

PROPUESTA DE CRITERIO ANTROPOLOGICO PARA UNA
SISTEMATIZACION DE LAS COMPONENTES "TEORICAS"
DE LA MEDICINA POPULAR, A PROPOSITO
DE LA ENFERMEDAD DEL SUSTO

Néstor Homero Palma

Graciela Torres Vildoza

Introducción

El presente trabajo tiene por propósito contribuir a fijar un criterio antropológico básico para el estudio de la medicina popular, fundamentalmente referido a América autóctona.

El criterio antropológico que postulamos para el estudio de la medicina popular, es el que se refiere a la finalidad de su problemática científica más esencial: la comprensión intrínseca de la cultura, como condición *sine qua non* al conocimiento de su proceso de desarrollo y legalidad de su devenir histórico, y, derivadamente, como condición previa indispensable a todo intento de programación de una antropología médica aplicada. Es en el marco del enfoque antropológico, donde ambas instancias resolverán fehacientemente sus correspondientes expectativas.

Dos trabajos, pertenecientes a dos investigadores modernos, nos permiten ejemplificar lo que poco más arriba señalamos. Los mismos se refieren al tema médico del *susto* en América autóctona.

Rubel (1967:69) menciona al *susto* denominándolo "enfermedad", y Seijas (1972:176) "categoría etiológica". Además, para Seijas el *susto* tiene fundamentaciones causales mágicas, provenientes del contexto ideológico de la cultura considerada, pero a su expresión patológica la explica en términos de nuestra medicina científica (tuberculosis, por ejemplo).

Desarrollaremos aquí nuestro punto de vista respecto de las disidencias apuntadas poco más arriba: a) adscripciones sistemáticas disidentes, sin que medie elaboración crítica alguna y, b) relaciones de causa y efecto basadas en sistemas médicos de fundamentos opuestos.

Consideraciones Preliminares

En los temas antropológicos referidos a la arqueología, por ejemplo, las conclusiones que se obtienen parten del estudio de restos materiales que testimonian sobre la vida de pueblos extinguidos. La clasificación e interpretación de los elementos que se descubren de ellos, así como las conclusiones que se logren respecto de sus estilos de vida y del contenido de sus ideologías, se producen a través de inferencias, cuya probabilidad de aproximación a la verdad, está dada, en gran medida, por la amplitud de criterio y de información empleados en el método de investigación.

En los temas referidos a la misma problemática cultural, como en el de la medicina de América autóctona y popular (particulares capítulos de la etnografía y el folklore), las relaciones de forma y contenido tienen instancias certificables: se hallan en su temática contenidos evaluables, que hacen posible la comprensión cabal de la ideología que la sustenta. En la medicina popular, la instrumentación de sus prácticas terapéuticas y el pensamiento que les da fundamento, por ejemplo, poseen una funcionalidad comprobable, y no ya probable, como ocurre con los materiales estudiados por la arqueología.

La ideología que fundamenta sus razones etiológicas, de diagnóstico y terapéuticas, se hallan en el decir y sentir de las gentes que las practican y, también, en las explicaciones que esgrimen sus "médicos". Se encuentran en los temas de la medicina popular las proposiciones directas que sólo se infieren especulativamente en la arqueología.

Esta circunstancia condiciona su estudio, ya que compromete su realización —como ocurre con otras temáticas folk y también etnográficas— abarcando todo el espectro que va desde su sistematización más original, a la valoración de su contenido ideológico más puro. Es por ello que la clasificación que se intente de toda medicina popular, debe ser realizada a partir de sus propias postulaciones "teóricas", si es que pretendemos conocer, en el marco de un planteo realmente antropológico, su esencia más intrínseca, despojada, en la medida de lo posible, de los elementos desvirtuantes que suele introducir la subjetividad del investigador, casi siempre apoyada en conceptos que proceden de sus conocimientos académicos.

Cuando Rubel (1967:84) indica, por ejemplo, que no intenta "investigar la veracidad de las afirmaciones de los informantes, en cuanto a si los que se quejan de afecciones asociadas a la pérdida del alma están realmente enfermos", hace referencia implícita de que su estimación de lo que es *enfermo*, parte del concepto médico científico que preside su análisis, ya que sería básico y suficiente para la comprensión de la idea popular de enfermedad, "las afirmaciones de los informantes" cuando "se quejan de afecciones" que dicen padecer por "pérdida del alma", aun cuando esas afecciones no exterioricen o no hagan elocuente signos clínicos computables a conceptos patológicos de la medicina científica. Cabe acotar, que esta posición de Rubel no es consecuente con el valor conceptual contenido en la definición de enfermedad que adopta. A ella tendremos oportunidad de referirnos poco más adelante.

Discusión

Desde el estricto punto de vista de la problemática antropológica, interesa descubrir la coherencia interna de sus partes constitutivas (etiología, patogenia, diagnóstico, pronóstico, terapéutica), así como la fundamentación conceptual de cada una de ellas, como parte de una cosmovisión más amplia, que le da marco ideológico en el contexto más abarcativo de la cultura en la que se integra. Si aceptamos que es necesario establecer un orden jerárquico de asuntos, éste es, incuestionablemente, el prioritario.

Las referencias o relaciones que se establezcan posteriormente entre los sistemas nosológicos de toda medicina popular, con el correspondiente de la medicina académica, sólo son aceptables si su propósito es referir, *primero*: una directa vinculación nosológica con cada entidad diagnóstica descubierta, a los efectos de relacionar el concepto patológico de la medicina popular, con la exacta adscripción patológica dada en el cuadro valorativo de la ciencia médica y, *segundo*, y en base al criterio precedente, si redundan en provecho de una antropología aplicada a la medicina sanitaria, la educación y el bienestar social.

Al tratamiento de temas médicos populares les falta un criterio que unifique el contenido de los aportes de los investigadores; ello ocurre en nuestra opinión, porque sus estudios son efectuados, *a*) por especialistas de distinta extracción académica (médicos, historiadores, antropólogos, sociólogos, educadores, etcétera), cuya problemática de investigación es estructurada según la óptica de su formación científica y, *b*) porque muchos antropólogos que trabajan en el tema han perdido el enfoque totalizador de la antropología, cuyo núcleo de análisis se halla en el fenómeno cultural, aun si el tema concreto de investigación está inscripto en la esfera de la antropología biológica, porque es ya a partir del hecho cultural más primitivo que la expresión física humana tiene la impronta, o somatiza, su singularísimo fenómeno (Vivante, Palma, Gancedo, 1970). Es a través de este propósito que se contribuye al fin esencial de la Antropología: reconstruir en sus múltiples facetas la historia del devenir cultural. A la vez, el análisis de sus elementos constitutivos —la medicina es uno de ellos—, tomados lo menos desnaturalizados posible, concurre a producir el conocimiento de la legalidad de todo su proceso de desarrollo.

Es en el *susto*, por ejemplo, cuyo tema goza de gran popularidad en la medicina de América autóctona, donde con mayor claridad se observan las deficiencias advertidas más arriba. Resulta suficiente para ello citar a dos de los últimos investigadores que han publicado sobre el tema. Rubel (1967:69), adscribe el *susto* a la categoría de enfermedad, lo que involucra contener formas etiológicas, diagnósticos y terapéuticas; él mismo (Rubel, 1967:70) lo señala así, cuando dice, definiendo el concepto de *enfermedad*, que ésta “se refiere al síndrome que los miembros de un grupo particular alegan sufrir, y para el cual su cultura proporciona etiología, diagnóstico, medidas preventivas y métodos curativos”. Para dicho autor, “la etiología popular del *susto*” se explica por las circunstancias en las que el individuo sufre una fuerte impresión, o por la perturbación que puede provocar a “los espíritus guardianes de la tierra” (Rubel, 1967:73), por cuyos motivos pierde el alma. Por su parte, Seijas (1972: 176), utiliza el término *susto* para designar a una “categoría

etiológica", lo que supone, implícitamente, la existencia de un vocablo que aluda al nombre de una enfermedad que le de contenido y complementación en el diagnóstico de los síntomas que se le adscriben, y en las formas terapéuticas que requiere.

Para Seijas (1972:176), según concluye del "análisis del Susto en diversas culturas", su patología puede llegar a incluir "pródromos y síntomas muy generalizados como caída del cabello [aquí la cita es de Adams, 1952] hasta enfermedades muy específicas como tuberculosis [su referencia en este punto la indica de Gilli, 1947]". La opinión de Seijas que consideramos aquí, le sirve de reflexión crítica a postulaciones de Rubel (1964, 1970), quién resume un cuadro sintomatológico del *susto*, para la opinión de ella muy restringido, ya que sus manifestaciones clínicas "son mucho más variadas de lo que Rubel sugiere" (Seijas, 1972:176).

Como vemos, para dicha autora el término *susto* designa al factor causal de trastornos somatopsíquicos múltiples, materializados en diversas enfermedades, entre las cuales vimos hacer referencia a la tuberculosis.

Del trabajo de Seijas y de los ejemplos bibliográficos que cita, observamos que hay más tendencia a enfatizar las correlaciones nosológicas entre la medicina popular y la científica, que a producir el análisis del universo conceptual del hombre de la etnia que se estudia, respecto de sus propias ideas sobre las enfermedades y sus curas, como más arriba lo hemos visto también en Rubel. Insistimos en señalar que esta preocupación no resulta ociosa, sólo proponemos que la prioridad irreversible, desde un enfoque antropológico, debe estar puesta en la comprensión del sistema médico popular, para poder rescatar su esencia más intrínseca. Ello es tan necesario desde un punto de vista teórico, como desde un enfoque aplicado de la antropología. Este objetivo final logrará resultados más eficaces, si, a la vez, el análisis de su contexto ideológico e instrumental es más fehaciente y preciso.

La caracterización de la patología popular conocida por *susto*, que se formula en diversos lugares de América por parte de grupos étnicos autóctonos, está inscrita en los conceptos sintéticos de todo cuerpo de ideas médicas populares. La complejidad que, sin embargo, puede encontrarse en ellos, radica en la particularidad conceptual de sus sistemas de valores, respecto de nuestra lógica de análisis; dicho en otros términos, en la tendencia que existe —diríamos etnocéntrica— a reducir su esencia mágica, de una peculiar lógica, a parámetros de una lógica científica, cosa que se resuelve siempre con el resultado de discutibles conclusiones. De allí que el *susto* sea considerado en medios eruditos como una categoría etiológica popular, y que la enfermedad derivada pueda adscribirse a los principios médicos científicos, al postularse que las patologías producidas pueden ser tuberculosis, alopecias, neumonías, etcétera, con lo que, sin lugar a dudas, se desvirtúa el contenido ideológico de la medicina popular que se analiza, y se la desnaturaliza desde el punto de vista de la teoría antropológica. La tuberculosis tiene, en la síntesis conceptual de la medicina académica, de la cual procede su denominación, fundamentos etiológicos, sintomatológicos y terapéuticos, coherentes con el sistema teórico de su nosología científica, pero no con las formulaciones mágicas de las medicinas populares, folklóricas o etnográficas, en las que siempre resulta inespecífica.

Las conclusiones respecto de los contenidos y categorías sistemáticas de

la medicina popular, a las que se arribe a partir de una conjunción de postulaciones de naturaleza diferente, resultarán lógicamente híbridas y, por consiguiente, no resolverán fehacientemente su conocimiento. Para un sujeto que adscribe sus ideas a la cosmovisión precientífica de la medicina popular, frente a un enfermo de su comunidad que padece de *susto* —y aun para el propio enfermo—, su conclusión respecto del mal no parte del principio de causalidad primaria de la medicina científica (bacilo de Koch), ni de la componente causal secundaria (grado de nutrición, higiene, etcétera), sino de la impresión que pudo haber recibido y de su consecuente *pérdida del alma*. El estado patológico correspondiente será adscrito al concepto popular de enfermedad: el individuo está enfermo de *susto*, aunque por circunstancias de convergencia patológica pueda también estar tuberculoso. La enfermedad para él, o para ellos, es *susto*, y, seguramente, los signos clínicos asimilados al hecho que resume su síndrome, tienen que ser muy generales para que todas las manifestaciones patológicas que indudablemente pueden incluir desde un enfoque médico científico, tengan cabida en el estrecho espectro de los sistemas médicos populares, reducidos, a veces, como en el caso de los *Sibundoy*, a dos vertientes: “etiologías místicas” y “no místicas” o “naturales”, en la primera de las cuales el *susto* y *brujería*, son sus expresiones únicas (Seijas, 1969:6).

Las diferencias clínicas observadas en individuos que dicen estar enfermos de *susto* (que pueden ir, según la correlación científica que pueda establecerse de su síndrome, desde tensiones emocionales a tuberculosis), son interpretadas en el contexto de la medicina popular, al menos en nuestro lugar de trabajo (Puna argentina), como diferencias de grado más que de casos. Un individuo está más enfermo “si le dio fiero el *susto*” o “si se descuidó y no se hizo curar a tiempo”. De allí la suma de manifestaciones clínicas que siempre van a ser atribuidas, no obstante otras interpretaciones, a la enfermedad del *susto*.

Creemos que cuando Seijas (1972:176) señala que no es conveniente reducir el concepto de *susto* exclusivamente a los síntomas relatados en la literatura especializada (se refiere a: “falta de apetito, pérdida de energías y de peso, depresión, introversión y desasosiego e intranquilidad durante el sueño”), porque “las manifestaciones clínicas que se le atribuyen son mucho más variadas”, lo hace pensando en enfermedades concretas desde el punto de vista de la medicina científica, como la tuberculosis. Como decimos más arriba, la correlación nosológica que implica vincular la enfermedad del *susto*, a su expresión patológica científica a través del síndrome relatado u observado, válida para otra instancia de la investigación, desarticula *a priori* el sistema médico en el que la patología popular del *susto* tiene inserto sus valores específicos y concretos.

En nuestro lugar de trabajo (Palma, 1973:47), el *susto* presenta un síndrome que resume los siguientes signos: “fiebre, dificultad para conciliar el sueño, decaimiento general, mucha sed y despertar sobresaltado (*muspeado*, de *muspear*: hablar dormido, sonámbulo)”; en otra versión recogida en la misma región de investigación, anotamos: “al asustado se le retira el espíritu; no puede dormir, siente fiebre. De noche empieza a *muspear* y quiere salir corriendo; tiene mucha sed, ‘desvalorizado’ el cuerpo; se halla el estómago descompuesto, tiene vómitos, falta de apetito y ‘resfrío en los pies’”. Si cotejamos esto con la formulación de Rubel, que transcribimos de Seija más arriba,

así como con lo que hallamos en otros autores, vemos que existe, prescindiendo de los ligeros matices diferenciales, una misma unidad argumental del síndrome, lo que nos indica la gran unidad ideológica de un sistema médico que, por su amplia difusión en el espacio, así como por su participación en etnias de diferente conformación cultural, nos sugiere que sus antecedentes penetran muy hondo en el tiempo, quizás adheridos a etapas paleolíticas. Es su eficiencia en el cuadro de expectativas críticas de las cosmovisiones populares, *folk* o etnográficas respecto de la salud y la enfermedad, la que explica la perduración multiseccular de sus fundamentos "teóricos".

En las etapas de total aislamiento precientífico —en la que muchas de nuestras comunidades analizadas se encuentran aún desde el punto de vista de sus medicinas— la enfermedad se establecía por asociación con circunstancias estimadas patógenas, o por las suposiciones establecidas respecto de concretas o de inferidas causas traumáticas, relacionadas con un conjunto de síntomas reconocidos como adscriptos a su patología. Su titulación médica —ahora castellanizada como *susto*, *espanto*, etcétera— estaba dada por vocablos indígenas que hacían, como ahora, referencia a una sola y concreta forma patológica.

La utilización de términos médicos académicos para la explicación de patologías en el ámbito de la medicina popular, *folk* o etnográfica, como así la introducción de algunas de sus denominaciones farmacológicas, pueden corresponder, también, a otro fenómeno de la temática antropológica, vinculado a un capítulo del proceso de aculturación que pueda estar operándose en una cultura dada; pero, si este es el caso, debe indicárselo, como cuando nosotros (Palma, 1973:67) citamos al término cáncer, formando parte de la terminología médica puneña.

Nuestra opinión respecto del problema que tratamos, basado fundamentalmente en los estudios que hemos realizado en la región de la Puna argentina, y de lo que hemos extraído de trabajos y de opiniones idóneas, se decide a considerar al *susto* como enfermedad conocida por su nombre. Vale decir, tiene causalidades, presenta síntomas, y requiere formas terapéuticas determinadas.

Su etiología es *doble* y *derivada*. *Doble*, porque la *impresión traumática*, como causa primera, genera una segunda causalidad: la *pérdida del alma*. *Derivada*, porque la primera debe necesariamente promover la segunda causa, para que haya enfermedad de *susto*. No habrá *enfermedad de susto*, si la impresión, por insuficiente o poco traumática, no concurre a provocar, como segunda causa, la *pérdida del alma*. No es difícil escuchar expresiones de este tipo "Si el susto no es grande, el alma le queda allí [en el cuerpo] como queriéndole salir". De allí que existan terapias "preventivas" de mayores consecuencias, que el mismo afectado puede operar, como cuando se lleva un trozo de tierra a la boca, tomado del sitio en donde se asustó.

Habíamos observado en nuestro estudio sobre la medicina popular de la Puna argentina, que la *pérdida del alma* como etiología coadyuvante en la patología regional, concurre a definir dos enfermedades: el *susto* y *agarrar la tierra* (Palma, 1973:54-57). Esta última forma patológica reúne en su sintomatología, ciertos signos clínicos que le son específicos respecto del *susto*. Su instrumentación terapéutica, por consiguiente, posee matices que le son singulares, aunque en ambos casos la cura persiga, como fin primordial, la vuelta del alma al cuerpo.

Si el investigador no está informado convenientemente, o no valoriza la información con precaución, puede confundir ambas patologías y reducirlas a una sola (*susto*), porque en ambas hay referencias a impresiones, sobresaltos y aún a "susto", además de señalarse, por supuesto, la *pérdida del alma* en ambos casos.

Las diferencias se hacen manifiestas, cuando se analizan, a) las circunstancias en que se producen ambas enfermedades; b) las sintomatologías que las caracterizan; y c) las formas terapéuticas que se requieren en cada una de ellas.

a) En la enfermedad del *susto* si un individuo es sobresaltado por una fuerte impresión (accidente, sobresalto por la presencia sorpresiva de algún personaje de la mitología regional en parajes alejados o de noche, noticia imprevista y desagradable, disputa, pendencia, etcétera), puede ocurrirle que el alma se le separe del cuerpo. En la patología que dimos a conocer como *agarrar la tierra*, la *pérdida del alma* se produce si el individuo asume actitudes ofensivas en determinados sitios considerados "malos", contra los espíritus de la tierra, o en menoscabo de los espíritus que moran en determinados parajes; también si se acuesta a dormir cansado en algún lugar, puede despertar sobresaltado, quedándole el alma atrapada en el sitio. En nuestro trabajo ya referido (Palma, 1973:54-57), transcribimos la siguiente información: "Si uno anda trajinando por el campo, cansado, transpirando y se acuesta a dormir, puede soñar... por el mismo calor está deshumorando... se levanta rápido, el espíritu queda allí". Decíamos entonces que si se analiza la versión textualmente reproducida, se ve que cuando se dice "se levanta rápidamente si ha soñado", se está haciendo referencias a que si "se levanta rápidamente", sobresaltado, su cuerpo no alcanza a recuperar su espíritu que ha quedado vagando, solitario, en el irreal paisaje en el que lo sorprendió la repentina vigilia. Indicábamos en nuestro trabajo, que "esta interpretación se hace plausible, porque coincide con la añeja y ecuménica creencia, basada en el *animismo*, que considera que durante el sueño el alma se libera de su cuerpo".

b) La sintomatología presenta diferencias en ambas enfermedades. Mientras en la patología del *susto* el individuo no duerme bien, se despierta sobresaltado, como vimos, en la *pérdida del alma* por el *agarrado de la tierra*, el individuo duerme mucho y, lejos de estar agitado y nervioso, se halla desganado, sometido en su voluntad. Sin embargo, ambas patologías concuerdan en los signos clínicos que se refieren a los dolores corporales.

c) Respecto de las formas terapéuticas empleadas en el *susto* y en el *agarrado del alma por la tierra*, existen divergencias de procedimientos, más que de fundamento, basadas, no ya en las diferencias señaladas de sus manifestaciones clínicas, sino en las concepciones de sus principios etiológicos. Para el punño de la región de la Puna argentina, el espíritu separado del cuerpo por el *susto* "trajina lejos durante el día" y sólo "se acerca al atardecer"; en cambio, cuando el alma es quitada por la tierra, queda allí, en el sitio "donde lo agarró". Esta diferencia incide en la forma operacional con que se procede a su llamado en ambos casos, tanto sea en lo referente a la hora, como en lo relacionado con los recursos técnicos empleados. En el *susto*, la hora preferida para el llamado del alma, es la que corresponde al atardecer, en virtud de que es a esa hora que el espíritu deja de "trajinar" lejos, para acercarse a la casa del individuo enfermo o al sitio donde se separó de su cuerpo; en cambio,

en el *agarrado del alma por la tierra*, el alma queda adherida allí, en el sitio donde se produjo la separación; no va a vagar por otros lugares. Es allí, entonces, donde debe procederse a su llamado; es a ese sitio donde debe concurrir el enfermo, de no mediar la circunstancia de hallarse en imposibilidad física de hacerlo, debido a los dolores corporales, sobre todo "cuando le toma fiero". Las ofrendas a la *Pachamama*, deidad ectónica de la región, son, en este caso, inexcusables.

Por lo expuesto creemos que cuando Rubel (1967:73) menciona a "los elementos básicos" que "se repiten en la etiología del susto" y señala que entre los indígenas existe la creencia de que "el alma fue capturada porque el enfermo, adrede o no, perturbó los espíritus gurdianes", señala con esta causalidad, a la enfermedad que nosotros denominamos *agarrar la tierra*. Si bien tiene de común con el *susto* la *pérdida del alma*, hemos visto que los signos que configuran sus respectivos síndromes, presentan particularidades en cada uno de estos casos, así como las formas terapéuticas requeridas tienen matices distintivos, según el alma se halla separado por una impresión desagradable, o por violentar a los espíritus de la tierra. En el primer caso habría simple separación; en el segundo captación o robo. De allí la diferencia en la forma terapéutica. En el primero, hay que "llamar" al alma; en el segundo, hay que rogar que sea devuelta y pagar por ello; de allí las ofrendas que en este último caso se hacen en el sitio donde al individuo le fue quitada el alma (Palma, 1973).

Es incuestionable, insistimos en ello, que muchos de los síndromes argumentados en el marco de toda medicina popular, pueden corresponderse con patologías certificables en el campo médico científico. Por ejemplo, aquellos signos adscriptos a la medicina popular que se refieren a dolores corporales y tratarnos en la locomoción, es probable que se deban a procesos de origen reumático; y, además, y en un nivel más complejo de causalidad a *stress* emocionales —en el sentido de Selyes, 1964—, como *los* que, indiscutiblemente, producen el saberse *sin alma* o sentirse *embujado*.

Es innegable que las tensiones emocionales que ello produce, con su correspondiente desequilibrio homeostático, somatiza diferentes estados mórbidos, en cuyos síndromes respectivos se hallan los signos computables a una u otra patología, según el concepto de la medicina popular considerada. La correlación más o menos probable que se pueda establecer entre las patologías de uno y otro campo médico, no nos puede inducir a sistematizar a la medicina popular en términos mixtos, procedentes sus parámetros de los fundamentos de la medicina precientífica y de los argumentos de la medicina académica, como cuando se indica una etiología de causas mágicas, y a la enfermedad correspondiente se la califica en términos académicos. Así hemos visto cómo semiológicamente se relacionó al *susto* con la tuberculosis, etcétera, o con cuanta otra enfermedad pueda seguramente vincularse la valoración científica de los signos correspondientes a su síndrome, en una medicina popular cualquiera. Insistimos en señalar que las etiologías, sintomatologías y terapéuticas de toda medicina etnográfica, *folk* o popular, concurren a conformar una unidad conceptual indisoluble, en la que sus partes constitutivas se fundamentan y explican por motivos de sus relaciones dialécticas. La mutilación de una de las partes de su sistema, no se logra sin producir, simultáneamente, la desnaturalización del fundamento médico correspondiente. La explicación de cada

una de ellas sólo puede darse por las referencias que proceden de los argumentos de las otras y, todo, en el marco más amplio de la cultura, dentro de cuyo contenido cosmovisional correspondiente se sustenta la ideología de la medicina popular considerada. La misma indisoluble unidad existe en los fundamentos estructurales de la medicina científica.

Así, por ejemplo, el término *aicar* en la medicina popular puneña, designa a una enfermedad producida por la violación de una prohibición: la mujer embarazada no podrá pasar cerca de un muerto, asistir a un velatorio, entre otras cosas, porque el niño nacerá *aicado*; vale decir, no caminará, a pesar de haber alcanzado la edad adecuada para ello; su madurez psico-motriz sufre un manifiesto retraso. Su sintomatología reúne una serie de signos (deshidratación, escaso panículo adiposo, disminuida masa muscular, escápula alata, abdomen prominente, etcétera) asimilables, por su correlación nosológica, a la desnutrición; y es la desnutrición, precisamente, la causa que, directa o indirectamente (ahora no vamos a discutir sus causalidades intrínsecas) produce la patología que la concepción médica puneña atribuye al *aicado*, al punto de alcanzar, en algunos casos, el grado conocido por *kwasshiorkor*. Definir a la enfermedad conocida en el medio puneño por *aicar*, como desnutrición o raquitismo, constituye un error, ya que, por un lado, no contribuye al conocimiento del sistema médico popular que se estudia y, por el otro, su desnaturalización conceptual no facilita la correcta acción médica que una situación sanitaria dada puede demandar.

Al respecto resulta ilustrativa la reflexión de Read (1968: 62) respecto de una situación sorprendentemente similar, en una población nativa de África. La autora citada, dice de una mención de Gerlach, que "cuando los *digo* observan el síndrome de *kwasshiorkor* en un niño, dicen que este padece de *chirwa*. *Chirwa* es la forma pasiva de un verbo que se usa en el sentido de hacer algo malo, como por ejemplo romper un *tabú*. *Chirwa* no puede traducirse de ninguna manera como una enfermedad resultante de la desnutrición", ya que no tienen una palabra que la designe, sino que es consecuencia de la violación, por parte de los padres, de *tabúes* de tipo sexual. Esta idea de los *digo* hace que se resistan a poner a sus hijos en manos de los médicos de procedencia occidental, además de ocultar los casos, por no poner en evidencia que han violado algún *tabú*. La autora citada (Read, M., 1968: 62) señala por último, respecto del término *chirwa*, que "el diccionario *standar swahili-ingles* que usan los administradores europeos de África oriental, define *chirwa* simplemente como 'raquitismo'". Más adelante agrega: "La barrera del lenguaje en relación con los conceptos de enfermedad se presenta a los médicos y al personal sanitario como algo formidable, aun cuando compartan el lenguaje oral de sus pacientes".

Cabe agregar que la propuesta de *Modelo Epidemiológico* que formula Rubel (1967:84-87), conjuntamente con su correspondiente cuerpo de hipótesis configura un enfoque que, también, desvirtúa la esencia de la problemática antropológica. En su *hipótesis I*, sobre todo, su explicación se basa en consideraciones sociales y no en conceptos culturales. Su modelo se manifiesta sin precisión antropológica y constituye más bien una interpretación psicológica del tema, lo que, de alguna manera, significa una desnaturalización del problema y una limitación de su asunto.

Cuando Rubel (1967:85) señala que el "susto se dará sólo en situaciones

sociales que la víctima percibe como llenas de tensión", margina otras circunstancias patógenas que nada tienen que ver con la situación social, como es el *stress* generado por traumas físicos (ruidos, accidentes, etcétera) o determinados por fundamentos mitológicos (apariciones sobrenaturales, por ejemplo) que también se esgrimen como causalidades de *susto*. En esta propuesta suya se evidencia la desnaturalización y limitación a la que ya nos referimos.

En su proposición de que "la gente no sólo decide asumir el papel de enfermo, sino que eligen la clase de síntomas mediante los cuales se presenta su falta de bienestar", Rubel (1967:85) insinúa la existencia de actitudes de simulación, que son las que le dan el carácter psicológico al que nos referimos existe en su propuesta teórica.

El contenido socio-psicológico que tiene la postulación de Rubel (1967) sirvió a O'Neill y Selby (Seijas, 1972:177) para desarrollar una tesis en la que señalan que "la susceptibilidad al 'susto' será mayor entre los individuos del sexo que experimente mayor 'stress' intra-cultural en el proceso de cumplir con las expectativas sociales concernientes al desempeño de los roles específicos a ese sexo".

Teniendo en cuenta que la incidencia del *susto* es mayor entre individuos que por su edad aún no han completado su proceso de internalización cultural, como ocurre con los niños de la Puna argentina y con los *sibundoy* (Seijas, 1969 y 1972), la tesis de O'Neill y Selby pierde solidez teórica. En las observaciones críticas que Seijas (1969 y 1972) formula a dicha propuesta, capta fehacientemente y con meridiana claridad, que el trasfondo de su justificación patológica se halla en los fundamentos culturales, que son los que dan soporte ideológico al decir que esgrimen los mayores.

A partir de allí, otros parámetros, como los factores psico-sociales, pueden, indiscutiblemente, coadyuvar a configurar el síndrome en un enfermo de *susto*, pero no a explicarlo de por sí. Los argumentos de origen "místico" o "no natural", proceden de la concepción cosmovisional de la cultura, que es la que le da contenido al pensamiento médico al que se adscribe el universo espiritual del enfermo.

Consideraciones Finales

En este trabajo nos propusimos ubicar al estudio de la medicina popular, *folk* o etnográfica, en el marco de su propio contexto cultural, dentro del cual se halla su fundamentación ideológica y se explica la coherencia interna de su sistema.

Esta finalidad circunscribe el problema al ámbito de la teoría antropológica. Su estudio así orientado concurre a definir su objetivo primordial: a) conocer el singular fenómeno cultural a través de sus multitudinarias formas, como condición previa para, b) producir la comprensión de su proceso de desarrollo y c) enunciar las probables leyes de su devenir histórico.

Sin un relevamiento exacto de los materiales de estudio, este objetivo se desnaturaliza o diluye en sus inmediatas instancias. En esta tesis se fundamenta nuestra propuesta respecto del tema concreto que aquí nos ocupa:

1) Calificamos al *susto*, coincidiendo con Rubel, como *enfermedad* y no como *categoría etiológica* como lo hace Seijas. Esto no es ocioso si tenemos en cuenta que cuando un individuo de una comunidad *folk* o etnográfica cual-

quiera, dice hallarse enfermo de *susto*, no hace referencia abstracta de la circunstancia en que se produjo su mal, como parece ocurrir si con el término *susto* se define genéricamente a la causa. La causalidad de la enfermedad del *susto*, según nuestra experiencia, es algo más concreta y se refiere a circunstancias traumáticas bien identificables y precisas, así como definibles (accidentes con peligro de muerte, brusquedad en la aparición de algo, etcétera). El término *susto* define a una enfermedad que tiene proposiciones etiológicas precisas y formas terapéuticas propias.

2) La postulación del término *susto* como categoría etiológica, implica que se tenga que adoptar o aceptar denominaciones patológicas ajenas a la propia ideología y fundamentación "teórica" del sistema médico popular, ya que en él no se define sino como *susto*.

3) Nos resulta clara y justa la observación realizada por Seijas a Rubel y a O'Nell y Selby, cuyas proposiciones explican causativamente al *susto* por el incumplimiento de las expectativas sociales que el individuo está obligado a desempeñar en virtud del proceso de internalización social operado en él. Su crítica en este punto constituye un aporte a la interpretación antropológica en el estudio de la medicina popular, porque su objeción ubica al tema en la dimensión más amplia de la cultura.

4) La discusión desarrollada aquí, no pretende alcanzar otro nivel que el reflexionar sobre algunos objetivos teóricos en el estudio de la medicina popular, *folk*, o etnográfica, como apertura a la concreción de acuerdos fundamentales y básicos, respecto de los problemas más críticos de su investigación.

BIBLIOGRAFIA

- PALMA, NÉSTOR HOMERO: *Estudio Antropológico de la Medicina Popular de la Puna Argentina*; Ed. Cabargón, Buenos Aires, 1973.
- READ, MARGARET: *Cultura, salud y enfermedad*; Ed. Centro Editor de América Latina, Biblioteca de Biología Buenos Aires, 1968.
- RUBEL, ARTHUR J.: *El susto en hispanoamérica*; en *América Indígena*, vol. XXVII, nº 1, pág. 69-70 México, 1967.
- *The epidemiology of a folk illness. Susto Hispanic America*; en *Ethnology*, nº 3, pág. 268-283, 1964.
- *Comments on Seijas*; en *Medicinal Anthropology*; 2, pág. 2-3; 1970.
- SEIJAS, HAYDÉE: *Algunos aspectos de la etnomedicina de los indios Sibundoy de Colombia*; en *Boletín Informativo del Departamento de Antropología*, nº 6, del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), enero de 1969, Caracas, Venezuela, 1969.
- *El susto como categoría etiológica*; en *Acta Científica Venezolana Departamento de Antropología del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC)*, pág. 176-178, Caracas, Venezuela, 1972.
- SELYE, HANS: *La tensión en la vida: El stress*. Ed. Compañía Fabril Editora, 2ª Edición, Buenos Aires 1964.
- VIVANTE, A.; GANCEDO, O. y PALMA, N. H.: *Observaciones sobre la definición de Antropología Física*; en *Revista "Relaciones" de la Sociedad Argentina de Antropología*, T. V., Nueva Serie, nº 1, pág. 25-35 Buenos Aires 1970.