro sexo. Entre los casos que identificamos, el susto se presentaba en personas de todos los estratos socioeconómicos.

Para esta investigación se entrevistó a 16 personas (12 mujeres y 4 hombres) de seis de las diez comunas de la Provincia; quince eran de sectores rurales y uno urbano. Al momento de sufrir el síndrome, en 7 casos (dos niños y cinco niñas) el susto se produjo entre los 7 meses y los 12 años y los restantes casos tenían entre 16 y 34 años cuando manifestaron el síndrome. En el caso de tres entrevistados, han sufrido más de un episodio de susto en sus vidas. No obstante, la edad de nuestros entrevistados, al consultarle a los sanadores que tratan el síndrome, nos señalaron que éste también se produce en personas adultas mayores.

ii. Etiología/Causas

Si bien la causa originaria del susto está en la pérdida del alma o de la energía vital producto de una experiencia que produjo un profundo temor, en estudios realizados en Latinoamérica esta explicación se presenta con distintos matices, y es más fácilmente identificable en comunidades indígenas, pero se tiende a perder en comunidades no indígenas o mestizas, como es el caso de Chiloé.

En un estudio realizado en México, se menciona que el llamado *Susto o Espanto* es propio de la cosmovisión nahua y se produce por enfrentar un temor súbito, que puede deberse a un peligro repentino, una pesadilla o un susto severo. Cuando esto ocurre, la persona puede perder la sombra o el alma, se siente muy débil y languidece (Aparicio Mena, S/f:14). En otras investigaciones desarrolladas en comunidades nahuas, el Susto se atribuye igualmente al robo

del *tonalli*⁵⁰ hecho por algún “aire”, lo que ocurriría como una reacción al temor o miedo intenso producido ante alguna circunstancia imprevista, de acuerdo con el mismo autor.

El concepto de ‘aires’ como causantes del susto –y que daría cuenta de una explicación sobrenatural del síndrome en las comunidades nahuas- se recoge igualmente en la GLADP, donde se señala que estos aires son los que roban el “tonalli” o la “sombra” y producen diversos síntomas. Existe una clasificación detallada de estos aires y los síntomas que presente la persona dependerán del tipo de aire que se ha llevado el tonalli. Entre éstos, se encuentran los *aires celestes o de la noche*, que producen el susto de noche; los *aires del agua* y los *aires terrestres o de día o de los colores*. También produce la pérdida del alma la falta de respeto a un tipo particular de hormigas llamadas zontetas (APAL, 2003:220). Otros investigadores mexicanos, como López Austin, señalan además que esta pérdida del alma puede ocurrir durante el sueño o la embriaguez, y que el alma incluso podría ser capturada por seres sobrenaturales (En: Aparicio, S/f:14).

La GLADP, sostiene que entre los aymara quechuas de la región andina el susto se atribuye a la salida del alma del cuerpo, como resultado de una reacción imprevista. Esto ocurriría en lugares donde supuestamente habitan seres míticos, por lo que se presenta en personas que caminan en lugares oscuros y solitarios y que, por temor a estos espacios, desarrollan el síndrome. Los casos más graves de miedo pueden terminar en fallecimiento y en estos casos se les llama “alma espantada” (APAL, 2003:221).

Castellón (1997) por su parte, sostiene que en las comunidades andino – quechuas, el susto se denomina *jap’ega*, que significa que ‘agarra’ o ‘captura’ y que afecta a niños y adultos, los que pueden morir por un susto. Asimismo, el autor sostiene que el *jap’ega o susto* no es una enfermedad específica, sino que se trata de un síndrome que provoca enfermedades y que puede manifestarse a través de dolores de cabeza, estómago, del pie o dolor de muelas, que en la clasificación de enfermedades quechua son enfermedades y no simples síntomas.

Mario Hollweg (2003), señala que, en el mundo andino, existe la creencia del ‘secuestro del alma’ por espíritus ‘malignos antropomorfizados’, que aparecen en lugares solitarios o en situaciones particulares que se relacionan con los temores naturales de las personas, lo que provoca miedo y consiguientemente la ‘salida o pérdida del ánimo del cuerpo’, que queda

⁵⁰ Tonalli es una de las tres almas que la cultura azteca atribuye a las personas. El tonalli se ubica en la cabeza y puede desprenderse del cuerpo voluntaria o involuntariamente, pero cuando ocurre esto último provoca enfermedad o muerte (Ortiz de Montellano, 1997. pp. 74-80)

vagando en algún sitio. Esta situación, según el autor, provoca en determinados casos que la persona manifieste trastornos corporales que se explican por esta pérdida del alma.

En comunidades mapuche de la región de La Araucanía, en Chile, se reconoce igualmente la pérdida del alma en la etiología del síndrome. El susto es una enfermedad clasificada como sobrenatural y que “se produce por la excesiva preocupación o bien por la presencia de un *wekiüfi*⁵¹ que se va apoderando poco a poco de la persona robándole el am (alma)” (Citarella, 1995:340).

Particularmente en el caso de Chiloé, el Susto se explica por haber experimentado una situación atemorizante en forma imprevista. La mención a la pérdida de juicio o la pérdida del espíritu también se encuentra, pero más bien como un síntoma o condición provocada por el susto, dando cuenta de que se mantiene la noción de que una parte de la dimensión no corporal de la persona se desprende o sale de ella. Tal vez la pérdida del juicio o la pérdida del espíritu en algún momento correspondió a la pérdida del alma y actualmente esa concepción ya no está tan presente o se transformó.

No encontramos en Chiloé información sobre personas que mencionaran directamente la pérdida del alma para explicarse el susto, no obstante, al consultarle a una sanadora que trata el susto acerca de las causas que podrían provocar el síndrome, nos mencionó lo siguiente: “... pueden ver también animales, lobos o alguna cosa. Otras personas dicen que **ven personas a lo lejos, ánimas** y demás y dicen que igual eso es susto, pero yo nunca he visto nada” (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón).

No obstante lo anterior, en el tipo de tratamiento tradicional utilizado en Chiloé para quitar el susto, denominado ‘Kutipe’ o ‘Kutupelle’, queda clara la concepción originaria de pérdida del alma y/o espíritu, ya que la ceremonia y las oraciones utilizadas en ella se orientan a llamar al alma perdida.

Tampoco recogimos casos sobre la aparición del susto por la apropiación del alma por alguna entidad maligna, como ocurre en los contextos mapuche, pero sí algunos casos de Susto producido por fenómenos extraños o inexplicables que podríamos calificar de sobrenaturales.

⁵¹ Entidad maligna, identificada como una persona o espíritu malo o como un demonio (en una definición más sincrética con la religión católica).

A partir de los relatos de nuestros entrevistados, las causas a las que atribuye este síndrome pueden clasificarse de la siguiente manera:

a. Hechos imprevistos o accidentales que provocaron un susto o temor muy fuerte. Entre estos casos podemos mencionar el de L.G., niño de 9 años que según el testimonio de su madre *“a los 3 años se asustó cuando un ternero que estaba castrando su padre se arrancó en dirección a él. Y hace poco le dio (otro susto) cuando fue a sacar los huevos al treile⁵² y el pájaro lo salió persiguiendo”*. En el caso de H.L. (50 años, hombre), identifica que el susto se produjo cuando el bote auxiliar en el que se encontraba comenzó a hundirse cerca de la orilla de la playa y él temió ahogarse; lo mismo le ocurrió a R.R. a los 12 años (mujer, actualmente de 34 años). Otra de las entrevistadas mencionó el terremoto del año 1960 y el haber creído que su madre había muerto, como la causa de un susto que tuvo a los 17 años y que afectó también a sus hermanos. En investigaciones anteriores hemos recogido otras causas de susto, como el haber presenciado el incendio de la propia casa, las tormentas y los truenos o el haber recibido la noticia de un accidente de un familiar. Es recurrente también el haber sido perseguido por animales (perros, vacunos, caballos).

En esta categoría podemos mencionar igualmente el Susto con el que puede nacer un bebé, producto de un temor sufrido por la madre durante la gestación. Esto podría provocar que el temor se traspase al niño o niña en gestación, que al nacer o durante su infancia presentará la sintomatología propia del síndrome, en especial la que tiene que ver con lo psicológico y emocional.

Por otro lado, un elemento que identificamos en algunos de los casos estudiados y en otros de los cuales tuvimos referencia, es el que una causa de lo que las personas identifican como Susto es el maltrato y el abuso sexual, en especial infantil. En estos casos, ocurre que se produce en los niños una sintomatología que la familia identifica como Susto y que es similar a la que pudiera presentar una niña o niño abusado o maltratado (cambios de comportamiento, desconcentración, llanto sin explicación aparente, retraimiento, temor a personas o a permanecer en algunos lugares, inapetencia, pesadillas, tendencia a escapar de su casa, en algunos casos alopecia por estrés o depresión). Sin embargo, no siempre se identifica a tiempo esta situación o no se asume que el menor fue o está siendo víctima de abuso, a veces en forma reiterada. Por lo anterior, creemos necesario que –sin estigmatizar ni formarse un prejuicio- los

⁵² Vanellus chilensis.

equipos de salud que se enfrentan a casos en los que el afectado o su familia manifiestan creer que existe un Susto, indaguen en la posibilidad de abuso sexual y/o maltrato.

b. Sufrimiento de vida que “se acumula”. Aquí se clasifica la vivencia de una serie de hechos -como los mencionados en el punto anterior u otros de mayor compromiso emocional- que provocaron temor en las personas afectadas y que de una u otra forma se fueron acumulando o quedaron en la ‘memoria corporal’, generando una labilidad emocional que después de transcurrido el tiempo vuelve a provocarles síntomas y emociones que se asocian al susto.

En esta categoría encontramos dos testimonios interesantes. El primero de ellos de C.G., mujer de 32 años que atribuyó los distintos episodios de susto que ha tenido a los sufrimientos que vivió durante su infancia, entre los que mencionó los golpes recibidos de parte de su madrastra, una violación de la que fue víctima a los 13 años y la posterior muerte del hijo engendrado producto de esa violación. En este caso, es interesante la explicación que esta mujer le da al síndrome en general, señalando que *“todo ese susto que uno pasó de niña va guardándose, (es una) acumulación de todo lo que uno ha vivido de niño, hasta que llega al corazón cuando uno ya no da más”*. En su caso, al momento de ‘llegar al corazón’, ella comenzó a manifestar ataques de tipo epiléptico y según su relato esto ocurrió después de haber tenido un sueño en el que se veía acostada con sus hermanas menores en su cama, cuando aparece un hombre vestido de negro que la toma del brazo y le dice que la va a matar, mientras sus hermanas se escondían de él. Cuando despertó de este sueño habría tenido su primer ataque y además, dice, *“no podía hablar, mi lengua era de tinte azul”*. En una segunda entrevista, C.G. vuelve sobre este relato, pero no queda claro en lo que ella expresa si realmente considera que fue un sueño o más bien fue un hecho real –posiblemente asociado al episodio de abuso que menciona- y que ella elaboró posteriormente como un sueño.

El otro caso es el de H.Ch. (mujer, 53 años) que al momento de la entrevista dijo tener un susto que tendría su origen en dos sustos que tuvo cuando joven y que le habrían vuelto ahora producto de –según sus palabras- *“la pena y la debilidad emocional de mi corazón”*. Los sustos que tuvo en su juventud y la consiguiente debilidad de corazón, al igual que la entrevistada anterior, son atribuidos por ella a los sufrimientos que le provocó su madrastra.

En relación a esta concepción de las emociones o sustos acumulados, E.T., sanador tradicional especializado en el tratamiento del susto o ‘*pesar*’ y que obtuvo sus conocimientos de su madre, nos relató lo siguiente:

“El pesar viene justamente cuando la persona tiene una preocupación de algo, por ejemplo, la muerte de un familiar, un accidente. Y la persona lo trae porque la mente es tan traicionera que uno difícil va a olvidar lo que le pasa y eso lo trae grabado y a la larga se enferma la persona de adentro (...) a la larga, decía mi mamá, el susto de una persona si no lo trataban puede llevar a la muerte, porque se forma dentro del organismo de la persona, decía ella, la misma fiebre se va acumulando y eso revienta dentro. Decía que según contaban los antiguos que la persona va decayendo no más, va enflaqueciendo, y ya después no come, no le apetece comer y así se va muriendo”.

A.B., Sanadora de Puqueldón, confirma esta idea, y entrega más antecedentes:

“...todos hemos tenido susto y si no se toman remedios se van acumulando en el corazón, y cuando ya no puede más el corazón, ya le agarra al cerebro, y ahí ya pierden el tino, y ahí vienen los ataques”.

Los “ataques” son descritos tanto por esta sanadora como por otros entrevistados como episodios en los que la persona se trastorna y es difícil contenerla físicamente. En ambos testimonios es posible observar no sólo la concepción de que en la medida que un susto no se trate éste se va acumulando, sino también la noción de cuerpo que los sanadores y las personas en general manejan y la forma en que las distintas emociones y procesos de las personas afectan e involucran a cada órgano.

c. Fenómenos anormales o sobrenaturales. Esta etiología la encontramos en una familia en la cual los tres hermanos adolescentes habían sufrido de susto (dos mujeres a los 16 y 17 años y un hombre a los 13 años). En estos tres casos fue la madre quien nos relató lo ocurrido a sus hijos, porque prefirió no exponerlos a recordar las circunstancias en las que se les produjo el síndrome, lo que nuevamente da cuenta de la labilidad emocional que el síndrome provoca en los afectados.

El primero de los casos fue el de su hijo, que a los 13 años se encontraba recogiendo algas en la playa y fue encontrado en un lugar cercano con una parálisis de rodilla. El joven no recuerda qué le ocurrió, por lo que no existe una causa precisa del susto y la madre cree que se trató de este síndrome más bien porque luego lo presentaron sus hermanas en forma secuencial⁵³. Aproximadamente 3 años después de ese episodio, su media hermana, que en ese momento tenía 17 años, mientras se encontraba en el mismo lugar en que su hermano fue encontrado con la parálisis años antes, dijo haber sentido una risa sin haber presente una persona que la emitiera. En ese momento ella perdió el conocimiento, siendo encontrada horas después por familiares que la trasladaron a su casa. El síndrome habría sido provocado por el susto que le causó la risa que escuchó. Algunos meses después, y mientras ella estaba todavía siendo

⁵³ En este caso, el diagnóstico biomédico fue un síndrome de Guillain Barré, por el cual el menor estuvo hospitalizado y en tratamiento, sin embargo, la madre no descarta el susto y considera la enfermedad orgánica como complementaria al síndrome cultural.

tratada por el Susto, su hermana de 16 años sufrió igualmente del síndrome cuando se le comenzó a aparecer la figura de un hombre en la ventana de su dormitorio.

En el caso de estos hermanos, encontramos por un lado, la observación que se recoge en la GLADP, en cuanto a que en el Susto “los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan” (APAL, 2003:220) y, por otro lado, se trata de fenómenos extraños, aparentemente sobrenaturales para la familia, por lo que en el relato de la madre -aun cuando identifica al Susto como síndrome predominante y se siguió el tratamiento para esa dolencia- existen referencias a posibles causas ligadas a otro síndrome cultural, el Mal o Brujería, en la enfermedad de sus hijos. Es posible igualmente que exista una explicación más concreta como causa del susto, pero que la madre desconoce, orientando su explicación y la de su familia hacia causas más sobrenaturales. En el caso de C.G. mencionado anteriormente, donde ella tiene un sueño que gatilla los ataques asociados al susto, también la hacen pensar en un primer momento que su dolencia podría deberse a una hechicería, sin embargo, luego descartó esta idea y se inclinó por la de los sustos acumulados.

De esta forma, el susto puede clasificarse como un síndrome de tipo emocional que puede ser provocado por causas sobrenaturales o personalistas (un acontecimiento sobrenatural que provoca un fuerte impacto emocional) o bien por causas naturales (una experiencia real que provoca un fuerte impacto emocional).

Quienes han sufrido de susto lo asocian directamente a un fenómeno emocional –la vivencia de una impresión o susto fuerte- y tanto por los testimonios como por el tipo de remedios utilizados en el tratamiento –que veremos más adelante- se vincula con el corazón, en tanto órgano y símbolo relacionado con las emociones.

Otra característica del susto es que es una dolencia que puede acumularse en el tiempo en caso de no tratarse, provocando –si así ocurre- que las personas desarrollen síntomas cada vez más graves o inhabilitantes, entre los que se mencionaron los ataques epilépticos, la pérdida de juicio e incluso la muerte.

Finalmente, la intensidad en que se manifiesta el susto en cada persona va a variar, desde un impacto momentáneo que luego de un tratamiento termina, hasta casos como los mencionados anteriormente, en los que las afectadas sienten que sustos ocurridos hace años aun las afectan, volviéndose el síndrome –o la enfermedad mental cuando está presente - crónico. Según E.T., sanador tradicional de la comuna de Queilen, el que una persona se asuste o no, va a depender de la *resistencia emocional* que ésta tenga, lo que explicaría por qué ante un mismo

hecho algunas personas no se asustan y otras sí se ven afectadas. Al respecto, A.B., sanadora de Puqueldón, dice que algunas personas se asustan porque son *débiles de corazón* y las que no se asustan se debería a que son “corajeros” o “duros de corazón”. El ser susceptible al Susto, dependerá entonces de la fortaleza emocional de la persona.

iii. Síntomas y Signos

De acuerdo a la revisión bibliográfica y a las entrevistas realizadas, podemos sostener que el Susto comprende un sinnúmero de síntomas somáticos o físicos y algunos síntomas psicológicos o emocionales más restringidos y comunes a diversos grupos culturales.

La GLADP menciona que entre los síntomas generales del susto se encuentran la agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, depresión, introversión. Asimismo, se señala que diferentes estudios atribuyen como síntomas de algunos casos de susto la hipoglucemia, enfermedades orgánicas no especificadas, ansiedad generalizada o estrés producido por conflictos sociales o baja autoestima (APAL, 2003: 220). Entre los nahuas de México, Alfonso Aparicio menciona como síntomas físicos el amoratamiento de la piel, hinchazón de los ojos, pérdida de la voz, suspiros, acidez y regurgitaciones, cambios de humor, sollozos y llanto, mal dormir, etc. (Aparicio, S/f: 15).

En cuanto a lo emocional o anímico, Aparicio señala que la persona “No puede concentrarse, no puede relacionarse, no puede hacer bien su trabajo, no le sienta bien lo que come y lo que bebe”. Asimismo, señala que se consideran entre los pueblos amerindios síntomas como el caer en un estado de desánimo, tristeza, apatía, desgano, inapetencia y deseo de estar aislado.

Ortiz de Montellano (1997:262) menciona igualmente en poblaciones de México “inquietud al dormir, decaimiento, pérdida del apetito, pérdida de peso, pérdida de energía y fuerza, depresión, introversión, palidez, letargo y a veces fiebre, vómitos y diarrea”.

En el caso de los niños, la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana señala que “El niño espantado llora continuamente, sobre todo durante la noche, y deja de dormir; asimismo, tiene escalofríos y pierde el apetito. Uno de los indicios más significativos del padecimiento es la coloración verdosa de las evacuaciones del paciente, el cual, en ocasiones, también presenta vómitos. Por lo general, la visión que lo ha impresionado persigue constantemente al niño, y éste "repite el sueño", lo que le produce una gran intranquilidad”.

Castellón (1997:185) recoge entre las comunidades quechua síntomas físicos como dolor de estómago, dolores de cabeza, fiebre, carachas (costras en la cara), sarna, hinchazón de estómago, tos, ictericia, envaramiento (rigidez) muscular. En lo anímico se menciona sueño, “no hay ganas de caminar”, “no hay ganas de comer, no hay valor”; “La wawita grita, duerme asustado, se espanta, se vuelca sus ojitos; está como loco”. Las comunidades quechuas señalan que es un síndrome que afecta al cuerpo entero y en lo particular al estómago y al corazón.

Hollweg (2003:4), para el caso de los aymara y quechua de Bolivia registra que “el asustado manifiesta sensación de desvitalización y desfallecimiento corporal, acompañado de quejas de malestares orgánicos (psicosomatización)”, también se dan casos de cuadros delirantes alucinatorios y de confusión mental. Fernández (1988), también entre los aymara, pero puntualmente entre los niños, describe inquietud, ojos enrojecidos, huidizos y con ojeras penetrantes; además de que no concilian el sueño y pierden el apetito.

Entre los mapuche, los síntomas identificados son “temor, mirada perdida, palpitaciones y nervios” (Citarella, 1995:340).

En Chiloé, en un testimonio que recoge la Asociación Indígena Rayen Küyen (2005:41) se señala que “Los síntomas que presenta una persona con enfermedad del susto son principalmente mucho sueño, debilidad, desmayos, inapetencia, llanto en los niños y sueños interrumpidos. “Mi hijo que tuvo susto, no tenía apetito de comer, lo que tenía era sueño, y en la noche se levantaba y llamaba asustado, porque casi le salió el juicio”.

Entre nuestros entrevistados –enfermos y sanadores tradicionales- se mencionan una serie de síntomas físicos y psicológicos, que se entremezclan para ir configurando el síndrome. Para efectos de clarificar la sintomatología, la hemos dividido en síntomas físicos o somáticos y en síntomas psicológicos, que se describieron de la siguiente manera:

a) Síntomas físicos o somáticos: síntomas diversos y en general particulares de cada enfermo, como acalambamiento de cuerpo; úlcera gástrica; alopecia; parálisis en piernas, parálisis en brazo, parálisis facial; ‘le faltaba el resuello’ (falta el aliento, cansancio) y sensaciones precordiales (“como que el corazón le queda pesado”; “tiene que andar suspirando, como que tiene algo que se le viene hinchando”),

En forma más frecuente se mencionan ataques similares a los de tipo epiléptico, pérdida de conciencia o ambos juntos (ataques con pérdida de conciencia). Una de las sanadoras entrevistadas nos dice al respecto:

“...los adultos hasta que ya no pueden más y explotan, cuando están mucho, mucho, les dan como ataques, se mueve el cuerpo y se queda la vista para arriba. Esa es la Gota Coral⁵⁴, caen al suelo y se mueven completos (...) porque el susto pasa en veces a Gota Coral, eso se ve mucho” (A.B., Sanadora Tradicional. Puqueldón).

Otro síntoma del síndrome es un pulso característico que la persona manifiesta y que es detectado por las sanadoras tradicionales que saben usar esta técnica diagnóstica⁵⁵. A.B., sanadora de Puqueldón, dice al respecto que “... cuando está espantado, el pulso anda rápido, y cuando ya está pasando el Susto que tiene, está rápido y está débil también, como un hilito”. La misma sanadora señala que a través del pulso se puede saber qué tipo de Susto tiene la persona (actual o acumulado). Otra sanadora, G.M., también de Puqueldón, señala que la persona que está asustada tiene dos pulsos en la muñeca y que ambos laten en forma distinta.

Una forma de diagnóstico tradicional que recogimos en nuestra investigación y que sirve para establecer la existencia del Susto y también de otras enfermedades y dolencias es la observación de las vísceras de un animal. En el caso que nos tocó presenciar, la madre de una joven de 16 años afectada por un Susto, la hizo soplar cuatro veces en el pico de una gallina; luego mató a la gallina y observó que el corazón tenía una pequeña acumulación de grasa blanca en la punta, lo que ella explicó como la evidencia del Susto de su hija. Este tipo de diagnóstico también se hace en otros territorios de Chiloé con corderos, a los que se les sopla en el hocico y una vez muerto se le observa el hígado, para identificar en qué órgano se encuentra la enfermedad. La imagen del órgano afectado debiera dibujarse en el hígado del cordero⁵⁶.

Finalmente, dos sanadores mencionaron como imprescindible para el diagnóstico del Susto, el que en la entrevista (anamnesis) con la persona afectada, ésta manifieste que está asustado, lo que debe hacer en base a los síntomas que presenta y que además recuerde qué le provocó el susto.

⁵⁴ Gota Coral es el nombre que se le daba antiguamente a la Epilepsia -concretamente a las crisis epilépticas- la cual se atribuía al corazón, de donde proviene la voz coral. (Fuente: Biblioteca Virtual de la Yucataneidad. <http://www.uady.mx/sitios/editoria/biblioteca-virtual/miscelanea/e.html>). En Chiloé aún hay personas que se refieren a la epilepsia de esta forma.

⁵⁵ Como mencionamos anteriormente, el tomar el pulso o “pulsear” es una forma de diagnóstico que practican lo/as sanadore/as tradicionales. Ello/as colocan sus dos pulgares en la cara anterior de la muñeca del enfermo o persona que consulta y hacen una apreciación de la existencia de alguna patología según los pulsos, sus ritmos, amplitudes y tono.

⁵⁶ Esta técnica diagnóstica se utiliza igualmente en otros países de Latinoamérica. En Perú es extendida ‘la soba del cuy’, que sigue el mismo principio que observamos en Chiloé. http://www.visionchamanica.com/Medicinas_alternativas/Soba-del-cuy.htm

b) Síntomas psicológicos: involucran manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales.

La sintomatología más reiterada es el llanto recurrente (*“despertaba por las noches llorando durante un mes”*, niño, 9 años; *“lloro mucho, no es normal”*, mujer, 50 años; *“lloraba”*, mujer, 34 años).

El sueño es otro aspecto que varias personas señalaron entre los síntomas más recurrentes y que se presenta de dos formas opuestas. Algunos enfermos y sanadores señalan como síntoma el tener mucho sueño, dormir mucho, soñar mucho (*sueños malos*). Pero, por otra parte, existen personas a las que les ocurre lo contrario: tienen dificultades para dormir o lo hacen sobresaltados.

“Para ver el susto, en un niño, en un adulto igual, sin dormir, nunca cierra la vista, no duerme como debería dormir, siempre sobresaltado, siempre moviendo así: unos brincos, el lado izquierdo, el brazo con la pierna, siempre el lado izquierdo, eso decía mi mamá que eran los síntomas del susto” (E.T., 49 años, Sanador Tradicional).

Otros síntomas mencionados fueron la tristeza, inapetencia, *“los nervios”*⁵⁷, la pérdida de la memoria.

También se consignan algunas conductas bizarras, tales como esconderse para evitar ver a otras personas o ser visto; dejar de hablar; arrancar o escaparse de la casa (*“de amanecida quiere irse, arrancarse para el campo”*); temor a entrar a determinados espacios o circular por los lugares en que antes se hacía habitualmente; ver ‘espíritus’, sombras o personas imaginarias que se acercan; escuchar voces.

“... escucha voces, es como (que) está escuchando voces, (que) la están llamando, como esquizofrenia, pero cuando ya toma sus remedios (remedios naturales, indicados en una tienda naturista) se le quita todo eso, no escucha voces, no le atacan ni las piernas ni los oídos, porque a ésta cuando la atacan los huesos, dolores de oídos, en la noche escucha que lo están llamando que lo están insultando, así pasa...” (Relato de la madre de R.R., mujer, 34 años, Queilen Rural)

En el caso de los niños, una sanadora señala que *“se quedan más cobardes, ya no quieren dormir solos”* (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón)

⁵⁷ La GLADP considera los ‘nervios’ como un síndrome cultural en sí mismo y de acuerdo a su descripción podríamos considerar que se condice con lo que las personas refieren al hablar de ‘nervios’, aun cuando en general en Chiloé se lo considera como un conjunto de síntomas o un estado y no como un síndrome en sí mismo. LA GLADP define los nervios como “Frecuentes episodios, a menudo crónicos, de extrema tristeza o ansiedad que dan lugar a un conjunto de manifestaciones somáticas tales como dolor de cabeza o dolor muscular, reactividad disminuida, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, fatiga y agitación. Más frecuente en mujeres” (APAL, 2003:219).

Otro síntoma descrito por la misma sanadora y al que hacíamos referencia anteriormente, es “perder el tino” o “perder el juicio” y para graficarlo relata un caso que le tocó atender:

“Perder el tino es que usted no se da cuenta de nada. El niño⁵⁸ que vino, le temblaban las manos, y entró hacia la cocina tanteando así, y llegó y le dijo buenos días a la mesa, estaba fuera de tino. Ese chico tomó un susto, se cayó de un caballo en un puente, habrá sido un año atrás, lo dejó y lo dejó (no se trató el Susto) y le vino con el trago, cuando tomaba, arrancaba, en las noches se desaparecía de la cama y ni sabían si estaba o no, (...) y cuando me empezaron a decir que tuvo su Susto, ahí le dije que le haría el remedio. Cuando vino después de tomar su segundo remedio ya vino bueno, cambió (...) Puede también que pierda el conocimiento por la enfermedad que tiene en el cuerpo, eso sería un síntoma igual”. (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón)⁵⁹.

En general, y como veíamos en la revisión bibliográfica sobre este síndrome en otros países latinoamericanos, la sintomatología somática es diversa y por lo general se asocia a enfermedades orgánicas que acompañan al Susto. En lo psicológico, los síntomas coinciden tanto entre los distintos casos estudiados a nivel local como con lo que se refiere a nivel latinoamericano, fundamentalmente en aquellos síntomas que denotan desgano y apatía, así como temor y trastornos o alteraciones conductuales.

iv. Tratamiento

El tratamiento del susto debe ser realizado en todas las culturas por un especialista tradicional. Asimismo, aun cuando no en todas las culturas y territorios se conserva explícitamente la noción de pérdida del alma como causal del susto, en todo el continente se aplican tratamientos similares, que incluyen remedios en base a hierbas y ceremonias mágicas o rituales.

En México, López Austin (En: Aparicio, S/f), menciona que la cura del susto consiste en ir a buscar el alma donde quiera que se encontrase o donde quien pudiera haberse apoderado de ella, para devolvérsela a su legítimo propietario. Para ello, se realiza un tratamiento a través de rituales mágicos que incluyen una “limpia” previa a la recuperación del alma, con el objetivo de expulsar del cuerpo todos los malos espíritus y aires que aprovechan el lugar de salida del alma para alojarse en el cuerpo.

⁵⁸ Se refiere a un hombre joven.

⁵⁹ En este caso, y por la descripción que realiza la sanadora, podríamos estar ante un cuadro de esquizofrenia.

Otros tratamientos de limpieza mencionados por Aparicio en México consisten en que “se barre bien la casa. El enfermo se sienta en medio, donde hace cruz la casa. Ahí se le untan 14 huevitos (...). Después lo *rucean* (rocían) con mezcal” y otro tratamiento, que se usa especialmente cuando el susto ha ocurrido lejos, consiste en poner brasas, un nido de pajarito, palma bendita y rabo de ajo dentro de un recipiente de barro o greda, mientras se llama al enfermo (a su alma perdida) por su nombre. Según una sanadora entrevistada por Aparicio, ella dice: “*Por ejemplo, si se llama Juan, se dice: -Vente, Juan; - ¿Dónde estás, Juan? Y se da vuelta al enfermo llamándolo. Si arde la lumbre solita, ¡ya llegó! Si no arde, vuelvo a hacer más, otra vez, hasta que arda y vuelva el espíritu*”.

Entre los aymara de Bolivia, Fernández describe una ceremonia que consiste en acostar al enfermo muy arropado, y una vez que se ha dormido, el *yatiri* (sanador) o algún familiar comienza a recriminar al alma (“*ajayu, animu, kuraji*”), para que vuelva. Para ello, se acerca al lugar donde la persona habría tenido el susto –y donde habría ocurrido la salida de su alma- con objetos personales del afectado (ropa y, en el caso de que se trate de un niño, sus golosinas preferidas). Haciendo ofrendas de incienso y alcohol, tocando una campana y haciendo girar la ropa en sentido contrario a las agujas del reloj, realiza una invocación llamando al *ajayu* del enfermo: “*Jutam, jutam, jutam, jutamay ajayu!*” (¡Venga, venga, venga, venga no más, espíritu!). Lo que debiera ocurrir posteriormente es que alguna sombra o insecto se pose sobre la ropa, con lo que se tiene la señal de que el espíritu volvió al afectado. Posteriormente se describen varias acciones que dicen relación con santiguar al enfermo, llamar nuevamente a su alma, poner cerca de él los objetos usados en el ritual, además de una cruz, entre otros (Fernández, 1988:109).

Castellón recoge igualmente que el diagnóstico de susto entre los quechua se realiza mirando la hoja de coca y también con naipes. Para el tratamiento posterior, en especial en el caso de los niños, se hace un cocimiento de coca, cigarro y lejía con el que se baña al niño.

En el contexto mapuche, en Citarella (1995:340), se mencionan tratamientos que incluyen infusiones de hierbas; infusiones de hierbas acompañadas de quemas de azúcar y ají en el fuego; oraciones y disparos al aire y palmadas en la cara para hacer volver en sí a la persona asustada.

En Chiloé los tratamientos para el susto eran realizados sólo por algunas de las sanadoras entrevistadas y por un sanador. Si bien actualmente se trata de un síndrome tratado por especialistas, la señora D.M., 72 años, de Quemchi insular nos comentó que cuando sus hijos eran pequeños, hace aproximadamente 40 años atrás, ella misma, sin ser sanadora, les hacía

remedios para el susto y que este conocimiento era generalizado entre las personas, no una práctica restringida sólo a algunos. Este saber se fue perdiendo en el tiempo y se dejó de practicar, según la apreciación de nuestra entrevistada, *“porque ya empezaron a llegar los remedios y la gente se empezó a atender en los hospitales”*. De esta forma, el conocimiento fue quedando en algunos pocos sanadores y sanadoras que fueron conservando ésta y otras prácticas vinculadas a la curación de dolencias y síndromes locales.

Los tratamientos que recogimos variaban desde la elaboración de remedios de hierbas que prepara la sanadora y entrega al enfermo en botellas para que los tome en su casa, hasta ceremonias tradicionales. En la descripción que cada uno de ellos hacía de la manera en que trataba el susto, se verificaba la forma en que se había o no conservado la tradición cultural asociada al tratamiento del síndrome. Mientras más elementos culturales se mantenían, más complejo era el tratamiento en su preparación y forma de administración. Sin embargo, independientemente del tratamiento realizado, en todos se da un factor común que dice relación con el ritual que implica tanto la recolección de las hierbas que se usan para preparar el remedio como los principales aspectos de la ceremonia en el caso de quienes aún la hacen

En la elaboración más primordial del remedio de susto, la recolección de las hierbas debe hacerse al alba, antes de la salida del sol. Quien recoge las plantas debe ser la sanadora o sanador, que no debiera ser pariente de la persona afectada. Sólo la sanadora debe saber cuándo irá a recoger las hierbas y al hacerlo, desde que se levanta y hasta que vuelve a su casa, no debe hablar con nadie. Si alguien la acompaña, esa persona tampoco debe hablar. Si en el camino se encuentra con otra persona o con algún pájaro (ya que muchos de ellos se asocian a brujos), deberá realizar nuevamente el ritual otro día, ya que esto lo invalida. Mientras recoge las hierbas (en general plantas nativas que se encuentran en el bosque y algunas que se cultivan en la huerta) y otros ingredientes para el remedio (un tipo de piedras, agua de determinadas características, elementos que simbolicen aquello que provocó el susto), la sanadora debe pensar en la persona enferma a la que se le está haciendo el remedio. La preparación del remedio puede ser dentro del mismo día o demorarse uno o dos días, dependiendo de si se encontraron todos los ingredientes. Una vez que se tienen todos los ingredientes y las hierbas, algunas se bruñen, otras se maceran y otras se hierven, lo que se debe hacer antes del mediodía. El remedio de susto es particular para cada persona, se hace pensando en ella y por lo tanto no sirve para tratar el susto de otro.

La aplicación del remedio de susto se hace de tres maneras, las que dependiendo de cada sanador se indican en forma única o complementaria:

a) A través de un preparado de hierbas que se toma frío o tibio (tres vasitos distribuidos durante el día hasta que se termina el preparado, del que habitualmente se entregan 2 o 3 litros).

Al igual que como mencionábamos anteriormente para el caso de México, algunas sanadoras previo a que la persona empiece el tratamiento con hierbas para el Susto, realizan una limpieza administrándole vomitivos hechos con plantas medicinales con el objetivo de expulsar el susto y prepararla para enfrentar el tratamiento que viene (tomas de hierbas o ceremonia cuando ésta se realiza). La limpieza previa a un tratamiento de sanación es una práctica habitual en los pueblos originarios⁶⁰, y – en el caso del Susto – lo que originalmente se buscaba era expulsar los malos espíritus que pudieran haber entrado en la persona ocupando el espacio que el alma dejó vacío.

b) Con el mismo preparado de hierbas que luego la persona deberá tomar, el sanador o quien acompañe al enfermo luego en su casa, debe rociar sorpresivamente a la persona, ya sea por la espalda o por el frente y en la cara. Para esto, el sanador introduce en su boca el líquido y luego lo va soplando o asperjando sobre la persona. El objetivo de esto es asustar nuevamente a la persona para que de esta forma vuelva a ser la misma (en el concepto originario, para que el alma retorne al cuerpo) o bien – como en el caso del vomitivo que mencionábamos anteriormente – para sacarle el susto.

“... Pero ese remedio (asperjar al enfermo) ella directamente no lo hacía, ella decía que lo haga la mamá del niño o el familiar, cuando ya llegue a su casa. El primer día antes de tomar el remedio le decía que se saque de la botella una bocanada la persona y le levante la polera y le dé susto, que le tire por la espalda y en la cara. Ella le decía que llore, que llore, déjalo que llore, para que se vaya el susto decía ella (...) mi mamá decía ¡fuera susto no más!, esa era su palabra...” (E.T., sanador tradicional)

A medida que se sopla el líquido sobre la persona, se van haciendo invocaciones al espíritu perdido de la persona, de manera que éste vuelva cuando el susto se haya ido.

c) A través de una ceremonia en la que se llama al espíritu de la persona asustada a través de un ritual en el que ella debe estar presente.

En cuanto a la ceremonia para tratar el susto, en Chiloé se denomina Kutupelle, Kotupeye o Kutipe y tiene elementos muy similares a las ceremonias descritas a lo largo de Latinoamérica.

También recogimos de parte de un sanador entrevistado el nombre de Leupillín para esta ceremonia, el que no es mencionado en la bibliografía revisada y que en mapudungun

⁶⁰ Otros antecedentes al respecto en <http://apu-yura.blogspot.com/2008/04/inciensos-palo-santo.html>

podría tener un significado similar a “que entre el espíritu rápidamente (que se ubique en su lugar)”.

En la revisión bibliográfica encontramos dos descripciones de la ceremonia de tratamiento del Susto. Bernardo Quintana (1995) describe una ceremonia de “Cutipe” realizada en Chiloé (no se indica la fecha en que se recogió este testimonio) de la siguiente manera:

“la madre sostiene la criatura por el tronco, y la curiosa (sanadora) de ambos pies; en esta forma, rodean la casa, deteniéndose en cada una de las cuatro esquinas, para que la machi, proceda a rociar en la espalda desnuda del niño, tres buchadas de una infusión preparada con toronjil, flor de la piedra, huipinda, flor de ciruelillo, hojas de poleo y polvos de “tuya”. Una vez llegadas a la última esquina, la curiosa entrega al niño a su madre y ejecuta una extraña danza, dando pequeños brincos, girando en círculo y levantándose varias veces sus polleras, llama en voz alta al niño por su nombre, durante cuatro veces y en cuatro direcciones opuestas. Una vez finalizada esta ceremonia, entran todas a la casa, acuestan al niño en su cuna, se le da de beber cucharaditas de infusión de ‘Huelgue’ y a los pocos minutos se queda profundamente dormido (seguramente por el efecto sedante de esta última planta). Al decir de las madres, que desesperadas han tenido que recurrir al “Cutipe”, el niño amanece al otro día completamente sano (Quintana, 1995:147).

Manuel Romo (2001:16-17), a partir de un trabajo realizado por Elena Quintana de García en Chiloé y publicado en 1977⁶¹, hace la siguiente descripción de la ceremonia que denomina Cutupelle o Cotupeye, en la que se llamaba al espíritu y al juicio del niño, como observábamos anteriormente y como ocurre en el Altiplano y otros lugares de América Latina:

“Suponiendo que es un niño el paciente, es indispensable buscar un curioso o curiosa. Esta persona debe llevar un hachón de paja con lana negra al que se le ha puesto una brasa. El dueño del enfermo con una varita va huasqueándolo, mientras la machi va romanceando: ‘cutupelle, metapelle; que entre el juicio; que vuelva su espíritu’. Así hasta que llegan al lugar en donde el niño recibió el susto. Si el motivo fue un árbol, una lancha, etc., se le raspará y se guardarán las raspaduras. Si, por el contrario, el causante fue una persona o un animal, se le cortará un mechón de pelo. En el primer caso, después de raspar al culpable y de huasquearlo, se iniciará el regreso a casa, en la misma forma como de ida. Al enfermo se le sentará en la cama, mientras la curiosa pone a hervir las raspaduras a las cuales ha agregado ciertas yerbas especiales para el susto y en seguida la machi rociará el cuerpo del paciente soplando el agua milagrosa con la boca en todo el cuerpo con el objeto de hacer que entre su juicio. Esta ceremonia debe hacerse al momento de oscurecer y con no menos de cuatro personas como acompañantes de la curiosa”.

La ceremonia de Leupillín, nos fue relatada por E.T., sanador de la comuna de Queilen, cuya madre la realizaba para tratar los sustos hasta hace unos cinco años atrás, antes de fallecer. El leupillín se realiza cuando el remedio de hierbas ya no hace efecto o cuando “*hay sustos donde ya ha pasado harto tiempo dentro del cuerpo, por ejemplo meses*”:

⁶¹ Quintana de García, Elena: Voces del Archipiélago. (Vocabulario Chilote). Santiago, Imprenta Simiente, 1977.

“El leupillín -es chistoso el remedio este, mucha gente se reía acá cuando veía hacerlo- consiste en que ella se levantaba cuando viene recién la luna del día para buscar el remedio, (...) me decía ése es el secreto del remedio, de ese tipo de remedio, eso no se recolecta a cualquier hora del día, tiene que ser viniendo el alba. (A1) Llegar de fuera, encima de la cocina los oreaba (las hierbas), pasto, simplemente pasto, pero no cualquier pasto, y eso ella lo hacía así, y lo ponía en ese cuenco. Y eso cuando venía la persona lo citaba temprano, a las 8 de la mañana tenía que estar la persona acá, así que ella tenía su tabla de madera, la colocaba en el piso, y su pasto seco lo colocaba ahí (sobre la tabla) y le prendía un fósforo, lo encendía y decía que la persona, ya sea un adulto o un niño, tenía que saltar en cruz, hasta que el fuego se consuma totalmente. (Mientras la persona saltaba) ella le decía ‘fuera susto, fuera susto, fuera leupillín’ y decía las palabras ella, mientras la persona hacía este rito. Después que se consumía recogía las pavesas y las colocaba en una tetera, junto con otros pastos de acá; los hervía y esa es la toma, le ponía los remedios. Eso sí, ese remedio es para la persona que saltó, no lo puede tomar otra persona. Porque decía que eso iba al nombre de la persona, (...) ella lo primero que hacía era preguntar el nombre del paciente (y) lo anotaba en una hoja antes de ir a hacer la recolección (...) porque ella cuando estaba extrayendo el pastito, ella estaba llamando en su corazón el nombre de la persona”.

En estas ceremonias se ponen en juego distintos mecanismos que contribuyen a la cura de la dolencia. Existe una relación favorable entre la sanadora y el enfermo, no sólo por el reconocimiento que el enfermo hace de ella, sino que también por la preocupación que se observa en la preparación ‘personalizada’ del remedio; se realiza una ceremonia que tiene varios simbolismos propios de la cultura local (fuego, cruz, oración) y el ser protagonista de la ceremonia otorga a la persona una sensación de control, de tener un rol activo en la curación de su enfermedad que –además de las propiedades medicinales que tengan las hierbas que luego va a tomar- contribuyen a su sanación física y espiritual. Lo colectivo, a través de la participación de la sanadora, el apoyo familiar y la comprensión comunitaria del síndrome son también factores que contribuyen al proceso terapéutico.

vii. Explicación Biomédica

La GLADP sugiere que los casos de susto o espanto se clasifiquen como “Trastorno somatomorfo indiferenciado”. Alternativamente, y si el cuadro clínico lo sugiere, puede utilizarse la categoría “Otros trastornos neuróticos especificados” (APAL, 2003:220).

Ortiz de Montellano (1997: 262) señala que algunos diagnósticos biomédicos del susto “van desde los psiquiátricos –una expresión culturalmente apropiada de la ansiedad histórica- (Guillén, 1948) hasta la hipoglucemia (Bolton, 1981). Rubel et al. (1984) atribuyen los síntomas al estrés social, pero demostraron que los *asustados* igualmente manifiestan elevados niveles de enfermedad orgánica”.

Aparicio (S/f:14), menciona la explicación que da Concepción de la Garza en relación al susto, donde sostiene que "la teoría indígena del susto aparece como análoga de la freudiana

(sic) de neurastenia de sobresalto o de neurastenia de accidente: un acontecimiento exterior es el causante de una ruptura en la vida psíquica de la persona y el choque de energías antagonistas de dicha ruptura se manifiesta a través de una serie de síntomas" (De La Garza, en: Aparicio Mena, p. 14).

En Chiloé, en general los profesionales de salud entrevistados que se desempeñan en el nivel secundario u hospitalario (Pediatra, Matrona, Neurólogo, Asistente Social, Psicóloga) no conocen mayormente el Susto y sus manifestaciones y sostienen no haber visto o haber visto muy pocos casos. En el caso de algunos profesionales y técnicos paramédicos del nivel primario de atención (Médico General, Matrón, Técnicos Paramédicos), el Susto es más conocido y un Paramédico lo señala incluso como uno de los más recurrentes, además del Mal, y para el que se cuenta con varias 'machi' que lo tratan, por lo que en ocasiones él mismo ha derivado a pacientes donde estas sanadoras.

Es probable que la poca información que algunos profesionales manejan se deba a que las personas en general no les mencionan a los profesionales de salud que en su padecimiento hay involucrado un síndrome de Susto, pero también porque se trata de un síndrome para el que aún existe una red de sanadores tradicionales, por lo que en muchos casos se resuelve en el sistema médico tradicional y en otros se complementan los sistemas. Cuando la consulta es en el sistema oficial, habitualmente se realiza en la atención primaria, buscando resolver los síntomas orgánicos o somáticos que pudieran acompañar al Susto, es por ello que por lo general los pacientes no llegan al nivel hospitalario, a menos que en su diagnóstico haya alguna sospecha de trastorno mental, epilepsia, soplo al corazón u otro.

En varios casos que hemos conocido, tanto a través de esta investigación como en la atención complementaria que habitualmente realiza el equipo de la Unidad de Salud Colectiva, hemos identificado que existe una importante correlación en los diagnósticos que se realizan en el nivel primario entre Susto (según la concepción del enfermo o illness) y Epilepsia (según la concepción biomédica o disease). Esto ocurre porque las convulsiones propias de la epilepsia pueden ser interpretadas como parte de la sintomatología de un Susto y es en ese momento en el que la persona consulta en el sistema biomédico. Sin embargo, conocimos también un caso en el que el diagnóstico de epilepsia finalmente fue descartado por los exámenes neurológicos y la enferma, una joven de 16 años se sanó con el tratamiento del sistema tradicional u originario.

En el caso de cuadros más complejos, donde el nivel primario de atención no logra resolver el problema somático y se deriva al nivel secundario (hospital), dependerá del especialista y de su formación el que se priorice una explicación orgánica, considerándose el aspecto psicológico o el susto –en el caso de que el enfermo manifieste que cree tener este síndrome- como un antecedente que podrá o no tener relación con la patología que se esté tratando. En estos casos es habitual que se encuentren patologías asociadas, como epilepsia, estrés post traumático⁶² o esquizofrenia, que tienen síntomas que pueden ser confundidos o asociados por las personas con un Susto. En algunos casos, cuando a una persona se le diagnostica un soplo al corazón, la explicación cultural es la de un Susto.

Un médico Neurólogo del Hospital de Castro, señala:

“... hay varios síndromes que uno puede escuchar de las personas y que uno trata de darle una interpretación del punto de vista de la medicina científica, (...) por ejemplo el susto, hay enfermedades que los pacientes interpretan como que fueran a raíz de un susto o a raíz de una situación de estrés y son enfermedades orgánicas, enfermedades que nosotros podemos evidenciar. Por ejemplo, el Parkinson. Hay pacientes que ese temblor que tienen, que es expresión de la enfermedad, se lo atribuyen a una situación de susto que tuvieron en algún momento (cercano al inicio de los temblores), pero la enfermedad como tal existe, no es una situación transitoria ni pasajera”.

Por otro lado, un médico Pediatra del mismo hospital, quien además tiene formación en terapias complementarias, si bien manifiesta no haber recibido casos de Susto, pero sí otros síndromes culturales, como mal de ojo o empacho, sostiene en relación a la forma en que aborda estos síndromes con la familia:

“... uno trata de ver si hay algún trastorno psicológico o funcional, si hay algo en la casa que no esté funcionando bien, que esté produciendo las molestias y si no lo puedes ayudar por ese lado, le sugieres que vaya no más a una persona que lo pueda ayudar (...) si la persona piensa que yendo a un curandero o a una meica va a andar bien, uno le sugiere que vaya porque realmente van a ir con una disposición diferente y con la fe de que puede mejorar. Lo que pasa es que también hay muchas situaciones que no son tanto físicas, a veces hay conflictos o hay dramas dentro de la familia y eso va repercutiendo en el niño, aunque la familia no lo perciba, no lo sienta y muchas veces no tienen la capacidad de reaccionar o de ver si es así. Muchas veces aunque tú les hagas ver que es un conflicto de la familia, no aceptan que el niño se enfermó por eso, entonces hay algunas situaciones que van más allá de la medicina (alopática), en que uno no los puede ayudar con una pastilla o un medicamento, no va por ahí...”

⁶² En el DSM-IV, entre la sintomatología descrita para el Trastorno por estrés postraumático se mencionan: esfuerzos para evitar actividades lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresaltos (Pichot, 1998:212 y 213). Si bien esos síntomas son similares a los descritos para el Susto, se mencionan igualmente otros menos coincidentes, como recuerdos y sueños recurrentes sobre el acontecimiento traumático, sensación de que el acontecimiento vuelve a ocurrir, entre otros.

En el caso del nivel secundario, independiente de su formación, en general los profesionales del sistema biomédico entrevistados, ante la consulta sobre la forma en que abordan a un paciente que dice tener un síndrome cultural, sostienen que en primera instancia se busca una explicación científica o biomédica a la enfermedad, pero que se respeta el camino de sanación que elijan –independientemente de si ellos creen o no que va a haber un resultado favorable- en especial si éste es complementario y no alternativo al tratamiento biomédico.

En el nivel primario de atención, en cambio, existe por lo general una visión más integral del síndrome y en muchos casos son los propios funcionarios de salud, en especial los Técnicos Paramédicos -que tienen un mayor acercamiento a la comunidad y en gran parte de los casos viven en las localidades que atienden- quienes les consultan abiertamente a las personas si creen que la enfermedad por la que consultan es un síndrome cultural e incluso recomiendan o derivan a las personas a sanadores tradicionales.

“Hay niños donde, tratando de complementar la parte cultural con la parte médica, hay disposición a los conocimientos (...), como que la gente ha tenido un poco más de disposición a lo que uno le dice, partiendo por escuchar. Por ejemplo, cuando te dicen mi niño vio algo en el mar y desde que pasó esto, empezó con llantos por la noche, terror nocturno, insomnio y esas cosas, yo trato de (decirle), ¿y esto no podrá ser un Susto?, o (le digo) de alguien que lo pueda tratar y van donde ella. Y aunque uno pueda atribuirle una etiología distinta (...) cuando uno complementa las cosas parece que da mejor resultado” (Médico General. Quinchao).

Este abordaje complementario fue en cierta forma validado por una mujer, cuando uno de los médicos de nuestro equipo, al escuchar la descripción de su sintomatología, le consultó si creía posible que su cuadro fuera un Susto. Luego de reconocer que efectivamente creía tener un Susto, le dijo al médico: *“Qué moderna está la medicina, doctor, ahora saben hasta de Susto”*.

La indicación complementaria de hierbas medicinales, flores de Bach, búsqueda de apoyo espiritual, entre otras, también fue mencionada por algunos de los entrevistados del sistema biomédico, no sólo para el susto, sino en forma general para síndromes y cuadros emocionales.

En relación a la complementariedad de sistemas médicos, Aparicio señala que en un número importante de los casos de susto, el sistema médico oficial no da una respuesta adecuada y no es sino hasta que interviene el especialista de la medicina tradicional que el problema se resuelve. Esto es explicado por el autor aduciendo que los eventos que provocan el susto, aun cuando sean accidentes fortuitos, constituyen un “hecho vivencial cultural que requiere de la atención de un experto: el médico tradicional o el chamán quienes -de acuerdo con las

características del susto, del lugar y del estado del asustado- actuarán en consecuencia poniendo en práctica una terapéutica simétrica, es decir, que atienda lo físico, lo biológico, lo social, lo ecológico y lo cultural del enfermo en relación con su accidente o encuentro, y siguiendo el/ los procedimiento/s marcado/s por la tradición para tales casos. De esta forma podemos comprender cuando nos dicen que la atención desde la medicina alopática puede resultar ineficaz o incompleta. No se atienden todos los niveles del problema, paralelos a los niveles de la persona”. (Aparicio, S/f: 17-18).

Este comentario es válido para la realidad de Chiloé, donde el susto constituye claramente una dolencia que debe ser abordada integralmente y donde el sistema médico tradicional tiene una serie de recursos culturalmente pertinentes para el tratamiento.

viii. Camino de Sanación

El camino de sanación para el Síndrome de Susto, de acuerdo a lo que recogimos entre nuestros entrevistados, se inicia en el sistema médico tradicional especializado. Si bien las primeras medidas pueden tomarse a nivel del hogar, donde se administran hierbas relajantes, principalmente toronjil (*Melissa officinalis*), por tratarse de un síndrome ampliamente conocido, la familia rápidamente asocia la sintomatología a un Susto y recurre al sanador especialista. En algunos casos el síndrome se resuelve en ese nivel y en otros se consulta paralela o posteriormente en el nivel primario de atención cuando existen síntomas somáticos que son motivo de preocupación o que se mantienen a pesar del tratamiento tradicional.

Existen no obstante casos en los que las personas, aun creyendo que tienen un susto, no saben o no conocen sanadores tradicionales a los que recurrir. En estos casos por lo general la primera consulta es en la posta, donde se les indican medicamentos tranquilizantes.

Una entrevistada, C.G., mujer de 32 años, ha realizado un extenso camino de sanación en los últimos quince años que lleva enferma, que incluye a sanadoras tradicionales, naturistas, una machi y actualmente a un sanador naturista. Sin embargo, por presentar ataques de tipo epiléptico, también consultó con la ronda médica que atiende la posta de su localidad de residencia y fue derivada al Neurólogo, quien inició un tratamiento para la epilepsia, el que según ella no dio resultados, ya que su dolencia es un Susto y para eso el tratamiento no es biomédico:

“(Tomo) remedios no más, pero remedios naturales, no pastillas que den los médicos. Los médicos no saben esa parte, por eso están errados, sabrán muchas cosas que uno no sabe, pero esa parte ellos no saben. Yo he tomado mucho remedio, por ser el purgante que se hace, después el remedio de susto que son varias hierbas (...), que

están mismo en el campo, y las mujeres que saben de eso, le colocan todo eso. Con ese remedio estuve bien, porque yo tenía miedo de andar en mi casa, hasta en el día tenía miedo aquí en mi casa, y todo eso me ha pasado, por eso digo yo, que los médicos tienen que ir metiéndose en la medicina natural”.

Es importante destacar que ella considera que quien finalmente la ha sanado de su enfermedad es el naturista con el que actualmente se atiende.

ix. Comentarios y Observaciones

Consideramos que el susto es uno de los síndromes en los que es factible complementar el sistema médico tradicional con el biomédico. Cuando los casos son leves (sin enfermedades orgánicas o mentales más complejas), por lo general se resuelven a nivel del sistema médico tradicional, sin embargo, cuando las personas recurren igualmente a la posta o a la ronda de salud, es posible complementar sistemas y los técnicos y profesionales que lo han hecho han obtenido buenos resultados, ya sea a través de la ‘interconsulta entre sistemas’, como de la validación -tanto por parte de equipos de salud y sanadores- del abordaje paralelo, en que es el afectado quien recurre a los distintos sistemas médicos.

Cuando se trata de casos más complejos, en los que existe la sospecha de epilepsia o de algún trastorno de salud mental, el necesario tratamiento biomédico puede ser complementado con terapias tradicionales, especialmente rituales, que van a orientarse a abordar los aspectos emocionales poniendo en juego patrones y mecanismos pertinentes culturalmente y que debieran resultar significativos para la persona, contribuyendo complementariamente a su sanación, en la medida que el enfermo sea capaz de internalizar que cada uno de los tratamientos contribuye, o bien en forma paralela –atacando cada uno distintos aspectos físicos y emocionales vinculados al susto- o, por el contrario, haciendo sinergia entre ambos tratamientos, para tratar el síndrome integralmente.

Comentarios finales

Quisimos presentar en este capítulo, parte de los resultados del Estudio sobre Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé, realizado hace unos años, con el objetivo de dejar de manifiesto que la manera de enfermar de la población está influida fuertemente por la cultura en que se encuentra inmersa.

Tanto en contextos multiculturales, como indígenas y mestizos, como el que encontramos en Chiloé, suelen ocurrir “desconexiones” entre los usuarios de servicios de salud y quienes trabajan en ellos, ocurriendo con frecuencia situaciones tales como que los enfermos

no comunican al profesional o técnico de salud la existencia de dolencias como la descrita y éste por lo general no está preparado para comprender y manejar estos signos y síntomas, haciendo habitualmente un abordaje únicamente desde la perspectiva biomédica, y en ocasiones haciendo una descalificación –implícita o explícita- del saber de las personas cuando ellas se atreven a mencionar las razones a las que atribuyen sus problemas de salud. Por otro lado, la formación académica recibida por los integrantes de los equipos de salud no reconoce ni valida el sistema médico tradicional u originario ni incorporar conceptos de la Antropología Médica necesarios para entender estos fenómenos, por lo que dolencias pertenecientes a un sistema médicos distinto, como es el originario, se homologan y tratan como enfermedades comprendidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 o en el DSM-IV (actualmente DSM-V), instrumentos que no logran dar cuenta de una realidad sociocultural de mayor complejidad.

Esta situación produce una incomunicación entre los consultantes y los profesionales y técnicos del sistema oficial, que no contribuye a una solución integral y complementaria de los problemas de salud de las personas, quienes se transforman, en la práctica, en pacientes policonsultantes, sobremedicados y que termina por ser calificados como “pacientes problema”. La situación se vuelve más compleja cuando los consultantes han perdido elementos de su propia cultura, tienen una excesiva dependencia del sistema biomédico o no tienen acceso a los terapeutas tradicionales, lo que les hace buscar soluciones erradas o poco pertinentes, deambulando entre distintos centros de salud o profesionales que no logran dar respuesta al problema. De este modo, se hace necesario proponer una manera pertinente de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, así como diagnósticos adecuados y que consideren las variables culturales que pudieran estar presentes.

Para ello, consideramos imprescindible el desarrollo de investigaciones a nivel local, que permitan establecer estrategias pertinentes para el abordaje de problemas de salud generales y otros más particulares, como son los síndromes culturales, estableciendo estrategias de promoción y prevención de salud pertinentes, así como también validando circuitos de sanación reconocidos, donde tengan un rol trascendental tanto las prácticas de salud del sistema médico oficial, como también las del tradicional. El validar ambas aproximaciones a un mismo fenómeno significa reconocer la coexistencia de sistemas médicos y puede permitir tomar de cada uno de ellos los elementos más pertinentes clínica y culturalmente.

Desde nuestro quehacer, nuestro marco para acercarnos a esta mirada incluyente de la salud ha sido el de la Salud Colectiva, entendida como “*el conjunto de Sistemas Médicos o de*

actores, conocimientos, prácticas, técnicas e ideologías que se articulan para resolver en conjunto el desequilibrio de personas, familias y comunidades en un territorio". Este enfoque nos ha permitido articular a personas, comunidades y servicios de salud en espacios de encuentro que terminan por ser sanadores para todos quienes participan de ellos, ya que no sólo permiten aumentar los recursos terapéuticos a los que accede quien lo necesita, al disponer ya no sólo de uno, sino que de dos o más sistemas médicos a los que es posible recurrir; sino además, contribuye a generar una mayor participación en salud, recuperar estrategias familiares en la atención de enfermedades y dolencias y especialmente, a acercar a consultantes y equipos de salud en espacios de intercambio de conocimiento que permiten una mayor horizontalidad en la relación. De esta forma, el encuentro e intercambio entre distintos sistemas médicos – sus practicantes, ideología y tecnologías – enriquece el quehacer en salud y permite avanzar en el respeto por los derechos en la atención de salud de las personas.

Bibliografía

APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina). 2003. **Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico**. Disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Classification_Diagnostic/gladp.pdf- Acceso 30 enero 2014.

APARICIO MENA, Alfonso. **Etnomedicina en Mesoamérica Central**. S/fecha. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos46/etnomedicina/etnomedicina.shtml>. Acceso 30 enero 2014.

BALCELLS, Rosario. **Diabetes e hipertensión en tanto enfermedades crónicas. Articulación y desarticulación entre la experiencia y percepción de los pacientes, y el saber y práctica médica. Una investigación antropológica**. Departamento de Salud Provincial de Chiloé. 2007.

BIBLIOTECA DIGITAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA. **Espanto**. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?v=m&l=2&t=chichimecojonaz&demand=espanto&orden=16#demand>. Acceso el 30 Ene. 2014.

CAMPOS, Roberto. “**Las medicinas indígenas de México al final del milenio**”. En: La Antropología Sociocultural en el México del Milenio. Fondo de Cultura Económica, Biblioteca Mexicana (pp. 162-201). 2002.

CASTELLÓN QUIROGA, Iván **Abril es tiempo de Kharisiris**. Editorial Serrano, Cochabamba. Bolivia. 1997.

CITARELLA, Luca (Compilador). **Medicinas y Culturas en La Araucanía**. Ed. Sudamericana, Santiago. Chile. 1995.

CLAVIJO USUGA, Carmen Raquel. **Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos**. Iatreia, Medellín, v. 24, n.

1, Mar. 2011. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100001&lng=en&nrm=iso. Acceso el 30 Ene. 2014.

COMELLES, J. Y MARTÍNEZ A. **“Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina”**. Universidad Complutense de Madrid. España. 1993.

CHAMORRO P., Andrea; TOCORNAL M., Constanza. **Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea**.

Estudios Atacameños, San Pedro de Atacama, n. 30, 2005. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432005000200007&lng=es&nrm=iso. Acceso el 30 Ene. 2014.

DE KELLER, Jennifer. **Síndromes Culturales: Nervios y Susto en Guatemala**.

Universidad del Valle de Guatemala. Departamento de Ciencias Sociales Maestría en

Conserjería Psicológica y Salud Mental. Psicodiagnóstico de Desórdenes Mentales. S/fecha

Disponible en: <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/sc.htm>. Acceso el 30 Ene. 2014.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo. **Aymaras de Bolivia. Entre la tradición y el cambio cultural**. Ed. Abya-Yala Quito. Ecuador. 1988.

HOLLWEG, Mario. **Trastornos Afectivos en las Culturas Bolivianas. Un Enfoque**

Etnopsiquiátrico Transcultural. En: Investigación en Salud, abril 2003/vol. V, n° 001.

Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. P. 4- 2003. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200106>. Acceso 30 enero 2014.

IBACACHE, Jaime y LEIGHTON, Alejandra. **“Salud Colectiva: Un modelo de Atención de Salud Contextualizado”**. 2005. Disponible en:

<http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docModelos%20de%20Atencio%20Contextualizados-Chile%20.pdf>. Acceso 30 enero 2014.

LEIGHTON, Alejandra. **“Salud Colectiva y Pertinencia Cultural”**. 2013 Disponible en:

http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Salud%20Colectiva%20y%20Pertinencia%20Cultural%20en%20Chiloe_.pdf Acceso el 30 de enero de 2014.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional**. 2002-2005. 2002. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf Acceso el 30 enero 2014.

ORTIZ DE MONTELLANO, Bernardo. **Medicina, Salud y Nutrición Aztecas. Siglo Veintiuno Editores**. México. 1997.

RAYEN KÜYEN, ASOC. INDÍGENA. **Nosotras las Mujeres Williche. Nuestra Medicina, Artesanía y Alimentación Tradicional**. Chiloé. 2005.

PICHOT, Pierre (Coordinador Gral. Edición Española). 1998. **DSM-IV. BREVIARIO. Criterios Diagnósticos**. Masson S.A

QUINTANA MANSILLA, Bernardo. **Chiloé Mitológico**. Marisa Cúneo Ediciones. Valdivia. 1995.

ROMO SÁNCHEZ, Manuel. **Folklore Médico de Chiloé**. Ediciones del Orfebre, Santiago. 2001

SASSON, Yolanda. **“El alma y los síndromes patológicos actuales I/III. Los signos y síntomas del espanto (susto) en Mesoamérica”**. Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales Tlahuilli A.C. N° 2. II. México. 1996. Disponible en: <http://www.tlahui.com/alma1.htm>. Acceso 30 enero 2014.

UNIDAD DE SALUD COLECTIVA. Servicio Salud Chiloé. **Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobrepeso, Mal, Susto y Corriente de Aire**. Proyecto FONIS SAO 7120072. 2010 Disponible en: https://docs.google.com/file/d/0B4__m1EgosVSMmZhY2ZlODUtNWYxZS00ZDRlLWI0ZjAtZDg4MWMwZDY5NzQ2/edit?pli=1&hl=en#. Acceso 30 enero 2014.

UNIDAD DE SALUD COLECTIVA. SS CHILOÉ. **Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Las Historias No Contadas (Video)**. 2009

VIESCA TREVIÑO, Carlos. **Medicina Prehispánica de México**. Ed. Panorama. México. 2005.

WANK'AYMURA LAYMË, Delfor. **"La pérdida del alma en casos de salud mental" (Comunidad "Wasa Pukyu" de la Quebrada del T'urö, Salta, Argentina)**. Ponencia presentada en el Congreso de Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental, Tarapoto, Perú (7-10 junio 2009).