

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS DEL SUSTO*

Carlos Viesca Treviño**
Tiahoga Ruge S. **

ABSTRACT

In this paper we analyze the psychological and psychopathological problems associated with "susto". Our review, basically a bibliographical review added with some field-work, intends to search possibilities for identification of "susto" with some psychiatric and clinically related diagnoses. We sustain that "susto" is really a syndrome from a clinical point of view and a significant in a comprehensive view.

En diversos trabajos acerca del susto se ha puesto en relieve, empleando los métodos propios de la clínica occidental, la importancia que tiene por la frecuencia de su aparición y por la gran cantidad de sociedades en que aparece, abarcando prácticamente toda Hispanoamérica. Por otra parte, se ha intentado, con base en la misma actitud metodológica, cernir su realidad buscando su equivalencia o equivalencias en patologías orgánicas, como lo han hecho Rolando Collado, Arthur Rubel y Carl O'Neill (1985) en un reciente trabajo.

La sintomatología, variada y multiforme ha llevado a diversos estudios de un lado al otro, sin que se haya podido precisar cuáles son sus síntomas característicos y cuál la enfermedad presente tras ellos, entendiendo aquí enfermedad en el sentido occidental de la palabra. Cambios notorios en la forma de manifestarse han permitido asimismo establecer diagnósticos con oposiciones también notorias entre sí.

La imposibilidad de entender el padecimiento en términos de organicidad, por una parte, y la presencia persistente en su curso de factores de índole emocional, por otra, nos han precisado a buscar su realidad en los campos del pensamiento, de la conducta, de la afectividad.

* Trabajo presentado en el Simposio "Evaluación médica de una enfermedad paralela: el susto", llevado a cabo en la XVIII Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología. Taxco, Guerrero, 14 a 19 de agosto de 1983.

** Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

Detengámonos por un momento a desglosar esta situación. En los diversos reportes que abordan el problema del susto y se ocupan de individualizarlo, encontramos constantemente mencionados, por un lado, un concepto, el de pérdida del alma, y, por otro, una sintomatología poco precisa que, esta sí, cambia de cultura en cultura. Abundan los síntomas tales como sensación imprecisa de malestar, astenia, falta de apetito, pérdida de interés por las cosas y acontecimientos, fatigabilidad, insomnio, irritabilidad; el paciente se describe preocupado, desasosegado; no faltan ni dolores que pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, ni taquicardia, ni dificultad para respirar. Incluso trabajos en una orientación tan definidamente organicista como es el de Ysunza (1976), por ejemplo, plantean la necesidad de un análisis serio de la situación antes de establecer un juicio diagnóstico, que en su caso particular es el de multiparasitosis; y esta perplejidad inicial quizá esté dada por lo abigarrado de las manifestaciones. Partamos para nuestro planteamiento de un par de preguntas que surgen justamente de las conclusiones de Ysunza: ¿por qué, en una población con un alto porcentaje de parasitosis múltiples, algunos individuos presentan síntomas y otros no? ¿por qué el inicio de la sintomatología está asociado a un incidente brusco e impactante, a un susto? Pensamos que, definitivamente, se debe de ir más allá de la consignación del hecho y buscar explicaciones tanto en la dinámica individual como en las relaciones sociales de los "asustados", independientemente de que tengan parásitos o no, y, recalcamos precisamente de los "asustados". Creemos indispensable que al margen de una patología orgánica que, epidemiológicamente hablando, puede ser variable dependiendo de las condiciones concretas de las diferentes comunidades o grupos estudiados; se inquieta por cuál es la diferencia tanto biológica, como psicológica y cultural entre un individuo al que se le ha diagnosticado "susto" y otro al que no. A primera vista parece realmente difícil que el problema se reduzca a una situación cuantitativa. La gravedad del padecimiento —el susto— no tiene ninguna relación con la gravedad de la enfermedad orgánica subyacente, con la que definitivamente no puede identificarse. Su relación se establece más allá, en un esquema que sobrepasa lo propiamente médico en el sentido convencional de la palabra y lo ubica en el registro de lo imaginario; pero, entiéndase bien, de lo imaginario inmerso en un significado compartido, social. Se determinan así tres campos posibles de estudio; el de la "realidad" psicológica, el de los componentes socioculturales y el de la "realidad" de lo imaginario. Las manifestaciones patológicas de todos ellos caen dentro de lo que genéricamente llamamos alteraciones mentales y de la conducta, de modo que los revisaremos brevemente.

Analicemos, pues, el susto desde la perspectiva de la posibilidad de

que se trate de alguna alteración psiquiátrica o, al menos, de un desajuste psicológico. Nuevamente la variabilidad de los síntomas presentados por los individuos afectados de "susto" es la que nos orilla a situaciones difícilmente entendibles. Todos los autores que tratan el problema coinciden explícita o implícitamente en que no existen delirios ni alucinaciones como componente constante del padecimiento, aunque tampoco niegan que puedan desarrollarse en casos y situaciones individuales.

Invirtiendo los términos, creemos poder afirmar que, si bien, el "asustado" no es necesariamente un psicótico puede perfectamente, en casos individuales, presentar los síntomas de cualquiera de las psicosis conocidas y reconocidas por nuestros psiquiatras, que sin que el "asustado" sea tampoco forzosamente un neurótico, pueda personificar la más florida sintomatología.

Lo anterior sirva para afirmar que no se ha logrado establecer una clara relación entre enfermedad mental y susto, aunque desde el punto de vista de los informantes, cuando ésta existe no es factible eliminar el susto de entre las posibles causas de la enfermedad. El problema que así surge depende, a nuestro modo de ver, de la diferencia esencial existente entre una forma descriptivo-analítica para bordar y clasificar la enfermedad y una mágico-causal, a la que debemos agregar como característica asimismo esencial un criterio holístico integrador. De tal manera, no nos es de utilidad alguna la comparación rubro a rubro, lo cual nos obliga también a tomar una posición dubitativa y de recelo ante las etiquetas diagnósticas consideradas como resultante final y exclusivo de todo un proceso clasificatorio.

Pocos investigadores han señalado la existencia de cuadros psicóticos severos como posibles equivalentes del susto. Ni Sal y Rosas (1958) ni Chiappe (1977) entre indígenas peruanos, o León (1962) en Colombia, ni Seijas (1970) entre los sibundoy de Venezuela, o Logan (1980) entre los cakchiqueles guatemaltecos, ni Rubel en la Chinantla, han señalado tal coincidencia como un hecho generalizado, aunque Rubel y sus colaboradores (1985) han referido la asociación de conducta alterada, condiciones especialmente "estresantes" y susto como presente en indígenas chinantecos. Es muy difícil que esto se debe a descuido por parte de los investigadores, ya que las manifestaciones, sea agudas, sea crónicas, de los cuadros psicóticos simplemente no pueden pasar desapercibidas a un observador acucioso como todo buen antropólogo debe ser. De esta manera, creemos válido el dar por sentado que en las comunidades estudiadas y analizadas por ellos no había una incidencia de asociación entre psicosis y susto digna de llamar la atención.

Sin embargo, en el excelente trabajo dedicado a estudiar esta entidad en el poblado de Nicolás Ruiz, Chiapas, una comunidad de origen

tzotzil, Tousignant (1979) da cifras de una frecuencia de 62% para un síntoma muy específico: el hablar solo, en un grupo de 32 pacientes afectados de susto, en tanto que en su serie completa de 109 casos estudiados reporta haber encontrado con la técnica de dejar que el individuo estudiado se exprese espontáneamente tres pacientes con delirios, tres con desorientación, dos con manía y depresión, cinco con agresividad, dos con "malos sentimientos", dos que "vagaban" por la localidad, uno con desorganización de ideas, dos con mal comportamiento, otro que escuchaba voces; todos ellos síntomas perfectamente compatibles con un diagnóstico de alteración psiquiátrica, dependiendo el diagnóstico preciso —en el sentido occidental— de las características concretas de cada caso en particular. Desgraciadamente, el autor en cuestión, no nos proporciona ninguna información acerca de la coincidencia, asociación o sucesión de los síntomas en un mismo paciente, hecho que podría modificar sustancialmente los diagnósticos por una parte, y la cantidad global de pacientes con alteraciones, ya que así, estamos trabajando con cantidades de síntomas y no de enfermos. Sin tomar en cuenta esta observación, es decir, tomando tal cual la cifra que nos es reportada, el número de enfermos psiquiátricos se elevaría a una cantidad equivalente a la tercera parte del grupo estudiado. Por otra parte, el mismo autor (Tousignant 1979: 151-153), nos refiere que de los 32 "asustados", tristeza y sensación de rabia aparecían en el 97 y 75% respectivamente, insomnio en 72%, pesadillas en 66%, miedo en 85%. La lista de síntomas "conductuales", para emplear su propio término, incluye una veintena de ellos. Todo lo anteriormente expuesto, llama la atención hacia la posible existencia de una alteración psíquica seria en un grupo significativo de pacientes que reportaron a la vez padecer susto, dentro de un estudio iniciado en una población abierta. Es verdaderamente una lástima el que no dispongamos de ninguna información acerca del tiempo de evolución de la enfermedad, de la persistencia o remisión de los síntomas y, en los casos de delirios y pesadillas, en relación con sus contenidos y su simbología, considerando para esto último su entorno cultural.

Rubel, Collado y O'Neil (en prensa) no reportan en las tres comunidades que estudiaron en Oaxaca (chinantecos, zapotecos y mestizos) una asociación evidente entre susto y locura, para hablar genéricamente.

Aunque hay evidencias de una relación entre padecimientos psiquiátricos y susto, ésta no es muy precisa y no permite establecer, con el material disponible hasta la fecha, criterios diagnósticos de correspondencia. El susto no es ninguna psicosis ni psiconeurosis, ni tampoco puede tomarse como un diagnóstico popular que se constituya en una etiqueta lo suficientemente amplia e inespecífica para abarcar ambas posibilidades.

Tomando como buenas consideraciones semejantes, Rubels y sus colaboradores decidieron estudiar otros niveles de alteración psíquica en los grupos en los cuales efectuaron su investigación multifactorial del susto. La información existente proveía bases; algunos de los autores que hemos citado como excluyendo o no mencionando la posibilidad de psicosis, como León (1962) o Gillin (1948), mantienen la opinión de que se trata de procesos neuróticos. En este caso habría que probarlo ya no con juicios e inferencias, sino con estudios de campo que alarguen poblaciones representativas, y esto es lo que efectuó el grupo de Rubel. El problema concreto era encontrar manifestaciones de alteraciones psiquiátricas que revelaran patología sin que esta hubiera llegado a significar un impedimento para que el individuo afectado pudiera continuar cumpliendo con sus cometidos cotidianos. Pudiera tratarse, como lo expresan Rubel y sus ayudantes de dificultades emocionales presentes en quienes padecían susto y no evidenciables en miembros sanos de la misma comunidad. El concepto de neurosis es relativamente nuevo en la medicina occidental y es justamente uno de los diagnósticos que fluctúan entre lo tangible y lo intangible, entre la patología orgánica real y las que se generalizan como funcionales. Del concepto de una debilidad, de un déficit de la energía "nerviosa" a los de histeria y de respuesta adaptativa insuficiente han mediado aproximadamente siglos y, durante ellos, ha sobrevenido el descubrimiento de que el organicismo anatómico no podía explicar todo acerca del pensamiento, del inconsciente y sus estructuras. Durante ese tiempo ha habido modas y abusos, reflexiones y trabajo clínico serio y concienzudo. Clasificadas y ordenadas, las neurosis han sido identificadas con los cambios bruscos de la vida moderna, con las severas cargas de estrés que la caracterizan.

Ahora bien, no es tan simple aplicar criterios normativos propios de nuestra cultura y surgidos de ella, a otros entornos socioculturales. Medir el grado de alteración psicoemocional es una preocupación moderna y los métodos empleados para ello son asimismo occidentales. La aplicación de tests psicológicos a miembros de otras culturas ha sido fuente de múltiples desvelos para los psicólogos transculturales (R. Price). Los resultados han sido más de una vez desalentadores debido a la gran dificultad —no pensada por cierto antes de ser aplicadas las pruebas en condiciones culturales diferentes— que significa el precisar el objeto a medir y obtener respuestas adecuadas de sujetos que no comparten su visión del mundo ni sus intereses con el investigador ni con quienes elaboraron las pruebas. Relativa experiencia se tiene ya con pruebas destinadas a medir la inteligencia, llegándose a la conclusión de que es frecuente que en ellas aparezcan como débiles mentales individuos que se desempeñan en forma absolutamente normal en su propio marco, pero que, visto el asunto retrospectiva-

mente, fueron colocados por el test en la precisión de enfrentarse a situaciones no contempladas en el seno de su ambiente cultural, y que, en cambio, podían sobresalir en la solución de problemas mucho más complicados pero de otro índole, que a su vez ni eran tomados en consideración ni podían haber sido satisfactoriamente resueltos por los investigadores que manejaban las pruebas (Price 1967). Esta situación se traduce en incompetencia.

En el caso que ahora comentamos, los autores decidieron usar un test, el de Langner (1962) consistente en veintidos preguntas encaminadas a detectar fallas poco notorias que, al mismo tiempo que alteran el funcionamiento cotidiano del individuo, pueden ser reflejo común de alteraciones psiquiátricas leves. La orientación de la prueba hacia la detección de problemas neuróticos que bien entendida y valorada por los autores (Rubel 1983:79) de inicio, amén de que ya existía bibliografía al respecto (Fabrega, McKee: 669-73; Sehadar: 599; Muller: 601; Crandell y Dohenwad: 1528). El test tiene la ventaja de ya haber sido traducido al español y probado en Oaxaca por su propio autor (Langner 1965) y que, por ello mismo, se ha modificado de acuerdo a las dificultades surgidas durante su empleo, a fin de hacerlo más comprensible y obtener respuestas que sin ser inducidas, sean más adecuadas para dar una imagen de lo que se quiere saber.

Otro problema importante, ya específicamente relacionado con alteraciones neuróticas, consiste en determinar cuáles manifestaciones son congruentes con el contexto de la cultura a la que pertenecen los individuos estudiados y cuáles son las que pudieran considerarse inherentes al padecimiento, independientemente de la cultura en la que éste se presente. Tratándose de neurosis es sumamente difícil alcanzar este nivel de precisión, ya que la mayoría de los síntomas están relacionados con actitudes y desempeño del individuo en su grupo social, y por ende su interpretación estará condicionada por valores culturales. Agresividad, sumisión, iniciativa o la falta de ella, interés o desinterés en cuanto a problemas y actividades del grupo, por ejemplo, están estrechamente relacionados con ideales culturalmente establecidos. La prueba de Langner tiene en este sentido la ventaja de estar enfocada predominantemente a tomar en consideración aspectos con repercusión psicósomática, como serían cansancio, taquicardia, nerviosismo, polipnea, pérdida de conciencia, insomnio, problemas de memoria, temblor de manos, dolor de cabeza, los que son inespecíficos, neutros culturalmente hablando, pero confundibles —sobre todo si se toman aisladamente— con variados procesos orgánicos. Unos cuántos *items* se refieren a relaciones interpersonales, enfocando sentimiento de solidaridad de su grupo hacia él (*item* no. 4), su actitud ante borrachos (no. 13), su disposición para solicitar consejo (no. 17), su actitud ante problemas de su familia (no. 18), los cuáles son

mucho más susceptibles de variabilidad al aplicarse en diferentes contextos culturales. Queda la duda, en la aplicación de cualquier prueba de este tipo, de que sus resultados no sean confiables al no ser representativos de la realidad tal como es aprendida por los sujetos estudiados, sino de la que percibe el investigador y, al decir esto, nos estamos refiriendo a la necesidad de incluir factores que no pudieran parecernos de importancia, pero que en otro contexto cultural tengan un significado radicalmente distinto del que tendrían en el nuestro. La facilidad para ser embrujado, la expresión de temor ante circunstancias que no lo ameritaran de acuerdo al consenso de su grupo, algunas manifestaciones de posesión, otras de pérdida de entidades anímicas, podrían pertenecer a este grupo. Quede dicho lo anterior no obstante los repetidos y loables esfuerzos para adecuar las pruebas a los grupos estudiados.

Los resultados obtenidos por Rubel no muestran diferencias estadísticamente significativas entre asustados y grupo control en ninguna de las tres comunidades estudiadas (chinanteca, zapoteca y mestiza), ni entre hombres y mujeres, ni entre individuos de diferente nivel de educación ni estatus económico, aunque en relación con este último rubro los mismos autores refieren que en las poblaciones indígenas no existían diferencias notorias. Es de notar que reportan que las medias de las informantes del sexo femenino estuvieron por encima del nivel de diferenciación, calculado en 11.5, hecho que interpretaron como que, aun cuando la diferencia no alcanza significancia estadística, como es el caso, la mujer está expuesta a mayor sobrecarga emocional que el hombre. Por otra parte, los autores también toman como válida la crítica de Seiler (1973: 259) en relación de que en el *test* no tienen preguntas representativas de síntomas más definitivamente masculinos, como serían, por ejemplo, agresividad, hostilidad abierta o antagonismo activo, aunque hacen mención de que en algunas sociedades indígenas, como es el caso concreto de chinantecos y zapotecas existe un serio rechazo a la agresión y la hostilidad, las que son seriamente sancionadas (O'Neill 1969). Quedaría por investigar si esta represión social es una manera de controlar un problema que de otro modo sería importante en las comunidades en cuestión.

En síntesis, el análisis de la literatura nos proporciona una orientación, en trabajos realizados por médicos y psiquiatras, hacia el diagnóstico del susto como neurosis (León 1962; Seguíñ 1974; Grebe y Segura 1974; Gillin 1948), aduciéndose para ello la presencia de toda una serie de síntomas inespecíficos presentes en pacientes con cargas emocionales fuera de lo considerado normal en sus ambientes concretos. Por otra parte, trabajos con orientación antropológica, como son los de Logan (1980) y Tousignant (1979) destacan sus relaciones culturales no obstante la presencia de síntomas. El estudio de Rubel y

sus colaboradores aduce la autoridad de pruebas psicológicas con la capacidad de detectar alteración psiquiátrica a un nivel subclínico, para negar la identificación de susto y neurosis, y aún la existencia de una coincidencia o relación entre ambos.

Resta en el tintero un punto importante de tratar, y es la correlación de susto con estrés, única que da resultados positivos entre toda la serie de variables estudiadas por el grupo de Rubel. Utilizando la prueba denominada "Social Stress Gance", elegida en base a la relativa facilidad con la que pueden establecerse indicadores válidos de comparación en el interior del propio grupo, ellos encontraron una relación directa entre altos índices de estrés social y el padecer coincidencia, estadísticamente significativa, de ambas situaciones en el mismo individuo. Es de llamar la atención que el resultado sea negativo en la comunidad chinanteca, en la que sólo se refiere la coincidencia de actuación fuera de los propios estándares (distress) y susto como correlatos de daño psiquiátrico.

De lo anterior se desprende que el susto quizá sea una respuesta socialmente validada a situaciones físicas, psicológicas, del área de lo imaginario o ideológicas —que salgan de la capacidad de control y aun de adaptación del individuo y que, en sociedades con estructuras tradicionales perfectamente bien conservadas, como sería el caso de la chinanteca (Leiter 1973), esto se hace mucho menos indispensable para sobrevivir, culturalmente hablando. Que probablemente el rol de enfermo permita un mejor desempeño en la vida de los individuos afectados.

Toquemos ahora el punto referente a la influencia de la cultura sobre la manifestación y las formas de presentarse y padecerse una enfermedad antes de expresar nuestras consideraciones finales.

Al hablar de los componentes creenciales del susto señalábamos que hay siempre presente un factor de pérdida del alma. En el medio rural mexicano esto aparece bajo muy variados rubros, todos los cuales tienen el mismo común denominador de disminución o pérdida total de la entidad anímica. Pérdida del alma, pérdida de la sombra... Esto nos conduce a enfermedades perfectamente identificadas por todas las medicinas mesoamericanas prehispánicas, lo que conduce a plantear que lo que para el médico actual es padecer —cuando éste hace una verdadera medicina antropológica— y para el paciente de hoy día es enfermedad, era enfermedad y padecer para ambos en el México antiguo. Los numerosos y variados síntomas que hemos ido reconociendo como asociados con susto eran y son comprendidos en la medicina náhua pre y posthispánica integrados en la etiqueta diagnóstica de susto —netonalcahualiztli, en náhoa— y relacionados con la pérdida de la sustancia anímica. El susto, en el momento en que pasamos a otro sistema médico, en este caso el náhua, toma automá-

ticamente el estatus de enfermedad que le ha negado sistemáticamente la medicina occidental al no poderlo identificar de acuerdo con sus criterios lesionales, sean anatómicos, o bien fisiológicos.

Considerado así, con toda validez metodológica si tomamos en consideración que no estamos en este momento pretendiendo evaluar la validez científica sino la validez vivencial, existencial, el susto se expresa como una entidad perfectamente bien definida, diagnosticable y que, además, hace que quienes lo padecen tengan mayores posibilidades de morir que el resto de la población. Hecho este último referido por muy diversos informantes y corroborado estadísticamente en el trabajo, ya tan citado ahora, de Rubel y sus ayudantes.

Debemos entonces tomar al susto como algo real, precisamente como una enfermedad real que expresa a fin de cuentas el desbalance que sufre quien lo padece ante una situación que lo sobrepasa y la cual se hace manifiesta las más de las veces por medio de un encuentro impactante con un ser sobrenatural, o bien con un fenómeno o ser natural al que las características propias del momento del encuentro, como su brusquedad, lo inesperado, su violencia, la carga emocional que ya lleva la presunta víctima, etcétera, le confieren una fuerza desmesurada. Ante el impacto el alma sale del cuerpo y éste se enferma. En la medicina náhuatl prehispánica la entidad anímica que salía era el tonalli, de origen solar y entre cuyas múltiples funciones se contaban el proporcionar calor, conciencia y su destino al hombre. En la medicina tradicional actual se habla sólo de alma, quedando así inexistente el problema de la división de funciones entre las diferentes entidades anímicas, que eran tres en tiempos prehispánicos. Cuando se habla de sombra la situación es la misma, ya que el tonalli era identificado con ella (López Austin 1982; Signorini 1982:315). No insistiremos en desglosar estos problemas que se salen del marco del presente estudio. En lugar de ello nos referiremos a un aspecto de dinámica social que es de importancia para una mejor comprensión del problema.

Un buen número de los pacientes afectados de susto lo han sido al haber infringido normas de conducta fijadas por la sociedad en la que viven. La concurrencia a lugares peligrosos, que por ejemplo se sabe están cargados de espíritus, como fuentes o cuevas; el salir de los límites del poblado o, más aún, del territorio a él perteneciente y alejarse así de la protección sobrenatural que éste ofrece; el penetrar a tierras pertenecientes a otros poblados e invadir los dominios de otros espíritus a los que es desconocido; el caminar en o cerca de los cementerios, sobre todo después de la puesta del sol; el salir por la noche, etcétera. Cada una de estas situaciones se encuentra por lo regular reglamentada en relación con quién, cuándo y cómo puede ser realizada sin riesgos.

La enfermedad es resultante de la violación de normas sociales y no de situaciones biológicas. De esta manera debe ser interpretada como manifestación de una ruptura de un equilibrio más amplio que abarca la sociedad y, por encima de ella, el orden de la superficie terrestre y del universo entero, lo cual es perfectamente acorde con el concepto indígena de enfermedad que se ha mantenido vigente en mayor o menor proporción desde la época prehispánica. Lo social —en tal contexto— no puede ser separado de nada que sea de la competencia del hombre. Existe siempre una correlación de fondo.

El inicio de la enfermedad se refiere por lo regular a alguna de dichas eventualidades. Otras veces se le relaciona, inclusive con largos periodos de tiempo transcurridos entre el acontecimiento considerado como causa y el inicio de los síntomas, con cualquier otra situación impactante, aun cuando no hubiera tenido lugar en un lugar categorizado como peligroso, ni se involucrara en ella ningún ser sobrenatural. La sensación de sobrecogimiento, de que se “encoje el corazón”, de que “da un vuelco”, que es por demás descriptiva, es la primera señal de que el alma se ha dañado (Sasoon 1983). No insistiremos en los síntomas del susto, que ya han sido tratados con detalle en otras ponencias presentadas en esta misma reunión; pero sí en que, considerados todos ellos en conjunto siempre se orientan a resaltar una incapacidad para llevar a efecto de manera plena y satisfactoria las funciones “vitales” de ese individuo; que el curso de la enfermedad presenta por lo regular una sucesión de malestares cada vez más limitantes, más incapacitantes y que, cada vez más manifiestan una amenaza para su vida. Es un hecho conocido el que los índices de mortalidad son bastante más altos en grupos de enfermos de susto que en los que no lo son.

Todos estos son fragmentos de un discurso de índole antropológica que, en principio, no vendría al caso aquí, puesto que el tema central es el estudio médico del susto. Pero la imposibilidad de reducirlo a las categorías clasificatorias de la medicina moderna nos empuja hacia él. Queremos afirmar con esto que pensamos que el primer paso que debe darse para cernir realmente su realidad es el registrar —como ya se ha hecho— los síntomas, pero darles ahora un sitio en un registro diferente: el de la nosología propia de un sistema clasificatorio diferente del nuestro. Sólo la constatación de la diferencia nos podrá conducir a la comprensión del problema.

Así entendido, el susto debe ser considerado no como equivalente a algún padecimiento, sino como una enfermedad, quizás un síndrome, dada la pluralidad de causas posibles. En la interpretación del fenómeno está el meollo del problema, pues una lista de síntomas no implica al fin y al cabo dificultades sustanciales. En cambio cuando tratamos de mirar las cosas con una perspectiva que no es la usual

para nuestra ciencia, entonces empiezan las complicaciones. El hecho, que es el síntoma, está siendo interpretado por la propia cultura del paciente y, cuando cumple con ciertos requisitos, es diagnosticado como susto; de manera que cuando tratamos acerca de esta enfermedad estamos haciendo interpretación de interpretaciones, ubicándonos sin sentirlo en un plano diferente al de la realidad de los fenómenos. Quedarnos en la afirmación de que existen diferencias conceptuales entre las culturas no soluciona nada. Tampoco lo hace el aceptar la realidad de explicaciones en las que científicamente no podemos creer tal y como se nos presentan. La convicción de que la pérdida del alma es la eventualidad que provoca la aparición del susto implica compartir toda una serie de creencias que evidentemente no tenemos. Respetar las creencias de otro no quiere decir creer en ellas. De tal modo se hace necesario regresar al discurso antropológico para individualizar nuevamente a la entidad en estudio y después integrarla en dos contextos: el de la aplicabilidad de su comprensión dentro de los procedimientos de una medicina antropológica que observa, registra, comprende y, respetando creencias y aplicando los elementos derivados de ella, enfoca su interés en el tratamiento de los pacientes; y el del conocimiento y planteamiento teóricos del problema, en un orden que confronta al conocimiento científico-médico con realidades que, por ahora, todavía le sobrepasan. Y es este segundo punto el que aquí nos interesa: ¿cómo conceptualizar entidades patológicas que, procedentes de dos sistemas diferentes, aparentemente no tienen marcos comunes de referencia? ¿cómo comprender a ambas en una perspectiva científica más vasta?

Médicamente hablando y desde dentro de nuestra cultura no es posible hablar del susto como una enfermedad equiparable a alguna de las etiquetas diagnósticas que solemos emplear, ni podemos siquiera pensar en un síndrome específico como bien señala Tousignant (1983:353) ya que tenemos, en vez de un grupo de síntomas originados por causas diversas y que aparecen asociados, una causa única, referible genéricamente como pérdida del alma, producida por cualquiera de una inmensa gama de experiencias impactantes y manifestada por síntomas de lo más diverso e impredecible. Menos aún se ha podido identificar a ninguna de las alteraciones psiquiátricas conocidas.

Queda una salvedad, que se puede plantear si dejamos de lado el concepto tradicional de enfermedad mental entendida como alteración orgánica para tomar en su lugar el de establecimiento de un lenguaje indicador de una realidad diferente de la socialmente consagrada, situación que nos llevaría a ubicar esas etiquetas diagnósticas en un contexto mucho más amplio, de carácter dinámico y caracterizado por una amplia variabilidad de opciones en contraposición con una también amplia gama de determinantes culturales. Relativamente

invariable restaría lo biológico con patrones inespecíficos de respuesta. A la pregunta ¿qué son las neurosis? el científico moderno escogería su respuesta entre un rango que dé las explicaciones psicoanalíticas en cuanto a una relación edípica se entendería a las que expresan criterios de reacción ante situaciones de stress, pero todas ellas expresarían una visión del problema que sería en última instancia científica y del siglo XX y que, consecuentemente no abarcaría todas las posibilidades histórico-culturales que en distintos tiempos y espacios podrían responder a la cuestión inicial. Una de las vías más difíciles ha sido precisamente la que ha conducido a nuestra medicina a la individualización de este tipo de alteraciones, pero creo que todavía no a su comprensión. La histeria metamorfoseada en pactos diabólicos, en clorosis, en spleen, en histero-epilepsia, en la histeria objeto del tratamiento catártico de Brewer y la del psicoanalítico freudiano, ha engañado con sus mil rostros los intentos que para conocerla ha llevado a cabo por veinticinco siglos la medicina occidental; y, a cada solución ofrecida, una y otra vez ha presentado un rostro nuevo.

Persiste a través de todos sus disfraces un elemento, la expresión de una demanda que pide ser interpretada, traducida. Probablemente eso mismo exprese el susto. Esa es nuestra hipótesis. Sólo que se trata de una demanda expresada en un idioma diferente al empleado por la cultura y al interpretado por la ciencia occidental.

Queremos con esto llamar la atención sobre la forma en que estamos habituados a conceptualizar la enfermedad, como una entidad que existe por sí misma y a la que operativamente se le confiere incluso un valor ontológico. Pensamos que esto debe ser modificado; que debe mirarse a la enfermedad como algo dinámico y que no existe fuera del contexto que le da el enfermo; que en este sentido debe ser tomada como la respuesta a una variación de condiciones que pueden ser biológicas, psicológicas, socioculturales, ecológicas o por la interrelación de dos o más de ellas, y que esta respuesta, para poder ser considerada como enfermedad, debe reflejarse mediante un malestar, debe expresarse. Enfermedad como expresión, como lenguaje, como código que busca interpretación, como metáfora, como invención. El registro donde todo esto se ubica es uno al cual el pensamiento científico hasta ahora ha tenido poco acceso: el de lo imaginario, el de las realidades simbólicas e interpretativas, las cuales no pueden ser dejadas de lado por una medicina que tenga las pretensiones de ser integral. A ese nivel es donde creemos que debe llevarse a cabo el estudio del susto; y con él el del daño, el mal de ojo, la histeria ártica, el amok y tantos otros de los llamados, a falta de mejor nombre, síndromes culturales. Allí quizá debiéramos también reenfocar el estudio de las alteraciones mentales que manejamos en nuestra propia cultura y cuya dinámica estamos aún muy lejos de comprender en

su integridad. Volviendo al susto, hay que entenderlo en su realidad integral, no aislado e incluido en un pomo de anaquel, como se ha hecho hasta ahora; debemos reintegrarlo en el contexto de lo que da y quita a quien lo padece, de su o de sus significados.

Un estudio biomédico del susto conducirá siempre a callejones sin salida, por igual que estudios de enfoques exclusivamente psicológicos o antropológicos. La diferencia solamente estribará en que la barrera será de distinto orden. Para aprender la realidad de una enfermedad debemos de ir más allá del aspecto cognocitivo que borda teorías y explicaciones a su alrededor, más allá de las etiquetas y entidades diagnósticas, para buscar al hombre; al hombre que se enferma, al que padece su enfermedad, y padece asimismo la etiqueta que al serle aplicada, le confiere un estatus con sus cargas y ventajas, al que se cuestiona y se ofrece explicaciones en relación con su mal, al serle aplicada, le confiere un estatus con sus cargas y ventajas, al que se cuestiona y se ofrece explicaciones en relación con su mal, al que busca que se le alivie. Un estudio actual del susto debe regirse por los criterios de una antropología médica que, empleando métodos interdisciplinarios, sea capaz de destacar los distintos niveles de la enfermedad y de su padecer que hemos someramente señalado, y que no olvide que, como medicina, debe plantear no solamente explicaciones, sino también acciones encaminadas a resolver mejor la problemática de los pacientes que lo padecen.

REFERENCIAS

- Álvarez, Laurencia y Modesta Lavana
1977 "Un caso de pérdida de sombra", *América Indígena*, 37, 2: 457-63.
- Crandell, D. L. y B. P. Dohenwad
1967 "Some relations among Psychiatric Symptoms, organic illness and social class", *American Journal of Psychiatry*, 123: 1527-1538.
- Crandon, L.
1983 "Why Susto", *Ethnology*, 22(2): 153-167.
- Chiappe, M.
1977 "La influencia de los psicotrópicos en el marco de la cultura popular", *Estudios de Etnobotánica y Antropología Médica*, I: 153-168, C. Viesca, (ed.).
- Fabrega, H.
1970 "On the specificity of folk illnesses", *South Western Journal of Anthropology*, 26: 305-314.

- Fabrega, H. y D. Silver
1973 *Illness and shamanistic curing in Zincantan*, Stanford, University Press.
- Gillin, J.
1948 "Magical Fright", *Psychiatry*, II: 387-400.
- Grebe, M. y J. Segura
1974 "Psiquiatría folklórica de Chile: estudio antropológico de seis enfermedades vigentes", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, XX:5.
- Kearney, M.
1969 "Los conceptos de aire y susto: representaciones simbólicas del ambiente social y geográfico percibido; *América Indígena*, 29, 2: 431-450.
- Klein, J.
1978 "Susto: the anthropological study of diseases of adaptation", *Social Science and medicine*, 12: 23-28.
- Langner
1962 "A twenty-two item screening score of Psychiatric Symptoms indicating impairment", *Journal of Health and Human Behavior*, 3: 269-276.
1965 "Psychophysiological symptoms and the status of woman in two Mexican communities". *Approachs to cross cultural Psychiatry*, Murphy, J. and Leighton, A. H. (eds.).
- Leiter, W.
1979 "Aspectos de la medicina tradicional en Ojitlán, Oaxaca", *Estudios del Tercer Mundo*, 2, 4: 731-739.
- León, C.
1963 "El Espanto: sus implicaciones psiquiátricas", *Acta Psiquiátrica y Psicológica Latinoamericana*, 9: 207-215.
- Logan, M.
1979 "Variations regarding susto causality among the Cakchiquel of Guatemala", *Culture, medicine and psychiatry*, 3: 153-166.
- López Austin, A.
1971 *Textos de Medicina Náhuatl*, Sep Setentas, México.
1980 *Cuerpo humano e ideología*, 2 vols. UNAM, México, pp. 244 y sigs.
- Müller,
1972 "Discussion of Langner's Psychiatric Impairment Scale", *American Journal of Psychiatry*, 128:601.

- O'Neill, C. y A. J. Rubel
1974 "The meaning of susto", *Actas del XLI Congreso Internacional de Americanistas*, vol. III: 343-345, México
- Price, R.
1977 *Por los senderos de la Psiquiatría transcultural*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Rubel, A. J.
1967 "El Susto en Hispanoamérica", *América Indígena*, 27, 1:69-90
- Rubel, A. J.; C. O'Neill y R. Collado,
1985 *Susto a folk illness*, UCLA, University Press.
- Sal y Rosas,
1958 "El mito del Jani o Susto de la medicina indígena del Perú; *Rev. de la Sanidad de Policía*, 18: 167-210.
- Sasoon, Y.
1983 "Síntomas y signos del susto en Mesoamérica", Ponencia presentada en la reunión anual de la Sociedad Mexicana de Antropología, Taxco, Guerrero, agosto, 1983.
- Seguin, C.
1979 *Psiquiatría folklórica*, Ermar, Lima.
- Seiler, L. H.
1973 "The 22-Item Scale used in field studies of mental illness", *Journal of Health and Social Behavior*, 14:252-264.
- Seijas, H.
1973 "An approach to the medical aspects of culture", *Current Anthropology*, 14: 544-545.
- Signorini, I.
1983 "Patterns of fright: multiple concepts of susto in a nahua-ladino community of the Sierra de Puebla", *Ethnology*, 21.4: 313-323.
- Tousignant, M.
1979 "Espanto: a dialogue with the Gods", *Culture, Medicine and psychiatry*, 3: 347-361.
- Uzzell, D.
1974 "Susto revisited. Illness as a strategic role", *American Ethnologist*, 1: 369-378.
- Viesca, C.
1978 "La medicina tradicional mexicana. Sus raíces prehispánicas", *Medicina Tradicional*, 1, 3:43-48.

Ysunza,
1976

"Estudio bioantropológico del susto", *Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica*, C. Viesca, (ed.): 59-73, IMEPLAM, México.