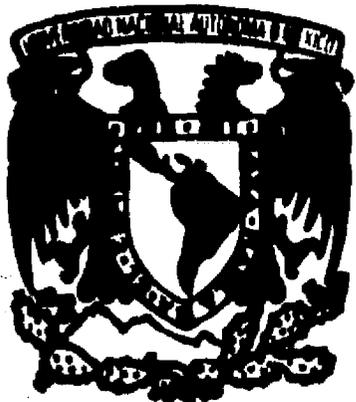


01982

20/1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNA ENFERMEDAD PARALELA:  
EL "SUSTO"**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR AL GRADO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGIA SOCIAL  
P R E S E N T A :  
ROLANDO COLLADO ARDON**

**SINODALES:**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ**

**DR. ROLANDO RODRIGUEZ LOVING  
DRA. ISABEL REYES LAGUNES  
DRA. GILDA GOMEZ MITRE  
DR. DARVELIO CASTAÑO AZMITIA  
DR. JOSE CUELI  
DR. RAYMUNDO MACIAS**

**TESIS CON**

**México, D. F.**

**1988**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Pág.
<b>CAPITULO I. INTRODUCCION</b>	
1. Tema estudiado	1
2. Relevancia del tema	2
3. Tipo de estudio	11
4. Objetivo del estudio	12
<b>CAPITULO II. ANTECEDENTES</b>	
1. Primeras referencias a la pérdida del alma	13
2. La pérdida del espíritu en China, una referencia literaria.	16
3. Referencias inconscientes en el lenguaje cotidiano actual.	18
4. Referencias dentro del pensamiento científico	19
5. Situación actual	33
<b>CAPITULO III. MARCO TEORICO</b>	34
- Marco teórico general	35
- Marco teórico, aspectos específicos	41
1. La totalidad	42
2. Marco Histórico	42
3. Marco geográfico	47
4. El refrigerador historiográfico, el poder, la relación médico-paciente.	48
5. Pensamiento científico y pensamiento mágico	51
6. La oferta social de explicaciones	56

	Pág.
7. La oferta social de soluciones	58
8. Dialéctica entre explicación y solución	60
9. El cambio de roles y de "obras" en relación a la enfermedad.	61
10. La importancia de "lo que no hay"	64
11. La enfermedad orgánica en el "susto"	66
12. Los problemas psicoemocionales y la enfermedad psiquiátrica en el "susto"	70
13. Gravedad y Severidad	73
14. "Stress" y "Susto"	75
15. La variación individual	80
16. El evento súbito: el susto	81
Resumen	83
El "susto" punto de llegada y punto de partida	88
CAPITULO IV. METODOLOGIA	90
- Hipótesis	93
- Diseño y procedimientos de la investigación	94
- Variables	98
- Muestra	99
- Instrumentos	100
- Tratamiento Estadístico	102
CAPITULO V. RESULTADOS	106
1. La muestra	106
A. Localidades y población	107
B. Los enfermos	112
2. Prevalencia del "susto" en las localidades estudiadas	114

	Pág.
3. Sintomatología	118
4. Enfermedad orgánica	124
5. Morbilidad detectada en el laboratorio	134
6. Enfermedad mental	142
7. Gravedad y Severidad	150
8. Letalidad	160
9. "Stress" social	166
10. Resultados e Hipótesis	171
CAPITULO VI. SUMARIO Y CONCLUSIONES	173
BIBLIOGRAFIA	182
APENDICES	
No. 1 Historia Clínica	190
No. 2 Forma para calificación de Severidad y Gravedad	195
No. 3 Instructivo para la calificación de Severidad y Gravedad	198
No. 4 Escala de 22 Items para medir daño Psiquiátrico	212
No. 5 Instructivo para calificar la escala de 22 Items	215
No. 6 Cuestionario de factores sociales	217
No. 7 Instructivo para calificar el cuestionario de factores sociales, Hombres.	224
No. 8 Instructivo para calificar el cuestionario de factores sociales, Mujeres	234

## R E S U M E N

Se presentan los resultados de una investigación interdisciplinaria -médica, psicológica y antropológica- sobre una condición patológica no reconocida hasta ahora por la medicina ni por la psicología científicas y que forma parte del grupo de enfermedades que llamamos "paralelas" por compartir geografía y tiempo con las enfermedades que sí son científicamente reconocidas. Ha sido reportada en diferentes países de América, desde el suroeste de los Estados Unidos hasta Centro y Suramérica, con los nombres de "susto", "espanto", "pérdida de la sombra", "jani" y otros; también, aunque en menor grado, se ha encontrado en otras regiones del mundo.

El estudio fue realizado en tres localidades del Estado de Oaxaca, México, en 50 enfermos que padecían "susto" y 50 enfermos controles que no lo padecían, todos de 18 años o más. Cada paciente fue evaluado en tres áreas: la médica, a través de examen clínico y pruebas de laboratorio (sangre y heces fecales) la psicológica a través también del examen clínico y de un Test de Daño Psiquiátrico, y la antropológica, más específicamente psicoantropológica, a través de un Test de "stress" por factores sociales.

Desde el punto de vista médico se encontró que los enfermos de "susto" estaban más enfermos -orgánicamente- que los enfermos controles, y que la letalidad entre ellos, siete años después, fue significativamente más elevada que en los enfermos controles. La enfermedad parece ser entonces, más peligrosa de lo que hasta ahora se había creído.

La patología psicoemocional también fue más elevada entre los enfermos asustados, lo que abre un nuevo campo para la psico--

logía clínica; en cuanto a patología puramente psiquiátrica, - los resultados no fueron contundentes.

Desde el punto de vista psicológicosocial, dos aspectos mostraron especial relevancia: los enfermos de "susto" han fallado, más que los controles, en el desempeño de su rol social. Esta interacción del individuo con la sociedad pone al descubierto la importancia de que la persona esté satisfecha de su desempeño dentro su grupo social: fallar en ese desempeño, según su propio juicio, parece desencadenar procesos que contribuyen a que el sujeto enferme.

Por otra parte, se encontró que entre mayor fue la distancia - cultural (y psicosocial en consecuencia) entre el médico y la población, mayor fue la proporción de patología mental que el primero diagnosticó. Es difícil aceptar que las poblaciones -- muestren diferencias grandes en la prevalencia de patología -- mental; parece más bien que la situación intercultural y los - factores con ella relacionados, influyen en el comportamiento diagnóstico del médico. Esto tiene trascendencia aplicativa, - no solo en cuanto a investigación sino especialmente en programas de salud y de cualquier tipo, interculturales.

El comportamiento del enfermo de "susto", el comportamiento diferenciado si es hombre o mujer, tanto para aceptar el padecer lo (o "elegirlo" como dicen algunos autores) como para tratar se temprana o tardíamente, está determinado por el sistema de creencias, las actitudes, la interacción social, fenómenos que son de interés común para la psicología social y para la antropología; en el estudio se describe la participación de estas variables y entre ellas, desde el punto de vista de la aculturación, encontramos que la población mestiza había abandonado -- una de las creencias que los indígenas conservan sobre la etio

logía del "susto": el que el alma abandona el cuerpo del sujeto como producto de una impresión brusca y amenazante, generándose así la enfermedad y la lógica de la curación: lograr que el alma retorne al cuerpo del enfermo. Entre los mestizos la creencia ha sido abandonada, no así la búsqueda de atención -- con los curanderos especializados cuando la medicina occidental falla en devolverles la salud. Estos cambios que podrían llamarse tanto psicológicos como culturales, son producto de modificaciones más profundas e integrales, en el modo de producción de las sociedades, en el intercambio con otras culturas que ofrecen mejores explicaciones y soluciones a problemas, en la capacidad para adquirir nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas; en fin, en el cambio integral que en el transcurso de la historia se da en cada sociedad. Estos aspectos -- son abordados en el marco teórico de la investigación.

Con los antropólogos Arthur J. Rubel y Carl W.O' Nell hemos -- trabajado más de diez años en esta investigación; algunos resultados e interpretaciones de los mismos fueron publicados -- por la Universidad de California en el libro Susto, a Folk -- Illness, en el que agradecemos a numerosas personas e instituciones que hicieron posible nuestro trabajo. Ahora ellos me -- han autorizado para utilizar materiales de la investigación para elaborar esta tesis; aunque los años de trabajo y discusiones juntos nos han llevado a pensar muy parecido en muchos aspectos, las opiniones, interpretaciones y conclusiones que se exponen a continuación son de mi exclusiva responsabilidad y -- no representan necesariamente su posición al respecto.

Mi agradecimiento a ellos, al Dr. José A. Genis por su colaboración en la revisión de materiales, y a las señoras Rosmary -- Valenzuela de Collado y Yolanda Nava por su muy valiosa ayuda en el trabajo mecanográfico y en la reproducción de materiales.

## I.- INTRODUCCION

### 1. Tema estudiado.

El tema que hemos abordado en este estudio es una enfermedad - paralela (\*) conocida popularmente con el nombre de "susto". No se trata del susto en el sentido de la impresión brusca sin -- trascendencia ulterior, sino de un problema complejo que se -- presenta predominantemente en el medio rural de diversos paí-- ses americanos, desde el suroeste de los Estados Unidos (en po-- blación con ascendencia hispanoamericana), México, Centro y Su-- damérica. Se conoce también con los nombres de "espanto" "pér-- dida de la sombra" "jani" y es posible que investigaciones ul-- teriores descubran otras sinonimias. El denominador común en -- los cuadros patológicos descritos con esos nombres es la creen-- cia en que una parte del individuo, esencia espiritual que le -- da vitalidad y energía, sale del cuerpo sin que éste muera de -- inmediato. Esta esencia que recuerda al alma puede quedar per-- dida o ser capturada por un espíritu superior; entretanto el -- paciente experimenta una serie de síntomas tales como pérdida -- del interés en la vida, pérdida de apetito, de peso, debilita-- miento general, y eventualmente, la muerte. Hasta el presente -- son más de 100 los reportes sobre el "susto" (la mayoría proce-- dentes de investigaciones antropológicas) con frecuentes refe-- rencias a su capacidad de provocar la muerte; nosotros lo he-- mos encontrado como causa de defunción en el Registro Civil de

---

\*) Preferimos usar el término enfermedad paralela al de enfer-- medad folklórica, tradicional o popular, con que también se -- alude a las enfermedades o problemas de salud conceptualiza-- dos por la población en cuanto a etiología y patogenia, sin -- tomatología, diagnóstico y tratamiento. Estas enfermedades -- paralelas no son reconocidas por la medicina ni por la psi-- cología oficial contemporáneas.

una localidad de Oaxaca (Collado, Rubel, O'Neil, 1979) y aunque hasta el presente no existe evidencia científica al respecto, sí es evidente que la población y sus autoridades civiles lo consideran potencialmente mortal en diversas localidades rurales de América.

Dentro de la literatura científica, médica y psicológica, no existe referencia al "susto" como entidad nosológica. El tema en estudio representa entonces una incógnita a resolver: ¿se trata de una curiosidad folklórica sin trascendencia? ¿es un problema real que debe ser tomado en cuenta por la medicina, la psicología, la Salud Pública? ¿Es en efecto un problema que amenaza la vida de quien lo padece? Cuál es la equivalencia dentro del pensamiento científico para este problema conceptualizado dentro de un pensamiento no científico?

Penetrar un poco en el conocimiento del "susto" e intentar dar respuesta a algunas de las interrogantes que plantea, es el objetivo que persiguió esta investigación.

## 2. Relevancia del Tema.

La relevancia del "susto" es por una parte aplicativa, y por otra teórica. La relevancia aplicativa se da en lo individual y en lo social.

### - Relevancia aplicativa individual.

En diversos reportes se consigna el desaliento de pacientes con "susto" que al consultar al médico han recibido indiferencia, burla y rechazo. En el mejor de los casos el médico mues

tra interés, pero la barrera conceptual respecto al problema - le impide ayudar efectivamente al paciente. En una localidad - de Oaxaca, un paciente en tratamiento con una curandera espe-- cializada en "susto" nos refirió que buscó ese tratamiento des-- pués que tres médicos no habían podido ayudarle a resolver su problema. La persistencia de las medicinas paralelas no se debe entonces a "la ignorancia de la población" como fácilmente se generaliza; en muchos casos se debe a que el médico ignora las concepciones del paciente respecto a la enfermedad, a sus causas, a su tratamiento y a la lógica interna que vincula a - estos elementos dentro de la cosmovisión del enfermo. El médi-- co actúa dentro de su propia cosmovisión y el choque concep-- tual se produce; el resultado es que el paciente busca ayuda - en alguien que participe de su cosmovisión, es decir el tera-- peuta que comparte su cultura. Si del estudio del "susto" sur-- gen elementos que ayuden a tender un puente conceptual entre - terapeuta -médico o psicólogo- y paciente, el beneficio será - no solo teórico sino aplicativo: el terapeuta podrá comprender y ayudar mejor al enfermo y el enfermo recibirá la comprensión y atención que necesita.

- Relevancia aplicativa social.

Lo señalado respecto a lo individual se repite -magnificado- en lo colectivo. La atención a la población en cuanto a sus -- problemas de salud se otorga dentro de las concepciones "cien-- tíficas" del otorgante, quedando marginadas las concepciones - "mágicas" del beneficiario. Esta marginación ha sido tan con-- sistente y sistemática que en ningún país donde el "susto" ha sido reportado, se tiene conocimiento de la importancia del -- problema: no se conoce que proporción de la población lo sufre, si es o no una condición grave, en qué grado es limitante, - - cual es la severidad del daño y si constituye o no un problema de salud pública. Obviamente esta marginación no se limita al

"susto" sino que ocurre con todas aquellas afecciones no reconocidas por el pensamiento "científico" contemporáneo. Este no reconocimiento se ha basado hasta el presente en una actitud -apriorística, negatoria del propio pensamiento científico que exige contar con elementos objetivos antes de aceptar o rechazar una hipótesis; simplemente todo aquéllo que es calificado de pensamiento no científico, es rechazado sin estudiarlo. Volviendo por los fueros del pensamiento científico, el "susto" cobra relevancia como tema de estudio para, después de conocerlo, decidir la conducta que corresponde seguir.

La relevancia teórica del "susto" como objeto de estudio apunta también en -por lo menos- dos sentidos: como indicador de problema de salud y como punto de acercamiento entre dos sistemas distintos de pensamiento.

- El "susto" como indicador de problemas de salud.

Uno de los problemas para conocer el número de defunciones que la población atribuye al "susto" es que no aparece en las estadísticas oficiales. En el proceso que va desde que una defunción es registrada en una pequeña localidad rural, donde por la falta de médico, cualquiera -un familiar, un amigo, un funcionario municipal- indica la causa de la muerte, hasta que esa información llega a una publicación oficial, el "susto" como causa de muerte, pasa al Capítulo XVI de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción: "Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos". No se justificaría ni como sinécdoque el nominar a todas las defunciones "inclasificables" como "susto" pues dentro de ese grupo quedan otras defunciones atribuidas a vejez, a "causas naturales" e incluso a "fuego del infierno" o "destinorio" ("ya era su destino el morir se del señor") como hemos encontrado en algunas investigacio-

nes de campo (Collado, 1972). ¿Qué importancia tienen los "Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos" como causa de muerte - en los países americanos?

En 1972 se registraron en Cuba 49,447 defunciones; de ellas, - 299 -el 0.6%- fueron clasificadas dentro del Capítulo XVI. En Estados Unidos el porcentaje fue (en 1971) de 1.4. En México, en 1972, fueron registradas 476,206 defunciones; de ellas, - - 59,119 -el 12.4%- quedaron entre los síntomas y estados morbosos mal definidos. Peor aún fué la situación de Guatemala, - - 16.2%, Venezuela 20.5%, Nicaragua 26.4% y El Salvador 34.4%, o sea que en este último país más de la tercera parte de las defunciones quedaron sin poder ser conocidas -en cuanto a causalidad- por el pensamiento médico contemporáneo. (Véase cuadro No. 1).

Al comparar estas defunciones con las que ocurren en cada país por otras causas, se encuentra que son insignificantes en Cuba y en Estados Unidos. En cambio las Enfermedades del Corazón, - en 1971 causaron en Cuba el 21% y en Estados Unidos el 37% de las defunciones respectivas. En México causaron el 7% o sea -- que cuantitativamente fueron menos importantes que los síntomas y estados morbosos mal definidos. Cuantitativamente, en -- 1972 los síntomas y estados morbosos mal definidos ocuparon en México el tercer lugar en importancia como causa de defunción, superados solamente por las "Enteritis y otras enfermedades -- diarreicas" que causaron 66,864 defunciones, y por la Neumonía, con 62,906. En Guatemala ocuparon el segundo lugar en importancia, y en los otros países mencionados: Venezuela, Nicaragua y El Salvador, ocuparon el primero. Sin embargo, cuando en las -

CUADRO Nº 1

IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS "SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS" COMO CAUSA DE MUERTE EN ALGUNOS PAISES AMERICANOS HACIA 1971.

<u>PAIS</u>	<u>AÑO</u>	<u>TOTAL DE DEFUN CIONES (No.)</u>	<u>DEFUNCIONES POR SINTOMAS Y ESTA DOS MORBOSOS -- MAL DEFINIDOS.</u>	<u>%</u>
ARGENTINA	1970	222 154	14 855	6.7
COSTA RICA	1972	10 855	1 030	9.5
CUBA	1972	49 447	299	0.6
CHILE	1972	88 658	5 872	6.6
EL SALVADOR	1972	32 419	11 183	34.4
EEUU	1971	1 927 542	26 534	1.4
GUATEMALA	1971	75 223	12 158	16.2
MEXICO	1972	476 206	59 119	12.4
NICARAGUA	1969	15 938	4 213	26.4
PERU	1970	112 042	11 714	10.5
URUGUAY	1971	28 527	1 749	6.1
VENEZUELA	1972	73 548	15 073	20.5

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud.  
Las Condiciones de Salud en las Américas 1969-1972.  
Publicación Científica Nº 287.  
Washington 1974.

estadísticas oficiales se mencionan las primeras 5 o 10 causas de defunción en orden de importancia, los "Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos" no son citados, simplemente se sigue el modelo de los países desarrollados y se incluyen solamente las causas "clasificables".

La importancia del tema radica en que los "Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos" dentro de los cuales está el "susto" señalan problemas de Salud Pública: la falta de atención médica en primer lugar, y la falta de información -educación en salud - no solo de la población sino también del personal de salud que extiende los certificados de defunción. El "susto" es relevante entonces, además de lo inmediato, porque hace relevantes otros problemas de salud, capitales en algunos países americanos.

Evolución de los "Síntomas y estados morbosos mal definidos" en algunos países americanos.

Utilizando los últimos datos disponibles y que permiten comparar lo ocurrido en diversos países americanos, podemos observar el curso que las defunciones por causas inclasificables han tenido entre 1964 y 1978, un período de 14 años.

En todos los países considerados con las excepciones de E.U. - Uruguay y Perú -véase cuadro Nº 2- la tasa de mortalidad por "Síntomas y estados morbosos mal definidos" ha disminuido. El caso de Perú no puede considerarse como los demás debido a que los datos de 1964 incluyeron solamente los Distritos con certificación médica y sus reportes de 1971 fueron incompletos. Es difícil saber a qué se debe el ascenso de la tasa en Estados Unidos, de 13.2 en 1964 a 14.1 en 1978, ya que si sólo fuera por este indicador habría que suponer que durante ese lapso empeoró la atención médica, o sea que una mayor proporción de --

CUADRO Nº 2

NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASA POR 100 000 HABITANTES POR "SINTOMAS  
Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS" EN ALGUNOS PAISES AMERICANOS --  
HACIA 1964, 1971 y 1978

	1964*		1971**		1978***	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
ARGENTINA	32 509 (2)	167	14 855 (0)	64	10 116	38
COSTA RICA	1 331	96	1 129	63	854 (9)	39
CUBA	418	6	417	5	175	2
CHILE	6 359	76	4 453	45	8 087	74
EL SALVADOR	10 290	378	10 067	284	10 154 (4)	261
ESTADOS UNIDOS	26 259	13	26 534	13	31 324	14
GUATEMALA	11 236 (3)	269	12 158	227	9 772	143
MEXICO	71 743	181	62 659	123	45 164 (6)	73
NICARAGUA	3 488	218	4 213 (9)	220	3 367 (7)	146
PERU	1 042 (a)	21	8 161	58 (b)	6 908	41
URUGUAY	1 567 (3)	59	1 749	60	1 930	67
VENEZUELA	16 775	199	15 449	144	10 298	79

a) Distritos con Certificación Médica b) Datos incompletos.

(2) 1962. Se excluye la Provincia de Córdoba; datos provisionales.

(3) 1963, (4) 1974 y así sucesivamente hasta (9) 1969 y 1979.

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud.- Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington.- EEUU.

\* ) 1961-1964 Publicación Científica Nº 138.- 1966

\*\* ) 1969-1972 Publicación Científica Nº 287.- 1974

\*\*\* ) 1977-1980 Publicación Científica Nº 427.- 1982

personas no fue atendida por médico al morir. Otra posibilidad, no solo en Estados Unidos sino en general, es que la tasa por causas inclasificables se incremente cuando los médicos disminuyen su cuidado al llenar los certificados de defunción. En el caso de Perú, por ejemplo, la tasa de 21 defunciones inclasificables por cada 100,000 habitantes en 1964, se dio precisamente en Distritos con certificación médica.

Durante el período de 14 años, dos países mantuvieron sus respectivas posiciones: El Salvador con las tasas más altas, y Cuba con las más bajas. La consistencia sugiere que la población de esos países también ocuparon los extremos en cuanto a atención médica, la menor entre los salvadoreños y la más completa entre los cubanos.

El descenso de la tasa de defunción por causas inclasificables no significa que este grupo haya dejado de ser importante; al finalizar los setentas, o sea 20 años antes de que termine el siglo XX, en todos los países que estamos analizando, salvo en Argentina, Cuba y Estados Unidos continúan dentro de las cinco principales causas de defunción. Comparando la cantidad de defunciones que quedan en este capítulo con las motivadas por otras causas, ocupan el primer lugar de importancia en El Salvador y en Nicaragua, el segundo en Guatemala y en Venezuela, el tercero en Chile y en el Perú, y el cuarto en Costa Rica y en México. Sin embargo, la Publicación Científica Nº 427 de la Organización Panamericana de la Salud, que consigna estos datos, no incluye dentro de las cinco principales causas de defunción de cada uno de estos países, a los Síntomas y estados morbosos mal definidos. Un indicador al que no se le presta la atención que merece. (Op.Cit., pág. 276 y sigs.)

En resumen, el "susto" y las demás enfermedades paralelas a las que la población atribuye letalidad potencial, no son eva-

luables en cuanto a la mortalidad que realmente producen dado que en las estadísticas oficiales quedan dentro del capítulo - "Síntomas y estados morbosos mal definidos", en el cual participan en una proporción no conocida hasta el presente. Ahora - bien, como este capítulo demuestra ser un importante contribu- yente a la mortalidad general, ocupando lugares preeminentes - entre las cinco principales causas de defunción de varios paí- ses de Meso y Suramérica, consideramos pertinente:

- 1.- Señalar que el "susto" y demás enfermedades paralelas, in- dependientemente de cuáles sean las enfermedades "científi- cas" a que equivalgan, pueden ser causa de mortalidad im- portante en países donde los "Síntomas y estados morbosos mal definidos" constituyen una importante causa de mortali- dad.
- 2.- Recomendar que los organismos de salud nacionales e inter- nacionales incluyan a los "Síntomas y estados morbosos mal definidos" en el lugar que les corresponde como causa de - mortalidad, por una parte en las publicaciones y por otra entre los elementos de juicio para planear y evaluar pro- gramas de atención médica y de atención a la salud.

- El "susto" como punto de acercamiento entre dos sistemas de pensamiento.

El "susto" como condición patológica se enmarca dentro de la - cosmovisión del hombre que cree en él; no es una idea aislada sino parte de un complejo conceptual distinto al pensamiento - occidental. Eso lo hace relevante en cuanto puerta de entrada filosófica a ese mundo conceptual: ¿cuál es la esencia que se - sale del cuerpo? ¿en que grado es similar y en que grado dife- rente al alma como concepto cristiano? ¿tiene relación con algu- na de las almas aristotélicas? ¿Existe relación entre las 4 al- mas que pueden tener las mujeres y las 8 los hombres según los

Kunas panameños, y la posibilidad de sufrir ya no de uno sino de varios "sustos" ¿Qué relación hay entre esos niveles de -- gravedad y la relación del hombre con el mundo no material? - ¿Qué significa que el alma pueda ser capturada por espíritus superiores, dueños de los valles, de las montañas, de los --- rios?. Esas y muchas otras interrogantes plantean la posibilidad de adentrarse en mundos conceptuales contemporáneos a nuestro pensamiento y totalmente distintos a él. Este aden-- tramiento no forma parte del presente estudio, pero el contac-- to con el tema nos hace señalar su relevancia para antropólo-- gos, filósofos y científicos dedicados al estudio del pensa-- miento.

### 3. Tipo de estudio.

La investigación que se realizó fue:

- a) Clínica. Se examinó a enfermos
- b) De Campo. Se realizó en localidades rurales.
- c) Interdisciplinaria. El estudio incluyó aspectos médicos, psicológicos y antropológico-sociales.
- d) Retrospectiva. Recogió información sobre el pasado de -- los enfermos.
- e) De Prevalencia. Se intentó identificar a todos los enfer-- mos de "susto" en un momento dado.
- f) Prospectiva parcial. Se evaluó la sobrevivencia de los - enfermos 7 años después de realizado el estudio social.
- g) Comparativo. Se integró un grupo "experimental" con 50 - enfermos con "susto" y un grupo "control" con 50 enfermos pareados por lugar de residencia, sexo y edad, pero que - no padecían "susto". Pero no se tuvo control sobre las - variables que influyeron en la evolución de los enfermos; esta evolución fue espontánea o sea que no fue sesgada -- por la **intervención** del investigador.
- h) Intercultural. Se investigó a enfermos de diferentes gru-- pos culturales, y además hubo diferencia cultural entre - investigador e investigado.

- i) Endógenamente repetible. El diseño de la investigación permitirá su repetición con los recursos internos (endógenos) de un país -o región- en desarrollo.

#### 4. Objetivo del estudio.

El objetivo general del estudio es contribuir al conocimiento de la enfermedad paralela conocida popularmente con el nombre de "susto".

Objetivos particulares fueron:

- a) Determinar si los enfermos de "susto" están o no más enfermos que pacientes similares pero sin "susto". Esto se refiere a las esferas orgánica, psicoemocional, y psiquiátrica.
- b) Determinar si los enfermos de "susto" están más limitados para desarrollar sus ocupaciones habituales que los enfermos sin "susto".
- c) Determinar si los enfermos de susto están en mayor riesgo de morir que los enfermos controles.
- d) Determinar si los enfermos de susto padecen de alguna enfermedad clasificada dentro de la medicina científica.
- e) Determinar si los enfermos de susto padecen en particular de algún órgano, aparato o sistema.
- f) Determinar si existe asociación entre el padecer de susto y el sufrir de stress social.
- g) Determinar si la distancia cultural entre médico y paciente influye en que el primero diagnostique más, o menos patología psiquiátrica en el segundo.
- h) Detectar la prevalencia de "susto" en algunas localidades rurales.

## II.- ANTECEDENTES

### 1. Primeras referencias a la pérdida del alma

Las primeras referencias escritas sobre la posibilidad de que el alma salga del cuerpo sin la inmediata muerte del sujeto, - se encuentran en la Biblia. Entre las que Frazer señala en su análisis del Antiguo Testamento (Frazer 1981) están las siguientes:

#### a) El alma capturada por brujas.

El Profeta Ezequiel (XIII, 17-21) denuncia a las brujas: "Y tú, ¡oh hijo del hombre!, encárate con las hijas de tu pueblo que vaticinan de propia inventiva, y profetiza contra ellas. Y les dirás: Así afirma el Señor Yahvé: ¡Ay de las que cosen redcillas para todas las articulaciones de las manos y fabrican velos para cubrir la cabeza de personas de todas las estaturas, a fin de cazar las almas! ¿Acaso queréis cazar las almas de mi pueblo y vais a conservar con vida vuestras propias almas?". - (p. 386).

Como antecedente de lo que ocurre en el "susto" esta referencia sólo lo es parcialmente; en efecto, en el "susto" sale el alma del cuerpo y puede ser capturada pero no por otro ser humano -la bruja- sino por un espíritu superior, dueño del valle, de la montaña, del río. La creencia en brujería es más colindante -en la actualidad- con lo africano que con lo indio americano, a pesar de que también se encuentra tanto en el medio rural como en el urbano. Cada cierto tiempo es posible leer en el periódico que en el algún lugar mataron a una persona acusa

da de hacer daño, de ser "brujo". Personalmente hemos asistido a dos congresos de "brujos" donde el pensamiento mágico y el temor están a flor de piel entre los asistentes. Miles de años han transcurrido desde la denuncia del Profeta Ezequiel, y se continúa creyendo que el alma puede salir del cuerpo y ser capturada.

b) Formas de proteger al alma.

El conocer y ejecutar medidas para evitar problemas y enfermedades significa la posesión de un marco conceptual sobre la forma como el peligro se genera y desarrolla; ésto a su vez es producto de la tradición, en un pueblo que transmite esos conocimientos a través de los años, de los siglos, intergeneracionalmente. En otros pasajes citados por Frazer, también del Antiguo Testamento, aparecen formas de proteger al alma de un individuo y a las almas en conjunto de un grupo y hasta de una población entera: cuando David, huyendo de Saúl se encuentra con Abigail, la bella esposa de Nabal, ésta, para evitar las represalias a que se había hecho acreedor su esposo, halaga al joven capitán y entre otras frases le dice: "Y aunque se levante alguno para perseguirte y atentar contra tu vida, la vida de mi señor será guardada como en el haz de los vivos junto a Yahvé, tu Dios, en tanto que la vida de tus enemigos la lanzará como del hueco de una honda" Frazer señala la dificultad para el lector actual de la Biblia para entender el lenguaje metafórico que emplea, y luego interpreta: "Viene a querer decir que se podían poner a salvo en una bolsa las almas de los seres vivos, y que en caso de que se tratase de las almas de los enemigos se podía deshacer el haz o abrir la bolsa y hechar al viento las almas" (p. 381-2) Frazer sugiere que esa medida preventiva individual se haría también en forma colectiva, tal como siglos después lo hacían tribus de las Célebes y de Australia. En Minahassa, comarca de las Célebes, mucha gente considera un riesgo para las almas el cambiarse de casa; cuando éso -

ocurre "un sacerdote recoge las almas de todos los miembros -- de la familia en una bolsa y las pone a salvo hasta que el pe- ligro ha pasado, y las devuelve luego a sus dueños respecti- - vos". Un procedimiento similar sigue el médico de esos lugares cuando atiende a una parturienta; el parto se considera peli-- groso para la madre y mientras ese peligro dura, el médico - - guarda el alma de la mujer, devolviéndola cuando ya es oportu- no; entonces cobra sus honorarios (p. 383).

No suena disparatado suponer que las creencias de los hebreos eran compartidas con otros pueblos, y que no solo Abigaíl tra- tó de proteger a David sino que era una costumbre entre gente amiga o que deseaba serlo, así como lo opuesto; capturar las - almas y dañar al enemigo. Luego, en el transcurso de los si- - glos, esas creencias deben haberse diseminado por el mundo, -- transformándose y matizándose según múltiples circunstancias - de las vidas y las necesidades de los pueblos. Si la teoría de que la población americana se generó en parte importante por - las expediciones asiáticas a través del Estrecho de Behring es correcta, no habría de extrañarnos el término "pérdida de la - sombra" como una sinonima del "susto". Relata -también Frazer- que en un poblado situado en el curso inferior del río Yukón - -en Alaska- el jefe del pueblo vió a través de la lente lo que un fotógrafo pretendía tomar con su cámara; después de un ins- tante "sacó de un tirón la cabeza de debajo del paño y exclamó a grandes voces dirigiéndose a su pueblo: "Este hombre ha atra- pado vuestras sombras en esta caja". Tras lo cual el pánico se extendió por todo el grupo y en un abrir y cerrar de ojos desa- parecieron todos atropelladamente en sus casas". Según esa trí- bu -y hay muchas descripciones similares al respecto- la cáma- ra puede capturar el alma -la sombra- de quien es fotografia-- do. Puede suponerse que con las migraciones de Alaska hacia el resto de América descendieron también las creencias, quedando sembradas en algunos sitios la idea de la pérdida de la sombra,

y en otros la de la pérdida del alma, siendo ambas lo mismo, -variantes semánticas de una idea original común.

## 2. La pérdida del espíritu en China, una referencia literaria.

La escritora Pearl S. Buck (Premio Nobel de Literatura 1938) -relata una historia de su estancia en China que parece predecesora de las descripciones que científicos sociales -especialmente antropólogos- hacen después, en relación al "susto", en diversos países de América. "La joven esposa recordaba la enfermedad violenta que había padecido su hijo -no dice la edad- como el temor más agudo que hubiese experimentado nunca. "En la mañana estaba bien y regocijado y, para la noche, yacía casi -sin vida, atacado con tales vómitos y flujos y fiebre que, en unas cuantas horas, el cuerpo se había encogido y secado hasta el esqueleto". Sus rezos en el templo y la oferta a la diosa -de tanta plata como cupiera en sus manos no surte efecto, y al regresar a su casa el niño había empeorado "se le veía amoratado en torno de los labios, y las uñas aparecían ennegrecidas y se ahogaba. Entonces Wang Ma, la vieja sirvienta que había visto a siete de sus propios hijos morir, allá en la época en que era lo bastante joven para concebirlos, exclamó con grandes voces:

-Su espíritu anda vagando. ¡Aprisa! ¡Hemos de hacerlo que regrese!-

Y encendiendo una linterna de papel, corrió afuera, llamando -a la joven madre para que la siguiera con la chaqueta del niño, y se lanzaron por las calles empedradas, yendo de aquí para allá y acullá y a todas partes.

Wang Ma sostenía la linterna en lo alto y lo llamaba a cada -- uno de los pasos que daba:

-¡Niño, vuelve a tu hogar... vuelve a tu casa!

Y la joven madre levantaba la chaquetilla roja que el pequeño lo usaba todos los días, con mayor frecuencia, a modo de que -- el vagabundo espíritu infantil pudiera reconocer su vestidura, viendo el sitio exacto a que pertenecía. ¡Cuántas veces había escuchado aquella misma llamada, de otras gentes, de otras ma dres, y se estremecía y mantenía a su propio pequeño ceñido -- contra sí, y ahora aquí andaba ella!

Los transeúntes la llamaban para verla, diciéndole:

-¡Ojalá viva el chicuelo!"

Lo anterior muestra una creencia de larga tradición en el lugar, el conocimiento y la solidaridad de los vecinos, y la con vicción -por experiencia- de que el niño podría morir. La ma-- dre lo sabe y duda del desenlace, de si el procedimiento había sido útil. Más adelante el relato continúa:

"¡Pero sí había servido! Cuando regresaron, exhaustas, se en-- contraron a la abuela junto al lecho, y a una sirvienta de pie, con un tazón de caldo caliente, y el abuelo le daba cucharada tras cucharada al niño, ofreciéndoselas en la boquita. Los -- ojos del pequeño estaban cerrados todavía, pero sí podía tra-- gar. ¡Había regresado el espíritu al cuerpo!"

La similitud del relato con lo que han descrito numerosos investigadores en diversas regiones y lugares de América es notable; no sólo en cuanto al origen de la enfermedad -la pérdida del espíritu, del alma- sino a la gravedad del problema: si no se resuelve, el niño morirá; la creencia generalizada dentro de la población, el proceso de la curación -el espíritu volviendo al cuerpo- y la rápida recuperación del paciente. Independientemente de que en un caso el relato haya sido hecho por una escritora y en muchos otros por científicos sociales, la dinámica es la misma: un observador externo describe lo que ocurre y es general en la población que estudia o cuya vida comparte. Seguramente existen -aunque desafortunadamente no los conocemos- estudios dentro del campo científico sobre estas creencias, no solo en China, sino en muchos otros países del mundo.

### 3. Referencias inconscientes en el lenguaje cotidiano actual.

En el lenguaje cotidiano actual hay algunos aspectos interesantes: no es extraño, e incluso común, exclamar ante una impresión brusca. ¡Se me fue el alma a los pies! así como cuando el peligro ha pasado no es raro escuchar la frase "Me volvió el alma al cuerpo" con lo que se muestra la paz recobrada. ¿De dónde proceden estas frases que ahora se dicen sin pensar pero que muestran una arcaica creencia en que el alma puede abandonar el cuerpo? Podría pensarse que esas creencias han sido conservadas en refrigeración histórica por una parte dentro del inconsciente que se manifiesta al margen de nuestra voluntad, y por otra, consciente, en poblaciones que conservan viva la creencia al no haber sido ésta desplazada por los paradigmas y los conceptos del positivismo y de la cultura urbana.

Otro fenómeno, milenariamente ligado a la salida del alma del cuerpo, y a la pérdida de la salud, es el estornudo. Tylor (1871) en su libro publicado a fines del siglo XIX relata que en el siglo XI los normandos decían:

E pur une feyse esternuer  
Tantot quident mal trouer,  
si uesheil ne diz aprez.

Que puede entenderse como "Las personas enfermarán, si tan pronto como es tornudan no se les dice uesheil". Este término uesheil corresponde etimológicamente a "waes hael" y "wassail" traducibles como "que lo pase usted bien" ó "salud". El papa Gregorio (Tylor no dice cual de todos) "ruega -- para prevenir la peste, en aquellos días en que el aire era tan mortal -- que el que estornudaba se moría". Y en cuanto a la antigüedad, cita a Ja cob, quien "rogaba para que el alma del hombre no pueda apartarse de su cuerpo, como antiguamente, cuando estornuda". Hernando de Soto, en su expedición a la Florida, quedó impresionado por las ceremonias que los jefes indios hicieron cuando su jefe Guachoya lanzó un gran estornudo; posteriormente, "el gobernador, maravillado, decía a los caballeros y capitanes que se hallaban con él: ¿No os parece que todo el mundo es igual? haciendo referencia a las manifestaciones que también en el mundo "civilizado" se hacían cuando alguien estornudaba. Seguramente, reminiscencias de estas costumbres seculares son los actuales "Jesús te ampare!" o "Salud!" cuando alguien estornuda y que podrían equivaler a "El Señor te proteja en este momento de peligro" y "Que conserves la salud, que no te enfermes!" respectivamente. El aludido responde, Gracias -agradezco tu buen deseo-. El cambio de las expresiones obedecería a la evolución del pensamiento, de mágico-religioso que hace referencia a la pérdida del alma y a la forma de evitarlo, al científico, con la referencia a la conservación de la salud.

#### 4. Referencias dentro del pensamiento científico.

En un trabajo reciente (Collado, Genis, Takayanaqui, 1984) hemos analizado 108 publicaciones -libros y artículos, fundamentalmente- que hacen referencia al "susto" o a temas relacionados con él, haya o no pérdida del

alma. De ese análisis (véanse los cuadros respectivos más adelante) se -- desprende lo siguiente:

a). Tipo de estudios. (Cuadro N° 3)

La gran mayoría de las publicaciones sobre el "susto" proceden de la antropología: el 71% de ellos tiene un enfoque antropológico; 11% son estudios médicos, 11% son estudios mixtos, antropomédicos; solamente 2 de los estudios son psicológicos y en 5 no hubo un enfoque definido. Esto se relaciona con la tendencia del antropólogo a estudiar temas rurales, y a la falta de ~~médicos~~ -y mucho más de psicólogos- en el medio rural; obviamente se requiere, en función de la importancia psicológica, clínica y social, del problema, profundizar su estudio desde esta disciplina.

b). Distribución urbano-rural y según grupo étnico.

El 77% de los estudios -83 de 108- describe el "susto" en el medio rural, lo que resulta congruente con el tipo de estudios realizados, predominantemente antropológicos; 8 estudios lo refieren en el medio urbano y 6 más en ambos, urbano y rural (Cuadro N° 4). Es importante notar que también en el medio urbano ha sido encontrado el problema, lo que sugiere la conveniencia de incrementar su búsqueda en las ciudades. En cuanto al grupo étnico, como era de esperarse predominaron los estudios en indígenas -77 de los 108 estudios- pero también resulta interesante que 20 estudios lo encontraron en mestizos, o sea que la creencia en el problema no es exclusiva de indígenas.

c). Edad, sexo y estado civil. (Cuadro N° 5).

En cuanto a la edad, las publicaciones refieren haber encontrado el "susto" tanto en adultos -el 45% de los estudios- como en niños, 33%. El 38% de las publicaciones no especifican la edad de los enfermos. En relación al sexo 40% de los estudios refieren ataque a mujeres y 33% a hombres, pero en general, dado

CUADRO Nº 3DISTRIBUCION DE 108 PUBLICACIONES SOBRE "SUSTO" SEGUN TIPO DE ESTUDIO

<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	<u>PUBLICACIONES</u>	
	<u>NUMERO</u>	<u>%</u>
TOTAL:	108	100
ANTROPOLOGICO	77	71
MEDICO	12	11
MIXTO (ANTROPOMEDICO)	12	11
PSICOLOGICO	2	2
NO DEFINIDO	5	5

CUADRO N° 4DISTRIBUCION DE 108 PUBLICACIONES SOBRE "SUSTO" SEGUN  
LAS VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS QUE ABORDAN

VARIABLE EPIDEMIOLOGICA	NUMERO	%	
<u>DISTRIBUCION URBANO-RURAL</u>	Total	108	100
	Rural	83	77
	Urbano	8	7
	Ambos	6	6
	No Dice	11	10
<u>GRUPO ETNICO</u>	Total	108	100
	Indígena	77	71
	Mestizo	7	6
	Ambos	13	12
	No Dice	11	10

CUADRO Nº 5DISTRIBUCION DE 108 PUBLICACIONES SOBRE "SUSTO" SEGUN  
LAS VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS QUE ABORDAN

VARIABLE EPIDEMIOLOGIA		NUMERO	%
<u>EDAD</u>	Total	108	100
	Adultos	32	30
	Niños	19	18
	Ambos	16	15
	No Dice	41	38
<u>SEXO</u>	Total	108	100
	Mujeres	22	20
	Hombres	15	13
	Ambos	32	20
	No Dice	49	45
<u>ESTADO CIVIL</u>	Total	108	100
	Casados	8	7
	Solteros	2	2
	No Dice	98	91

que el "susto" implica estar o haber estado en situación de debilidad, el hombre acepta menos el padecerlo; otras enfermedades paralelas como la "muina" que encierra un componente de --enojo reprimido sin debilidad expresa, parece ser más frecuente en el hombre. En sólo 8 estudios se hace referencia a que los pacientes estaban casados, y en 2 que eran solteros. El estado civil no es señalado por el 91% de los estudios seguramente porque no fue una variable importante para el tema según los investigadores.

d). Letalidad, morbilidad, mortalidad (Cuadro Nº 6)

De los 108 estudios publicados, 45 -el 42%- hacen referencia al "susto" como una condición potencialmente letal, o sea que quienes lo padecen pueden realmente morir y no simplemente sufren de un conflicto sin trascendencia; este es el aspecto que más llama la atención en términos de la medicina y de la salud pública, dado que ese carácter peligroso del "susto" lo convierte en un problema a enfrentar y resolver por ambas disciplinas.

En cuanto a morbilidad, incluidos los estudios que hacen referencia a la patología específica que sufren los enfermos y las referencias al problema como enfermedad social, solo 13 publicaciones -12%- la abordan. Esto se explica por el bajo número de estudios médicos y psicológicos realizados ya que es la clínica la que más se interesa por la patología específica de los pacientes.

En relación a la mortalidad, o sea la proporción de la población que muere de "susto", es un interés más específico del sanitario sea éste investigador o administrador de servicios de salud. Solamente una publicación hace referencia a este tema, el cual queda todavía como una de las grandes interrogan--

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCION DE 108 PUBLICACIONES SOBRE "SUSTO" SEGUN  
LAS VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS QUE ABORDAN

VARIABLE EPIDEMIOLOGICA	NUMERO	%
<u>LETALIDAD</u>	45	42
<u>MORBILIDAD</u>	13	12
<u>MORTALIDAD</u>	1	0,9

tes en cuanto al "susto" y a las enfermedades paralelas.

e). Referencias a patología orgánica.

Un estudio realizado en la sierra de Puebla, México (Ysunza -- 1976) asocia directamente al "susto" con el parasitismo intestinal; sin embargo no se ofrecen pruebas concluyentes al respecto, ni el estudio podría extrapolarse a las miles de poblaciones que en los países en desarrollo sufren de altos niveles de infestación parasitaria y no en el mismo grado, de "susto".

Otro estudio realizado en una población quechua en el sureste del Perú (Bolton 1980) encontró "una perfecta adecuación biológica" entre "tierra" que es el nombre con que se designa localmente al "susto" y el síndrome clínico que produce la hipoglicemia (disminución del azúcar en la sangre por debajo del nivel normal). La dinámica según el autor es que los individuos que padecen una moderada hipoglicemia, cuando confrontan una situación que genera hostilidad, incrementan su hipoglicemia y aparece el "susto". No profundiza en las causas de la hipoglicemia pero menciona factores biológicos y ambientales, incluyendo una carga importante de enfermedades probablemente endémicas del lugar. A nuestro juicio el estudio encuentra una variable orgánica importante asociada al "susto": la hipoglicemia, y señala la importancia de factores ambientales incluyendo la deficiente nutrición; sin embargo no basta para demostrar que una sola variable, la hipoglicemia, es causal suficiente de "susto". Tampoco explica la forma en que los pacientes llegaron a padecer hipoglicemia -trastorno metabólico, pancreático, etc.- y si ésta es crónica, aguda o episódica. De todas formas, señala un camino interesante de explorar dentro de la patología orgánica de los pacientes asustados.

Una tercera publicación, preliminar al presente estudio (Collado, Rubel y O'Neill Op. Cit. 1979) señala que comparando enfermos con y sin "susto" los primeros mostraron más patología orgánica que los segundos sin que se pudiera señalar una entidad clínica predominante o específica; más aún, los niveles de patología orgánica entre los enfermos asustados, a pesar de que fueron consistentemente más elevados, no alcanzaron significancia estadística diferencial con los niveles de patología orgánica de los enfermos no asustados. Así pues, los estudios de patología orgánica en enfermos con "susto" son muy escasos hasta el presente y aunque señalan aspectos importantes y sugestivos no han desentrañado qué ocurre dentro del organismo de los enfermos de "susto".

f). Referencias a patología psicoemocional y psiquiátrica

Los primeros estudios que llamaron la atención sobre aspectos médicos del "susto": en Guatemala, Perú y Bolivia (Gillin 1945 y 1947, Sal y Rosas 1958 y León 1963 respectivamente) hicieron más énfasis en los aspectos psiquiátricos y psicoemocionales -- que en los aspectos orgánicos de los pacientes (y de los curanderos en el caso de Gillin). Posiblemente éso contribuyó a que el "susto" haya sido considerado desde entonces un problema -- psicoemocional poco atrayente para el médico formado dentro de la tradición organicista. Y si a éso se añade la predominancia ulterior de estudios antropológicos, se explica el escaso interés que el problema ha despertado dentro de la medicina. La publicación mencionada preliminar a este estudio (Collado, Rubel O'Neill. 1981) señala la existencia de mayor patología psicoemocional --esta sí significativa-- entre los pacientes con "susto" que entre los no asustados. Se insiste, sin embargo, en que --ese hallazgo no debe hacer olvidar la existencia de patología orgánica importante en los enfermos con "susto".

## g). Modelos explicativos

En 1964 Arthur Rubel propuso un modelo epidemiológico (inspirado en las ideas de Caudill 1958 y Cassell et al. 1960) dentro del cual interpretó al "susto" como producto de la interacción de tres sistemas: 1) El estado de salud del individuo; 2) su sistema de personalidad, y 3) el sistema social a que pertenece. Dentro del primer sistema intervendría la susceptibilidad del individuo al susto y a otras enfermedades (más otras variables que no detallamos en esta glosa). Dentro del sistema de personalidad del individuo intervendría, por una parte su propia percepción de relativo éxito o fracaso en el desempeño de las expectativas del papel social, y su capacidad para adaptarse al desempeño inadecuado según su propia percepción. Y en cuanto al sistema social, una sola variable determinante: las expectativas del papel (de cada individuo) según su sexo y edad.

A partir de este modelo, Rubel propuso cuatro hipótesis que pueden resumirse así:

- I. El "susto" se dará sólo en situaciones sociales que la víctima perciba como llenas de tensión.
- II. Esas tensiones sociales son de naturaleza intra-cultural e intra-social. El "susto" no se presentará como consecuencia de tensiones del individuo en relación a culturas o sociedades que no son las de él.
- III. El "susto" aparece como consecuencia de un episodio en que un individuo no pueda desempeñar lo que su propia sociedad espera del papel social para el cual lo hayan socializado.
- IV. Las personalidades individuales sirven de variables de contingencia; es decir que ante la misma situación un sujeto puede reaccionar sufriendo de "susto" y otro de mane

ra distinta, expresando por ejemplo ira u hostilidad.

Estas hipótesis, dice el autor "proponen que la enfermedad del "susto" en las sociedades hispanoamericanas puede entenderse - como el producto de una compleja interacción entre el estado - de salud del individuo y las expectativas de la sociedad en - cuanto al papel social, mediando aspectos de la personalidad - del individuo".

La formulación de Rubel se ha venido concretando alrededor de "la falla en el cumplimiento del rol social" como causa fundamental en la aparición del "susto". En 1969 Seijas y en 1974 - Palma y Torres se opusieron a esa interpretación argumentando que entre los niños sibundoy de Venezuela (la primera) y los - niños de la Puna en Argentina (los segundos) se presenta el -- "susto" a edades en que aún no tienen conciencia de su rol social; por tanto no tendrían el conflicto de fallar en su cumplimiento. El argumento es sólido y para mí que aún falta por explicar satisfactoriamente lo que ocurre en estos casos. Los autores citados no ofrecen una hipótesis alternativa, y luego atacan a las hipótesis de Rubel por incluir componentes psicológicas, lo cual me parece injustificado: creo que es precisamente la psicología social la que más luces puede aportar a la comprensión del "susto" como fenómeno colectivo, y la psicología clínica la que más lo puede hacer en los casos individuales. No sólo los niños sino hasta los animales sufren cuando - se sienten agredidos o en peligro; pueden llegar a enfermar, y los cuidados, la ternura, las caricias y la sensación de estar protegidos, produce efectos no sólo de bienestar sino terapéuticos. Probablemente estos efectos son más determinantes en la - cura de la enuresis -cuando la madre acompaña varias veces en

la noche al niño para que orine en un recipiente y no en la cama- que el vaciamiento mecánico de la vejiga urinaria. Otro - tanto podría ocurrir con el "susto" al sentirse el niño cuidado, querido, importante para la familia -y así sea en forma no conciente- necesitado vivo y saludable. El enfoque antropológico exclusivo jamás podrá llegar a desentrañar todos estos procesos; ni la medicina. Se requiere a nuestro juicio de un enfoque interdisciplinario, con una importante participación de la psicología. En cuanto a la falla en el cumplimiento en el rol social, y el stress resultante, tanto de intentar cumplir con expectativas difíciles como de fracasar en ese intento, O'Neil y Selby en 1972 encontraron apoyo a la tesis: las mujeres indígenas, que sufrían de mayor "stress" por las mayores exigencias intraculturales respecto a lo que de ellas se esperaba -- (en comparación con los hombres) sufrían más de "susto" que -- los varones. A mi juicio los hallazgos son extrapolables a -- cualquier sociedad; no solo fallar en el cumplimiento del rol social sino el temor a que eso ocurra, genera "stress" y si éste es suficiente para romper el equilibrio -homeostasis- del individuo, se presentará la enfermedad, sea "susto" hipertensión, úlcera péptica, o si hay factores concomitantes, infecciones de diversa naturaleza.

Lo anterior no significa que consideremos a la falla en el cumplimiento en el rol social como causa suficiente -y mucho menos única- para explicar todos los casos de "susto". Tampoco creo que el modelo epidemiológico propuesto por Rubel explica suficientemente el fenómeno. Pero mi opinión al respecto la expondré más adelante, en el marco teórico dentro del cual se -- realizó el presente estudio.

Fitzsimmons (Charles I.) citado por Uzzell 1974, en un manuscrito no publicado sugiere que el "susto" representa "una adaptación patológica a la ansiedad" que termina por producir daño

fisiológico a través del sistema nervioso central. (A Case - - Study of Susto in the Zapotec Pueblo of Teotitlán del Valle, - Oaxaca, México: A Theoretical Appraisal of a Folk Illness as - an Adaptation to Culturally Induced Psychological Stress).

Aunque esta propuesta explicativa es más reciente, vuelve a la unicausalidad que es, a nuestro juicio, insuficiente para explicar cualquier fenómeno.

En su revisión sobre el "susto" publicada en 1974, Uzzell después de señalar que la mayoría de los estudios son descriptivos, analiza la hipótesis de Rubel y la de Fitzsimons, sugiriendo luego algunos aspectos importantes de exploración. De los estudios sobre el tema, dice, "es aparente que el "susto" representa una forma de desviación, la cual está asociada a algo erróneo o negativo -awry en el original- entre el asustado y su sociedad, así llamemos a ese algo stress, ansiedad o con otro término". (p. 370)

En cuanto al rol social, sugiere que el "susto" debe interpretarse como tal, en una forma similar a como Hamlet es un rol establecido y conocido universalmente, pero el "estar asustado" en una conducta, un desempeño individual tan variable como puede ser el desempeño del actor que interpreta el papel de Hamlet. En este contexto, la etiología -el episodio causal- está al alcance de cualquiera como un elemento que puede utilizar para iniciar su desempeño como asustado. Sugiere considerar al "susto" como un rol que puede ser asumido por un individuo, primariamente para situarse dentro determinadas situaciones y luego lograr el control de la interacción con las personas que lo rodean. El estar asustado le permite ciertas libertades conductuales que a un individuo sano le son prohibidas. Esto, que --

puede extrapolarse a muchas otras enfermedades y culturas, es lo que Uzzell apunta como el rol estratégico de la enfermedad. Por otra parte, enfatiza que el "susto" en los niños es diagnosticado no por ellos sino por sus padres, quienes "eligen" - la enfermedad (otra de las opciones es el "mal de ojo") de acuerdo a las circunstancias y necesidades. Tampoco ofrece una explicación sobre lo que ocurre en el niño pero de su discurso podría suponerse que no importa cuál sea la enfermedad "real" del niño en términos de la medicina occidental, el hecho es -- que culturalmente se le asigna el "susto" lo que facilita decir una conducta socialmente establecida. Al final sugiere que en relación a futuras investigaciones no será tan importante -- descubrir los méritos o fallas de la teoría sobre el "susto" -- como un rol sino encontrar la dialéctica que explique cómo ese rol es asumido, y luego de asumido, como se torna en real. Lo importante no es determinar cómo las creencias populares corresponden a una sola realidad, sino cómo varias realidades -- llegan a tornarse reales, concluye.

El aporte de Uzzell me parece importante no sólo en relación al "susto" y no sólo en relación a "la elección" de cualquier enfermedad, sino también al desempeño del rol de enfermo, de cada tipo de enfermedad, y de la interacción social que eso desencadena. Más aún, esa exploración resultará interesante respecto a cualquier rol, además de la enfermedad, que el individuo elija en la vida, el cual influye en su interacción social y a su vez ha sido producto de esa interacción.

##### 5.- SITUACION ACTUAL

Después de milenios, se continúa creyendo en algunas culturas que el alma puede salir del cuerpo sin la inmediata muerte del sujeto pero siempre con algún daño para él. Un tipo de daño es el desencadenamiento de un cuadro patológico que puede terminar con la muerte. En otras culturas ese cuadro patológico también existe y no se atribuye a la pérdida del alma. El cuadro se conoce con diversos nombres, "susto" en las localidades donde se realizó el presente estudio. Así pues, no todos los que pierden el alma sufren de "susto" y no todos los que sufren de "susto" han perdido el alma.

Actualmente nos enfrentamos a dos retos en lo que al "susto" se refiere: uno, comprenderlo integralmente o sea tener un marco teórico explicativo. El otro, lograr que la medicina y la psicología científicas definan al "susto" en términos de patología puesto que afecta la salud individual y colectiva. En cuanto al primer reto, en este estudio se ofrece un marco teórico que difiere del que propuso Arthur J. Rubel en 1964 y que es el más completo hasta el presente. En cuanto al segundo reto, se ofrece en esta investigación interdisciplinaria -médico-psicológico-antropológica- realizada con Rubel y con Carl W.O'Neil, evidencia de la patología diferencial que sufren los enfermos de "susto" en comparación con la que sufren otros enfermos comparables a los primeros pero que no sufrían de "susto".

Mucho camino queda por recorrer en la investigación del problema: se requiere de investigación epidemiológica, clínica, psicológica, antropológica, social, etc. y de preferencia interdisciplinaria dada la naturaleza polifacética del problema. Y luego, de mayor trascendencia, aplicar el conocimiento al mejor tratamiento de los enfermos que sufren esta condición y, tanto en lo individual como colectivo, a la adopción de medidas preventivas que eviten el sufrimiento y la muerte por su causa.

III.- MARCO TEORICO

La ubicación de nuestro objeto de estudio -el "susto" y las características de los enfermos que sufre de "susto"- dentro de un marco conceptual global, puede hacerse mediante dos mecanismos: uno es considerar el problema como algo sui-géneris, algo distinto a lo habitual y que es propio de una minoría de población (poblaciones) que piensan diferente y actúan diferente a la generalidad. El otro mecanismo es suponer que el fenómeno - en estudio se presenta como cualquier otro en cualquier sociedad, como producto natural de las circunstancias y de los factores que lo generan. En este caso cualquier sociedad, y cualquier individuo en las mismas circunstancias, procesaría de la misma forma el fenómeno en cuestión. La investigación intercultural ha seguido habitualmente el primer camino, o sea considerar a las poblaciones que son estudiadas, como algo "interesante" y fuera de lo común, con conductas que seguramente nosotros -la comunidad científica y la población "civilizada" que lee los "extraños" reportes- nunca seguiríamos. Ya no se utiliza el término salvajes para referirse a las poblaciones indígenas estudiadas por los científicos sociales, especialmente los antropólogos, pero la connotación frecuentemente está implícita. Este camino y este enfoque no nos parecen objetivos ni científicos ya que habitualmente adolecen de prejuicio: el etnocentrismo por una parte, y la elaboración teórica de una totalidad a partir del conocimiento empírico de una parte de ella; por ejemplo, el suponer cuál es la cosmovisión de un grupo social a partir del conocimiento de un rito, de una costumbre o hasta de las respuestas a unas entrevistas que el investigador realizó.

El otro camino es talvez menos impresionante en sus resultados y éstos talvez no sean motivo de noticia periodística. Consis-

te en suponer que cualquier hombre -especialmente el investiga-  
dor- reaccionaría de la misma manera que el hombre sujeto de -  
estudio, si estuviera en las mismas circunstancias. El objeto  
de estudio es entonces ya no tanto el "curioso individuo y su  
conducta extraña" sino el conjunto de circunstancias y fenóme-  
nos que lo llevaron a actuar como actúa. El reto es descubrir  
la dinámica del proceso y la lógica interna que explica la con-  
ducta individual y social. Este es el camino que nos parece --  
más objetivo y el que seguiremos en la elaboración del marco -  
teórico para el presente estudio. Inicialmente expondremos lo  
general en cuanto a cualquier enfermedad en la sociedad y en -  
el individuo, y luego lo específico en relación al "susto".

#### Marco Teórico General.

Formación del concepto de enfermedad, y proceso que sigue el -  
individuo sano, que enferma, para recuperar la salud.

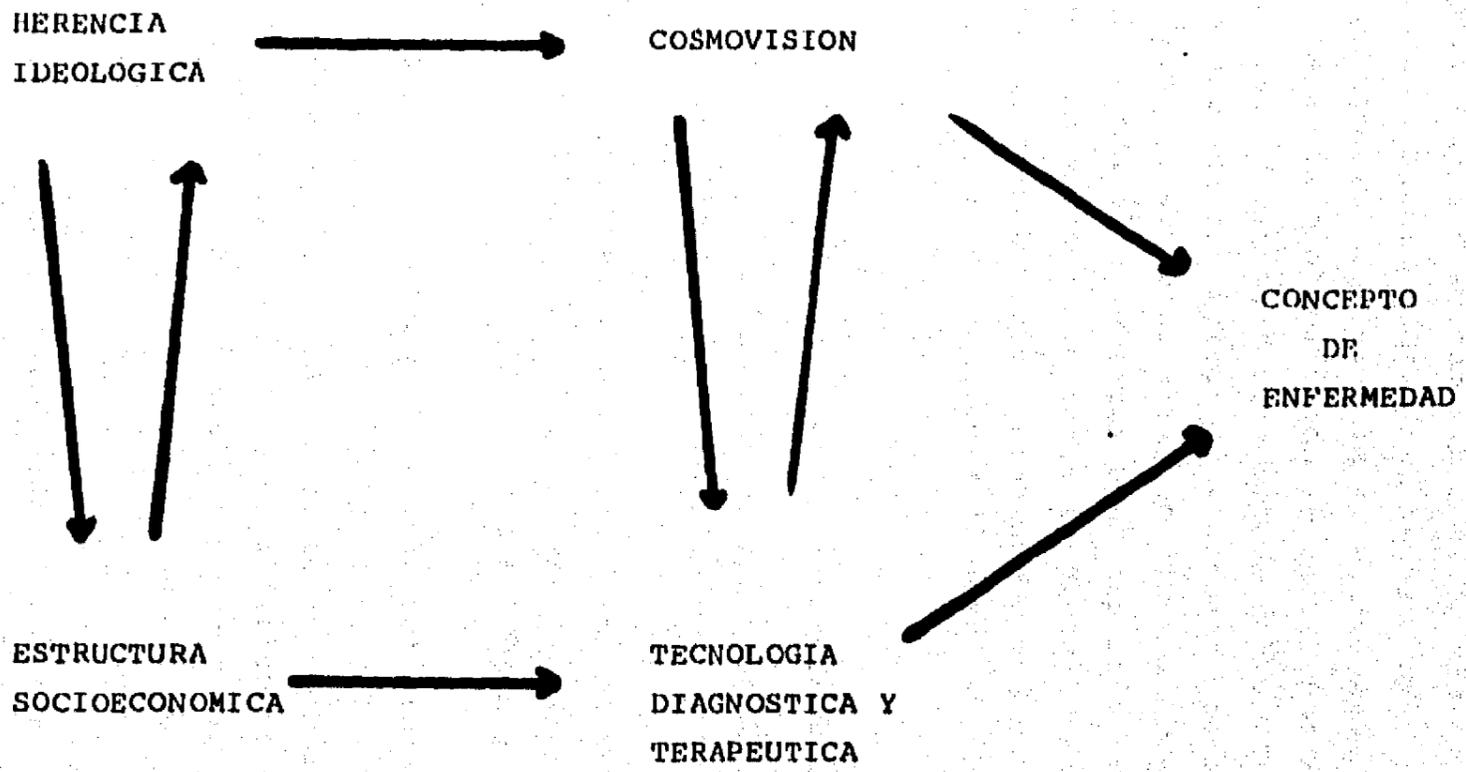
1.- La formación del concepto de enfermedad en toda sociedad -  
obedece, a nuestro juicio, a la interacción de cuatro grandes  
categorías (véase Diagrama Nº 1).

a). La Herencia Ideológica. La población recibe, por paso in--  
tergeneracional, la ideología de los antepasados que a su vez  
la recibieron de otros grupos sociales que viviendo en el mis-  
mo lugar o procediendo de otros por migración, generaron una -  
concepción del mundo que sigue estando, más o menos modificada,  
en la mente de los actuales pobladores.

b). La Cosmovisión. La concepción del mundo heredada intergene-  
racionalmente y más o menos modificada en el tiempo, explica -  
la actual cosmovisión de los grupos sociales. Dentro de esa --  
cosmovisión, como marco general de referencia, todos los fenó-

DIAGRAMA Nº 1

FORMACION DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD



menos tienen explicación, incluyendo la enfermedad. Si dentro de la cosmovisión tienen cabida y participación activa los espíritus, la génesis de la enfermedad se vinculará a ellos; si lo que tiene cabida es el mundo de los microbios, ellos son -- los que participan en la génesis de la enfermedad. De esta cosmovisión depende en gran parte que la enfermedad sea conceptualizada como un fenómeno físico-biológico, como un fenómeno psicobiológico, o como un fenómeno biopsicosocial.

c). Estructura socioeconómica. En estrecha vinculación con la herencia ideológica, la estructura socioeconómica de cada sociedad es influenciada por ella y a su vez influye en ella. Si la ideología heredada prohíbe el acúmulo de la riqueza, la estructura socioeconómica responderá a ese mandato, al menos temporalmente; pero si la producción y la dinámica sociales lleva a que el acúmulo se presente, la sociedad irá modificando su ideología. A su vez, la estructura socioeconómica genera una determinada tecnología en general, y aplicada al estudio y combate contra la enfermedad en lo específico.

d). Tecnología diagnóstica y terapéutica. El equipamiento de -- una sociedad para elaborar diagnósticos de precisión, objetivos, depende del adelanto tecnológico global que haya logrado dicha sociedad. No se puede esperar que una sociedad con escaso desarrollo tecnológico llegue al descubrimiento de los gérmenes, o a la diferenciación microscópica de las células malignas. Tampoco se puede esperar el desarrollo de cirugía extracorpórea ni de fármacos citotóxicos específicos. El desarrollo tecnológico en este sentido se ve influido por la cosmovisión de la sociedad, y los avances tecnológicos a su vez influyen -- en la ampliación y/o modificación de la cosmovisión. Ambas categorías, cosmovisión y tecnología en diagnóstico y terapéutica,

contribuyen a la concepción que la sociedad tiene sobre la enfermedad, sobre su origen y sobre las medidas para combatirlas.

Todo este proceso, con las cuatro categorías interactuando, es dinámico y permanente en el curso de la historia. Estable en algunas sociedades de cambio lento; dinámico en sociedades de cambio acelerado. Para comprender entonces, el concepto de enfermedad que sostiene una sociedad dada, es preciso analizar la forma como las cuatro categorías han venido interactuando en los decenios -o siglos- anteriores. Situado en ese contexto (incluyendo en él a sus propios antepasados) podrá el investigador llegar a la conclusión de que el concepto de enfermedad en esa sociedad es totalmente lógico, y que él, si formara integralmente parte de esa sociedad, participaría de dicho concepto.

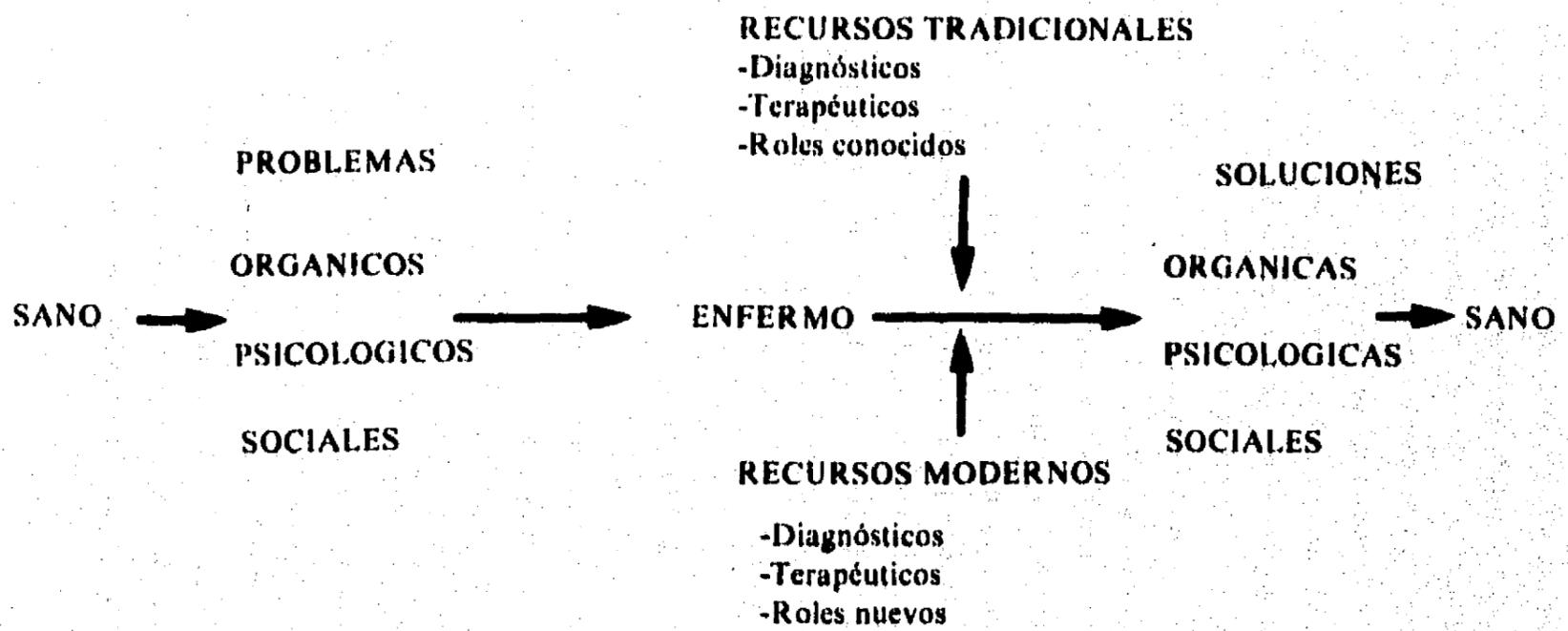
2.- Proceso que sigue el hombre sano, cuando enferma, para recuperar la salud.

También en general, consideramos que en toda sociedad, el hombre sigue una secuencia similar de sano a enfermo, y de enfermo a sano. (Véase Diagrama Nº 2)

El hombre sano enferma cuando se enfrenta a problemas que afectan una o más de las esferas orgánica, psicológica o social, y no logra superarlos. Una vez enfermo, dispone dos tipos de recursos para recuperar la salud: los tradicionales y los modernos. Dentro de los recursos tradicionales está el diagnóstico de la enfermedad o sea la interpretación del mal que sufre; en sociedades donde predomina el pensamiento mágico la interpretación es también mágica. Cuenta además con los recursos terapéuticos tradicionales que van desde los productos naturales, - -

DIAGRAMA No.2

PROCESO QUE SIGUE EL INDIVIDUO SANO, QUE ENFERMA, PARA RECUPERAR LA SALUD



hierbas, etcétera, hasta la petición de intervenciones sobre naturales. Dentro de esta terapéutica tradicional se desarrollan las medicinas paralelas. Y cuenta también con los roles - conocidos no sólo para el enfermo sino para quienes le rodean: el enfermo de gripe sabe cómo debe conducirse en función del mal que padece, y su conducta goza de aceptación social porque es un problema conocido en el que cada quien sabe que conducta puede esperarse de él. Por otra parte, el enfermo dispone -en mayor o menor grado- de recursos modernos del mismo tipo: recursos para establecer diagnóstico, ahora dentro de la cosmovisión occidental, búsqueda de gérmenes, de tejidos enfermos, de funciones orgánicas alteradas, de contribuyentes psicoemocionales, de condicionantes sociales, etcétera. Cuenta también -en mayor o menor grado- con recursos terapéuticos avanzados: medicamentos, cirugía, psicoterapia, etc. Y de roles que algunas veces son conocidos: el paciente colecistectomizado bien informado sabe qué se espera de él. Otras veces son nuevos como en el caso de un enfermo procedente del medio rural que ignora totalmente lo que la colecistectomía significa, y lo que se espera de él en caso de ser operado.

Piénsese en el conflicto que una persona -incluso ciudadana, metropolitana- de un país en desarrollo, enfrenta cuando decide viajar para procurar un diagnóstico y una terapéutica más modernos, a una metrópoli de un país desarrollado. Otro idioma, otras concepciones, equipo y metodología que desconoce, sensación de estar por completo en manos y bajo la decisión de - - otros; escasa capacidad de diálogo y de negociación, muchas veces ignorancia sobre costos y sobre procedimientos a que será sometido, diferente tipo de relación humana y de relación médico-paciente, temor a no ser tomado en cuenta y por último, temor a morir lejos de la familia, de la tierra, de los objetos de identificación. En esas condiciones es natural un impulso a permanecer dentro de lo conocido, dentro de los recursos tradi

cionales que le ofrece su sociedad, y otro impulso en buscar - los recursos modernos que le ofrece la sociedad desarrollada.- La conducta que seguirá este enfermo será no sólo en función - de solucionar sus problemas de patología orgánica; pesará mu-- cho en la decisión la solución a sus problemas psicoemociona- les y a sus problemas sociales -incluyendo naturalmente los -- económicos- y solo cuando logre encontrar solución a todos esos problemas, recuperará realmente la salud. No importa si la so- lución la encuentra en los recursos tradicionales, en los mo-- dernos, o si hace una combinación de ambos; pragmáticamente -- elegirá lo que a su juicio ofrece mejores perspectivas de solu- ción integral. Dentro de este contexto podemos comprender no - sólo al enfermo metropolitano del tercer mundo que duda entre quedarse en su país o ir a un país desarrollado para diagnósti- co y tratamiento; también podemos comprender al enfermo que vi- vía en un pequeño pueblo de Italia y dudaba entre quedarse en él o ir a Roma; y podemos entender a un enfermo que no sabe si tiene "susto" u otra enfermedad, y duda entre quedarse en su - pueblo e ir a la Cabecera Municipal, a la Capital del Estado, o al Distrito Federal.

La experiencia que obtenga cada individuo en este proceso de - recuperar la salud le servirá para futuras circunstancias simi- lares; servirá también para que otros miembros de su sociedad decidan conducta cuando enferman, generándose así el cambio -- -o la permanencia- de conductas ante la enfermedad, de los pue- blos en el curso de la historia.

#### Marco Teórico, aspectos específicos.

Dentro del marco general expuesto, los siguientes aspectos es- pecíficos explican más en detalle nuestra conceptualización so- bre la génesis del "susto":

### 1. La totalidad.

Comprender al "susto" significa a nuestro juicio comprender el conjunto de variables que determinan la vida de la sociedad -- donde se produce, y la forma como resulta necesaria, lógica, -- su aparición y su permanencia en esa sociedad. No es un fenómeno casual, ni aislado de los demás fenómenos sociales, como no lo es, eterno; permanece mientras las causas que lo determinan subsisten; desaparecidas éstas desaparecerá el "susto". Ese -- marco de totalidad se aplica a la forma como Hipócrates -4 si- glos antes de nuestra era- sacó a la epilepsia del pensamiento mágico y la ubicó dentro de las enfermedades cerebrales; expli- ca por qué, dos mil años después, se vuelve al pensamiento má- gico y al hijo de Felipe IV y Mariana de Austria, el Rey Car- los II de España, se le llamaba El Hechizado porque padecía -- precisamente de epilepsia; explica por qué pueden coexistir en pleno siglo XX la tomografía computarizada y el espiritualismo, ambos pretendiendo ayudar al hombre en sus problemas de salud. Cada fenómeno es producto de la sociedad que lo genera, en el lugar y en la época histórica correspondiente.

### 2. Marco histórico.

Hipócrates no surge casualmente; contemporáneos suyos fueron -- hombres extraordinarios en otras disciplinas: Tucídides en la Historia, Heráclito en la Filosofía, Pericles en la Política. La toma del poder, de los poderes, por los hombres organizados y la estructuración de una sociedad sólida, productiva, casi -- autosuficiente, hizo de Atenas un emporio de riqueza no sólo -- material y política sino también intelectual; el pensamiento -- mágico fue substituido por el pensamiento racional, el hombre intentó penetrar los misterios de la naturaleza y asumió la -- responsabilidad de sus actos. Tucídides fracasa en la guerra -- pero se reivindica en la justa descripción de los hechos con--

virtiéndose en el forjador de una disciplina seria: la Historia. Dentro de ese contexto es esperable que un médico intentara desmitificar a la magia y desresponsabilizar a los dioses de los males de los hombres asumiendo la carga de intentar diagnósticos y tratamientos racionales. Otro tanto Heráclito, poniendo los cimientos de la filosofía materialista, obstruyendo el fácil camino de asignar a los dioses la responsabilidad de cuanto ocurre en la tierra.

Esa actitud duró mientras duró la fortaleza de Atenas. Derrumbada ésta se derrumba el pensamiento racional, el timón del destino es abandonado por el hombre y lo devuelve a los dioses, aparece de nuevo el pensamiento mágico-religioso y durante la Edad Media se prohíbe incluso la investigación médica en cadáveres por el sacrilegio que implica entrar a los terrenos reservados a la Divinidad. ¿Cómo podía un médico de la Corte Española sacudirse siglos de este tipo de pensamiento y de restricciones, y responsabilizarse por la salud de su Rey? ¿Con qué elementos contaba? Era mejor, más prudente, renunciar al poder que en otras épocas daba -y da- el ser médico, el "tener la verdad" y "el saber qué debe hacerse" y optar por entregar a otro esa responsabilidad. Imaginemos a ese médico frente al Rey Carlos II en plena crisis epiléptica, rodeado de miembros cercanos de la familia real y de la Corte. ¡Doctor, haga algo! Y él, pensando: si digo que es una enfermedad del cerebro me dirán que le cure, que aplique hierbas, pócimas, medicamentos físicos, químicos, alquímicos. Y no conozco nada que cure la epilepsia, ¡qué más quisiera! curarlo y adquirir prestigio y poder en la Corte. Tengo que decir que el Rey sufre de algo que está más allá del poder terrenal, de las capacidades de la ciencia. ¿Un castigo de Dios? lo coloco en el papel de pecador, sujeto al campo de la Iglesia que es actualmente un poder tan grande; mi estatura no me permite entrar a terrenos de alta política y alto poder. ¿Quién podría curarlo si no la Iglesia, re

presentante de Dios en la tierra? Y si no lo cura? me enemisto con el Rey por declararlo pecador y me enemisto con la Iglesia, supremo poder que me destruiría si el Rey no lo hace antes. No, la culpa debe quedar fuera de este terreno de lucha.. un daño causado desde fuera, por alguien difícil de detectar.. un ser misterioso y poderoso.. un Hechicero, una Hechicera. Y así se vuelve, y habla a los demás:

Señores: la ciencia médica no puede llegar a terrenos que están más allá de lo terrenal, el Rey no padece ninguna enfermedad vergonzosa, el Rey es víctima de un hechizo y yo ni siquiera puedo detectar su procedencia; es un asunto para la Santa Madre Iglesia y su brazo La Inquisición, que tal vez podría encontrar la forma de neutralizar el hechizo y ayudar a nuestro señor el Rey. En todo lo demás continuaré al cuidado del paciente, pero ante las maldades del Demonio y sus intermedios en la tierra, nada puedo hacer. Y para sí: (ya que nada puedo hacer, por lo menos no me haré daño a mi mismo ni a la medicina; que el poderoso siga siendo poderoso y que el Rey, si encuentra salud, esté satisfecho de haber superado un hechizo, de haber vencido a un oculto enemigo. La Iglesia podrá hacerse de algún adversario político acusándolo de ser el culpable del hechizo, el instrumento de Satán. Injusto tal vez, pero ¿qué hago yo, pobre médico, atrapado dentro de este sistema secularmente poderoso, aristocracia-iglesia? Salvar la vida, preservar la profesión.. y esperar la Reforma Liberal).

De los tiempos bíblicos a América sin pasar por Europa. Mencionamos en la Introducción de este trabajo el relato bíblico del encuentro de David con Abigaíl y de cómo la bella mujer le asegura, la vaticina que su alma siempre será guardada, en tanto que las de sus enemigos se perderán. Y de cómo el profeta Ezequiel acusa a las brujas de querer capturar almas con sus redes. También transcribimos el relato de la escritora Pearl S.

Buck, recogido en China a principios de este siglo, donde a -- instancia de la criada Wang Ma, va la madre con ella a buscar el espíritu del hijo que por eso ha enfermado de gravedad. La curación del niño es recibida con regocijo y con la afirmación tranquilizante de que el espíritu ha regresado a él.

La creencia en la salida del alma o espíritu, del cuerpo es -- pues, milenaria, y la información disponible señala su existencia en China y en tribus indígenas de América del Norte, más -- no en la pérdida del alma en España. Con estos antecedentes parece lógico suponer que la creencia -salvo que haya sido endógenamente creada y desarrollada- vino con las migraciones asiáticas a través del Estrecho de Behring, diseminándose por América del Norte -donde desapareció en la medida en que los in-- dios fueron aniquilados- América del Centro y América del Sur, permaneciendo con mayor vigor en los lugares donde los grupos indígenas resistieron mejor la conquista europea, que no participaba de esas creencias. Así, donde más se ha encontrado al -- "susto" es en los países americanos de mayor concentración indígena: México, Guatemala, Perú, Bolivia. La hipótesis endógena no hay que desestimarla por cuanto todo ser humano, y con -- mayor razón todo pueblo, tiende a forjar paradigmas y marcos -- conceptuales explicativos para los fenómenos que observa. En -- la medida que éstos no se explican con lo objetivo y material, la interpretación forzosamente debe buscarse en lo sobrenatu-- ral cercano como los "espíritus dueños de la montaña" o en lo sobrenatural lejano, como los dioses y los demonios.

El refrigerador histórico.

El hallazgo en determinados pueblos de creencias similares a -- las que existían siglos atrás pero que ya no se encuentran en las localidades y regiones circunvecinas, recuerda los hallaz

gos arqueológicos de fósiles bien conservados dentro a abajo - de masas de piedra o hielo. Algo similar parece ocurrir con -- las creencias: han sido conservadas por cierta población en un refrigerador histórico que las ha preservado de la contaminación y de la destrucción por el tiempo o por un uso indebido. El "susto" es una de esas creencias conservadas en los refrigeradores históricos de muchos pueblos latinoamericanos; entre -- menos contaminación han sufrido esos pueblos con las ideas de otras civilizaciones y sistemas sociales, más pura será la -- idea que se conserva, y más cuidado debe tener el investigador para no interpretarla dentro de sus propios marcos, o dentro -- de marcos que conoce por lecturas y que conciente o -peor- in concientemente, aplica deformando la imagen con la que preten de describir una realidad diferente.

La descripción de Kuhn (1975) sobre cómo después de la aceptación de un nuevo paradigma científico sobreviene una cantidad apreciable de investigación para reforzarlo, debe utilizarse -- como advertencia para no caer el error del "descubrimiento" de pruebas del nuevo paradigma cuando en el fondo lo que ha ocurrido es que el entusiasmo ha sido tan grande que atropelló la metodología y el rigor científico en aras de un objetivo tal -- vez legítimo, pero siempre de menor valor que la búsqueda cien tífica de la verdad. En este sentido nunca será poco el cuida do que pongamos al acercarnos y abrir y conocer el contenido -- de los refrigerados históricos que -oh privilegio!- lleguen a estar a nuestro alcance.

### 3. Marco geográfico.

Encontrar al "susto" en un país y no en el vecino; encontrarlo en una localidad y no en las que le rodean, no debe extrañar al investigador. Siguiendo el orden de ideas expuestas en el inciso anterior -Desarrollo histórico- las creencias pueden conservarse intergeneracionalmente en una localidad, y si la población tiene escaso contacto con las vecinas, ya sea por dificultades de comunicación o por aislamiento comercial, o por celosa conservación de la identidad local -incluyendo la cosmovisión y sus partes integrantes- las ideas vecinas sobre la enfermedad no tendrán efecto deformante sobre las ideas locales sobre el mismo tema. Nuestra hipótesis en este aspecto es que cuando se encuentre el "susto" en una localidad y no en las circunvecinas, también se encontrarán evidencias respecto al aislamiento de esa localidad en otros aspectos que de una u otra forma determinan el aislamiento en cuanto al "susto". Así, al concepto de refrigerador histórico habría que añadir en estos casos el de refrigerador geográfico, o sea el sistema que permite que un fenómeno -en este caso el "susto"- permanezca conservado en estado de pureza a pesar de los posibles contaminantes que existen a su alrededor.

#### 4. El refrigerador historiográfico, el poder y la relación médico-paciente.

Cuando una entidad como el "susto" es encontrada en una localidad rural por un investigador urbano, puede darse el proceso - que hemos descrito: ideas y creencias antiguas pero conservadas y vivas dentro de la población se presentan a la vista del investigador, quien en la medida de sus conocimientos y disciplina científica los describe, interpreta y presenta ante la comunidad científica a la que pertenece. En este proceso se da una relación de poder en la que habitualmente es el investigador - por la sociedad a la que pertenece, la que financia el estudio- y no la sociedad investigada, la que tiene la palabra en cuanto a interpretar los hechos. En la medida en que esa interpretación se difunde va tomando carta de naturalización en la comunidad científica y la relación de poder se consolida. - - Creemos que gran parte de la investigación realizada por representantes de los países poderosos ha contribuido al asentamiento de conceptos tales como "pensamiento mágico" "supersticiones" y otros epítetos semipeyorativos que lejos de tender un puente intercultural colocan a la sociedad estudiada en el papel de objeto de curiosidad, de "interesantes nativos ignorantes" que por una parte no tienen el poder, y por otra tal vez tampoco el interés en demostrar que su pensamiento es congruente con la realidad en que viven, está respaldado por siglos de historia y más aún, están en disposición de modificarlo si suficientes elementos de juicio prueban que otros esquemas conceptuales son más lógicos y efectivos en su aplicación. En este sentido las llamadas "medicinas tradicionales" son a veces menos conservadoras de las tradiciones que la medicina oficial, la que a veces mantiene actitudes y conductas realmente tradicionalistas.

En la relación médico-paciente lo anterior tiene importancia central: el médico es "el que sabe", el que tiene la verdad y por tanto el poder para influir en el proceso, desde la definición del diagnóstico hasta el señalamiento de la conducta a seguir, desde la calificación del paciente como una persona -- "aceptable" hasta su satanización como "simulador" "endemoniado" en otras épocas y "loco" en la actualidad. Recuérdese el tránsito que se ha operado en la calificación del alcohólico y el farmacodependiente: de vicioso y transgresor de la ley, merecedor de castigo, a enfermo merecedor de tratamiento.

En el caso del "susto" y otras enfermedades paralelas, suponemos que la distancia entre los modelos conceptuales del paciente y del investigador, en este caso el médico, influye directamente: a mayor distancia entre ellos -a mayor distancia cultural, en general- mayor probabilidad de que el médico diagnostique patología mental, y mayor probabilidad habrá de que el antropólogo y el psicólogo "encuentren" pensamiento mágico. La relación de poder se establece sutilmente y dentro de la hipótesis que planteamos creemos que el resultado muy pocas veces llevará a una comprensión integral de las diferencias. Etiquetar al otro es un ejercicio de poder y si hacerlo proporciona gratificantes académicos o de otra naturaleza, mayor probabilidad hay de que ese poder se ejerza.

Inversión de los papeles. Suponemos que cuando un médico está suficiente tiempo en una localidad rural como para haber arraigado en ella y haberse visto necesitado de luchar para conquistar un lugar, los papeles se invierten: el poder lo tiene la localidad, y sus valores, sus conceptos, ya no pueden ser minimizados por él. Aunque no los llegue a aceptar, el médico los comprende mejor y respeta su dinámica. Suponemos que a eso se debe en parte la falta de descripciones, estudios y publicaciou

nes del personal -no solo el médico sino en general- que vive en el medio rural. Quien publica es el extranjero, que llega, investiga, recoge información, se la lleva, la interpreta y la hace pública: ejerce el poder.

Otro ejemplo de la inversión de papeles frente al refrigerador historiográfico se encuentra en buena parte de lo producido -- dentro de la ciencia-ficción: el autor del relato describe -- -avalado por los conceptos y conocimientos de la ciencia de su época- el contacto con sociedades lejanas que han logrado un desarrollo científico y tecnológico muy superior al de los habitantes de la tierra. En esos hombres -Superman- o sociedades galácticas -la Fundación, de Isaac Asimov- el autor pone los poderes que el hombre siempre ha deseado: capacidad para volar, vehículos interestelares, estaciones interplanetarias, adelantos tecnológicos extraordinarios, generalmente en el campo de la guerra. Y siempre, como una necesidad de mantener la supremacía de la humanidad terrestre, fallas morales que los hacen vulnerables ante los héroes terrestres quienes a pesar de su atraso tecnológico, triunfan y logran mantener en alto los -- "eternos" valores de la raza humana.

En esta inversión de papeles el hombre muestra su deseo de superar carencias, de lograr poder, de trascender geográfica e históricamente. Es entonces la tierra la que ha permanecido en el refrigerador historiográfico, en un muy lento desarrollo en comparación con otros mundos, y son éstos los que pretenden imponer nuevos imperios, nuevas relaciones de poder. El hombre resiste heroicamente y a pesar de las grandes diferencias triunfa al final su cosmovisión, sus ideas sobre la vida, la enfermedad y la muerte, su escala de valores, sus costumbres. Volvamos a invertir papeles: ¿no es algo parecido lo que ha ocurrido con las sociedades indígenas latinoamericanas durante los últimos 500 años? los seres extraterrestres -para ellos, aunque so

lo hayan sido extracontinentales y ahora del mismo Continente no han pretendido, sin lograrla plenamente, una conquista a la que han resistido manteniendo su cosmovisión, sus conceptos, - sus costumbres?. Todo ésto tal vez nos lleve a estudiar el - - "susto" con más integralidad científica y con mayor respeto humano.

##### 5. Pensamiento científico y pensamiento mágico.

El concepto sobre lo que es pensamiento mágico y sobre lo que es pensamiento científico es importante dentro del marco teórico del "susto" y de la forma de estudiarlo. Parte de las ideas que a continuación se expresan las hemos expuesto anteriormente (Collado 1975, 1977).

###### a) Distancia entre causas y efecto.

En el pensamiento mágico la distancia entre la causa y el efecto es, en general, grande, mientras que en el pensamiento científico es, también en general, corta. En el "susto" el curandero se ocupa del sitio donde el sujeto perdió el alma, de si -- fue capturada por un espíritu superior, y de cómo lograr que - el alma vuelva al cuerpo. El médico se ocupa más de si el paciente tiene anemia, de lo que ocurre adentro de su organismo y de si cuenta o no con un procedimiento terapéutico inmediato para ayudar al paciente. En el caso de la tuberculosis, por -- ejemplo, esta búsqueda de la causa inmediata ha hecho que por

mucho tiempo se desestimen las causas lejanas, la pobreza, el hacinamiento, las malas condiciones de trabajo y vida, etc. El médico ve el árbol y pierde de vista al bosque; el curandero - ve al bosque y se ocupa poco de lo que en detalle ocurre con y dentro del árbol. Dentro de este marco hipotetizamos que el -- curandero especializado en "susto" puede dar muy escasa información sobre lo que ocurre dentro del paciente asustado o sea la fisiopatología de la enfermedad; en todo caso puede imagi-- nar una determinada dinámica si lo presionamos para que respon-- da a nuestras interrogantes, pero otro curandero ofrecerá res-- puestas muy distintas a las mismas preguntas. En cambio todos responderán en forma similar en relación a la causa lejana: la pérdida del alma. Por el contrario, los médicos plantearán dudas - -y respuestas- muy similares ante un enfermo con "susto": Tie-- ne afectado algún órgano o sistema? sufre de anemia, parasito-- sis intestinal y otras condiciones que expliquen -de cerca- la adinamia? Hay algún proceso maligno o infeccioso crónico que - explique la pérdida de peso y de apetito? la búsqueda es res-- pecto a causas inmediatas, en tanto que las causas lejanas: fa-- lla en el cumplimiento del rol social, deficientes condiciones de vida y trabajo, creencias y actitudes, son para él poco im-- portantes.

b) Importancia y tipo de "las pruebas".

En el pensamiento científico la prueba tiene un alto valor y - es predominantemente objetiva; si el paciente es culturalmente desarrollado dentro del mismo tipo de pensamiento, exige evi-- dencias. Dentro del pensamiento científico no basta sospechar que el paciente tiene anemia, es preciso realizar una biome-- tría hemática para confirmar o rechazar el diagnóstico; si el paciente lo pide se le muestra el resultado del laboratorio y la conexión inmediata entre diagnóstico de enfermedad -anemia- y la prueba objetiva, queda establecida. Dentro del pensamien

to mágico la prueba objetiva es habitualmente imposible, e incluso la aparente prueba por resultados es inaceptable para el pensamiento científico. Así, cuando el curandero diagnostica "susto" e interroga al paciente para averiguar en dónde ocurrió el percance que motivó la salida del alma del cuerpo, está imposibilitado de presentar pruebas -y el paciente de pedir las- con lo que la aceptación del diagnóstico queda en el terreno del consenso, de la presión social, o de las circunstancias. Por último, la mejoría del paciente después de la intervención del curandero "que ha logrado hacer volver al alma" -- nunca sería aceptada como prueba dentro de un pensamiento científico. El problema es que el pensamiento científico, en estas circunstancias, tampoco puede probar otra hipótesis explicativa. Un ejemplo ilustrará lo anterior. El esposo de la curandera con quien trabajamos en una investigación en Oaxaca, despertó una noche sobresaltado porque sus dos toros estaban peleando. En esa región no había quien supiera castrar a los toros -- para convertirlos en mansos bueyes para el trabajo, y mantenían su natural energía y beligerancia. Los dos toros constituían parte fundamental del patrimonio de don Juan, y alarmado porque podrían lesionarse, salió e intentó separarlos. El resultado fué que los toros se volvieron contra él y estuvieron a punto de matarlo; salvó la vida pero no escapó al susto que el incidente le produjo, desarrollando a los pocos días un malestar general, apatía, falta de apetito y de deseo de trabajar, y debilidad. Consultó a un médico de la capital del Estado pero no obtuvo mejoría; la esposa -la curandera- le dijo -- que lo que sufría era de "susto" pero él no aceptó el diagnóstico. Buscó la atención de otro médico y tampoco obtuvo alivio; la esposa ratificó su diagnóstico y él su rechazo al mismo. -- Consultó una vez más, en Mitla, a un médico de renombre en la región, pero tampoco mejoró. Entonces, aún sin aceptar el diagnóstico de la esposa, aceptó ser tratado por ella, la especia

lista en "susto". Los síntomas desaparecieron y el hombre paulatinamente recuperó la salud. En ningún momento la esposa lo examinó, ni le dijo que padecía de algún órgano, como seguramente buscaron los médicos. Tampoco le demostro objetivamente al esposo que tenía razón, incluso no sabemos si después de la curación don Juan aceptó haber estado asustado. En un foro científico obviamente el diagnóstico no habría sido aceptado, pero si aparecerían interpretaciones psicodinámicas sobre lo ocurrido, sin que ninguna de ellas pudiera ser sometida a pruebas objetivas. Si incluso ante la evidencia de mejorías -hasta curaciones- de pacientes a través de diversos métodos psicoterapéuticos, científicos neopositivistas niegan el valor de la psicología por ser incapaz de aportar pruebas directas y objetivas, mucho mayor será su escepticismo ante fenómenos como el descrito. Para los pacientes, lo que importa es el alivio de sus problemas, independientemente de quién tenga la verdad en cuanto al diagnóstico, y para el médico y el terapeuta científicos podría resultar interesante investigar las causas que determinan que muchos médicos paralelos tengan más clientela, -- más pacientes y más prestigio como sanadores, que muchos terapeutas con título pero sin éxito. Dentro del pensamiento científico objetivo no basta explicar -o intentar explicar- esa diferencia con el fácil expediente de calificar de charlatanes a los primeros, de engañar a la población ignorante. Es necesario profundizar más en estos fenómenos, no tan infrecuentes, - en lugar de satanizarlos apriorísticamente, hace falta entenderlos y aplicar adecuadamente el conocimiento adquirido.

c) Persistencia del pensamiento mágico en el hombre "racional" Creemos que en todo hombre por racional y objetivo que sea su pensamiento, persiste algo de pensamiento mágico. Para que éste se manifieste solamente es preciso que el hombre se vea an

te determinadas circunstancias, las necesarias para su caso -- particular (Collado, R., Lastiri, Collado, L. 1979). A algunos científicos no se le hace entrar a un cementerio en la noche, otros usan amuletos o reconocen que desearían usarlos, y el caso más patético, el de científicos positivistas que ante la inminencia de perder a un ser querido por una enfermedad -tumores malignos por ejemplo- convencidos de que la ciencia médica no les puede ofrecer más, buscan el consuelo, la esperanza, dentro del pensamiento y los procedimientos mágicos o de las medicinas paralelas. Otra prueba indirecta de la persistencia del pensamiento mágico en algunos médicos, es la "fé" que tienen - en algunos laboratorios químico-farmacéuticos, de los cuales - recetan sus productos sin haberlos sometidos a la prueba de la duda, a la exigencia de las mínimas pruebas objetivas. Se dirá que las circunstancias impiden al médico exigir pruebas y que se ven obligados a confiar en los laboratorios, los cuales desde lejos, curan a los pacientes en un proceso en el que el médico solo es intermediario. Curiosamente es una situación similar a la del curandero: imposibilitado de hacer diagnóstico, - careciendo del poder para curar por sí, se convierte en intermediario entre el paciente y el espíritu que capturó su alma.- Si éste accede, se curará; de lo contrario, el intermediario - no tuvo la culpa, el espíritu no respondió como se esperaba, - tal vez incluso "por culpa del paciente". Paralelamente, el -- que "el enfermo no respondió al tratamiento" es una frase frecuente que a veces refleja la realidad pero que en otras ocasiones emplea el médico como escudo para evitar responsabilidad en el desenlace negativo de un proceso terapéutico.

La persistencia del pensamiento mágico en el hombre racional -sirve, en el caso del marco teórico sobre el "susto" para ayudar a comprender cuáles han sido y son las circunstancias que llevan a determinados individuos y grupos a mantener una explicación mágica sobre un proceso que seguramente tiene explicación racional, científica. Dicho de otra manera: Qué se necesitaría para que yo, con mi pensamiento científico, aceptara la interpretación mágica del "susto"?

#### 6. La oferta social de explicaciones.

Ante un problema de enfermedad en el que los médicos no llegan a un diagnóstico, ¿Qué hace actualmente la gente -la que puede- de los países en desarrollo? Va a Estados Unidos -o a otro país desarrollado- donde "pueden estudiarlo mejor pues cuentan con los recursos y la tecnología más avanzada". Cada sociedad puede ofrecer determinada cantidad y calidad de explicaciones para los fenómenos que en ella ocurren, y de esto no escapa - la enfermedad. Qué puede hacer un curandero ante un paciente - que se queja de múltiples síntomas, que tal vez ha asistido a centros con más recursos -los médicos de las cabeceras municipales y las capitales de los Estados- y no ha encontrado explicación ni solución a sus problemas? ¿Qué haríamos nosotros ante un paciente que ha ido a los Estados Unidos y vuelto sin diagnóstico después de varias semanas de ser estudiado en los "mejores centros médicos" de allá? ¿Qué diagnóstico haríamos? Para empezar, daríamos por descartado un diagnóstico de patología orgánica; "una enfermedad orgánica no habría pasado desapercibida en un hospital norteamericano" con lo que nos inclinaríamos hacia algo psicoemocional no detectable por aparatos. ¿Y si éso tampoco funciona? Aparte de la irritación que este tipo de pacientes provoca en el médico, el problema, al no ser manejable dentro de los esquemas tradicionales se va desplazando ha

cia culpar al paciente: "seguramente es un simulador" y el interés en establecer un diagnóstico decae. La sociedad ha llegado al límite de su oferta de explicaciones para su problema y si el paciente quiere seguir las buscando tendrá que hacerlo en otras sociedades: en sociedades donde opera el pensamiento mágico. Creemos que este tránsito del pensamiento racional, -- científico, hacia el pensamiento mágico, es más frecuente de lo que se piensa. Ese tránsito es producto de las limitaciones de la medicina, la cual tiene tanto desarrollo como desarrollado integralmente -o subdesarrollado- está el país. Dado que solo un pequeño sector de la población de los países subdesarrollados está en posibilidad de asistir a los centros médicos de los países desarrollados, el grueso de la población que no encuentra diagnóstico -ni solución- en la medicina "científica" tiene que buscarlos en las medicinas paralelas, en el pensamiento mágico.

Como parte del marco teórico para el estudio que nos ocupa, la baja posibilidad que en el medio rural existe para explicar de otra manera mejor al "susto", lleva a la población y a quienes de ella se ocupan en cuanto a enfermedad -los curanderos especializados en "susto"- a explicar el problema de la misma manera que ha sido hecho desde siglos atrás: con la pérdida del alma. Si nuestra hipótesis es correcta, sería de esperar que las poblaciones que tienen más contacto con la medicina occidental y han encontrado utilidad en sus paradigmas y explicaciones, -creen menos en la explicación mágica del "susto" que aquellas poblaciones más aisladas, o que incluso no estándolo, han encontrado menos útiles los paradigmas y las explicaciones de la medicina y de la sociedad metropolitana o metropolitanizante.

Por último, dado que no todos los estratos de cada sociedad -- tienen las mismas posibilidades de ponerse en contacto con los centros urbanos y con la medicina "científica" esperaríamos --

que los estratos que más tienen esa comunicación -por capacidad económica, por educación, o por varios factores combinados- habrán renunciado a la interpretación mágica sobre el "susto", afiliándose a los esquemas conceptuales urbanos. El complemento obligado de esta hipótesis es señalar que lo anterior se espera que ocurra, siempre que los nuevos esquemas conceptuales demuestren ser más útiles que los anteriores.

#### 7. La oferta social de soluciones.

A la oferta social de explicaciones debe añadirse, dentro de nuestro marco teórico sobre el "susto" la oferta social de soluciones. Siguiendo con el ejemplo de pacientes que van a los centros médicos macrometropolitanos, podemos pensar en alguien a quien en uno de esos centros se le ha hecho el diagnóstico de una enfermedad maligna, incurable. La explicación ha sido completa, el diagnóstico preciso, pero ¿y la solución?. En esa situación se explica que un paciente, independientemente de su condición social y nivel de instrucción, acuda a cualquier procedimiento terapéutico, por mágico y absurdo que parezca. Repetimos el ejemplo de un ser querido afectado de una enfermedad incurable: ¿nos opondríamos a que fuera con un curandero que se asegura ha curado a muchos pacientes que tenían el mismo problema? ¿nos opondríamos a que viajara a centros religiosos en espera de un milagro?

Por otra parte, es importante el concepto de solución. La curandera a que hemos aludido antes nos pidió que examináramos a ciertos enfermos que ella no había podido aliviar, y que continuaba tratando y visitando periódicamente. En una casa visitamos a una muchacha de 22 años, enferma desde hacía 6 por - -diagnóstico nuestro- insuficiencia cardíaca congestiva; cardiopatía reumática terminal y ninguna esperanza dentro de la -

medicina a su alcance. Un paciente de 63 años tenía evidencia de metástasis diseminadas de un tumor maligno probablemente -- originario en el estómago. Nadie lo podría curar. Y así, otros cuatro pacientes en los que la esperanza de curación era nula. Todos habían tenido tratamiento médico y algunos habían sido - dados de alta en los hospitales donde se realizó -seguramente- el diagnóstico de casos terminales. Sentí la tristeza de no poder ser útil pero pude observar la buena relación entre los pa- cientes y la curandera, quien tampoco podría salvarlos. Ella - no solucionaría el problema de la enfermedad, pero estaba ali- viando los últimos momentos de esas personas que -no lo inves- tigué- tal vez estarían esperanzadas en que en cualquier momen- to volviera el alma a su cuerpo. No sé si estaban diagnostica- das de "susto" pero si sé que la curandera estaba haciendo por ellos más de lo que hace la medicina: acompañar al enfermo y solucionar -o por lo menos aliviar- el dolor de una muerte en soledad y en desesperanza. La reacción tan frecuente dentro -- del pensamiento "científico" del médico que se enoja contra el paciente pues le ha hecho quedar mal evidenciando su impoten- cia es dentro del pensamiento mágico sustituida por la acepta- ción de lo ineluctable, de las limitaciones del hombre, y de - las decisiones del espíritu o de los espíritus superiores. De allí a la actitud protectora, cálida o solidaria con la vícti- ma, solo hay un paso; el médico paralelo no tiene por qué sen- tirse agredido por el paciente que no se cura, es un conflicto entre el paciente y los poderes superiores. En términos de so- luciones, pensamos que el contexto social que rodea al "susto" ofrece a los pacientes afecto y solidaridad en sus últimos mo- mentos, opciones más amables que las que actualmente ofrece la medicina "científica" hospitalaria, muchas veces contaminada - por las nuevas empresas que han hecho de la muerte una oportu- nidad para obtener beneficios de personas -el paciente y los - familiares- que se encuentran debilitadas moral y socialmen- te.

No debemos ignorar que en cuanto a soluciones, el manejo del "susto" como diagnóstico puede ocultar patología tratable y solucionable por la medicina científica, y que la pérdida de tiempo dentro de tratamientos "mágicos" puede significar el avance de enfermedades hasta niveles irreversibles. Suponemos que esta situación podrá encontrarse en investigaciones de campo, y de hecho el médico lo encuentra en su práctica diaria, aunque desconocemos la importancia nacional e internacional del problema. Este tema, más que formar parte del marco teórico para comprender el "susto" es importante en términos de mejorar la atención médica y el diagnóstico precoz en todos los estratos de la población.

#### 8. Dialéctica entre explicación y solución.

¿Qué es más importante para el ser humano, explicarse un problema, o solucionarlo? ¿y para la medicina científica que es más importante? ¿y para las medicinas paralelas? En cada uno de esos campos se establece una dialéctica entre explicación y solución. La lógica señala que si un problema es entendido y comprendido en sus causas y dinámica es más fácil encontrarle solución. Sin embargo, en medicina no ocurre siempre así: hace años, en nuestra práctica de estudiante se presentó una pareja con su hijo de 3 años, enfermo de anemia, parásitos, desnutrición. La solución inmediata sería corregir la anemia, mejorar su estado nutricional, desparasitarlo, y devolverlo a los padres... para que a los pocos meses volviera con el mismo cuadro. Influido por el pensamiento "científico" quise dar una explicación más completa: el niño estaba así porque no se le alimentaba con suficiente proteína de origen animal, deberían alimentarlo siempre, y no sólo temporalmente, para que no cayera en anemia y fuera pasto de los parásitos.

Era una explicación más completa, sí, pero los padres eran intensamente pobres, su situación les impedía alimentar al niño y ellos mismos estaban desnutridos. Comprendieron la explicación pero no sirvió para solucionar el problema sino para aumentarlo: ahora los padres tenían más conciencia de su situación y al sufrimiento por el hijo enfermo les añadió la angustia de saber que no había solución. Tarde o temprano seguirían el camino de tantas parejas pobres que tienen más hijos en el cementerio que en su casa. En el medio rural ¿qué es más útil para un enfermo, que el médico le diagnostique desnutrición, parasitismo intestinal y un estado depresivo, o que el curandero le diagnostique "susto"? La respuesta no está en la calidad científica del diagnóstico sino en la consecuencia que éste tiene en el rol de enfermo que tendrá que asumir el paciente. El parasitismo intestinal y la desnutrición son tratables por el médico, la segunda con más dificultad, pero tratable. ¿Y el estado depresivo? ¿Cómo maneja el paciente su relación con los demás en función de ese diagnóstico? ¿Comprende el médico el conflicto existencial del paciente, la dinámica de su depresión, la necesidad de justificar su permanencia en casa, no trabajar, transitar por los laberintos de su interior hasta recuperar su autoestima? ¿Es la depresión un rol conocido y aceptado por la población rural? ¿Lo es por el mismo médico?

#### 9. El cambio de roles y de "obras" en relación a la enfermedad.

Este tema tiene gran importancia en cualquier cultura y como ha señalado Uzzell (1974) una de las incógnitas a resolver es la dinámica a través de la cual el paciente llega a asumir el rol de "asustado" para luego vivirlo en la realidad. Nuestra hipó-

tesis es que el rol de asustado tiene carta de naturaleza secular -si no milenaria- y la población sabe, comprende y acepta lo que es el "susto". Uzzell emplea el similitud de Hamlet como un rol que todo el mundo conoce por la tragedia Shakespeariana; - todo el mundo que va al teatro a ver la obra sabe qué va a pasar y qué va a hacer el actor que lo interpreta. De la misma manera, pensamos, la gente sabe qué va a pasar y qué va a hacer el enfermo al que se le diagnosticó "susto". Cómo el actor represente el rol de Hamlet o cómo el paciente represente el rol de "asustado" es otra cuestión, interesante a nivel individual y relacionado con lo que Rubel en su marco teórico señala como características de la salud individual. El problema para el paciente en aceptar roles nuevos como el que implica la depresión, es entre otras cosas que no es un rol conocido por la población, por su familia, amigos y vecinos. El mismo no sabe en que consiste ese rol, cómo debe comportarse y qué se espera de él. El médico tendría que ser muy preciso, explicativo hasta el último detalle en cuanto a la conducta del paciente en lo relativo a su relación con los demás, y aún así no sería suficiente. Tendría que tener el médico un gran prestigio, gran ascendiente en la población para que ésta aceptara y comprendiera el nuevo rol. Es el riesgo que corren los directores de obras nuevas, con actores nuevos: el público no conoce los roles, no conoce a los actores, y el director nuevo no tiene aún el prestigio para lograr la aceptación y tal vez ni siquiera la benevolencia inicial del público.

En cambio el diagnóstico de "susto" no plantea ese problema; a lo sumo plantea la aventura del paciente -del actor- de ser -- aplaudido o rechazado por la forma como desempeña el papel; y el curandero, el médico paralelo, el director de la obra, tiene el terreno abonado para la aceptación, tanto del actor principal -el "asustado"- como del público. Es una obra que se ha

representado por siglos y se continuará representando mientras no sea sustituible, con ventajas, por otra obra mejor concebida y más acorde con la realidad local.

Estos aspectos del marco teórico respecto al "susto" son aplicables a los problemas de salud urbanos relacionados con nuevas enfermedades, con roles difíciles -como el de moribundo- y con patología psicoemocional y psiquiátrica. Es fácil el rol de "agripado" de "fracturado de una pierna" de "parturienta" y es fácil desempeñar esos roles ante sociedades que conocen la obra. Más difíciles el rol de enfermo de una afección terminal, y el de familiar de pacientes decerebrados. También es difícil el rol de "enfermo de angustia" el de "enfermo de depresión" que son parte de obras nuevas ya que antes no pasaban de roles aislados no legitimados por las autoridades (incluyendo la medicina) y no aceptados por la población. Por último, y como muestra de la dificultad que el cambio de roles -y de obras- representa para una sociedad, es reciente el paso del alcohólico como rol negativo, de vicioso, al rol aceptable de enfermo. Otro tanto ocurre con la farmacodependencia: La obra se está trasladando de la penitenciaría al hospital, con la consiguiente dificultad para todos los actores, el central que de malo pasa a víctima, el de los familiares que de víctimas pasan a copartícipes en el tratamiento (habiendo pasado por el rol de culpables), el de las autoridades que de persecutoras pasan a observadoras y colaboradoras preventivas, el del personal de salud, y el público enterándose del cambio. ¿Sin la tecnología ni los medios de comunicación masiva de la sociedad urbana, cómo puede cambiar -en cuánto tiempo?- la sociedad rural la obra completa del "susto"? Ni en ésta ni en ninguna otra enfermedad -- hay que pensar en el cambio de "un" rol, el del paciente; hay que pensar en el cambio de roles de todos los participantes: familia, terapeuta, vecinos, autoridades, compañeros de trabajo, que tienen que saber cual es su nuevo papel en la obra. Y

si la obra completa es nueva -una nueva enfermedad- será preciso darle tiempo a todos para adaptarse al cambio. Esto se aplica no solo a nuestro marco teórico sobre el "susto", es importante para el médico en ejercicio individual de su profesión, y lo es -con mayor trascendencia- en los programas aplicativos de salud para y con la población.

#### 10. La importancia de "lo que no hay".

Antes de abordar la enfermedad concreta, la orgánica, la psico emocional y la psiquiátrica, y ubicar a cada una dentro de - - nuestro marco teórico, deseamos enfatizar un aspecto que a nuestro juicio ayuda a explicar no solo la existencia del "susto" sino que permite elaborar hipótesis sobre el tipo de enfermedades que presentarán los enfermos asustados.

"Lo que no hay" tiene importancia -aunque muchas veces no se le dé- en investigación científica y en general en toda investigación. Sherlock Holmes -es sagaz investigador policiaco - - creado por la imaginación de Sir Arthur Conan Doyle- fue llamado para colaborar en un caso misterioso donde la policía había fracasado: el asesinato dentro de su casa, de un acaudalado -- hombre que por años se había sentido -y había estado- protegido por altas paredes, sistemas de alarma, y más que todo por - sus feroces perros guardianes. Nadie se explicaba como había - logrado entrar el asesino y burlando al hasta entonces eficaz sistema protector; los vecinos no habían notado nada anormal, ni siquiera el ladrido de los perros. Ese detalle, "lo que no hay" llevó a Holmes a sospechar y luego confirmar que era un - familiar de la víctima quien había cometido el crimen. Solo un familiar bien conocido por los perros podría haber producido - la pista -la ausencia de sus ladridos- que llevó a su descubrimiento.

Dentro del marco teórico que se propone, "lo que no hay" se -- refiere a varios aspectos. Hemos señalado que "mientras no ha ya" explicaciones y soluciones más satisfactorias para la población que las que ofrece el "susto", éste seguirá existiendo como teoría y como marco de referencia para la acción ante determinadas circunstancias. Como teoría, porque ofrece una explicación equilibrada donde los participantes -paciente, terapeuta, familia, población- encuentran relativa tranquilidad -- al "saber" de qué se trata el problema. Sabido es que el hombre -y los pueblos- prefieren una explicación cualquiera, mejor si es plausible, a la duda. El médico de la sociedad occidental - puede permitirse el lujo -a veces- de decirle al paciente: "no sé qué tiene usted, no tengo diagnóstico" pero inmediatamente debe añadir que sí sabe que hacer, ya sea estudios para llegar al diagnóstico, medicación sintomática, pruebas terapéuticas, etcétera, ya que si al "no tengo diagnóstico" añadiera "no sé qué hacer" estaría firmando su renuncia al caso ya que el paciente buscaría a otro médico de inmediato. En este sentido el "susto" es, además de una teoría, un marco de referencia para la acción y ya señalamos el símil con la obra de teatro en que todos los participantes conocen el papel que les corresponde - desempeñar. "Lo que no hay" es otro elemento de referencia para la acción; sabemos que la población discrimina con inteligencia las acciones que pueden ser dirigidas por el médico: reducir una fractura y enyesarla, dar medicamentos contra los parásitos, poner inyecciones (u ordenar a la enfermera que las ponga) atender partos complicados y realizar operaciones, pero no sabe dirigir las acciones en función del "susto" o de un -- marco de referencia sustituto, el cual hasta ahora no ha sido construido por la medicina. Ese vacío de orientación es lo que no hay, a nivel general, porque no dudamos que a nivel local - han de existir médicos sagaces que han ofrecido a sus pacientes y a la población, marcos de referencia más satisfactorios que el "susto". Ese tema resultaría seguramente muy interesan-

te de investigar, incluyendo el aspecto de si esos nuevos marcos son los que el médico ha llevado del pensamiento urbano -el médico y otros profesionales son habitualmente agentes de aculturación, lo que incluye el tema que estamos abordando- o si -representan innovaciones sincréticas de pensamientos distintos, o en fin, si hay aportes originales susceptibles de ser aplicados en gran escala.

#### 11. La enfermedad orgánica en el "susto".

Dentro del marco teórico que proponemos la enfermedad orgánica es posible en el enfermo de "susto". Sin embargo creemos muy -poco probable que se encuentra "una" enfermedad específica, ya sea tuberculosis, parasitismo intestinal, cáncer del estómago o cualquier otra, formando parte siempre de la patología del -paciente asustado. Esto no quiere decir que no se encuentre --tuberculosis en los pacientes de "susto"; es más, Rubel (1964)-refiere cómo a principios de siglo, médicos que trataron enfermos en el Valle de San Joaquín encontraron tanta tuberculosis en enfermos de "susto" que creyeron era el substrato orgánico de la enfermedad, e identificaron ambas categorías. Ysunza - - (1976) identificó al "susto" con el parasitismo intestinal y -Bolton (1981) con la hipoglicemia. Ambos encontraron la patología orgánica correspondiente, pero eso no significa que todos los enfermos de "susto" tengan tuberculosis, parasitismo -intestinal e hipoglicemia. Es importante "éso que hay", éso --que se ha encontrado. Pero más importante es lo que no se ha -encontrado: un diagnóstico sistemático de "una" patología orgánica en todos o por lo menos en una proporción significativa--mente elevada de los pacientes con "susto". No nos referimos a investigaciones programadas sino a la relación que por años se ha dado entre pacientes de "susto" y médicos. Esta relación ha existido en miles de localidades de diversos países y han trans

currido decenios -siglos tal vez- en que los médicos se han -- preguntado qué tienen esos enfermos sin encontrar una misma enfermedad orgánica en todos los casos. Si los médicos hubieran encontrado "esa" enfermedad orgánica ya se sabría; el hallazgo habría sido tan interesante que habría reportes en Congresos y en los medios de difusión científica y no científica. Pero eso "que no hay" nos hace deducir algo importante como hipótesis y como elemento del marco teórico: no encontraremos un germen específico -un Bacillus sustoe- ni un órgano o sistema siempre afectados (no podrá decirse por ejemplo; en todo paciente de "susto" hay que centrarse en el tratamiento del hígado porque siempre y en todos los casos está afectado). Eso no significa que el enfermo de "susto" no padezca enfermedades orgánicas, seguramente las padece, y el que la población considere al "susto" potencialmente mortal hace pensar en que las enfermedades orgánicas participan en forma importante en los desenlaces fatales. El grado en que éso es cierto, o sea qué tan grave es el "susto", está por determinarse y es uno de los objetivos de la investigación.

Otro elemento importante en la conceptualización de la enfermedad orgánica es el instrumental con que el médico cuenta para realizar diagnósticos de certeza. Ese instrumental depende por una parte del pensamiento dominante en la sociedad, y por otra del desarrollo tecnológico integral que esa sociedad ha alcanzado. En las sociedades donde domina el pensamiento mágico-religioso existe escaso interés e incluso prohibiciones específicas -morales o legales- para explorar la materia en búsqueda de agentes causales de enfermedad; la exploración y disección en cadáveres fué prohibida en la Europa medieval, y es más que probable que cualquier curandero del medio rural que empezara a abrir cadáveres en búsqueda de las causas que provocaron la muerte, tendría pronto serios conflictos con la población y --

con la ley. Por otra parte, ¿con qué instrumentos lo haría? el desarrollo tecnológico en el medio rural le permitiría usar cuchillos, machete, una sierra para abrir el cráneo, y tal vez - alguna lupa comprada en la ciudad - como todo lo demás- para observar mejor los tejidos. Pero incluso si conoce las teorías - occidentales sobre los microbios y sobre la transformación maligna de las células y los tejidos, ¿cómo puede comprobar por - él mismo su existencia? un microscopio en el medio rural? me-- dios de cultivo? frecuentemente ni los médicos en práctica privada, ni los servicios gubernamentales de salud, cuentan con - esa tecnología, y si cuentan con el instrumental carecen de -- los reactivos y/o de la actitud de búsqueda de pruebas objeti- vas propia del pensamiento científico en que fueron formados, resultando una aculturación a la inversa: el medio local se impone y el personal de salud termina por elaborar diagnósticos de presunción sin decaer -o sin poder- elaborarlos de certeza. "Lo que no hay" en el medio rural en este aspecto es un pensamiento y una actitud científica, y el instrumental que esa ac- titud crea y del cual a su vez, se nutre. En esa situación, -- cualquier problema de salud que no pueda explorarse más allá - de lo elemental -y lo elemental, como en el caso de la toma -- del pulso, puede volverse muy importante- tiene que ser atri- buido a causas sobrenaturales; de lo contrario el curandero -- tendría que referir a la gran mayoría de sus pacientes a cen- tros urbanos donde se les pudiera explorar más profundamente -- dentro del pensamiento científico, teniendo que renunciar a su papel de terapeuta dentro de la población. Esa renuncia no es factible dado que la misma población no siempre está dispuesta a viajar y presiona al curandero a hacer algo localmente. Y - lo hace, en la medida de sus posibilidades, de la misma manera que lo ha hecho y lo seguirá haciendo el médico requerido de - servicio por la población.

No puede menos que pensarse en la actitud que los servicios -- de salud han mantenido en la mayoría de países frente a esta - situación: se ha construido edificios, se les ha asignado per-  
sonal, se les equipa para dar atención, y en muchas ocasiones se les equipa también con instrumental para diagnóstico. Pero no se realiza una actividad educativa para la población -y pa-  
ra el mismo personal- tendiente a la aplicación del pensamien- to científico, a la utilización sistemática de la tecnología - para el diagnóstico objetivo, y la diferencia entre tipos de - pensamiento, (entre personal de salud y población) y por tanto de actitudes y conductas ante la enfermedad y ante los demás - fenómenos existenciales, permanece. Creemos que esta es una de las causas de que después de las memorables inauguraciones de servicios de salud en localidades rurales, paulatinamente va--  
yan quedando vacíos pues la población deja de asistir. Se con- vierten en cascarones de un embrión de comunicación intercultu-  
ral, muerto antes de llegar a ser localmente viable.

Los elementos anteriores respecto a "lo que no hay" en el me-- dio rural apuntan dentro de este marco teórico, no solo a fun-  
damentar la hipótesis de que no encontraremos "una" enfermedad orgánica específica en los enfermos asustados, sino también se ñalan lo que puede ocurrir en el futuro en función de "lo que si habrá" o de lo que es necesario que haya para que la concep-  
ción del "susto" sea sustituida por los esquemas, los diagnósti- cos y las conductas terapéuticas del pensamiento científico. - Pero ésto -nuevamente- es materia de posible programas de sa--  
lud y/o de la futurología del desarrollo.

12. Los problemas psicoemocionales y la enfermedad psiquiátrica en el "susto".

Dentro del marco teórico que proponemos, los problemas psicoemocionales son una condición casi obligada entre los enfermos de "susto". Y decimos "casi" porque no debe perderse de vista que se trata de una situación intercultural donde la calificación de problema es difícil de establecer. En teoría es fácil señalar que es el paciente quien debe indicar si un determinado síntoma es o no problema para él, pero en medicina lo habitual es que el médico realice el diagnóstico de si hay o no enfermedad. Por otra parte, el que una persona acuda a la explicación sobrenatural sobre su enfermedad significa que no ha encontrado solución con los recursos materiales de que dispone; dentro de nuestra cultura tal situación significa seguramente angustia y parte de la población la resuelve -o alivia- acudiendo a los templos a solicitar la ayuda de Dios y de los santos. Pero es un terreno resbaladizo y podríamos pensar en enfermos de "susto" que sin sufrir de angustia ni de otro problema psicoemocional, reciban tranquilamente el diagnóstico (o se lo hagan ellos mismos) esperando -dentro de esa tranquilidad- los resultados del o los tratamientos que los especialistas le practiquen. Solo una investigación cuidadosa puede despejar esta incógnita: ¿qué proporción de enfermos de "susto" sufre de problemas psicoemocionales? y luego: ¿esa proporción es significativamente superior a la de los enfermos que no sufren de "susto"?

Enfermedad psiquiátrica. En qué momento un problema psicoemocional se transforma en enfermedad psiquiátrica? Sabemos que se puede sufrir de la depresión como un síntoma, pero también puede ser una enfermedad. ¿Cuál es la frontera entre ambas? y cómo definir y detectar estos problemas en una investigación de campo donde se utilizarían los recursos habituales de un médico rural?

Partiendo de una conceptualización simple podríamos decir que los problemas del individuo consigo mismo lleva a la psiconeurosis; los problemas del individuo con el medio externo llevan a la neurosis, y que el rompimiento con ese medio al grado de crear otro mundo en la fantasía y vivir como si éste fuera el real -la pérdida de contacto con la realidad- constituye la psicosis o sea la locura. El problema se complica en investigación intercultural pues las realidades conceptuales respecto al mundo son diferentes entre investigador e investigado. En el caso que nos ocupa podríamos ir al extremo y decir que puesto que la gente que cree en el "susto" cree en una realidad --inexistente --espíritus, alma capturada por ellos, conversación del curandero con el alma, retorno de ésta al cuerpo y curación- esa gente está loca. Se puede argumentar que esas personas continúan teniendo contacto con la realidad, trabajan, se relacionan con los demás, están orientados en espacio y en tiempo, etc. y que por tanto no están psicóticas.. Ese doble mundo, realidad y fantasía (para nosotros) ¿hace más factible la locura, o es una válvula de seguridad contra ella? Creer en el "susto" y la cosmovisión dentro de la que se integra, ¿facilita que el hombre, en el momento en que encuentra intolerable el mundo real lo abandone y se sumerja en el mundo de la fantasía? en tal caso habría más psicóticos en las regiones donde hay "susto". O por el contrario ¿ese mundo de fantasía permite al individuo alejarse temporalmente de la realidad, descansar, recuperar fuerzas y volver a enfrentarse al mundo en mejores condiciones? De ser así, habría menos locura en las regiones con "susto" que en aquéllas donde la realidad solo se puede --abandonar por la locura o por la muerte.

Dentro del marco teórico propuesto consideramos que los problemas psicoemocionales -angustia, depresión, crisis de ira, trastornos del sueño, conducta desviada sin llegar a sociopatía, etc.- son más frecuentes entre los enfermos con "susto" que en

los demás enfermos; pero en lo relativo a enfermedad psiquiátrica no nos atrevimos a hacer pronóstico. Lo que puede ocurrir, a nuestro juicio, es que la diferencia cultural y conceptual entre médico y paciente influya en que éste haga más o menos diagnósticos de patología psiquiátrica: a mayor diferencia cultural entre médico y paciente mayor patología psiquiátrica diagnosticaría el primero en el segundo. Lo cual, naturalmente, no significa que esos grupos sufran en realidad de más enfermedad mental. La pérdida de contacto con la realidad debe referirse -en cuanto a diagnóstico de psicosis- a la realidad de la sociedad del paciente y no a la realidad del médico.

En cuanto a la medición de cada área, es fácil para un médico general, e incluso para cualquier persona, formarse una idea de los problemas psicoemocionales de un sujeto, especialmente si éste los refiere espontáneamente. Registrar las quejas por ansiedad, angustia, tristeza, etcétera es un procedimiento relativamente simple. En cambio realizar diagnósticos de patología psiquiátrica -o de salud mental- es un proceso más complejo, difícil incluso para el médico general habitualmente formado para tratar con la enfermedad orgánica pero insuficientemente preparado en cuanto a enfermedad mental. En el proceso de la investigación, para determinar si había o no diferencias entre enfermos con y sin "susto" se siguió un diferente procedimiento para cada área: uno para registrar los problemas psicoemocionales y otro para evaluar enfermedad mental; estos procedimientos pueden ser aplicados por el médico promedio o sea que la investigación es fácilmente replicable.

### 13. Gravedad y Severidad.

Están los enfermos de "susto" más graves en general que los -- enfermos no asustados? Es el "susto" una curiosidad folklórica interesante pero en realidad no afecta gravemente al enfermo, ni orgánica ni psicológicamente?. La posición de la medicina y de la psicología científicas apunta hacia lo segundo ya que el "susto" no figura ni entre los textos ni entre las materias -- que se imparten en la formación de médicos y psicólogos. Lo -- contrario ocurriría si una o ambas disciplinas consideraran -- que el "susto" es un problema de salud. Las investigaciones han mostrado que la población, e incluso las autoridades civiles, en el medio rural especialmente, conceden al "susto" importancia como causa de muerte, es decir lo consideran una condición -o enfermedad- potencialmente grave; el problema es cómo con-- firmar o rechazar objetivamente esa creencia popular, por ejem-- plo mediante el estudio comparado entre dos grupos de pacien-- tes, unos con y otros sin "susto" y/o mediante el seguimiento de estos grupos para determinar en cual de los dos muere una -proporción mayor de enfermos. Esto último, en condiciones habi-- tuales, iría contra la ética médica por cuanto habría que de-- jar sin tratamiento a los enfermos para observar su evolución espontánea, ya que tratarlos introduciría una variable que po-- dría modificar el estudio, el cual terminaría midiendo no solo la gravedad sino también la efectividad de los procedimientos terapéuticos.

Conceptualmente, definimos Gravedad como "el grado en que un - enfermo está cerca de la muerte" (hay personas, como los hom-- bres en batalla, que sin estar enfermas ni graves, están cerca de la muerte). El problema para medir ese concepto en un caso o en un grupo de enfermos es que la tecnología médica no ha -- llegado a fabricar un "gravímetro" y la gravedad, hasta ahora, depende del juicio del médico. Se cuenta con mucho más elemen

tos que en el pasado: laboratorio, rayos X, etcétera pero en definitiva todos esos elementos son analizados dentro del cerebro del médico y la "gravimetría" termina por ser un proceso subjetivo. No es como la termometría, en la que independientemente del juicio médico se cuenta con un aparato que objetivamente señala la temperatura del paciente sin importar si dicho aparato fue aplicado por un científico o por un lego.

En cuanto a esta investigación, una de las metas fué desarrollar criterios, procedimientos, y si posible instrumentos, para determinar con la mayor objetividad si los enfermos con "susto" estaban o no más cerca de la muerte - más, igual, o menos graves- que los enfermos sin "susto" (véase el siguiente capítulo: Metodología).

Severidad. Entendemos por Severidad "el grado en que un enfermo está limitado para realizar sus ocupaciones habituales". -- Dentro del marco teórico que se propuso es importante diferenciar gravedad de severidad. Hay personas que están gravemente enfermas, un tumor maligno en el pulmón, por ejemplo, y sin embargo continúan trabajando con muy escasas molestias y limitaciones. Y hay otras, con un estado gripal intenso, por ejemplo que se encuentran severamente enfermas, incapacitadas para movilizarse y para trabajar, y sin embargo no están graves. Esta diferencia tiene amplia repercusión en la relación médico-paciente, ya que en general el primero se ocupa más de la gravedad y el enfermo se duele más de la severidad, confundiéndola muchas veces con la gravedad.

En cuanto a la investigación, nos encontramos con la misma limitación que para medir gravedad: tampoco existe dentro de la medicina ni dentro de la psicología un "severímetro", un instrumento que mida el grado de incapacidad de un paciente. -- Generalmente este grado de incapacidad es determinado después de la interacción paciente-médico, interacción donde juega --

papel importante la confianza que el médico tiene en el paciente, es decir la credibilidad que tiene para él. Esto es necesario dadas nuestras carencias tecnológicas que nos impiden contar -por ahora- con dolorímetro, angustiómetro, y muchos otros instrumentos para medir procesos y condiciones que indudablemente existen pero que no son objetivables.

También, en la misma forma que para la gravedad, la severidad plantea un reto de medición al que nos tenemos que enfrentar de alguna manera. El cómo lo hicimos se describe en la Metodología de esta investigación.

#### 14. "Stress" y "susto".

Dentro del marco teórico propuesto hay bastantes puntos en común entre la concepción del "stress" y la forma como conceptualizamos al "susto". La concepción del "stress" ha evolucionado, desde los primeros reportes de Selye (1956) sobre los efectos de agentes físicos (stressores o stressantes) en el organismo vivo, las fases del Síndrome General de Adaptación que éste desarrolla para enfrentarse -con o sin éxito- a los agentes agresores, hasta la demostración de la importancia de los agentes psicológicos y psicológico-sociales como agentes tan efectivos como los físicos para desencadenar el "stress". (Véanse por ej. Lazarus 1966, Levi 1971, Elliot y Eisdorfer 1981). La estrecha relación entre los procesos físicos, psicológicos y -

sociales se ha demostrado en este campo, incluso con intentos de medir -en términos de unidades- la importancia de cada evento social como generador de "stress" en el individuo (Holmes y Masuda 1974). El evento social más stressante que los autores encontraron fue la muerte del cónyuge, al que asignaron 100 -- puntos; luego el divorcio, el cambio de trabajo y hasta la toma de vacaciones generaron puntos stressantes. Quien acumula 350 puntos o más, está en alto riesgo de enfermar orgánicamente. - Desde otro ángulo, algunos investigadores se han ocupado más - del aspecto aplicativo, tratando de encontrar mecanismos para lograr, a través de la modificación de las condiciones sociales, una reducción del "stress" en el sujeto. Como es de suponer, estas metas son más fáciles de alcanzar en áreas cerradas como los centros de trabajo (Cooper 1981, Cooper y Davidson -- 1981) que en sociedades abiertas donde la modificación sustancial del "stress" en el individuo depende de modificaciones en el ambiente físico y en la estructura y dinámica sociales.

Habiendo sido demostrado que tanto los agentes físicos como -- los psicológicos y los sociales, pueden desencadenar reacciones inespecíficas (las mismas aunque el agente cambie) en el - individuo, resulta interesante pensar cuándo esas reacciones - son adecuadas y cuándo son patológicas. Reacciones adecuadas - son aquellas que permiten al individuo enfrentar y superar la agresión, recuperando el equilibrio -la homeostasis- de que go

zaba antes de que la agresión se presentara; es el "eustress". Reacciones inadecuadas son las que resultan insuficientes para resolver el problema "distress por defecto" como es el caso de individuos con defensas orgánicas y psicoemocionales bajas y - que son aplastados por una infección, por una situación con- - flictiva en el hogar, en el trabajo, en la sociedad; y también son inadecuadas las reacciones exageradas "distress por exce-- so" cuando la enfermedad es más el producto de la respuesta -- del individuo al agente agresor, que al agresor mismo. Este es el caso de pacientes con hipertensión arterial, úlcera péptica, asma, reacciones anafilácticas, etc, en quienes la respuesta -- es mayor de lo necesario llegando a producirse el daño interno. Este grupo de pacientes y este tipo de reacciones son las que habitualmente se engloban dentro del concepto de "stress" lo - cual ha conducido al error de considerar que todo "stress" es dañino, cuando en realidad el eustress es lo que ha permitido la supervivencia del ser humano y de las demás especies: la -- respuesta adecuada ante los estímulos, la adaptación al medio. Lo dañino es la respuesta inadecuada, sea por defecto o por ex- ceso. Dentro de este orden de ideas es factible pensar en una instancia más: el "Prostress" que constituye una actitud no so- lo de prevención de problemas sino de preparación activa, posi- tiva, del individuo para ejercitarse en el enfrentamiento de - situaciones nuevas, de toda naturaleza. El no esperar a que -- esas situaciones se presenten espontáneamente, el "montarlas - teatralmente" para que el sujeto practique roles cada vez más difíciles, el conceptualizar al "stress" como un recurso y no como una amenaza, ofrece a nuestro juicio un recurso excelente de preparación para una mejor salud individual y colectiva (Co- llado et.al. 1984 b.).

Consideramos que algo muy similar a lo descrito con el "stress" ocurre en el "susto": el agente puede ser físico, psicológico, o social, o una combinación de dos de ellos o los tres. Si la reacción a la agresión es adecuada, hay una "eurespuesta" no se presenta el "susto". En cambio si la reacción es inadecuada ya sea por defecto o por exceso, y el paciente no encuentra solución dentro de los recursos a su alcance, se presenta el "susto". Hasta hace poco tiempo la medicina no aceptaba a la entidad "stress" y aún falta tiempo para que se aplique generalizadamente la diferenciación de ese estado con los de "distress" que son los patológicos. Sin embargo, cada vez más se va aceptando que el individuo sometido a "excesivo stress" debe ser separado de sus ocupaciones habituales, descansar y seguir si es necesario una terapéutica adicional dirigida por el médico. La población -y los dirigentes- entienden cada vez mejor que no es conveniente esperar a que esa persona llegue a sufrir una crisis hipertensiva, o la perforación de una úlcera, sino que es preferible prevenir y darle toda la importancia que tiene el "stress" excesivo. Aún falta mucho para su plena aceptación social, pero el rol del "stressado" el rol del médico, el rol del patrón, los roles de familiares y amigos, en relación al "stress" están conformando una nueva "obra" que empieza a representarse con éxito en algunos países, en algunos sectores sociales y en algunos sectores laborales.

En el "susto" ocurre algo similar con la diferencia de que la obra no es nueva; se ha representado por muchos años y si se continúa representando es porque ha tenido éxito. Al igual que ahora con el "stress", en el "susto" hay indicación de reposo, de alejamiento de las ocupaciones habituales, y de tratamientos adicionales -incluso con médico- si el terapeuta que dirige el tratamiento (y la obra) así lo indica. Tal vez algún día la obra "susto" sea sustituida por la obra "stress". Lo inverso es menos probable dado que la cultura indígena no cuenta con

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

la fuerza y los recursos -ni con el interés probablemente- de imponerse a la cultura occidental; sin embargo el enfrentamiento, y a veces la solución al problema del hombre agobiado por los agresores físicos, psicológicos y sociales, la encontró la cultura indígena bastante antes que Selye abriera el camino para una nueva conceptualización del mismo problema dentro de la medicina científica.

Causas sociales de "stress" y de "susto".

Mencionamos anteriormente que Holmes y Masuda otorgaron 100 -- puntos generadores de "stress" a la muerte del cónyuge. No indican cuántos asignan a la muerte de un hijo, pero seguramente esta pérdida produce también un número elevado de puntos, en especial si es el hijo más valioso. Esta última situación se produjo precisamente en un caso de "susto" (Rubel, O'Neill, Collado, 1984, pp. 37 y sigs.) en un hombre de 57 años que perdió a su "mejor" hijo en un enfrentamiento bélico con una población vecina, teniendo después problemas a causa de su otro hijo, alcohólico. A pesar de tratamientos médicos y de curandero, el paciente murió sin que se lograra precisar la causa. -- Las pérdidas afectivas importantes son seguramente causas sociales de "stress" en todas las culturas, como creemos que también lo son otras causas sociales de "susto". Diremos entonces que todos los conflictos que la estructura y la dinámica sociales plantean al sujeto, y que éste no puede resolver, se convierten en causas -contribuyentes o suficientes- de "susto" en algunas culturas y de "stress" en otras.

En 1964, Rubel formuló varias hipótesis sobre la asociación entre el "susto" y la sensación del individuo de fallar en el cumplimiento de su rol social. Una de esas hipótesis suponía que dado que los roles de hombre y de mujer variaban dentro de la misma cultura, el padecer "susto" estaría vinculado a la falla específica en esos roles diferenciados. Esa hipótesis fue confirmada cuatro años más tarde por O'Neil y Selby (1968). Siguiendo esa línea, O'Neil y Rubel desarrollaron una Escala de Stress Social (1980) que se adaptó para su aplicación en la investigación interdisciplinaria mencionada (Rubel, O'Neil, Colado 1984) y cuyos resultados se analizan en este reporte. Para más detalles sobre la Escala de Stress Social, (véase el capítulo de Metodología).

#### 15. La variación individual.

Dos personas expuestas al mismo riesgo -una pareja que cae al río y ambos salvan la vida, por ejemplo- pueden seguir un curso diferente: una enferma de "susto" y la otra nó. ¿Por qué? La explicación de los curanderos es sencilla: "porque cuando uno está fuerte, el alma no se sale del cuerpo" y en el concepto de fortaleza se incluye tanto la física como la emocional. Es la misma incógnita que se plantea cuando de dos personas que se exponen al riesgo de adquirir sarampión, solo una enferma. La respuesta, a pesar de ser más científica, viene a ser la misma: quien no enfermó de sarampión tenía defensas generales y defensas específicas contra el virus.

Dentro del marco teórico que se propone, el "susto" puede ser resultado de la acción conjunta de tres tipos de agentes de enfermedad: orgánicos, psicoemocionales y sociales. El individuo que goza de salud orgánica, que además está fuerte emocionalmente y que su interacción con la sociedad y con el medio es equi

librada y satisfactoria, está en mucho menor riesgo de padecer de "susto" que quien se encuentra en deficientes condiciones - en una, en dos o en las tres áreas. El riesgo es tanto mayor -- cuanto más marcada sea la debilidad en cada área y entre mayor número de áreas estén comprometidas. Como es muy difícil que - dos personas se encuentren en el mismo nivel de salud -o de for-  
 taleza- combinando las tres áreas orgánica, psicoemocional y - social, la susceptibilidad al "susto" es variable de una perso-  
 na a otra, así como dentro de la misma persona varía no solo - en el curso de su vida, sino incluso en un mismo día, según -- las circunstancias.

#### 16. El evento súbito: el susto.

Los investigadores señalan consistentemente la presencia de -- una impresión súbita, amenazante, como punto de partida para - la presentación del "susto". Ese evento súbito y amenazante es el susto (sin comillas) conocido en la cultura occidental como un evento relativamente frecuente en la vida cotidiana y que - no deja secuelas. En cambio, dentro de la conceptualización que estudiamos el susto es un evento importante por cuanto puede desen-  
 cadear el "susto"; dicho en otros términos, la impresión brus-  
 ca y amenazante -el susto- puede provocar, siempre que el indi-  
 viduo esté débil, que el alma salga del cuerpo y que perdida - esta esencia, este principio de energía y de vida, el sujeto - enferme con todo el cortejo que el "susto" implica.

A nuestro juicio, el evento súbito y amenazante (el susto) pue-  
 de realmente ser inicial y ser suficiente para que se presente el "susto" en una persona que hasta ese momento había estado - sana. El caso relatado de don Rogelio es una muestra. Sin em--  
 bargo, pensamos que en la mayoría de los casos el proceso que desemboca en el "susto" es prolongado, se va gestando el debi

litamiento en las áreas antes mencionadas -orgánica, psicoemocional y social- y que en esas condiciones solo falta el pretexto, el asidero lógico para que la enfermedad se presente -- plenamente. Ese pretexto es la impresión súbita, el susto, sin que importe mucho (salvo para fines terapéuticos cuando hay -- que ir a buscar al alma a un sitio determinado) cómo, dónde y cuándo ocurrió. Para fines prácticos sirve la concepción uni--causal: el susto permitió la salida del alma y se presentó el "susto", por tanto hay que lograr el retorno del alma para obtener la curación. Pero creemos que en la mayoría de casos de "susto" existe la poli-causalidad; el que una causa sea más -- evidente no elimina a las otras, y el que una causa aparezca -- primero no significa que sea suficiente, se necesitan las -- otras para que el peso conjunto logre romper el equilibrio del individuo con su medio y se presente el "susto".

Esta concepción del susto como elemento del "susto" se asemeja al del "trauma" dentro de la concepción psicoanalítica; rara -- vez es causa suficiente para provocar el problema ulterior pero llena funciones importantes: señala un tipo determinado de problema y a partir de él puede desentrañarse el conjunto de causas y factores que contribuyeron a su formación, tanto antes -- como después del evento indicador, susto o trauma. Por otra -- parte tiene gran utilidad para orientar la terapéutica, ya que no basta olvidar el trauma o recuperar el alma para la cura- -- ción del paciente; hay que atender además a los aspectos que -- giran alrededor del indicador para lograr la recuperación de -- la autoestima, de la salud psicobiológica, y -a veces lo más -- importante y lo más olvidado- del equilibrio y relación gratificante del individuo con la sociedad donde vive.

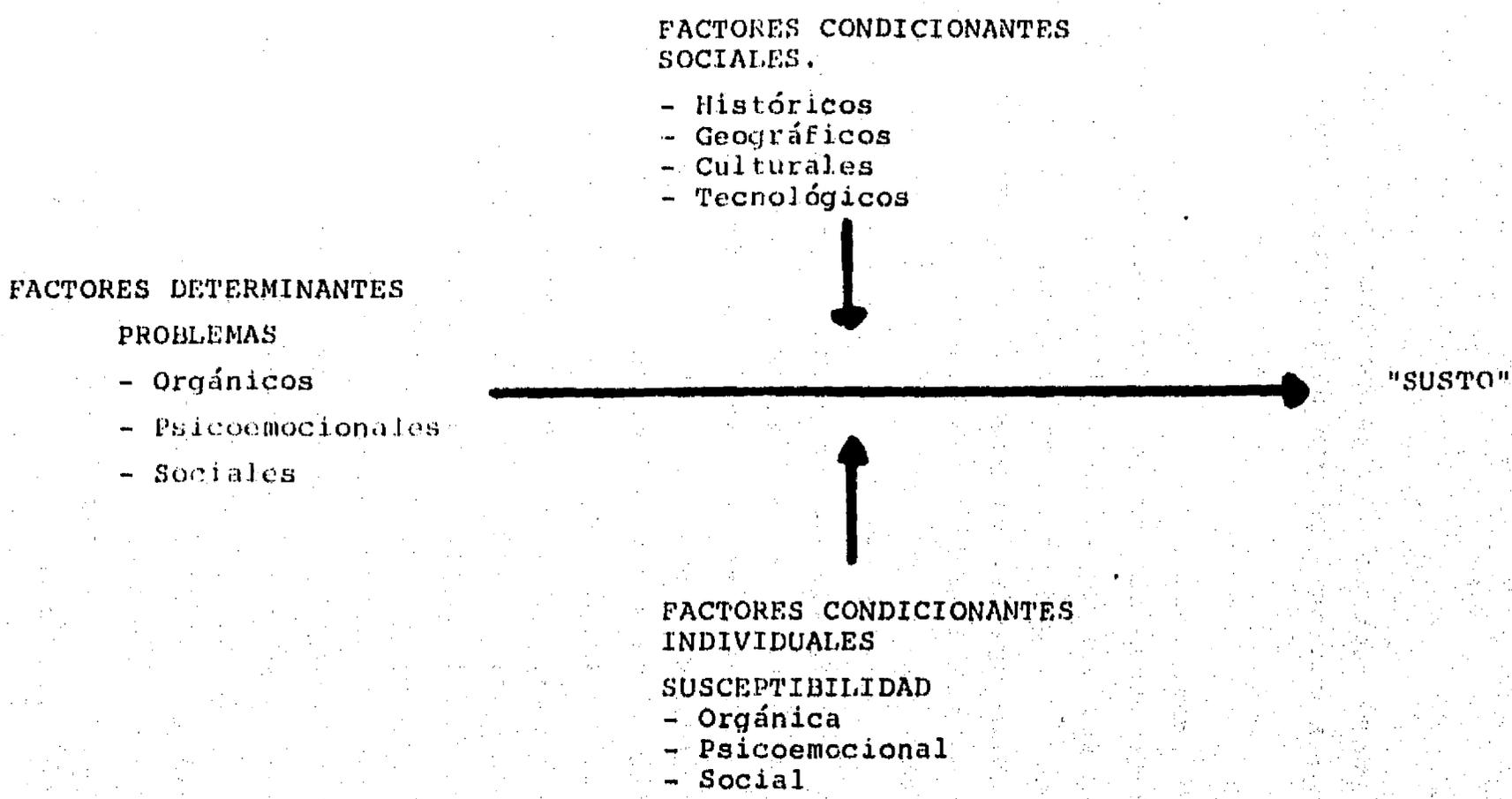
## RESUMEN

En resumen, el marco teórico que proponemos para explicar el "susto" se integra con tres grupos de factores: (véase Diagrama Nº 3).

### 1. Factores determinantes.

Los factores determinantes son los problemas que un sujeto sufre en las tres esferas de su vida: la orgánica, la psicoemocional y la social, y que no logra resolver. Cualquiera de los tres factores puede iniciar el proceso, combinándose o no con los otros dos; el resultado es una alteración en la homeostasis del individuo y si no se recupera pronto, se hace cada vez más evidente el estado de enfermedad. Estos factores determinantes pueden conceptualizarse como causas principales o como variables independientes en la génesis de la enfermedad en cualquier individuo de cualquier sociedad. Son las causas tradicionalmente conocidas como tales en la génesis de la enfermedad, los agentes físicos como gérmenes y parásitos en las enfermedades infecciosas, los agentes psicoemocionales como los hogares conflictivos, y los agentes sociales como el medio insalubre y/o estresante. Dentro del marco teórico del "stress" corresponden respectivamente a los agentes estresantes físicos, psicológicos y sociales, en este último caso el stress social incluyendo el conflicto vinculado al desempeño de roles en cada sociedad. La acción de estos agentes es en muchas ocasiones suficiente para provocar la enfermedad, pero no para que aparezca el "susto". La aparición del "susto" está condicionada a la participación de factores condicionantes de dos tipos: los sociales y los individuales. Estos factores condicionantes equivalen a variables intercurrentes, también necesarias para que el "susto" se produzca.

DIAGRAMA No. 3



## 2. Factores sociales condicionantes.

- Históricos
- Geográficos
- Culturales
- Tecnológicos

Para que una persona que enferma (por los factores determinantes antes citados) enferme de "susto" se requiere que pertenezca a una sociedad cuya cultura incluya en su cosmovisión al "susto" lo cual a su vez depende de la herencia intergeneracional de esa sociedad y de su aislamiento de otras sociedades cuya cultura habría podido contaminar y deformar las creencias heredadas. A esto debe añadirse un cierto nivel de subdesarrollo tecnológico, que determina la imposibilidad de ofrecer al enfermo explicaciones y soluciones más satisfactorias que las que le ofrece el "susto". Este subdesarrollo tecnológico en cuanto a arsenal diagnóstico y terapéutico depende a su vez del grado de desarrollo económico de la sociedad, por una parte, y de la actitud pasiva de esa sociedad hacia la búsqueda de nuevos paradigmas explicativos de la enfermedad y hacia la creación de instrumentos para influir sobre los fenómenos naturales, por otra. Este tipo de sociedad contribuye a que el enfermo se conforme -o se vea obligado a conformarse- con la explicación de "susto" ya que no cuenta con una explicación que le permita enfrentarse y conducirse ante el problema de enfermedad de otra manera más satisfactoria. Sin embargo, individuos que enferman dentro de estas sociedades pueden no enfermar de "susto", e individuos que pertenecen a la misma sociedad y a la misma cultura, y que se ven sujetos a los factores determinantes de enfermedad, no enferman de "susto". En otros términos, los factores determinantes y los factores sociales condicionantes son causas necesarias pero no suficientes para que el "susto" se presente; para que éso ocurra se requiere de otro grupo de causas, también necesarias:

### 3. Factores individuales condicionantes.

- Susceptibilidad orgánica
- Susceptibilidad psicoemocional
- Susceptibilidad social

Dos sujetos aparentemente en igualdad de condiciones, caen a un río y se salvan. Uno enferma de "susto" y otro no, ¿por qué?. La respuesta está en que la igualdad de condiciones era sólo aparente; el que enfermó tenía una susceptibilidad mayor, sea porque estaba en peor situación nutricional, o porque estaba debilitado por un conflicto psicológico o emocional, o por otra causa, individual. Es obvio que en igualdad total de circunstancias y de causas, los efectos tienen que ser iguales. Estos factores individuales condicionantes deben diferenciarse de los factores determinantes, que también son individuales. En el caso del individuo en malas condiciones nutricionales, la desnutrición puede avanzar (sin caer al río) hasta un grado en que se altere su equilibrio no solo biológico sino social y luego psicoemocional. La desnutrición en ese caso sería el factor determinante -original- del "susto". Pero en el caso del hombre que cae al río, el accidente (el trauma a que aluden Rubel y otros autores) es la causa determinante, y la desnutrición se convierte en una causa contribuyente, es el factor individual condicionante para que él enferme de "susto" y el otro sujeto, no.

Otro tanto se puede decir respecto a lo psicoemocional: la pérdida de un ser querido puede convertirse en una causa determinante de "susto" pero no suficiente, ya que de lo contrario todos los que pierden un ser querido lo padecerían; se requiere de factores contribuyentes como la falta de estímulo social, la edad, la falta de perspectivas existenciales, etcétera. A su vez, alguien que está crónicamente enfermo y no logra ali-

vio -factor determinante- puede agravarse si pierde un afecto incluso lejano, convirtiéndose lo psicoemocional en causa contribuyente.

La susceptibilidad social del individuo como factor condicionante en la aparición del "susto" se refiere a la capacidad -- que el sujeto tiene para obtener solución a su problema dentro de otros contextos sociales. Un sujeto que está expuesto a todos los factores hasta ahora mencionados -causas determinantes y contribuyentes sociales- pero que cuenta con recursos para salir de su medio y buscar en una ciudad -por ejemplo- atención médica, puede encontrar otras explicaciones diferentes al "susto", otras enfermedades y otras opciones terapéuticas. Un sujeto en las condiciones descritas tiene menor susceptibilidad individual-social al "susto" que otro sujeto cuya ubicación en la pirámide social -y lo que eso implica- lo hace más susceptible al "susto". Este aspecto del marco teórico avala la hipótesis de que dentro de una sociedad donde se cree en el "susto" lo padecerán menos los estratos más vinculados a las metrópolis, y lo padecerán más los estratos que se conservan en el "refrigerador" historiográfico y cultural.

Por último, los tres grupos de factores mencionados: determinantes, condicionantes sociales y condicionantes individuales, son causas necesarias para que en un individuo aparezca la enfermedad paralela conocida popularmente como "susto".

El "susto", punto de llegada y punto de partida.

Lo anteriormente expuesto en el marco teórico general y en aspectos específicos del mismo, explica nuestra conceptualización sobre la forma como un individuo llega a padecer "susto" es decir, aborda el "susto" como "punto de llegada", como resultado de la interacción de múltiples factores, lo que dicho en términos de investigación lo sitúa como variable dependiente: fenómeno explicado o que está en función de otro (Rojas -- 1982) siendo las variables independientes y las intercurrentes, las ya descritas individuales y sociales.

Sin embargo, para efectos de la investigación de campo que se realizó, el "susto" fue abordado como "punto de partida" es decir, desde el momento en que un enfermo padece o no de "susto" nos preguntaremos qué ocurre en él desde el punto de vista médico y psicológico. La hipótesis central fue que los pacientes con "susto" están tan enfermos o más enfermos que los pacientes sin "susto". Si esto se comprobaba tendría que llegarse a la conclusión de que tanto la medicina como la psicología no puede seguir ignorando el padecimiento; no se trataría de una curiosidad folklórica de exclusivo interés para la antropología, sino de una condición que debe ser abordada seriamente -- por médicos y psicólogos, tanto en lo individual como en lo -- colectivo.

Dentro de este contexto el "susto" se convierte en la variable independiente de la investigación, en el punto de partida para estudiar las consecuencias del problema. Las variables dependientes son las enfermedades tanto en lo cualitativo como -- en lo cuantitativo. En lo cualitativo la pregunta básica fue:

¿Qué enfermedades padecen los enfermos de "susto" que los distinguen de los enfermos sin "susto"? ¿Y en lo cuantitativo: Los pacientes con "susto" están tan enfermos o más enfermos que los pacientes sin "susto"?

Otro aspecto estudiado fué el "stress" por factores sociales; sin embargo, como se discutirá más adelante, no siempre es fácil distinguir si este factor es una causa o un efecto de la enfermedad, ya que puede ubicarse en ambos sitios: el "stress" contribuye a enfermar pero también toda persona que enferma sufre el "stress" de haber perdido el bienestar y de verse disminuido en su rol social.

En el siguiente Capítulo -Metodología- se describe la forma como el estudio fué llevado a cabo.

#### IV. METODOLOGIA

Sería prácticamente imposible agotar en una sola investigación todas las incógnitas que hasta el presente ofrece el "susto". En esta investigación abordamos fundamentalmente los aspectos relacionados con la enfermedad, intentando determinar si los pacientes asustados estaban tan enfermos (o incluso más enfermos) que los pacientes similares a ellos pero que no padecían "susto".

Otro aspecto estudiado fue el tipo de patología que sufren los pacientes asustados, o sea si las enfermedades que se detectan en ellos son diferentes de las que afectan a los controles. En tal caso, en qué consiste esa diferencia, llegando si es posible a definir un síndrome o una afección específica común en los pacientes de "susto". Este hallazgo permitiría responder a la pregunta tantas veces formulada: ¿qué es el "susto" como enfermedad, ó, qué entidad nosológica se esconde detrás del término "susto"?

Enfermedad orgánica, psicoemocional, y psiquiátrica. A pesar de que participamos de la idea de que el sujeto es una unidad y que quien enferma se ve en mayor o menor grado afectado a las tres esferas de la vida: la orgánica, la psicoemocional y la social, con fines prácticos y de exploración diferenciamos la patología orgánica de la psicoemocional, y ésta, de la psiquiátrica. Como fue señalado en el marco teórico, consideramos psicoemocional a la enfermedad que afecta al estado emocional y psíquico del paciente sin que éste llegue a perder contacto con la realidad. Y consideramos como patología psiquiátrica a la enfermedad más seria, la que sin lugar a dudas puede llamarse "enfermedad" mental y no simple trastorno de la afectividad. A pesar de que ésto es un tanto heterodoxo y no concuerda con la conceptualización que sigue la Clasificación Internacio

nal de Enfermedades y Causas de Defunción de la Organización Mundial de la Salud, que incluye como "enfermedad" clasificable hasta los estados iniciales de problemas psicoemocionales, la división que hicimos sigue fines prácticos: determinar si, como hasta ahora han señalado muchos autores, el "susto" es un problema psiquiátrico. El otro aspecto práctico es que de acuerdo a la división social del trabajo, en la actualidad la patología psicoemocional es tratada -legítimamente- por terapeutas tanto médicos como psicólogos, en tanto que la patología psiquiátrica es campo exclusivo -en cuanto a legitimidad- del especialista en Psiquiatría, previamente médico. Si se demostrara que el "susto" compromete la esfera psicoemocional del paciente sin llegar a perturbar seriamente su salud mental -es decir, sin transformarlo en enfermo mental- dentro de la legitimidad mencionada estos pacientes podrían contar con la ayuda terapéutica del psicólogo y la del médico general; por el contrario, si se encuentra que en su mayoría sufren de trastornos psiquiátricos el terapeuta tendría que ser un psiquiatra. En términos de programas de salud la diferencia es importante por cuanto el personal que se requeriría para atender a la población con "susto" tendría que estar capacitada en función del problema. Todo esto explica por qué deseamos determinar por separado si los enfermos de "susto" padecen solamente patología psicoemocional o si sufren de enfermedades psiquiátricas. Este extremo -como todos los demás- fue explorado en la medida en que el diseño de la investigación lo permitió; en efecto, se pretendía realizar un estudio replicable por cualquier médico en ejercicio en el medio rural y como se verá más adelante, -- consideramos que la patología psicoemocional puede ser explorada por el médico general en mejor forma que la patología psiquiátrica; ésta fue explorada a través de un test, y la otra durante el examen clínico que realizó el médico.

Gravedad y Severidad. Dentro de la concepción expuesta en el marco teórico, estas variables fueron exploradas mediante instrumentos diseñados por el autor para esta investigación.

Stress por causas sociales. También, como se describió en el marco teórico, se estudió la relación existente entre el padecer "susto" y la percepción que el sujeto tiene de desempeñar inadecuadamente su rol social. Como el rol social es diferente para hombres y mujeres, se exploró el desempeño con una escala diseñada diferente para hombres y para mujeres, por los antropólogos del estudio. (Escala de Stress Social, por Carl W. O'Neill y Arthur J. Rubel).

Personal. La investigación estuvo a cargo de dos antropólogos y un médico; se contó con la colaboración de otros antropólogos y médicos, cuyas actividades fueron dirigidas y supervisadas por los primeros. Hubo dos equipos médicos, el "A" encargado de realizar los exámenes clínicos y de recoger la información directa de los pacientes, y el "B" que estudió la información en los expedientes y realizó los diagnósticos así como la evaluación matemática de los niveles de gravedad y de severidad. Cada equipo estuvo integrado por dos médicos y el responsable de la investigación participó como uno de los integrantes del equipo "A". Todos fueron médicos generales sin especialización clínica; solamente los exámenes de laboratorio fueron practicados por especialistas, en un laboratorio regional de prestigio.

Hipótesis.

Las hipótesis en esta investigación fueron sometidas a prueba mediante la comparación de dos grupos de pacientes: uno, que llamamos "experimental" fué integrado con enfermos -pacientes- que padecían "susto", y otro, que llamamos "control" fué integrado con enfermos -pacientes- similares a los anteriores pero que no padecían "susto". Las pruebas llevarían a la aceptación o al rechazo de las siguientes hipótesis:

## - Hipótesis Central:

LOS PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL (con "susto") ESTARAN - TAN ENFERMOS O MAS ENFERMOS INTEGRALMENTE -ORGANICA Y PSICOLOGICAMENTE- QUE LOS PACIENTES DEL GRUPO CONTROL (sin "susto").

## - Hipótesis Parciales:

LOS PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL, EN COMPARACION CON LOS PACIENTES DEL GRUPO CONTROL:

1. Sufrirán de igual o de más patología orgánica
2. Sufrirán de igual o de más patología psicoemocional
3. Sufrirán de igual o de más patología psiquiátrica
4. Sufrirán del mismo tipo de enfermedades
5. Sufrirán de un nivel similar o más elevado de gravedad
6. Sufrirán de un nivel similar o más elevado de severidad
7. Sufrirán de un nivel similar o más elevado de "stress" por causas sociales.

## - Hipótesis sobre interculturalidad:

Los diagnósticos de patología psiquiátrica serán más numerosos cuanto mayor sea la distancia cultural entre médico y -- pacientes.

Diseño y Procedimientos de la Investigación.

La investigación fué diseñada para que -salvo en algunos aspectos específicos- pueda ser replicada por médicos que laboran en el medio rural. Es una investigación interdisciplinaria -- que pretende evaluar en dos muestras de enfermos aspectos relevantes de las tres esferas básicas: la biológica, la psicoemocional y psiquiátrica, y la social. El médico, por su formación, está capacitado en mejor forma para evaluar la esfera -- biológica, aunque hasta ahora no se ha logrado el viejo anhelo de que el médico rural cuente con conocimientos y equipo suficiente para realizar exámenes básicos de laboratorio. La esfera psicoemocional y psiquiátrica puede ser explorada por el médico general, quien a pesar de no contar con la preparación -- del psicólogo ni del psiquiatra, cuenta con la formación básica que respecto a estas áreas clínicas recibió durante sus estudios. En cuanto a la ayuda de los tests psicológicos, fuerte es aún la discrepancia que entre especialistas existe respecto a su validez y confiabilidad, especialmente cuando -como en este caso- hay diferencias culturales entre quienes generan y aplican el test por una parte y quien lo responde por -- otra. De todas formas, el test es un elemento de juicio adicional con el que el investigador, el médico y el psicólogo, pueden contar. Su experiencia y criterio darán en cada caso el -- valor que corresponda a ese elemento de juicio. En cuanto a -- la esfera social, se aplica lo indicado en relación al test. En condiciones de realidad, es probable que un médico con larga trayectoria dentro de una localidad rural estará más capacitado que cualquier test para evaluar la tensión social en que se encuentra cada persona y cada enfermo, a quienes conoce por años. Sin embargo, el concepto de "falta en el cumplimiento -- del rol social" como causa contribuyente de enfermedad, es novedoso en medicina, y si a eso se añaden los intentos para medir y objetivar esa falta, poca duda cabe del enriquecimiento que la práctica médica y psicológica cotidiana obtendrán con -- su aplicación.

Etapas. La investigación fué diseñada para realizarse por etapas:

Etapa 1. Planeamiento.

En esta etapa fueron seleccionadas tres localidades del Estado de Oaxaca: una chinanteca, una zapoteca y una de población mestiza. Los antropólogos detectaron a los enfermos de "susto" en cada localidad y seleccionaron a los enfermos "pares" para la integración de los grupos experimental y control respectivamente. Se elaboró un procedimiento para la identificación ulterior de cada enfermo de forma que durante la realización del estudio no se hiciera diferencia entre enfermos de uno y otro grupo. Se cuidó que los médicos estuvieran "a ciegas" respecto a cuál paciente era asustado, o control.

Se contrataron los servicios de un estudiante de medicina del último año en la Facultad de Medicina de la Universidad Benito Juárez de Oaxaca para colaborar en la realización de exámenes clínicos, y se contrataron los servicios de un laboratorio para la realización de los exámenes respectivos. Se programó la recolección de muestras y su transporte en condiciones adecuadas desde las localidades en estudio hasta el laboratorio en la Capital del Estado.

Fueron elaboradas y reproducidas las formas correspondientes al examen clínico y a los instrumentos de medición de gravedad y severidad, con sus correspondientes instructivos.

Se hicieron los preparativos logísticos para la realización de la segunda etapa.

### Etapa 2. Recolección de la información.

En esta etapa los enfermos fueron examinados clínicamente por los médicos "A" quienes llenaron el expediente clínico con los datos recogidos. (Posteriormente los médicos "B" elaborarían -- los diagnósticos analizando la información de los expedientes). También en esta etapa fueron recogidas las muestras de sangre y materia fecal de cada enfermo, llevadas y examinadas en el laboratorio.

Además se aplicó a cada enfermo la Escala de Stress Social y el Test de Daño Psiquiátrico.

Con la información completa de cada enfermo se integró su expediente, asignándole una clave que indicaba la localidad a que pertenecía, el sexo, y si era "asustado" o "control".

### Etapa 3. Procesamiento y análisis de resultados.

En esta etapa:

- Los médicos "B" (dos médicos) analizaron la información de cada paciente (cada médico por separado estudió todos los -- expedientes) y diagnosticaron:
  - a) Patología orgánica
  - b) Patología psicoemocional y psiquiátrica
  - c) Nivel de gravedad
  - d) Nivel de severidad
  
- Se reunió la patología encontrada por los dos médicos en cada paciente, eliminando las repeticiones; se tuvo así el -- cuadro de la patología total que sufría cada enfermo.

- Se analizó si había diferencia significativa entre los puntajes (scores) de gravedad asignados por los médicos a los enfermos. Esto sirvió para evaluar la confiabilidad del "gravímetro".
- Se siguió el mismo procedimiento en cuanto a severidad.
- Se hizo la conversión matemática de los resultados de la Escala de Stress Social y del Test de Daño Psiquiátrico.
- Las enfermedades diagnosticadas fueron clasificadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción, aprobada por la Organización Mundial de la Salud.
- Se procesó la información y fueron analizadas las diferencias -para cada fenómeno en estudio- entre enfermos asustados y enfermos controles. Fueron aplicadas pruebas para evaluar si las diferencias eran estadísticamente significativas.
- El nivel de significancia se fijó en 0.05
- Se realizó el análisis de los resultados determinando cuales hipótesis se aceptaban y cuáles se rechazaban.

Variables

La única "No Variable" es decir, Constante, en los sujetos que fueron sometidos al estudio fue el estar enfermos; no se comparó a sujetos "asustados" con sujetos "sanos" sino enfermos con y sin "susto". Otra característica que podría considerarse constante es que solo se estudió a enfermos mayores de 18 años. Sabido es que el "susto" afecta también a niños pero se pretendía obtener información directa de cada paciente sobre su historia y enfermedad.

Variable Independiente, variables Dependientes, e Intercurrentes.

La Variable Independiente en el estudio es el "susto", que divide a los sujetos en dos grupos: enfermos "asustados" y enfermos "no asustados". La presencia o ausencia de esta variable determinaría y explicaría las diferencias que los dos grupos de enfermos mostrarán en cada una de las variables dependientes. En otros términos, dado que los dos grupos de pacientes son similares menos en la variable independiente, las diferencias entre ambos grupos -en las variables dependientes- deberán ser atribuidas a la presencia o ausencia de "susto".

Variables Dependientes.

- Número de enfermedades orgánicas
- Número de enfermedades psicoemocionales
- Número de enfermedades psiquiátricas
- Tipo de enfermedades
- Nivel de gravedad
- Nivel de severidad
- Nivel de Anemia: hemoglobina y hematocrito
- Parasitismo intestinal

- Puntuación en el test de daño psiquiátrico
- Puntuación en la escala de "stress" social

#### Variables Intercurrentes.

- Localidad
- Sexo

#### Muestra.

Utilizamos varios criterios para seleccionar la muestra. Uno de ellos fue el cultural, en el sentido de que se deseaba conocer la influencia de la cultura en la manifestación del "susto". Dentro del contexto conceptual de que cada individuo enferma y sufre la enfermedad de acuerdo a como ha aprendido a hacerlo, deseábamos saber si en culturas distintas -- padeciendo todas ellas la misma afección-- el "susto" presentaba matices diferenciales. Fueron así seleccionados tres grupos culturales: chinanteco, zapoteco y mestizo. Para el primero fue elegido un municipio de la sierra de Juárez y la población estudiada habitaba la Cabecera Municipal y varias localidades; de acceso geográfico difícil, fue el grupo más alejado de la cultura urbana. El grupo zapoteco fue estudiado en una localidad del Valle de Oaxaca --no Cabecera Municipal-- que tenía más intercambio con la cultura urbana que el grupo chinanteco pero menos que el tercer grupo cultural, un grupo mestizo unido a la Capital del Estado por carretera asfaltada y por nexos comerciales generados por la única industria encontrada en el estudio: la industria familiar del queso. Era de esperar que en este grupo cultural la influencia del pensamiento y de la medicina urbanas se hicieran notar mucho más que en el grupo chinanteco.

La unidad muestral fue el enfermo; se intentó localizar a todos los enfermos de "susto" de 18 años y más, lo que permitió conocer la prevalencia de la enfermedad.

De esa forma se integró el grupo "experimental" (sin serlo -- en sentido estricto ya que la muestra fue no probabilística

Luego, de entre los enfermos con las mismas características -lo calidad, sexo, edad- pero que no padecían "susto" se seleccionó a un "par" para cada enfermo asustado, integrándose así el grupo control. Las pruebas estadísticas  $-X^2-$  mostraron que no --- había diferencia entre ambos grupos en cuanto a edad y sexo. La calidad de asustado fue dada por el paciente mismo, por la familia y/o por el curandero de la localidad. En total fueron estudiados 100 enfermos, la mitad en el grupo experimental y la mitad en el grupo control.

#### Estudio "a ciegas"

Los médicos no participaron en la selección de la muestra, y salvo algunos pacientes que espontáneamente les reportaron padecer susto, en general se mantuvo la ignorancia sobre la calidad de experimental o control para cada caso. Los médicos que calificaron los expedientes tampoco conocían la calidad muestral de los pacientes, y en la misma condición estuvieron los especialistas que realizaron los exámenes de laboratorio.

Otros detalles relacionados con la muestra y su tratamiento, se exponen en el capítulo de Resultados.

#### Instrumentos.

Se utilizó dos tipos de instrumentos: algunos tradicionales y de uso común en la práctica médica, psicológica y antropológica, y otros nuevos, elaborados específicamente para esta investigación.

1. Medición de patología orgánica. Para la evaluación de los pacientes se utilizó el instrumental habitual del médico - en la práctica diaria: una historia clínica suscita, examen físico y exámenes de laboratorio elementales: biometría hemática y coproparasitoscópico. (Véase Apéndice No. 1: Historia Clínica). Esta información fue integrada en un expediente clínico que fué evaluado por otros médicos, diferentes a quienes examinaron a los enfermos; estos médicos realizaron los diagnósticos de patología orgánica.

2. Medición de patología psicoemocional. La patología psicoemocional de cada enfermo fue diagnosticada mediante los datos que el paciente suministró al médico durante el examen clínico respecto a alteraciones en su esfera afectiva: angustia, tristeza, depresión, ira, etc. y lo que el médico pudo observar sobre su equilibrio psíquico: atención, memoria, orientación temporoespacial, coherencia ideativa, etcétera. Toda esta información fue consignada por el médico en el expediente clínico del paciente. (Apéndice No. 1).

3. Medición de patología psiquiátrica.

Dada la forma en que fueron realizados los exámenes y las evaluaciones de los enfermos -por médicos generales y no por especialistas, en este caso de psiquiatría- la evaluación de patología psiquiátrica se hizo mediante la aplicación de un test, en las mismas condiciones a todos los pacientes. Fue el Test de Daño Psiquiátrico de 22 Items -- (T.S. Langner 1962 y 1965) que ya había sido aplicado por Langner en poblaciones del Estado de Oaxaca, México. Previamente se hizo una prueba en una localidad distinta, incapaz de "contaminar" a las localidades que serían estudiadas, con el fin de comprobar la comprensibilidad de la terminología que el Test emplea. Esta comprensibilidad se refiere no solamente a los aspectos textuales sino --- también a los semánticos, de forma que quede clara la traducción literal de los términos empleados, y además el -- significado de cada término. Véase Apéndice No. 4 Escala de 22 Items para medir daño psiquiátrico.

4. Nivel de gravedad.

Fue medido aplicando un instrumento desarrollado por el autor para esta investigación, y que denominamos "gravímetro". La descripción del instrumento y de su aplicación se detalla en los apéndices 2 y 3. El instrumento pretende medir el grado en que el enfermo se encuentra cerca de la muerte.

## 5. Nivel de severidad,

Fue medido aplicando un instrumento desarrollado por el autor para esta investigación, y que denominamos "severímetro". La descripción del instrumento y de su aplicación se detalla en los apéndices 2 y 3. El instrumento pretende medir el grado en que el enfermo se encuentra incapacitado para realizar sus ocupaciones habituales.

## 6. Nivel de "stress" por causas sociales.

Fue medido aplicando el instrumento ya mencionado. La descripción del instrumento y de su aplicación se detalla en el apéndice número 6. El instrumento pretende medir la diferencia que hay entre lo que el enfermo considera que una persona como él debería haber logrado en la vida (expectativas sociales) en la sociedad en que vive, y lo que él -- realmente ha logrado. El supuesto es que esa diferencia -- genera "stress" por causas sociales, y que en adelante llamaremos "stress" social.

## 7. Diferencia cultural entre médico y paciente, y diagnóstico de patología psiquiátrica.

La hipótesis señala que entre mayor es la distancia cultural que separa al médico del paciente, mayor será la patología psiquiátrica que el primero diagnostique en el segundo. La hipótesis fue sometida a prueba comparando la patología psiquiátrica que los médicos diagnosticaron en cada grupo cultural, con el grado de aislamiento de cada grupo respecto a la vida y al pensamiento urbanos, a los cuales pertenecían los médicos.

Tratamiento Estadístico.

El tratamiento estadístico de la información recolectada se fundamentó en pruebas no paramétricas. Esto fue necesario dado que no conocíamos los parámetros de la población a la que pertenecían las muestras en estudio. No conocíamos, por ejemplo, la distribución "normal" de enfermedades orgánicas que padecen los enfermos chinantecos, ni la distribución "normal" de la anemia entre los enfermos zapotecos.

La prueba de ji cuadrado  $-X^2-$  se utilizó para analizar la heterogeneidad de los dos grupos en estudio en algunos aspectos específicos, cuantificables. Por ejemplo la letalidad, o sea la proporción de enfermos que en cada grupo falleció. La hipótesis nula sería que la diferencia de la letalidad observada entre ambos grupos podría haberse dado por azar en 5% -o más- de situaciones similares. Si la probabilidad de que eso ocurriera es menor del 5% se rechazaría esa hipótesis y se diría -como en realidad ocurrió- que la mayor letalidad observada entre los asustados no podría atribuirse al azar, habría que atribuirla a la variable independiente: el susto.

También se utilizó la  $X^2$  para estudiar las diferencias entre los dos grupos en cuanto a la cantidad de enfermedades encontradas en ellos.

Cuando la evaluación de los pacientes permitió ubicar a cada uno dentro de una escala progresiva, se aplicó el test U de Mann-Whitney. Por ejemplo, al evaluar la gravedad de los enfermos mediante el "gravímetro" se obtuvo una puntuación para cada paciente, siendo posible entonces ubicarlo dentro de su grupo en el lugar que le correspondía entre los que obtuvieron mayor y menor puntuación que él. Luego se encontró el número de enfermos controles que tenían menor puntuación de gravedad en relación a cada paciente asustado, obteniéndose a partir de ahí el valor de U; luego el de "z", y luego, en la tabla respectiva, la probabilidad de que la diferencia en gravedad entre ambos grupos se diera por azar.

Otros aspectos que fueron estudiados mediante instrumentos que permitían ubicar a los pacientes en escalas de puntuación fueron la severidad, el stress generado por la falla en el cumplimiento del rol social, y el grado de daño psiquiátrico. En todos estos casos también se aplicó el test U de Mann-Whitney. Este procedimiento se aplicó al estudio de los dos grupos en forma global, y al estudio de subgrupos como hombres asustados y controles, mujeres, y grupos étnicos con y sin susto.

En pocos casos si se utilizaron parámetros. Para determinar si el nivel de anemia entre los enfermos de ambos grupos era diferente, se analizó la Hemoglobina y el Hematocrito en cada enfermo y en cada grupo. Los exámenes de laboratorio en estas mediciones dan resultados muy precisos -con décimas de gramo- y es factible calcular promedios y desviación estándar para cada grupo. El análisis inicial mostró que tanto la hemoglobina como el hematocrito estaban más bajos -había más anemia- entre los asustados que entre los controles, pero el análisis estadístico mostró que la diferencia solo era significativa entre los hombres, o sea que si bien las mujeres asustadas mostraban más anemia que las mujeres controles, esa diferencia podía darse por azar, no así entre los hombres en quienes los asustados estaban mucho más anémicos que los controles, con una diferencia que difícilmente podía atribuirse al azar.

Eso en cuanto a hemoglobina, ya que en hematocrito la diferencia no fue significativa ni en hombres ni en mujeres.

Correlación. En algunas situaciones fue importante analizar la correlación entre dos variables. Por ejemplo, la hemoglobina y el hematocrito son indicadores ambos de anemia, aunque de distinto tipo: la hemoglobina mide la cantidad de hierro ligada a los glóbulos rojos y se mide la cantidad que hay en 100 mililitros de sangre. El hematocrito mide el volumen de glóbulos rojos en 100 ml. de sangre también. Si hay poca hemoglobina y los glóbulos rojos son pequeños, el hematocrito también será pequeño; pero si los glóbulos rojos son grandes, el volumen -y el hematocrito- pueden ser mayores. Resulta interesante entonces estudiar si existe o no correlación entre los niveles de hemoglobina y de hematocrito en cada grupo de enfermos, lo que será más probable en anemias microcíticas e hipocrómicas (de glóbulos pequeños y de baja concentración de hierro) - que en otro tipo de anemias. Para ese estudio de correlación se utilizó el coeficiente  $r$  de Pearson.

Hubo correlaciones interesantes de estudiar mediante otra prueba: por ejemplo, era importante saber si al aplicar los instrumentos para medir gravedad y severidad, un mismo paciente era calificado similarmente -con altos puntos o con bajos puntos- por los dos médicos que por separado calificaron su expediente.

En otros términos, si había o no correlación entre las calificaciones de ambos médicos, y si esa correlación era tan alta que muy difícilmente se daría por azar; es decir, si al afirmar que había correlación la probabilidad de equivocarse era mínima. Para estudiar esta correlación se aplicó el Test de Spearman-Rho, que permitió evaluar el rango de la diferencia entre las calificaciones para cada caso y para el grupo total.

El Test de Spearman-Rho también se utilizó para analizar la correlación entre la gravedad y la severidad medida en los pacientes. Interesaba saber si cuando un enfermo se acerca a la muerte, simultáneamente hay severa limitación en su actividad diaria, o si por el contrario podía haber alta gravedad con baja severidad en el mismo paciente; es decir que no hay correlación entre ambas variables. Los resultados fueron interesantes ya que se comportaron en diferente forma los enfermos asustados que los controles.

Este fue el tratamiento estadístico que se aplicó a los resultados de la investigación, y como ya fue señalado el límite de significancia fue establecido, para ser aplicado en todos los casos, en  $p < 0.05$ . Sin embargo, en cada caso se consignó el nivel de significancia encontrado, ya que si éste es menor (de 0.01) la fuerza de la afirmación se incrementa y hay todavía menos probabilidad de que la diferencia encontrada sea atribuible al azar.

## V.- RESULTADOS

En este capítulo se presentan y se discuten los resultados de la investigación, en ocho apartados. Se dan inicialmente datos sobre la muestra clarificando lo que ya se señaló en el capítulo de Metodología; luego se analiza la prevalencia de la enfermedad en las localidades estudiadas comparándola con otra enfermedad con la que en no pocas ocasiones se ha confundido al "susto"; la tuberculosis. A continuación se expone la sintomatología encontrada en los enfermos, comparando a asustados con controles; luego, siempre haciendo esa comparación se analiza sucesivamente la enfermedad orgánica, la enfermedad mental, la gravedad y la severidad medidas con los instrumentos elaborados con ese fin en esta investigación, y la letalidad, tanto la observada después de siete años, como la comparación entre la letalidad y los niveles de gravedad y severidad medidos -- cuando se realizó el estudio. Por último se muestran los resultados del test que se desarrolló el "stress" social causado -- por el fracaso del individuo --según él mismo-- en el desempeño de su rol social.

### 1. La Muestra.

Aunque en el capítulo de Metodología se describió parte de lo relativo a la muestra, presentamos ahora algunos detalles adicionales que permiten comprender mejor su estructuración y representatividad. Estos detalles se refieren a dos aspectos: -- las localidades y la población donde se realizó la investigación, por una parte, y los enfermos que fueron estudiados, por otra.

A. Localidades y Población. (véase mapa, p. 108)

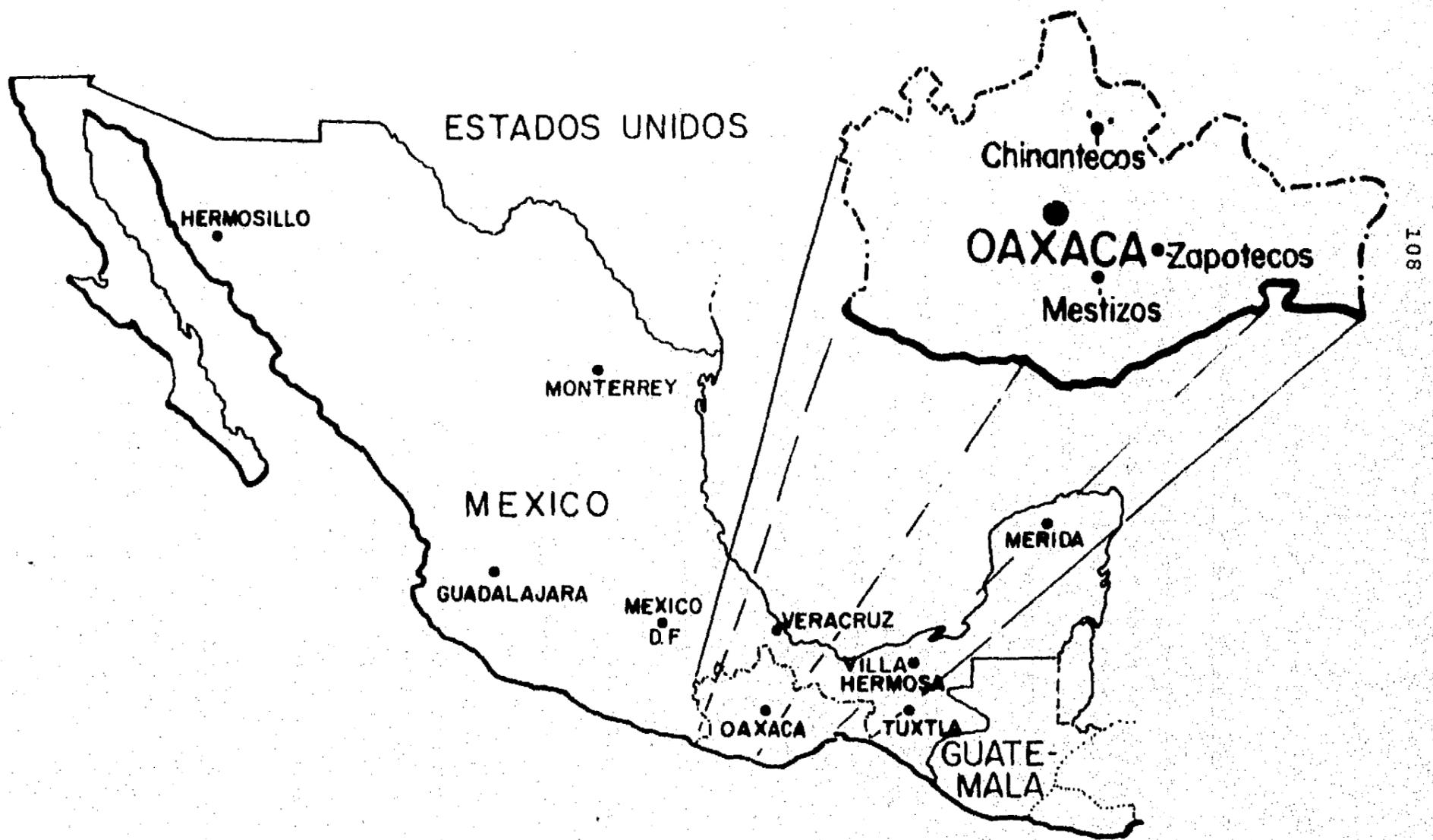
Las localidades seleccionadas para el estudio se encontraban en el Estado de Oaxaca, México. Con la intención de saber si la cultura influía en la forma como se presenta el "susto" fueron elegidas localidades de habla chinanteca, zapoteca y español (mestizos) una de cada una, aunque como se verá enseguida, en el caso de los chinantecos participaron varias localidades.

La localidad chinanteca básica es cabecera de un municipio de 65 kilómetros cuadrados donde había otras 3 localidades. En el municipio vivían 1 862 personas lo que daba una densidad media de 28.6 habitantes por kilómetro cuadrado.<sup>1/</sup> Los adultos de 18 años y más eran 974 (véase cuadro No. 7). El municipio se extiende desde el Valle hasta la Sierra de Juárez (donde está la cabecera municipal) con altitudes que varían entre los 600 y 1 800 metros sobre el nivel del mar. El clima varía según la región pero en algunos lugares donde abunda la vegetación y los riachuelos crecen los mosquitos (simúlidos) transmisores de la oncocercosis, enfermedad endémica que causa ceguera y de la que en la investigación encontramos varios casos.

La fuente principal de ingresos es la agricultura; la forma predominante de propiedad de la tierra es la colectiva -comunal y ejidal- el cultivo básico el maíz, y los productos son predominantemente para el consumo interno aunque también son comercializados en los mercados regionales. El tequio funciona como sistema de apoyo mutuo para la construcción de casas así como

<sup>1/</sup> En ésta, como en las otras localidades, la población fué estimada interpolando los datos censales de 1970 y 1980. Se continuará hablando de la localidad chinanteca, en el entendido de que se hace referencia a todas las localidades del municipio.

LOCALIDADES DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO  
OAXACA



CUADRO No. 7

NUMERO DE HABITANTES Y NUMERO DE ENFERMOS DE "SUSTO" EN TRES  
LOCALIDADES DEL ESTADO DE OAXACA, MEXICO. 1971\*

	T O T A L		H O M B R E S		M U J E R E S	
	HABITANTES <u>1/</u>	ENFERMOS <u>2/</u>	HABITANTES	ENFERMOS	HABITANTES	ENFERMOS
TOTAL	1 985	50	954	14	1 031	36
CHINANTECOS	974	19	467	4	507	15
ZAPOTECOS	586	14	274	7	312	7
MESTIZOS	425	17	213	3	212	14

\*) Población de 18 años y más.

FUENTE: 1/ Estimaciones con base en datos censales.

2/ Enfermos detectados en la investigación.

para otras tareas dirigidas por la autoridad municipal. Estas autoridades son electas popularmente pero en general los candidateados para ocupar puestos se resisten por el costo que re--presenta. El Presidente Municipal, por ejemplo, que debe via--jar a la capital del Estado y a otros municipios para arreglar asuntos del pueblo, tiene que costear sus propios gastos. El -ejercicio de la autoridad no recae solamente en estas autori--dades; hay además los ancianos y los "caracterizados" personas que por su reconocida capacidad -que habitualmente incluye --ser bilingües y leer el español- influyen en las decisiones colectivas.

La cabecera municipal se encontraba a tres horas en jeep y - - tres cuartos de hora a pie, de la capital del Estado; el siste--ma económico y social, predominantemente interno, y el monolin--güismo de una parte de la población -especialmente la femenina- hizo de este grupo el más alejado, de los tres estudiados, de la cultura occidental; fue el grupo donde mayor necesidad hubo de contar con la colaboración de intérpretes, especialmente --con la población que residía en las regiones más alejadas, que fué examinada en la cabecera municipal pero que se visitó en -su domicilio para recoger las muestras de sangre y heces fecales que serían llevadas al laboratorio.

Un segundo grupo estudiado fue de habla zapoteca. Se trató de una localidad clasificada como ranchería en un municipio cuya cabecera era otra localidad mayor. Esta localidad está ubicada en el ala Tlacolula del Valle de Oaxaca, a 1 524 metros sobre el nivel del mar; la cercanía de las montañas hace que su cli--ma sea frío y lluvioso la mayor parte del año. Los habitantes eran 1 147 y de ellos 586 eran adultos <sup>1/</sup>. La mayoría de la po

1/ Debido a que aún no se dispone de datos para rancherías en el Censo de 1980, la población se estimó aplicando el mismo porcentaje que dentro de la población del municipio, corres--pondía a esta ranchería en 1970. (CUADRO N° 7).

blación era bilingüe y la actividad económica básica era la -- agricultura. La propiedad de la tierra, más privada que comunal, permitía que se heredara de padres a hijos; en las faenas del campo se usaban animales incluyendo toros, pues según nos informó un campesino local no había quien tuviera los conoci-- mientos y la destreza para castrarlos. Por lo menos en un caso de nuestro conocimiento, este uso de animales bravíos provocó un susto en un hombre llevándolo a un estado -discutido por él- de "susto".

En cuanto al intercambio con la cultura occidental los zapotecos tenían más que los chinantecos, por una parte por el acceso por carretera -asfaltada una parte y de terracería el resto- y por otra por el comercio de productos de la tierra y de cerá mica que la población fabrica y vende en los mercados regionales. El contacto con el exterior, y más aún, la penetración -- del exterior en la localidad, se muestra por la conversión de parte de la población al Adventismo del Séptimo Día; además -- existe interés en que los niños, especialmente los varones, -- asistan a la escuela pública (no hay privadas) lo que signifi ca un elemento más de aculturación. En esta localidad necesita mos en mucho menor escala de intérprete.

La tercera localidad, mestiza, era también cabecera municipal, pero la única localidad en un municipio de 26 kilómetros cua-- drados y 830 habitantes, lo que da una densidad media de 32 ha bitantes por kilómetro cuadrado. Los adultos eran 425 (Cuadro N<sup>o</sup> 7). De las tres localidades ésta era la más cercana en todo sentido a la Capital del Estado, a la cual se comunica desde -- 1940 por la carretera Panamericana. La población, toda de ha-- bla hispana, vive básicamente de la industria -predominante mente familiar- de lacticinios, especialmente del queso, lo -- que hace frecuente si no permanente, su intercambio con el ex-

terior. Entre otros efectos de este intercambio, figura la utilización por parte de la población y según sus recursos, de artefactos eléctricos como radios, refrigeradores, etcétera.

Ninguna de las localidades contaba con médico residiendo en ellas; cuando lo necesitaban, los chinantecos acudían a los servicios médicos en Ixtlán y en menor escala a los de Oaxaca (Capital del Estado) los zapotecos a Mitla y Oaxaca, y los mestizos a esta última ciudad. El contacto con la medicina occidental era obviamente mayor entre los mestizos, menor entre los zapotecos y mínima entre los chinantecos. Estos últimos tenían un contacto periódico pero no frecuente, con las brigadas de la Secretaría de Salubridad que combatían la oncocercosis en la región.

#### B. Los enfermos (Cuadro N° 7)

Los enfermos de "susto" fueron localizados por los antropólogos de la investigación, quienes residieron en las localidades varios meses con ese objeto. La calidad de "asustado" fue asignada por los pacientes mismos, por el o la curandera, y por los familiares. En la localidad zapoteca y en la mestiza no hubo necesidad de mucha movilización; en el caso de los chinantecos sí pues como se indicó antes, fueron varias localidades las estudiadas dentro de un mismo municipio. Los casos de "susto" en menores de 18 años no fueron incluidos, con la idea de recoger del paciente mismo su historia de la enfermedad y su respuesta a los tests psiquiátrico y de stress social. En total fueron detectados 50 enfermos con "susto", 14 hombres y 36 mujeres. Entre los chinantecos se detectaron 4 hombres y 15 mujeres; en entre los zapotecos, 7 hombres y 7 mujeres, y entre los mestizos 3 hombres y 11 mujeres. Luego se procedió a integrar el grupo

po control dentro de los siguientes criterios:

- a) Enfermos de la misma localidad. Fueron seleccionados entre quienes buscaron atención médica y con la única diferencia de no padecer "susto". El que pertenecieran a la misma localidad se hizo con el fin de que ambos grupos -experimental y testigo- compartieran la misma cultura.
- b) Sexo. Entre los enfermos no "asustados" se seleccionó a - tantos hombres y mujeres, como enfermos asustados había.
- c) Edad. En la misma forma que en cuanto al sexo, para cada enfermo asustado se seleccionó a uno no asustado de su misma edad o de la más cercana posible. La edad promedio fue 43.64 años entre los enfermos asustados y 42.64 entre los controles. La desviación estándar fue respectivamente 14.33 y 14.57 años, de forma que los grupos son bastante similares en cuanto a edad.

Cuando entre los enfermos controles hubo varios que llenaran - los requisitos para ser elegidos, la selección se hizo al azar entre ellos.

El resultado de este procedimiento fué que cada enfermo de - - "susto" contó con un "par" o sea un enfermo similar a él en -- cultura, sexo y edad, pero sin "susto". En consecuencia, las - diferencias que se encontraran entre ambos al realizar su evaluación podría atribuirse, no a la cultura, ni a la edad ni al sexo, sino al hecho de padecer o no de "susto". Por otra par--te, además de poder comparar a cada enfermo asustado con su -- "par" el procedimiento permite realizar otras comparaciones:

- El grupo completo de asustados con el grupo completo de -- controles

- El grupo de asustados con el grupo control dentro de cada localidad
- El grupo de asustados hombres de cada localidad, con el -- grupo de controles hombres de la misma localidad. Igual en -- tre las mujeres de la misma localidad.
- El grupo de asustados hombres de las tres localidades con el grupo control de hombres de las tres localidades. Igual para mujeres.

Las comparaciones entre los grupos no siempre incluyeron a todos los casos; por ejemplo una señora y su hija "asustadas" rehusaron dar sangre para el examen aduciendo que éso las debilitaría más. Obviamente se respetó su decisión y no fueron incluidas en esa comparación aunque si en las demás donde se contó con sus datos.

## 2. Prevalencia del "Susto" en las localidades estudiadas

La prevalencia del "susto" en la población adulta -18 años y más- de las localidades estudiadas, fue de 3 492 enfermos por cada 100 000 habitantes <sup>1/</sup>. En el cuadro número 8 puede observarse la prevalencia global, así como la que hubo en cada localidad y en hombres y mujeres por separado. En cuanto a localidades, la tasa de prevalencia más elevada fué entre los mestizos, 4 000, y la más baja entre los chinantecos, 1 951. Es posible que en la realidad la tasa entre los chinantecos sea más elevada, ya que se facilitó más la detección de enfermos en -- las dos localidades, zapoteca y mestiza, que en las localidades chinantecas dispersas en 65 kilómetros cuadrados.

1/ Con los datos censales disponibles se calculó la población de 18 y 19 años para incorporarla al grupo de adultos, ya -- que en algunos casos esta población viene informada dentro del grupo 15 a 20 años.

CUADRO No. 8PREVALENCIA DE "SUSTO" EN TRES LOCALIDADES DEL  
ESTADO DE OAXACA.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	2 519	1 468	3 492
CHINANTECOS	1 951	857	2 959
ZAPOTECOS	2 389	2 554	2 244
MESTIZOS	4 000	1 408	6 604

\* Tasa por 100 000 habitantes de 18 años y más.

En cuanto a calificar estas tasas de altas o bajas, el problema es la falta de estudios de prevalencia de otras afecciones en población rural con los que se pudieran hacer comparaciones. Una enfermedad con la que en ocasiones --pero sin pruebas-- se ha confundido al "susto" es la tuberculosis. Para el mismo año del estudio --1971-- en todo el país fueron detectados y registrados 18 876 casos de tuberculosis en todas sus formas, lo que significó una tasa nacional de prevalencia de 37.2 casos por cada 100 000 habitantes. En el Estado de Oaxaca, el número de casos y la tasa en ese año fueron respectivamente 491 y 21.9 (Olvera y Escobedo 1976) o sea que la prevalencia de "susto" en las localidades estudiadas fué 150 veces más elevada que la de tuberculosis en el Estado. La realidad seguramente es diferente por cuanto un estudio como el nuestro, aplicado a la tuberculosis descubriría muchos casos que los sistemas habituales no logran detectar. De todas formas, las cifras muestran la existencia, en esas localidades, de un problema de morbilidad extendido y seguramente importante no solo desde el punto de vista cuantitativo sino cualitativo en quienes lo sufren. Si estas tasas de prevalencia del "susto" son similares en otras localidades del país --o por lo menos del Estado de Oaxaca-- puede hablarse con legitimidad de un problema de salud pública. Puede aducirse que no hay elementos para considerar que la situación es similar en otras localidades, municipios y/o Entidades Federativas. Es cierto; pero tampoco hay elementos para considerar que no lo sea; las localidades fueron elegidas para el estudio no porque conociéramos su alta prevalencia de "susto"; otras localidades habrían podido tener más, o menos que éstas. Solamente con otros estudios de campo podrán dilucidarse si por

azar caímos en localidades con tasas particularmente elevadas de "susto", o si la situación descubierta es una muestra de lo que ocurre en el país y que hasta ahora ha sido ignorado.

Prevalencia según sexo. De los 50 casos de "susto" detectados, 36 fueron mujeres y 14 hombres. En función de las poblaciones respectivas, la tasa por 100 000 habitantes fue de 1 468 en -- los hombres y 3 492 -más del doble- en las mujeres. En esta diferencia es posible que influyan varios factores: por una parte, y como se verá más adelante, las mujeres estuvieron en general más enfermas que los hombres lo que puede hacer suponer que consultaron más, encontrándose más casos entre ellas. Otro elemento es que la conceptualización del "susto" incluye -para padecerlo- el haber estado o estar en situación de debilidad - física y emocional, lo que el hombre rechaza más que la mujer llevándolo a "elegir" el padecer otras enfermedades paralelas como la "muina" y otras. Esto contribuiría a que los casos de "susto" en nombres fueran más graves por cuanto la aceptación por el paciente de padecer la enfermedad se daría cuando ésta ha avanzado, siendo infructuosos los recursos de su mundo - - "masculino" para detenerla.

En cuanto a la diferencia por sexo según la localidad, la tasa más baja fué entre los hombres chinantecos, 857, y la más alta entre las mujeres mestizas, 6 604. Sería de esperar que en la población mestiza la tasa fuera más baja por el proceso de - - aculturación que le haría adoptar los valores y las concepciones de la cultura urbana; sin embargo parece no ser así, espe- cialmente entre las mujeres, que tuvieron una tasa 4.7 veces - más alta que los hombres de esta localidad.

Estas diferencias son de tomar en cuenta en estudios ulterio-- res para no limitar las investigaciones sobre "susto" a pobla

ciones indígenas; es probable que las enfermedades paralelas continúen teniendo importancia en la población mestiza, no solo en el medio rural sino también en el urbano dado que la aculturación no parece ser un proceso que rápidamente haga cambiar a la población en este terreno. Da la impresión de que las enfermedades paralelas, de las que el "susto" es sólo una, integran un amplio y profundo campo por explorar.

### 3. Sintomatología.

Con el fin de determinar si alguno o algunos síntomas específicos distinguían entre los enfermos con y sin "susto", en la historia clínica (Apéndice No. 1) se recogió información de dos tipos de síntomas: los que espontáneamente refirió el paciente, por una parte, y en una lista, síntomas relacionados con afecciones de aparatos y sistemas y a los cuales el paciente respondió sobre si los padecía "siempre", "a veces" o "nunca". Los síntomas espontáneamente referidos fueron utilizados como elementos de juicio en la elaboración de los diagnósticos; los síntomas listados y clasificados mostraron que los pacientes padecían predominantemente las siguientes molestias:

#### a) Síntomas que se presentaban "siempre".

El síntoma que más constantemente afectaba a los enfermos entrevistados fué la "debilidad" reportada en 54 de los 100 enfermos. Fué ligeramente más elevada entre los enfermos "asustados" -58% de ellos y 50% en los controles- o sea que este síntoma no distingue a unos de otros. El significado de "estar siempre débil" no es fácil de dilucidar, puede ir desde un estado nutricional deficiente hasta situaciones de tensión emocional crónica, sin que sean mutuamente excluyentes. La posibilidad de un compromiso emocional aumenta al notar que el segun

do síntoma en frecuencia presentándose siempre, fué el sentir coraje, reportado por el 36% de los enfermos asustados y el -- 40% de los controles. No tenemos información suficiente para deducir si ese sentir coraje se relacionaba con el hecho de es tar enfermos, o con situaciones existenciales extra-enfermedad, o con ambas u otras causas; queda también por determinar si es te síntoma de malestar es más frecuente en general entre perso nas enfermas que entre personas sanas, lo cual no sería extra- ño; sin embargo, en cuanto a esta investigación, el síntoma no hace distinción entre enfermos asustados y no asustados.

Ningún otro síntoma aislado estableció diferencia entre ambos grupos de enfermos; de todas formas se consignan en orden de-- creciente los siguientes ocho síntomas que se presentaron (en ambos grupos) "siempre": cansancio en el 36% de los pacientes, dolor local (diferentes localizaciones), 29%; y con la misma frecuencia, el 29% de los enfermos reportó el suspirar y el te ner deseos de llorar, o sea síntomas de malestar emocional (al gunos pacientes con problemas de oxigenación tisular por afec- ciones orgánicas como anemia y problemas cardiovasculares, tam bién suspiran con frecuencia en un intento fisiológico de in- crementar al aporte de oxígeno a sangre y tejidos). El 28% de los pacientes reportó que el ruido le molestaba, y el 26% que era muy sensible al frío, síntomas frecuentemente asociados - con anemia; el 27% dijo tener dificultades para ver (no tene-- mos datos sobre incidencia de problemas de refracción pero muy pocas personas usaban anteojos) y por último, el 26% reportó - sufrir de mal sabor de boca. Como se verá más adelante, fué -- elevada la incidencia de trastornos del aparato digestivo y de parasitismo intestinal, lo que puede explicar el último sínto ma mencionado.

Estos 10 síntomas que con mayor frecuencia los enfermos repor- taron padecer "siempre" ofrecen un cuadro compatible con un es

tado nutricional deficiente manifestado en la debilidad y el cansancio; de probable anemia, que contribuye a la debilidad y al cansancio y que aporta síntomas como la intolerancia al ruido y la sensibilidad al frío; con trastornos emocionales manifestados en coraje, suspiros y deseos frecuentes de llorar; -- con dolores de diferente localización y con trastornos del aparato digestivo. No apuntan, sin embargo, a ninguna enfermedad en particular, ni ofrecen elementos para establecer diferencias entre enfermos con y sin "susto".

b) Síntomas que se presentaban "a veces".

Los síntomas que se presentan "a veces" pueden no ser tan útiles para reflejar procesos crónicos como los síntomas que se presentan "siempre"; sin embargo pueden ser más intensos y molestos para el paciente, en cuyo caso ayudan al médico en la elaboración del diagnóstico. Entre este grupo de síntomas el más frecuente fue la fiebre que se presentaba "a veces" en 64 de los 100 enfermos examinados. Esto se asocia seguramente con una alta incidencia de enfermedades infecciosas cuyo curso es precisamente éste: producir fiebre mientras dura el proceso, y desaparecer hasta que una nueva infección hace repetir el cuadro. Este síntoma fué reportado por el 52% de los enfermos asustados y por el 76% de los controles, diferencia que es estadísticamente significativa ( $X^2 = 6.25$  .gl:1  $p < 0.05$ ). Es aventurado hacer interpretaciones sobre un síntoma aislado; la mayor fiebre entre los controles podría significar que en realidad sufren de más infecciones que los enfermos con "susto" -- por razones que habría que determinar; también podría interpretarse, y ésto no es remoto a la luz de lo que veremos adelante, que los enfermos asustados se encuentran en general en peores condiciones de salud que los no asustados, y que la respuesta febril a la infección no es tan evidente ni percibida por los mismos pacientes. Dentro de este contexto la falta del síntoma

fiebre no significaría tanto falta de infecciones como falta de defensas contra ellas, entre los enfermos con "susto".

Después de la fiebre, el mareo fué un síntoma importante: 61 enfermos lo reportaron como tal, y en 54 lo había de tipo ortostático o sea el que se produce al incorporarse y que se presenta habitualmente en pacientes anémicos y/o con trastornos del sistema cardiovascular. Las diferencias entre enfermos con y sin "susto" no fueron significativas en ninguno de los dos tipos de mareo (vértigo).

Auque sin establecer diferencias entre enfermos asustados y controles, el dolor fue un síntoma importante entre los reportados "a veces": 61 pacientes dijeron sufrirlo en forma generalizada en el cuerpo y 54 reportaron sufrir de cefaleas (dolores de cabeza). El dolor generalizado de cuerpo puede estar relacionado con procesos infecciosos en su fase aguda, lo que complementa lo señalado en cuanto a la fiebre; las cefaleas podrían enmarcarse dentro del mismo contexto pero también se ven en múltiples cuadros patológicos no agudos, ya sea orgánicos o psicoemocionales.

Los trastornos del sueño, específicamente las pesadillas, fueron reportadas por 22 enfermos asustados y por 34 controles, o sea por 56 de los 100 enfermos examinados. La diferencia tampoco es estadísticamente significativa.

Síntomas del aparato digestivo vuelven a aparecer en este grupo: 53 enfermos reportaron sufrir "a veces" de diarrea y 51 de "dolor de estómago". Esto es congruente con la alta prevalencia de parasitismo intestinal y de amibiasis que se encontró a través de los exámenes de laboratorio.

Por último, y formando parte de los 10 síntomas más reportados en este grupo de los que se presentan "a veces", los "suspiros" afectaron a 45 pacientes y "el sentir coraje" a 41.

En resumen, el cuadro que ofrecen los síntomas que se presentaron "a veces" entre los enfermos estudiados, es compatible con cuadros infecciosos: fiebre, dolor de cuerpo, cefaleas; con trastornos nutricionales y hemáticos crónicos: mareos y mareo ortostático; con problemas digestivos: diarrea, dolor de estómago, y muy especialmente con problemas psicoemocionales: trastornos del sueño (pesadillas) coraje y suspiros. De todos esos síntomas, solo la fiebre marcó una distinción significativa estadísticamente, afectando más a los enfermos controles que a los asustados.

c) Un síndrome: ataque al estado general.

Con el conjunto de síntomas debilidad, cansancio, pérdida del apetito, pérdida de peso, integramos un síndrome de ataque al estado general para analizar si desde este punto de vista había diferencia entre asustados y controles. Encontramos que de los 50 enfermos asustados 16 presentaron este síndrome, en tanto que sólo 5 de los 50 controles lo presentaron. La diferencia es estadísticamente significativa ( $X^2 = 7.3$  gl=1  $p < 0.01$ ) a un nivel muy alto, lo que significa que si bien la sintomatología específica no resultó útil para diferenciar a los enfermos asustados de los controles, la sintomatología agrupada en el síndrome del ataque al estado general sí estableció diferencia.

## d) Conclusiones generales en cuanto a sintomatología.

1. No se encontró un síntoma patognomónico del "susto".
2. Como síntoma aislado, solo la fiebre distinguió a asustados de controles, siendo más frecuente en éstos.
3. Si se reúnen todas sus presentaciones, el dolor fue el síntoma más frecuente. Parece haber predominancia de dolores musculares en los controles y de dolores viscerales en los asustados; sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas.
4. En cuanto a aparatos y sistemas, parecer ser el digestivo el que más síntomas provoca: mal sabor de boca, dolor de estómago, diarrea, tanto en asustados como en controles.
5. Puede suponerse un estado nutricional deficiente entre los enfermos examinados, así como la presentación frecuente de cuadros infecciosos.
6. No se puede deducir, por la sintomatología, que los enfermos asustados padezcan más que los controles de algún aparato o sistema específico.
7. La presencia de algunos síntomas en una alta proporción de enfermos permite suponer que existe patología psicoemocional importante en ambos grupos.
8. Lo único realmente determinante para distinguir a los enfermos asustados de los controles fué el síndrome del ataque al estado general que los asustados padecieron en un grado significativamente más elevado.

#### 4. Enfermedad Orgánica.

Hasta ahora las enfermedades populares -paralelas, las llamamos nosotros por razones ya explicadas- han sido vistas con es caso interés por la medicina y los médicos. Uno de los objetivos de esta investigación era evaluar si los enfermos de "susto" padecían en realidad enfermedades orgánicas de importancia, algún tipo específico de enfermedad, y si estaban igual, más o menos enfermos que los pacientes que no sufrían de "susto". El problema inicial fué definir que entendíamos por "más enfermo orgánicamente". ¿Está más enfermo el paciente que sufre de varias dolencias al mismo tiempo? ¿O está más enfermo quien sufre de una sola enfermedad pero ésta amenaza su vida en mayor grado que las varias enfermedades que afectan al otro paciente? En el intento de responder a estas preguntas se trató de evaluar la enfermedad orgánica desde tres aspectos básicos: el cuantitativo, o sea el número de enfermedades que se diagnosticó en cada paciente; el cualitativo, o sea el tipo de enfermedades que sufrían los pacientes según los diagnósticos realizados por los médicos por una parte, y según los exámenes de laboratorio -sangre y heces fecales- que aportarían los datos -- más objetivos, por otra. En cuanto a la gravedad, o sea el grado en que estaba amenazada la vida de los pacientes por las enfermedades que sufrían, se acudió a un procedimiento elaborado específicamente con este objeto, y que se aborda en el inciso 6 de este capítulo: Gravedad y Severidad, y en el 7: Letalidad y Gravedad. A continuación presentamos los resultados cuantitativos y cualitativos de enfermedad orgánica, con un recordatorio previo sobre aspectos metodológicos.

La Historia Clínica (Apéndice No. 1) fué llenada por dos médicos, el autor, y un estudiante del último año de medicina de la Universidad Benito Juárez de Oaxaca, quien trabajó bajo la

dirección del primero; cada uno recogió la información y examinó a diferentes pacientes, siguiendo las mismas directrices. - Este es el equipo A. Posteriormente el equipo B, integrado -- por dos médicos generales que no tuvieron contacto con los enfermos, analizaron las historias clínicas cada uno por separado, realizando sus respectivos diagnósticos sobre cada paciente. Ambos equipos desconocían la calidad de asustado o control de cada paciente, el cual fue identificado con una clave que - permitió posteriormente incluir a cada uno en su grupo correspondiente. Un tercer equipo de médicos, dos, dirigidos por el autor, tabuló los diagnósticos realizados en cada paciente -- por cada médico del equipo B, clasificando cada diagnóstico de acuerdo a la 8ª Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y editada por la Organización Panamericana de la Salud (Washington) en 1967.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, las muestras de sangre en ayunas y de heces fecales fueron recogidas en el domicilio de los pacientes y examinadas en un laboratorio de reconocido prestigio en la ciudad de Oaxaca. Se cuidó de que los - materiales llegaran en buenas condiciones, en termos especiales para ese fin.

A) Aspectos cuantitativos de la enfermedad orgánica.

En este apartado se analiza la cantidad de enfermedades diagnosticadas en los enfermos, con el fin de determinar si los enfermos de "susto" sufren de igual o mayor cantidad de enfermedades orgánicas que los pacientes controles. Se presentan los datos de cada médico por separado y luego los de los dos en su conjunto.

CUADRO No. 9  
 ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS EN 50 ENFERMOS CON SUSTO Y 50 SIN SUSTO  
 OAXACA, MEXICO

Grupo	Categoría de las enfermedades	Clave CIE	CHINANTECOS				ZAPOTECOS				MESTIZOS				TOTAL			
			Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
			A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C
I	<b>INFECCIOSAS Y PARASITARIAS</b>	006-116	8	6	25	17	7	6	7	5	3	2	11	13	18	14	43	35
	Amibiasis	006	1	2	4	3	5	5	4	4	2	-	8	8	8	7	16	15
	Tuberculosis pulmonar	011	1	-	-	-	2	1	1	1	-	-	1	-	3	1	2	1
	Oncocercosis	125.3	2	2	6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	6	-	
	Ascariasis	127.0	1	-	6	5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	6	5	
	Parasitosis intestinal no especificada	129	1	1	6	7	-	-	1	-	1	2	2	5	2	3	9	12
	Otras		2	1	3	2	-	-	1	-	-	-	-	2	1	4	2	
II	<b>TUMORES SIN ESPECIFICAR MALIGNIDAD</b>	140-239	-	-	1	2	1	-	2	-	-	-	-	1	-	3	2	
III	<b>GLANDULAS ENDOCRINAS DE LA NUTRI - CION Y DEL METABOLISMO</b>	240-279	-	-	1	1	2	-	-	-	-	1	1	2	-	2	2	
IV	<b>SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS</b>																	
	Anemia no especificada	285.9	3	1	14	14	6	2	7	4	2	3	14	15	11	6	35	33
V	<b>TRASTORNOS MENTALES</b>	290-315	6	2	21	7	3	-	3	-	1	-	3	1	10	2	27	8
	Psicosis no especificada	299	1	1	5	2	1	-	2	-	1	-	1	-	3	1	7	3
	Neurosis	300	1	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	5	-
	Neurosis depresiva	300.4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	3	-
	Trastornos de la personalidad S.A.I	301.9	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
	Alucinaciones no clasificables en otra parte	306	3	-	10	-	1	-	-	-	-	-	-	4	-	10	-	
	Específicos del sueño(trastornos)	306.4	1	1	1	5	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	5	
VI	<b>SISTEMA NERVIOSO, ORGANOS DE LOS SENTIDOS.</b>	320-389	2	3	5	4	6	7	4	-	3	1	11	3	11	11	20	7
	Epilepsia no especificada	345.9	-	-	2	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3	2
	Conjuntivitis y ophtalmia	360	1	2	2	2	-	2	-	-	-	-	-	1	4	7	2	
	Defectos de refracción	370	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	1	2	-
	Pterigión	372	-	-	-	-	3	2	2	-	1	-	2	2	4	2	9	2
	Catarata	374	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	1	-	1	1	2	-
	Ceguera de un ojo	379.3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	1
	Disminución de la audición	389.9	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	
	Otras		-	-	-	-	1	2	-	-	1	1	1	2	3	1	-	
VII	<b>APARATO CIRCULATORIO</b>	390-458	4	1	10	9	3	4	3	-	1	2	-	6	8	7	13	15
	Enfermedades del endocardio	397	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	Hipertensión esencial benigna	401	-	1	7	3	-	1	1	-	-	1	-	3	3	6	6	
	Mal definidas del corazón	429	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	-	
	Varicos en M.I. sin úlcera	454.9	-	-	-	4	-	1	1	-	-	-	1	-	1	1	5	
	Hipotensión	458.0	3	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	2	1	
	Otras		1	-	-	-	3	1	-	-	1	-	2	5	1	-	2	

A = Con susto  
 C = Sin susto (Controles)  
 - = 0

cuadro No. 9 (cont.)

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS\* EN 50 ENFERMOS CON SUSTO Y 50 SIN SUSTO  
OAXACA, MEXICO

GRUPO	Categoría de las enfermedades	Clave CIE	CHINANTECOS				ZAPOTECOS				MESTIZOS				TOTAL			
			Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
			A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C
VIII	APARATO RESPIRATORIO	460-519	-	4	6	10	2	-	1	-	-	2	9	6	2	6	16	16
	Faringo-amigdalitis	462.463	-	2	4	3	-	-	-	-	1	-	-	-	3	4	3	3
	Bronquitis crónica	491	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	2	2
	Hipertrofia amigdalina	500	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	2	4
	Desviación de tabique nasal	504	-	1	-	4	1	-	1	-	-	1	-	-	1	1	2	4
	Polipo Nasal	505	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	2	2	-
	Otras de vías respiratorias altas	508	-	-	2	-	1	-	-	-	-	1	2	1	-	3	2	-
	Otras		-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	1	1
IX	APARATO DIGESTIVO	520-577	3	1	14	7	7	3	3	-	1	-	9	10	11	4	26	17
	Caries dental	521.0	1	-	6	4	2	1	1	-	1	-	5	6	4	1	12	10
	Ausencia dental adquirida	525.0	2	-	3	1	1	1	-	-	-	4	1	-	3	1	7	2
	Gastritis y duodenitis	535	-	-	1	1	2	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	2
	Enteritis crónicas	563.9	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	1
	Otras		-	-	1	-	2	1	2	-	-	-	2	-	2	1	3	2
X	APARATO GENITO URINARIO	580-629	-	-	2	5	-	-	1	1	-	-	2	3	-	-	5	9
	Nefritis no calificada	583	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	-
	Salpingitis y ooforitis	614	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-
	Leucorrea	629.3	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-
	Otras		-	-	2	2	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	3	4
XII	PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO	680-709	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	2	1
XIII	OSTEOMUSCULAR TEJIDO CONJUNTIVO	710-738	-	3	2	5	1	4	-	3	1	2	3	11	2	9	5	19
	Artritis reumatoide y estados patológicos afines	712	-	2	2	2	-	3	-	3	1	-	3	7	1	5	5	12
	Osteoartritis no especificada y mialgias	713.0-717.9	-	-	-	3	1	1	-	-	1	-	2	-	1	2	-	5
	Discopatía Intervertebral	725.1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1
	Todas las demás	728.7-728.9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	1
XIV	ANOMALIAS CONGENITAS	745.0	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
XVI	SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	780-796	-	-	-	1	3	3	4	-	-	-	4	-	3	3	4	5
	Edema e hidropesía	782.6	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	2
	Hipertrofia linfática	782.7	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	2	1
	Hepatomegalia	785.1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-
	Otras		-	-	-	1	1	3	1	-	-	-	1	-	1	3	1	2
XVII	ACCIDENTES, ENVEHENAMIENTOS Y VIOLENCIAS	N 800, N 922	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-
	Total, todos los diagnósticos		26	23	101	82	41	30	35	13	12	13	66	74	79	66	201	169
	Personas examinadas		4	4	15	15	7	7	7	5	3	3	14	16	14	14	36	36

A = Con Susto  
C = Sin susto (Controles)  
- = 0

\* Agrupadas según la Clasificación Internacional 8a. revisión OMS.

- Cantidad de patología orgánica diagnosticada por cada médico.

Los dos médicos calificadores -del equipo B de médicos- encontraron mayor cantidad de enfermedades en los pacientes asustados que en los controles; uno de los médicos hizo, en promedio, 4.14 diagnósticos de patología orgánica en cada paciente asustado, y 3.82 en cada paciente control, o sea que los primeros tenían según ese médico, 8.4% más de patología orgánica. El otro médico calificador encontró 15.2% más de patología orgánica en los enfermos asustados que en los controles, con un promedio de 4.24 enfermedades en cada paciente asustado y 3.68 en cada control. Las diferencias no son estadísticamente significativas pero los médicos coincidieron en que los enfermos asustados sufrían de mayor patología orgánica que los enfermos controles.

- Cantidad de patología orgánica reuniendo los diagnósticos médicos.

Al analizar los diagnósticos que los médicos hicieron en cada paciente, se encontró coincidencia en 320 diagnósticos de patología orgánica hecha por ambos; además, uno de ellos hizo 78 diagnósticos solo él, y el otro, 76. Hubo pues, una coincidencia diagnóstica de 81% dentro del total de 794 diagnóstico de patología orgánica realizado por ambos médicos.

En cuanto a la patología en cada grupo, el promedio de enfermedades orgánicas se elevó a 4.86 entre los enfermos asustados y a 4.5 entre los controles, o sea que combinando los diagnósticos de ambos médicos, resultó que los enfermos asustados sufrían un 8% más de patología orgánica que los enfermos controles.

B) Tipo de enfermedades orgánicas encontradas.

En el cuadro no. 9, y siguiendo la Clasificación (OMS/OPS) Internacional de Enfermedades, se describe la patología encontrada en los enfermos, tanto orgánica como mental; sin embargo, los hallazgos en relación a esta última se analizan más adelante. La Clasificación Internacional incluye 17 grandes grupos, y de ellos, 15 figuran en el cuadro; no figura patología del grupo XI

"Complicaciones del embarazo, parto y puerperio" dado que la población estudiada no presentó patología de este tipo, tal vez - por lo habitual que es en medio rural el considerar dentro de - lo normal el proceso embarazo-parto-puerperio, proceso que no - motivan la consulta médica como en el medio urbano. Y tampoco aparece patología del grupo XV, "Ciertas causas de morbilidad perinatal" dado que el estudio se realizó solamente en personas de 18 años y más.

La patología más frecuentemente encontrada fue la infecciosa y parasitaria (Grupo I) de la que se hizo 61 diagnósticos en los 50 enfermos asustados y 49 en los 50 controles, o sea que en promedio, cada enfermo asustado tenía más de una enfermedad de este tipo.

La amibiasis fue, dentro de las enfermedades infecciosas y parasitarias, la más frecuente: 24 casos entre los asustados y 22 - entre los controles o sea el 43% del total de pacientes examinados. Esto habla de las deficientes condiciones de saneamiento ambiental en que la población de las tres localidades vive, ya que con variaciones, el problema se encontró en todas; además, y dentro del mismo contexto de saneamiento deficiente, la segunda causa de patología dentro de este grupo fue el parasitismo - intestinal que afectó -incluyendo la Ascariasis o lombriz común- a 18 enfermos asustados y a 20 de los controles, o sea 36% y 40% de cada grupo respectivamente (Más adelante se hace un análisis de los hallazgos que en este aspecto proporcionó el laboratorio).

De oncocercosis -la filaria que llega a producir ceguera- fueron encontrados 10 casos, todos en la población chinanteca; 2 - hombres asustados, 6 mujeres asustadas y 2 hombres controles; - eso significó el 50% de los hombres asustados, el 40% de las mujeres asustadas y el 50% de los hombres controles. No hubo casos entre las mujeres controles. La diferencia en el ataque - global -42% del total de enfermos asustados y 10.5% del total - de controles- es estadísticamente significativa y avala los ha-

hallazgos de que en general, los enfermos asustados sufren de más patología orgánica que los no asustados.

La tuberculosis pulmonar fué diagnosticada en 5 enfermos asustados y en 2 controles; de los asustados 3 eran hombres -el 21% - de los 14 estudiados- y 2 mujeres, el 5.5%. Los hombres asustados parecen estar más gravemente enfermos, orgánicamente, que las mujeres asustadas.

En resumen, la patología infecciosa y parasitaria afecta más a los enfermos con susto que a los enfermos que no lo padecen, y el análisis específico de las enfermedades dentro de este grupo señala que en algunas de ellas la diferencia en el ataque alcanza niveles de significancia estadística.

Después de la infecciosa y parasitaria, la patología más frecuente fue la del grupo IV, que engloba a las enfermedades de la sangre y de los órganos que la producen. La anemia fue la enfermedad específica -y única- diagnosticada, en 46 de los enfermos asustados -92%- y en 39 (78%) de los enfermos controles. Estos son diagnósticos clínicos que no necesariamente coinciden con los resultados del laboratorio, y que muestran una vez más las diferencias de mayor patología orgánica entre los enfermos que sufren de susto, hallazgo que por lo consistente no deja de sorprender. En este caso la diferencia entre hombres y mujeres asustados favorece a los primeros: mientras que de las mujeres sufría anemia el 97% -35 de las 36 mujeres asustadas- de los hombres la sufrían "solo" 11 de 14, o sea el 78% .

La anemia en tan elevada proporción de pacientes está ligada seguramente a factores nutricionales, deficiente ingestión de hierro, y al parasitismo intestinal que como vimos anteriormente afecta con intensidad a la población estudiada. Es una situación clásica de subdesarrollo afectando la salud de la población,

con la variante de que afecta más intensamente a un sector de ella, el sector que padece la entidad en estudio, el "susto".

En tercer lugar, la patología más frecuente fue la del Aparato Digestivo (Grupo IX) que afectó al 74% de los enfermos asustados y al 42% de los controles -al 58% de la muestra total- estableciendo diferencias que se detallan más adelante; luego las Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Organos de los Sentidos - (grupo VI) que afectaron al 62% de los enfermos asustados y al 36% de los controles; los Trastornos Mentales (Grupo V) al 74% de los asustados y al 20% de los controles; las enfermedades del Aparato Circulatorio (Grupo VII) al 42% de los asustados y al 44% de los controles; las del Aparato Respiratorio (Grupo VIII) al 36% de los asustados y al 44% de los controles, y luego una diferencia interesante que presentaría la excepción dentro de los hallazgos: las enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo (Grupo XIII) que afectaron al 14% de los enfermos asustados y al 56% de los controles.

En cuanto al tipo de enfermedades que más diferencia establecieron entre los enfermos con y sin "susto", el más determinante -estadísticamente- fue el Grupo V, Trastornos Mentales, que se analiza más adelante. Dentro de la patología orgánica fueron las enfermedades del Aparato Digestivo: 37 entre los enfermos con susto y 21 entre los controles.

La diferencia es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 9.4$ ,  $gl=1$   $p < 0.01$ ) pero el análisis de los diagnósticos no permite señalar a ninguna enfermedad como "típica" del enfermo asustado. En efecto, las más frecuentes dentro de las enfermedades digestivas fueron enfermedades de los dientes: 16 de caries dental - entre los asustados y 11 entre los controles; y pérdida de dientes entre 10 asustados y 3 controles; 6 casos de gastritis y duodenitis entre los asustados y 4 entre los controles; y 5 más de este aparato entre los asustados por 3 de los controles.

También las enfermedades del grupo VI, Enfermedades del Sistema Nervioso Central y de los Organos de los Sentidos establecieron diferencia significativa desde el punto de vista estadístico - entre asustados y controles; entre los primeros hubo 31 casos y entre los segundos 18 ( $X^2 = 6.7$  gl=1  $p < 0.01$ ). Sin embargo la - diferencia no significa que alguna de las enfermedades de este - grupo puede considerarse propia y específica del "susto" ya que 13 de las 31 afecciones fueron pterigión (9 en los asustados y 4 en los controles) 3 fueron trastornos de refracción (2 en -- asustados y uno en los controles) y luego siguieron conjuntivi- tis y oftalmía, 3 asustados y 6 controles; cataratas en 3 asus- tados y un control; y ceguera de un ojo, un asustado y un con- trol. En total, 23 asustados y 13 controles con enfermedades - de los ojos. Dentro de este mismo grupo VI hubo 3 casos de epi- lepsia entre los asustados y 2 entre los controles; dos pacien- tes asustados habían perdido parcialmente el oído (ninguno de - los controles presentó este problema) y por último, 3 casos de "otras" enfermedades entre cada grupo, asustados y controles. - Obviamente no habría base para suponer que alguna de estas en- fermedades, o todas agrupadas, tipifican al enfermo con "susto".

Por otra parte, hubo enfermedades significativamente bajas en - tre los enfermos asustados al compararlos con los controles; en el Grupo XIII, Enfermedades del Sistema Musculoesquelético y - del tejido conectivo, hubo 28 diagnósticos entre los enfermos - sin "susto" (controles) y 7 entre los enfermos asustados ( $X^2 = 19$  gl=1  $p < 0.01$ ). Dentro de este grupo la enfermedad más frecuen- te fué la artritis reumatoide y condiciones patológicas relacio- nadas con ella: 17 entre los controles y 6 entre los asustados. Esta sola afección dentro del Grupo XIII marcó diferencia esta- dísticamente significativa entre asustados y controles ( $X^2 = 6.8$  gl=1  $p < 0.01$ ). Luego estuvo la "osteoartritis y mialgias ines- pecíficas" que afectaron a 7 controles y a un asustado; patolo- gía de los discos intervertebrales en dos controles y ningún - asustado, y por último, dos problemas más dentro del grupo de - controles y ninguno dentro de los asustados. Llama la atención la consistencia con que las diversas enfermedades de este grupo

XIII afectan menos a los enfermos con "susto" y ulteriores investigaciones tal vez penetren en la explicación; por de pronto no podría decirse que la falta o disminución de enfermedades del Grupo XIII pueda tipificar ni mucho menos bastar para hacer diagnóstico de "susto"

De los resultados anteriores puede concluirse en que ninguna enfermedad o grupo de enfermedades orgánicas es característica ni basta para explicar o diagnosticar al enfermo de "susto". Se evidencia que en la mayoría de los grupos de Clasificación Internacional (con la excepción interesante del Grupo XIII) los enfermos con "susto" están más representados que los enfermos controles, lo que lleva a la conclusión de que el enfermo de "susto" está en general más enfermo orgánicamente que el enfermo sin "susto" y que pueda presentar diversas enfermedades sin que ninguna le sea exclusiva ni característica.

##### 5. Morbilidad detectada en el Laboratorio.

El laboratorio ofreció resultados -los más objetivos dentro de todo el estudio sobre los niveles de anemia y de parasitismo intestinal que sufrían los pacientes examinados. Las técnicas empleadas fueron descritas en el capítulo de metodología.

Anemia. Debido a que los valores normales de hemoglobina y de hematócrito son diferentes para hombres y mujeres, los resultados se presentan por separado en los cuadros 10 y 11.

En los hombres que padecían susto el promedio de hemoglobina -hierro ligado a la proteína hemática- fue de 12.47 gramos - por cada 100 mililitros de sangre, con una desviación estándar de 1.53; en los hombres controles -sin susto- el promedio fue de 13.93 y la desviación estándar de 1.08. Esa diferencia de 1.46 gramos entre ambos grupos, resultó estadísticamente significativa con una probabilidad de error menor al 1 en 100 - ( $t=2.92$  g.l. 26 en hombres  $p < 0.01$ ) y  $t=1.14$  g.l. 70 en mujeres  $p > 0.05$ ). Ambos grupos se encontraban por debajo de lo normal -15.5 g. por 100 ml. de sangre con la técnica empleada- pero los asustados más que los controles.

Al analizar por separado las tres localidades los resultados son consistentes o sea que en cada una de ellas los hombres asustados tenían niveles más bajos de hemoglobina que los controles; esa diferencia fue más manifiesta entre los chinantecos -12.13 contra 14.73- y menor entre los zapotecos, lo que señala que aunque hay variaciones de un lugar a otro, consistentemente los hombres asustados tienen niveles menores de hemoglobina en la sangre, que los enfermos hombres sin susto.

En cuanto al hematócrito -volumen de glóbulos rojos en 100 mililitros de sangre, los resultados fueron similares aunque no

llegan a nivel de significancia estadística; en las tres localidades, y por tanto en el grupo en su conjunto, el hematócrito fué más elevado, o sea que disponían de mayor volúmen de glóbulos- y por tanto de mayor capacidad para trasportar oxígeno a los tejidos en los enfermos sin susto que en los asustados. La fluctuación fue de 38 entre los asustados zapotecos hasta 47 entre los controles mestizos, siendo 47 precisamente el promedio de hematócrito normal del hombre. En la muestra total, los hombres asustados tuvieron 39.36 de promedio con 4.24 de desviación estándar, y los controles 41.93 y 4.36 respectivamente, lo que coincide con los resultados de hemoglobina en el sentido de que fueron grupos bastante homogéneos -los asustados por una parte y los controles por otra- en cuanto a sus respectivos niveles de anemia.

Correlación entre hemoglobina y hematócrito. Entre los enfermos asustados la correlación fué muy elevada:  $r=0.91$ , y entre los controles también aunque ligeramente menor:  $r=0.84$ , en ambos casos con  $p=$  menos a 1 en 100. Esto avala la validez y confiabilidad de las pruebas, que se complementan para el diagnóstico de anemia y que hace no indispensable el conteo de glóbulos por milímetro cúbico. La utilidad de aplicar ambas se manifestó en que además de hacer consistentes los resultados, una de ellas describió incluso a nivel de significancia estadística; la conclusión es que el laboratorio detectó niveles más severos de anemia entre los enfermos asustados que entre los controles.

En las mujeres -cuadro 11- el promedio de hemoglobina normal con la técnica empleada es de 14.8 gramos por cada 100 ml. de sangre. Las enfermas asustadas tuvieron en promedio 11.43 y las controles 11.85 o sea que ambos grupos, pero más las asustadas, estaban por debajo de lo normal. La diferencia no llegó a niveles de significancia estadística pero al igual que en los hombres, la mayor deficiencia de hemoglobina en las pacientes con susto se observó en las tres localidades. En --

cuanto al hematócrito -42 ml/100 ml. de sangre como promedio normal- fué de 35.5 entre las enfermas con susto y de 35.8 - entre las enfermas controles. Tampoco la diferencia es estadísticamente significativa y se repite en dos de las tres localidades; solamente entre las mestizas las controles estuvieron ligeramente peor -33.8 contra 33.9- que las asustadas.

La correlación entre nivel de hemoglobina y nivel de hematócrito también fué elevada -0.81 entre las asustadas y 0.93 - entre las controles, con p menor a 1 en 100- lo que repite la validez y confiabilidad de los procedimientos empleados.

Diferencia entre hombres y mujeres. Aunque en ambos sexos - el susto se acompañó de mayor nivel de anemia (en comparación con los enfermos sin susto) la diferencia fué mayor entre los hombres. Esto puede interpretarse en el mismo sentido que apuntan otros hallazgos, o sea que el susto establece un ataque más severo a la salud del hombre probablemente debido a su resistencia a aceptar tratamientos a los problemas que implican debilidad, llegando a hacerlo solo cuando el problema ha avanzado hacia etapas más graves. En la mujer la aceptación es más fácil no estableciéndose tan marcada diferencia -aunque la hay- entre las que padecen susto y las que no.

#### Parasitismo Intestinal

Como se señaló en la metodología, el parasitismo intestinal fué explorado en una sola muestra de heces fecales de cada paciente, en lugar de tres muestras como es lo habitual. Eso, por dificultades logísticas. Los resultados que se exponen a continuación describen una situación seguramente inferior a la realidad, ya que con tres muestras se destacarían más parásitos que con una (véase cuadro No. 12).

De los 100 enfermos, solo en 26 no se encontró ningún parásito

to; en los 74 restantes se encontró uno o más. Los enfermos que padecían susto sufrían mayor grado de parasitismo que los controles; en el 58% de ellos se encontró por lo menos un parásito y en el 22%, dos o más parásitos intestinales; en los enfermos controles se encontró que el 46% tenían por lo menos un parásito y en el 22% fueron encontrados dos o más parásitos por paciente. En total, el 80% de los enfermos asustados estaban parasitados, contra el 68% de los enfermos controles. Estas diferencias no alcanzan el nivel de significancia estadística fijado pero salvo en la localidad chinanteca, se confirman en el resto de los pacientes. En efecto, entre los zapotecos se encontró parasitado el 78% de los enfermos asustados y al 67% de los controles, y entre los mestizos la diferencia fué aún mayor: estaba parasitado el 71% de los pacientes asustados y solo el 37% de los controles. En esta última localidad la diferencia si es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 5.49$ , 96.1  $p < 0.05$ ). En la localidad Chinanteca, en cambio, se encontró parásitos en el 100% de los enfermos controles y "solo" en el 90% de los pacientes asustados; la diferencia no es significativa.

En cuanto al sexo, en el total de la muestra, tenía parásitos el 78% de las mujeres y el 68% de los hombres; la diferencia entre asustados y controles repite los hallazgos en otros aspectos, o sea que los hombres asustados están en peores condiciones, comparados con los controles, que las mujeres asustadas con sus respectivos controles. Así, se encontró parásitos en el 79% de los hombres asustados y solo en el 57% de los controles, una diferencia de 22; en cambio en las mujeres la diferencia fué de 9, ya que estaba parasitado el 81% del grupo de asustadas y el 72% del grupo control.

Estos resultados muestran en primer lugar, el alto grado de expoliación a que se encuentran sometidas las poblaciones estudiadas a causa de los parásitos intestinales, especialmente

la población chinanteca, las mujeres más que los hombres, y los hombres asustados en mucho mayor grado que los no asustados.

En cuanto al tipo de parásitos detectados en el laboratorio, el más frecuente -y peligroso- fue la *Amiba histolítica*, que se encontró en 27 de los 50 enfermos con susto -en más de la mitad- y en 22 de los 50 controles. En segundo lugar, el *Ascaris lumbricoides* -la lombriz común- que afectó casi por igual a asustados y controles, al 28% de los primeros y al 26% de los segundos; luego y con menor frecuencia, se encontró tricocefaliasis en 7 casos -3 asustados y 4 controles- *Giardia lamblia*, que podría estar relacionada con el dolor abdominal referido por los pacientes y que se encontró en 5 de los enfermos asustados -el 10% del grupo- y en uno de los enfermos del grupo control; se encontró también, dos casos -de *Tenia saginata*, *Uncinaria*, *Oxiuros vermicularis*, *Iodamoeba butschlii* y *Tricomona intestinalis*, y por último, se diagnosticó un caso -en un hombre, control chinanteco- de *Strongyloides stercoralis*.

La diversidad de parásitos encontrados, y en una sola muestra, permite suponer que la fauna parasitaria es aún más diversa en las poblaciones estudiadas, especialmente en la población chinanteca, donde se encontró la mayor proporción de enfermos parasitados, y la mayor diversidad de parásitos.

CUADRO NO. 10

NIVELES MEDIOS DE HEMOGLOBINA Y DE HEMATOCRITO EN HOMBRES CON Y SIN SUSTO

	HEMOGLOBINA		HEMATOCRITO	
	ASUSTADOS	CONTROLES	ASUSTADOS	CONTROLES
CHINANTECOS	12.13	14.73	40.25	47.00
ZAPOTECOS	12.77	13.70	39.43	39.60
MESTIZOS	12.23	13.40	38.00	40.66
T O T A L :	$\bar{X}$ = 12.47 <sup>*</sup>	13.93	39.36 <sup>+</sup>	41.93
	s= 1.53	1.08	4.24	4.36

\* En relación a controles, diferencia significativa  $t=-2.98$   $p < 0.01$ .

+ Diferencia no significativa en relación a controles.

CUADRO No. 11

NIVELES MEDIOS DE HEMOGLOBINA Y DE HEMATOCRITO EN MUJERES CON Y SIN SUSTO

	HEMOGLOBINA		HEMATOCRITO	
	ASUSTADAS	CONTROLES	ASUSTADAS	CONTROLES
CHINANTECAS	11.88	12.43	37.0	37.6
ZAPOTECAS	11.10	12.18	35.6	36.0
MESTIZAS	11.12	11.21	33.9	33.8
TOTAL :	$\bar{X} = 11.43^+$	11.85	$35.5^+$	35.8
	s = 1.38	1.73	4.3	5.0

+ En relación a controles, diferencia no significativa.

CUADRO NUM. 12

PARASITISMO INTESTINAL POR LABORATORIO

GRUPO ETNICO	ASUSTADOS			NO ASUSTADOS		
	% SIN PARASITOS	% CON PARASITOS		% SIN PARASITOS	% CON PARASITOS	
		UNO	2 O MAS		UNO	2 O MAS
TOTAL	20	58	22	32	46	22
CHINANTECOS	10	53	37	0	53	47
ZAPOTECOS	22	64	14	33	67	0
MESTIZOS	29	59	12	63	26	11

## 6. Enfermedad mental.

En este apartado se describen los hallazgos provenientes de -- dos fuentes de información: el Examen Clínico, y el Test de -- Langner para evaluación de daño psiquiátrico.

Dentro de enfermedad mental, o Trastornos Mentales, o Desórdenes Mentales como señala el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se incluye no solamente a los problemas de enfermedad mental propiamente dicha, sino también a problemas de la afectividad y de las funciones psicológicas. - Así, están en este capítulo desde las psicosis hasta las pesadillas, desde los más serios problemas de conducta, hasta los estados temporales de angustia, ansiedad y depresión.

No ha sido posible distinguir -por razones que se explican más adelante- entre los pacientes que sufrían realmente de enfermedad mental y quienes sufrían de problemas psicoemocionales conservando intactas sus funciones cerebrales. Por tanto, los términos que se usan de enfermedades, trastornos o desórdenes, y de mental, psicológico, o psicoemocional, englobarán a todos - los diagnósticos que los médicos hicieron en estas áreas y que no corresponden a una patología orgánica definida y definible dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

### Resultados del Examen Clínico.

#### A) Aspectos cuantitativos de la enfermedad mental.

Los médicos diagnosticaron patología mental en 29 de los enfermos asustados y en 10 de los controles. El número de enfermedades diagnosticadas fué de 37 en el primer grupo -1.3 enfermedades por paciente- y de 10 en el segundo, una enfermedad por paciente. Estos resultados ponen en la mesa de discusión el tema

de si es legítimo hablar de varias enfermedades mentales en un mismo paciente. Así como no cabe duda que un paciente con onco<sup>c</sup>ercosis, cirrosis hepática y fractura de un femur tiene tres enfermedades orgánicas, surge el problema de cuantificar la enfermedad mental, por ejemplo en un paciente que sufre de angustia, pesadillas y trastornos de la conducta. Son tres trastornos con un código de clasificación, diferente cada uno, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, y podrían corresponder a una sola enfermedad mental con tres síntomas; pero, - qué hacer si esa enfermedad no logra ser diagnosticada? ¿Es la angustia una psiconeurosis que denota un conflicto del individuo consigo mismo? ¿Son los trastornos de la conducta un problema adicional que muestran el conflicto del individuo con el medio? Puede haber angustia sin trastornos de la conducta, y viceversa, o sea que pueden corresponder a diferentes enfermedades. ¿Y las pesadillas? ¿Son manifestaciones del inconsciente respecto a conflictos del individuo consigo mismo, con el medio, o de ambos tipos? La respuesta a estas preguntas, y - - otras que surgen al tratar de responderlas, trascienden los límites de este trabajo. Seguiremos pues, exponiendo los resultados a que llegaron los médicos tanto desde el punto de vista - cuantitativo - lo que incluye la posibilidad de varios diagnósticos por paciente- como, en el siguiente apartado, desde el punto de vista cualitativo.

El promedio de enfermedades mentales diagnosticadas en los enfermos asustados fue de 0.74 por paciente (37 en 50) mientras que en los controles fué de 0.20 (10 en 50).

Al comparar los dos grupos de enfermos en cada localidad, el promedio de enfermedades mentales por paciente es consistentemente más elevado entre los enfermos asustados, llegándose en los enfermos asustados chinantecos a que el número de enferme

dades mentales diagnosticadas superó al número de pacientes, - 27 y 19 respectivamente, lo que da un promedio de 1.4 enfermedades mentales por paciente. Cuantitativamente, pues, los pacientes asustados estuvieron significativamente más enfermos -mental y/o psicoemocionalmente- que los pacientes controles.

Dentro de todos los grupos de enfermedades de la Clasificación Internacional, este de Desórdenes Mentales fué el que más distinguió entre enfermos con y sin "susto"; en total, por cada diagnóstico de enfermedad mental en los pacientes controles hubo 3.7 diagnósticos en los pacientes asustados; el grupo que ocupó el segundo lugar en este sentido fué el IX, Enfermedades del Sistema Digestivo, en el que por cada diagnóstico entre los enfermos controles, se hizo 1.76 entre los asustados.

#### B) Aspectos cualitativos en la enfermedad mental.

Los aspectos cualitativos se refieren por una parte a los enfermos y por otra a las enfermedades. En relación a los enfermos analizaremos las diferencias entre asustados y controles -considerando solamente si tenían o no enfermedad mental; es decir, eliminando el aspecto cuantitativo que se discutió anteriormente. En cuanto a las enfermedades, veremos qué diagnósticos hicieron los médicos en los pacientes.

#### Enfermos con y sin patología mental.

Uno de los médicos diagnosticó patología mental en 16 de los enfermos asustados, es decir en el 32% de este grupo, y en ninguno de los enfermos del grupo control. El otro médico hizo ese tipo de diagnóstico en 24 (48%) de los asustados y en 10 (20%) de los controles. En ambos casos las diferencias son estadísticamente significativas.

Para definir, dentro de un contexto de mayor exigencia, si los enfermos de "susto" estaban realmente más enfermos desde el -- punto de vista mental (o psicoemocional) que los enfermos con -- troles, analizamos las diferencias considerando tres grupos: - con patología mental, a aquéllos en que ambos médicos hubieran coincidido en el diagnóstico; posiblemente enfermos, a quienes solo uno de los médicos diagnosticó enfermedad, y sanos al -- resto, o sea a quienes ambos médicos encontraron bien. El re-- sultado fué: entre los pacientes asustados, 11 enfermos, 18 po-- siblemente enfermos (5 según un médico y 13 según el otro) y - 21 sin enfermedad. Entre los controles fueron 0 enfermos, 10 - posiblemente enfermos y 40 sin enfermedad. Esta diferencia só-- lo muy remotamente podría darse por azar y estadísticamente -- tiene alto nivel de significancia ( $\chi^2 = 19.18$  gl=2  $p < 0.01$ ) lo que autoriza a afirmar que también desde el punto de vista cua-- litativo -quienes sí y quienes no presentaron desórdenes menta-- les- el grupo de pacientes asustados presentó más enfermedad - mental que el grupo de controles.

La Enfermedad Mental fué consistente como diferenciador entre asustados y controles a nivel de localidad: entre los chinante-- cos fué diagnosticada en 95% de los pacientes asustados y en - 74% de los controles; entre los zapotecos fué diagnosticada en 36% de los asustados y en ninguno de los controles, y entre -- los mestizos, la enfermedad mental fue diagnosticada en 35% de los pacientes asustados y en 5% de los controles. Por tanto, - aunque parece que la diferencia cultural hace que el médico -- diagnostique menos o más enfermedad mental, dentro de cada gru-- po cultural la enfermedad mental diagnosticada por los médicos fué significativamente más elevada en los enfermos asustados.

Enfermedades diagnosticadas. La enfermedad mental más diagnos-- ticada fue la psicosis, en el 20% de los pacientes asustados y

en el 8% de los controles. Luego hubo tres enfermedades diagnosticadas solamente en los enfermos asustados: Neurosis en 6 casos, Neurosis depresiva en 3 y Trastornos de la personalidad en 2. Los trastornos del sueño afectaron más a los pacientes sin "susto", 6 casos, que a los asustados, 2 casos. Por último, en el grupo de enfermos con "susto" se hicieron 14 diagnósticos más de diferente naturaleza.

El análisis de estos resultados obliga a varias consideraciones: en primer lugar, con la excepción de trastornos del sueño, cada tipo de patología mental diagnosticada afectó más a los pacientes asustados. Luego, resulta interesante el diagnóstico de psicosis, que se realizó en 14 de los 100 enfermos examinados; es difícil aceptar una tasa tan elevada de una afección mental sería como es la psicosis (locura, en términos generales) y emerge la duda sobre la validez del diagnóstico. No solo en este caso sino en general, en la práctica médica diaria: ¿Qué capacidad tiene el médico general para diagnosticar enfermedad mental? A pesar de los esfuerzos realizados en la enseñanza de la medicina con el fin de preparar al médico integralmente, todavía el énfasis de la enseñanza se hace sobre los aspectos biológicos, quedando los psicológicos y los sociales en segundo plano. Por otra parte, el instrumental con que el médico cuenta para elaborar diagnósticos es más rico y preciso en lo biológico, siendo muy difícil objetivar y demostrar un diagnóstico psicológico. Una biometría hemática puede demostrar -- que un paciente sufre de anemia, y en qué grado, pero no contamos con un psicotímetro que indique en qué grado un paciente ha perdido la razón. El problema mejora pero no se resuelve -- con la especialización: El psicólogo y el psiquiatra tienen muchas veces que acudir a instrumentos de medición indirecta: -- las pruebas o "tests", para profundizar en el conocimiento de un paciente cuyo problema pueden intuir, sentir, pero no pal--

par, ver y mostrar.

Todo esto no ilegítima la conclusión de que los enfermos con "susto" están psicoemocionalmente -y tal vez psiquiátricamente- más afectados que los controles; pone en duda la validez de los diagnósticos psiquiátricos elaborados por médicos generales, y explica la dificultad para ofrecer una información más precisa en este campo.

#### Test de daño psiquiátrico.

El test que se aplicó (22-Item Screening Score, Langner) no diferenció entre asustados y controles; en otros términos, según este instrumento no hay diferencia en cuanto a daño psiquiátrico se refiere, entre ambos grupos de enfermos. Este hallazgo se torna interesante y polémico, especialmente después de observar los diagnósticos médicos que señalan lo contrario.

Los intentos para determinar si la prueba discrimina entre unos grupos y otros de pacientes sólo dieron resultado al establecer un nivel de 11.5 puntos y observar si determinado grupo se acumulaba más por encima o por debajo de ese nivel. No discriminó entre asustados y controles pero sí entre hombres y mujeres: el 43% de todos los hombres de la muestra y el 65% de todas las mujeres calificaron por encima de ese nivel. Como a mayor puntaje se supone que hay más daño psiquiátrico, se concluye que la prueba muestra que las mujeres del estudio tendían a sufrir mayor daño psiquiátrico que los hombres. Los volúmenes de hombres y mujeres acumulados por encima y por debajo del nivel de 11.5 puntos no son como para convencer totalmente pero corroboran los resultados de otros estudios realizados con el mismo test en Estados Unidos, en la ciudad de México y

en Teotihuacan (México). Roberts et al. (1973:19). La interpretación podría estar en el terreno cultural y educativo ya que el test (como lo hizo notar Seiler, 1973:259) incluye menos -- ítems "masculinos": agresividad, hostilidad excesiva, etc. y -- como consecuencia las mujeres califican más alto.

Otra posibilidad, volviendo al presente estudio, es que el -- Test haya señalado una realidad y que los enfermos asustados -- no tengan más patología psiquiátrica que los controles. En tal caso la patología encontrada en las historias clínicas señalaría más bien problemas psicoemocionales --definitivamente más -- altos en los pacientes de "susto"-- y no enfermedad psiquiátrica. Nuevamente se introduce lo cultural como marco dentro del que forzosamente debe entenderse --y explorarse-- la salud mental, la enfermedad mental, y el sufrimiento psicoemocional.

Por último, si fuera necesario elegir entre los resultados del test que dicen que los enfermos con "susto" no sufren más patología psiquiátrica que los controles, y el examen clínico que dice lo contrario, nos quedaríamos con esta segunda fuente de información. Sea daño psiquiátrico, sufrimiento psicoemocional, o ambos, creemos que hay suficientes elementos para considerar que los enfermos asustados están en peores condiciones que los enfermos controles, y que requieren de mayor atención en este campo (así como en el orgánico) que los enfermos sin "susto".

#### C) Distancia cultural y diagnóstico de patología mental.

Uno de los médicos encontró mentalmente sanos a todos los mestizos, y con patología mental al 15% de los zapotecos y al 37% de los chinantecos. La evidencia es clara de que a mayor distancia cultural entre este médico y los pacientes mayor fue la proporción de enfermos mentales que diagnosticó. En el otro mé

dico esa relación no fue tan evidente: encontró patología mental en 25% de los mestizos, 15% de los zapotecos y 61% de los chinantecos; hubo pues, diferencia entre ambos médicos, pero coincidieron en que los pacientes chinantecos, los más distantes culturalmente de ellos, eran los más enfermos mentalmente. Por último, al analizar la totalidad de la patología mental -- diagnosticada, la relación se confirma de nuevo: de los 47 -- diagnósticos de patología mental realizado en los 100 enfermos, 36 se hicieron en el grupo chinanteco, 6 en el zapoteco y 5 en el mestizo. Resulta difícil aceptar que estos datos reflejen -- una realidad objetiva, o sea que efectivamente los enfermos -- chinantecos estaban mentalmente más enfermos y que los mestizos estaban más sanos. Nos inclinamos más a pensar que refleja una realidad subjetiva en el sentido de que la diferencia cultural y los patrones conceptuales y de conducta derivados de ella, entre médico y paciente, hace que el primero encuentre -- en el segundo un alejamiento de la normalidad que él conoce, -- no desde el punto de vista científico sino desde el punto de -- vista existencial y moral (moral en términos conceptuales y -- éticos, de costumbres).

Lo anterior repercute en varios aspectos: por una parte, en la relación médico-población; si el médico tiende a diagnosticar patología mental en personas de otras culturas influenciado -- por las diferencias conceptuales y culturales que le separan -- de ellas, legítimo sería esperar que las poblaciones reaccionen en forma similar, con él: "el doctor tiene ideas y costumbres muy extrañas, tal vez está loco". Esta falta de puente intercultural, que incluye a los puentes interconceptuales, intermorales, interéticos, interconductuales, conspira, a nuestro juicio, contra el incremento de médicos, psicólogos, profesionistas, técnicos, etcétera, en el medio rural, dada su formación -- urbana. No es solamente que el hombre formado en la ciudad ca

lifique negativamente (dentro de este contexto) a la población del campo; seguramente esta población rechaza a quien llega de fuera y consciente o inconscientemente intenta demostrarle que "está mal" en sus ideas, en su escala de valores, en sus costumbres, en su conducta; o "mentalmente mal", si quien lo dice cuenta con la autoridad para afirmarlo.

Este último aspecto nos lleva a otro tema: ¿qué ocurre cuando quien califica tiene la autoridad no sólo para hacer diagnóstico de enfermedad mental sino para indicar o imponer un tratamiento? En este caso el paciente se convierte en sujeto de tratamiento más por razones culturales que por razones científicas, lo que lleva a la utilización consciente o inconsciente de la medicina, la psicología y la psiquiatría como instrumentos de coerción. Si bien la investigación no fue diseñada para explorar estos aspectos, los resultados sugieren la importancia de tomarlos en cuenta, así solo sea para cuidar la validez en investigación intercultural.

#### 7. Gravedad y Severidad.

Como se indicó antes, los niveles de gravedad y de severidad - en cada paciente fueron evaluados con instrumentos que elaboramos específicamente para este objetivo. Estos instrumentos fueron respectivamente el "gravímetro" y el "severímetro", y conjuntamente con los instructivos para su uso, se describen en los apéndices 2 y 3. Para medir los niveles de gravedad y severidad la historia clínica fué dividida en cuatro secciones: -- historia de la enfermedad, síntomas referidos por el paciente y antecedentes personales y familiares; hallazgos en el examen físico y por último, resultados de los exámenes de laboratorio.

Siguiendo el instructivo, los médicos, por separado, calificaron la gravedad de cada sección del expediente, cada una con un máximo de 10 puntos de forma que la gravedad total máxima sería de 40 puntos, lo cual indicaría que el enfermo estaría muy grave, muy cerca de la muerte. Luego, siguiendo un procedimiento similar, calificaron la severidad; el máximo total también es de 40 puntos, lo que indicaría que el enfermo estaba totalmente incapacitado para realizar sus actividades habituales.

La aplicación de estos instrumentos incluye la intervención -- del criterio del médico calificador, lo cual es un reto para la confiabilidad. No es como en el termómetro, donde los factores subjetivos no intervienen y los resultados que con él se obtiene son los mismos independientemente de quién lo aplique. En nuestro caso los instrumentos fueron aplicados por dos médicos (el equipo B) por lo que analizamos primero el grado de diferencia que hubo en las calificaciones que hicieron. Si la diferencia era significativa los resultados perderían confiabilidad pues significaría que la intervención del calificador estaba influyendo en los resultados por encima del instrumento. La comparación de las calificaciones de ambos médicos mostró un alto nivel de coincidencia en las calificaciones (véase cuadro No. 13) lo que habla en favor de la confiabilidad del procedimiento y de los instrumentos aplicados. A partir de este punto la gravedad y la severidad de cada paciente se definió promediando las calificaciones que en él hicieron ambos médicos.

Gravedad. Se encontró desde 1 punto en un paciente hasta 26 en otro. En los hombres el promedio fue de 6 puntos y en las mujeres ligeramente más alto, 6.42, lo que habla de enfermos ambulatorios con menor gravedad a lo que podría encontrarse en un hospital de tercer nivel, por ejemplo.

CUADRO NUM. 13

CORRELACION ENTRE LAS EVALUACIONES MEDICAS

GRUPOS ETNICOS	MEDIDAS DE SEVERIDAD		MEDIDAS DE GRAVEDAD	
	r s	NIVEL DE PRO- BABILIDAD	r s	NIVEL DE PRO- BABILIDAD
CHINANTECOS	0.77	<0.001*	0.72	<0.001*
ZAPOTECOS	0.90	<0.01*	0.69	<0.01*
MESTIZOS	0.68	<0.001*	0.56	<0.001*

Test Spearman Rho.

\*) Significativo a nivel <0.05

En cuanto a la diferencia entre asustados y controles, en los hombres los promedios de gravedad fueron 7.42 y 4.58 respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa (Mann Whitney  $U=5.8$   $z=-1.838$   $p < 0.05$ ). Al comparar los grupos dentro de cada localidad se encontró que entre los chinantecos los -- hombres asustados tuvieron en promedio 8.93 puntos de gravedad, y los controles 5.72; entre los zapotecos 6.90 y 3.96 respectivamente, y entre los mestizos, 6.60 y 4.53. Estadísticamente -- solo hay significancia entre los zapotecos, pero los resulta-- dos muestran que consistentemente los hombres asustados tuvie-- ron mayor nivel de gravedad que los controles. (Cuadros 14 y 16)

Entre las mujeres los resultados fueron similares: los niveles de gravedad fueron siempre más altos entre las asustadas que -- entre las controles, alcanzando significancia estadística en -- las zapotecas y en el grupo total (Mann-Whitney  $U=489.5$   $z=-1.785$   $p < 0.05$ ). El grupo completo tuvo promedios de 7.01 en las -- asustadas y 5.84 en las controles; entre las chinantecas fué -- respectivamente 8.19 y 7.48; entre las zapotecas 8.12 y 5.05, y entre las mestizas, 5.18 y 4.55. Los resultados muestran -- gran consistencia y los niveles de significancia por grupo se ofrecen en los cuadros 14 y 16. Definitivamente el gravímetro di-- ferenció entre asustados y controles y la pregunta que surge -- es: ¿diferenció realmente en niveles de gravedad? ¿estaban más cerca de la muerte los enfermos que tuvieron un puntaje más al-- to? Este aspecto que se refiere a la validez del gravímetro se aborda en el apartado número 7: Letalidad, que describe las de-- funciones ocurridas en los grupos estudiados.

Por último, las cuatro secciones de la historia clínica, por -- separado, mostraron la misma tendencia de los enfermos asusta-- dos a tener más puntos de gravedad que los controles. La dife-- rencia entre ambos grupos alcanzó niveles de significancia es--

## CUADRO NUM. 14

GRAVEDAD EN HOMBRES CON Y SIN SUSTO  
(Promedios)

	TOTAL	ASUSTADOS	NO ASUSTADOS
Total	6.00	7.42	4.58
Chinantecos	7.33	8.93	5.72
Zapotecos	5.43	6.90	3.96
Mestizos	5.57	6.60	4.53

GRAVEDAD EN MUJERES CON Y SIN SUSTO  
(Promedios)

	TOTAL	ASUSTADOS	NO ASUSTADOS
Total	6.42	7.01	5.84
Chinantecos	7.84	8.19	7.48
Zapotecos	6.84	8.12	5.05
Mestizos	4.84	5.18	4.55

tadística en el examen físico de los zapotecos, y en los exámenes de laboratorio en zapotecos y mestizos. Esta última sección, por ser la más objetiva, es la que aislada confirma más sólidamente, dentro de la historia clínica, que los enfermos de "susto" están en peores condiciones, más gravemente enfermos, que los enfermos controles.

Severidad. El promedio de severidad entre los 100 pacientes -- examinados fue de 16.7 puntos. Eso significaría que el grupo -- desarrollaba el 58% de sus actividades habituales (el resto para 40 puntos) con la consiguiente repercusión en la productividad individual y colectiva. Entre los hombres el promedio fue 15.53 y entre las mujeres 17.16. La menor severidad fué de 5 puntos y la mayor de 24.75, lo que muestra la variabilidad de la patología del grupo y/o la variabilidad de la respuesta ante la enfermedad. En todos los casos, menos en el de las mujeres chinantecas, los pacientes asustados tuvieron más alta severidad que los controles. La diferencia alcanzó niveles de -- significancia estadística al comparar al grupo completo de hombres asustados con sus controles, y a todos los casos de susto en la localidad zapoteca, con los controles de la misma localidad. Los resultados muestran que existe asociación entre sufrir de "susto" y tener un puntaje más elevado de severidad, -- según el instrumento empleado. De la confiabilidad del instrumento se habló antes y es aceptable; de la validez no podemos decir gran cosa ya que no tuvimos elementos de juicio para determinar si los enfermos con altos puntos de severidad estaban realmente más limitados en la realización de sus actividades cotidianas. Hay un aspecto que puede añadir luz en este aspecto y es la correlación entre gravedad y severidad. Los punteos de severidad en cada grupo de enfermos pueden verse en el cuadro 15; el análisis estadístico de las diferencias entre asustados y controles, en el cuadro no. 16.

## CUADRO NUM. 15

SEVERIDAD EN HOMBRES CON Y SIN SUSTO  
(Promedio)

	TOTAL	ASUSTADOS	NO ASUSTADOS
Total	15.53	17.58 *	13.49
Chinantecos	12.91	13.26	12.57
Zapotecos	16.72	19.87 *	13.57
Mestizos	16.25	18	14.51

\* Diferencia significativa en comparación con controles,  $p < 0.05$

SEVERIDAD EN MUJERES CON Y SIN SUSTO  
(Promedios)

	TOTAL	ASUSTADOS	NO ASUSTADOS
Total	17.13	17.51	16.76
Chinantecas	16.27	15.59	16.95
Zapotecas	20.13	22.9 *	16.27
Mestizas	16.81	16.87	16.75

\* Diferencia significativa en comparación con controles,  $p < 0.05$

CUADRO NUM. 16

DIFERENCIAS ENTRE ENFERMOS CON Y SIN SUSTO EN CUANTO A  
GRAVEDAD Y SEVERIDAD

GRUPO ETNICO Y SEXO	G R A V E D A D		S E V E R I D A D	
	U	NIVEL DE PROBABILIDAD	U	NIVEL DE PROBABILIDAD
CHINANTECOS	150.5	> 0.05+	155.5	> 0.05+
ZAPOTECOS	19.0	< 0.001*	31.0	< 0.001*
MESTIZOS	152.5	> 0.05+	116.0	> 0.05+
TODOS LOS HOMBRES	53.0	< 0.02*	58.0	< 0.05*
TODAS LAS MUJERES	637.0	> 0.05+	489.5	< 0.05*

TEST U DE MANN-WHITNEY

\*) Diferencia estadísticamente significativa a nivel  $\leq 0.05$

+) Diferencia no significativa estadísticamente.

- Correlación entre gravedad y severidad.

Con el fin de determinar si los niveles de gravedad y severidad seguían un paralelismo en los pacientes, es decir si ambos subían o bajaban simultáneamente, se aplicó el test de Spearman Rho por separado a asustados y controles. Entre estos últimos no se encontró correlación, o sea que hubo pacientes con altos niveles de severidad y bajos de gravedad, y viceversa. En cambio entre los pacientes asustados sí hubo esta correlación y con un alto nivel de significancia (véase cuadro No. 17). La interpretación de estos resultados nos lleva a pensar en el "susto" como una afección que ataca al paciente en forma integral, y no de manera localizada a un órgano o sistema. El ataque general, si es leve, produce niveles bajos de gravedad y simultáneamente niveles bajos de severidad; en cambio, si el ataque general es intenso, amenaza más la vida del paciente -- alta gravedad- y al mismo tiempo le limita severamente en sus actividades habituales. Los ataques localizados, por ejemplo un cáncer del pulmón que no ha dado metástasis, puede ser calificado de enfermedad grave por el médico por cuanto amenaza seriamente la vida del paciente; éste, sin embargo, puede continuar trabajando por semanas y meses -baja severidad- hasta que las metástasis a otros órganos convierte a la enfermedad en generalizada, elevándose entonces la severidad. No todas las enfermedades generalizadas elevan la gravedad: una infección viral que produce un severo estado gripal puede inhabilitar al paciente por varios días y sin embargo el médico puede estar tranquilo pues la vida de su paciente no está amenazada. La conceptualización -muchas veces inconsciente- de severidad y gravedad, juegan importante papel en la relación médico-paciente y psicólogo-paciente, ya que con frecuencia el terapeuta se interesa más en la gravedad mientras que el paciente se preocupa por la severidad, confundiéndola fácilmente con la gravedad. En cuanto a los pacientes con "susto" es importante que el te-

CUADRO No. 17

CORRELACION ENTRE GRAVEDAD Y SEVERIDAD

CULTURA	$r_s$	C O N T R O L E S	
		NIVEL DE PROBABILIDAD	
		$r_s$	A S U S T A D O S
			NIVEL DE PROBABILIDAD
CHINANTECOS	0.4	0.05 < p < 0.10+	0.9 < 0.001*
ZAPOTECOS	0.6	0.05 < p < 0.10+	0.9 < 0.001*
MESTIZOS	0.4	0.05 < p < 0.10+	0.5 < 0.05*

TEST SPEARMAN RHO

\*) Estadísticamente significativo a nivel  $\leq 0.05$

+) No significativo.

rapeuta tome especial cuidado en investigar fuentes de gravedad elevada en todo paciente asustado que muestre severidad alta. Estos hallazgos fortalecen la idea de que en adelante no deberá nunca tratarse con ligereza a un enfermo de "susto" -- pues es probable que si se explora con detenimiento se encontrará patología probablemente más seria que en otro enfermo similar pero sin "susto".

#### 8. Letalidad.

Tres preguntas surgen dentro de este tema: en primer lugar, -- ¿hubo diferencia entre asustados y controles en cuanto al número de pacientes que murieron en cada grupo? En segundo lugar, ¿de qué murieron los enfermos asustados? y por último ¿hubo correlación entre los resultados del gravímetro y del severímetro, con la letalidad de los enfermos?

Siete años después de realizado el estudio de campo logró obtenerse información sobre los enfermos examinados. En las localidades zapoteca y mestiza una persona entrevistó a las autoridades(\*) municipales anotando quiénes, de una lista de los enfermos de los que ignoraba su condición de asustados o controles, seguían con vida, y quiénes habían muerto y de qué causa. En la localidad chinanteca la información fue obtenida por un residente.

De entre los asustados se obtuvo información de 47 --de 3 se ignoraba-- resultando 8 defunciones en los siete años o sea una letalidad de 17%; de los controles se obtuvo información de 48; ninguno había fallecido o sea la letalidad era 0. La diferencia --

\*) Nuestro agradecimiento al Lic. Francisco Franco por este -- trabajo.

es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 6.529$  gl=1  $p < 0.02$  -- dos colas).

De las 8 defunciones 4 fueron en hombres -un chinanteco, dos zapotecos y un mestizo- y 4 fueron en mujeres: dos chinantecas, una zapoteca y una mestiza.

La letalidad entre los hombres asustados fué de 28.6% (murieron 4 de 14 enfermos) y entre las mujeres fue de 11.1% (4 de 36). Esto confirma la idea de que el "susto" en el hombre es más grave, probablemente porque cuando "acepta" padecerlo es porque no ha logrado resolver su problema de enfermedad y ésta ha avanzado.

En la letalidad por localidad no hubo mayor diferencia: 15.8% entre los chinantecos, 14.3% entre los zapotecos y 17.6% entre los mestizos.

En cuanto a la segunda interrogante, se obtuvo información de 5 (de las 8) defunciones. En ninguna el certificado de defunción fue extendido por médico y en los registros oficiales figuraban: "tos" en un caso, "embolia" (sin indicar localización) en otro; una mujer murió por una herida accidental por arma de fuego; otra murió por golpes propinados por el esposo, y por último una defunción fue atribuida a "susto". Un intento de correlacionar la historia clínica de esta paciente con la causa de su muerte dió lo siguiente: cuando fué examinada en 1971, era una mujer chinanteca de 30 años que se quejaba de "una bola en el estómago" de un año de evolución; le causaba dolor, especialmente cuando su esposo tenía dificultades con los vecinos. Sufría de disuria, migraña y debilidad; además tenía episodios de llanto, nerviosismo, mal humor y sudor de manos. De los siete niños que había tenido solo uno vivía; cuatro habían muerto al nacer, uno murió de sarampión y otro de

diarrea. Interrogada, atribuyó sus molestias a sustos que había sufrido en los tres años anteriores cuando algunos vecinos habían llegado a su casa a insultar y a atacar físicamente a su esposo ("lo madrearon" dijo textualmente).

El examen físico no reveló tumor ni se encontró explicación para la "bola" que decía sentir en su abdomen. Su presión fue -- 120/100, pulso 104 por minuto y temperatura oral 37.3°C. No se encontró patología de ningún tipo. El laboratorio reportó -- 11.1 gr. de hemoglobina por 100 ml., 4.2 millones de eritrocitos por ml. y 37% de hematocrito. Había 5 700 glóbulos blancos por ml. con linfocitosis de 40%. Sedimentación de 3mm. por hora, y Giardia lamblia en heces fecales. Los médicos del equipo B diagnosticaron hipertensión arterial, anemia, colitis crónica y psiconeurosis.

Si alguno de estos elementos pudo empeorar hasta llevarla a la muerte, sería la hipertensión arterial; su contexto existencial, especialmente si continuó con el esposo, parecía favorecer -- fuentes de "stress" a las que era sensible.

Otro caso, donde los factores psicoemocionales parecen haber -- jugado un papel importante en el desencadenamiento del "susto" y en la final muerte del paciente, fue el de Rogelio, un hombre chinanteco de 57 años que habiendo estado gozando de salud, empezó enfermo después que su hijo fue asesinado. El curandero lo trató por "susto" y varios médicos, incluso nosotros, fallamos en encontrar una patología específica y un tratamiento efectivo; parecía que nadie podría curarle de la tristeza que le -- sobrevino después de perder a su hijo, y nadie tampoco pudo devolverle la salud. Murió, y fuera de su desinterés en la vida, no logramos conocer las causas de su muerte.

Tampoco los otros casos ofrecen explicación sobre las causas reales de la muerte; en conclusión queda el hecho objetivo, -- por una parte, de que los enfermos asustados tuvieron una letalidad significativamente más alta que los enfermos controles, y que en cuanto a la causa de las defunciones en los enfermos asustados no se detecta una enfermedad específica sino que al igual que en morbilidad, estos pacientes sufren de diversas -- afecciones solo que en grado más severo y grave que los enfermos controles.

- Gravedad, Severidad, y Letalidad.

En este apartado se examina la relación que hubo entre los niveles medidos de gravedad y de severidad en los pacientes, y la letalidad observada en ellos 7 años después de haber sido examinados. Dado que la medición de la gravedad y de la severidad se hizo con instrumentos nuevos, la letalidad funcionó -- como una prueba de su validez, especialmente en cuanto a la -- gravedad. En efecto, si el "gravímetro" midió realmente el grado en que la vida del paciente estaba amenazada, la letalidad tendría que ser más alta en quienes tuvieron más puntos de gravedad, y lo contrario en quienes tuvieron menos puntos, grupo en el que debería observarse una letalidad menor.

En el cuadro No. 18 puede observarse la relación que hubo entre gravedad y letalidad: solo un paciente fué calificado dentro del grupo de gravedad más baja -entre 0 y 1.99 puntos- y ese paciente vivía 7 años después por lo que la letalidad era de 0. Luego, conforme la gravedad fue más alta, la letalidad -- también se elevó aunque la relación de ascenso no fué total; así, de 0 letalidad en el primer grupo se pasó a 5 en el siguiente y a 4.34 -un leve descenso- en el siguiente. Después -- subió sucesivamente a 7.14, 8.33 y 33.33, para bajar de nuevo

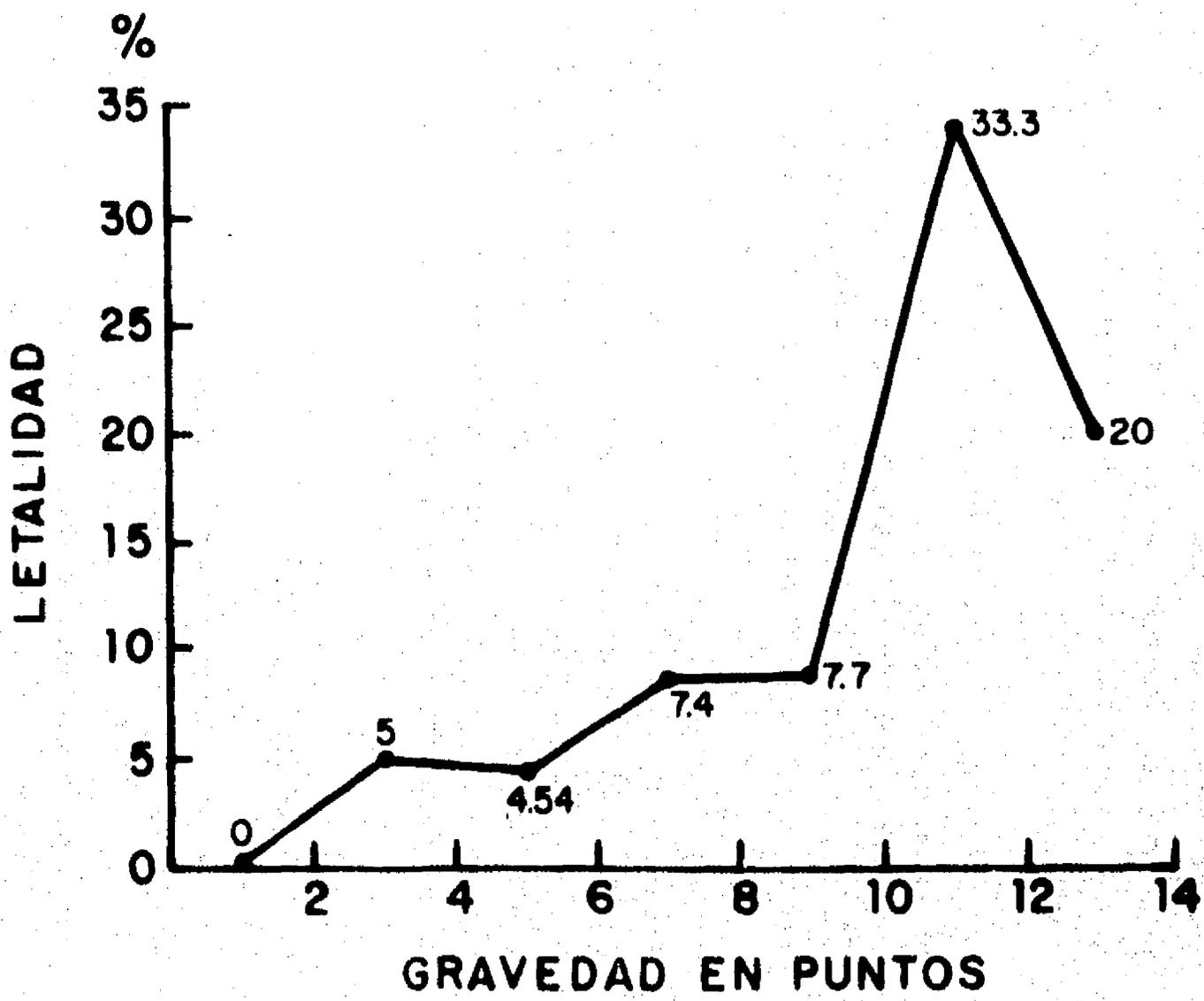
CUADRO No. 18

RELACION ENTRE GRAVEDAD Y LETALIDAD EN 95 ENFERMOS

GRAVEDAD EN PUNTOS.	NUMERO DE ENFERMOS	NUMERO DE DEFUNCIONES	LETALIDAD EN %
TOTAL:	95	8	8.42
0 a 1.99	1	0	0
2 a 3.99	20	1	5.0
4 a 5.99	23	1	4.34
6 a 7.99	28	2	7.14
8 a 9.99	12	1	8.33
10 a 11.99	6	2	33.33
12 a 13.99	5	1	20.00

GRAFICA No. 1

RELACION ENTRE GRAVEDAD Y LETALIDAD EN 95 ENFERMOS



a 20 en el grupo de mayor gravedad. La imagen visual de esta - progresión se ofrece en la gráfica No. 1

Otra forma de ver la relación entre los resultados del "gravímetro" y la letalidad, es diferenciando dos grupos de pacien--tes con una línea divisoria en los 10 puntos de gravedad; en - el grupo de enfermos que tuvieron menos de 10 puntos de gravedad la letalidad fue de 5.95%; en quienes tuvieron 10 puntos - o más, la letalidad fue de 27.27%.

En cuanto a la relación entre Severidad y Letalidad, también - se observa un ascenso paralelo -aunque no absoluto- entre am--bas (véase cuadro No. 19). Así, entre los 7 pacientes con me--nos de 10 puntos de severidad, la letalidad fue 0; en el grupo que tuvo de 10 a 20 puntos de severidad -69 pacientes- la letalidad fué de 5.8%, y en los enfermos que tuvieron de 20 a 30 - puntos de severidad -19 enfermos- la letalidad fue de 21%. Sin embargo, al desagregar los grupos se ve que la correlación no es absoluta, lo cual no invalida la conclusión de que al igual que el gravímetro, y talvez más, el severímetro funcionó como un instrumento que predijo el desenlace fatal de aquellos casos - que se encontraban más seriamente limitados, por la enfermedad, en el desarrollo de sus actividades habituales. (Gráfica No.2)

#### 9. "Stress" social.

Uno de los elementos que suponemos está asociado con la enfer--medad es el "stress" social, o sea el "stress" que se genera - en la relación del individuo con el medio y que por cualquier razón no logra manejar adecuadamente. A partir de ese momento el "stress" (que puede ser un estímulo sano y útil) se trans--forma en "distress" o sea en una energía interna que el individuo no procesa correctamente y que se convierte en dañina para

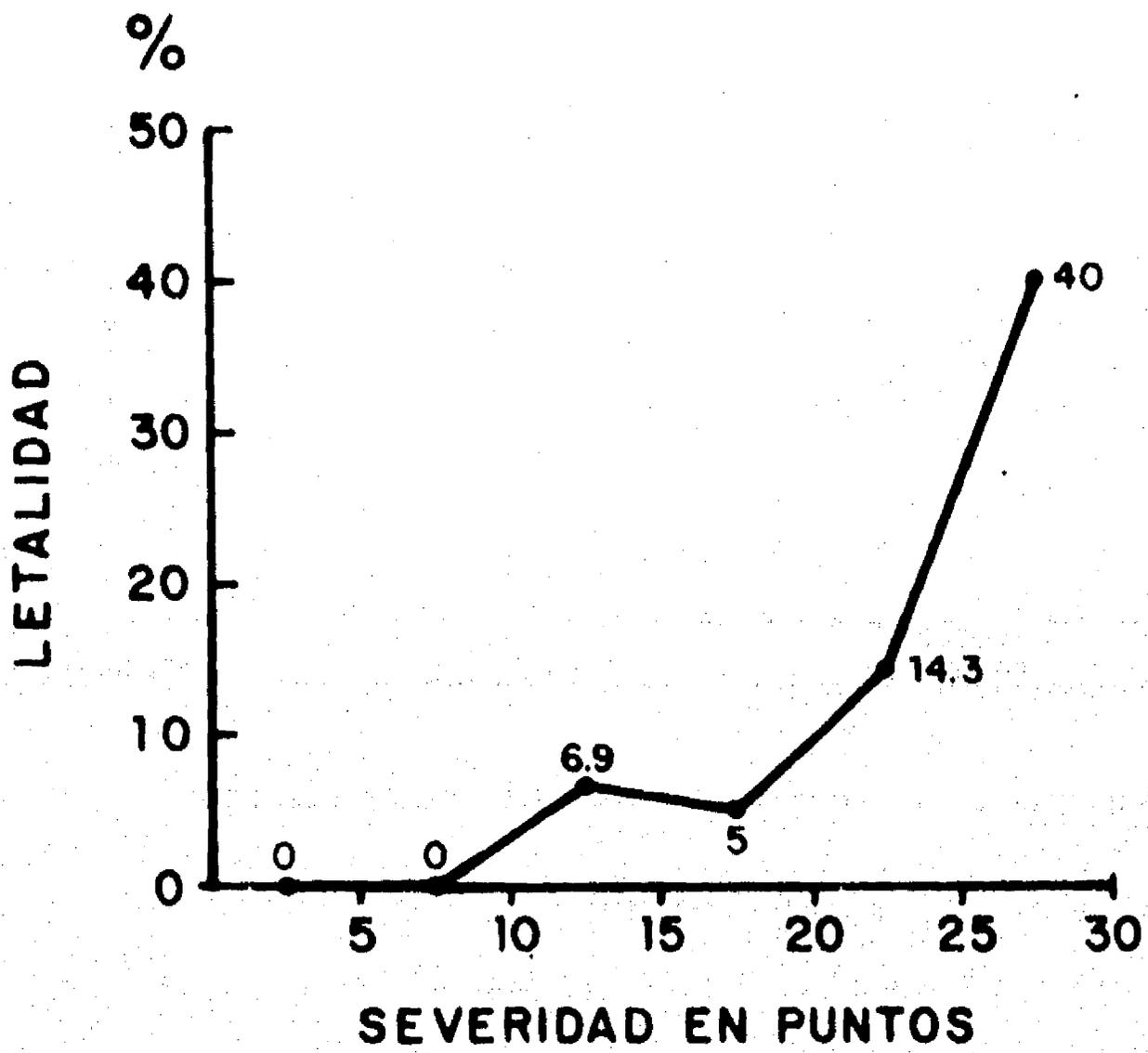
CUADRO No. 19

RELACION ENTRE SEVERIDAD Y LETALIDAD EN 95 ENFERMOS

SEVERIDAD EN PUNTOS	NUMERO DE ENFERMOS	NUMERO DE DEFUNCIONES	LETALIDAD EN %
TOTAL:	95	8	8.4
0 a 4.99	0	0	0
5 a 9.99	7	0	0
10 a 14.99	29	2	6.9
15 a 19.99	40	2	5.0
20 a 24.99	14	2	14.3
25 a 29.99	5	2	40.0

GRAFICA No. 2

### RELACION ENTRE SEVERIDAD Y LETALIDAD EN 95 ENFERMOS



él mismo. Uno de los factores que genera este "stress" es la sensación del individuo de no estar cumpliendo con su rol social, es decir con lo que él mismo supone que dentro de sus características -edad, sexo, posición- debería ser, hacer y tener. En otras palabras, cada individuo tiene, dentro de la cultura en que vive, una imagen ideal respecto a una persona de sus características; si él siente que "encaja" dentro de esa imagen ideal estará satisfecho de sí mismo; por el contrario, si siente que está lejos del ideal, entra en "stress", tanto más intenso cuanto más se aleje de la imagen ideal. Dentro de esta conceptualización, O'Neil y Rubel construyeron una escala donde se contrasta la imagen ideal con la realidad de cada paciente; si la diferencia es nula la calificación en puntos de "stress", será 0, pero si la diferencia existe, los puntos de "stress" se acumulan tanto más cuanto mayor sea la distancia entre realidad e imagen (véanse apéndices 6 y 7).

Por otra parte, hipotetizamos que los enfermos de "susto" tendrían mayor "stress" social por la causa descrita, que los enfermos controles, convirtiéndose este "stress" en una causa -- contribuyente a padecer "susto". Después de aplicar el cuestionario a los pacientes, calificar los resultados y analizarlos, se encontró que efectivamente los enfermos asustados acumularon más puntos que los enfermos controles. La diferencia fue consistente al comparar a los enfermos asustados con los controles de cada localidad, así como a todos los hombres asustados con sus controles y a todas las mujeres con sus controles. Salvo en el caso de los chinantecos, en todas las demás comparaciones la diferencia fue estadísticamente significativa, lo -- que confirma la hipótesis de asociación entre sufrir de "susto"

y padecer más "stress" social. Esta asociación podría interpretarse también en el sentido de que los enfermos de "susto" tienen mayores dificultades para cumplir con su rol social; sin embargo, en términos de causalidad esta relación es débil por cuanto el estar enfermo justifica la falta de ese cumplimiento y no es por tanto fuente de angustia. Suena más lógico suponer que la falta de cumplimiento que genera "stress" se produce -- cuando el individuo "debería" cumplir, o sea cuando está sano; a partir de entonces la angustia por la falla se genera, y si se prolonga puede llevar a otros problemas afectivos, depresión por ejemplo, que consumen energía del paciente, alteran su sueño, alimentación y estado nutricional, hacen bajar su nivel de defensas y le colocan en situación proclive a enfermar ya no solo afecta sino también orgánicamente. Dado que este -- proceso no siempre es consciente en el paciente, ni es diagnosticado por el médico especialmente en condiciones de interculturalidad, el problema no se enfrenta, ni se evalúa ni se resuelve.

Volviendo a los hechos, lo concreto es que encontramos una consistente relación entre el "stress" causado por la falla en el cumplimiento del rol social, y el padecer "susto"; que en términos de causalidad parece más lógico suponer que el "stress" es previo al "susto", que el estar asustado justifica fallar -- en ese cumplimiento y que por tanto no genera "stress" (independientemente de que el estar enfermo genera otros tipos de -- "stress" como el miedo a morir, la situación familiar, etc.),

y por último, que la secuencia a partir de la falla puede seguir un curso como el que se ha descrito.

En cuanto a tipo de causa, no creemos que el "stress" por la falla en el cumplimiento del rol social sea una causa necesaria para que se produzca el "susto"; creemos que es una causa contribuyente, y principal en muchos casos, pero en otros será la enfermedad orgánica, y en otros los problemas psicoemocionales. En lugar de generalizar, en cada enfermo deberá buscarse las causas que contribuyeron a la aparición y evolución de su enfermedad, así como el peso que corresponde a cada una de ellas.

#### 10. Resultados e Hipótesis.

La hipótesis central de la investigación fue: Los pacientes del grupo experimental (con "susto") estarán tan enfermos o más enfermos integralmente -orgánica y psicológicamente- que los pacientes del grupo control (sin "susto").

Los resultados llevan a aceptar esta hipótesis, no solo en el sentido de que los enfermos con "susto" están tan enfermos como los controles, lo que significaría que no integran "una curiosidad folklórica" sino que están más enfermos que los pacientes del grupo control.

Las hipótesis parciales también son aceptadas pues en todos los aspectos explorados los enfermos asustados estuvieron en peores condiciones de salud que los enfermos controles. Las diferencias no siempre alcanzaron el nivel de significancia estadística fijado: 0.05 pero en el análisis de grupos y subgrupos por localidad y por sexo hubo consistencia en los resultados.

Ese fue el caso, por ejemplo, de la enfermedad orgánica, mientras que en enfermedad psicoemocional si hubo diferencia estadísticamente significativa de acuerdo a los diagnósticos médicos. Todavía dentro del campo de la enfermedad mental, el test de Daño Psiquiátrico no encontró diferencia entre asustados y controles, lo que abre la puerta a una discusión (véase el siguiente capítulo) sobre diferencias aplicativas entre lo que es psicoemocional y lo que es psiquiátrico.

La diferencia en cuanto a letalidad fue estadísticamente significativa: más elevada entre los enfermos con "susto" convirtiéndose este hallazgo en el más contundente en cuanto a considerar al "susto" como una condición patológica importante en lo individual y en lo colectivo.

Por último, también fue estadísticamente significativa la diferencia en cuanto a "stress" social, que padecían más los enfermos asustados. Perteneciendo este tema a la interacción social y a sus afectos sobre el comportamiento, el "susto" entra de lleno en los campos que estudia la Psicología Social (Rodríguez, 1985). La hipótesis de que los enfermos de "susto tendrían más "stress" por causas sociales, se confirmó específicamente en relación a uno de los determinantes de ese tipo de "stress": la falla del individuo en el cumplimiento de su rol social.

## VI.- SUMARIO Y CONCLUSIONES

La creencia en que el alma puede salir del cuerpo sin que el sujeto muera de inmediato, es milenaria y se encuentran referencias a este fenómeno en la Biblia y en la literatura no científica. Dentro de la literatura científica el fenómeno ha sido estudiado básicamente por la antropología, con numerosas referencias en el Continente Americano a la asociación de la pérdida del alma con una entidad patológica conocida popularmente como "susto". Muy escasas referencias había hasta ahora sobre estudios realizados al respecto por ciencias de la salud (medicina, psicología, psiquiatría, salud pública, etc) y estas disciplinas carecían de elementos de juicio para adoptar una posición fundamentada frente a la creencia y a la enfermedad popular -nosotros preferimos denominarla paralela- que se conoce con el nombre ya señalado de "susto" pero también de "espanto", "pérdida de la sombra", "jani" y otros.

Los estudios antropológicos señalaban los problemas que los enfermos de "susto" encontraban al intentar recuperar su salud con el médico: desconocimiento, incomprensión y hasta burla por parte de él hacia el enfermo, lo que ha contribuido a que la consulta y el tratamiento de los pacientes quede a cargo de las medicinas paralelas. Dado que en la literatura médica y psicológica no existen referencias sobre el problema, el facultativo -médico, psicólogo, etc.- formado dentro de los patrones "científicos" urbanos carecía de una orientación sobre la conducta a seguir y sobre la interpretación que pueda hacer ante una situación nueva como es la atender a un enfermo de "susto". La literatura sobre medicina y psicología interculturales no parece haber sido suficiente para que estudiantes y profesionales logren entender y atender adecuadamente a estos pacientes.

Con el fin de contribuir a llenar ese vacío de conocimiento y de obtener elementos de juicio válidos para orientar conductas investigativas y terapéuticas sobre el "susto", se realizó una investigación interdisciplinaria -médica, psicológica y antropológica- en tres localidades rurales del Estado de Oaxaca, México. El análisis de los resultados permite llegar a las siguientes conclusiones:

- La prevalencia del "susto" en las localidades estudiadas fluctuó entre 1 951 y 4 000 enfermos por cada 100 000 habitantes; ésto se refiere solamente a población adulta (de 18 años y más) ya que en el estudio no se incluyó a menores de esa edad. Esta prevalencia puede calificarse de alta si se compara con otras afecciones, por ejemplo la tuberculosis, cuya prevalencia era en la época del estudio, de 21,9 enfermos por cada 100 000 habitantes en el Estado de Oaxaca. La prevalencia más elevada se encontró en la localidad mestiza, lo que contrasta con las referencias mayoritarias en el sentido de que la población más afectada es la indígena.

- El estudiar tres diferentes localidades -dos indígenas y una mestiza- se hizo con el fin de observar la influencia de la cultura: una diferencia fue que en las poblaciones indígenas se cree en la pérdida del alma como componente etiológico esencial, mientras que en la población mestiza no figuraba este elemento, aunque compartían todas la creencia en una impresión brusca como el desencadenante de la enfermedad.

- En cuanto a la representatividad de las poblaciones estudiadas, no tenemos elementos para afirmar que en relación a las miles de localidades rurales que hay en el país, éstas: una chinanteca, una zapoteca y una mestiza, las tipifican o no. Es probable que estudios epidemiológicos futuros encuentren mayor

incidencia de "susto" en otras localidades, y menor en otras. - Creemos que este es el primer reporte sobre la prevalencia del "susto" que se realiza.

- En los adultos estudiados, la prevalencia fue más elevada - en las mujeres que en los hombres, aunque entre los zapotecos esa situación se invirtió. Creemos que la creencia de que un - estado de debilidad participa en la génesis del "susto" hace - que el hombre rechace más que la mujer el padecerlo; eso podría explicar por qué los enfermos hombres estaban más gravemente - enfermos que las mujeres: aceptaban la existencia de la enfer - medad sólo cuando ya había avanzado y los recursos terapéuti - cos en función de otras explicaciones habían fallado.

El estudio, realizado en 50 enfermos con "susto" y 50 enfermos controles de las mismas localidades, sexo y edad (pero sin - - "susto") mostró, con un margen de error aceptado de menos de 5%, lo siguiente:

- En cuanto a sintomatología, los pacientes de "susto" pade - cían el síndrome del ataque al estado general en mayor grado que los pacientes controles; este síndrome estuvo integrado por debilidad, cansancio, pérdida del apetito y pérdida de peso. - Ningún síntoma aislado se encontró como patognomónico de los - enfermos de "susto".

- En los enfermos asustados se encontró más enfermedad orgá - nica desde el punto de vista cuantitativo: mayor número de en - fermedades orgánicas diagnosticadas por los médicos (esta dife - rencia no alcanzó niveles estadísticos de significancia pero - fué consistente en las tres localidades) en los pacientes con "susto" que en los controles.

Desde el punto de vista cualitativo, en ambos grupos se encontraron las mismas enfermedades: infecciosas y parasitarias, Nutricionales, de los diferentes aparatos y sistemas, etcétera - que señala la Clasificación Internacional de Enfermedades - - (OMS-OPS) pero en general afectando en mayor proporción el -- grupo de pacientes asustados. El mayor ataque a los enfermos - asustados alcanzó significancia estadística en el grupo IX: En fermedades del Aparato Digestivo y en el grupo VI: Enfermeda-- des del Sistema Nervioso y de los Organos de los Sentidos, pe ro ninguna de las enfermedades incluidas en esos grupos puede calificarse de específica de los enfermos de "susto". Conclui mos entonces que los enfermos de "susto" sufren como los demás, pero en mayor grado, la patología que es localmente endémica. No encontramos enfermedad específica, ni órgano, aparato o sis tema, específicamente afectado y que pueda tipificar al "susto" como enfermedad. Otro hallazgo fué que las afecciones del gru po XIII: Enfermedades del Sistema Musculoesquelético y del Te jido Conectivo afectaron más a los enfermos controles que a -- los asustados; es posible que ésto sea significativo también - en cuanto a la dinámica integral del enfermo con "susto" -lo que tendrá que estudiarse más profundamente- pero tampoco tipi fica la enfermedad: si con los hallazgos no podemos decir que lo característico del "susto" es una enfermedad del hígado, -- por ejemplo, menos podríamos decir que lo característico es la ausencia de enfermedades musculoesqueléticas o del tejido co nectivo.

La anemia y el parasitismo intestinal afectaron más a los en-- ferros con "susto" aunque las diferencias no alcanzaron nive les de significancia estadística. La consistencia de los resul tados en las distintas localidades, y más que todo la objetivi dad implícita en resultados de laboratorio, hacen importantes a estos hallazgos. Tampoco puede decirse "susto" = anemia, o -

"susto" = parasitismo intestinal; es la patología endémica, -- que el enfermo asustado sufre más que el control.

- La enfermedad mental fue explorada en dos formas: mediante un test: el Test de Langner de Daño Psiquiátrico que no encontró diferencias entre enfermos asustados y controles; y la historia clínica que sí encontró diferencias: los médicos hicieron más diagnósticos de patología mental en los enfermos con "susto", al grado que estas afecciones, agrupadas en el Grupo VI: Trastornos Mentales, fueron las que más diferenciaron estadísticamente a ambos grupos de enfermos. Nuestra interpretación es que en efecto, los enfermos asustados sufren de mayor patología psicoemocional expresada en estados de angustia, depresión, problemas de conducta, etcétera, sin llegar al nivel de patología propiamente psiquiátrica del tipo de psicosis. Esta diferenciación resulta importante desde el punto de vista aplicativo por cuanto los trastornos emocionales pueden ser -- tratados por el psicólogo clínico, mientras que los problemas psiquiátricos requieren la atención de un médico especializado en psiquiatría; dentro de este contexto, la psicología tendría mucho que ofrecer en un programa de atención a enfermos asustados.

Diagnóstico intercultural de enfermedad mental. Un hallazgo interesante fue que los médicos diagnosticaron más enfermedad -- mental en la población más alejada culturalmente de ellos; y -- menos entre la población más cercana culturalmente. Más que -- una afirmación definitiva, este hallazgo lleva a considerar la posibilidad de que refleje un hecho general, así como la trascendencia que de ser cierto tiene, no solo en cuanto a la validez de estudios interculturales de este tipo y similares, sino también en la participación del profesional como instrumento -- de culturación y de control social.

- Gravedad y Severidad. Con el fin de estudiar con mayor -- precisión las diferencias entre enfermos asustados y controles, se incluyeron dos conceptos: Gravedad como el grado en que el paciente está cercano a la muerte, y Severidad como el grado - en que el paciente está limitado en el desarrollo de sus acti- vidades habituales. Intentando objetivar estos niveles fueron elaborados dos instrumentos: gravímetro y severímetro, que - - aplicados por separado por dos médicos a cada caso, mostraron niveles más altos tanto en gravedad como en severidad, en los enfermos asustados. La validez de los instrumentos quedó demos- trada con la letalidad que se observó en los enfermos: en - - aquéllos donde los instrumentos señalaron más alta gravedad (y también severidad) la letalidad fué mayor.

La letalidad fué más alta entre los enfermos con "susto" y la diferencia con la letalidad de los enfermos controles fue esta- dísticamente significativa. Si alguna duda quedaba sobre si -- los enfermos de "susto" estaban realmente más enfermos que los enfermos sin "susto" este hallazgo la disipa.

- "Stress" social. Otro elemento investigado en los enfer- mos fue el "stress" causado por la falla del individuo en el - cumplimiento de su rol social. La medición se hizo con un ins- trumento desarrollado con ese objeto (O'Neil y Rubel) y los re- sultados mostraron que en efecto, los enfermos de "susto" acu- mularon más puntos de "stress" -a un nivel significativo- que los enfermos controles. Fallar en el cumplimiento del rol so- cial fue entonces un factor asociado a padecer "susto".

- Hallazgos y Marco Teórico.

Los hallazgos de este estudio sugieren que en la génesis del - "susto" participan factores de patología orgánica y psicológi-

ca, así como de "stress" surgido en la relación del individuo con su medio social. No es factible generalizar y otorgar un peso relativo a cada uno de esos factores en la génesis de la enfermedad; seguramente los tres factores participan pero en forma distinta en cada paciente. Esto avala el planteamiento que se hizo en el marco teórico de este estudio, incluso en lo relativo a la influencia de los factores históricos, culturales y de disponibilidad de explicaciones y soluciones a los problemas, como lo mostró las diferencias entre las localidades indígenas y la mestiza (en ésta ya no se cree en la pérdida del alma) y en parte también, en las diferencias entre hombres y mujeres, diferencias que dependen de la actitud de cada sexo hacia la enfermedad: el hombre que se agrava al no aceptar que padece el "susto" en las fases tempranas de la enfermedad.

- Aspectos aplicativos.

Lo más trascendente de este estudio, desde el punto de vista aplicativo, es la demostración de que la enfermedad paralela "susto" debe dejar de ser considerada con indiferencia o como una curiosidad folklórica; es una situación patológica que afecta integralmente al individuo y que amenaza su vida. El médico y el psicólogo que son consultados por un enfermo de "susto" pueden esperar que sin encontrar una determinada enfermedad, encontrarán patología orgánica y psicológica común en la región, pero afectando más al paciente que a otro similar que no padezca "susto". Por otra parte las limitaciones que el paciente refiere en cuanto al desarrollo de sus ocupaciones habituales no deben interpretarse a la ligera como trastornos neuróticos conversivos -histéricos- sino que deben evaluarse considerando que talvez reflejen una patología importante que está por ser descubierta. El estudio no incluyó aspectos terapéuticos del "susto" como es la intervención del curandero "para

que el alma vuelva al cuerpo del paciente". En este terreno el terapeuta deberá evaluar cada situación y elegir caminos dentro de su propia ética y conocimientos, en beneficio del paciente.

A pesar de nuestro hallazgo en contrario, queda abierta la posibilidad de que se encuentre alguna afección específica que tipifique al "susto". No creemos que se llegue a detectar un "Bacillus sustoe" como germen causal específico, pero como en cualquier campo de la investigación científica, la última palabra siempre queda por decir.

En cuanto al "susto" como problema de salud pública los hallazgos muestran la importancia de ampliar y profundizar el estudio del problema especialmente en aquellas regiones donde el grupo de enfermedades Inclasificables (Síntomas y Estados Morbosos mal definidos) figuran cuantitativamente como causas importantes de defunción. Dentro de esas causas mal definidas están las enfermedades paralelas, y dentro de ellas, el "susto". Además de detectar tasas de morbilidad, mortalidad y letalidad en los diferentes grupos sociales, en la severidad del daño debe incluirse la incapacidad que el "susto" produce y quedó evidenciado con la aplicación del "severímetro". Desde el punto de vista psicológico-social el "susto" representa un tema de estudio sobre las ideas, creencias actitudes y conductas de sectores importantes de población, y del efecto que en esos grupos producen las ideas, creencias actitudes y conductas de otros sectores, especialmente de los urbanos, cuyos agentes -técnicos, profesionistas, comerciantes, etcétera- llevan consciente o inconscientemente pretensiones de cambio. Será un reto encontrar procedimientos psicoterapéuticos sociales que sin el ingrediente colonizador ayuden efectivamente a la población a enfrentar y resolver los problemas que el "susto" causa.

Estrechamente ligado con lo anterior queda el ámbito de acción --investigativa y aplicativa-- de la antropología, disciplina -- que por decenios ha insistido en la importancia del problema -- sin que se le hubiera hecho caso fuera de sus propias fronteras. Creemos que debe rendirse agradecimiento a la antropología y a sus practicantes, los antropólogos, que no solo han publicado el resultado de sus investigaciones sino que han motivado a otros profesionistas a estudiar el problema. En mi caso personal ese agradecimiento queda, para Arthur J. Rubel y Carl W. O'Neill, plasmado en estas líneas.

BIBLIOGRAFIA

Adams, R.N., A.J. Rubel.

- 1967   Sickness and Social Relations. In M. Nash. ed.  
Social Anthorpology. Vol. 6, Handbook of Middle  
American Indians. Austin: U. of Texas Press,  
pp. 335-57.

Alvarez, Laurencia, Modesta Lavana

- 1977   Un Caso de Pérdida de la Sombra.  
América Indígena XXXVII, 2: 457-463

Billig, O., J. Gillin, and W. Davidson

- 1948   Aspects of Personality and Culture in a Guatemalan  
Comunity: Ethnological and Rorschach Approaches.  
Journal of Personality 16: pp. 153-87; 326-368.

Bolton, Ralph

- 1980   Susto: The Myth of a Folk Illness.  
Paper presented at the 79th annual meeting of the  
American Anthropological Association. Washington,  
D.C.

Bolton, Ralph

- 1981   Susto, Hostility, and Hypoglycemia. Ethnology XX,  
4, pp. 261-76

Carrasco, P.

- 1960   Pagan Rituals and Beliefs Among the Chontal Indians  
of Oaxaca. Anthropological Records 20: 87-117

Chiappe Costa, M.

- 1979 Nosografía Curanderil. En C.A. Seguin (ed.),  
Psiquiatría Folklórica: Shamanes y Curanderos,  
Lima: Ediciones Ermar, pp. 76-91.

Clark, M.

- 1959 Health in the Mexican-American Community.  
Berkeley and Los Angeles.  
University of California Press

Collado A., R.

- 1972 Salud y Enfermedad en Centro América en: Centro  
América, Subdesarrollo y Dependencia,  
M. Monteforte T.(ed.) UNAM, México

Collado A., R.

- 1977 El Paradigma en la dialéctica de las medicinas ame-  
ricanas. Actas del XLII Congreso Internacional de  
Americanistas. Vol. VI: 362-372.  
París, Francia.

Collado A., R.

- 1979 El pensamiento mágico en el estudiante de medicina  
Seminario de Medicina Tradicional INAH.  
Oaxaca. México. Mimeo.

Collado Ardon, R., Rubel, A.J., O'Neil, C.W.

- 1979 Algunas Diferencias entre Enfermos con y sin Susto.  
Memorias, IV Jornadas Internas de Trabajo, Primer  
Congreso Nacional de Salud Escolar y Universitaria.  
México: Dirección General de Servicios Médicos, Uni-  
versidad Nacional Autónoma de México: 264-274.

- Collado A., R., Genis, J.A., Takayanagui A. Epidemiología  
1984 a. de una enfermedad paralela: "La pérdida del alma"  
Primer Seminario Internacional de Psicología de la  
Salud. La Habana, Cuba.
- Collado A., R. et.al.  
1984 b. "Prostress" Instrumento de Salud en el Siglo XXI  
Primer Seminario Internacional de Psicología de la  
Salud. La Habana, Cuba.
- Crandell, D.L., B.P. Dohrenwend  
1967 Some Relations Among Psychiatric Symptoms, Organic  
Illness, and Social Class.  
American Journal of Psychiatry.  
123, pp. 1527-38
- Crandon, Libbet  
1983 Why Susto. Ethnology XXII, 2: 153-167.
- Fabrega, H. Jr.  
1970 On the Specificity of Folk Illnesses.  
Southwestern Journal of Anthropology 26: 305-14
- Frazer, J.G.  
1981 El Folklore en el Antiguo Testamento.  
Fondo de Cultura Económica. México.
- Gaitz, C.M. J. Scott  
1972 Age and the Measurement of Mental Health.  
Journal of Health and Social Behavior 13,  
pp. 55-67.
- Gillin, J.  
1945 Magical Fright. Psychiatry 11, 387-400.

Gillin, J.

- 1947 Moche: A peruvian Coastal Community Washington, D.C.  
(Institute of Social Anthropology), Smithsonian  
Institution.

Guiteras Holmes, Calixta

- 1961 Perils of the Soul.  
Glencoe: The Free Press.

Hermitte, M. Esther

- 1970 Poder Sobrenatural y Control Social.  
(Ediciones Especiales 57.) México:  
Instituto Indigenista Interamericano.

Kearney Michael

- 1972 The Winds of Ixtepejil: World View and Society in a  
Zapotec Town. NY: Holt, Rinehart and Winston.

Kelley, Isabel.

- 1965 Folk Practices of Northern Mexico, Austin and  
London: University of Texas Press.

Kennedy, J. G.

- 1978 Tarahumara of the Sierra Madre. Arlington Heights,  
Ill.: AHM Publishing Co.

Kiev, A.

- 1968 Curanderismo, N.Y.: Free Press.

Kleinman, A.

1973 Medicine's Symbolic Reality. Inquiry 16: 206-13.

Kuhn, T.S.

1975 La Estructura de las Revoluciones Científicas.  
Fondo de Cultura Económica. México.

Langner, T.S.

1962 A Twenty-Two Item Screening Score of Psychiatric  
Symptoms Indicating Impairment.  
Journal of Health and Human Behavior 3: 269-76.

Langner, T.S.

1965 Psychophysiological Symptoms and the Status of  
Women in Two Mexican Communities. In Murphy, J.M.,  
A.H. Leighton, eds. Approaches to Cross-Cultural  
Psychiatry. Ithaca: Cornell University Press,  
pp. 360-92.

León, C.

1963 'El Espanto': Sus Implicaciones Psiquiátricas.  
Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina  
9: 207-15.

Logan, M. H.

1979 Variations Regarding Susto Causality Among the  
Cakchiquel of Guatemala, Culture, Medicine and  
Psychiatry 3: 153-66.

Madsen, William

1964 The Mexican-Americans of South Texas. New York:  
Holt, Rinehart and Winston.

O'Neil, C. W.

- 1975 An Investigation of Reported 'Fright' as a Factor in the Etiology of Susto, 'Magical Fright'.  
Ethos 3: 41-63

O'Neil, C. W.

- 1980 The Development and Use of a Gauge to Measure Social Stress in Three Meso American Communities.  
Ethnology 19, pp. 111-127.

O'Neil, C. W., H.A. Selby

- 1968 Sex Differences in the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Relationship Between Sex Role Expectations and a Folk Illness,  
Ethnology, 7, 95-105.

Palma, N. H.

- 1973 Estudio Antropológico de la Medicina Popular de la Puna Argentina, Buenos Aires: Editorial Cabargon.

Palma, N. H., G. Torres Vildoza

- 1974 Propuesta de Criterio Antropológico para una Sistematización de las Componentes 'Teóricas' de la Medicina Popular, a Propósito de la Enfermedad del Susto. Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología VIII: 161-171.

Roberts, R. E. et al.

- 1973 Social Factors and Responses to a Mental Health Questionnaire. Presented at the American Sociological Association Meetings, New York City.

Rubel, A. J.

- 1960 Concepts of Disease in Mexican-American Culture,  
American Anthropologist, 62(October) 795-814.

Rubel, A. J.

- 1964 The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America, Ethnology 3, 268-283.

Rubel, A. J., C.W. O'Neill, R. Collado-Ardón.

- 1984 Susto, A Folk Illness Berkeley and Los Angeles, University of California Press.

Sal y Rosas, F.

- 1958 El Mito del Jani o Susto de la Medicina Indígena del Perú. Revista de La Sanidad de Policia 18, pp. 167-210.

Saunders, L.

- 1954 Cultural Differences and Medical Care. N.Y.: Russell Sage Foundation.

Seijas, H.

- 1972 El Susto Como Categoría Etiológica. Científica Venezolana 23 (Supl. 3): 176-78.

Selye, H.

- 1956 The Stress of Life, McGraw-Hill Book Co. Inc. New York. USA.

Stein, William W.

- 1981 The Folk Illness: Entity or Nonentity? An Essay on Vicos Disease Ideology. In Joseph W. Bastien and John M. Donahue, Editors. Special Publications 12, American Anthropological Association, Washington, D.C.: 50-67.

Trotter, Robert T. III & Juan Antonio Chavira

- 1981 Curanderismo: Mexican American Folk Healing. Athens: University of Georgia Press.

Uzzell, D.

1974 Susto Revisited: Illness as Strategic Role.  
American Ethnologist 1, pp. 369-78.

Ysunza O., A.

1976 Estudio Bio-antropológico del tratamiento del  
"Susto" en: Estudios sobre Etnobotánica y An-  
tropología Médica I:29-37. Instituto Mexica-  
no para el Estudio de las Plantas Medicinales.  
México D.F.

APENDICE Nº 1  
HISTORIA CLINICA

Lugar \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Vive con esposo(a) \_\_\_\_\_

Nº de hijos vivos \_\_\_\_\_

Motivo de consulta \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Historia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

P.A. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ x' Respiraciones x' \_\_\_\_\_

Le voy a leer una lista de síntomas y quiero saber si a usted le molestan, siempre, a veces o nunca; ¿le molesta dolor de cabeza?

	<u>siempre</u>	<u>a veces</u>	<u>nunca</u>	<u>Observaciones</u>
1. Dolor de cabeza.....	_____	_____	_____	_____
2. Zumbido de oídos.....	_____	_____	_____	_____
3. Mareo.....	_____	_____	_____	_____
4. Mareo al levantarse.....	_____	_____	_____	_____
5. Dificultad para ver.....	_____	_____	_____	_____
6. Le molesta el ruido.....	_____	_____	_____	_____
7. Mucho frío.....	_____	_____	_____	_____
8. Jaqueca (dolor y nausea)...	_____	_____	_____	_____
9. Falta de apetito.....	_____	_____	_____	_____

- 10. Mal sabor de boca..... \_\_\_\_\_
- 11. Ardores..... \_\_\_\_\_
- 12. Dolor de estómago..... \_\_\_\_\_
- 13. Diarrea..... \_\_\_\_\_
- 14. Sangra cuando hace servicio \_\_\_\_\_
- 15. Estreñimiento..... \_\_\_\_\_
- 16. Debilidad, le falta fuerza  
en su trabajo..... \_\_\_\_\_
- 17. Está cansado después de  
almozar. .... \_\_\_\_\_
- 18. Le da tos..... \_\_\_\_\_
- 19. Escupe sangre..... \_\_\_\_\_
- 20. Dificultad para respirar.. \_\_\_\_\_
- 21. Palpitaciones..... \_\_\_\_\_
- 22. Se hinchan sus pies..... \_\_\_\_\_
- 23. Y sus ojos por la mañana... \_\_\_\_\_
- 24. Pierde el sentido..... \_\_\_\_\_
- 25. Le duele adentro del pecho. \_\_\_\_\_
- 26. Calor (fiebre)..... \_\_\_\_\_
- 27. Ardor al orinar..... \_\_\_\_\_
- 28. Sangra en la orina..... \_\_\_\_\_
- 29. Le duele todo el cuerpo.... \_\_\_\_\_
- 30. Y una parte (cuál?)..... \_\_\_\_\_
- 31. Le salen ronchas..... \_\_\_\_\_
- 32. Le da començon en la piel.. \_\_\_\_\_
- 33. Le dan ataques..... \_\_\_\_\_
- 34. Duerme mal..... \_\_\_\_\_
- 35. Siente mucho coraje..... \_\_\_\_\_

- 36. Siente deseo de llorar..... \_\_\_\_\_
- 37. Le sudan las manos..... \_\_\_\_\_
- 38. Se siente a disgusto en el trabajo? (en el campo, en la casa)..... \_\_\_\_\_
- 39. Tiene pesadillas..... \_\_\_\_\_
- 40. Suspira mucho..... \_\_\_\_\_
- 41. Cuantas veces le han sacado nódulos? \_\_\_\_\_
- 42. ¿Tiene ahora? \_\_\_\_\_
- 43. Del año nuevo para ahora, ha enflaquecido mucho, poco o nada? \_\_\_\_\_

Examen físico: P.A. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ x' Res.x' \_\_\_\_\_. Diferencias con la primera medición: P.A. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ x' Res.x' \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

Aspecto: saludable \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ enfermo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

Ojos \_\_\_\_\_ Oídos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Boca \_\_\_\_\_

Cabeza, (nódulos) \_\_\_\_\_ Cuello (tiroides, venas) \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_

Tórax: respiratorio \_\_\_\_\_ Cardíaco (Soplos, arritmia) \_\_\_\_\_

Abdomen: masas \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ Hígado \_\_\_\_\_ Bazo \_\_\_\_\_

Extremidades: várices \_\_\_\_\_ artritis \_\_\_\_\_ cianosis \_\_\_\_\_ reflejo patelar \_\_\_\_\_

atrofia muscular \_\_\_\_\_ dermatomicosis \_\_\_\_\_ onicomiosis \_\_\_\_\_

Resumen de los datos patológicos encontrados (físicos) \_\_\_\_\_

Actitud de la persona durante la entrevista y el examen: \_\_\_\_\_

44. ¿Qué enfermedades importantes ha padecido antes? \_\_\_\_\_

45. Que enfermedades importantes ha habido en su familia? \_\_\_\_\_

46. ¿Cuántos hermanos tiene o tuvo más grandes que usted? \_\_\_\_\_ y  
más pequeños que usted? \_\_\_\_\_

47. De todos ustedes los hermanos, cuántos están vivos \_\_\_\_\_

48. De que murieron los otros? \_\_\_\_\_

49. Por todos, cuántos hijos ha tenido usted? \_\_\_\_\_

50. Sus hijos que no viven, ¿de qué murieron? \_\_\_\_\_

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

Indicaciones: \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorios: Rutina: \_\_\_\_\_ adicional: \_\_\_\_\_

Diagnóstico final: \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio

Nombre: \_\_\_\_\_

APENDICE Nº 2

FORMA PARA CALIFICACION DE SEVERIDAD Y GRAVEDAD

Lugar \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Cuest. Nº \_\_\_\_\_

	Subtotal de		Total de
	<u>Severidad</u>	<u>Gravedad</u>	<u>Severidad</u>
	_____	_____	_____

A. Historia

- |   |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|
| 1. Motivo de Consulta<br>tiempo de evolución<br>e historia. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. Tendencia.   | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. Esfuerzo que debe ha<br>cer para trabajar.               | _____ | _____ | _____ | _____ |

B. Síntomas e historia familiar

- |  |       |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Síntomas                                |       |       |       |       |       |       |
| <u>Siempre</u> <u>a veces</u> <u>nunca</u> |       |       |       |       |       |       |
| Objetivos                                  | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Subjetivos                                 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Total                                      | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. Mortalidad no natural<br>en hermanos.   | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. Mortalidad no natural<br>en hijos.      | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

C. Examen físico

- |                               |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|
| 1. Actitud del paciente.      | _____ | _____ |
| 2. Presión arterial sistólica |       |       |
| a) la segunda vez.            | _____ | _____ |
| b) cambio                     | _____ | _____ |

- 3. P.A. diastólica
  - a) La segunda vez \_\_\_\_\_
  - b) Cambio \_\_\_\_\_
- 4. Pulso
  - a) La segunda vez \_\_\_\_\_
  - b) Cambio \_\_\_\_\_
- 5. Respiraciones
  - a) La segunda vez \_\_\_\_\_
  - b) Cambio \_\_\_\_\_
- 6. Temperatura \_\_\_\_\_
- 7. Hallazgos anormales \_\_\_\_\_

D. Exámenes de laboratorio

Sangre

- 1. Hemoglobina \_\_\_\_\_
- 2. Hematocrito \_\_\_\_\_
- 3. Sedimentación \_\_\_\_\_
- 4. Nº de leucocitos \_\_\_\_\_
- 5. Fórmula leucocitaria \_\_\_\_\_
- 6. Coproparasitoscópico \_\_\_\_\_

RESUMEN

- A. Historia \_\_\_\_\_
- B. Síntomas e historia familiar. \_\_\_\_\_
- C. Examen físico \_\_\_\_\_
- D. Examen de laboratorio \_\_\_\_\_

Diagnósticos retrospectivos

Orgánicos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Psico-emocionales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACION DE SEVERIDAD Y GRAVEDADI.- BASES CONCEPTUALES

La calificación se hará con el fin de evaluar en cada caso, -- dos aspectos: la Severidad y la Gravedad del problema de salud. La Severidad del problema de salud se vincula con la limita- - ción que el paciente tiene para desarrollar sus actividades ha- bituales. La Gravedad refleja el peligro de muerte en que el - paciente se encuentra.

Aunque en muchos casos coinciden altos grados de severidad y - de gravedad, como en los estadios avanzados de enfermedad como la tuberculosis, el cáncer, la diabetes y muchas más; y en el otro extremo también coinciden grados mínimos de gravedad y de severidad: infecciones respiratorias y gastrointestinales le- - ves, micosis de la piel, etcétera, se presentan cuadros patoló- gicos en que dichos conceptos discrepan en intensidad: por - - ejemplo un ataque palúdico por plasmodium vivax, un fuerte es- tado gripal, un cuadro gastroentérico agudo, son contingencias patológicas que pueden temporalmente inhabilitar por completo a una persona y sin embargo no amenazan su vida.

A la inversa, el cáncer, desde sus períodos iniciales, es una amenaza para la vida del paciente quien, sin embargo, puede -- continuar trabajando y desarrollando actividades durante mucho tiempo debido a la baja severidad del ataque al estado general, condición que precisamente contribuye al avance insidioso de - la enfermedad.

## II.- APLICACION A LA INVESTIGACION

En el aspecto orgánico, se desea conocer las diferencias patológicas que presentan los pacientes asustados de los no asustados. Entre los casos sometidos al estudio, así como por la experiencia de los mismos y de otros autores, se sabe de pacientes con susto con muy corta y con muy larga evolución. Por supuesto esa variabilidad es completa en la práctica médica diaria. Por consiguiente, es de esperar la presencia de pacientes con diferente grado de severidad y de gravedad; el calificar dichos campos por separado permitirá estimar las diferencias entre asustados y no asustados, por una parte en cuanto a cada campo por separado, y por otra, en lo relativo a la coincidencia de ambos campos en cada grupo de pacientes.

Podría ocurrir por ejemplo, que los pacientes asustados tuvieran cuadros más severos pero menos graves que los no asustados, o a la inversa. Y podría ocurrir que en uno de los dos grupos de pacientes se encontrara que existe una mayor coincidencia de gravedad y severidad que en el otro.

Desde el punto de vista aplicativo, el encontrar diferencias significativas en esos aspectos podría facilitar la orientación del médico cuando enfrenta un caso de "susto"; esa orientación sería, como en la medicina entera, de tipo general ya que el médico se enfrenta al problema de un hombre y no de una enfermedad.

### III.- SISTEMA GENERAL DE CALIFICACION

El expediente clínico está dividido en 4 secciones:

- A. Historia
- B. Síntomas e historia familiar
- C. Examen físico .
- D. Exámenes de laboratorio

Las dos primeras secciones son predominantemente subjetivas ya que las relata el paciente; las dos últimas son objetivas por cuanto se refieren a lo que el médico encontró al examinar directamente al paciente y a lo que arroja como información el - laboratorio.

Cada sección tiene un puntaje máximo de 10 para severidad y de 10 para gravedad; por consiguiente cada campo tiene un total - máximo de 40 puntos que indicarán en el primer campo la incapacidad total y en el segundo la inminencia de la muerte.

IV.- CALIFICACION ESPECIFICAA. Historia

## 1. Motivo de consulta, tiempo de evolución e historia.

- a) Severidad: de los datos se deducirá el grado en que el paciente está limitado para realizar sus actividades habituales, desde 0 en quien las realiza libremente a pesar de la molestia que acusa, hasta 10 en quien está incapacitado por completo.
- b) Gravedad: los datos orientarán para calificar desde 0 en los casos de gravedad nula hasta 10 en los de muerte inminente.

## 2. Tendencia.

- a) Severidad: si la tendencia ha sido a empeorar, es probable que la limitación sea real. Sin embargo la calificación no se altera puesto que señala una incapacidad presente. Lo mismo se aplica si la tendencia es a mejorar.
- b) Gravedad: en este campo la tendencia es más importante ya que orienta sobre el curso de la enfermedad y el futuro acercamiento o alejamiento de la muerte. En este sentido, la tendencia servirá para complementar el juicio -y la calificación- sobre la gravedad del caso.

## 3. Esfuerzo que debe hacer para trabajar.

- a) Severidad: evidentemente si de los datos se deduce que debe hacer un esfuerzo máximo es porque la severidad es elevada; complementa el juicio y la calificación.

b) Gravedad: servirá como orientación-confirmación de la im presión formada pero no alterará la calificación.

## B. Síntomas e historia familiar

1. Síntomas. El interrogatorio incluye 40 síntomas de los cuales 14 son objetivos, o sea que pueden ser observados por los órganos de los sentidos del paciente o de otra persona; los otros 26 son subjetivos, o sea que el paciente los relata como percepciones personales.

Por otra parte, se investiga si cada uno de estos síntomas se presenta siempre, a veces o nunca y en el instructivo -- hay espacio para consignar los resultados.

### Procedimientos:

Primero: se cuentan y anotan en las casillas correspondientes, el total de síntomas que se presentan siempre, a veces o nunca.

Segundo: de los que se presentan siempre, se cuentan y anotan los objetivos y los subjetivos.

Tercero: se repite la operación con los que se presentan a veces y con los que se presentan nunca.

Los síntomas objetivos son los señalados con los números: - 13-14-18-19-22-23-24-28-31-33-37-41-42-43.

Los subjetivos son: 1 a 12-15-16-17-20-21-25-26-27-29-30-32-34-35-36-38-39-40.

Una vez comprobados los totales en las columnas verticales y en las horizontales, se procede a calificar:

- a) Severidad: el total de síntomas que se presentan "siempre" es indicativo del malestar que sufre la persona, independientemente de que dichos síntomas sean objetivos o subjetivos; secundariamente esto es complementado por los síntomas que se presentan a veces.

La calificación de la severidad se hará exclusivamente con este punto (1) sin considerar la mortalidad no natural en hermanos e hijos.

- b) Gravedad: se dará más importancia a los síntomas objetivos, correlacionando el conjunto de síntomas con la sección A del cuestionario. Para la calificación de la gravedad se tomará en cuenta la mortalidad no natural habida en la familia.

### C. Examen físico

El examen incluye 7 observaciones diferentes que en caso de anomalía se califican con puntos enteros o fraccionarios, sin que el total en el grupo pase de 10.

#### 1. Aspecto y actitud del paciente

- a) Severidad: aspecto saludable: 0; regular 0.5; enfermo 1.
- b) Gravedad: aspecto saludable: 0; regular 0.5; enfermo 1.

La actitud del paciente se utilizará como orientación para calificar el tipo de patología, predominantemente or

gánica o predominantemente psicológica (nervioso, nervioso al principio, tranquilo, indiferente, deprimido, etc.)

## 2. Presión arterial sistólica:

a) La segunda vez, se supone que transcurrido el tiempo destinado a la recolección de información y parte del examen físico, el registro de la presión estará exento de los contribuyentes emocionales del principio. - Se calificará la anormalidad (de acuerdo a la edad) - tanto si es hiper o si es hipotensión.

a) Severidad: se tomará en cuenta la probable correlación entre grado de anormalidad y síntomas que - - aqueja el paciente, y el grado en que estos síntomas le afectan en su diario desenvolvimiento. Una crisis hipertensiva con todo su cortejo sintomático inhabilita totalmente al paciente y es suficiente para calificar con 10 este punto y el grupo entero. La hipotensión -y entre el grupo la ortostática- provoca una menor limitación en la persona.

b) Gravedad: el nivel de hiper o hipotensión debe referirse al estado general del paciente, ya que la gravedad es muy distinta en un arterioesclerótico, que en un sistema cardiovascular flexible. La calificación deberá reflejar el peligro que el paciente está corriendo.

## b) Cambio

Es de suponer que el cambio de la presión sistólica - observado entre la primera y la segunda toma, tiene - un significado, que debe ser estimado conjuntamente - con los cambios en la presión diastólica, en la frecuencia del pulso y de las respiraciones. Estos cam--

bios, relacionados con los datos de la historia y con el examen, orientarán sobre su origen orgánico o emocional.

a) Severidad: los cambios notables, aunque se originen en estímulos emocionales, pueden señalar alteraciones fisiológicas de suficiente importancia -- como para repercutir en la eficiencia de la persona. Esa repercusión, a través del grado de cambio, es lo que se califica.

b) Gravedad: dentro del mismo enfoque integral, se calificará la peligrosidad que para el paciente indica el cambio observado.

### 3. Presión arterial diastólica

a) La segunda vez

También señala -se supone- una cifra más cercana a la habitual en el paciente.

a) Severidad: si la alteración de esta presión no se acompaña de síntomas, es probable que el cuadro haya permitido ya una acomodación del paciente al nuevo estado patológico. No hay, por tanto, limitaciones de actividades y la calificación sería baja o 0.

b) Gravedad: por el contrario, una elevada presión diastólica señala patología avanzada y la gravedad será -- tanto mayor cuanto más elevada sea la presión aunque en ese momento no se acompañe de síntomas evidentes.

## b) Cambio

Se aplican las mismas consideraciones hechas para el análisis del cambio en la presión sistólica o sea análisis conjunto con los cambios en los otros signos vitales.

- a) Severidad: si la cifra encontrada es normal y no hubo cambio en ambas tomas, la calificación será 0. Por el contrario cifras anormales o con cambios notables entre ambas tomas, pueden señalar alteraciones funcionales severas que deben calificarse según su intensidad.
- b) Gravedad: cifras normales, gravedad 0. Los cambios notables señalan flexibilidad del sistema cardiovascular y poco probablemente una lesión grave. Lo contrario resulta con cifras elevadas y estables que señalan hipertensión avanzada con o sin síntomas. Cifras muy bajas y distanciadas de la presión sistólica pueden señalar insuficiencia aórtica que debe ser confirmada en el examen del corazón.

## 4. Pulso

## a) La segunda vez

- a) Severidad: si está normal se calificará 0. Si está anormal deberá calificarse después de formular la mejor hipótesis sobre el origen del problema: fiebre, anemia, emotividad, etcétera, y de correlacionarlo con la severidad del ánimo.
- b) Gravedad: si está normal se calificará 0. Si está anormal se calificará después de elaborada la hipótesis diagnóstica evaluada la gravedad que implica para el paciente.

## b) Cambio

- a) Severidad: los cambios notables pueden señalar problemas orgánicos o emocionales: anemia, infecciones de larga evolución, desnutrición, ansiedad, etc., se calificará de acuerdo al nivel del cambio.
- b) Gravedad: la estabilidad en cifras anormales o el cambio notable pueden señalar diferentes tipos de patología cuya gravedad debe calificarse de acuerdo a la hipótesis diagnóstica hecha con la información de que - hasta ese momento se dispone.

## 5. Respiraciones

## a) La segunda vez

- a) Severidad: si hay taquipnea es evidente que, sea orgánica o emotiva, señala malestar cuyo grado -y calificación- aumenta con la elevación del número de respiraciones.
- b) Gravedad: si el resto de datos señala compromiso respiratorio o cardiovascular, la persistencia de taquipnea en la segunda toma indicará el déficit de acuerdo a su intensidad.

## b) Cambio

- a) Severidad: si ha habido, se evaluará el grado de malestar e incapacidad que refleja. Si no ha habido y - hay taquipnea, también. Si no ha habido y es normal - la calificación: 0.
- b) Gravedad: si ha habido cambio o ha persistido la cifra anormal, se evaluará en términos de la amenaza a

la vida del paciente y así se calificará. Los cambios atribuibles a factores emocionales, aunque puedan señalar severidad en molestias y limitaciones, se califican con 0 en gravedad.

#### 6. Temperatura

- a) Severidad: aunque es variable la sensibilidad a la hipertermia de una a otra persona, se calificará así:

38 grados centígrados: 1 punto

39 grados centígrados: 2 puntos

40 grados centígrados: 3 puntos

Temperaturas intermedias: fracción de punto.

La hipotermia no se calificará debido a la falta de datos complementarios.

- b) Gravedad: se calificará solamente cuando se pase de 40 - grados centígrados ya que por debajo de esa cifra no está en peligro -por la temperatura misma- la vida.

#### 7. Hallazgos anormales

- a) Severidad: se calificarán en términos de la incapacidad que producen al desempeño de las labores diarias del paciente.

- b) Gravedad: se calificarán de acuerdo a la amenaza a la vida del paciente.

#### D. Exámenes de laboratorio

Lo habitual en medicina es que los exámenes de laboratorio contribuyan al diagnóstico en forma complementaria, o sea - que se da prioridad al interrogatorio, examen y análisis integral del problema que hace el médico. Los exámenes confirman, afinan o descartan impresiones clínicas, aunque muchas veces sugieren posibilidades que antes no habían sido consideradas.

En este caso, por el contrario, lo que se persigue es determinar la Severidad y la Gravedad de las alteraciones que se encuentran en el laboratorio, y tanto la historia como el examen y el análisis integral, se convierten en elementos complementarios para ese fin.

Por ejemplo, si un examen muestra 10 gramos de hemoglobina en 100 gramos de sangre de un paciente (alrededor de 70% de lo normal), ¿cómo se evalúa la severidad? La incapacidad -- que causa esa baja de hemoglobina es muy diferentes a una persona con anemia por hemorragia reciente que en una persona largamente desnutrida y parasitada pero mejor adaptada a la anormalidad.

En el segundo caso la Severidad es menor. En cambio la Gravedad del hallazgo es inversa: si la hemorragia es reciente pero está controlada y en vías de recuperación, la gravedad es baja. En cambio en el desnutrido y parasitado, ese nivel de hemoglobina contribuye a agravar el pronóstico por la facilitación de complicaciones en el cuadro patológico actual. En otro caso, una marcada leucocitosis puede señalar severidad elevada y gravedad baja en una infección aguda, y totalmente lo contrario en una leucemia crónica.

Por consiguiente, los exámenes de laboratorio se calificarán en términos de la incapacidad que producen o contribuyen a producir -severidad- y el grado en que contribuyen a poner en peligro la vida del paciente -gravedad-.

#### Diagnósticos retrospectivos

Nótese que el RESUMEN de calificaciones no se aborda en este momento. El objeto de que el calificador asiente los diagnósticos que considera más probables, es doble:

Por una parte, porque al anotar los diagnósticos obliga a una evaluación de conjunto, en la que el médico revisa todos los datos a su alcance y que se encuentran distribuidos en el expediente. Debe anotarlos todos, de preferencia en orden de importancia tal como él lo haría en su práctica habitual.

Por otra parte, porque la elaboración de diagnósticos -impresiones diagnósticas- con distribución Orgánicos y Psico-emocionales contribuye a formular el cuadro integral de Severidad y de Gravedad en cada paciente. En líneas generales, los problemas Psico-emocionales tienden a ser igual o más severos que los orgánicos, pero menos graves. Sin embargo también pueden ser graves, amenazando la vida a través de los accidentes, el homicidio y el suicidio.

RESUMEN

De cada uno de los bloques, la calificación será trasladada --  
-con lápiz- a las columnas correspondientes de severidad y gra  
vedad en el resumen; luego se hará un análisis global con base  
en esas calificaciones y los diagnósticos retrospectivos, con  
lo que se modificará o no la calificación de los bloques o sim  
plemente en el total; en estos casos, al final de la página --  
-y en el dorso si es necesario- se indicarán las razones que -  
se tuvieron para introducir esas modificaciones.

## APENDICE Nº 4

ESCALA DE 22 ITEMS PARA MEDIR DAÑO PSIQUIATRICO  
(Modificada)

- 1) Se siente usted cansado la mayor parte del tiempo? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 2) Se siente usted muchas veces que no tiene humor de hacer nada? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 3) Cómo se siente usted la mayor parte del tiempo?  
Contento, variable, preocupado? Contento \_\_\_\_\_  
Variable \_\_\_\_\_  
Preocupado \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 4) Siente usted a menudo que no le dan la mano suficiente? (que los demás no le ayudan?). Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 5) Le ha molestado que su corazón lata muy fuerte y de prisa? A menudo \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
Nunca \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 6) Habitualmente come usted con gusto? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 7) Hay veces que se siente usted tan nervioso que no puede estar en un solo lugar por mucho tiempo? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 8) Se considera usted preocupón? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 9) Cuando le causan un disgusto, ha sentido usted que se le agita la respiración? A menudo \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
Nunca \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_

- 10) Cuando alguien lo molesta, usted se lo dice? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 11) Ha perdido el conocimiento a causa de una fuerte impresión? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 12) Ha tenido usted problemas para dormir o para permanecer dormido? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 13) Si un borracho lo insulta, se enoja usted? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 14) Se le olvidan las cosas a menudo? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 15) Ha tenido usted resfrios o escalofrios? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 16) Cuando los problemas le molestan, le tiemblan las manos? A menudo \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
Nunca \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 17) Cuando tiene problemas, busca usted consejo? Casi siempre \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
Nunca \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 18) A usted le cansan o enferman sus problemas familiares? Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_
- 19) Se siente usted sólo aunque esté con otras personas del pueblo? A menudo \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
Nunca \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_

20) Para usted, las cosas salen como usted quiere?

A menudo \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
Nunca \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_

21) Le duele la cabeza cuando tiene que tomar decisiones?

A menudo \_\_\_\_\_  
A veces \_\_\_\_\_  
Nunca \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_

22) Para usted, cómo es su vida: Buena, regular, triste?

Buena \_\_\_\_\_  
Regular \_\_\_\_\_  
Triste \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_

## APENDICE Nº 5

INSTRUCCIONES PARA CALIFICAR LA ESCALA DE 22 ITEMS

- A.
1. Indique en la hoja, el lugar, el nombre, y el número del -- protocolo que está calificando.
  2. Indique su propio nombre o su número de código, y la fecha en que realizó la calificación.
  3. Califique todos los ítems. La calificación para cada uno -- puede ser 0, 0.5, o 1. La calificación debe escribirse en - el espacio a la derecha de cada ítem.
  4. Si el calificador tiene problemas o preguntas sobre cómo ca lificar un ítem, o si necesita hacer algún comentario, debe hacer una marca en el espacio destinado a "comentario".
  5. Absténgase de sumar las calificaciones de los ítems hasta - que se haya decidido la mejor forma de calificar los ítems 10 y 13.
  6. Por favor no escriba en el espacio "score corregido".
  7. Si hay más de 5 respuestas "No Sabe" debe señalarlo en el - espacio "Comentarios Generales"; también en este espacio de ben anotarse los demás comentarios.

## B. Forma de calificar.

1. Sí = 1	No = 1	No Sabe = 0.5	
2. Sí = 1	No = 0	No Sabe = 0.5	
3. Feliz = 0	Variable = 0.5	Preocupado = 1	No Sabe = 0.5
4. Sí = 1	No = 0	No Sabe = 0.5	
5. Seguido = 1	A veces = 0.5	Nunca = 0	No sabe = 0.5
6. Sí = 0	No = 1	No Sabe = 0.5	
7. Sí = 1	No = 0	No Sabe = 0.5	
8. Sí = 1	No = 0	No Sabe = 0.5	
9. Seguido = 1	A veces = 0.5	Nunca = 0	No Sabe = 0.5
10. Sí = 0	No = 1	No Sabe = 0.5	
11. Sí = 1	No = 0	No Sabe = 0.5	
12. Sí = 0	No = 1	No Sabe = 0.5	
13. Sí = 1	No = 0	A veces = 0.5	No Sabe = 0.5

14. Sí = 1	No = 0	No Sabe = 0.5
15. Seguido = 1	No = 0	No Sabe = 0.5
16. Seguido = 1	A veces = 0.5	Nunca = 0      No Sabe = 0.5
17. Casi siempre = 1	A veces = 0	Nunca = 0      No Sabe = 0.5
18. Sí = 1	No = 0	No Sabe = 0.5
19. Seguido = 1	A veces = 0.5	Nunca = 0      No Sabe = 0.5
20. Seguido = 0.5	A veces = 0	Nunca = 1      No Sabe = 0.5
21. Seguido = 0.5	A veces = 0	Nunca = 1      No Sabe = 0.5
22. Buena = 0	Regular = 0	Triste = 1      No Sabe = 0.5

Nota: para mayor precisión al sumar las calificaciones siempre use 0.5 y no .5.

C. En este procedimiento de calificación se asume que la respuesta "No Sabe" indica una parcial aceptación de la afirmación de la pregunta. Por la misma razón, la falta de respuesta a preguntas que señalan posiciones intermedias entre stress y no stress, se califican con 0.5.

APENDICE No. 6CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIALES

Lugar (pueblo o ciudad) \_\_\_\_\_

## I. Datos generales

1. Nombre completo \_\_\_\_\_
2. Sexo \_\_\_\_\_ 3. Edad \_\_\_\_\_
4. ¿Vive con el cónyuge? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. Hijos \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
6. Número total de hijos \_\_\_\_\_ Número total de hijas \_\_\_\_\_
7. Tamaño de la vivienda \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda \_\_\_\_\_

## II. Información personal sobre el individuo entrevistado

1. ¿Sufre de alguna afección física o mental que le lleva a fracasar en su función social? Descríbala: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Hay alguna indicación de que este individuo no logre mantener unas relaciones apropiadas con otros miembros de la comunidad? Descríbalo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Con respecto a su conducta, ¿se comporta debidamente con los vecinos y otros miembros de la comunidad? Descríbalo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## III. Solo para hombres

1. ¿Es necesario en este pueblo poseer animales? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Es necesario en este pueblo tener una yunta de bueyes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Cuántos años de servicios en un "cargo debe de haber terminado un hombre de su edad? \_\_\_\_\_
4. ¿Debe un individuo consultar con otra persona para resolver un problema doméstico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. Cuando una persona de la localidad trabaja como jornalero (para otro), ¿es bueno, simplemente está bien o es desafortunado?  
Bueno \_\_\_\_\_ Está bien \_\_\_\_\_ Desafortunado \_\_\_\_\_
6. ¿Qué cantidad de maíz necesita cosechar una familia como la suya? \_\_\_\_\_
7. ¿Es importante para las personas de este pueblo saber leer y escribir? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. ¿Cuántos años de escuela son apropiados para un campesino de esta localidad? \_\_\_\_\_
9. ¿Es más dura la vida para el marido o para la mujer o es igualmente difícil para ambos?  
Marido \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Igual(para ambos) \_\_\_\_\_
10. ¿Es más difícil la vida para las personas menores de 40 años o para las mayores de esa edad?  
Menores \_\_\_\_\_ Mayores \_\_\_\_\_
11. ¿Tienen los habitantes del pueblo y vecinos mucho o poco respeto por usted?  
Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_
12. ¿Tienen sus hijos mucho o poco respeto por usted?  
Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_
13. ¿Tiene su mujer mucho o poco respeto por usted?  
Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_
14. ¿Qué cantidad de maíz consume diariamente su familia? \_\_\_\_\_

15. Desde la Semana Santa o el Día de Todos los Santos, ¿qué tareas ha realizado usted de las que se enumeran a continuación?

- a) ¿Ha vendido en el mercado? \_\_\_\_\_
- b) ¿Ha labrado sus propios campos? \_\_\_\_\_
- c) ¿Ha desempeñado un cargo en la comunidad? \_\_\_\_\_
- d) ¿Ha formado parte de algún comité como, por ejemplo, de la escuela, carreteras o abastecimiento de aguas? \_\_\_\_\_
- e) ¿Ha trabajado en algún proyecto obligatorio de la comunidad? \_\_\_\_\_
- f) ¿Ha trabajado fuera del pueblo? \_\_\_\_\_
- g) ¿Ha ayudado a un pariente cercano, vecino o compadre en su trabajo? \_\_\_\_\_
- h) ¿Se ha dedicado a alguna otra tarea? \_\_\_\_\_

16. ¿Le ayudan sus hijos mayores siempre que es posible?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

17. ¿De los siguientes servicios, cuáles ha prestado usted?

- a) Policía \_\_\_\_\_
- b) Jefe de policía \_\_\_\_\_
- c) Padrino o patrón de santo \_\_\_\_\_
- d) Primer Registro \_\_\_\_\_
- e) Presidente municipal \_\_\_\_\_
- f) Presidente de comité \_\_\_\_\_

18. ¿Cuáles fueron los últimos cargos y servicios que prestó?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

19. ¿En qué años?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

20. Cuando usted se unió por primera vez con su mujer, ¿vivió en la casa de sus mayores? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo?

Menos de 1 año \_\_\_\_\_ Más de 1 año \_\_\_\_\_

Lugar (pueblo) \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_

## III. Solo para mujeres

1. ¿Debe un individuo consultar con otra persona para resolver un problema doméstico?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Cuando una persona de la localidad trabaja como jornalero o sirviente, ¿es bueno, simplemente está bien o es desafortunado?

Bueno \_\_\_\_\_ Está bien \_\_\_\_\_ Desafortunado \_\_\_\_\_

3. ¿Es importante para una persona de este pueblo saber leer y escribir?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. ¿Qué cantidad de maíz necesita cosechar una familia como la suya?

\_\_\_\_\_

5. ¿Cuántos años de escuela son apropiados para una campesina de la localidad?

\_\_\_\_\_

6. ¿Es más dura la vida para la mujer o para el marido o igualmente difícil para ambos?

Marido \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Igual(para ambos) \_\_\_\_\_

7. ¿Es más difícil la vida para las personas menores de 40 años o para las mayores de esa edad?

Menores \_\_\_\_\_ Mayores \_\_\_\_\_

8. ¿Tienen los habitantes del pueblo y vecinos mucho o poco respeto por usted?

Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_

9. ¿Tienen sus hijos mucho o poco respeto por usted?

Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene su marido mucho o poco respeto por usted?

Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_

11. ¿Qué cantidad de maíz consume diariamente su familia? \_\_\_\_\_

12. Desde la Semana Santa o el Día de Todos los Santos, ¿qué tareas ha realizado usted de las que se enumeran a continuación?

a) ¿Ha vendido en el mercado? \_\_\_\_\_

b) ¿Ha preparado comida? \_\_\_\_\_

c) ¿Ha tenido un hijo? \_\_\_\_\_

d) ¿Ha hecho trabajos de alfarería, pan o queso? \_\_\_\_\_

- e) ¿Ha ayudado a una pariente cercana, una comadre o una vecina en su trabajo? \_\_\_\_\_
- f) ¿Ha cuidado niños? \_\_\_\_\_
- g) ¿Se ha dedicado a alguna otra tarea? \_\_\_\_\_
13. ¿De cuál de las tareas que ha realizado se siente más orgullosa?  
\_\_\_\_\_
14. ¿Hace usted esta tarea de la que se siente más orgullosa mejor, igual o peor que otras mujeres del pueblo?  
Mejor \_\_\_\_\_ Igual \_\_\_\_\_ Peor \_\_\_\_\_
15. ¿Está satisfecho su padre (o su marido) con el trabajo que usted hace?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
16. ¿Le ayudan sus hijos mayores cuando es posible?  
Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
17. ¿Cuántos de sus hijos nacieron muertos? \_\_\_\_\_
18. ¿Ha criado usted a todos sus hijos sobrevivientes?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
19. ¿Cuántos de sus hijos nacidos vivos murieron antes de los tres años de edad? \_\_\_\_\_
20. ¿Cómo considera sus tareas de esposa y madre en su familia?  
Muy laboriosas \_\_\_\_\_ Corrientes \_\_\_\_\_ Fáciles \_\_\_\_\_
21. Cuando usted se unió a su marido, ¿vivió en casa de sus mayores?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo:  
Más de 1 año \_\_\_\_\_ Menos de 1 año \_\_\_\_\_  
Lugar (pueblo) \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_

Para hombres y mujeres.

1. ¿Quién es el propietario de esta casa?  
El marido \_\_\_\_\_ La mujer \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos años fue al colegio? \_\_\_\_\_
3. ¿Sabe usted leer y escribir?  
Un poco \_\_\_\_\_ Apenas \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_
4. ¿Posee usted un burro \_\_\_\_\_ un caballo \_\_\_\_\_ una yunta de bueyes \_\_\_\_\_  
un camión \_\_\_\_\_ una bicicleta \_\_\_\_\_
5. Una pareja debe vivir en la casa del marido \_\_\_\_\_ de la  
mujer \_\_\_\_\_ es indiferente \_\_\_\_\_
6. En los dos últimos años, ¿ha trabajado usted como jornalero o sirvienta  
para otros?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. Cuando la gente del pueblo o los vecinos murmuran de una persona, ¿pue  
de ésta vivir a gusto?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. Para que una persona pueda vivir a gusto, ¿es necesario que los demás  
le tengan mucho o poco respeto o esto no tiene importancia?  
Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ No tiene importancia \_\_\_\_\_
9. ¿Puede usted decir si cada una de las preguntas siguientes es seria, de  
poca importancia o insignificante?  
a) Cuando una hija se va con el novio, las críticas que los padres han  
de sufrir por ella son: serias \_\_\_\_\_ de poca importan-  
cia \_\_\_\_\_ insignificantes \_\_\_\_\_  
¿Ha experimentado ustedes esa situación?  
b) Cuando un hijo se fuga con la novia, las críticas que sus padres han  
de sufrir por él son:  
serias \_\_\_\_\_ de poca importancia \_\_\_\_\_ insignificantes \_\_\_\_\_  
¿Han experimentado ustedes esa situación?  
c) Cuando una muchacha se queda embarazada antes de casarse, las críti-  
cas que sus padres han de sufrir por ella son:  
serias \_\_\_\_\_ de poca importancia \_\_\_\_\_ insignificantes \_\_\_\_\_  
¿Han experimentado ustedes esa situación?

d) Cuando un hijo es borracho, las críticas que sus padres han de sufrir por él son:

serias \_\_\_\_\_ de poca importancia \_\_\_\_\_ insignificantes \_\_\_\_\_

10. Desde el Día de Todos los Santos, Semana Santa o durante los últimos seis meses, ¿han consultado ustedes con alguna otra persona para resolver un problema doméstico:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Con quién han consultado? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de esta persona con ustedes? \_\_\_\_\_

¿Han consultado con alguna otra persona? \_\_\_\_\_

11. ¿Qué cantidad de maíz cosecharon ustedes el año pasado? \_\_\_\_\_

12. ¿Es bueno que el marido diga a su mujer la cantidad de maíz que él cosechó?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

APENDICE No. 7

## INSTRUCCIONES DE CALIFICACION PARA EL CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIALES PARA HOMBRES.

I.- Propósito y racionalidad del Cuestionario y de la Hoja de evaluación.

La relación entre el Cuestionario de Factores Sociales y la Hoja de Calificación permite transformar a los datos respondidos verbalmente en la observación, a una calificación numérica con fiable. Esto puede usarse en un cómputo de medidas relaciona-- das a factores de stress social.

La propuesta básica es facilitar que se derive de una medida - cognositiva de stress, a partir de la exposición de preguntas que pueden revelar discrepancias entre la percepción de las ex pectativas del rol ideal y la percepción del cumplimiento ac-- tual de las obligaciones del rol social. La calificación resul-- ta positiva cuando las respuestas indican una deficiencia en - la relación de los comportamientos o experiencias reportados, cuando son comparados con el standar cognositivo del comporta-- miento ideal.

La Hoja de Calificación está diseñada para hacer la diferencia-- ción del peso de los componentes de cada una de las respuestas. El peso está basado en el conocimiento etnográfico que los in-- vestigadores tienen sobre las comunidades incluidas en el estu-- dio. La calificación se dá, por lo tanto, en base a las ins-- trucciones presentadas en las siguientes secciones y, en caso de ambigüedad, con el recurso de la calificación racional an-- tes indicada.

## II.- Instrucciones Generales.

- 1.- Cada uno de los Cuestionarios de Factores Sociales requiere el uso de una Hoja de Calificación.
- 2.- Escriba su nombre, o el número de código si lo tiene, en el extremo superior derecho de la Hoja de Calificación.
- 3.- Transcriba localidad, número, nombre, sexo y edad de la persona que fué entrevistada.
- 4.- No escriba nada en el espacio provisto para el código -- 1.D.
- 5.- Las preguntas y las secciones están numeradas secuencialmente. Estó se dá en todas las secciones excepto en la Sección A, donde cada pregunta es calificada por la división entre las medidas de patrones ideales (a) y las medidas de lo observado materialmente (b). Inmediatamente después cada número de calificación, y de calificación combinada, se encierra entre paréntesis. La numeración con números estilo Romano se refieren a las secciones del Cuestionario. Los números arábigos se refieren a las preguntas de esas secciones en el Cuestionario. Unas pocas preguntas a evaluar se subdividen y en el cuestionario se designan con las letras a, b, c, etc. La Hoja de Calificación para hombres será evaluada con referencia a la sección III del Cuestionario, "Solamente para Señores".
- 6.- El juicio para calificar a cada pregunta se hará como se indicó arriba, en (5).
- 7.- Las preguntas serán calificadas primeramente con respecto a sus componentes, como se indica en III, Instruccio-

nes, primero se califican los componentes, la calificación se deriva de la evaluación de cada pregunta, en el espacio proporcionado para ello. Los componentes de la calificación pueden ser verificados (sí o no; siempre, - en ocasiones, nunca; etc.) o números (1,2,3,etc.). Las calificaciones de las preguntas siempre se dan en números: 1, 2 ó 0. El Gran Total es la suma de todas las calificaciones que están en las Hojas de Calificación.

- 8.- Para aquellas preguntas sin responder, o cuya respuesta no puede ser calificada con el presente instrumento, no se califican. Escriba el número de estas preguntas en la parte de Comentarios de la primera página de las Hojas de Calificación.

### III.- Instrucciones.

- A.1. Parte (I.4): Si la respuesta no es de un adulto, la pregunta no es calificada. Si la respuesta es de un adulto; ¿tiene esposo(a)? Verifique Sí o No.
2. Parte (I.6.7.8.): Para Chinantecos, si el material de la casa es adobe o "tabla", cheque Sí. Si el material de la casa es "palito", cheque No.
- Para Zapotecos (I.8), adecuado = sí, no adecuado = no.
3. Parte (II.1): Algunas respuestas de esta sección de Cuestionario son afirmativas y pueden ser calificadas como Sí, con una marca de checado. Unas negativas, o no respondidas, en todos los casos son calificados No.
- B.1.a. Parte (III.1) (III.2): Verifique la propia respuesta.

- b. Parte (IV.4): Si se indicó cualquiera de las dos, caballo o burro, o ambos, verifique Sí para Tiene Animales. Compruebe a otras preguntas similares.
- 2.a. Parte (III.6): Escriba la cantidad de maíz indicada en la respuesta. Indique claramente el tipo de medida (kilo, Tonelada, etc.).
  - b. Parte (IV.11): Escriba la cantidad de maíz indicada en la respuesta, con número y medida, como en la anterior.
- 3.a. Parte (III.7): Compruebe Sí ó No.
  - b. Parte (IV.3): Verifique Mucho, Poco o Nada.
- 4.a. Parte (III.8): Escriba el número de años indicado por la respuesta.
  - b. Parte (IV.2): Escriba en número de años.
- C.a. Parte (III.3): Escriba en número de años.
  - b. Parte (III.17): Escriba el número de años de servicios suministrados a la comunidad.
- 2.a. Parte (III.3): Escriba en número de años.
  - b. Parte (III.15.c.d.e., III.18, III.19 y las indicaciones marginales de III.17, son sumados en estas listas de -- servicios en III.17, dando un número total de años dados en servicio, tanto explícitos como en el sistema informal): Si él responde indicando que tiene varios años -- más que los señalados en C.1.b., arriba, sume este tiempo al indicado previamente en C.1.b.

- 3.a. Parte (III): Para Zapotecos. Indicar el oficio que mayormente ha desempeñado. También indicar el oficio más desempeñado actualmente, si es posible.
- b. Parte (III.18, III.19).
- D.1.a. Parte (III.4): Verifique Sí ó No, según lo indicado en la respuesta.
- b. Parte (IV.10): Compruebe Sí ó No, según lo indicado en la respuesta. Indicando también el número de personas consultadas.
- 2.a. Parte (IV.8): Verifique el nivel al respecto, indicado en la respuesta.
- b. Parte (III.12,13): Cheque cada componente de esta parte como sea ubicado en el Cuestionario de preguntas, Mucho o Poco.
- 3.a. Parte (IV.9.a.b.c.d): Indicar por los números de cada subpregunta cuanto tiempo es verificado.
- b. Parte (IV.7): Verifique la sensibilización a las murmuraciones ("chismes"). Sí ó No. No responder es indicativo de sensibilidad en este contexto.
- E.1.a. Parte (III.5): Compruebe lo indicado por la respuesta. Bueno = positivo; Regular = neutral; triste = negativo.
- b. Parte (IV.6): Verifique Sí ó No, como indique la respuesta.
- 2.a. Parte (I.2): Cheque sexo del entrevistado.
- b. Parte (III.9): Verifique Hombre, Mujer o ambos, según se respondió.

- 3.a. Parte (I.3): Escriba la edad del entrevistado.
- b. Parte (III.10): Compruebe si es antes o después de 40, según indique el entrevistado. También indique si respondió 40 años de edad.
- 4.a. Parte (IV.5): Si respondieron indicando propia (sic), - cheque esposo. Si señora, cheque esposa. Si es igual, - cheque No Diferencia.
- b. Parte (IV.1): Si el entrevistado indica propia, cheque esposo. Si señora, cheque esposa. Si él indicó otra, -- cheque. Alguna otra en la Hoja de Calificación.
- 5.a. Para Chinantecos, escriba 0. Para Zapotecos escriba 2.
- b. Parte (III.20): Cheque Sí ó No, como indique el entrevistado. Si es afirmativo, verifique menor o mayor de - un año. Dando el número de años si se indica.
- 6.a. Tanto para Chinantecos como para Zapotecos, indique Sí.
- b. Parte (III.16): Compruebe si se indica: Siempre, En oca siones, Nunca.
- 7.a. La deshonra es implícita para Chinantecos y Zapotecos: Califique Sí para esas comunidades.
- b. Parte (IV.9.a.b.c.d): Verifique cada una de las deshonras indicadas por el entrevistado como: Nunca, Una vez, o Dos veces o Más.
- A.1. Si el entrevistado no es adulto, la calificación es 0. Si respondió un adulto y contestó que Sí, la calificación es 0. Todos los no comprobados son calificados como:

2. Sí = 0; No = 2.

3. Sí = 2; No = 0.

B.1. Si es afirmativo para animales y bueyes, o ambos, en -- términos ideales y reales, califique 0.

Si es Sí para animales y bueyes, o ambos, en el compo-- nente ideal; pero, no en componentes reales para animales y bueyes, califique 2.

Si es Sí para animales y bueyes en el componente ideal, y un Sí y un No en el componente real, califique 1. Si es un Sí en uno de los ideales y No para ambos reales, califique 1. Si es un No en ambos componentes ideales y No sobre la pareja de componentes reales, califique 2.

Si es Sí y No en los componentes ideales, y Sí y No en la pareja de componentes reales, califique 1.

Las indicaciones para camión y/o bicicleta podrán ser - reducidas de 2 a 1 y de 1 a 0, según la calificación anterior.

2. Si (a) excede a (b) por  $1/3$  o más califique 2.

Si (a) excede a (b) por menor de  $1/3$ , tanto como si (a) y (b) no son aproximadamente iguales, marque 1.

Si (a) y (b) son muy aproximadamente iguales, o si (b) excede a (a), marque 0.

(Nota: Una tonelada es aproximadamente igual a 907 kilogramos).

3. Si es sí para (a) y Algo para (b), califique 0.

Si sí para (a) y Poco para (b), marque 2.

Si no para (a) y Nada para (b), marque 1.

Si no para (a) y Algo o Poco para (b), marque 0.

4. Si (a) y (b) son aproximadamente iguales, marque 0.

Si (b) excede a (a), marque 0.

Si (a) excede a (b) por un año, marque 1.

Si (a) excede a (b) por dos o más años, marque 2.

C.1. Si (a) y (b) son iguales, marque 0.

Si (b) excede a (a), marque 0.

Si (a) excede a (b) por un año, marque 1.

Si (a) excede a (b) por dos años o más, marque 2.

2. y 3.- Use la escala propuesta por los investigadores para Calificar las respuestas previas.

D.1. Si no para (a) y no para (b), marque 0.

Si no para (a) y sí para (b), marque 2.

Si sí para (a) y sí para (b), marque 1.

Si no fué consultada más de una persona.

Si sí para (a) y sí para (b), marque 2, si dos o más -- personas fueron consultadas.

Si sí para (a) y sí para (b), marque 0.

2. Si (a) es contestada como Mucho, y dos o tres respuestas de (b) con Poco, marque 2.

Si (a) con Mucho, y una respuesta en (b) con Poco, marque 1.

Si (a) con Poco o No Importante, y (b) con Mucho, mar--que 0.

Si en (a) y (b) con Poco o No Importante, marque 0.

3. Si tres o más para la serie (3.a) se caracteriza como Serio, y Sí para la sensibilidad (3.b), marque 2.

Si tres o más para Serio, y No para sensitivo, marque 1.

Si uno o dos para Serio, y Sí para sensitivo, marque 1.

Si No para Serio, y No para sensitivo, marque 0.

- E.1. Si (a) es positivo o neutral, y (b) es sí, marque 1.

Si (a) es negativo y (b) es sí, marque 2.

Si (a) es negativo y (b) es no, marque 0.

Si (a) es sí y (b) es sí, marque 1.

Si (a) es sí y (b) es no, marque 0.

(Sí es igual a positivo o neutral).

2. (Cuando (a) es masculino): si (b) es Hombres, marque 2;  
si (b) es Igual, marque 1; si (b) es Mujeres, marque 0.

3. Si (a) y (b) son iguales, marque 2.

Si (a) y (b) son distintos, marque 0.

Si (a) es 40 y (b) es Después de 40, marque 1.

4. Si (a) concuerda con el Esposo o No Diferente, y (b) --  
concuerda con el Esposo, califique 0.

Si (a) concuerda con el Esposo y (b) indica Esposa o Alguna Otra, marque 2.

Si (a) concuerda con la Esposa, y (b) concuerda con la Esposa o Alguna Otra, califique 1.

Si (a) concordó con No Diferente, y (b) con Alguna Otra, marque 0.

5. (Para Chinantecos): si (b) es sí y más de un año, califique 1.

Si (b) es sí y menor de un año, califique 0.

Si (b) es no, califique 0.

(Para Zapotecos): si (b) es sí y más de un año, califique 0.

Si (b) es sí y menor de un año, califique 1.

Si (b) es no, califique 2.

6. Si (a) es Sí y (b) es Siempre, marque 0.

Si (a) es Sí y (b) En ocasiones, marque 1.

Si (a) es Sí y (b) es Nunca, marque 2.

Si (a) es No y (b) es Siempre, marque 0.

Si (a) es No y (b) es En ocasiones o Nunca marque 1.

7. Deshonras dos o más ocasiones, marque 2.

Una deshonra, marque 1.

Nunca, marque 0.

Por favor, califique todas las respuestas. El gran total constituye la calificación de los Factores Sociales para el individuo, Coloque la suma de las calificaciones en el espacio propuesto para el Gran Total.

**INSTRUCCIONES DE CALIFICACION PARA EL CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIALES PARA MUJERES.**

I.- Propósitos y racionalidad, es igual a lo descrito en la sección I del Instructivo de Calificación para Hombres.

II.- Instrucciones Generales.

Son las mismas que la proporcionadas en la Sección II del Instructivo para hombres.

III.- Instrucciones.

A.1. Parte (I.4): si la entrevistada no es un adulto (menor de 18), estas respuestas no son calificadas. Si la entrevistada es adulto, ¿tiene esposo?

Verifique Sí ó No.

2. Parte (I.6.7.8): Para Chinantecos, si el tipo de casa es de adobe o "tabla", marque Sí. Si el tipo de casa es "palito", marque No. Para Zapotecos (I.8), adecuado =Sí; no adecuado = No.

3. Alguna respuesta positiva en esta sección del Cuestionario puede ser calificadas como Sí. Una respuesta negativa, o no contestar, se califica como No.

B.1.a. Parte (I.4): Si la mujer tiene esposo, marque en el espacio conveniente. (I.3): indique la edad de la entrevistada.

b. Parte (I.5.6): Recuerde desde la información para estas respuestas, indique el número total de hijos que la mujer tuvo.

2. Parte (III.17): Escriba el número de niños muertos en el parto. (III.19): escriba el número de hijos que murieron antes de los tres años de edad.
- 3.a. Para Chinantecos y Zapotecos, marque Sí.
  - b. Parte (III.18): la entrevistada atendió a todos sus niños. Indique Sí o No.
4. Parte (III.12): indique el número total de labores reportadas.
- 5.a. Parte (III.13): escriba en especial la labor que dijo la entrevistada que la enorgullecía.
  - b. Parte (III.14): indique el nivel de competencia.
- 6.a. Parte (IV.12): podría el esposo informar sobre la cantidad de maíz que cosecha su esposa. Verifique Sí o No.
  - b. Parte (III.4): compruebe, Sí o No, si ella tiene conocimiento de la cantidad que cosecha de maíz.
- 7.a. Para Chinantecos y Zapotecos, indique Sí para responsabilidad.
  - b. Parte (IV.9.a.b.c.d): escriba después de la respuesta afirmativa, el número de veces que fué deshonrada. Si ella reportó que nunca, verifique No.
8. Parte (III.20): verifique Difícil, Moderado, Fácil; según se respondió.
9. Parte (III.15): compruebe Sí o No, según se respondió.

- C.1.a. Parte (III.4): Escriba la cantidad calculada de maíz co sechado, indicando la medida utilizada; por ejemplo, ki los, etc.
- b. Parte (IV.11): escriba la cantidad reportada utilizando la medida con que se respondió.
- 2.a. Parte (III.3): verifique Sí o No.
- b. Parte (IV.3): cheque Mucho, Poco o Nada.
- 3.a. Parte (III.5): escriba el número de años indicados por la entrevistada.
- b. Parte (IV.2): escriba el número de años.
- D.1.a. Parte (III.1): verifique Sí o No, según se respondió.
- b. Parte (IV.10): verifique Sí o No, y si es afirmativa, - ¿cuánto?
- 2.a. Parte (IV.8): cheque el nivel indicado.
- b. Parte (III.8.9.10): indique Mucho o Poco respecto a las categorías de la persona.
- 3.a. Parte (IV.9): verifique el nivel de sensibilidad.
- b. Parte (IV.7): compruebe Sí o No.
- E.1.a. Parte (III.2): indique la respuesta en Positivo, Neu- - tral o Negativo.
- b. Parte (IV.6): verifique Sí o No.

2.a. Parte (I.2): verifique Mujer.

b. Parte (III.6): cheque Hombre, Mujer o Igual.

3.a. Parte (I.3): indique la edad del entrevistado.

b. Parte (III.7): indique antes de 40, después de 40, o 40 años de edad.

4.a. Parte (IV.5): compruebe Esposo, Esposa o No Diferente.

b. Parte (IV.1): igual que la anterior.

5. Parte (III.21): verifique Sí o No, en caso afirmativo - compruebe si mayor o menor de un año. Si el entrevistado indicó tiempo (en número de años) indíquelo.

6.b. Parte (III.16): indique Siempre, En ocasiones o Nunca.

A.1. Si la entrevistada no es adulta, marque 0. Si es adulto cheque Sí, y califique 0.

Todos los no checados califican 2.

2. Sí = 0; No = 2.

3. Sí = 2; No = 0.

B.1. Si la mujer tiene entre tres y ocho hijos, y entre los 20 y 40 años, y si tiene esposo, califica 0. Si tiene menos de tres hijos, califica 1; más de ocho califica 2.

Si tiene ocho o más hijos pero no esposo, califica 2.

Si la mujer tiene más de 25 años y no tiene ni esposo - ni hijos, califica 1.

2. Si Nunca en ambas categorías, califique 0.  
Si una en alguna de las categorías, califique 1.  
Si dos o más en una o ambas categorías, califique 2.
3. Para Chinantecos y Zapotecos. Califique 0 si (b) es Sí.  
Califique 2 si (b) es No.
4. Si la respuesta es 5 ó 6 labores, califique 0.  
Si 3 ó 4 labores, califique 1.  
Si 2, califique 2.
5. Si (b) es contestado como Mayor o Igual, califique 0.  
Si (b) es Menor, califica 2.
6. Si (a) es sí y (b) es sí, marque 0.  
Si (a) es no y (b) es no, marque 0.  
Si (a) es sí y (b) es no, marque 2.  
Si (a) es no y (b) es sí, marque 0.
7. (Para Chinantecos y Zapotecos):  
Si una deshonra, marca 1.  
Si más de una, marca 2.  
Si no tuvo, marca 0.
8. Si Difícil, califique 2.  
Si Moderado, califique 1.  
Si Fácil, califique 0.
9. Sí = 0.  
No = 2.  
No sabe = 1.

C.1. Si (a) excede a (b) por  $1/3$  o más, marque 2. Si (a) excede a (b) por menos de un tercio, marque 1.

Si (a) y (b) son aproximadamente iguales o si (b) excede a (a), califica 0.

(Nota: Una tonelada es aproximadamente igual a 907 kilogramos).

2. Si Sí para (a) y Mucho para (b), marque 0.

Si Sí para (a) y Poco para (b), marque 1.

Si Sí para (a) y Nada para (b), marque 2.

Si No para (a) y Nada para (b), marca 1.

Si No para (a) y Mucho o Poco para (b), marca 0.

3. Si (a) y (b) son aproximadamente iguales, marca 0.

Si (b) excede a (a), marca 0.

Si (a) excede a (b) por un año, marca 1.

Si (a) excede a (b) por dos o más años, marca 2.

D.1. Si No para (a) y No para (b), 0.

Si No para (a) y Sí para (b), 2.

Si Sí para (a) y Sí para (b), califica 1 si no fué entrevistado más de uno.

Si Sí para (a) y Sí para (b), califica 2 si dos o más personas fueron entrevistadas.

2. Si (a) es Mucho y dos o tres respuestas en (b) son Poco, marque 2.

Si (a) es Mucho y una respuesta en (b) es Poco, marque 1.

Si (a) es Mucho y las tres respuestas en (b) son Mucho, marque 0.

Si (a) y (b) son Poco ó No Importante, marque 0.

3. Si tres o más respuestas de Seria en (a) y Sí para sensibilidad, marque 2.

Si tres o más para Seria, y No para sensibilidad, marque 1.

Si uno o dos para Seria y Sí para sensibilidad, marca 1.

Si no para Seria y sí sensibilidad, 0.

Si no para Seria y no sensibilidad, 0.

- E.1. Si (a) es Positivo o Neutral, y (b) es Sí, califica 1.

Si (a) es Negativo y (b) es Sí, 2.

Si (a) es Negativo y (b) es No, 0.

Si (a) es Sí y (b) es Sí, 1.

Si (a) es Sí y (b) es No, 0.

2. Si (b) es Mujer, marque 2.

Si (b) es Igual, marque 1.

Si (b) es Hombre, marque 0.

3. Si (a) es menor de 40 años y (b) es mayor, marque 2.

Si (a) es de 40 o más años y (b) es mayor, marque 2.

Si son iguales, marque 1.

Si (a) es menor de 40 y (b) es mayor, marque 0.

Si (a) es de 40 o más y (b) es menor, marque 0.

4. Si (a) es Esposo y (b) es Esposa u Otra, califique 2.

Si (a) es Esposa y (b) es Esposo o Esposa, califique 1.

Si no hay diferencia, califique 0.

Si (a) es Esposo y (b) es Esposo, califique 0.

5. (Para Chinantecos): Si No, marque 0.

Si Sí, y menor de un año, marque 0.

Si Sí, y más de un año, marque 1.

(Para Zapotecos): Si No, marque 2.  
Si Sí y menos de un año, marque 1.  
Si Sí y más de un año, marque 0.

6. (Para Chinantecos y Zapotecos);

Siempre = 0.

En ocasiones = 1.

Nunca = 2.