



Apuntes para una Etnopsiquiatría mexicana







SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

Apuntes para una Etnopsiquiatría mexicana



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD





El libro fue financiado por el programa de apoyo complementario a investigadores en proceso de consolidación (convocatoria S.N.I./Conacyt 2006)

© Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Prohibida la reproducción total o parcial del contenido, sin la autorización del autor.

Enero de 2008

ISBN 978-968-5876-16-2

TONOCONTINUO

- Enrique Díaz de León sur 514-2
- Guadalajara, Jalisco, México
- Tel. 38 25 94 41
- tonoco@mail.udg.mx



Contenido

- 9 • Presentación
- 13 • Introducción
- 21 • El origen de la Etnopsiquiatria
- 31 • La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua
- 51 • Aproximación etnopsiquiátrica a la medicina nahua
- 59 • Los síndromes culturales Latinoamericanos
- 71 • Síndromes culturales de otras regiones
- 75 • El Nagualismo
- 83 • Los rituales terapéuticos con plantas psicotrópicas. El caso del cecetzin
- 101 • De las modalidades depresivas entre los Nahuas del Alto Balsas
- 111 • De la variabilidad nosológica: el caso de los nahuas de Guerrero en México
- 122 • Mayaxiákame. El concepto de “enfermedad mental” entre los wixarikas de Tuxpan de Bolaños, Jalisco, México



- 141 • La embriaguez de lo divino. Un síndrome ligado a la cultura: del trance por posesión o kieriexiet+ y del hechizo y las Faltas a "el costumbre" hasta la histeria colectiva
- 161 • La Bouffée délirante. Revisión histórica de un concepto
- 177 • Influencia de la religión en la expresión psicótica
- 191 • Análisis estadístico de la aureola semántica en una población psiquiátrica mexicana
- 205 • Un enfoque transcultural de la depresión
- 215 • Referencias bibliográficas





DEDICATORIA

Siendo la vida un soplo, es preciso volar más allá de sus límites.

- Con todo mi cariño a Doloritas, hermosa mujer que siempre ha llevado el velero al mismo destino que yo.
- A mis hijos: Verónica del Carmen, Sergio Miguel y Eunice Anais con la esperanza de que sepan apreciar estas líneas.
- A mi madre, Amalia porque nunca se da por vencida.
- A mis maestros: Yves Pélicier, Jean Garra-bé, Héctor Pérez-Rincón y Francisco Alonso Fernández.





AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad de Guadalajara que ha favorecido mi formación y desarrollo como investigador.
- La selección y corrección de estos textos ha sido posible gracias al invaluable apoyo de Alma Gabriela González Saray, eficaz asistente de investigación.
- Al Prof. Francisco Castellón Amaya por su creativa y paciente labor de diseño gráfico.
- A todos mis informantes quienes generosamente me permitieron conocer su cosmovisión.





Presentación

Al estar a punto de terminar mi especialidad en Psiquiatría en la Ciudad de México, recibí una inesperada y sorpresiva visita. El Profesor Héctor Pérez-Rincón regresaba de París y me traía una buena noticia, esperando ver mi reacción dijo: “El Profesor Pélicier te ha aceptado como su alumno, prepárate para que te vayas a Francia”. Esta noticia fue el inicio de una transformación personal y profesional. Ya había estado casi cuatro años estudiando en el Distrito Federal y sentía que había ampliado bastante mis horizontes, pero el salto trasatlántico me dio una visión de mucho mayor alcance.

Después de múltiples trámites y de haber “quemado las velas” llegué a la “ciudad luz”. Al día siguiente, bajo los efectos plenos del *jet lag*, me presenté con el Profesor Yves Pélicier.

Sin conocer la ciudad fue difícil llegar al *Hôpital des Enfants malades*, pero más difícil aun fue encontrar el servicio de psiquiatría, pues se encontraba en uno de los edificios del conjunto, pero ¡en el sótano! Sorprendido por la ubicación del servicio llegué a la oficina del maestro Pélicier.

Yo venía, aún, cargando algunas maletas, pues no había logrado conseguir un hospedaje definitivo. Me recibió de una manera muy amigable y me preguntó de inmediato que qué me interesaba aprender. Respondí que la psiquiatría de enlace y la psiquiatría transcultural. Escribió, con su puño y letra, dos cartas de recomendación, una para el



Profesor Albi, jefe del servicio de psiquiatría del hospital Saint Antoine, un gran hospital general; y otra para el Profesor Raveau, psiquiatra y antropólogo, director de estudios en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, que había heredado el laboratorio de Roger Bastide.

Albi, me hizo notar, al leer la carta de recomendación, “con la firma de Pélicier, tiene usted un *passapartout*, ¿se da cuenta de lo que tiene? Sea bienvenido, hable con el Dr. Ferreri”.

Raveau, reflexivo, cuestionó mi interés por la antropología y me invitó a empezar una maestría (D.E.A.) en Antropología bajo su dirección. Inicé los trámites ante la escuela y me rechazaron por no tener una formación compatible, el implacable dictamen decía que yo debía realizar un año preparatorio y de prueba. Ofendido comenté con el Prof. Raveau que no estaba dispuesto a pagar ese precio, pero que deseaba participar en sus seminarios. Acordado lo anterior participé en su curso durante ese año escolar, al término del mismo presenté una tesina sobre la “Bouffée Délirante” misma que el Prof Pélicier me había sugerido preparar. François Raveau la leyó complacido y soltó una seductora frase que me hizo caer redondo en su trampa: “Con este trabajo le puedo validar el año escolar y puede empezar la maestría...”.

A pesar de los conflictos familiares, fascinado por la intensa vida intelectual de l'École, seguí adelante por ese camino hasta que culminé esa etapa.

¿Etnopsiquiatría? ¿En México? ¿Ese tema quiere para su tesis?

Los primeros meses del doctorado apenas me permitieron ir vislumbrando la complejidad del tema que había escogido. En muchos momentos llegué a decirme que por qué mejor no había escogido un tema de escritorio. Finalmente la tenacidad, aunada al goce del descubrimiento intelectual, rindió algunos frutos.

El jurado que me honró con sus comentarios durante la “soutenance” de la tesis estuvo presidido por el Prof. Christian Duverger y los jueces fueron los Profesores Jean Garrabé, Yves Thoret, Evelyne Pewzner-Apeloig y François Raveau.

Fue notable la asistencia de Mme Pélicier quien mencionó que le daba gusto ver que yo había terminado el doctorado pues ella sabía que por algo su marido me había apoyado en su momento.



Un momento tan estresante se fue transformando en placentero a medida que escuchaba los comentarios favorables del jurado. La tesis fue muy bien vista e incluso, el jurado propuso que el trabajo fuera publicado íntegramente y sin modificaciones.

El Dr. Garrabé, bromeando, hizo notar lo paradójico de los espacios físicos, pues a medida que progresaba me enviaban más abajo: “¡cuando llegó tuvo que ir al sótano para ver al Prof. Pélicier y ahora para su examen doctoral nos reunimos en el piso menos 2!”

Olga Odgers, una amiga doctorante externo: “Un examen de tesis así es el sueño de todo doctorante”.

Las buenas costumbres en Francia dicen que después de presentar un examen doctoral, una vez que se ha sufrido exitosamente tal ritual de paso, el “nuevo doctor” debe ofrecer un brindis con champagne. Yo había llegado a la meta pero sin un franco en el bolsillo. Mis amigos franceses, alumnos del mismo doctorado, el Dr. Daniel Delanoë y la Dra. Caroline Desprès me prepararon una sorpresa y ofrecieron el brindis correspondiente. Quedé muy agradecido con ese bello gesto.

Regresando a México, me incorporé a la Universidad de Guadalajara como profesor investigador y desde entonces he seguido esta línea de investigación, buscando siempre propagar el entusiasmo por la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural.

En esta obra he recopilado algunos de los artículos más significativos relativos a las investigaciones que he realizado en los últimos quince años.

Me pareció de utilidad publicarlos en conjunto para facilitar las tareas docentes y de investigación que habitualmente llevo a cabo.

Espero que el lector encuentre de interés estos artículos y que sirvan para desencadenar la inquietud de muchos nuevos investigadores de esta disciplina.

Sergio Javier Villaseñor Bayardo







Introducción

Wolfgang G. JILEK

M.D., M.Sc., M.A., FRCP (C)

Profesor Emerito de Psiquiatría, Universidad de British Columbia, Canadá

Los investigadores en nuestro campo de la psiquiatría transcultural o de la etnopsiquiatría consideran a Sergio Javier Villaseñor Bayardo, psiquiatra y antropólogo, como el mejor calificado para escribir sobre la etnopsiquiatría mexicana. Es un médico mexicano con entrenamiento en postgrado de psiquiatría y de etnología-antropología en instituciones académicas de primer nivel de México y de Francia. Posee la especialidad en psiquiatría por la Universidad Nacional Autónoma de México, un grado de maestría en toxicología por la Universidad de París V, un doctorado en Antropología Social y Etnología de la famosa Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris, y, además, años de estudio y de investigación de campo sobre la cultura y los sistemas curativos de los grupos indígenas mexicanos. A diferencia de otros intelectuales latinoamericanos, Villaseñor Bayardo elige iniciar su excelente carrera en la *cit  lumiere* pero regresa a su país natal para servir a México como un profesor e investigador clínico y académico, autor científico y editor. Ha contribuido a mejorar aún más la reputación de su *alma mater*, la Universidad de Guadalajara y a la de la prestigiada escuela de medicina, de cuyos pioneros de la psiquiatría hace una crónica en su libro: “Voces de la Psiquiatría”.

Sus investigaciones y publicaciones han hecho que Villaseñor Bayardo gane el merecido reconocimiento de sociedades e instituciones científicas nacionales e internacionales. Es un prominente co-autor



de la *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)* de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Ayudó a crear un instrumento diagnóstico que incorpora los aspectos culturales de los trastornos mentales y que yo encuentro superior a los manuales diagnósticos en uso en Norteamérica y en Europa con los cuales me he familiarizado. También estoy gratamente impresionado por sus investigaciones sobre las curaciones tradicionales holísticas y sobre la cosmovisión de las culturas indígenas mexicanas que Villaseñor Bayardo describe en un contexto comparativo global. Estas curaciones tradicionales tienen mucho en común con las ceremonias terapéuticas de las naciones indias de Norteamérica que yo he estudiado. [1; 2; 3], especialmente el pueblo Salish del pacífico noroccidental, cuyo lenguaje parece relacionado con el nahua.

Entré en contacto con Villaseñor Bayardo a través de su participación en las simposia de la sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA). Desde nuestro primer encuentro en una de estas simposia, encontré en Villaseñor Bayardo un colega verdaderamente estimado. He participado en algunas de sus aventuras académicas junto con mi esposa Louise Jilek-Aall quien comparte mi entusiasta interés por la cultura, la historia y el arte de México.

Sin embargo, mi interés por México ya se había despertado desde mi juventud cuando escuché que uno de mis ancestros *Marine-Stabsarzt*, el Dr. August Jilek fue médico personal de Maximiliano de Habsburgo, el le aconsejó al archiduque que no se embarcara en su imperial aventura en México. Después estuve leyendo sobre la historia mexicana y decidí que algún día visitaría el país. En 1959, pude hacer el primer viaje, siendo un joven interno de medicina y quedando completamente fascinado por la rica herencia cultural y el arte moderno único de México. Mi fascinación se ha reencendido cada vez que regreso.

Ya hace 102 años que el eminente psiquiatra alemán Emil Kraepelin tuvo la visión de una nueva subdisciplina de la psiquiatría la cual llamo *Vergleichende Psychiatrie*, esencialmente definida como una psiquiatría cultural comparativa, un camino científico para conducir investigaciones sistemáticas sobre las diferencias vinculadas a la cultura en psicopatología [4]. Siendo un alumno de Wilhelm Wundt, el pionero de *Voelkerpsychologie* (etnopsicología), autor de estudios multiculturales del lenguaje, de los mitos y de la religión, Kraepelin esperaba que la psiquiatría comparativa pudiera convertirse en un

aliado importante de la etnopsicología comparativa. El primer viaje de investigación de Kraepelin en 1904 hacia Asia Suroriental lo condujo a su formulación programática de la psiquiatría comparativa [5]. Su principal investigación internacional estaba planeada para extenderse a siete países no europeos y para involucrar a muchos colegas extranjeros pero no pudo ser implementada debido a la Primera Guerra Mundial y a las complicaciones de la posguerra. Sin embargo, un año antes de su muerte, en 1925, Kraepelin condujo estudios psiquiátricos comparativos con pacientes indios americanos, afroamericanos y latinoamericanos de instituciones psiquiátricas de los Estados Unidos, México y Cuba.

El término de Psiquiatría Transcultural fue acuñado por Eric Wittkower en los 50's. En 1974 dio su definición final de psiquiatría transcultural como: "el estudio de los efectos de la cultura en los patrones, la frecuencia y el manejo de los trastornos psiquiátricos. Esta expresión difícilmente sería sinónimo del término psiquiatría comparativa o del de la etnopsiquiatría" [6]. Henri Ellenberger de la Universidad de Montreal, uno de los primeros investigadores en el campo, ya había definido la etnopsiquiatría en 1965: "la etnopsiquiatría es el estudio de las afecciones mentales en función de los grupos étnicos o culturales a los cuales pertenecen los enfermos [7]. Henry B.M. Murphy, sobresaliente investigador de la epidemiología psiquiátrica, definió la psiquiatría comparativa como: "el estudio de las relaciones entre los trastornos mentales y las características psicológicas con diferentes naciones, pueblos o culturas" [8]. Eric Wittkower estableció, en la Universidad de McGill en Montreal, Canadá, por primera vez, una división de psiquiatría cultural en colaboración con Henry B.M. Murphy, y después con Raymond Prince. Nosotros, Louise Jilek-Aall y yo, fuimos privilegiados por tener profesores como Wittkower y Murphy como maestros en la Universidad de McGill donde también Murphy me supervisó una investigación que condujo a una tesis de maestría en ciencias. Ya en 1956, Wittkower y colaboradores, de la Universidad de McGill, empezaron la publicación de la revista "*Transcultural Psychiatric Research Review*", llamada desde 1997 "*Transcultural Psychiatry*". Fue la primera publicación periódica dedicada a nuestra disciplina. Más tarde, siguieron otras publicaciones enfocadas en lo transcultural y la etnopsiquiatría: "*Psiquiatría Transcultural*" fundada por Bustamante en Cuba; "*Curare*" por Schroeder en Alemania; "*Culture, Medicine, and Psychiatry*" por Kleinman en Estados Unidos; "*Salud Mental*" por

Hollweg en Bolivia; e “*Investigación en Salud*” por Villaseñor Bayardo en México.

H.B.M. Murphy decidió inaugurar la sección de Psiquiatría Transcultural de la WPA y organizó el primer simposium de Psiquiatría Transcultural en el 5to Congreso Mundial de Psiquiatría en la Ciudad de México, donde nosotros, Louise Jilek-Aall y yo, presentamos nuestras observaciones preliminares sobre la reanimación de los rituales terapéuticos entre los indígenas. A este simposium de Psiquiatría Transcultural de 1971 siguieron muchos otros simposia, llevados a cabo en diferentes países alrededor del mundo. Primero fungí como secretario y después como presidente de la sección de Psiquiatría Transcultural de la WPA de 1983 a 1999, organizando simposia y talleres y editando “*Transcultural Psychiatry Newsletter*”.

La mayoría de los libros de texto generales, de un solo autor, de nuestra disciplina, han sido escritos por prominentes miembros de la sección de Psiquiatría Transcultural de la WAP: “*Transkulturelle Psychiatrie*”, el primero, por Wolfgang Pfeiffer (Alemania) en 1971 [9]; “*Transcultural Psychiatry*” por Ari Kiev (Estados Unidos) en 1972 [10]; “*Comparative Psychiatry*” por Henry B.M. Murphy (Canadá) en 1982 [op.cit. ,8]; “*Handbook of Cultural Psychiatry*” por Wen-Shing Tseng (Estados Unidos) en 2001 [11]; y la presente obra por Villaseñor Bayardo (México).

El trabajo de Villaseñor Bayardo en etnopsiquiatría demuestra claramente la influencia de los factores culturales sobre los trastornos psiquiátricos. Hay influencia de los factores socio-culturales en todos los aspectos de los desordenes psiquiátricos, y en todas las áreas del mundo. La variación cultural es mayor en condiciones reactivas y neuróticas que en las psicosis mayores; pero puede demostrarse la influencia de factores socio-culturales incluso en las psicosis esquizofrénicas, como mostraron a escala global las investigaciones de la División de Salud Mental de la OMS. Los efectos de los factores socio-culturales todavía pueden ser considerados como patoplásticos, determinando la forma y el curso de varios desórdenes psiquiátricos. Sin embargo, hay situaciones de cambio sociocultural en las cuales el estrés de la llamada “modernización” ejerce efectos patogénicos que engendran tipos específicos de patología psicosocial en una población en la que no existían antes. Tal proceso patogénico es el acelerado cambio cultural a través de una occidentalización arrolladora o impuesta en las sociedades indígenas no-occidentales. Bajo



el término *depresión anómica*, yo describí un síndrome entre los indígenas norteamericanos que sufrieron desculturización y marginalización social bajo la occidentalización impuesta [12]. Los principales factores patogénicos operantes en el desarrollo de este síndrome son *anomia* - la pérdida de las pautas normativas de comportamiento -, y la confusión de identidad cultural, y la privación socio-económica relativa. Entre las poblaciones indígenas del noroeste de Norte América, los efectos psicosociales de la desculturización y de la marginalización se reflejan en una frecuencia desproporcionada del abuso del alcohol y del suicidio juvenil. La situación parece semejante entre algunos grupos indígenas de América Latina y entre varias poblaciones aborígenes de Australia y Oceanía. En las poblaciones africanas y afro-caribeñas, reacciones psicóticas agudas transitorias parecen ocurrir con más frecuencia bajo el estrés del cambio socio-cultural rápido en África y en el Caribe [13]. Estas reacciones agudas transitorias, de una duración relativamente breve, pero a veces violentas, se desencadenan en conexión con un miedo de persecución mágica, culturalmente validado. Las psicosis reactivas transitorias en África y Caribe son de interés especial en la psiquiatría transcultural ya que están entrelazadas con las creencias culturales de hechicería y de brujería, y persisten aun después de que los recursos tradicionales de protección y acción contra la magia ya no están disponibles, dada la “modernización” y urbanización. Debido a un status diagnóstico incierto, estas reacciones psicóticas transitorias han sido descritas bajo varias etiquetas diagnósticas por autores anglófonos, mientras que en la psiquiatría francesa son conocida como *bouffée délirante* (v. pp. 159ff; 172ff); un síndrome descrito en los años 1960’s en África por psiquiatras francófonos, entre ellos, notablemente, Henri Collomb, y en Cuba por José Bustamante.

Bajo el término *culture-bound syndromes*, síndromes que se han asociado con una cultura o un grupo étnico particular (v. pp. 18; 55ff), se han enlistado cerca de doscientas condiciones en la literatura etnopsiquiátrica. Estos síndromes están relacionados con un énfasis específico o con una situación estresante en una cultura, o con el estrés asociado con el cambio socio-cultural [14]. En el pasado, algunos autores describieron estos síndromes bajo el epíteto “síndromes exóticos”, peculiares de culturas no-occidentales. Sin embargo, la literatura de la psiquiatría transcultural en décadas recientes ha definido diversos síndromes típicos que se han asociado con la sociedad occidental moderna, primeramente, la anorexia



nerviosa. La difusión de la anorexia nerviosa entre mujeres jóvenes a lo largo de todas las clases sociales de Europa y Norte América, y su reciente emergencia entre grupos de poblaciones en Asia que se exponen a influencias occidentales fuertes, enlaza este síndrome a los desarrollos modernos en la cultura occidental. Los llamados *culture-bound syndromes* han sido mucho tiempo el enfoque de un debate entre, por un lado, los adherentes a un universalismo biopsicológico que interpretan estos síndromes en términos de una psicopatología humana universal influenciada por factores culturales, y por otra parte, los adherentes a un relativismo cultural etnológico que ven estos síndromes como engendrados por una cultura particular. Sin embargo, mis experiencias en la psiquiatría transcultural me enseñaron que la perspectiva enfocada en una cultura particular y la perspectiva universal humana deben complementarse una con la otra, en toda investigación.

Villaseñor Bayardo ha hecho importantes investigaciones sobre las curaciones tradicionales y sobre la medicina herbolaria de las poblaciones indígenas mexicanas, algunas de estas se reportan en el presente libro. En un volumen editado por la OMS recolecté evidencias sobre la relevancia de la psiquiatría en la medicina tradicional lo cual incluye practicas de curación, ceremonias terapéuticas y fitoterapia [15]. Las conclusiones derivadas de diversos reportes en la literatura científica internacional fueron que las practicas basadas en la tradición brindan un manejo terapéutico efectivo, demostrado en el caso de los trastornos de tipo neurótico, psicósomático y somatoforme y para la depresión reactiva, incluyendo la conducta autodestructiva, también son efectivas en el tratamiento de la mayoría de los llamados *culture-bound syndromes* y de las reacciones psicóticas agudas transitorias. Más aún las prácticas terapéuticas basadas en los ceremoniales religiosos y culturales indígenas en muchas instancias han sido exitosas para el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de la dependencia a drogas y al alcohol [16]; algunos ejemplos en Norteamérica son el movimiento pan-indígena de culto al peyote y la ceremonia de la danza de los espíritus de los Salish. Las modalidades de los procedimientos tradicionales de curación están determinados por preferencias culturales. Sin embargo, hay principios comunes a los tratamientos tradicionales efectivos y estos pueden ser agrupados bajo tres categorías:

(a) Afines a la cultura: curanderos tradicionales y líderes de grupos ceremoniales terapéuticos comparten, o por lo menos aprecian, el sistema de valores culturales del paciente;

(b) Por la importancia de la personalidad del curandero o del líder ceremonial del grupo: ciertas características de personalidad que lo/la capacitan para lograr y mantener un carisma inspirador de confianza;

(c) Por la sugestión terapéutica: explícita y directa pero también implícita colectiva, basada en las creencias aceptadas culturalmente.

En recientes décadas, la capacidad terapéutica de los médicos tradicionales y la eficacia psicoterapéutica de las ceremonias tradicionales grupales ha sido reconocida por investigadores de lo transcultural y de la etnopsiquiatría, en muchas áreas culturales. Entre varias poblaciones indígenas, aún sobreviven genuinas prácticas de curación tradicional y ceremoniales, o han sido revividas, incluso cuando se dispone de los servicios médicos modernos. Desde el fin del colonialismo europeo, el punto de vista occidental de la curación tradicional y sus practicantes ha cambiado y hoy somos testigos, en las sociedades occidentales, de una popularización de los curanderos chamanes.

Después de haber estudiado y trabajado por décadas en el campo de la etnomedicina y de la psiquiatría cultural comparativa, y habiendo contactado con las áreas de cultura mexicana y latinoamericana, estoy totalmente de acuerdo con Villaseñor Bayardo en que “América latina es un área modelo en donde se puede investigar el origen, la transmisión y la difusión de las creencias y prácticas etnomédicas” (v.p. 112). Yo, por lo tanto, veo con beneplácito el que este libro represente el campo interdisciplinario de la etnopsiquiatría enfocándose en el “área modelo” de México.

REFERENCIAS

- [1] Jilek, Wolfgang G. (1982) *Indian Healing: Shamanic ceremonialism in the Pacific Northwest today*. Hancock House; Surrey (Canadá).
- [2] Jilek, Wolfgang G. (1978) “Native renaissance: The survival and revival of indigenous therapeutic ceremonials among North American Indians”. *Transcultural Psychiatric Research Review*; 15: 117-147.
- [3] Jilek, Wolfgang G. (1992) “El renacimiento de las danzas chamánicas entre los pueblos indígenas de América del norte”. *Diógenes* (UNESCO - Coordinación de Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México) Núm. 158: 83-97.
- [4] Jilek, Wolfgang G. (1995) “Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry”. *European Archives of Psychiatry*; 245: 231-238.
- [5] Kraepelin, Emil (1904) “Vergleichende Psychiatrie”. *Zentralblatt fuer Nervenheilkunde und Psychiatrie*; 27: 433-437.

- [6] Wittkower, Eric D. & Prince, Raymond (1974) "A review of transcultural psychiatry". Chapter 35 in: *American Handbook of Psychiatry*, edited by S. Arieti, 2nd edition, vol. 2, pp.535-550.
- [7] Ellenberger, Henri F. (1965) "Ethno-psychiatry". In: *Encyclopédie Médico-chirurgicale: Psychiatrie*. Suppl. 37725 A10, pp.1-10 et 37725 B10, pp.1-22.
- [8] Murphy, Henry B.M. (1982) *Comparative Psychiatry: The international and intercultural distribution of mental illness*. Springer; Berlin Heidelberg New York.
- [9] Pfeiffer, Wolfgang M. (1971) *Transkulturelle Psychiatrie*. Georg Thieme; Stuttgart.
- [10] Kiev, Ari (1972) *Transcultural Psychiatry*. Free Press; New York.
- [11] Tseng, Wen-Shing (2001) *Handbook of Cultural Psychiatry*. Academic Press; San Diego.
- [12] Jilek, Wolfgang G. (1974) *Salish Indian Mental Health and Culture Change*. Holt, Rinehart & Winston; Toronto.
- [13] Jilek, Wolfgang G. & Jilek-Aall, Louise (1970) "Transient psychoses in Africans". *Psychiatria Clinica*; 3: 337-364.
- [14] Jilek, Wolfgang G. & Jilek-Aall, Louise (2001) "Culture-specific mental disorders". Chapter 14 in: *Contemporary Psychiatry*, edited by F.Henn, N.Sartorius, H.Helmchen, H.Lauter; vol.2, pp.217-245.
- [15] Jilek, Wolfgang G. (1993) "Traditional medicine relevant to psychiatry". Chapter 11 in: *Treatment of Mental Disorders*, edited by N.Sartorius, G. de Girolamo, G.Andrews, G.A.German; WHO/OMS & American Psychiatric Press; pp.341-390.
- [16] Jilek, Wolfgang G. (1994) "Curación tradicional del abuso de alcohol y drogas". *Salud Mental - Revista Científica* (Santa Cruz, Bolivia) 4: 19-31.
- [17] Jilek, Wolfgang G. (2005) "Transforming the shaman: Changing western views of shamanism and altered states of consciousness". *Investigación en Salud* 7: 8-15.



El origen de la Etnopsiquiatría

*La etnopsiquiatría no es una ciencia muerta, no es el exotismo.
Es el estudio del hombre en todas sus formas.*

Y. Pélicier

Es bien sabido cómo la rigidez de las actitudes con respecto a la psiquiatría ha estorbado su desarrollo y limitado su eficacia. Con frecuencia el papel histórico del psiquiatra se ha confundido ya sea con el de un juez que determina quién es o no capaz de vivir armónicamente en una determinada sociedad, o con el de un verdugo que se encarga de marginar a ciertos sujetos indeseables. Baste recordar que los primeros asilos para leprosos y marginados fueron el antecedente directo de los asilos psiquiátricos.

Sin embargo, el auténtico papel del psiquiatra está en la promoción de la salud mental y en la prevención de los trastornos mentales. Para esto, la psiquiatría se ha visto enriquecida con los aportes de la antropología, la cual ha colocado la noción de normal y su carácter relativo dentro de una nueva perspectiva, que debería engendrar mayor tolerancia y comprensión respecto a las desviaciones sociales inofensivas. Pero la antropología de ninguna manera ha destruido las normas y su útil tiranía. Todas las culturas reconocen ciertas formas de comportamiento como patológicas. Toda diferencia constatada en este renglón entre dos culturas implica una diferencia en su concepción general de la vida.



Para poder realizar estudios e intervenciones terapéuticas en las áreas en las cuales se mezclan la influencia de la cultura y la de la patología mental se requiere de una alianza interdisciplinaria. Ante esta necesidad surge y se desarrolla la etnopsiquiatría

LA PSIQUIATRÍA EXÓTICA

En sus inicios, la etnopsiquiatría era confundida con lo que se llamaba psiquiatría exótica, es decir, con las descripciones originales de los llamados “culture-bound syndromes”, enfermedades específicas de una cultura o que se han asociado con un grupo étnico particular y que muchas veces han sido el resultado del enfoque de la medicina colonialista Europea.

Lo anterior queda bien claro en palabras de Begue (1993): “La cuestión de la mentalidad indígena refleja la mirada de una cultura sobre otra. El carácter indígena es frecuentemente conceptualizado, al gusto de los autores, a través de un coctel indistinto de prejuicios paternalistas, fantasmas y discursos colonialistas”.

En cuanto al calificativo de “salvaje” o “primitivo”, que mucho se ha utilizado para describir a pueblos diferentes, Lévi-Strauss (1962) es muy explícito: “La imagen tradicional que nos hacemos de este primitivismo debe cambiar, jamás y en ninguna parte, el “salvaje” ha sido este ser apenas salido de la condición animal, todavía bajo el imperio de sus necesidades y de sus instintos, que frecuentemente ha complacido a la imaginación, y tampoco se trata de esa conciencia dominada por la afectividad ni sumergida en la confusión...”

Las actitudes a las que hacen referencia estos autores son fruto del etnocentrismo, término introducido por W. G. Summer en 1907, que designa una actitud colectiva consistente en repudiar las formas culturales (morales, religiosas, sociales y estéticas), que son muy lejanas de aquellas propias a una sociedad dada. Tal juicio de valor parece ser universal. Para cada grupo social, la humanidad termina en su frontera lingüística, étnica, e incluso de clase o de casta.

La búsqueda obstinada de un discurso universal, invariable, verdadero modelo único, exportado (claro está) de Occidente, tal vez no sea, después de todo, en psicopatología, el enfoque mejor fundado científicamente (Pewzner, 1993).

Moro opina que la etnopsiquiatría busca los lazos que unen al psiquismo con la cultura y explora cómo formalizar nuevas estrategias

terapéuticas de carácter “mestizo”. Señala que durante largo tiempo los antropólogos han buscado hacer evidentes las representaciones culturales más “puras” de tal o cual etnia, acosando los “núcleos” hipotéticos de las representaciones y olvidando que dichas poblaciones han circulado mucho desde el punto de vista geográfico y han vivido múltiples mestizajes. De estos mestizajes sucesivos resultan los “cruzamientos” y las “transferencias” de las representaciones. Hay una “epidemiología de las representaciones”, como dice Sperber.

Numerosos antropólogos han trabajado en sociedades africanas actuales, y han subrayado las paradojas del sincretismo y de las transformaciones rápidas de estas sociedades (este fenómeno afecta por igual a nuestras sociedades de Árido y de Mesoamérica). Tal situación obliga a reconocer: a) la persistencia de las formas tradicionales a pesar de la introducción, a veces violenta, de la modernidad; b) la multiplicación de las interacciones entre dos lógicas que durante mucho tiempo se han concebido como antinómicas (lógica occidental/lógica tradicional); c) la posibilidad de la creación de nuevas formas a partir de estas interacciones.

Para ejemplificar lo que ha sido la psiquiatría exótica sólo se citarán algunos de los trastornos específicos de determinadas culturas: el *Pibloktok* o histeria ártica de los esquimales, que constituye la forma de enfermedad mental que más se ha descrito entre estos individuos. El principal síntoma es un ataque histérico con convulsiones, raramente asociado a síntomas de conversión. Este es antecedido por fatiga prodrómica, depresión o confusión. También hay un estado de intensa sugestión del individuo, quien no puede resistirse a las órdenes que recibe; hay ecolalia, glosolalia y ecopraxia.

El *Amok* de Indonesia y Malasia, tendencia homicida altamente destructiva, sólo masculina, que se presenta seguida de una pérdida de la conciencia de lo sucedido y que representa tanto una forma de ansiedad frenética como un acceso de excitación psicomotriz. Este síndrome y el anterior se relacionan con el Berserker gang de Escandinavia.

El *Bla* es un fenómeno que podemos aproximar a los anteriores por sus características histeriformes. Se presenta entre los indios miskitos de Nicaragua y se caracteriza por la presencia de pródromos de tipo malestar general con náusea y cefalea seguidos de alucinaciones (aparición de un ser antropomorfo que invita a montar un caballo y/o a beber sangre) y de una crisis de agitación con violencia, lo cual puede manifestarse

como una carrera en que el afectado porta un machete o palo que agita sobre su cabeza en son de guerra. Esto recuerda de forma caricaturesca el pasado guerrero de los miskitos de los siglos XVIII y XIX. Puede representar además la imagen del pirata o del corsario que se lanza al abordaje y que fue un personaje importante de la historia de este grupo étnico tan peculiar.

Los ejemplos antes citados nos recuerdan lo que ya Devereux había señalado: muchos son los síntomas étnicos que se parecen o se confunden con ciertos rasgos de comportamiento aprobados o estimulados por la sociedad

Otro ejemplo es el *Latab* de Malasia, Indonesia, de los ainu de Japón y de los bantú de África. Este es un síndrome asociado con ecolalia, ecopraxia, coprolalia, ecomimia y estados de trance. Los afectados son los “hombres-espejo”, diría Pelicier, pues no tienen personalidad propia, todo lo repiten. Este síndrome también se presenta en Filipinas, donde le llaman *Mali-Mali*.

Finalmente se hará mención al denominado Susto o Espanto de los pueblos latinoamericanos, entendido éste como el temor mágico del rapto del alma expresado mediante sintomatología ansioso-depresiva. En México el *susto* es concebido como la pérdida del tonalli, una de las tres entidades anímicas descritas por A. López Austin (1984), o de la sombra, como Aguirre Beltrán (1992) denomina a esta entidad. Quizás este problema revista una connotación existencial mucho más profunda de lo que se ha considerado pues bien podría tratarse de un miedo a la disolución ontológica, del temor a la pérdida total del ser. Este padecimiento epidémico en nuestro país es una rica veta de investigación etnopsiquiátrica por desarrollar. Incluso en los criterios diagnósticos de investigación del CIE-10, se menciona al Susto como uno de los trastornos específicos de Hispanoamérica, describiéndolo como: “padecimientos somáticos crónicos muy diversos atribuidos a ‘pérdida del ánima’ inducidos por un miedo intenso a menudo sobrenatural”.

Sin embargo, conviene insistir en que la etnopsiquiatría no se limita a establecer un repertorio o catálogo de hechos doblemente extraños -en tanto que problemas psiquiátricos y en tanto que provenientes de otra cultura.

CONCEPTO DE ETNOPSQUIATRÍA

Es muy importante ponerse de acuerdo respecto a los términos precisos que se han de utilizar, dada la falta de límites que existe en el área de la etnopsiquiatría y el débil deseo de aclararlos. Por ejemplo, Nathan (1986) escribe: “El uso en ocasiones ha reservado el término etnopsicoanálisis a la teoría y a la metodología y el término etnopsiquiatría a las observaciones tanto etnológicas como clínicas”. De entrada habría que distinguir la etnopsiquiatría del etnopsicoanálisis, a menos que se pretenda confundir la psiquiatría y la etnología con el psicoanálisis.

Dado que la etnopsiquiatría pretende responder a las diferentes situaciones en las cuales el campo psicológico y psicopatológico se encuentra con el de la cultura, Laplantine (1988) propone la siguiente definición: “etnopsiquiatría es el estudio de las relaciones entre las conductas psicopatológicas y las culturas en las cuales estas últimas se inscriben”. Para Pelicier (1982), “la etnopsiquiatría designa al capítulo consagrado a la descripción, el análisis y la interpretación de las enfermedades mentales en función de los grupos étnicos y culturales”.

Devereux (1997) considera que es imposible disociar el estudio del psiquismo y el de la cultura; ambos son “coemergentes”. Un postulado sin el cual la etnopsiquiatría no habría podido construirse es el de la universalidad psíquica, es decir, la unidad fundamental del psiquismo humano.

Hay que señalar que la necesidad de articular una dicotomía entre enfermedad mental y física nace más como un reflejo del consenso occidental que de la orientación de las sociedades llamadas tradicionales o no occidentales. En estas últimas, la etiología de las enfermedades propicia la fusión de los estados físicos y emocionales. Como ejemplo hay que recordar el enfoque holístico que caracterizaba a la medicina prehispánica mesoamericana.

Al desarrollar un trabajo etnopsiquiátrico hay que considerar que la psiquiatría occidental asigna una particular importancia a los factores personales que predisponen a la enfermedad mental, mientras que dentro de los sistemas tradicionales estos factores despiertan menor interés.

La etnopsiquiatría repudia el apriorismo cultural del observador, pues científicamente ninguna cultura puede ser objeto de un juicio o de una evaluación en función de una escala de valores que le sea ajena. Hay que hacer a un lado aquellas mezquinas actitudes que, en las ciencias

humanas y en la psiquiatría, tienden a atraer los hallazgos hacia lo propio o hacia lo que ya se conoce y a desconfiar de la alteridad del objeto de estudio.

Un factor importante a favor del desarrollo de la etnopsiquiatría es el éxito de las terapias tradicionales en las culturas no occidentales, lo cual representa una especie de desafío a la creencia según la cual los tratamientos occidentales de la enfermedad mental tendrían una superioridad universal.

En la clínica etnopsiquiátrica es fundamental el manejo adecuado de las etiologías “tradicionales”, así como su oportuna aclaración e interpretación. De entre las etiologías “tradicionales”, Nathan (1986) menciona a la posesión -por algún genio (Djinn en árabe), ancestro, demonio o muerto-; el embrujamiento y el maraboutage en árabe s’hur (los marabouts, en los países musulmanes de África, son hombres conocidos por sus poderes adivinatorios y curativos); el ‘ein o mal de ojo; el majuana o ataque por los espíritus; la maldición familiar; etcétera. (El lector puede sorprenderse al notar que bajo denominaciones similares y revistiendo una sintomatología parecida, podemos encontrar estos cuadros clínicos en nuestra población indígena y rural de México. ¡Lo que aún no podemos encontrar en nuestro país son hospitales con servicios de etnopsiquiatría!).

Nathan postula que las terapias tradicionales son empresas: 1) racionales, 2) eficaces, -agregaríamos que en ocasiones lo son incluso más que las terapias occidentales- y, 3) susceptibles de investigación.

En etnopsiquiatría las investigaciones antropológicas concernientes a las etnias de los pacientes de quienes uno se ocupa constituyen una fuente de información tan preciada como los hallazgos clínicos propiamente dichos.

LOS PRECURSORES DE LA ETNOPSQUIATRÍA

La organización de un saber etnopsiquiátrico coherente no data de mucho tiempo atrás. Puede considerarse como fecha de partida el viaje de E. Kraepelin a Java en 1904, en el transcurso del cual estudió las neurosis locales, el amok y el Latah. Al regreso de su viaje a Indonesia, Kraepelin aseguraba que no había razones serias para admitir la existencia de formas por completo nuevas de locura. El objetivo de su viaje era, básicamente, comprobar la validez universal de su nosología; sin embargo,

admitió que las variaciones semiológicas se deben a la cultura. De esta forma, él es el primero en introducir el término de “psiquiatría comparativa”.

La antropología psicoanalítica nace con la obra de Freud: *tótem y tabú* (1914). Inspirándose en los textos etnográficos que Frazer y Tylor redactaron a partir de fuentes de información secundarias, Freud pone en el origen de su análisis la generalidad de las leyes matrimoniales que prohíben el incesto. El título original de esta obra: algunas concordancias entre la vida psíquica de los salvajes y la de los neuróticos, indica su orientación como la primera obra de etnopsicoanálisis, en tanto que aplica el método y la teoría psicoanalíticas para su estudio.

El totemismo se liga a la exogamia en la medida en que el tótem es el símbolo del padre que hay que proteger de dos maneras, respetando a la mujer del grupo en tanto que objeto sexual y respetando al animal totémico. El núcleo de toda vida social es la represión de las tendencias edípicas: la familia protegida por la exogamia favorece el desarrollo de clanes, tribus y naciones. Es muy conocida la famosa hipótesis de la horda primitiva mediante la cual Freud ilustra el desarrollo de la sociedad. Un padre celoso conserva a las mujeres para él y expulsa a los hijos. Los hermanos expulsados matan al padre y hacen un banquete totémico. Pero los remordimientos los sobrecogen y, así, las diversas instituciones sociales nacen de los procesos psíquicos que genera el remordimiento: el totemismo, que identifica al padre con el animal fálico, y la exogamia, que es una obediencia retrospectiva.

La pretensión de probar si las hipótesis de Freud respecto al complejo de Edipo tenían relevancia universal generó una serie de estudios, entre los que destacan los de Malinowski (*Sex & Repression in Savage Society*, 1927) y los de Géza Roheim, considerado por algunos como el verdadero fundador del etnopsicoanálisis (Devereux conoció sus trabajos). Al regresar de su trabajo de campo en Australia, Roheim constató que el psicoanálisis sólo brindaba instrumentos relativamente cómodos para establecer relaciones con los otros y no un filtro de interpretación sistemática.

Es fundamental señalar las investigaciones de G. Devereux (1908-1985), psicoanalista norteamericano de origen húngaro que fue invitado por R. Bastide y C. Lévi-Strauss para enseñar etnopsiquiatría en la sexta sección de la Escuela Práctica de Altos Estudios de París. Devereux es

considerado también uno de los fundadores del etnopsiconálisis, el cual propone una aproximación complementarista -de un lado lo psicológico y de otro lo sociocultural-. Para él, la etnopsiquiatría se ha construido a partir de un principio metodológico y no de un principio teórico, lo que constituye una de sus originalidades. El complementarismo, dice Devereux, no es una "teoría" sino una generalización metodológica. El complementarismo no excluye método ni teoría alguna que tenga validez, sino que los coordina.

Ya en el plano epistemológico, el principio de la complementariedad alcanza teorías que pertenecen a campos diferentes, de tal manera que la diferencia entre dos visiones del mismo objeto es la que informa al observador. Sobre este principio metodológico del complementarismo se ha construido primero la teoría y luego la práctica etnopsiquiátrica. Kleinman postula que la "realidad simbólica" modela la identidad personal según las normas sociales y culturales. De acuerdo con este punto de vista, los significantes simbólicos influyen los procesos psicológicos de base, a saber: la atención, el estado de conciencia, las emociones, la memoria y la motivación.

Si pretendemos hacer una etnopsiquiatría objetiva debemos desprendernos transitoriamente de nuestro cúmulo de conocimientos médico-psiquiátricos, para poder comprender a fondo las clasificaciones originales que los indígenas hacen de sus trastornos mentales, su etiología especial y la manera como ellos tratan y curan estos problemas. El investigador en etnopsiquiatría debe ser consciente de su bagaje cultural y profesional para ser capaz de trabajar con la mayor objetividad posible, es decir, debe reconocer la influencia que su subjetividad personal y cultural genera en él mismo y en su objeto de estudio. Con gran agudeza, Biéder preconiza incluso que es necesario hacer un esfuerzo por considerar a la propia cultura como exótica.

Finalmente, conviene recordar que en México se hablan 66 lenguas indígenas (INEGI 1992) y hay más de 100 variantes dialectales. No hay cifras precisas respecto al número de indígenas que habitan en el país -menos si consideramos las recientes matanzas de campesinos- pero se puede afirmar que constituyen un 10 por ciento de la población total. En el periódico *Le monde de débats* de julio/agosto de 1994, Hornero Aridjis escribió que el Frente Independiente de Pueblos Indios estima que de los 11 millones de individuos que componen las 56 etnias nacionales, 10 por ciento reside en el D.F., lo cual lo convierte en la localidad indígena

más importante del país. En la misma publicación Dauzier y Le Bot afirman que México es uno de los países de América Latina con mayor población indígena en números absolutos.

En México se ha desarrollado muy poco la investigación etnopsiquiátrica, a pesar de que desde hace varias décadas ya se han estado realizando estudios de este tipo en Norteamérica y Europa. Aún no hemos sabido apreciar en su totalidad la gran riqueza que para la etnopsiquiatria representa el haber vivido o sufrido el doloroso proceso de mestizaje cultural que ha dado lugar a nuestra nación actual. En Europa y en otras partes del mundo el mestizaje cultural representa un grave conflicto que con frecuencia desemboca en alteraciones de salud mental. En este sentido, aprovechar la experiencia mexicana sería una importante contribución a la etnopsiquiatria en general.

Es preciso romper con la inercia en cuanto a los estudios etnopsiquiátricos en México, pues corremos el riesgo de ir perdiendo parte de nuestra múltiple riqueza cultural. El conocimiento profundo de la cosmovisión y de los modos de comprender y tratar la enfermedad mental desde el punto de vista indígena nos permitirá enriquecer las alternativas de prevención y terapia en salud.





La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO,
CARLOS ROJAS MALPICA Y CARLOS E.
BERGANZA CHAMPAGNAC

EL POBLAMIENTO ORIGINAL DE AMÉRICA

El problema del *poblamiento* de América ha sido objeto de las más curiosas conjeturas. A la llegada de los españoles a América fue necesario decidir si los “indios” eran seres humanos y podían, por lo tanto, ser evangelizados. Fue el Papa Paulo III quien reconoció su condición humana por una bula dictada en 1537, a partir de la cual se comenzaron a formular diversas hipótesis sobre su procedencia. Se supuso que podrían descender de los Atlantes de los que hablaba Platón en la antigua Grecia, pero que también podrían ser descendientes de los fenicios, conocidos navegantes, y por último, que eran judíos, pues la Biblia refiere muy claramente que estos viajaban a la región de Ofir de donde traían ofrendas de oro al Rey Salomón. Se llegó incluso a afirmar que la palabra *indio* resultaba de cambiar la letra *u* por una *n* en *iudio*. Según Arias Montano, autor de esta hipótesis en el Siglo XVI, el nombre *Pirú* con que los Incas designaban parte de su territorio, no era otra cosa que la corrupción del nombre Ofir a través de los tiempos.

El paleontólogo argentino Florentino Ameghino (1854-1911) propuso en su Teoría Monogenista Autoctonista que el hombre americano era originario de las tierras que poblaba. El *homunculus patagonicus*



sería el protohumano del que derivan el *homo sapiens* y el *neanderthal* y todas las demás versiones del género humano. Para sostener su Teoría, Ameghino presentó unas “pruebas” que fueron total y absolutamente refutadas: Un fémur y un atlas resultaron ser de un mamífero carnívoro, y una bóveda craneal que creía del terciario correspondía a un aborigen de la época colombina. El antropólogo checo Ales Hrdlicka (1869 - 1943) postuló la Teoría Monogenista Asiática, según la cual, el origen del hombre americano se encuentra en la Mongolia, desde donde un grupo humano del nivel neolítico pasó a América, por un puente de hielo de la última glaciación, a través del Estrecho de Bering hace aproximadamente unos diez mil años. Esta Teoría fue refutada argumentando la heterogeneidad racial que presentaban los antiguos pobladores de América. El antropólogo francés Paul Rivet (1876-1958) propuso una Teoría Oceánica, con arreglo a la cual la población americana se llevó a cabo por cuatro oleadas migratorias denominadas australoide, melano-malayo-polinesia, mongoloide y uralina, de acuerdo a sus lugares de procedencia. Las vías de acceso fueron el estrecho de Bering y un puente antártico que permitió el paso desde Australia a través de Oceanía y de sus islas adyacentes, que en ese momento tenían mayores dimensiones, para arribar a América por la Tierra del Fuego. La hipótesis de Rivet se sustenta en argumentos antropológicos y lingüísticos que le dan bastante solidez. Más recientemente el antropólogo argentino Canals Frau ha propuesto que el proceso de poblamiento original de América se produjo en cuatro oleadas migratorias: la primera fue una invasión paleolítica que entró por el Estrecho de Bering y se extendió por América dando lugar a las Bajas Culturas; la segunda procedía también de la Mongolia a través de un grupo de canoeros mesolíticos que entró por las Islas Aleutianas y dio origen a las Culturas Medias; la tercera corriente migratoria, de nivel neolítico, procedía de la Melanesia y se aposentó en Centroamérica dando lugar a las Altas Culturas Maya y Azteca. Por último, una cuarta corriente de nivel neolítico procedente del sureste asiático tomó el camino de las islas situadas entre Australia y Sudamérica, incluyendo la Isla de Pascua, dando lugar a la Alta Cultura Incaica. El resultado fue la gran diversidad racial y antropológica del aborigen americano. Los rasgos mongoloides, de pómulos salientes y ojos oblicuos, están presentes a lo largo de todo el continente. Sin embargo, las tallas varían ampliamente, desde los altos patagones que llegan a alcanzar hasta 1.92 metros de estatura hasta los diminutos

changos del Perú cuya talla puede ser tan baja como 1.45 m. También hay variaciones en las características del cráneo y conformación de la nariz, así como en el color de la piel y los cabellos. Desde el punto de vista lingüístico la diversidad es aun mayor, lo que hace muy difícil la clasificación por familias lingüísticas.

Los restos paleolíticos localizados en las llanuras norteamericanas al este del Mississippi son rastros de una cultura nómada de cazadores, que no dejaron viviendas ni restos humanos, consisten en puntas de flechas talladas en piedra con una data de 10,000 a 15,000 años a. de C. En México se conoce como *cráneo de Tepexpan* un fósil de unos 9,000 años hallado al lado de algunos útiles de piedra de la misma data. Más recientemente se localizó en Tlapacoya un cráneo de 18,000 a 20,000 años de antigüedad. Según Pericot, es seguro que tribus nómadas se desplazaban por América hace 30,000 años, de lo que da muestra el *hombre de otavalo*. Se han encontrado restos de industrias paleolíticas en Venezuela (12,000 a 14,000 años a. de C.), costas de Chile y Ecuador (12.000 a 10.000 años a. de C.), Argentina (12.000 años a. de C.) y Patagonia (10.000 a 15.000 años a. de C.) El paso del paleolítico al neolítico es difícil de precisar, pero en ello desempeñó un papel fundamental la agricultura, pues facilitó el sedentarismo y el arraigamiento de algunas urbes primitivas que luego dieron paso a formas más evolucionadas de organización social. Las plantas de origen americano que facilitaron tal proceso histórico son de la mayor diversidad y uso: alimenticias, textiles, medicinales, tintorias, de cestería, etc. Entre ellas vale citar en primer lugar el maíz, alrededor del cual se articula una buena parte de la cultura alimenticia y cosmogónica de aztecas, mayas, caribes, chibchas, quechuas, etc, pero también están la patata, cacao, aguacate, algodón, ananá, calabaza, guayaba, quina, tomate, pimiento, mate, tabaco, coca, cacahuete, higo, caimito, judías, batata y la yuca. En éste momento, cabe ya preguntarse... ¿Cómo construían su subjetividad los primitivos pobladores de América? Para aproximarse a responder con Inaudy:

El aborígen prehispánico, de raíz inmutable, cargado de milenios, deslumbrado por los elementos cósmicos, cegado por los relámpagos cuya iluminación no comprendía, acosado por selvas profundas, ríos torrentosos, llanuras interminables y voces salvajes ignotas, interroga las cosas del entorno tratando de arrancarles su misterio. Hurgando sus valores estéticos y afincándose en el legado de sus antepasados, el indígena crea dioses que lo protegen, espíritus benignos, espíritus

maléficos que lo acechan, pone nombre a las estrellas, al relámpago a los vientos, nombra todas las cosas y su capacidad estética creadora la vuelca en mitos, leyendas, invocaciones mágicas, esculturas, cerámicas de elevado contenido estético, danzas, música y en arte rupestre.

El grabado de algunos petroglifos encontrados en territorio venezolano ofrece temas y composiciones diversas. Colocados en lugares de cierta altura, en medio de las llanuras, parecen espacios destinados a la observación del cielo, propicios para los rituales y estados de sobrecogimiento místico. Figuras de monos, que abundan en la zona y que en el Popol Vuh aparecen ejecutando actividades de flautistas, artesanos, etc, aquí parecen concitar emociones diversas. El mono es animal de diversiones, placeres y juegos, pero con los ojos hundidos puede evocar la imagen de una calavera. Otra piedra presenta unos gemelos y en otras más distantes se graban figuras de rostros humanos, espirales, círculos y serpientes que hacen entre todos intuir las posibilidades de una cosmogonía o representación peculiar del universo. Se nota aquí que los animales sirven para simbolizar diversos pensamientos y emociones del hombre primitivo venezolano.

Las Civilizaciones Arcaicas en México y Sudamérica comienzan a surgir alrededor del 1,200 a. de C. en Perú con la Civilización Chavín, donde encontramos trabajos de cerámica, cesterías y tejidos. En el 900 a. de C. ya se detecta la Civilización de Tlatilco (México), con logros en cerámica y agricultura; las excavaciones han logrado evidenciar ciudades de grandes templos y tumbas, con esculturas megalíticas y abundante cerámica en la Civilización Olmeca de México, correspondiente al año 500 a. de C.; mientras que en el Monte Alban, los zapotecas también hacían esculturas megalíticas 200 años a. de C., al mismo tiempo que la Civilización Chavín se extendía por todo el Perú, para tres siglos más tarde hacer cavernas y necrópolis, tejidos de lana y algodón, ajuares funerarios, etcétera.

LAS ALTAS CULTURAS PRECOLOMBINAS DE AMÉRICA

Para la época del descubrimiento ya existía un centro poblado en lo que hoy es Bogotá. Sus habitantes lo llamaban Muequetá y constituía el centro de la Cultura Chibcha. Los chibchas fueron buenos agricultores, se dedicaban al cultivo del maíz, la papa o patata, coca, tabaco, y aunque fueron grandes comerciantes, no admitían la propiedad privada de la tie-

rra. Desarrollaron técnicas de tejido de mantas, pero su arquitectura fue rústica y provisional, aunque dejaron esculturas megalíticas de figuras humanas. Fueron también grandes orfebres, pues obtenían mucho oro en las arenas de sus ríos que utilizaban para hacer idolillos, pectorales y diversas figuras ornamentales y religiosas, que aún se conservan en el Museo del Oro de Bogotá. Adoraban al Dios Sol y la Diosa Luna (Chía), a los que rendían sacrificios humanos. En sus mitos de creación, las mujeres procedían de tallos de hierbas, mientras que los hombres originales fueron hechos con figuritas de barro.

La Cultura Incaica se desarrolló en la costa pacífica de Sudamérica, a partir del año 1,400 después de C., desde lo que hoy es el norte de Chile, poblado entonces por los araucanos, hasta Ecuador y el sur de Colombia (Quito y Pasto). Su centro político fue en El Cuzco, ubicado en una alta meseta del Perú. El Imperio Inca se conocía con el nombre de Tehuantisuyu. Hubo tres culturas que precedieron la Cultura Inca: la de Tihuanaco, localizada en las costas del Lago Titicaca, la Cultura Chimú y la de Nazca, y todas ellas crecieron a partir del Siglo III después de C. El fundamento económico de la Cultura Incaica fue la agricultura, predominando la papa o patata en las altas mesetas y el maíz en las regiones costeras. El mismo Inca gobernante iniciaba las ceremonias de siembra y nadie quedaba excluido de la obligación agrícola. Los incas fueron los únicos aborígenes americanos criadores de animales domésticos de carga, como la llama y la alpaca, además de pavos y perros, sobresalieron en la orfebrería y llegaron a elaborar piezas de bronce. La arquitectura y la escultura alcanzaron amplio desarrollo ya desde las culturas de Tihuanaco y aunque no llegaron a elaborar un sistema de escritura, tenían un sistema mnemotécnico a base de cuerdas anudadas. Usaron la flauta, las trompetas y los sonajeros naturales para una expresión musical rica y variada. El mestizo Inca Garcilaso de la Vega dejó escrito en sus *Comentarios Reales* las tradiciones, historias y costumbres de sus antepasados. El Inca gobernante se consideraba un descendiente directo del Dios Sol o Inti y pertenecía a la casta de los incas a los que estaban reservadas las funciones de gobierno, se casaba con su hermana mayor y su descendiente le sucedía en el trono. El Clan Cóndor era el segundo en importancia, pues le correspondían funciones militares, seguidamente venían otros clanes de menor importancia y jerarquía social, hasta llegar a los estamentos más inferiores de los países

y pueblos conquistados. La casta de los *curacas* y *mitimaes* se ocupaba de funciones de gobierno y burocracia en las regiones más distantes, eran educados en Cuzco donde aprendían a hablar quechua, que se convirtió en la lengua dominante del Imperio de los Incas. Cada clan tenía su tótem, y el del clan Inca era el halcón, el sol y el arco iris. El Dios Supremo de los Incas era El Sol, denominado Inti o Puncham, al cual se le representaba como una figura humana de cuya cabeza salían rayos solares, con serpientes enrolladas en los brazos y pieles de puma cubriéndoles los hombros. Su hermana y esposa era Manacullia o Madre Luna. Las momias de los Incas con sus máscaras de oro, y las de sus esposas, eran veneradas en El Templo del Sol en El Cuzco. Otros cultos y rituales se rendían a la Madre Tierra o Pachacamac, y al trueno, relámpago, rayo o Illapa, a los que no dieron representación en imágenes pero que también se veneraban en el Templo del Sol. Los sacrificios de animales, y raras veces humanos, eran parte fundamental de los ritos religiosos, realizando varias festividades en las que se tomaba chicha, se cantaba y se danzaba en medio de prolongadas oraciones. La religión permeaba a todas las concepciones incaicas referentes a la vida, la enfermedad y la muerte.

Otras culturas precolombinas sudamericanas de menor grado de desarrollo, a las que no se otorga el estatuto de *Altas Culturas*, son menos conocidas, llegaron a ocupar grandes territorios y sus huellas socio-culturales y lingüísticas se perciben aún en el castellano de América. Los Caribes y Arahucos ocuparon la región norte costera de América del Sur, los Tupinambá o Tupiguaraní, el nordeste y la costa atlántica de lo que hoy es Brasil, mientras los Araucanos se asentaron en las costas chilenas a orillas del pacífico. Los caribes dominaron por completo el Mar de los Caribes, como lo denominaron posteriormente los españoles. Fueron nómadas, guerreros y navegantes, su industria no pasó de niveles rudimentarios en la cerámica y la cestería, pues sus actividades principales fueron la caza, la pesca y en menor grado la agricultura del maíz y de la yuca. A propósito de los aborígenes de las Islas de Cuba y La Española, Bartolomé de las Casas refiere que Colon dijo: *esta gente es muy mansa y muy temerosa; desnuda, como dicho tengo, sin armas y sin ley*, temían a los caribes a quienes describían como sanguinarios y caníbales. Sin embargo, la manera como el Almirante describe a los habitantes guaiqueríos de las costas de lo que hoy es Venezuela, pero que en su momento (1497) llamó Tierra de Gracia, es la siguiente:

... Esta gente, como ya dixe, son todos de muy linda estatura, altos de cuerpo e de muy lindos gestos, los cabellos muy largos e llanos y traen las cabeças atadas con unos pañuelos labrados, como ya dixe, hermosos, que parecen de lexos de seda y almaizares.

... y allí en la tierra de Gracia hallé temperancia suavísima, y las tierras y árboles muy verdes y tan hermosos como en Abril en las huertas de Valencia, y la gente de allí de muy linda estatura y blancas mas que otros que aya visto en las Indias, e los cabellos largos e llanos, e gente mas astuta e de mayor ingenio, e no cobardes...

La historia contada por los denominados cronistas de indias no es la misma que hoy ponen al descubierto los antropólogos y paleontólogos con su ciencia. Félix de Azara, en sus Viajes por la América Meridional, escribe sus impresiones sobre diversas naciones aborígenes de América del Sur. De los Charrúas dice que:

su talla media me parece pasar de una pulgada sobre los españoles... tienen la cabeza levantada y la fisonomía abiertas, signos de su orgullo y aun de su ferocidad... nunca se cortan los cabellos... no lavan nunca sus vestidos, ni sus manos ni su cara... yo creo que nunca han cultivado la tierra... no conocen bailes ni canciones... no adoran ninguna divinidad ni tienen ninguna religión... desde que el hombre se casa forma una familia aparte... la poligamia es permitida... el adulterio no tiene otra consecuencia que algunos puñetazos en la parte ofendida... no he advertido que estuvieran sujetos al mal venéreo ni a ninguna enfermedad particular, y su vida me parece más larga que la nuestra. A los Guaraníes los describe como carnosos y feos, su talla media me parece dos pulgadas menos que la española, por tanto, bastante inferior a otros pueblos... las partes sexuales de los hombres no son nunca más que de un tamaño mediocre... ignoran los celos; nada lo prueba mejor que la franqueza y el placer con que entregaron sus hijas y sus mujeres a los conquistadores. De los Tupys afirma que han vivido rodeados por los guaraníes, que eran de vida errante, antropófagos, se bañan dos y tres veces al día, conocen la agricultura y... me dijeron que no hablaban y que ladraban lo mismo que los perros.

Las Altas Culturas de América Central fueron sin duda la Azteca y la Maya. La Cultura Azteca se ubicó hacia el norte, en buena parte del territorio que hoy es ocupado por México. Sin embargo, los aztecas,

nahuatl o mexica, a los que se tiene por representación simbólica de México, sólo llegan a este territorio en el Siglo XIV, pues muchos siglos antes que ellos estuvieron allí los toltecas, olmecas y chichimecas. El denominado Imperio Azteca cubría tres grandes ciudades o centros de poder: Tenochtitlán, Texcoco y Tlacopán. Esa cultura urbana, caracterizada por grandes edificaciones civiles y religiosas, dio lugar a una estructura político-religiosa donde el Tlacatecuhtli es el jefe que designa las autoridades militares y religiosas del Imperio. Es ese el cargo que ostentaba Moctezuma a la llegada de Hernán Cortés. La economía mexicana se basaba en el maíz y todos los hombres, con la excepción de los altos funcionarios religiosos y militares, debían participar en la faena agrícola. Una gran cosmovisión permeaba todas las actividades del imperio, hasta el punto que no es posible separar ningún acontecimiento natural, climatológico, social, guerrero, enfermedad, agrícola, etc, de la percepción religiosa desde la cual se comprendía la vida. Las celebraciones y fiestas religiosas eran constantes, y el ritual más importante eran los sacrificios humanos, con la extracción del corazón del elegido y de sus doncellas. Los aztecas temían la extinción del Dios Sol y para evitarlo ofrecían sacrificios humanos al astro anémico. Algunas veces se comían los restos de las víctimas. Se dice que para la consagración del Gran Templo de Huitzilopochtli se sacrificaron setenta mil personas. Pero al mismo tiempo los aztecas desarrollaron un calendario muy preciso, una música religiosa de variadas y ricas resonancias, así como un sistema rudimentario de escritura que todavía no termina de revelar sus secretos significados y que quedó recogido en los *códices aztecas*.

La Cultura Maya es menos conocida que la azteca, aunque sus logros son igualmente impresionantes. Ocupaban una faja de terreno extendida entre el atlántico y el pacífico en Centroamérica, que cubre el sur de México, toda Guatemala, Honduras y parte de El Salvador. El Palacio del Gobernador en Uxmal, representa la versión más hermosa y mejor acabada de la arquitectura autóctona centroamericana. Los Mayas son también parte de la Cultura del Maíz, que era su actividad agrícola más importante, aunque también cultivaron el cacao y prepararon chocolate, que tanta aprobación recibió luego en Europa y todo el mundo. Su sistema de escritura y el calendario fue todavía más avanzado que el de los aztecas. La religión guarda muchas semejanzas con la azteca, aunque los sacrificios humanos fueron mucho menos numerosos y frecuentes, a

menudo sustituyéndose por sacrificios de animales. Practicaban juegos de pelota con matices religiosos, que concluían con la extenuación de los jugadores. El Popol Vuh cuenta las historias, los mitos de origen, las costumbres y creencias del pueblo Maya, mientras que El Libro de Chilam Balam posiblemente corresponda a una compilación postcolombina de las tradiciones mayas.

LAS FUENTES

Hay que precisar que la mayor parte de las fuentes históricas que se refieren a la época prehispánica fueron redactadas por los conquistadores. Baste recordar que el obispo F. Juan de Zumárraga ordenó que se quemaran todas las pruebas escritas existentes en Texcoco concernientes a las culturas mexicanas.

Existen, sin embargo, algunos bellos documentos escritos por indígenas. El mejor ejemplo es el de Martín de la Cruz y su *Libellus de medicinalibus indorum herbis*.

Uno de los primeros textos importantes de la época colonial escrito en lengua náhuatl y que permite apreciar el proceso de aculturación es el de la autoría del franciscano Fray Andrés de Olmos, que llegó a México en 1528. Olmos trabajó con los indígenas de varias regiones y se volvió multilingüe. Escribió un *Tratado de hechicerías y sortilegios* documento que permite conocer los métodos que se utilizaban para evangelizar en la América del siglo XVI.

El “bachiller” Hernando Ruiz de Alarcón escribió una obra fundamental para comprender el proceso de aculturación y de contraaculturación durante la época colonial. Su trabajo permitió que el obispo J. De la Serna publicara su “*Manual de ministros de Indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpación de ellas*”.

Otra figura fundamental tanto para la historia como para la etnología es el visionario Fray Bernardino de Sahagún conocido como el primer etnólogo del mundo que Baudot (1980) llama “el fundador de la antropología moderna”.

Cabe mencionar a un conocedor del proceso de aculturación colonial y pionero de la antropología médica: Gonzalo Aguirre Beltrán cuyo libro “*Medicina y magia*” es fundamental para comprender la interpenetración de las culturas.

LA COSMOVISIÓN DE LOS NAHUAS

Cada grupo humano desarrolla una cosmovisión particular que contribuye a forjar la identidad cultural que Raveau define como

... la conciencia vivida de pertenencia colectiva en relación con un pasado histórico o mítico y que puede ser proyectado en un devenir común posible o utópico que se expresa a través de indicadores de participación (territorial, biogenético, lingüísticos, económicos, religiosos, culturales y políticos).

En el pensamiento nahua la estructura del cosmos estaba sostenida por dos conceptos de base: la lucha dialéctica constante por encontrar el orden ideal y el orden del mundo actual.

La cosmovisión *nahua* reposa en una oposición dual de los contrarios. Ésta segmenta al cosmos para explicar su diversidad, su orden y su movimiento: cielo y tierra, calor y frío, luz y oscuridad, hombre y mujer, fuerza y debilidad, alto y bajo, lluvia y sequedad; todos concebidos como pares polares y complementarios.

La religión, presencia opresiva y poderosa, también obedecía a este dualismo.

El eclecticismo religioso de los nahuas los conducía a reunir al más grande número de divinidades originarias de todas partes del imperio. Soustelle señala como se yuxtaponían dos ideologías, la de los pueblos nómadas cazadores, adeptos al culto estelar y la de los sedentarios cultivadores adeptos al dios de la lluvia.

Los *Nahuas* eran el pueblo del sol, su panteón estaba dominado por el dios supremo, *Huitzilopochtli*, que personificaba al sol en su cénit. *Tezcatlipoca*, casi lo igualaba en importancia, era el dios mago multiforme que todo lo veía en su espejo de obsidiana. Este dios encarnaba la destrucción, el castigo y la brujería y era capaz de enviar castigos como las epidemias y la locura.

La vida y la muerte eran dos aspectos de una misma realidad. La muerte no interrumpía el ciclo de la vida porque la inmortalidad seguía automáticamente al fin de la existencia terrestre.

Para ellos todo dependía del signo bajo el cual habían nacido. El destino pesaba fuertemente sobre la existencia. Al nacer cada uno se encontraba inserto en un ritmo determinado. El signo que les tocaba dominaba hasta el día de su muerte. La vida estaba regulada por el libro

sagrado de los presagios, el *tonalamatl*. Sahagún señala por ejemplo, que aquel que nacía bajo el signo *Ome-tochtli* (dos-conejo) sería un borracho; el signo *ce-ehécatl* era favorable a los hechiceros llamados *temacpalitotique* o *tepupuxaquanique*.

La sociedad mexicana consideraba que la idea del individuo contaba muy poco con respecto al bien de la comunidad entera.

Las buenas maneras eran fundamentales y eran objeto de toda una literatura didáctica, los preceptos de los ancianos o *huehuetlatolli*.

LA MEDICINA NAHUA PREHISPÁNICA

A) Los Conceptos de Salud y Enfermedad

La medicina, los médicos y los medicamentos entre los nahuas estaban dedicados al hombre en su totalidad y siempre tomando en cuenta el contexto sociocultural.

Se ignoraban las fragmentaciones del individuo tan apreciadas por la sociedad actual. No concebían el cuerpo en oposición al espíritu, ni al individuo contra la sociedad. El cosmos y el hombre constituían un todo.

Para Soustelle, las nociones y las practicas relativas a la enfermedad y a la medicina eran una: mezcla inextricable de religión, de magia y de ciencia; de religión, porque ciertas divinidades enviaban enfermedades o curaban de ellas; de magia porque frecuentemente se atribuía la enfermedad a la magia negra de algún hechicero y mediante alguna acción mágica se buscaba curar; en fin, de ciencia, porque el conocimiento de las propiedades de las plantas o de los minerales, el uso de la sangría y de los baños dan a la medicina azteca, en ciertos casos, una fisonomía curiosamente moderna.

Los nahuas de la época prehispánica hacían una distinción entre las “buenas enfermedades” infligidas por los dioses y las “malas enfermedades” causadas por la magia negra. Estos males podían ser tan graves unos como los otros pues no se diferenciaban por su intensidad o su pronóstico sino por su etiología.

Cuando los nahuas o sus médicos los *titici*, hablaban de enfermedades, no hacían referencia a problemas de tipo estructural tales como las alteraciones o la falta de algún órgano sino que se referían a cambios dinámicos ocurridos en el organismo.

La persistencia de la salud se derivaba tanto de las fuerzas en juego en el cosmos como del mantenimiento de sus propios límites contra

las fuerzas de los demás. El equilibrio era la salud y su ruptura la enfermedad.

La unidad dialéctica fundamental consistía en la polaridad frío-calor y en el registro de sus cambios. Todo se clasificaba según su calor o su frío. El hombre participaba de esas dos propiedades. Algunos órganos eran más calientes que otros. Esta división dual respecto a la integridad corporal del hombre, de la enfermedad, de los alimentos y de los medicamentos aún se proyecta hasta nuestros días.

De tal forma que los medicamentos poseían sus propiedades térmicas y eran utilizados en función de las características de las enfermedades siguiendo esta polaridad fundamental.

B) El Concepto de Medicina

La medicina del hombre prehispánico no se limitaba a corregir lo que el médico detectaba y diagnosticaba sino también lo que el paciente decía que sentía o le hacía sufrir.

Los medicamentos no actuaban “per se”, eran entidades dotadas de voluntad y de características propias que definían sus efectos particulares. Los medicamentos eran seres completos, con un significado espiritual jerarquizado según sus efectos.

C) La Función Social de la Medicina

Con frecuencia, las enfermedades se atribuían a la transgresión de principios. Por ello era primordial curar las enfermedades porque ellas perjudicaban no solamente al enfermo en sí sino a la sociedad entera. Somolinos escribe: en resumen, el enfermo no debe ser curado debido a lo que la enfermedad le produce sino al perjuicio social que ello conlleva para el buen funcionamiento de la comunidad.

Aguirre Beltran (1966) explica la función de la medicina prehispánica diciendo que ella actuaba como un agente regulador del control social del grupo.

D) El Cuerpo Humano

Para los nahuas el nombre más usual para el cuerpo humano era el de *tonacayo*: “nuestra carne en su conjunto”. El lado izquierdo del cuerpo tenía valores positivos porque era el lado del corazón y también el que ocupaban aquellos más cercanos a la autoridad. Los huesos eran consi-

derados como depósitos de las fuerzas vitales del individuo. Tal vez por esta razón, el fémur del sacrificado se conservaba y se le llamaba “dios cautivo” *maltéutl*.

Los nahuas creían que las fuerzas sobrenaturales podían entrar en el organismo por medio de las articulaciones para alojarse en los huesos. El ombligo era el punto de distribución de los conductos del cuerpo. Era la vía de acceso para los medicamentos que así entraban en el organismo y vencían la fatiga física. El ombligo era el punto central del cuerpo, un punto tan importante como el centro de la tierra y el eje cósmico lo eran para el universo.

Los cabellos revestían características mágicas debido a su contigüidad con la parte superior de la cabeza que era el lugar bañado por el tonalli, una de las entidades vitales o almas.

La cabeza era la región de la comunicación, de las relaciones con la sociedad y con el cosmos. Allí se alojaba la capacidad de razonamiento. La palabra *tzontecómatl*: “la cabeza en su totalidad”, era sinónimo de *ilhuicatl*, “el cielo”.

A los locos, se le llamaba: *cuatlahuelíloc* o *yollotlahuelíloc*. Los dos términos se refieren a la disminución de las funciones orgánicas. *Cuatlahuelíloc* implica la parte superior de la cabeza, *cuaitl*, y *yollotlahuelíloc*, también habla de una deterioración pero se refiere a otro centro del razonamiento, el corazón. En efecto, el corazón era un centro vital, el órgano de la conciencia.

La epilepsia era considerada como una forma grave de debilidad del corazón. Esa enfermedad se llamaba: *yolpapatzmiquiliztli* que significa debilidad a causa de una fuerte opresión en el corazón.

Otro tipo de debilidad de la conciencia que conducía a la locura se explicaba como una opresión en el pecho causada por los *alahuac*, término que se traduce por flemas aunque para ser más precisos hay que decir que eran sustancias líquidas, viscosas y resbalosas que estaban en estrecha relación con los colores y con los cuatro puntos cardinales. Tales sustancias podían ser introducidas en el organismo mediante el rayo y las fiebres. Los *alahuac* son los productos más mencionados en patología. Muchas alteraciones del organismo se debían a su exceso. Los medicamentos que favorezaban su evacuación se utilizaban para tratar la locura.

En las pantorrillas se alojaba una fuerza vital que podía ser robada por brujos cuando se las “comían” a distancia. Bastaba que los hechiceros

mirasen a la víctima para echarles el maleficio que los conduciría a la muerte.

Otro producto intimamente ligado a a los estados emocionales, era la saliva. El dios encargado de frenar la cólera era: *Teoiztlaclapanqui*, “aquel que limpia la saliva de los dioses”. La saliva tenía relación con el veneno y de una manera metafórica, con las mentiras.

Algunas verrugas, las *tzotzocatl*, eran el signo del carácter mezquino del individuo. La etimología de su nombre las designa como suciedad, como si un rasgo antisocial de la personalidad produjera tal suciedad.

E) Las Almas

El concepto occidental del alma, se encuentra muy alejado del pensamiento nahua. López Austin a partir de documentos escritos en náhuatl, (Bernardino de Sahagún y el diccionario de Molina) encontró que los nahuas creían en varios tipos de entidades vitales.

A pesar de la deformación que puede existir al interpretar las fuentes López Austin define los centros anímicos como la parte del organismo humano en donde se encuentra una concentración de fuerzas y de sustancias vitales. Asimismo, describe 12 grupos de centros anímicos:

- 1- Yol, Yollo: corazón.
- 2- El: hígado.
- 3- Tonal: irradiación contenida en el cuerpo.
- 4- A: fontanela.
- 5- Cua: parte superior de la cabeza.
- 6- Tzon: cabello.
- 7- Ihio: aliento.
- 8- Ix: ojo o rostro.
- 9- Nacaz: oreja.
- 10- Xic: ombligo.
- 11- Cuitla: excremento.
- 12- Tlail: excremento.

Sólo abordaremos tres centros anímicos dado el interés que representan para definir las entidades anímicas que allí se alojaban.

Yol o Yollo

Se puede concebir la importancia dada al corazón no solamente por la cantidad extraordinaria de veces que se le menciona, sino también

porque tiene que ver con la vitalidad, el conocimiento, los impulsos y los afectos. A éste órgano pertenece la memoria, los hábitos, los gustos, la voluntad y el control de las acciones y de las emociones. Aunque no es el órgano unitario de la conciencia.

Al corazón se le concebía como un órgano susceptible de ser modificado por el bien o por el mal. Los pecados producían que el corazón “se torciera” lo cual a su vez provocaba las enfermedades más temidas, como la locura y la mala conducta que estaban indisolublemente ligadas.

Cuando el corazón se dañaba se producía amnesia, “falta de genio”, fatiga, cólera, inconsciencia, alienación y la transgresión de las normas sociales.

Elli

Sus atributos se concentran en el área de la vitalidad y del afecto. De allí brota la energía necesaria para transformar a un individuo en valeroso y atrevido. En su estado normal, el *elli*, originaba la alegría y la tranquilidad. El término: *cemelli*, “alegría, placer”, describía la unificación, la coordinación de los sentimientos y de las pasiones, la eliminación de la lucha interna entre las diferentes fuerzas afectivas que conducen a los conflictos intraindividuales y a la angustia.

Si las fuerzas del *elli* se dirigían hacia personas o hacia objetos, se provocaba la apetencia que se expresa bajo la forma del amor, del deseo o de la envidia. Aquel que tenía el *elli*, duro o en abundancia se consideraba de espíritu lúcido por el contrario su disminución conllevaba la pereza. Los pecados ensuciaban el *elli* y el odio llevaba al ser humano a una mala vida y a la locura.

El Grupo *Tonal*

Este grupo estaba en relación con el valor. Estos tres grupos conservaban estrechas relaciones. Los nahuas creían que el corazón se calentaba cuando uno se enojaba, que el hígado se endurecía cuando uno se esmeraba y que la alegría se presentaba gracias a la cabeza.

LAS ENTIDADES VITALES

Las funciones vitales más importantes estaban dadas por tres entidades anímicas: el *tonalli*, el *ihiyotl* y el *teyolia*. Este último sobrepasaba a los otros en importancia y en funciones.

El Tonalli

El sustantivo *tonall*, se deriva del verbo *tona*, “irradiar”, y significa lo siguiente: irradiación, calor solar, verano, día, el signo del día, el destino de la persona dado por la fecha de nacimiento y alma o espíritu.

El sol era el portador del *Tonalli* por excelencia y a él se dirigían los médicos para pedirle que curara a alguien.

Se consideraba que el *tonalli* era el “genio”, la buena fortuna, la “estrella”, en el sentido de suerte predeterminada. La salida del *tonalli* que causaba la enfermedad y la muerte podía ser causada por ciertos actos físicos violentos, como el cortar los cabellos de la fontanela o una impresión de miedo súbita.

La forma más frecuente era la que A. de Molina llama *tetonalcabualiztli* que significa literalmente el abandono del *tonalli* pero él le da el sentido de susto o de miedo mágico.

El Teyolia

El *teyolia* era la entidad vital que iba al mundo de los muertos. En la colonia, de manera equivocada, al *teyolia* se le identificó como el alma o *anima* en español.

Las funciones del *teyolia* eran aquellas ya atribuidas al corazón asiento de tal entidad anímica. Tanto el corazón como el *teyolia* podían dañarse por una conducta inmoral, por las enfermedades debidas a la posesión por los seres acuáticos, por las enfermedades que “cubrían o apretaban” el corazón y por los daños causados por los brujos, llamados *teyollocuanime*, quienes mediante la magia devoraban o apretaban el corazón de las víctimas.

El Ihiyotl

Esta entidad anímica es más difícil de identificar. En un texto del códice de Florencia se describe como el aliento insuflado por Citlaticue, Citlallatonac y los *Ilhuicac chaneque* a los niños ofrecidos al agua cuando nacieron.

Las funciones del *ihiyotl* corresponden a aquellas descritas para el hígado como asiento de las pasiones, de los sentimientos, del vigor y de la vida. La cólera y el odio se localizan en el hígado y en la hiel. De allí surgen el deseo y la envidia.

Las tres entidades anímicas debían operar en armonía para permitir a un individuo estar sano, ser moral y de espíritu equilibrado. Si una de ellas se alteraba, las otras dos también se afectaban.

F) Los Médicos

El médico *nahua* o *ticitl* incluía una dimensión ética especial pues tenía la capacidad de curar y de efectuar acciones benéficas para sus pacientes pero también podía enviar enfermedades a aquellos que habían ofendido a los dioses, transgredido prohibiciones o que tenían malas relaciones personales con el *ticitl* o con el grupo social.

B. Sahagún describe al médico de la manera siguiente:

... El buen médico es aquel que hace diagnósticos, es experimentado, conoce las yerbas, las piedras, los árboles, las raíces. Posee observación y prudencia. Es moderado en sus indicaciones...

Había diferentes tipos de médicos, sólo mencionaremos algunos:

a) Los sacerdotes que se especializaban en las enfermedades enviadas por el dios al cual servían, por ejemplo los de *Tezcatlipoca* atendían las epidemias y tal vez también la locura.

b) Los *Tonalpouhque* o *Tonalpouhqui*, adivinos de los destinos que funcionaban a la manera que lo haría un psicoanalista de hoy en día.

c) Otros médicos ilustres eran los *temiquiximati*, *temicnamictiani*, “aquel que conoce los sueños, el intérprete de los sueños.

d) Los brujos llamados *tlacatecolotl* u “hombres- búho”.

e) Los *titici*, quizás eran los más numerosos y eran quienes aplicaban los conocimientos empíricos.

G) La Etiología de las Enfermedades

Las enfermedades no sólo tenían causas naturales donde entraba en juego la dualidad frío-calor. También era importante considerar las ofensas a los dioses, la hechicería, los malos vientos y las malas conductas incluidas las de tipo sexual.

Otro factor importante eran las fechas de nacimiento.

Viesca divide las enfermedades en aquellas provocadas por la introducción mágica de un cuerpo extraño y las debidas a la pérdida o a la disminución de una de las entidades anímicas.

Cabe señalar que para los antiguos nahuas los estados de espíritu eran estados físicos. No había dicotomía.

Muchos procesos psicopatológicos se explicaban mediante la posesión. Los agentes nocivos más mencionados eran los *mocihuaquetzque* o *cihuapipiltin*, dioses menores de la lluvia y otros seres sobrenaturales. Quienes recibían un rayo enfermaban de una especie de locura ligada a la mala conducta. Al loco furioso se le llamaba *aacquiau*, “aquel que sufre de intrusión”.

Los efectos de la borrachera y de la ingestión de drogas se explicaban mediante la posesión por seres sobrenaturales que habitan en el pulque o en los productos psicotropos.

Entre las enfermedades mentales que menciona Martín De la Cruz en su *Libellus de medicinalibus indorum herbis (Codex Badiano)*, se encuentran las siguientes: la melancolía, la epilepsia, la oligofrenia y la “*micropsiquia*”.

H) El Diagnóstico

La causa del mal se diagnosticaba mediante la adivinación. Para ellos había diversas técnicas tales como lanzar unas pequeñas cuerdas, medir el antebrazo izquierdo, arrojar granos de maíz y de copal en un recipiente de agua o incluso la utilización del tabaco y/o del peyote.

I) Los Tratamientos

Podemos decir que había tres tipos de tratamiento: religioso, mágico y empírico.

Al mismo tiempo que las invocaciones y los gestos mágicos, los médicos mexicanos sabían usar una terapéutica basada en el conocimiento del cuerpo humano y de las propiedades de las plantas y de los minerales. Reducían fracturas y colocaban férulas en los miembros fracturados.

... si se compara su medicina con aquella que imperaba en la Europa occidental en la misma época, uno se puede preguntar si la de los aztecas no era más científica.

El médico de Felipe II, Francisco Hernández, mencionaba alrededor de 1200 plantas que los *nahuas* utilizaban y describió, en total cerca de 3000. El codex De La Cruz-Badiano menciona 272 variedades de



plantas y Sahagún en su Historia General de las cosas de la Nueva España cita casi 120 plantas diferentes.

J) La Psicoterapia

Los nahuas utilizaban muchas medidas psicológicas para aliviar las angustias y tratar los trastornos mentales. La palabra y la personalidad del médico eran fundamentales.

Parres y Wasserman (citado por Pérez-Rincón) mencionan que los *tlamatini* (médicos aztecas) eran en realidad psiquiatras que utilizaban una verdadera psicoterapia.

Sirva pues este trabajo para destacar el notable grado de avance cultural de las culturas precolombinas de América. Cabe señalar que las antiguas cosmovisiones aquí descritas han resistido el paso de los siglos y bajo el manto de diferentes procesos aculturativos mantienen una vigencia sorprendente que repercute en la comprensión y en el manejo de los procesos de la salud y de la enfermedad.







Aproximación etnopsiquiátrica a la medicina nahua

*Dígnate venir, noble estimado Siete
Serpiente. Dignaos venir, los de cinco destinos, los de un solo palio.
También vayamos a ver ahora la burla de ellos, la angustia de él.
¿Acaso hasta mañana?, ¿acaso hasta pasado mañana? Luego, ahora.
Yo mismo, soy Cipac, soy
Tonal, yo soy el anciano. Ya miraré en mi libro, en mi espejo, si le sirve
la venerable medicina o si se agravará.*

Hernando Ruiz de Alarcón. "Conjunto para saber si sanará el enfermo", en A. López Austin. Textos de medicina náhuatl. México: UNAM, 1993.

EL CONCEPTO DE SALUD Y DE ENFERMEDAD

Para los antiguos nahuas, la medicina, los medicamentos y los médicos estaban consagrados al hombre en su totalidad y jamás fuera de su contexto sociocultural. Ellos ignoraban las fragmentaciones y dicotomías cuerpo/espíritu tan caras a nuestra sociedad actual. El hombre y el cosmos constituían un todo y, en consecuencia, se le brindaba una atención holística.

Gracias a la antropología médica podemos comprender que la manera de afrontar una enfermedad tiene tanto que ver con ella como con las respuestas culturalmente aceptadas. Estas respuestas están en función del sentido que las enfermedades tengan para cada grupo.

Sólo partiendo de un buen entendimiento de la cosmovisión nahua nos será posible comprender sus conceptos médicos.

Para Soustelle (1955) la enfermedad y la medicina entre los nahuas se presenta como "una mezcla inextricable de religión, de magia, de ciencia...".

Cuando los nahuas o sus médicos, los *titici*, hablaban de enfermedad, no hacían referencia a ningún problema de tipo estructural, todo era resultado de cambios dinámicos que le ocurrían al organismo. Hoy diríamos cambios funcionales.



La persistencia de la salud y de la individualidad se derivaba tanto de las fuerzas en juego en el cosmos como del mantenimiento de sus propios límites contra la invasión de fuerzas extrañas.

La medicina tenía una importante función social. Con frecuencia las enfermedades eran atribuidas a la trasgresión de principios, por ello era primordial sanar al enfermo puesto que el padecimiento podía perjudicar no sólo a éste en sí, sino a toda la sociedad. Aguirre Beltrán (1966) piensa que la medicina precortesiana actuaba como un agente regulador del control social del grupo. Los médicos estaban encargados de la cohesión del grupo y de la obediencia de sus miembros a las normas de conducta tradicionales.

Por su parte, Somolinos D'Ardois (1978) afirma: "En resumen, el enfermo no debe curarse por lo que su enfermedad le produce a sí mismo, sino por el perjuicio social que acarrea al buen funcionamiento de toda la comunidad".

EL CUERPO HUMANO

Sólo mencionaré algunos conceptos que los nahuas tenían del cuerpo humano. El nombre más usual para designar al cuerpo, considerándolo en su totalidad, era el de tonacayo: "nuestra carne en su conjunto".

El lado izquierdo del cuerpo tenía valores positivos dado que era el lado del corazón y también el que ocupaban aquellos individuos cercanos a la autoridad. La cabeza era la región de la comunicación, de las relaciones con el cosmos y la sociedad. Ahí se alojaba la capacidad de razonamiento. El ombligo era el punto de distribución de los conductos del cuerpo. Era la vía de acceso para los medicamentos.

A las gentes que estaban locas les llamaban *cuatlahueliloc* o *yollotlahueliloc*. Ambos términos hacían referencia a la disminución de las funciones orgánicas. El primero implica la parte superior de la cabeza, y el segundo se refiere a otro centro del razonamiento: el corazón.

El corazón era una entidad anímica y un órgano de la conciencia. Al respecto, Bernardino de Sahagún (1975) escribió: "El ser humano siente en su corazón, en su corazón se desatina [...], el desmayo es un adormecimiento del corazón".

Para comprender mejor la importancia que daban al corazón baste señalar la epilepsia, la cual era considerada como una forma grave de debilitamiento del corazón. El nombre en náhuatl de tal enfermedad

era *yolpapatzmiquiliztl*, cuya traducción: “gran dolor del corazón”, o debilitamiento ocasionado por una fuerte opresión del corazón, explica muy bien lo que consideraban como causa.

Algunos productos corporales estaban íntimamente vinculados a las emociones, sólo citaré algunos como ejemplo. La cólera estaba ligada a la saliva. El dios encargado de frenarla era *Teoiztlaclapanqui*, aquel que limpia la saliva de los dioses. Ciertas verrugas, las *tzotzocatl*, eran el signo del carácter mezquino de los individuos.

*In ticitl, tepatiani, tlapatiani, tlapaleuiani...**

* El médico aquel que cura las gentes, aquel que restaura, aquel que procura la salud...

LOS MÉDICOS

Su personalidad tenía una dimensión ética muy especial puesto que poseía la capacidad tanto de curar y efectuar acciones benéficas para sus pacientes, como de enviar enfermedades a aquellos que habían ofendido a los dioses, que no respetaban las prohibiciones o que tenían malas relaciones interpersonales con el ticitl o con el grupo social.

Podríamos decir, *grosso modo*, que había cuatro tipos de médicos:

a) Los sacerdotes de los diferentes dioses, quienes debían conocer y tratar las enfermedades enviados por el dios al cual servían; por ejemplo, Tezcatlipoca enviaba las enfermedades epidémicas y quizá la locura.

b) Los médicos o brujos marcados por su fecha de nacimiento.

c) Los tonalpouhque o tonalpouhqui (aquel que cuenta el destino), que eran los adivinos más importantes. Gracias a sus interpretaciones la gente podía sentirse aliviada o no. Estos médicos eran los psiquiatras o los genetistas de la época. Dentro de este grupo podríamos incluir al temiciximatini o temicnamictiani: “adivino o intérprete de los sueños”.

d) El grupo de los titici, tal vez el más numeroso, que cultivaba, aplicaba y transmitía los conocimientos empíricos. Eran los más técnicos.

LA ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES

Los antiguos mexicanos, como muchos otros pueblos, no creían que las enfermedades tuvieran causas naturales. Para ellos éstas eran originadas por brujos malvados, vientos nefastos o eran producto de sanciones enviadas por los dioses para castigar a aquellos que tenían mala conducta o les faltaban al respeto.

Viesca Treviño (1992) piensa que las enfermedades se podrían dividir en dos grandes grupos: las provocadas por la introducción mágica de

un cuerpo extraño y las debidas a la pérdida de una de las entidades anímicas. Somolinos D'Ardois (1976) agrega que las enfermedades cuya relación causa/efecto no era evidente, se explicaban como producto de la cólera de los dioses o de una mala conducta, la mayoría de las veces, pecados sexuales.

Algunos hombres dotados de una energía especial podían enviar ciertas enfermedades. Ejemplo de ello son los nahuales, los graniceros – nombre hispanizado de los golpeados por el rayo–, los brujos, los tlatoani (después de haberseles consagrado) y los *ixchicauhque* o gentes de mirada pesada. Estos últimos podían enviar la enfermedad aún llamada “mal de ojo”, caracterizada por enrojecimiento de los ojos, lloriqueos, debilidad progresiva y tristeza que, finalmente, puede llevar hasta la muerte.

Las envidias, la cólera y los celos causaban otro tipo de enfermedades. Esta clase de creencias mágicas tiene la feliz función de canalizar las tensiones y la agresividad social.

Algunos hombres dañinos también causaban males: brujos que hacían magia de amor mediante la utilización del *tolatzin* (*Datura meteloides*) para poseer a una persona; brujos llamados nahuales, capaces de transformarse en animales para ocasionar daño, y brujos llamados *teyollocuani*, comedores de corazones que capturaban y devoraban el teyolía de sus víctimas.

Algunos tipos de locura eran debidos a enfermedades por posesión. Las *cibualpipiltin* o *cibuateteo*, es decir, el espíritu de las mujeres muertas durante el parto que se volvían diosas así llamadas, poseían a los enfermos y les robaban su belleza. La locura y diversos tipos de parálisis eran originados por ellas. Una enfermedad muy característica causada por los dioses menores de la lluvia que enviaban rayos a sus víctimas, era una especie de locura confundida con una clase de maldad o de mala intención como único proceso psicopatológico. Esto puede explicar el por qué a algunos locos furiosos les llamaban *aacquiau*: “aquel que sufre de intrusión”. Curiosamente, en la actualidad les llamamos alienados.

LOS TRATAMIENTOS

El primer paso y el más importante era el de establecer la causa del padecimiento, lo cual se hacía mediante técnicas adivinatorias: arrojar granos de maíz, mecates, medir el brazo izquierdo, ingerir peyotl o tabaco. Una vez hecho lo anterior se procedía al tratamiento. Si era una enfermedad

enviada por algún dios había que calmarlo haciéndole ofrendas; en otros casos se utilizaban procedimientos mágicos: invocaciones, insuflaciones, piedras, etcétera. También se utilizaban con bastante éxito procedimientos empíricos, tales como las sangrías, baños, purgaciones, enyesamientos y administración de infusiones o extractos de plantas.

De la Cruz menciona el caso de la micropsiquia o temor patológico en el que se utilizaban los excrementos de las golondrinas como tratamiento. Se pensaba que así se transmitiría el valor de estas aves.

Las “limpias” eran muy utilizadas para curar a las gentes poseídas por las *cibualpipiltin*, por otros dioses o los malos aires. Se hacían figurillas de papel o de maíz para transferirles los malos espíritus, luego se colocaban en los cruceros de los caminos para que quien pasara se los llevara.*

El mal de ojo se trataba de manera preventiva mediante amuletos, entre ellos el “ojo de venado” (*Stilozobium urens*).

Viesca considera que ya se hacía psicoterapia. En el caso del tratamiento de la melancolía se proponían medidas terapéuticas puramente psicológicas, descritas en el Códice Badiano, tales como dedicarse a actividades alegres, v.g., el canto y la música. Todo ello, por supuesto, iba acompañado del poder de la palabra. Para cualquier tratamiento era fundamental el uso de la palabra: las invocaciones, oraciones y conjuros tenían gran peso y utilidad práctica. Entre quienes más las utilizaban estaban los tonalpouhqui, sacerdotes cuyo equivalente actual ya hemos mencionado.

La fitoterapia era muy usada. Se puede decir que un ticitl nahua utilizaba de 100 a 200 plantas. Los efectos de ellas se han llegado a exagerar, atribuyéndoles, en ocasiones, propiedades superiores a las reales. Sin embargo, este campo de la medicina tradicional -que parece recobrar vigor, todavía tiene mucho que enseñarnos.

Los nahuas combinaban los efectos mágicos y empíricos de las plantas logrando resultados admirables. Un ejemplo sería la utilización de la planta yolloxóchitl, cuya forma asemeja un corazón cortado verticalmente por la mitad. Aquí se aplicaba el criterio: *simili similibus curantur*. Consideraban que ella curaba las enfermedades del corazón, compréndase corazón en el sentido nahua, es decir, que era el asiento principal de la conciencia. Por ello a los que tenían “mente de abdera”, forma latinizada de describir el retraso mental, se les administraba el yolloxóchitl. Hay que reconocer, no obstante, el ya demostrado efecto tonicardíaco de tal planta.

* Estas costumbres aún perviven.

LAS ENTIDADES ANÍMICAS

López Austin, a partir de documentos escritos en náhuatl –tomados de las obras de fray Bernardino de Sahagún y del diccionario de Molina–, ha encontrado que los nahuas creían en varios tipos de entidades anímicas.

Las funciones vitales más importantes estaban comprendidas en tres centros anímicos principales: el tonalli, el ihiyotl y el teyolía.

El tonalli, palabra derivada del verbo tona, tiene los significados siguientes: irradiar, calor solar, verano, día, destino, alma espíritu... Los nahuas englobaban bajo el término tonalli, a la vez, el “genio” particular de cada quien, su buena fortuna y su buena o mala estrella en el sentido de predeterminación. La pérdida de éste podía ser causada por el corte de los cabellos de la fontanela, actos físicos violentos, miedo intenso o una impresión fuerte y súbita. La forma más frecuente era la denominada por Molina: tetonalchualiztli, que literalmente significaba abandono del tonalli. El nombre hispanizado de tal enfermedad es el de susto.

Las funciones del teyolía eran las de su asiento orgánico: el corazón, y son la vitalidad, el conocimiento, los impulsos, los afectos, la memoria, los hábitos, los gustos y la voluntad que controla las emociones y las acciones. Los enfermos del corazón eran aquellos que carecían de genio, los fatigados, coléricos, inconscientes, alienados y transgresores de las normas sociales.

Como esta entidad anímica era la que iba al mundo de los muertos, los españoles la confundieron con el alma, ánima. Recordemos que ciertos hechiceros llamados teyollocuanime era capaces de torcer y devorar el corazón de sus víctimas.

En cuanto al ihiyotl, es más difícil identificar sus funciones. En general, se puede decir que era el asiento de las pasiones, los sentimientos, el vigor y la vida. De allí surgían la cólera, la envidia y el odio. Quizá de aquí venga el uso de la expresión “se te va a derramar la bilis”.

Estas tres entidades anímicas debían operar en perfecta armonía para permitir que los individuos fueran sanos, morales y de espíritu equilibrado. Si una de ellas fallaba, las otras se alteraban también.

En conclusión, según los conocimientos actuales, la enfermedad estaba considerada como la pérdida del equilibrio del organismo, en lo que concierne a la relación con sus propios componentes o con los otros

integrantes del cosmos. Se creía que las entidades vitales jugaban un rol fundamental en la conservación de tal equilibrio.

La medicina nahua aún sobrevive, aunque en muchos casos de una manera fragmentaria, o incluso modificada por las concepciones galeno-hipocráticas y modernas. Sin embargo, es evidente que su concepción holística de la salud y de la enfermedad es superior a la dicotomizada y superespecializada medicina occidental.

Podríamos decir, a la manera de Carlos Fuentes, que en México hemos pasado de Quetzalcóatl a Pepsicóatl.

Para finalizar quiero citar a Bonfil Batalla:

La conclusión, a mi ver, no puede ser otra que la de proponemos construir una nación plural, en la que la civilización mesoamericana, encarnada en una gran diversidad de culturas, tenga el lugar que le corresponde y nos permita ver a occidente desde México, es decir, entenderlo y aprovechar sus logros desde una perspectiva civilizatoria que nos es propia porque ha sido forjada en este suelo, paso a paso, desde la más remota antigüedad; y porque esa civilización no está muerta, sino que alienta en las entrañas del México profundo.





Los síndromes culturales Latinoamericanos

MOLEM (EN QUICHÉ)

Se da en el altiplano de Guatemala. Su etiología es tener un “fracaso” de tipo amoroso, laboral, económico etcétera. Los signos son muy variados y el término se traduce como “tiene un poco de todo”, hay diarrea, vómito, fiebre, insomnio, hipersomnía, hiporexia o hiperorexia, pérdida de peso, obesidad, náuseas. Los síntomas son miedo, tensión, irritabilidad, tristeza, preocupaciones e inestabilidad emocional.

El proceso terapéutico inicia con la búsqueda del consejo de los ancianos y el análisis del origen del fracaso y sigue con ceremonias en las que se depositan ofrendas en lugares sagrados específicos para resolver el problema. Para el diagnóstico se utilizan los frijoles rojos o Tzité. (Chávez Alvarado, 2001)

NERVIOS

Frecuentes episodios, a menudo crónicos, de extrema tristeza o ansiedad que dan lugar a un conjunto de manifestaciones somáticas tales como dolor de cabeza o dolor muscular, reactividad disminuida, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, fatiga y agitación. Más frecuente en mujeres. Las investigaciones ligan este trastorno al estrés, la cólera, el desequilibrio emocional y la baja autoestima.

Los casos son tradicionalmente tratados con infusiones de hierbas, píldoras para los nervios, reposo, aislamiento y ayuda de la familia.



En el estado de Chiapas en México se le llama Flato, “estar enflatado” y los síntomas equivalen a los de una depresión leve con ansiedad. (Cortéz Manjarres, 2000). Hay que diferenciarlo del ataque de nervios.

ATAQUE DE NERVIOS

El ataque de nervios se refiere a una respuesta aprobada culturalmente frente a experiencias estresantes agudas, particularmente frente a las pérdidas de seres queridos, la amenaza y los conflictos familiares. El ataque de nervios se caracteriza por una serie de síntomas que incluyen temblores, palpitaciones, sensación de calor que del pecho sube hasta la cabeza, desmayos y episodios epileptoides. Los ataques típicos ocurren en ocasiones culturalmente apropiadas, tales como los funerales, escenas de accidentes o durante discusiones familiares o pleitos. Estos ataques representan una demanda de apoyo hacia la red social del paciente. El individuo, usualmente recobra rápido la conciencia y no recuerda el ataque.

Asociado al ataque, la gente frecuentemente menciona coraje y miedo o susto.

En un estudio hecho en Puerto Rico por Guarnaccia *et al* (1993), las personas que reportaron un ataque de nervios estuvieron cerca de llenar los criterios para depresión, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, ataque de pánico y trastorno por estrés postraumático. El trastorno depresivo mayor también fue prominente en el grupo del ataque de nervios. De particular interés, dada la severidad de estos síntomas, fue la fuerte relación con la ideación suicida y con los intentos de suicidio.

SUSTO, ESPANTO

Los síntomas incluyen a menudo agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, hay datos depresivos e introversión. Puede presentarse ansiedad generalizada o estrés producidos por conflictos sociales o por una autoestima baja.

La etiología del Susto no es la pérdida del “ánimo” como se señala en la versión de investigación del ICD-10 sino la pérdida de una entidad anímica localizada en la cabeza. En México a este tipo de alma se le denomina *Tonalli* (López Austin, 1984) y que no tiene nada que ver con la concepción occidental católica del alma. Existen múltiples variaciones de la expresión del susto en América Latina.

Entre los Nahuas del Alto Balsas, en el estado de Guerrero, en México, por ejemplo también se le conoce como *onomujti* o *espanto*. Es una de las enfermedades más difundidas entre los pueblos nahuas de México y también es conocida por otros pueblos más, aunque reviste algunas variantes de un lugar a otro, en relación a su tratamiento, no así respecto a la etiología.

En la zona se considera que esta enfermedad es provocada por los “aires” que roban el *tonalli* o la “sombra”, produciendo un sinnúmero de síntomas. Existe una clasificación bien detallada de estos aires, y en este caso, los síntomas dependerán de qué tipo de aire se ha llevado al *tonalli*. Algunas de las circunstancias que precipitan el susto son por ejemplo: tropezarse, caerse de un burro o de un asno, encontrarse una culebra, ser atropellado, presenciar algún accidente, quemarse, ser arrastrado por el río y matar a un tipo de hormigas denominadas *zontetas*.

Entre los diferentes tipos de aires implicados en la etiología podemos encontrar:

a) Los aires celestes o de la noche. Si el enfermo sufrió el “susto” de noche, hay insomnio, hiporexia, fiebre e incluso puede tener delirios y alucinaciones en la obscuridad, cefalea y dolores en los oídos.

b) Los aires del agua. Estos provocan la distensión abdominal, diarrea y gastralgias.

c) Los aires terrestres o de día o de los colores. Cuando uno de estos aires ha sido el causante del espanto, se pueden presentar síntomas como: mialgias (dolores en los pies y en las piernas), dolor de huesos, fiebre, insomnio, desesperación, parestesias (entumecimiento) y sordera.

d) Si es debido a la falta de respeto a las hormigas, (animales que están en comunicación con el inframundo) cuando las queman por ejemplo, “la sangre se calienta” y aparecen erupciones en la piel tipo sarpullido, insomnio, sensación de piquetes en todo el cuerpo, parálisis facial, fiebre y dolor de cabeza.

Al ritual terapéutico se le conoce como “regada” o “levantar la sombra”, y ello permite que el *tonalli* regrese al enfermo. Esta enfermedad epidémica de origen prehispánico aún conserva su vigor. Son numerosos los médicos indígenas y mestizos especializados en tratar esta afección.

Este síndrome etnocultural también se conoce en la región andina de los aymaras-quechuas como “susto”. Se manifiesta por variados síntomas somáticos, con sus variantes regionales. Se la conoce también con la designación de *manchariska*. Este mal es causado por la salida del

alma que abandona al cuerpo (*ajayu*), como consecuencia a reacciones imprevistas en lugares donde supuestamente habitan seres míticos. Se presentan en personas que al caminar en lugares oscuros y solitarios, reaccionan por temor a estos espacios, cayendo en estados de ánimos lamentables acompañado de síntomas somáticos tales como cefaleas, náuseas, vómitos, palpitaciones y no raramente cuadros delirantes alucinatorios y confusionales. En aquellos casos más grave de miedo que puede terminar en fallecimiento, se les llama *animu karkbuska* o “alma espantada”.

EL BLA

Síndrome que se presenta entre los Miskitos de Honduras y de Nicaragua. El término *bla* designa tanto al mareo (en el mar) y la borrachera como al estado nauseoso que precede a la crisis y que nunca se acompaña de vómito. A veces la palabra se utiliza para designar a la locura en su sentido más general.

Otro síntoma prodrómico que siempre se encuentra es una cefalea pulsátil, bilateral. El dolor es difícil de describir pero es muy fuerte y va en aumento conforme se acerca el inicio de la crisis. A veces hay quejas de dolores difusos, palpitaciones, temblores y un malestar generalizado. Frecuentemente la crisis es precedida de cólera y se desencadena por la “aparición” de un gigante cabalgando en una montura negra que ofrece un vaso con sangre que la víctima debe beber para poder montar en el caballo. El inicio es brutal, el sujeto dice perder la conciencia y a partir de ese instante ya no sabe lo que hace. Se arma de un machete o de un bastón, corre persiguiendo a los demás o sin objetivo aparente, golpea violentamente el suelo, agita el machete, golpea las casas... gasta una energía enorme. En su carrera, este “loco” imita, a veces, el galope del caballo, grita o gime mencionando los nombres de otros adolescentes. Con los ojos cerrados la víctima “visita” la aldea. El ataque dura de 15 minutos a una hora en promedio y termina espontáneamente, ante la mirada de todos, contorsionándose y finalmente dando la impresión de quedarse dormido.

DERRAME DE LA BILIS, BILIS

Padecimiento que se manifiesta por trastornos del aparato digestivo. Como principales causas desencadenantes de la bilis, se reconocen las

experiencias emotivas críticas sobre todo el miedo, la ira, el susto y con mayor frecuencia el coraje o la muina.

En la cuenca de Tepalcatepec, en el estado de Michoacán, México se reporta que los aires son los causantes del susto, el coraje o también de la muina, los que a su vez producen la bilis. Se menciona también como causa aislada la pena o la tristeza (Madsen, 1965), comer después de enojarse, o malpasarse en la alimentación, así como también a la caída del estómago y a la influencia maléfica de los vecinos.

La forma en que las emociones actúan sobre el organismo se ha explicado de diversas maneras según la región. La idea de que la bilis hierve y se derrama, hace recordar la expresión, de “me hierve la sangre” usada para referir al estado de ira o enojo excesivo. Existe la creencia de que un exceso en la producción de bilis, origina la enfermedad.

Los síntomas principales de la enfermedad son: falta de apetito, dolor de estómago, sabor amargo de boca, color amarillento en la piel y en la conjuntiva de los ojos, vómito amarillo o verde de sabor amargo, y dolor de hígado. Reportándose también, diarrea, sueño, fatiga, nerviosismo, angustia, decaimiento y tristeza.

La bilis es un padecimiento que puede tratarse doméesticamente o por un especialista, se recomiendan purgantes, vomitivos y ayunos con la finalidad de expulsar la flema verdosa o amarillenta y limpiar el tracto digestivo. En ocasiones la bilis provoca cólicos, cálculos y que el buche se pudra, es un trastorno grave que puede llegar a causar la muerte (Pérez, Loaiza y Argueta, 1983).

Al parecer, el nombre más apropiado para éste mal es el de derrame o regada de bilis, ya que la bilis se entiende como sinónimo de muina, y también como un líquido que existe en el cuerpo y que al derramarse da origen a la enfermedad.

En Bolivia tiene como sinónimos: colerina, colerón, rabiasca o rabisca y congestión. La “colerina” es una reacción de rabia o enojo causada por disgustos que provocan trastornos funcionales digestivos con dolores vitales difusos, cólicos y vómitos biliosos, que se presentan en indígenas del área cultural aymaraquechua.

Se llama también “colerón” (castellano colonial) a estas reacciones anímicas, cuyo sinónimo en quechua es “rabiasca” o “rabisca”. Son formas de reacción violenta, que congestiona todo el ser, especialmente el cerebro”. Cuando es muy violento puede producir la muerte instantánea (Hollweg, 1994, Aguiló, 1985).

En el Oriente, en la región de Santa Cruz en Bolivia, este síndrome toma el nombre de “congestión”, que es de origen español -colonial, presentándose en la población blanco- mestiza, después de que se recibe bruscamente una mala noticia, o por efecto de un profundo disgusto que puede llevar a la muerte. En estos casos se dice en el pueblo: “murió de congestión”. Inmoviliza a la persona, especialmente en ciertas situaciones después de comer, cuando se recibe una desagradable noticia o se suscita como una reacción ante una injusticia: En otros casos, después de una reacción de enojo o “encolerizamiento” con actitudes agresivas, surgen sentimientos de culpa y pena. De ese modo se crea una relación cólera-tristeza.

En Distas, Yucatán, México, la colerina cursa con vómitos, dolores estomacales y diarrea. Es muy frecuente en el mes de julio, en el inicio de la temporada de lluvias, y se cree que se origina por la introducción de aires al organismo.

MAL DE OJO

Es una enfermedad originada por la “mirada fuerte” de algunos individuos, también se mencionan como posibles causas la envidia y la influencia de aquellas personas que pasan por determinados estados de ánimo. Es reconocida por la presencia de vómito, diarrea, llanto e intranquilidad, entre muchos otros síntomas, afecta principalmente a los niños y ocasionalmente a los adultos, se cree que las plantas y los animales también pueden ser afectados por el mal de ojo. Es una de las creencias más antiguas y difundidas en el mundo, de mayor consideración y conocimiento en el ámbito del saber médico popular.

En México, ésta enfermedad ocupa el primer lugar entre las causas de demanda de atención de la medicina tradicional, (Zolla, *et al.* 1988) Dentro de las diversas causas del mal de ojo mencionadas, destacan por su frecuencia la mirada y la envidia, factores que se encuentran asociados. Generalmente se dice que estas personas son de mirada fuerte, pesada, caliente, fija o penetrante y que además tienen la cualidad de dañar voluntaria o involuntariamente, todo aquello que despierte en ellos admiración, deseo de posesión, o algún sentimiento de envidia. (Ryesky, 1976). Se dice que los niños —principalmente cuando son bonitos y robustos— son víctimas potenciales de la mirada fuerte debido a que su sangre o su espíritu son aún débiles.

Las personas que han sufrido experiencias emotivas u orgánicas fuertes, como locura, celos, envidia, ira, sed, hambre, excitación sexual, etcétera, acumulan demasiado calor capaz de enfermar a las personas débiles. El terapeuta tradicional y en algunas ocasiones los padres de la víctima recurren a varios procedimientos para su diagnóstico por ejemplo inspeccionan el rostro del paciente, especialmente los ojos, pues la presencia de los signos característicos son prueba suficiente de la afección (Villa Rojas, 1978). Se hace un recuento de los posibles agentes causales o bien se realiza una limpia que es simultáneamente el inicio efectivo del tratamiento. Llama la atención una creencia muy extendida que señala que el mal de ojo no debe ser atendido por un médico académico pues la enfermedad “se riega más” y el estado del paciente se agrava, idea que se expresa en la acotación, “ésta es una enfermedad del curandero no del doctor” (Ochoa Robles, 1967) En la medicina tradicional mexicana el mal de ojo es, quizá, la enfermedad ante la cual la población desarrolla el mayor número de medidas preventivas. Sobresale el uso de amuletos cuya función es la de atraer la mirada de una persona para que el poder de sus ojos se descargue en el objeto y no en el niño o adulto (Signorini, 1979)

MUINA

La muina, ya descrita arriba en relación a la bilis, es un estado emocional, de disgusto que repercute en la salud de quien lo experimenta y puede ser la causa de muy diversos padecimientos. La experiencia de una emoción conflictiva como el coraje, es conocida popularmente como desencadenante de una serie de reacciones orgánicas que enferman, más aún cuando los impulsos que la situación despierta son reprimidos, provocando una concentración de sentimientos malsanos.

NEVADA

Se presenta en Arequipa, Perú. Las manifestaciones fundamentales son súbitos cambios del estado de ánimo con predominio de irritabilidad, distanciamiento social, nerviosismo y un cierto aire melancólico. Se acompaña de manifestaciones físicas, en particular cefalea. Se presenta más en varones adultos jóvenes y dura entre horas y pocos días. Se atribuye a cambios en la temperatura ambiente, en especial durante la época

de frío y se dice que coincide con las tormentas de nieve en la cumbre de los volcanes que dominan la comarca. (Alarcón, 2002)

BRUJERÍA

Sinónimo de chizo, daño, embrujamiento, encantamiento, enfermedad mala, enfermedad regalada (Álvarez, 1976), escupirle, hechicería, hechizo, mal de gente, mal echado, mal puesto, maldad, trabajo, trabajo malo.

Conjunto de procedimientos que se acompañan con una serie de materiales mágicos y actos rituales, así como con componentes verbales variados y complejos, ejecutados por determinadas personas para alcanzar objetivos tales como enfermar o matar a un individuo, causar desgracias y accidentes, influir en situaciones amorosas, conocer el pasado, presente y futuro, y curar o inmunizar a las personas contra la propia brujería.

Hay que tomar en cuenta que bajo las denominaciones de curandero o brujo, se agrupa a una amplia gama de practicantes tanto de la magia como de la Medicina tradicional. De ésta forma la brujería o hechicería, constituye uno de los aspectos más importantes dentro del proceso de salud – enfermedad en la medicina tradicional de México.

Este hecho se ve reflejado en la clara tendencia a atribuirle la aparición en desajustes de la salud, principalmente cuando los padecimientos se caracterizan por ser violentos, repentinos, crónicos o cuando presentan resistencia a los tratamientos, además se considera que el peligro de morir por brujería es mucho mayor que por cualquier enfermedad.

En mayor o menor medida se encuentra presente la inclinación de señalar a un hechizo como la causa directa de desgracias, sufrimientos y enfermedades que no tienen una explicación lógica en la concepción popular. La práctica de la brujería nunca es fortuita, pues los practicantes tienen motivos bien definidos en la elección de las víctimas, la motivación principal es la *envidia*. El análisis de una gran variedad de rasgos de conducta, directamente observables o deducidos, permiten afirmar que existe una relación funcional entre la envidia y la brujería.

Una idea muy extendida señala que los martes y los viernes son los días más propicios para efectuar trabajos maléficos.

En Sayula, estado de Veracruz, México, Guiteras reporta un tipo de brujería muy antiguo y extendido, que consiste en enviar el mal por medio del viento (mal aire), o en introducirlo al organismo de la víctima en forma de animalitos o de piedras diminutas. Las personas

que poseen Nagual (doble animal) utilizan su capacidad transformadora para metamorfosearse en puerco, perro, venado, tecolote, o cualquier tipo de animal que provocará la muerte del enemigo, o algún perjuicio a sus propiedades (Guiteras Holmes, 1952).

Una de las causas más frecuentes para recurrir a la hechicería, la constituyen los conflictos originados por cuestiones de índole sentimental o amorosa. Al respecto la literatura etnográfica presenta una gran cantidad de casos.

Oscar Lewis escribe que en Tepoztlán, estado de Morelos, México, las mujeres nahuas de gran fogosidad son mal vistas por sus maridos; ellos esperan que sus mujeres no muestren ni exigencias ni una pasión sexual exagerada, pues aquella que observa ésta conducta es tildada de “loca” y se sospecha que ha sufrido un embrujo. Así mismo se cree que las mujeres golpeadas o maltratadas, pueden vengarse recurriendo a la agorería. El procedimiento más temido es una bebida hecha con toloache (*Datura Stramonium*) que en forma secreta se agrega a cualquier bebida ofrecida a un hombre. (Lewis, 1968).

Algunas manifestaciones reportadas con mayor frecuencia para cualquier tipo de brujería, están representadas por una gran variedad de enfermedades digestivas, como dolores agudos de estómago, diarrea, vómito y falta de apetito, también se reporta, dolores de cabeza, fiebre, pérdida de peso, dolores musculares y óseos, inflamación de la cara y de los miembros inferiores, infecciones de la piel y oídos, pérdida temporal de la vista o parálisis de una mano o de un pie, debilidad, cansancio, somnolencia, apatía, palidez, miedo, angustia, mareos y alucinaciones. Así mismo el paciente sufre todas las noches horribles pesadillas en las que se ve en lugares solitarios y lúgubres o es atacado por ciertas plantas y por todo tipo de animales y sabandijas repugnantes, además ve a una persona conocida o a otras que le son totalmente desconocidas. (Baytelman, 1986).

En Bolivia se le llama: mal puesto, layqasqa, brujeasqa, llankasqa, ruasqa, embrujado, macumbado, (Hollweg, 1985, 1994). Es otro de los síndromes que se encuentra difundido tanto en los indígenas de los Andes y de los llanos, como en los mestizos y blancos de las ciudades. Son “enfermedades puestas” por el maleficio de un brujo o por una persona mala y envidiosa.

Su fuente puede ser mítica indígena, occidental cristiana y sincrética.

En la región amazónica especialmente en los mestizos, se hace sentir la influencia afrobrasileña de la “enfermedad puesta” por un macumbero (brujo) mediante un embrujo o hechizo (macumba).

Los brujos son detestados en las comunidades aborígenes por los supuestos efectos malignos o males que provocan. En los diferentes pueblos indígenas del Oriente boliviano, (chiriguano, guarayo, sirionó, ayoreode, chiquitano) se cree en estas enfermedades puestas por estos brujos y que adquieren diferentes denominaciones. El curandero es el encargado de deshacer el hechizo a través de su arte y rituales mágicos.

En las regiones quechuas y aymaras se les llama “laygasga” al embrujado o al que sufre ese mampuesto. Son sinónimos de este término: “brusjeaga”, “llaskasga”. Según Aguiló (1985), este síndrome es producto de una maldición que alguien deseándonos el mal nos ha echado a través del “layga” (brujo y sus ritos maléficos). Los efectos son múltiples según el tipo de brujería usada”. Los “jampiris” y “colliris” hacen el diagnóstico y tratamiento. Las manifestaciones de estos síndromes son muy diversas. Presentan desde quejas orgánicas variadas hasta trastornos mentales profundos.

Los aymara-quechuas de Potosí designan como *sajra onqoy* a la llamada “enfermedad del maligno”, cuyo causante es el maligno “sajra”, que lo ligan a la “mala suerte”, al hechizo, al susto producido por algún fantasma (paqoma) o ser viviente. Se la subclasifica en: “Sajra Wayra” (mal viento), “Sajra Killa” (mala luna) y “Sajra Qocha” (mala laguna). Esta enfermedad “mágica” presenta: pérdida del ánimo, adelgazamiento, inapetencia.

ATONTADO

En los Tuxtles, estado de Veracruz, México, es un individuo dominado y controlado por su mujer por medio de métodos mágicos. Dentro del mundo de la magia amorosa de esta región, se mencionan diversos procedimientos para mantener al cónyuge bajo un estado de conducta anormal y pasiva, al grado de permitir que su mujer mantenga relaciones sexuales con otros hombres. Para lograr tal control, la mujer da de beber a su esposo una taza de café frío al que agrega tres gotas de su sangre menstrual. Dada la peligrosidad de tal sustancia, se dice que si se depositan cuatro gotas, el marido morirá. Para contrarrestar esta hechicería, la víctima tiene que quemar una prenda íntima de su esposa dentro de una

olla de barro nueva, una vez reducida aquella a cenizas, debe de arrojar agua adentro de la olla e ingerir el brebaje.

Otros procedimientos consisten en la administración de sustancias vegetales, como por ejemplo el toloache (*Datura stramonium*), a las que se atribuyen propiedades mágicas, y cuyos efectos fisiológicos y psicológicos se explican por sus potentes propiedades tóxicas. Administradas en dosis reducidas, no producen efectos letales, pero sí un estado que es descrito popularmente como de “atontamiento”. Con el mismo fin, también se emplean muñecos que representan a la persona a la que se quiere controlar. De esta manera, si la esposa desea causar impotencia en su esposo para evitar que mantenga relaciones sexuales extramaritales, bastará con que clave un alfiler en el pene del muñeco. Este tipo de magia se considera “muy mala”, y está asociada con el diablo (Olivarrieta Marengo, 1977)





Síndromes culturales de otras regiones

AMOK (MALASIA)

Un episodio indiscriminado, presumiblemente sin provocación, de comportamiento homicida o altamente destructivo, que culmina a menudo en suicidio o es seguido por amnesia o fatiga. La mayoría de los episodios ocurren sin que exista peligro, aunque algunos se precipitan tras un periodo de ansiedad intensa o de hostilidad. Algunos estudios sugieren que los casos pueden derivar de valores tradicionales de agresión extrema o de ataques suicidas en el arte de la guerra. Se encuentra un patrón de comportamiento similar en Puerto Rico (mal de pelea), y entre la población navajo (iich'aa).

DHAT, DHATU, JIRYAN, SHEN-KUEI (TAIWAN, INDIA)

Ansiedad aguda y problemas somáticos tales como fatiga y dolor muscular, relacionados con el miedo a perder el semen, en hombres o mujeres (que también piensen que segregan semen). Se mencionan como problemas predisponentes el exceso de coito, trastornos urinarios, desequilibrios en humores corporales y dieta. El síntoma principal es una descarga blanquecina con la orina, interpretada como una pérdida de semen. Los remedios tradicionales se centran en tónicos de hierbas que restablecen el equilibrio del semen o de los humores.



KORO, JINJIN BEMAR, SUK YEONG (CHINA, INDIA, SUDESTE ASIÁTICO)

Pánico agudo o reacción de ansiedad que implica miedo a la retracción de los genitales. En casos graves, los varones están convencidos de que el pene se les retraerá bruscamente dentro del abdomen, y las mujeres tienen la sensación de que sus mamas, sus labios genitales o su vulva se retraerán. Las víctimas presienten que esto les acarreará fatales consecuencias. Los estudios citan como factores predisponentes a ciertas enfermedades, exposición al frío o coito excesivo, pero los conflictos interpersonales y las presiones socioculturales ejercen una gran influencia en la aparición de este síndrome. La presentación es rápida, intensa e inesperada. Las respuestas varían, incluyendo sujeción de los genitales por la víctima o por algún familiar, aplicación de férulas o artilugios para prevenir la retracción, remedios de herboristería, masaje o felación.

LATAH (MALASIA, INDONESIA)

Respuestas excesivamente exageradas al susto o al trauma, seguidas de situaciones involuntarias de ecolalia, ecopraxia o estados de trance. Ciertos estudios interpretan algunos casos como una respuesta neurofisiológica, un estado de hipersugestibilidad, o un mecanismo de expresión de una baja autoestima. Los espectadores generalmente encuentran divertidos tales episodios, mientras que las víctimas se sienten humilladas. Cabe señalar lo histeriforme de estos cuadros ya descritos por Pélacier como característicos de los hombres-espejo.

PA-LENG, FRIGOFobia (TAIWÁN, SUDESTE ASIÁTICO)

Estado de ansiedad caracterizado por un miedo obsesivo al frío y al viento, que se considera que produce fatiga, impotencia o muerte. Las víctimas se abrigan de manera compulsiva con ropas excesivas y muy gruesas. El miedo se refuerza por las creencias culturales sobre el problema, considerado como un trastorno humoral.

PIBLOKTOQ, HISTERIA DEL ÁRTICO (ESQUIMALES DEL ÁRTICO)

Fatiga prodrómica, depresión o confusión seguidas por un "ataque" de comportamientos disruptivos, que incluyen desnudarse o arrancarse la ropa, correr frenéticamente, rodar por la nieve, glosolalia o ecolalia, eco-

praxia, destrucción de las propiedades y coprofagia. La mayoría de los episodios duran solo unos minutos y son seguidos por pérdida de conciencia, amnesia y remisión completa.

Las lesiones son raras, y mientras algunos estudios han relacionado sus causas con la tetania hipocalcémica, la mayoría de los investigadores ligan estos incidentes a ansiedades interpersonales y a factores estresantes culturales.

TAIJIN KYOFUSHO, SHINKEISHITSU, ANTROPOFOBIA (JAPÓN)

Ansiedad o fobia especialmente entre adultos jóvenes varones. Los casos están marcados por un miedo al contacto social (especialmente entre amigos) autoconocimiento extremado (en relación a la apariencia física, al olor corporal, al enrojecimiento) y miedo a contraer enfermedades. Los síntomas somáticos comprenden dolores de cabeza, del cuerpo y del estómago, fatiga e insomnio.

Los pacientes son considerados por los demás como muy inteligentes y creativos, y manifiestan tendencias perfeccionistas. Ciertos estudios sugieren que valores culturales animan a la “suprasocialización” de algunos niños, produciendo sentimientos de inferioridad y de ansiedad en las relaciones sociales.

UFUFUYANE, SAKA (KENIA, SUDÁFRICA)

Estado de ansiedad popularmente atribuido a pociones mágicas administradas por enamorados rechazados, o a posesión del espíritu. Entre los rasgos característicos están el proferir alaridos y sollozar, pronunciar neologismos, presentar parálisis o convulsiones y caer en estupor similar a un trance o perder la conciencia. La mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes no casadas. Algunas tienen pesadillas con temas sexuales, o episodios raros de ceguera temporal.

Los ataques, que pueden durar días o semanas, pueden ser provocados por la vista de hombres o de personas extrañas.

Se puede aproximar a las variedades latinas de los estados disociativos y/o de trance. Hay que diferenciar esto del trance chamánico, el cual tiene la particularidad de ser controlado y utilizado con fines terapéuticos. Otro síndrome cultural muy expandido en América latina es la brujería de amor, ya descrita y que también tiene múltiples expresiones.

UQAMAIRINEQ (ESQUIMALES DEL ÁRTICO)

Parálisis repentina asociada a estados de sueño en la frontera de lo patológico, y acompañada de ansiedad, agitación y alucinaciones. Los indicadores prodrómicos pueden incluir olores y sonidos detestables y transitorios. Mientras el problema es generalmente crónico y puede caer en pánico, la mayoría de los ataques duran sólo unos minutos y son seguidos por una completa remisión.

Los casos son muy comunes, y tradicionalmente se piensa que son el resultado de una pérdida del alma, de que el alma es errante o de que existe una posesión del espíritu. Los estudios describen la experiencia como una reacción histérica disociativa o como una posible variación del síndrome de narcolepsia-catalepsia. Los inuits o esquimales creen en la existencia de una docena de almas, aquí faltaría precisar a la pérdida de cuál de ellas se refiere.



El Nagualismo

INTRODUCCIÓN

El término *nahual* significa sabiduría mística, la sabiduría de lo secreto y lo recóndito en la naturaleza. Nahua no solamente significa sabiduría, sino también engaño, disimulo, prestigio. El verbo *nahualtia* significa esconderse encubriéndose, disfrazándose, o arrebozándose.

El *nagualismo* es uno de los conceptos fascinantes de la cosmovisión mesoamericana. La creencia en la transformación de hombre en bestia no es exclusiva de México, aunque la elección del tipo de bestia cambia según el área cultural, basta recordar la licantropía en Europa. Entre los antiguos aztecas la serpiente era el animal favorito de los naguales.

Desde el inicio de la conquista y la evangelización de México, los cronistas se mostraron sorprendidos por esta creencia, que pronto, aun sin quererlo y desde otro punto de vista –los poderes diabólicos–, ellos mismos adoptarían. En el panteón azteca existen múltiples ejemplos de *nagualismo*, baste recordar a *Tezcatlipoca*, divinidad multiforme de la noche, quien todo lo veía y podía tomar diversas apariencias para castigar o espantar a los humanos; a *Huitzilopochtli*, quien se representa mitad hombre, mitad pájaro, con el nagual de un colibrí; o a *Cihuacóatl*, la mujer serpiente. De entre los reyes tenemos el caso del encantado *Nezahualpilli*, que era nigromántico y hechicero.

Durante la colonia se siguieron buscando explicaciones a este fenómeno que tantas inquietudes suscitaba.



Fray Bernardino de Sahagún, en su *Historia general de las cosas de la Nueva España*, reporta que el que nacía bajo el signo *ce-chécatl* si era noble, sería embañador y se transfiguraría en muchas formas; sería nigromante y sabría todos los géneros de hechicerías y maleficios; y si fuese hombre del pueblo o *macehual* también sería hechicero y encantador y embañador, de aquellos que se llaman *temacpalitotique* –seres capaces de encantar el sueño, o de hipnotizar a los habitantes de una casa para asaltarlos–; y si fuese mujer, sería hechicera, de aquellas que se llaman *mometzpipinque*.

El nagual, según la personalidad que utilizara, podía realizar funciones diferentes: como médico, curaba; como *tlacihqui* desencadenaba la lluvia; como *teciutlazqui* o “granicero” desviaba de los sembradíos granizos y heladas; como *tlacatecótl* era peligrosamente maléfico, se transformaba en búho o mochuelo y en otras fieras, en tan insólita forma, provocaba males y enfermedades.

Otras personalidades del nagual eran las de *teyolocuanes* y *tlachihuianes*, los que obraban con hechizos contra el corazón y la vida de los hombres. López Austin en su trabajo “40 clases de magos” explica cómo los *tlacatecótl* invertían los sentimientos de las personas o manipulaban los elementos atmosféricos en contra de sus enemigos y que las *tlahuipuchtli* eran las brujas que volaban y chupaban la sangre de los niños.

El nagual sólo tenía poder de metamorfosis durante las horas nocturnas; si en la forma de animal era capturado y en tal situación mantenido hasta la aurora, entonces moría. Las acciones ejercidas sobre el animal en que se transfigura el nagual se reflejaban en el propio cuerpo del hechicero. Ruiz de Alarcón, brinda algunos ejemplos de nagueles golpeados bajo su forma de animal y de cómo luego los sujetos fueron encontrados heridos o lastimados. Todo lo que los evangelizadores consideraron como relativo a la magia, a la hechicería o a la idolatría encontraba un terreno fértil en el imaginario de la época. De las Casas pensaba que todas aquellas transformaciones no eran verdaderas, pero que los infieles o los que no tenían fortaleza en su fe podían ser engañados por el demonio, quien les hacía creer en las apariencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo forma parte de una investigación etnopsiquiátrica más amplia, realizada en las comunidades nahuas del Alto Balsas del municipio de Tepecoacuilco de Trujano en el estado de Guerrero, en particular en la población de Xalitla, comunidad de 1 434 habitantes (INEGI, 1990).

CARACTERÍSTICAS DEL NAGUAL

1	Su gestación es insólita.
2	Nace bajo el signo ce-quiahuitl (uno-lluvia) o ce-ehécatl (uno-viento).
3	Es sacerdote del Dios de la lluvia.
4	Adquiere gran sabiduría mágica. Es conocedor del lugar de los muertos y del cielo.
5	Se transporta al tlalocan, sitio de la abundancia del agua.
6	Regula la precipitación pluvial y con ello la obtención de buenas o malas cosechas.
7	Exige el sacrificio de sangre, símbolo de la lluvia.
8	Se transforma en fiera: jaguar, perro, guajolote o mujer fantasma.
9	Castiga a los remisos o innovadores con hambres, enfermedad y muerte.
10	Sufre en su persona las acciones ejercidas sobre su forma animal.
11	La transformación del hombre en animal puede ser ocasionada por el acto de comer los alimentos que hayan sido tocados por un nagual.

La base de esta investigación cualitativa fue el trabajo de campo, la etnografía y la observación participante.

Durante nueve meses de trabajo de campo efectuado de manera discontinua entre 1996 y 1997, se realizaron 184 entrevistas a profundidad. Para elegir a los informantes se utilizaron estrategias de muestreo deliberado o intencional, como la de “bola de nieve”, que permite aprovechar las redes sociales establecidas para llegar a los informantes clave.

Las características de la población estudiada no permitieron la aplicación de entrevistas estructuradas. La mayor parte de las entrevistas fueron grabadas, el resto se anotó en el diario de campo. Aquí sólo transcribiré algunos datos de las entrevistas referentes al *nagualismo*.

LOS RELATOS

En Ahuehuepan, poblado del Alto Balsas, encontré el caso de un médico indígena conocido por ser un nagual capaz de sobar para curar a los enfermos, pero que a la vez podía “echar mal” en el aire, es decir, lanzar sortilegios a la persona que él deseara, sin siquiera tocarla.

En Xalitla, la señora C mencionó rápidamente a varios naguales-tecolotes. Cuando notó mi interés por saber los nombres de éstos, se

dio cuenta de su error y ya no quiso repetirlos. Sin embargo, comentó que “entre los naguales se conocen bien y si ellos quieren acabar con uno, pueden matar su animalito (el doble de uno) y ahí queda muerto el individuo”. Convencida de que eso no se puede curar con nada, agregó: “Luego se ve que al muerto le aparecen mordidas y moretones, sin que hubiera motivo, pero es que resiente los golpes que le dan a su brujito [...] a los naguales no les gusta que les preguntes del tema, te pueden aborrecer por eso”.

Los brujos así nacen, con el don del animal, si se enferman lo tienen que sobar dos naguales más. El nagual es aire, es una doble persona. Bonatesta Adán el que murió era nagual, sabía sobar y te movía el corazón al sobarte.

Brujos dondequiera hay, a los naguales así los manda Dios, o Satanás. Eso viene del cielo, hay buenos y malos, es su destino, si toman, gritan.

Algunos tienen el don de ver al nagual. No sé si ése es el curandero nagual, porque nagual yo siento que son de esos que tienen animal.

Yo digo pues que se levantan de noche, como no sé, como yo no soy bruja no sé si así hacen, no sé cómo pues. P’os la gente luego dice [...] ¡ay! Yo, me espantaron, yo lo vi en perro, ese no sirve pues, no sirve, yo lo vi marrano hasta lo va arrastrando lazo, no es bueno perro, no es bueno marrano, es me aborrece esa persona, luego lo vas a oír así. Dice lo espantaron iba en la bestia, pero coyotes hasta lo tienden sus colas, pero lloran coyotes dice, y no lo dejaron que pase.

Ese era pues su nagual, el burro [...] Sí, un burro sin cabeza. Era un nagual chingón. Te digo ahora ya no se dejan ver, ahora ya se esconden, no pero ya nomás dicen, vas a oír que fulano está enfermo lo espantaron anoche y ahora ya. ¿La cihuateyuga es nagual? También, sí, naguali. Algunos naguales se juntan para matar a otro, le hacen un tecorrall y lo atrapan. Todo depende de qué animalito tenga uno, si uno es un animal pequeño, de uña, y lo ataca un tigre o un león pues no se puede defender.

Una lucha contra los naguales

Una vez que fui a curar a un señor a [...] en el camino de regreso a Iguala, unos señores ofrecieron llevarme en una camioneta, pero percibí que no tenían buenas intenciones y me negué a irme con ellos, preferí seguir a pie.

Entre la maleza que bordea el camino noté que algo se ocultaba, era un leonzote que me obstruyó el paso, entonces le hablé, le pedí que me dejara seguir mi camino, que yo no andaba haciendo nada malo; el león me dejó pasar, se quedó quieto, pero después apareció otro león de entre las ramas, que me empujó, me caí, me di cuenta que se trataba de una emboscada, me quité mis huaraches y mi sombrero y decidí enfrentarme a ellos.

Reconocí quiénes eran y los llamé por su nombre: “Tú eres Marcelino... y tú eres tal”, les dije.

El león sólo sacudía la cabeza sin decidirse a atacarme, me di cuenta que también había un lobo, también lo reconocí, había también varios perros más, no importa saber quiénes eran, en total eran 28 animales que me acosaban.

Después de enfrentarlos, de hacer algunas maniobras logré escaparme y llegué hasta la casa de una señora que me conocía. Esos animales que me atacaron eran enemigos del señor que yo había curado y estaban molestos conmigo por haberlo aliviado. En la casa de esa señora me permitieron descansar en una hamaca, comenzó a dolerme el estómago y la cabeza, pensé que sería bueno que me diera diarrea, pues sólo así no se me pegaría la enfermedad que traían esos animales.

Estaba descansando en la hamaca y se presentó, cerca de la casa, un lobo aullando, lo espanté y se alejó, entonces me fui a recostar en una de las habitaciones de la casa, después me sentí muy mal y le pedí a la señora de la casa que llamara a un señor del pueblo, que tenía camioneta, para que me llevara a mi casa, en Xalitla.

En el camino a Xalitla pedí bajarme unos momentos p'os me dio pa' bajo, pero ya no me pude subir porque me desmayé, después me llevaron a mi casa y al llegar me escondí en un cuarto de la casa de mi hijo por casi dos semanas, me sentía muy enfermo.

Luego vi, azorado, que llegaron a la casa dos gatos agarrados de la mano y parados como la gente, era un gato negro y uno blanco, entonces agarré mi huarache, le escupí en la suela y se lo lancé a los gatos, sólo le pegué al gato negro, ¡lo maté! el gato blanco se quiso escapar pero mi perro lo atrapó y lo mató.

Después de sentir que no me mejoraba, decidí esconderme unos minutos, me metí en la pileta de agua pa' que no me vieran los que traían la enfermedad. Gracias a eso, me curé.

EL NAGUALISMO EN LA ACTUALIDAD

La fama del nagual aún perdura; existen pobladores indígenas contemporáneos que llevan la misma denominación.

Según Nash, en la comunidad de Amatenango de la zona tzeltal-tzotzil de la región montañosa de Chiapas, el nagual es considerado una fuente de poder. El nagual puede ser un animal doméstico común, como un perro, caballo o un toro, pero también un animal salvaje. El que posee un nagual puede, con tal forma, conversar con otros nagueles. En la práctica médica es la fuente del poder curativo y los médicos deben tener por lo menos uno.

Este poder se tiene de nacimiento y para saber qué animal es el que uno tiene como nagual hay que esperar una revelación en sueños. Este conocimiento no necesariamente se da a conocer a la comunidad.

Los hombres con nagual pueden volverse malos; entonces son considerados como brujos que usan sus virtudes curativas para dañar o enfermar y son capaces de comerse el alma de los demás.

El calendario adivinatorio azteca ya casi no se conoce ni se utiliza; sin embargo, todas las personas que entrevisté concuerdan en que no es posible convertirse en nagual por voluntad propia; se necesita haber nacido así. Además, consideran que esta capacidad se puede heredar y que los nagueles entre ellos pueden reconocerse fácilmente, aliarse o enemistarse a muerte.

Otra característica importante de los nagueles de hoy es que así como fácilmente pueden hacer el mal, también pueden aliviar y curar a aquellos que solicitan sus servicios por haber sufrido algún daño ocasionado por la brujería de alguna persona envidiosa o de otro nagual.

Nash (1960) señala que todos los curanderos son nagueles, pero algunos no son conocidos por la comunidad y que el poseer uno no necesariamente significa que una persona sea brujo o que practique la brujería. El nagual, en su apariencia animal, también puede conversar con otros para curar a algún enfermo.

Todas las funciones referentes a la lluvia, al agua y a las cosechas conservan su vigencia aunque con un sentido religioso matizado por la imposición del catolicismo, es decir, se oculta a las deidades prehispánicas o se les habla de manera críptica.

Las metamorfosis nocturnas que puede realizar el nagual, así como el reflejo inmediato en la persona de las heridas infligidas en su apariencia animal, constituyen una creencia inquebrantable.

Leal no sólo considera que el nagual puede transformarse en una bestia, sino que puede elegir el tipo de animal que desea utilizar. Aranda, en la región de la Huasteca hidalguense, relata casos actuales de nagueles que incluso pueden transformarse en insectos.

Estos ejemplos ilustran la vigencia del nagualismo en mesoamérica. Es pertinente insistir en la multiplicidad de funciones del nagual, que así como puede despertar grandes temores, también prodiga protección y alivio.





Los rituales terapéuticos con plantas psicotrópicas. *El caso del cecectzin*

INTRODUCCIÓN

El botánico Schultes y el químico Hofmann, en su estudio exhaustivo de la flora psicoactiva, nos describen 91 “plantas de los dioses” que, según su percepción, son utilizadas por “culturas menos desarrolladas”. Este epíteto puede discutirse ampliamente, sobre todo a la luz de los hechos actuales, en donde vemos que no sólo los indígenas de sociedades tradicionales, sino también individuos de pueblos occidentales y “desarrollados” buscan respuestas a sus angustias existenciales en el consumo ritual de tales plantas.

Respecto a los orígenes del uso de los alucinógenos, los mismos autores explican la nomenclatura de estas “plantas de los dioses”: enteógenos, eidéticos, misticomiméticos, psicógenos, psicodislépticos, esquizógenos, psicotomiméticos, psicoataráxicos, psicodélicos, alucinógenos, etcétera.

Aunque se carezca de un nombre idóneo, podemos señalar dos funciones fundamentales de los alucinógenos: “expandir la mente” y “comunicar con lo divino”.

En todas las épocas las diferentes culturas han buscado propiciar tales “estados modificados de conciencia”, como Uribe (2000) prefiere llamarles para diferenciarlos de los estados alterados de conciencia que pueden inducir la duda de lo psicopatológico.

Según Weston la Barre. La utilización ritual de cualquiera de las plantas psicotrópicas en el mundo se rige bajo el mismo principio etnológico:



“estas plantas contienen el poder del espíritu”. De este diálogo con lo sobrenatural o divino se desprende la posibilidad de brindar respuestas, sentido y alivio al doliente que se acerca respetuosamente al chamán con quien comparte el mismo entorno sociocultural.

LAS FUENTES

En este trabajo se presenta una vista longitudinal abreviada, del uso sagrado de la *Turbina corymbosa*, en México, estableciendo un paralelismo entre las descripciones de las fuentes del siglo XVI y el XVII y una serie de entrevistas realizadas recientemente.

Respecto a las fuentes históricas consultadas, cabe precisar que la mayor parte de las obras que se refieren a la época prehispánica en México fueron redactadas por los españoles. Baste recordar que el obispo Fray Juan de Zumárraga ordenó que se quemaran todas las pruebas escritas existentes en Texcoco concernientes a las culturas mexicanas.

Sin embargo, sobreviven algunos bellos documentos escritos por indígenas que reflejan las tradiciones y los conocimientos terapéuticos de la época. Uno de los mejores ejemplos es el de Martín de la Cruz y su *Libellus de medicinalibus indorum herbis*, más conocido como Códice Badiano por el nombre de su traductor.

Otro de los primeros textos importantes de la época colonial escrito en lengua náhuatl y que permite apreciar el proceso de aculturación es de la autoría de un especialista en las brujas de Vizcaya, el franciscano Fray Andrés de Olmos, quien llegó a México en 1528. Olmos trabajó con los indígenas de varias regiones y se volvió multilingüe. Escribió un interesante *Tratado de hechicerías y sortilegios*, documento que permite conocer los métodos que se utilizaban para evangelizar en la América del siglo XVI.

En el desarrollo de esta investigación, resultó sumamente interesante consultar una fuente que da cuenta de lo que sucedía en el siglo XVII, en la región guerrerense aledaña al poblado de Copalillo. Me refiero al “Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales de esta Nueva España” escrito por el “bachiller”, teólogo y cura párroco de Atenango, Guerrero, Don Hernando Ruiz de Alarcón. Es una obra fundamental para comprender el proceso de aculturación y de contraaculturación durante la época colonial. Este trabajo permitió que el obispo Dr. Jacinto de la Serna, rector de la

Universidad de México, publicara su “Manual de ministros de Indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpación de ellas”.

Otra figura básica, tanto para la historia como para la etnología, es el visionario Fray Bernardino de Sahagún, conocido como el primer etnólogo del mundo y que Baudot llama “el fundador de la antropología moderna”.

Hay que mencionar a un conocedor del proceso de aculturación colonial y pionero de la antropología médica: Gonzalo Aguirre Beltrán cuyo libro *Medicina y magia* es fundamental para comprender la interpenetración de las culturas.

Basándome en autores como los arriba citados, presentaré algunas frases escogidas que describen el uso de la *Turbina corymbosa*.

DE LA CULEBRA VERDE AL CECECTZIN

El *cecectzin* es una planta considerada divina que actualmente se utiliza en la zona del Alto Balsas en Guerrero para ciertos rituales terapéuticos. Primeramente, quiero remontarme en el tiempo para mostrar cómo, desde la época prehispánica, se aprovechaban las virtudes de tal planta que entonces portaba el nombre de culebra verde (y su semilla el de *ololiuhqui*).

Sahagún menciona que a la planta se le conocía como: *coatl xoxouhqui*, culebra verde, nombre que tomó seguramente de su aspecto:

Hay una hierba que se llama *coatl xoxouhqui*, y cria una semilla que se llama *ololiuhqui*; esta semilla emborracha y enloquece. Dánla por bebedizo para hacer daño a los que quieren mal, y los que la comen pareceles que ven visiones y cosas espantables; dánla a comer con la comida o a beber con la bebida los hechiceros, o los que aborrecen a algunos para hacerles mal.

Ruiz de Alarcón, hablando de los efectos sorprendentes de la hierba escribe:

El *ololiuhqui* es un género de semilla como lentejas, que la produce un género de hiedra de esta tierra y bebida esta semilla priva del juicio, porque es muy vehemente; y por este medio comunican al demonio, porque les suele hablar cuando están privados del juicio con la dicha bebida, y engañarlos con diferentes apariencias, y ellos lo atribuyen a la deidad que dicen está en la dicha semilla, llamada *ololiuhqui* o *cuetzpalli* que es una misma cosa.

Cuetzpalli que significa lagarto, venía a ser el nombre esotérico de la planta tenida por los indígenas “como un dios”. En efecto, entre los antiguos nahuas, *cuetzpaltzin*, lagarto sagrado, era un signo del calendario que define el carácter divino de la planta y el uso místico que de ella se hizo. Era símbolo de la abundancia de agua y del placer sin pena.

Respecto a la transmisión de la capacidad de comunicarse con estos dios vegetal, el mismo Ruiz de Alarcón dice: “Cuando algún viejo o jefe de linaje ha tomado por abogado al *ololiuhqui*, le hereda su cuidado a sus hijos y descendientes”.

El anhelo de conocer anticipadamente el futuro es un fenómeno inherente a la humanidad entera en todas las épocas. Uno de los oráculos mesoamericanos era una clase particular de médico, llamado “payni”, el mensajero, que se ponía a la disposición de los ansiosos clientes para resolver las consultas de lo desconocido. (¡Existen muchas similitudes entre la función social del “payni” y la del psiquiatra o la del psicoanalista actual!) El “payni” tomaba el brebaje sagrado, transmitía a la divinidad la pregunta y retornaba con la adecuada respuesta. “El curandero colonial era también, en ocasiones, el mensajero del *ololiuhqui*, empero con mayor frecuencia, el propio interesado realizaba directamente la consulta”.

He aquí la descripción exacta del “bachiller”:

... y es de maravillar la fe que estos desdichados naturales tienen con esta semilla, pues bebiendo, como a oráculo la consultan, para todas cuantas cosas desean saber, hasta aquellas a que el conocimiento humano no puede llegar, como para saber la causa de las enfermedades... luego lo atribuyen a hechizo, y para salir de esta duda y semejantes, como de cosas hurtadas y de los agresores, consultan esta semilla por medio de uno de sus embusteros médicos, que algunos de ello tienen por oficio beber esta semilla para semejantes consultas, y el tal médico se llama “payni”... para lo cual se lo paga muy bien. Si el tal médico, o no es del oficio o se quiere excusar de aquella tormenta aconseja al enfermo que beba él aquella semilla... por lo cual también pagan como a médico, pero el médico le señala el día y la hora en que lo ha de beber.

Y continua Ruiz Alarcón:

Es el caso que el que bebe el *ololiuhqui* brevísimamente se priva del juicio... tal vez condena al inocente, tal vez descubre al culpado, tal vez sale con tales disparates... y los desventurados todo lo creen, ora se lo

revele el demonio, ora sea sola representación de la fantasía causada de la plática presente, porque todo lo atribuyen a la divinidad del ololiuhqui o peyote.

La relación del ololiuhqui con el agua dio a la yerba una connotación de frialdad, connotación que fue usada por los curanderos en el tratamiento de la fiebre. Al ser conjurada la yerba se le decía: “*Tlaxihuallauh, tlamacazqui cecec*, Ven acá, tú espiritado frío” (frío venerado).

Es posible que esta propiedad de ser un medicamento frío originó el nombre que actualmente tiene esta planta en la zona del Alto Balsas, es decir, *ceectzin* que significa planta fría. Llama la atención, sin embargo, la variedad de plantas que se denominaban de la misma manera. Incluso, Sahagún describe a varias insistiendo en que no se trata de la misma planta.

Hernández, el protomédico de Felipe II, asegura que el *ololiuhqui* o planta de hojas redondas es llamado *coaxíhuatl* sea hierba de la serpiente y la describe así:

Es una planta voluble de cuyas raíces nacen tallos redondos, verdes y delgados semejantes a fibras, las cuales llevan hojas verdes, delgadas y en figura de corazón, flores blancas y alargadas, y semilla redonda parecida a la del culantro, de donde le viene el nombre. Es planta caliente... calma los dolores que provienen del frío, disipa la flatulencia y resuelve los tumores. Sólo se utiliza en medicina la semilla, que molida tomada y untada en la cabeza y en la frente con leche y chilli, dicen que cura las enfermedades de los ojos; comida excita el apetito venéreo. Es dicha semilla de sabor acre, y, como la planta misma, muy caliente. Los sacerdotes indios cuando querían simular que conversaban con los dioses y recibían respuestas de ellos, comían esta planta para delirar y ver mil fantasmas y figuras de demonios; propiedad en lo que puede decirse que es semejante al *solanum manicum* de Dioscorides. Nace en lugares campestres de regiones cálidas.

Como se ve, Hernández le atribuye propiedades calientes a esta planta sin embargo, ni la característica psicodisléptica ni la afrodisíaca se pierden.

Ruiz de Alarcón describe el caso de una persona que había aprendido a curar gracias a la revelación misma del ololiuhqui:

...se les aparece un viejo venerable que dice ser el ololiuhqui, el cual se le apareció en forma de mancebo quien consolándola le dijo, no tengas

pena Cata aquí te da Dios una gracia y dádiva porque vives pobre y en mucha miseria, para que con esta gracia tengas chile y sal, quiere decir, sustento. Curarás las llagas con sólo lamerlas, y el sarpullido y viruelas y si no acudieses a esto morirás.

Es sorprendente constatar, como las descripciones brindadas por los mismos médicos o curandero(as) que entrevisté en la zona del Alto Balsas coinciden en lo fundamental con las de Ruiz de Alarcón. En estas “conversiones” entra en juego la elección que la planta divina hace del individuo quien debe aceptar su nueva tarea la cual le permitirá sobrevivir, ganando poco, pero suficiente para su “tortilla”, es decir su manutención. De lo contrario, si el individuo se niega a cumplir su misión, sufrirá graves infortunios.

Tenemos también noticia del proceso de utilización de tal planta como recurso terapéutico frente a los hechizos. La ingestión de la planta permitía descubrir la etiología y resolver la enfermedad. “Atribuyen su enfermedad y dolencia a hechizo, y, juntamente tienen por cierto que jamás sanarán si el que los enhechizo no los cura o no quiere que sanen”. Asimismo Ruiz de Alarcón explica cómo, una vez que se descubría al autor del daño o hechizo, este último tenía que asumir las consecuencias:

Luego condena al indiciado por la sospecha, la cual publica luego que sale de la embriaguez que de ordinario es uno o dos días, aunque tal vez queda aturdido por muchos, y aun loco de todo punto; con esta sentencia quedan las guerras publicadas entre la parentela del enfermo con el sospechoso del hechizo y su parentela.

Pero el *ololiuhqui*, no sólo era eficaz para tratar ciertas enfermedades, sino que también era útil para adivinar: “También usan de esta bebida para hallar cosas hurtadas, perdidas que no saben donde están, y para saber quien las llevó o hurtó. Cuando se ausenta la mujer al marido o el marido a la mujer, también se aprovechan del ololiuhqui y en este caso obra la imaginación y fantasía también”.

Este evangelizador no puede ocultar su sorpresa al enterarse de los aciertos adivinatorios de la planta y no le queda más remedio que recurrir al diablo para explicar y comprender tales sucesos: “Algunos de estos sortilegios, para mayor acierto de su embuste, beben el ololiuhqui por añadidura y con esto más de ordinario aciertan, porque mediante el

pacto que en tal bebida el ololiuqui interviene, como queda dicho en su lugar, les responde el demonio...”

En su muy breve relación de los dioses y ritos de la gentilidad, el padre Ponce no deja pasar desapercibido el ritual inherente a la ingestión de este tipo de productos:

Beben el *ololiuhque*, y el peyote una semilla que llaman *Tlilitzin*, son tan fuertes que privan del sentido y dicen se les aparece uno como negrito que les dice todo lo que quieren, otros dicen se les aparece nuestro señor otros los ángeles y cuando hacen esto se meten en un aposento y se encierran y ponen una guarda para que les oiga lo que dicen y no les han de hablar hasta que se les ha quitado el desvarío porque se hacen como locos y luego preguntan qué han dicho.

Es evidente que, ante la influencia evangelizadora, se ocultó la antigua deidad de la planta bajo el nombre de los santos de la hagiografía católica. El *ololiuhqui* es sincretizado según el padre Ponce con “Nuestro Señor, o con los “ángeles”. En la actualidad lo encontramos bajo el nombre de la “Purísima o de “Concepciona”.

Como antes mencioné, la zona a la que me refero coincide con aquella en la que trabajo Ruiz de Alarcón y de donde remitió a algunos consumidores de *ololiuhqui* a la Santa Inquisición.

Para Aguirre Beltrán, la planta que alcanzó mayor celebridad durante la colonia fue el *ololiuhqui*. Considera que su uso en la materia médica indígena fue de primera importancia y al pasar al botiquín del curandero colonial no perdió sino que acrecentó su prestigio conservando sus características sagradas y maravillosas.

Según Aguirre Beltrán, el uso del ololiuhqui es un complejo cultural integrado por los siguientes rasgos:

- 1- El lugar donde brota se considera sitio sagrado.
- 2- Recolectada la semilla se le trata con mucho respeto dada su naturaleza divina.
- 3- La divinidad se interroga en las siguientes circunstancias:
 - a) para diagnosticar enfermedad grave.
 - b) conocer la persona causante del mal.
 - c) descubrir a los parientes perdidos.
 - d) preveer los sucesos por venir.
- 4- La semilla es la parte de la planta usada en el tratamiento mágico,

molida y desleída en agua. Una parte de la suspensión se aplica al exterior, untada sobre la piel, el resto se ingiere. Debe prepararse por una persona pura.

5- La ingestión se realiza en medio de un grave silencio. Por ello se escogen las horas de la noche.

6- Previa a la ingestión y durante todo el tiempo que dura el sueño provocado debe sahumarse al paciente y el santoscalli donde se halla el ololihqui, generalmente acompañado de diversos santos. Las candelas colocadas en el lugar donde se practica el ritual coadyuvan en la eficacia mística.

7- En el momento de beberse al Dios, quien lo hace lo conjura con palabras llenas de veneración. Ganada así la deidad, se aparece al paciente y resuelve sus dudas e interrogaciones. Le habla en el lenguaje humano y para hacerlo toma también una figura humana.

8- Tiene propiedades afrodisiacas.

Evidentemente, estos rasgos enteramente válidos para la época colonial han variado con el transcurso del tiempo. Los aspectos en que difiere actualmente este complejo cultural en la zona del Alto Balsas son:

1- El lugar donde brota ya no tiene el mismo carácter sagrado. Brota espontáneamente a la orilla del río.

2- Al parecer, ya no se pretende, con este medio, el descubrir a los parientes perdidos ni la previsión del futuro.

3- No sólo se consume a media noche. Se ingiere también muy de madrugada debiendo culminar el ritual antes de que termine el día.

4- No se busca el efecto afrodisíaco.

5- Existe una participación comunitaria. Dependiendo de la gravedad del caso se requiere la participación de determinado número de ayunadores que así ayudan al restablecimiento del enfermo.

Cabe señalar que Aguirre Beltrán olvida mencionar un aspecto fundamental de este complejo cultural. La divinidad de la planta elige a sus servidores y éstos, si no quieren sufrir infortunios, deben aceptar su nueva función social guiados por la sabiduría y consejos de esta divinidad que se manifiesta bajo apariencias diversas.

El complejo cultural del ololihqui tiene como proceso psicológico subyacente a la identificación de tipo enriquecedor, por medio de la cual, el médico o el paciente al comerse al Dios lo incorpora dentro de sí y adquiere momentáneamente las características de omnipotencia

y omnisciencia del Dios mismo. Esto es el equivalente de la ingestión ritual del Dios Huitzilopochtli antes de la llegada de los españoles o de la comunión con Cristo para los católicos. Continúa explicando Aguirre Beltrán: “Es, bajo tal estado de embriaguez sagrada, de visiones y de éxtasis provocado, cuando el “payni” o el enfermo reciben el mensaje divino que nunca hubieran podido obtener con un estado de conciencia clara”.

Recientemente, en la región nahua del río Mezcala, se hizo una descripción de 126 plantas conocidas y utilizadas por los yerberos y curanderos de la zona. De entre las plantas descritas destaca el cecectzin o “la purísima”, (*Rivea corymbosa* o *Turbina corymbosa*), se incluye dentro de la familia de las Convolvulaceae y se describe así:

Bejuco que no crece, sólo se extiende o se trepa sobre los árboles, mide 10 o más metros de largo, tiene hojas verdes poco redondas y acorazonadas, ramas delgadas y verdes, tronco cenizo. Florea y da su semilla, las flores son pequeñas, blancas y compuestas. Las semillas son redondas, pequeñas cafecitas o negritas cuando se secan, cuando están tiernas son verdes. Este bejuco nace sólo en la orilla de los ríos.

Respecto a la utilización de las hojas y de las semillas como remedio, Ramírez Celestino explica:

Las hojas son buenas para curar la enfermedad de brujería o algún dolor de cualquier parte del cuerpo. Se cortan hojas como para una jícara o bandeja mediana, se lavan y se muelen. Cuando se cortan las hojas se necesita irle platicando e irle diciendo para que haga el esfuerzo de curar al enfermo. Cuando se muele también así se le platica, como si se le estuviera platicando a algún santo a persona. El remedio se muele con un pedazo de bejuco llamado “medio remedio”, ya sea del delgado o del grueso. Cuando se muele el remedio la persona que lo prepara necesita no comer en todo el día, se come hasta en la tarde. Además, el remedio se muele a medio día para que así le haga efecto al enfermo. Ya que se haya molido bien, luego necesita ponerse el remedio en el altar y sahumarlo. Sahuma el remedio el que lo haya molido y el que ayuna; también sobre el remedio se reza. También cuando se sahumo el remedio se necesita irle platicando para que cure al enfermo, porque si no se le platica, entonces hay una creencia que no se cura el enfermo. Así también se le platica a los santitos para que ayuden al remedio a curar al enfermo. Ya que se le haya platicado muy bien al remedio, a los santos y también ya lo hayan

sahumado todas aquellas personas que ayunan y el que lo molió, entonces se le pone al enfermo ahí en donde está el dolor. También cuando se está poniendo o untando el remedio se le va platicando para que cure al enfermo. La semilla de este bejuco de la purísima también es muy buena contra la brujería, el remedio se prepara así: primero se rejunta la semilla y se limpia. Ya que se haya limpiado bien, entonces se muele muy bien molida y se muele como lo de una tasa o más de semillas; la semilla se prepara igual que las hojas, o sea se muelen, sólo que las semillas se toman ya que se hayan molido, y se preparan con agua; se toma el remedio como lo de dos o más jícaras o bandejitas de las medianas para que se pueda emborrachar o marear la persona enferma a la que se da el remedio. El remedio se debe tomar o dar de tomar a media noche o lo más temprano que se pueda, porque cuando se toma este remedio se necesita no hacer ruido. Este remedio cuando se da de tomar o se toma, necesita que estén unos seis o doce ayunadores para que haga efecto.

Esta descripción permite establecer un paralelismo con las descripciones del siglo XVI ó XVII que al principio presentamos. En la actualidad se sabe que los compuestos alucinógenos del *cecectzin* u *ololiuhqui* son los alcaloides del ácido lisérgico. Se trata del mismo tipo de alcaloides aislados en el cornezuelo de centeno.

La amida del ácido lisérgico, también conocida como ergina, y el ácido lisérgico hidroxietilamida, son los componentes principales de la mezcla alcaloide del *ololiuhqui*. El LSD, o dietilamida del ácido lisérgico, es un componente semisintético y es el alucinógeno más potente que se conoce. El principio activo del *ololiuhqui* (cuya dosis alucinógena es de 2 a 5 mg) es aproximadamente cien veces menos potente que el del LSD (cuya dosis alucinógena es de 0.05 mg).

LA EFICACIA TERAPÉUTICA DEL KIPAITIAN

Actualmente, se sigue adorando a esta planta divina y algunos chamanes realizan un ritual llamado *Kipaitian* o ingesta de “la toma”. Este es un procedimiento singular que sólo algunos médicos tradicionales pueden hacer y que involucra a la mayor parte de las personas que tienen que ver con el paciente, es decir, muestra de manera patente la presencia del espíritu comunitario y sus beneficios directos al enfermo.

La ingestión de este brebaje con propiedades psicotrópicas, dicho con las palabras de Schultes y de Hofmann, la bebida de esta “planta de los dioses”, únicamente se utiliza en situaciones graves o desesperadas.

A los niños no se les permite beberla pero para casos de adolescentes y de adultos es más frecuentemente aceptado.

El médico tradicional o chamán que acepta curar a alguien, pide, en primer lugar, que la familia reúna a seis o a doce “ayunadores” que pueden ser parientes o amigos. La cantidad de acompañantes depende de la gravedad del caso. Estas personas deben permanecer en ayunas y rezar por el enfermo durante el transcurso del rito guardando un silencio absoluto. Además, la familia debe hacer una ofrenda que servirá para preparar una comida, comida que sólo tendrá lugar si el enfermo se cura y a la hora que se cure. El chamán también debe rezar y permanecer en ayuno absoluto. Se considera que la capacidad de curar del chamán depende de su santidad.

El chamán prepara al paciente para la ceremonia y le da a beber el Cecectzin que puede estar mezclado con otras plantas más o menos psicotrópicas. Después de unos 20 ó 30 minutos, si hubo suerte, el paciente presenta un “estado modificado de conciencia” durante el cual reexperimenta o revive experiencias cruciales de su vida, reconoce y expresa, sin duda alguna, el conflicto que lo ha llevado a tal situación. La persona sufre “alucinaciones” visuales, auditivas y cenestésicas que son percibidas en un estado de vigilia el cual permite memorizar y luego recordar el evento. Es preciso señalar que el cecectzin también tiene propiedades eméticas y purgativas. De esta forma, el paciente, expulsa, deshecha, literalmente “vomita y caga” sus problemas, sus males, sus angustias, su podredumbre emocional. Asimismo, de una forma muy rápida el paciente encuentra la solución a sus conflictos. La catarsis es rápida e inmediata, sin necesidad de años de diván ni de repetir las sesiones *ad infinitum*. El chamán permanece al lado del enfermo hasta que éste se recupera y pide alimento. Es sólo hasta este momento cuando los acompañantes son invitados a comer y el ritual se da por cumplido. En ocasiones, como ya lo decía Ruiz de Alarcón, las consecuencias son peligrosas porque el enfermo pudo haber descubierto que la causa de su infortunio era la envidia de alguien que había pagado los malos servicios de algún brujo para causarle tal daño. En estos casos el alivio o curación del enfermo implica enviar de regreso el daño al remitente original y en ciertos casos hay hechos violentos de venganza.

Este rito, que no está libre de riesgos, conlleva una movilización comunitaria muy fuerte cuyos resultados terapéuticos son palpables para la población involucrada.

En seguida presento algunos testimonios recogidos entre los chamanes y pobladores de la región del Alto Balsas en los que se describen textualmente algunas versiones del ritual del kipaitian.

Doña Josefa

El chapulín, maldad o cochinada no se contagia. A una señora que estaba embarazada se lo echaron en un refresco. Tenía vómito y diarrea, le pusieron inyecciones y nada. Después del parto empeoró. Le rifaron con barajas y con la jícara (método diagnóstico adivinatorio) y le dijeron que lo que tenía era cochinada, (brujería) entonces le dieron el cecetzin diciéndole: “tómalo de corazón para que te compongas”. Se lo tomó y sintió mucho, mucho frío. Vomitó y sintió que se iba a un pozo muy hondo. A las gentes las encontraba irreconocibles. Expulsó un buche de gallina que pusieron en las brasas para que se quemara.

La vejiga olía a plumas de gallina. Hubo seis ayunadores y una curandera. Empezaron a las siete de la mañana y terminaron a las cinco de la tarde, cuando la bañaron y hasta entonces todos comieron un caldo de pollo.

Entrevista a don Arnoldo

Pues yo creo que como 18 años, sí por ahí entre los 18 años porque estaba estudiando la prepa, allá en... ya te has de imaginar no, en un lugar religioso y luego que te saquen de ese lugar para, pues para traerte corriendo para tu pueblo porque te estás muriendo, para que te vengas a morir, porque supuestamente yo me venía nada más ya a morir aquí, o sea ya no era, cómo te diré, ya no había esperanzas de que yo me curara.

Me trajo un amigo de mi papá... me trajo cargando, materialmente este amigo de mi papá me trajo cargando, y ya de aquí de la parada (del autobús) ya no podía beber agua, no podía pues tragar nada; entonces llegamos aquí y yo como a las once de la noche o diez de la noche, por ahí más o menos y este, llegaron me acostaron, dijo el amigo de mi papá: Paulita aquí le traigo a su hijo, pues ya, ya que se muera ¿no? porque yo lo llevé, hice todo lo posible para llevarlo al médico, y p'us los médicos me dijeron que era bocio y que tomara mucho, que comiera mucho yodo pues, pero pues parece ser que se me empeoró más, y ya. A la hora que llegamos mi mamá, si, creo que mi mamá, porque mi papá estaba un poco enfermo, mi mamá ensilló su burro y se fue a Ahuelican con ese señor que acaba de morir hace poco, era su compadre, entonces fue y lo trajo, llegaron aquí como a las cinco de la mañana, cuatro de la mañana, y ese señor más o menos a esa hora fue a, no sé si fue a cortar el cecetzin, aquí abajito y trajo hoja, el cecetzin y no sé cuantas cosas más; y entonces a

la hora que me da ese de remedio, era algo así como lechoso y este, me lo dieron ahí sentado allá, pero ya no me lo dieron a tomar porque yo ya no podía beber, entonces me lo empezaban a dar con algodón, y se sentía pero gacho, feo pues, sentía el sabor, percibía el sabor pues, pero me decía él, el curandero: pero es que tienes que hacer todo el esfuerzo que puedas para que te lo tomes y...

¿No te lo dio en lavado?

No, bebido, y entonces este, me molieron no sé cuantas cosas, a mi mamá le dijo, que moliera, cuando ya me acabó de dar el remedio con algodón; bueno yo no sé como le hacía el señor, porque me abría la boca y trataba de abrir las cuerdas bucales y entonces aventaba el chorro, porque primero te digo, hizo el intento con algodón y dármelo, y pues vio que no podía pasarla o sea, cuando salía, ya no podía pasarme ni la saliva, ni casi nada de líquido. Y entonces este, me abría la boca, no sé con qué me abrió, con la ayuda de mi mamá me aventaron el líquido, el remedio pues; y ya lo tomé,* más bien lo metieron y este...

¿Y ocuparon ayunadores?

Sí, por supuesto que sí, yo no, yo vi que había gente, yo sí me daba cuenta, pero ya así como tirado, así como muertito. Aparte de la tomada me pusieron otras cosas aquí en el cogote, y ya, pero tenía como tres días que no probaba alimentos, no podía, o más creo, y de repente cuando uno entra en trance es muy feo porque tú quieres regresar, este, es algo muy, entre desesperante, bueno mi experiencia fue mucha desesperación, porque yo sentía que me iba, me iba, me iba, me iba y así como morirse pues, de irse y entonces yo empezaba a gritar: ¡Regrésenme! ¡me siento mal! y el señor rezaba y rezaba, me sahumaba; y de repente hasta que por fin llegó el que me llega, el que me hace mal, me pegó en la nuca, y me dice: vamos a ver si de veras eres charrito.

¿Qué es charrito?

Pues como es capaz, así de valor y todo... me lo dio cuando estaba casi terminando la secundaria, niño todavía, y yo me acuerdo que sí pues, me tocó, ese señor el que ya murio.

¿Era de aquí?

Sí, este, yo me acuerdo que yo estaba sentado esperando el camión o sea para irme a Iguala, y entonces él pasó.

¿Eso lo estabas alucinando o sí pasó?

Eso pasó pero también es que ves a la gente y te acuerdas, no sé si se te viene todo a la memoria, muchas cosas, pero de esas tantas cosas pues no ves, entre que dices bueno esto no me hizo daño, fulanita tampoco me hizo daño, o sea ves las gentes que, como que haces un recuento de tu vida. Y entonces llega un momento en el recuento de mi vida y se

presenta ese señor, entonces me pega acá y me dijo:

¡Hasta vamos a ver si deveras eres charrito!

Y pues yo lo que hice, voltearlo a ver así, estás borracho ¿no? le digo, ni te entiendo y ni te importa si voy a ser o no soy, no, creo que a nadie le importa; agarré y me subí al camión y me fui, a Iguala y pues vi de que él fue el que me hizo el mal. Entonces, este cuando vieron o sea, yo creo que vieron eso o sintieron que yo ya había visto a la persona o no sé como es eso, porque me empezaron a regresar, me empezaron a regresar, a regresar, a regresar...

¿Te bañaron?

No, en ese momento no, a mí no me bañaron durante, como tres o cuatro días después me bañaron, porque yo tenía esta cosa de, aparte de la toma a mi me pusieron muchos remedios, no sé qué tanto, acá en el cuello amarrado con un trapo, algo yo creo muy fuerte, que fue tan fuerte que cuando yo regresé yo inmediatamente pedí que me trajeran de comer, yo tengo hambre, y dijo el señor es que ahorita no te podemos dar, y ya así como desesperado porque yo ya sentía que sí ya empezaba a pasar saliva.

¿Y no vomitaste?

Nada.

¿Y no sacaste nada?

Nada, yo no saqué nada, o sea fue el golpecito que me adormeció el cuello, pero en ese momento, o sea cuando yo estaba me imagino alucinando no sé; pero no me, cómo se llama, umm, yo no volví el estómago ni nada, no, que yo recuerde no, absolutamente nada. Y ya a los cuatro días me destaparon el cuello, pero no tenía... así, fue impresionante porque cuando me quitaron eso, bueno ya creo que al rato o en la noche o al otro día me dieron ya de comer y p'us ya, o sea sentí un poco lastimado porque me abrieron, 'ora sí el gogote, el gogote para el remedio, y como que sentí algo así que me raspaba, y creo que fue que metieron y lastimaron un poco, pero fue como un rasguño nada más, pero no fue así que digas, que fue el remedio que me haya hecho eso, no, es por la presión que hicieron para abrir, ora sí, el gazzate, y entonces este, y ese dolorcito como que me molestaba; pero a los tres días eso yo ya no lo sentí, cuando me lo quitaron esto todo esto lo tenía quemado del remedio que me pusieron en el cuello. Pero quemado, quemado así negro, pero negro, y entonces me quedó todo esto, y se me veía así como las ollas, y en el cuello, pero negrito. Entonces pues este, no salí casi durante quince días. Mi papá, obvio, se fue a México con su amigo para ir a avisar pues, que estaba yo convaleciente, y ya.

¿Y de las alucinaciones no te acuerdas, qué viste cuando... ?

Yo nada más me sentía que me iba, como algo lejos, así como que te

vas haciendo pequeño, pequeño, pequeño, pequeño, pero así como que, cómo se llama... te vas, como que estás en, no hay, estas suspendido en el aire pues, o sea estaba suspendido en el aire, entonces como que me iba así, y entonces conforme yo me iba yo me hacía pequeño, y entonces este, yo no quería llegar a ser miniatura, eso sí yo me acuerdo muy bien, o sea no quería ser chiquito, no quería desaparecer porque él, cómo se llama él... como que la intención del remedio era como desaparecerme, deshacerme pues, desintegrarme, y no, no, no ser nada ya, como si uno se fuera a esfumar, entonces este crees así, de plano pues, que ya me iba. Y es, de veras, es impresionante, realmente impresionante eso y bueno, llegué hasta una, cómo se llama, llegué más o menos a ser así, y de, cuando llegué a ser así, este, ya me regresaron.

¿Con rezos o con sahumadas?

Rezos, sahumadas, cosas, pero en la cama cuando me agarraron la mano fue cuando, cuando yo quería reaccionar, porque yo lo que estaba, digo lo que la mente trabaja es esa, como que ese retroceso, no sé cómo se llama ese... como que estás aquí, entonces tienes que ir viendo las etapas de tú vida pues, como que yo vi, empecé a ver qué me pasó en tal fecha... Y cuando llegué a, al que me da el mal me doy cuenta, y cuando me doy cuenta de qué es, o sea me saqué mucho de onda.

¿Volviste a sentir molestias?

Nada, hasta la fecha, y te digo es muy impresionante porque, pues yo no creía, y no creía con, con mi situación pues de donde, de donde me estaba formando, además que no era de Dios eso, eso, cuando me curo, pues eso para mí fue muy impresionante, porque yo ya no podía beber agua, nada de líquidos siquiera, menos un pedazo de tortilla o comida, nada, yo creo que es al fin que te vas, te vas, y haces un recuento y además del recuento lo puedes estar diciendo, lo puedes estar hablando, o no lo puedes decir pues, o sea puedes quedarte callado, yo, por ejemplo yo fue callado, fue en silencio, pero yo hice todo ese recuento, y cuando eso dije, y dijo el, yo oí que dijo el curandero dice ya lo vamos a regresar, ya lo reconoció, ya al menos reconoció. Y este, ya te digo me regresaron... también, y pues no podía gritar, ora sí que las cuerdas bucales estaban tensas (risas).

ENTREVISTA A DOÑA PETRA

A mi difunto marido le habían dado remedio porque nomás crecía su barriga.. entonces si le dije... ¿quieres tomar remedio? te voy a alquilar a doña Lucina. Sí, dice: ¿a poco puede?, le digo, pues a ver si ella quiere, a ver si Dios quiere, a ver si te compones. La traje y se bañó la señora, desde la comida y le di de almorzar, le digo almuerce bien para mañana...

Entonces tomó café temprano, bueno, una tacita, y entonces para todo el día y ya, le digo, qué ¿no vas a comer? No, dice, yo voy a comer hasta mañana si veo que ya... que ya se alivió.

¿A qué horas le dio?

Le dio como a las ocho de la noche pero cuando llegó a las doce de la noche ya le... ya le había entrado...

¿Cuántos vasos le dio?

Se tomó así... como dos.

Y ¿ocupó más ayunadores?

No, nomás dos. No p'us para cuando llegó la doce de la noche ya estaba bien borracho, ya le habían dado, y empezó a hablar, que en dónde le dieron, en dónde le hablaron, que cómo se lo hicieron, como le gustaba tomar le habían puesto (le habían echado la brujería), hasta a dónde le dieron la cochinada. Él mismo le pidió el sahumero, se paró él mismo... como, bueno a él mismo lo habían enredado y él mismo se desenredó con el sahumero le dio así... le dio así, así, de lado y volteado, entonces si lo vi y me senté ahí, y le digo, estaba yo viendo como iba rezando, como él podía rezar, iba rezando (baja la voz)... pero primero dios me voy a aliviar, terminando eso lo sacó una bola de cabellos y una mosca estaba ahí dentro del cabello, una mosca, pero verde ese paquete no le dejaba ni comer...

¿Eso le habían dado?

Eso... sí pero lo, lo había sacado pues, esta cosa que le agobiaba...

Y ¿hasta a qué horas lo dejó el remedio?

Lo dejó como... como a las doce del día, amaneció, no lo dejaba como hasta las doce lo dejó, porque él como podía rezaba, lo hablaba, otra vuelta lo hablaba, decía: yo quiero que me saques todo... luego le dijo la señora ya, ya, le dice ya está bueno, ya está bien, ya no reces, ya no le hables, yo te voy a bañar, lo bañó y ese remedio que se habla quedado lo coló, lo juntó y lo sacó afuera detrás de la casa lo fue a dejar,

Y ¿qué le hicieron a lo que sacó, a la bola de pelos?

Pues ese, ese lo quemamos, pues lo quemamos yo, lo metimos en un tepalcate, así un tepalcate y lo eché la braza, lo quemamos.

Oye, dicen que si... que si cuando toma el remedio y no lo saca, ¿que se puede volver loco?

Ajá...

Don Salvador relató la manera como su mujer se había iniciado en el arte de curar. Ella estaba enferma de un dolor de estómago que ya le había durado mucho tiempo. Debido a ello fue a San Agustín Oapan a

curarse. Tuvieron que darle ocho “tomas” y hasta el final se mejoró. “Lo que pasaba era que ella no quería aceptar el don que se le ofrecía”.

Bajo el efecto de la “toma” se “le aparecía el diablo” y le decía que le iba a dar mucho dinero, pero ella no aceptaba... hasta que se le apareció una mujer y le dijo que sólo si aceptaba curar se podría aliviar. Esa mujer le aclaró que ese don era cosa de dios, y que sería para ayudar a la gente. Hasta entonces Doña Marcia aceptó el don de curar. “Ella ya aprendió mucho, ella sola aprende de la toma, nadie le dice nada, es como si estudiara, pero sin libros, la toma le hace ver las cosas. Utiliza cuatro yerbas, las junta y ya no falta nada. La yerba ya también le dijo que no necesita de ayunadores. Nomás con que yo esté cuidando basta”.

Entrevista a doña Marcia

Ya había visto muchos médicos y tomado muchos medicamentos sin resultado, yo tampoco creía en los curanderos, pero me engañaron, me llevaron a Ahuehuepan con una señora que me dio un remedio. Me metieron en una casa, me acostaron en una cama, oculta detrás de unas sabanas que usaban como cortinas. Hubo doce ayunadores. En todo el cuerpo me untaron el remedio, me fui atontando y vi cómo se formaban dos veladoras encendidas... esa vez no me alivié.

Me dieron una segunda toma y entonces vi que estaba en mi casa, en el pasillo, y del fondo salía una culebra, grandota, enseñando las fauces. Busqué un machete y la corté en dos; la parte de atrás quedó separada de la cabeza, luego salió volando por el patio y desapareció. Siguieron dándome tomas, hasta que me decidí a tomármelas yo sola. Y así, sola, sin maestro, aprendí directamente de la yerba, pues dios me dio licencia”. “He tomado la toma 52 veces, así aprendí a rifar con cuarenta maíces grandes y veinte copalitos en una jícara de agua. También con las barajas sé rifar. Es indispensable primero rifar, para saber de qué se va a curar a la gente, y para saber cuánto remedio hay que darle. Es como si quisieras remendar un pantalón y antes de ver de dónde está roto empezaras a meterle tijera”. “No es tan fácil como simplemente dar la toma, también hay que ayunar, ni agua hay que tomar, porque si no, no funciona el tratamiento. Hay que rezar mucho, pedir licencia a Dios, porque él es el que cura, no uno... También hay que poner velas encendidas en cruz, sahumar con copal y a veces llevar la ofrenda al camposanto”. “Si cada vez que tomo la “toma” se me aparece la Virgen de Guadalupe, entonces eso no puede ser pecado, pecado es que uno se venga del que le mandó el daño”.

Explica Doña Marcia: “A un señor de San Juan” le di la toma y vio a

quien le había enviado el mal”. “¡Ah! ¿Conque me andas amagando, eh? Pues ahora vas a ver que se te va a revertir” decía el enfermo, mientras tomaba tierra del suelo y mencionaba el nombre de que había provocado su enfermedad. Luego escuchamos los “cuetes” (disparos), y supimos que alguien había muerto. El muerto era la persona que había mencionado el enfermo que recibió la toma.

A “Meleco”, un señor de Iguala que había visto muchos médicos y que le brincaba el estómago, como si tuviera algo allí, se le aparecían animales del agua y los mencionaba con voz entrecortada: cocodrilos, sapos, pescados, etc. Estaba muy flaco, casi para morir, y me pidieron que lo curara, que si moría no me echarían la culpa a mí, pues más valía hacerle la lucha. Le unté el cuerpo con tenechiate y le di la toma, dos, tres veces.

El enfermo no aceptaba quedarse en mi casa durante una semana para que lo curaran. En una de las “tomas” pedí doce ayunadores y le di cinco litros de “toma”; primero dos litros tomados, luego dos litros por lavativa y luego, como pidió más, le di otro litro tomado. El señor quedó “como muerto, no reaccionaba y los ayunadores mejor se fueron, habían llegado a las cinco de la mañana y ya era de noche. Hasta que “Meleco” reaccionó, le pregunté que si ya había reaccionado, le di un poco de caldo y también yo comí pues había ayunado durante todo el día.

La similitud de estos relatos, obtenidos recientemente, con los antes expuestos, es sorprendente y nos muestra como la pervivencia sincrética de rituales antiguos entre los habitantes del Alto Balsas permite una comunicación con lo sobrenatural que les brinda un particular alivio.

Como dice Duverger (1996):

Las técnicas chamánicas pueden parecer vestigios de una cultura arcaica, pero constituyen una respuesta cultural a una serie de disturbios psicosomáticos de índole universal. La cura chamánica es panamericana además de asiática; pero el tipo de enfermedad al que se aplica es común al género humano.



De las modalidades depresivas entre los nahuas del Alto Balsas

LOS PUEBLOS NAHUAS DEL ALTO BALSAS EN MÉXICO

Para señalar la variabilidad nosológica mostraremos aquí el caso de los nahuas del Estado de Guerrero en el centro de la república mexicana. Este trabajo forma parte de una investigación etnopsiquiátrica realizada en las comunidades del Alto Balsas del municipio de Tepecoacuilco de Trujano, Guerrero en 1997.

La base de esta investigación cualitativa fue el trabajo de campo, la etnografía y la observación participante. Durante un total de nueve meses de trabajo de campo, efectuado de manera discontinua entre 1995 y 1997, se realizaron 184 “entrevistas a profundidad” de duración variable. Para elegir a los informantes clave se utilizaron estrategias de muestreo deliberado o intencional tales como la llamada “bola de nieve” que permite aprovechar las redes sociales establecidas para llegar a los informantes clave.

Las características de la población estudiada no permitieron la aplicación de entrevistas estructuradas. La mayor parte de las entrevistas fueron grabadas, el resto se anotó de memoria, inmediatamente después de realizadas, en el diario de campo.

EL CASO DEL “SUSTO” O “ESPANTO”

No pretendemos, de manera simplista e ingenua, meter al “susto” dentro del cartabón de la depresión al estilo occidental, únicamente con fines



heurísticos lo consideraremos como una modalidad depresiva. Conforme se expliquen las particularidades de este padecimiento en la población estudiada quedará claro por qué consideramos que se trata de un fenómeno mucho más complejo.

G. Foster (1951) considera que el complejo nosológico del “susto” no solo se encuentra entre los nahuas sino también entre otros pueblos mesoamericanos.

Este padecimiento, epidémico en México, es una rica veta de investigación etnopsiquiátrica (Logan M. H., Rubel A. J.). En los criterios diagnósticos de investigación del CIE-10, se menciona al susto como uno de los trastornos específicos de Hispanoamérica, describiéndolo como: “Padecimientos somáticos crónicos muy diversos atribuidos a la ‘pérdida del ánimo’ inducidos por un miedo intenso a menudo sobrenatural”. (CIE 10, 1993.)

El temor mágico del rapto del alma es expresado mediante sintomatología ansioso-depresiva. El susto, en México es entendido como la pérdida del tonalli, una entidad anímica que más adelante explicaré. Consideramos que este problema reviste una connotación existencia muy profunda pues bien podría tratarse de un miedo a la disolución ontológica, del temor a la pérdida de una parte del ser. Desde el punto de vista occidental no hay duda de que existe un miedo a lo “sobrenatural” pues los “aires” representan a seres incorpóreos que son los que se apoderan del tonalli. Cabe señalar que en las comunidades nahuas, el contacto con los “aires” es cotidiano, forma parte de su realidad, de su vida, por lo que la categoría de “sobrenatural” podría revisarse. Esto quedará claro más adelante.

Si trasponemos este concepto de la pérdida del alma o ánimo a otras culturas encontraremos cómo, en la medicina China, uno de los conceptos más importantes es el de la energía o aliento vital llamado por ellos ch'i, también entre los inuitas o esquimales se habla de varios tipos de almas y se describe cómo, la pérdida de alguna de ellas, ocasiona enfermedades diversas (Gendron, 1987).

La pérdida del tonalli en la época prehispánica se denominaba *tetonalcabualiztli*. Para los antiguos mexicanos el tonalli, palabra derivada del verbo tona, tenía los significados siguientes: irradiar, calor solar, verano, día, destino, alma y espíritu. Los nahuas englobaban bajo el término tonalli, a la vez, el “genio” particular de cada quien, su buena

fortuna y su buena o mala estrella en el sentido de predeterminación. La pérdida del tonalli podía ser causada por el corte de los cabellos de la fontanela, por actos físicos violentos, por miedo intenso o por una impresión fuerte y súbita.

Para la mentalidad occidental de los “conquistadores”, el susto correspondía a la pérdida del alma de los católicos pero para los nahuas, el tonalli sólo correspondía a una de entre varias entidades anímicas (López Austin, 1984). De esta forma el tetonalcahualiztli fue confundido con la “pérdida del alma”, y más tarde, con la “pérdida de la sombra” bajo la influencia de los conceptos de los esclavos negros (Aguirre Beltrán, 1992).

Los signos y los síntomas de la pérdida del tonalli eran pérdida del vigor, palidez, fiebre, hiporexia, hipersomnio o insomnio y pérdida del brillo de la mirada. Esta sintomatología no era inmediata, el enfermo sentía poco a poco las consecuencias del accidente y si no se atendía la enfermedad avanzaba de manera inexorable hasta producir la muerte.

El “susto” en Guerrero hoy en día

En esta región al “susto” se le denomina también *Onomuji* u *Okito-nalkuilli* que significa: “le quitó su sombra”, “le espantó mucho”.

Esta antigua enfermedad aun conserva su vigor. Casi todas las personas que entrevistamos en el Alto Balsas hablan de ella con gran familiaridad considerándola como una enfermedad muy frecuente. Los médicos indígenas especializados en tratar esta afección son numerosos, sin embargo, nos limitaremos a comunicar solamente la experiencia de la chamán Doña María “Virgen”.

En general, se considera que esta enfermedad es provocada por los “aires”, los cuales se roban el tonalli o la “sombra” produciendo manifestaciones de ansiedad y de depresión. Otras causas del “susto” son: tropezarse, caerse de un burro o de un asno, encontrarse una culebra, ser atropellado, quemarse con fuego, ser arrastrado por el río y matar a un tipo de hormigas denominadas zontetas.

Los síntomas son: desesperanza, fiebre, mialgias y artralgias (resistentes a los analgésicos), tristeza, pesadillas, hiporexia o anorexia, abulia, palidez, pesadez, disgusto e inquietud.

Existen diferentes clases de “susto”:

- Si el enfermo sufrió el “susto” de noche, hay insomnio, hiporexia, fiebre e incluso puede tener alucinaciones en la oscuridad.

- Según el tipo de “aires” implicados en la etiología. Por ejemplo, los “aires del agua” provocan la sensación de tener el estómago inflado.
- Si es debido a la falta de respeto a las hormigas, como por ejemplo quemarlas, la sangre se calienta y aparecen erupciones en la piel tipo sarpullido.

Además, hay una serie de enfermedades en relación con el “susto”:

Yolcocolistli: es una enfermedad considerada fría, se acompaña de una sensación de dolor y de quemadura en el pecho y en el corazón. También se manifiesta mediante fiebre y dolor en la espalda. “Es como un golpe que pega en dos partes del cuerpo”. El tratamiento consiste en un triple masaje con alcohol y palo de Brasil, acompañado de oraciones y de una “limpia” o purificación con un puñado de yerbas y un huevo. Si la enfermedad proviene de una maldad, hay que encender velas. Debido a los muertos omnipresentes: “los difuntos se llevan el espíritu para que alguien se enferme. Como el difunto te quería, quiere llevarte con él”. Los síntomas son cefalea y dolores en el pecho. Para curarse hay que ir a la tumba del difunto, hacerle una ofrenda y pedirle que deje en paz al enfermo.

Epilepsia: también está en relación con los malos “aires”. En náhuatl la gente dice: *Ocasic yeyecatl*, lo agarró el aire.

La locura o papayotzin: las personas pueden enloquecer debido a los “aires” o a la brujería.

Tratamiento ritual: Con respecto al tratamiento existe la noción de prevención en el sentido de que debe iniciarse rápidamente, pues de lo contrario, será más difícil erradicar la enfermedad. Se cree que si el individuo no se cura pronto puede volverse diabético. Se considera necesario tratar esta enfermedad mediante un ritual que debe realizarse a la misma hora en que la persona se enfermó. Al ritual se le llama “regada” y ello permite que el “tonalli” regrese al enfermo.

Doña María “Virgen” cuya lengua materna es el náhuatl explica así sus capacidades:

Dios me dio para partera, puedo rezar, puedo pintar, puedo coser, puedo rifar, puedo sobar, puedo dar *toma*, curar *daño*. Yo siento cuando al sobar la gente tiene *malbecho*, en mis manos siento como si fueran cabellos que estuviera desenredando y otra gente que no tiene este “Don” no siente nada. A mí, mi sueño me avisa para saber curar. He tomado la *toma* 52 veces, así aprendí a *rifar* con 40 maíces grandes y 20 copalitos en una jícara

de agua. También con las barajas sé rifar. Dios me dio licencia para curar, pero nomás para ayudar a la gente. Yo ya no quiero curar, porque es muy peligroso y muy cansado pues si no cumplo el ayuno puedo enfermarme.

SOBRE LOS AIRES

Como explicamos antes, los “aires” son algunos de los factores que contribuyen a producir la enfermedad del “susto”. Investigando arduamente comprendimos que, en realidad, los “aires” son el vestigio semioculto de las deidades de los antiguos mexicanos. Por ello son tan poderosos y se requieren rituales sofisticados para agradecerlos. Existen “aires” de diferentes tipos, los principales para Doña María “Virgen” son los celestes, los terrestres, los del fuego y los acuáticos. Pensamos que esta clasificación es muy rudimentaria pero nos permite comprender un poco mejor el contexto.

Con una traducción aproximada, presentamos, por orden alfabético, una lista preliminar de los “aires” y de algunos de los síntomas que cada uno de ellos puede causar según mencionó Doña María (ver tabla).

Doña María considera que citlalacruz, citlalcueyo, citlalhuey, estrella y lucero deben invocarse juntos. Dice que los aires se nombran: “como a tus hijos les gritas”. El orden en que se deben nombrar lo determinan las barajas. También explica que la gente puede invocar a los vientos para afectar a terceras personas, cito textualmente:

Tú donde quiera sales y los nombras vientos y yo también me nombras para que ese viento que me agarre; entonces tú estás ayunando, ¿por qué te van a oír los vientos? porque tú con ayuno les gritas y envías la enfermedad. Por eso el vientos todo sabe, vientos te pueden poner con la boca chueca, te pone tu ojo volteado, te pone tu ojo cerrado, te puede poner sordo, vientos todo puede.

Relatos de tres rituales de la “regada”

Los rituales los realizó Doña María para curar a unos enfermos de “susto” o para “levantarle la sombra” como también se le llama a tal ritual.

Una “regada” se realizó para “levantar la sombra” de la suegra de Doña María. En este caso la señora sufrió el “espanto” en la puerta de su casa, frente a su fogón pues estuvo a punto de caerse y quemarse con las brazas, las molestias que esto le ocasionó fueron algunos dolores en los oídos e insomnio. La “regada” se hizo a las nueve de la noche, se

Los Aires

Aire	Traducción	Síntoma	Representación
Achichitzin	Perrito de agua		Perrito
Acóhuatl	Serpiente de agua		Culebrita enroscada
Ahuehuentzin	Viejito del agua		Figurilla masculina
Alagarto	Lagarto		Lagarto
Alamantzin	Viejita del agua		Figurilla femenina
Apiotzin	Pollito de agua		Pollito
Axolotl	Ajolote		Ajolote
Amanca yeyecatl	Aire enfadoso	Enfado	Figurilla masc. y fem.
Chichiltic yeyecatl	Aire rojo	Fiebre	Figurilla masculina
Chicnatipan yeyecame	Aires de arriba		
Chicnatipan chachcaua	Nueve hermanos mayores		
Chicnatipan estrella	Nueve estrella		
Chicntipan señores	Nueve señores		
Chicnatipan tati	Nueve padre		
Citlalcruz	Cruz-estrella	Insomnio	
Citlalcueyo	Estrella grande		
Citlahuey	Estrella grande		
Colotlixayatl	Escorpión	Piquetes en todo el cuerpo	
Costic yeyecatl	Aire amarillo		Figurilla masculina
Couacihuiztli yeyecatl	Aire de dolor de huesos y en todo el cuerpo	Dolor en los pies	Dos culebritas de masa de maíz enroscadas
Cuitlanix yeyecatl	Aire gris		Figurilla femenina
Estrella Inantlil	Madre del fuego		Bolita de masa negra
Icxinecuili	Aire de la constelación del pie torcido	Intenso dolor de vientre	
Iztac yeyecatl	Aire blanco		Figurilla masculina
Lucero	Aire de noche	Muy peligroso, insomnio total	
Morado yeyecatl	Aire morado		Figurilla femenina
Pitsacatl yeyecatl	Aire delgado	Sordera	Figurilla femenina
Pojca o sepozca yeyecatl	Aire entumido	Entumecimiento y dolor del cuerpo	Figurilla masculina
Telsiltic o telsilca yeyecatl	Aire torcido	Se enreda en los pies, impide caminar	Dos culebritas enroscadas
Tlihuehuentzin	Viejito del fuego	Granos en lengua y encías	Muñeco negro, tres patas y cabello corto hecho con masa blanca
Tlilamantzin	Viejita del fuego		Muñeca negra con trenzas hechas de masa blanca

Aire	Traducción	Síntoma	Representación
Tliltic yeyecatl	Aire negro	Sordera, estrabismo	Figurilla femenina
Tomanca yeyecatl	Aire gordo, grueso		
Totonca yeyecatl	Aire caliente	Fiebre	Figurilla mase. y fem..
Xoxoqui yeyecatl	Aire verde		Figurilla mase. y fem..

utilizó una botella llena de agua, sahumero, carbón y copal, dos velas amarillas y algunas ramas de jegüite (planta común). Con masa de maíz se hicieron las representaciones (tamalitos) de los siguientes aires:

- Aires del cielo: Citlalacruz, Citlalhuei, Citlalcueyo, Lucero, Estrella,
- Tomanca yeyecatl, Pitsacatl yeyecatl.
- Aires de la tierra: Couasihuitli yeyecatl, Ixinecuili.
- Figurillas masculinas: Xoxoqui yeyecatl, Costic yeyecatl, Iztac yeyecatl, Cuitlanix yeyecatl, Totonca yeyecatl, Amanca yeyecatl.
- Figurillas femeninas: Tliltic yeyecatl, Pitsacatl yeyecatl, Morado yeyecatl, Cuitlanix yeyecatl, Totonca yeyecatl, Alamantzin.

Luego persignó la cabeza de la enferma con un jegüite y rezando un “Credo” frotó todo el cuerpo de la enferma con la misma plantita.

Sahumó tres veces todo el cuerpo de la paciente y sosteniendo un plato con los “tamalitos” en la cabeza de la enferma, rezó un “Padre Nuestro”. Persignó a la enferma con la botella de agua. Acomodó los “tamalitos” dentro de un hemicírculo formado con el jegüite y también colocó las dos velas y la botella. Llamó a los aires, nombrándolos en orden. Después rezó la siguiente oración al mismo tiempo que iba sahumando:

Que se reúnan todos para comer.

Les voy a dar donde tienen hambre, donde tienen sed.

Me voy a parar en la tierra negra y tierra ceniza, tierra roja, para que reciban todo, ¡qué cosa traje!

Ustedes, ¿dónde están? ese persona, me vine a parar para que lo dejen, que lo suelten, no lo estén agarrando, no es de ustedes.

Que se baje su sombra, no nomás se va a perder, como ustedes se van a componer, aquí está su agua, yo quiero que me oigan, que me entiendan, que suelten su sombra.

Por eso les doy su comida, no se va a echar a perder.

Tomó agua de la botella y sopló “en cruz”, esto es, desde los cuatro puntos cardinales hacia el centro. Finalmente, con el agua restante en

la botella, le sopló, de la misma forma, a la enferma. El viejito de la lumbre.

Otro caso interesante es el de la señora Felicitas que se “espantó” frente al tlicomil (fogón). Estaba tratando de encender la lumbre, pero la leña estaba húmeda y no podía prenderla rápido, entonces golpeó al tlicomil: “recio como si estuviera quebrando panela, por eso el Tlahuehuentzin (el viejito de la lumbre) se enfadó y agarró su sombra”.

María explica que a consecuencia de esto le brotaron granos en la lengua y en las encías, granos que aparecen y desaparecen. Esta enfermedad es considerada como caliente.

Pararegar a esta señora, Doña María acató las instrucciones que siguen: Utilizó cuatro “tamalitos” hechos con masa pintada de negro con el tizne de abajo del comal: Tlilchichiltic (el rojo del fuego) y Tlilamantzin (la viejita del fuego), son dos figuritas, muñecas negras pero con las trenzas de masa blanca; Tlihuehuentzin (el viejito del fuego), es un muñeco con tres patas y el cabello corto, hecho con masa blanca; y una figurilla de la Inantlitl (la mamá del fuego) representada con una bolita de masa negra. Hirvió esas figuritas y las puso en un plato. Utilizó también una vela, una botella con agua, un sahumero, carbón, copal y un poco de jehuite para formar, con él, un hemiciclo. Colocó todos estos elementos en el altar, persignó el plato con los tamalitos y le rezó un Padre nuestro, se persignó, rezó un Credo, se persignó y pidió permiso a Dios para hacer la curación. A la paciente que estaba recostada en su cama, le persignó la cabeza con el plato, le rezó un Padre nuestro sosteniendo el plato en su frente; la persignó y le frotó todo el cuerpo con el jehuite al mismo tiempo que les hablaba y les rezaba a los aires. Después colocó el medio círculo de jehuite sobre las tres piedras del tlicomitl, con la apertura hacia el Norte. En el centro del hemiciclo puso la vela, la botella y la figurita de la Inantlitl, en un costado colocó al Tlilchichiltic y en el otro a la Tlilamantzin, cada uno sobre una de las piedras del tlicomitl, al Tlihuehuentzin lo puso en la piedra restante que quedaba en el lado opuesto a la apertura del semicírculo. Les gritó seis veces a los aires. Encendió el copal que estaba en el sahumero, con el humo dibujó dos círculos, uno partiendo de la botella a la derecha y el otro de la botella hacia la izquierda, dibujó también tres líneas partiendo de la botella al Tlihuehuentzin, rezó un Padre nuestro y tres credos sosteniendo quieto el sahumero, les gritó una vez más a los aires y roció un poco del agua de la botella sobre el jehuite.

Instrucciones para otra "regada"

La señora Felicitas fue a "leñar" (recolectar leños pequeños) a la orilla de la barranca, se asustó con unos burros que casi la atropellan. Se resbaló y cayó cerca de un hormiguero de hormigas rojas. Las molestias ocasionadas por esto fueron dolor en sus pies y piernas, "un dolor torcido".

Para esta ocasión se prepararon seis tamalitos mujeres: Xoxoqui yeyecatl, Morado yeyecatl, Cuitlanix yeyecatl, Tetsilca yeyecatl, Icxinecuili, Totonca yeyecatl, y seis tamalitos hombres: Costic yeyecatl, Pojca yeyecatl, Tetsilca yeyecatl (dos culebritas enroscadas) Amanca yeyecatl, Sepoca yeyecatl y Chichiltic yeyecatl.

Al Couasihuitztl yeyecatl se le representó con una culebrita enroscada. A los Chicnaticpan que son los "aires de arriba", los mencionó aparte.

También se utilizó jehuite para hacer el semicírculo, una botella con agua, una vela, maíz molido, carbón, copal y sahumerio. Llegando al lugar señalado, en el que se "espantó" la señora Felicitas, se hizo una primera llamada a los "aires". Mientras colocaba el jehuite y los "tamalitos", sahumó tres veces en línea recta partiendo de la apertura del arco de jehuite hacia el centro del mismo. Les "gritó" y les sahumó tres veces de esa forma, rezó tres veces el "Señor mío", tres veces el Credo y echó el maíz molido sobre el jehuite, gritándoles a los aires:

Que se baje su sombra, que no lo estén agarrando, yo por eso les vengo a dar de comer, donde tienen hambre, donde tienen sed.

Por su parte (del enfermo) me vine a parar aquí, yo también quiero que me entiendan, que me oigan. Después se sopló el agua en cruz sobre los tamalitos y el jehuite. Regresando a casa de la enferma, quien permaneció acostada, se le roció en cruz con el agua de la botella, se le sahumó todo el cuerpo, primero acostada y después de pie, se sahumó alrededor de sus pies y rodillas, después permaneció un rato más en la cama y así terminó el ritual. Los aires implicados en este caso y a los que se les ruega alivien a la paciente tienen nombres y representaciones relacionadas con lo torcido, son aquellos que impiden el caminar. Recuérdese que la paciente mencionaba un "dolor torcido".

CONCLUSIONES

La interpretación correcta de los rituales terapéuticos arriba descritos requiere de mayor estudio. La complejidad semántica de los procedimientos impide al observador aprehenderlos integralmente, sin embar-



go y a pesar de la parcialidad de nuestras apreciaciones, resulta claro que en la población estudiada existen marcadas diferencias con respecto a occidente en la expresión cultural de sus infortunios; que para abordar esta nosología indígena es preciso conocer su cultura, sus tradiciones y su religión y que los rituales terapéuticos utilizados por los médicos tradicionales tienen un profundo sentido para la comunidad brindando por ello buenos resultados.

Publicado en: *Psicopatología* (junto con Cristina Chávez Alvarado), 2000, vol. 20, número 2, pp. 120-134.





De la variabilidad nosológica: el caso de los nahuas de Guerrero en México

INTRODUCCIÓN

Desde este *orbis novus* queremos contribuir a la creación del primer glosario latinoamericano de psiquiatría. Hay que resaltar que América Latina representa la confluencia de la fuerza creadora, la imaginación, la pasión, la vitalidad, la razón, la cultura y la ciencia, todas vertidas en un mismo crisol, desafiando, con la mirada puesta en el futuro, los criterios reductores y parcelarios del conocimiento. Aunque está claro que el chileno Bilbao - el primero en hablar de América Latina en una conferencia dada en París en 1856 - entendía el término América Latina como un paradigma de identidad anticolonial y antiimperialista, nuestro propósito va más allá de las pugnas entre sajonismo y latinidad. Consideramos que el fruto de estos trabajos será una contribución de “Nuestra América Mestiza” (Martí), una contribución abierta y generosa que espera una respuesta recíproca del resto del mundo. Desde el continente de las posibilidades, desde la tierra del futuro, sin escamotear el presente, queremos contribuir a forjar el paradigma de la futuridad americana. Participamos en este proyecto con la convicción no de la América inventada de O’Gorman sino de una América creativa, que da forma al mestizaje y que lucha por mestizar lo occidental con lo no occidental. Con la convicción de formar parte de una sociedad “indo-hispano-afro-asio-euramericana” queremos fomentar el intercambio científico y cultural así como el mestizaje de los mestizajes culturales y científicos.



ONE WORLD, ONE LANGUAGE?

La tentación de poder comunicarse con la humanidad entera utilizando un solo idioma siempre ha fascinado al hombre. Por otra parte, la labor de los traductores ha sido duramente criticada. “Traduttore, traditore”, reza el refrán italiano, dándole el epíteto de traidor al que realiza tal labor, teniendo la certeza de que no dejará incólume el sentido original de aquella obra o frase que intenta traducir.

El ámbito de la medicina y de la psiquiatría no está exento de la problemática inherente a las dificultades de la comunicación. Incluso entre profesionales del mismo ramo, existe el riesgo de los malos entendidos, sobre todo cuando los tópicos en cuestión hacen referencia a un contexto cultural que no es igualmente accesible para los interlocutores. Garrabé de Lara, señala las dificultades que se encuentran al leer la literatura psiquiátrica internacional, sobre todo al intentar traducir exactamente entidades o conceptos relevantes de una a otra de las lenguas científicas internacionales. Menciona, por ejemplo, que los términos que designan a los fenómenos delirantes provocan malentendidos conceptuales graves: en alemán se usan las palabras *delirium*, *wahn*, (ilusión) o *wahnsinn* que también designa al loco; en francés sólo existe una palabra, *délire*, derivada del latín *delirium*. Cabe recordar que la escuela francesa divide a los delirios en agudos y crónicos. En inglés se le denomina *delusion*, lo cual se puede traducir como *idea delirante*. En este último idioma tendríamos dificultades al hablar de *somatic delusion*, puesto que en francés ello corresponde al “sentimiento de transformación corporal” y en alemán al *gefühl körperlicher Veränderung*. Siendo evidente que en estos casos más vale hablar del tipo de delirio al que corresponde el problema en cuestión. Lo anterior, aunado al aumento de los intercambios internacionales y al interés por los estudios transculturales y de epidemiología comparativa, subraya la necesidad de contar con un lenguaje común. Esto ha llevado a pensar que una clasificación internacional única de las enfermedades mentales sería indispensable. Sin embargo, los esfuerzos en este sentido han mostrado que el estudio de las divergencias también es importante para captar mejor los conceptos universales.

La psiquiatría transcultural y la etnopsiquiatría han brindado valiosas aportaciones para la comprensión de la relatividad y de la permanencia de las enfermedades mentales, y le han dado su justo lugar a la relación de los fenómenos de la cultura con los de la naturaleza.

La antropología médica ha permitido la construcción de un nuevo objeto intelectual, la Salud, que reemplaza a la pareja médico/enfermo y ha suscitado el interés conjunto de profesionales de horizontes variados, que en la utilización de los métodos de investigación de la antropología han visto un medio para mejorar la calidad y la difusión de las políticas de salud en el mundo. Aquí conviene tener claro que el mérito de la antropología médica es el de servir “de lazo de unión entre las disciplinas afirmadas, especializadas y por ello desprovistas de la dimensión holística que el estudio de los fenómenos de la salud exige”.

Del encuentro con la antropología cultural, reveladora de otros horizontes, nace la etnopsiquiatría, que en suma corresponde a la aceptación de las “diferencias” en la expresión de la angustia y del sufrimiento, expresión que en sí misma se liga a todo un universo de sentido, a una configuración original de donde toma su especificidad y su valor de comunicación. Sólo la orientación pluridisciplinaria puede restituir su riqueza y su densidad al hecho psicopatológico que es, siempre, de una manera o de otra, un hecho de cultura.

Ya desde aquel famoso viaje de Emil Kraepelin a Java en 1904, en el que funda la “psiquiatría comparada”, se han intentado detectar las variaciones clínicas en la expresión de la psicopatología. Se busca, pues, la permanencia y relatividad de los trastornos mentales.

La cuestión es que las categorías indígenas están lejos de ajustarse a las categorías nosológicas occidentales. El someter a las primeras, a toda costa, a los criterios occidentales, nos lleva a la pérdida paulatina de la riqueza cultural de la humanidad. Ya Pélicier señalaba la importancia de adaptar los datos de la ciencia occidental a las condiciones concretas de las poblaciones abordadas (1982).

La búsqueda obstinada de un discurso universal e invariable, de un verdadero modelo único -exportado, claro está, de Occidente- tal vez no sea, después de todo, el enfoque mejor fundado científicamente en psicopatología (Pewzner-Apeloig, 1993).

Una aproximación correcta a las nosologías indígenas, de acuerdo con Rechtman, debe incluir el estudio antropológico del conjunto del sistema cultural. Ello evitará interpretaciones miopes o equivocadas. También conviene recordar que Devereux consideraba como imposible disociar el estudio del psiquismo del de la cultura, pues ambos son “coemergentes”.

Por otra parte, hay que señalar que la necesidad de articular la dicotomía entre la enfermedad mental y la física nace más como un reflejo del consenso occidental que de la orientación de las sociedades llamadas tradicionales o no occidentales. En estas últimas, la etiología de las enfermedades propicia la fusión de los estados físicos y emocionales. Como ejemplo hay que recordar el enfoque holístico característico de la medicina prehispánica mesoamericana.

En el mundo cambiante de las neurociencias también la patoplastia cultural ha ido tomando su justo lugar. Esto se refleja en la inclusión de propuestas culturales en los manuales diagnósticos modernos. Bajo el impulso del Prof. Mezzich y del grupo: “Cultura y Diagnóstico”, se ha estado incluyendo una validación cultural en las clasificaciones diagnósticas. En el DSM-IV ya se reconoce la relevancia de las consideraciones étnicas y culturales en la evaluación psiquiátrica, y el ICD-10 tiene un apéndice que trata de los trastornos específicos de determinadas culturas en donde se describen doce síndromes principales.

Los conceptos acerca de la salud y de la enfermedad son la parte medular del sistema médico de cualquier cultura. Las estructuras etiológicas explican qué (gérmenes, restos alimenticios inadecuados o desequilibrios de los elementos fríos y calientes), cómo o quién (fuerzas espirituales o invisibles tales como las brujas, la pérdida del alma o el mal de ojo) causa la enfermedad. El sistema teórico de la enfermedad es entonces un sistema conceptual, parte de la orientación cognitiva de los miembros del grupo. Esto tiene que ver con la clasificación, las explicaciones, las causas y efectos de los padecimientos (Foster y Anderson, 1978).

América latina es un área modelo en donde se puede investigar el origen, la transmisión y la difusión de las creencias y prácticas etnomédicas.

Tomando en consideración estos conceptos y con el afán de apuntalar la importancia de darle su justo valor a las clasificaciones indígenas presentaremos sucintamente algunos resultados de una investigación etnopsiquiátrica. Evidentemente, ésta síntesis no permite comprender a fondo la cosmovisión del grupo étnico estudiado.

LA REGIÓN DEL ALTO BALSAS EN MÉXICO

Para señalar la variabilidad nosológica mostraremos aquí el caso de los nahuas del estado de Guerrero en el centro de la república mexicana. Este trabajo forma parte de una investigación etnopsiquiátrica realizada en las comunidades del Alto Balsas del municipio de Tepecoacuilco de Trujano, Guerrero.

La base de esta investigación cualitativa fue la etnografía, el trabajo de campo, la observación participante y la realización de entrevistas a profundidad. Para valorar la persistencia de las prácticas de medicina tradicional se consultaron documentos etnohistóricos. Durante un total de 9 meses de trabajo de campo, efectuado de manera discontinua entre 1995 y 1997, se realizaron 184 entrevistas a profundidad. Para elegir a los informantes clave se utilizaron estrategias de muestreo deliberado o intencional tales como la llamada “bola de nieve”, que permite aprovechar las redes sociales establecidas para llegar a los informantes clave. Las características de la población estudiada no permitieron la aplicación de entrevistas estructuradas. La mayor parte de las entrevistas fueron grabadas, y el resto se anotó en el diario de campo. Además se hizo el registro en video de varios rituales terapéuticos.

LA NOSOLOGÍA NAHUA

La clasificación actual de las enfermedades en la zona del Alto Balsas obedece al esquema frío-calor. Esta clasificación va de lo menos frío a lo más caliente y el remedio o tratamiento será el de aplicar alguna sustancia con propiedades opuestas a las de la enfermedad. En estas comunidades, en general, existe una división clara de las enfermedades. Estas son “naturales”, que requieren un tratamiento médico moderno, o bien “domésticas”, las cuales solamente se curan de manera ritual gracias a algún médico indígena. En función de lo anterior, las enfermedades también se clasifican en aquellas enviadas por Dios (naturales) y aquellas que provienen del Diablo o que se deben a la brujería y/o a las envidias (domésticas). Mencionaremos algunas patologías “domésticas” que en este estudio nos parecieron interesantes:

El “susto o “espanto”, onomuji

La pérdida del tonalli es lo que origina una enfermedad conocida desde la época pre-hispánica como tetonalcahualiztli y que hoy en día es co-

nocido como “susto o espanto”. Para los antiguos mexicanos el tonalli, palabra derivada del verbo tona tenía los significados siguientes: irradiar, calor solar, verano, día, destino, alma y espíritu. La pérdida del tonalli podía ser causada por el corte de los cabellos de la fontanela, por actos físicos violentos, por miedo intenso o por una impresión fuerte y súbita. Para la mentalidad occidental de los conquistadores, el “susto” correspondía a la pérdida del alma de los católicos pero para los nahuas, el tonalli sólo correspondía a una de entre varias entidades anímicas. Los signos y los síntomas de la pérdida del tonalli eran pérdida del vigor, palidez, fiebre, hiporexia, hipersomnio o insomnio y pérdida del brillo de la mirada. Esta sintomatología no era inmediata: el enfermo sentía poco a poco las consecuencias del accidente y si no se atendía la enfermedad avanzaba hasta producir la muerte.

G. Foster considera que el complejo nosológico del “susto” no solo se encuentra entre los nahuas, sino también entre los zapotecas, los tarahumaras, los popolucas y otros pueblos contemporáneos. Dentro de los criterios diagnósticos de investigación de la CIE 10 se menciona al “susto” como una afección somática atribuida a la “pérdida del alma” inducida por un temor intenso, frecuentemente sobrenatural. Esta enfermedad epidémica de origen prehispánico aún conserva su vigor. Casi todas las personas que entrevistamos en el Alto Balsas hablan de ella con gran familiaridad, considerándola como una enfermedad muy frecuente. Son numerosos los médicos indígenas especializados en tratar esta afección. Se considera que esta enfermedad es provocada por los “aires” que roban el tonalli o la “sombra” reproduciendo manifestaciones de ansiedad y de depresión. Otras circunstancias que precipitan el “susto” son: tropezarse, caerse de un burro, encontrarse una culebra, ser atropellado, quemarse con fuego, ser arrastrado por el río y matar a un tipo de hormigas denominadas zontetas. En general, los síntomas son: desesperanza, fiebre, mialgias y artralgias (resistentes a los analgésicos), tristeza, pesadillas, hiporexia o anorexia, abulia, palidez, pesadez, disgusto e inquietud.

Existen diferentes clases de “susto”: Si el enfermo sufrió el susto de noche, hay insomnio, hiporexia, fiebre e incluso puede tener alucinaciones en la oscuridad. Según el tipo de “aires” implicados en la etiología. Por ejemplo, los “aires del agua” provocan la sensación de tener el estómago inflado. Si es debido a la falta de respeto a las hormigas, quemarlas por

ejemplo, “la sangre se calienta” y aparecen erupciones en la piel de tipo sarpullido.

Con respecto al tratamiento, existe la noción de prevención, en el sentido de que éste debe iniciarse rápidamente, pues de lo contrario, será más difícil erradicar la enfermedad. Se cree que si el individuo no se cura pronto puede volverse diabético. Se considera necesario tratar esta enfermedad mediante un ritual que debe realizarse a la misma hora en que la persona se enfermó. Al ritual se le llama “regada” y ello permite que el tonalli regrese al enfermo.

La “regada” consiste en una serie de oraciones en español y en náhuatl; se prepara un “huentli” u ofrenda: figurillas con masa de maíz que pueden ser de 6 a 12 masculinas y otras tantas femeninas, las cuales se colocan respetando los puntos cardinales dentro de un hemicírculo hecho de plantas en donde se hacen sahumerios con una resina aromática llamada copal, y hacia donde se arroja agua bendita. Es decir, se “riega” desde los 4 puntos cardinales hacia el centro. Esto hace evidente la persistencia de la importancia de los puntos cardinales de la cosmovisión prehispánica en relación con los rituales terapéuticos actuales. A cada figurilla que representa a los “aires” se le reza una estación del rosario. Es peligroso acercarse o pasar cerca del lugar, porque entonces uno puede perder la “sombra” y enfermarse.

El coacihuiztli

Esta enfermedad es la materialización de los malos pensamientos de una persona que ha nacido con el don de “arrojar” esta enfermedad. Se trata de personas muy envidiosas. El coacihuiztli es una enfermedad caliente y contagiosa que puede recidivar. Consideran que ciertas personas tienen el poder de transmitir esta enfermedad a un número limitado de personas, como máximo a diez personas. Cuando “le hacen el mal” a un número mayor de personas se pueden quedar inválidos o incluso morir.

Pueden servirse de oraciones y de ayuno para enviar el coacihuiztli. Éste puede transmitirse soplando.

Algunas personas son capaces de percibir la presencia de tal enfermedad cuando está flotando en el aire, y ven unas pequeñas flamas como si fueran luciérnagas. Pueden dejar la enfermedad en cualquier lugar, en una silla, en el aire, en los caminos... Incluso la pueden transmitir al saludar con la mano. Uno puede contagiarse en cualquier lugar y momento.

Los síntomas son que el enfermo se siente desesperado, presenta anorexia, dolor de huesos, dolor en la planta del pie, mialgias y artralgias, problemas respiratorios, inflamación generalizada, eczema, insomnio, disuria e incapacidad deambulatoria. Incluso puede enloquecer. “Es como si de repente te clavaran un clavo en la planta del pie. Sientes que te pica, ya no puedes caminar. Es como el cáncer, comienza en los pies y poco a poco sube hasta que llega al corazón y súbitamente, te mueres. En donde empezó la enfermedad se hincha, ya sea en los pies, en los brazos... Al enfermo le duele todo. Cuando la enfermedad ya los invadió lloran y gritan, la enfermedad está viva. Ya que avanza aparecen granos”.

Hay dos subtipos: directa, cuando alguien odia a una persona y le manda la brujería, e indirecta, cuando alguien echa la enfermedad en los caminos y otro que tiene la mala suerte de pasar por allí la recoge.

El diagnóstico se hace mediante los sueños o dándole masaje al enfermo. No encontramos la ‘diferencia entre el coacihuiztli y “echar chapulín”, la “cochinada” o lo “ajeno”.

El tratamiento consiste en dar masaje con la saliva del curandero. También se utiliza un alucinógeno llamado tlapatli o San José mezclado y molido con un hueso de aguacate, a lo cual se agregan dos dientes de ajo. También se puede dar masaje con la hierba llamada San Pedro Tenexiatl pero no se administra en forma de brebaje.

Al parecer existe una forma de coacihuiztli que es externa, la cual provoca la aparición de granos, y otra forma interna llamada yeyecoacihuiztli. El yeyecoacihuiztli se echan el aire, es un mal “aire”. Se manifiesta en forma de desesperanza, y hay flemas verdes, babeo, dolor de huesos, hiporexia, gastritis, náuseas, fiebre “mansa”, escalofríos, insomnio y tristeza inmensa. Se presenta a cualquier edad. Esta variedad se trata con la “toma”, una bebida preparada con plantas psicotrópicas y cuya utilización ya hemos descrito.

Topontli

Esta enfermedad, al igual que la anterior, se puede enviar por el aire. Los “cuates” o gemelos bivitelinos pueden causarla cuando están enojados arrojando el topontli o “bola”. En náhuatl topontli significa explotar. Tiene la particularidad de que, mientras uno de los gemelos es el que produce la enfermedad, el otro es el que la cura.

Aquel al que le envían la enfermedad presenta “bolas en la cabeza”, pequeñas tumoraciones detrás de las orejas, en el cuello, en las axilas o en la región inguinal, tiene escalofríos y en general presenta una inflamación ganglionar. Puede ser mortal. Si el enfermo no es atendido las tumefacciones “explotan”, brotando pus.

Para tratar esta enfermedad el gemelo “bueno”, con su propia saliva, debe darle masaje al enfermo.

Tetlanonoxilia o “cochinada”

Existen diferentes maneras de denominar a la brujería. A éste tipo de “maleficio” también se le llama “ajeno”. La “cochinada” es una enfermedad enviada por personas llamadas tlamínque o chapulineros, es decir, aquellos que pueden arrojar “chapulines”, tomando como referencia al insecto que brinca de repente. Se considera que estas personas pueden transmitir la enfermedad por medio de la comida o de la bebida que consumirán aquellos a los cuales odian. Incluso pueden arrojarles la enfermedad en el aire. Estos enfermos pueden llegar a enloquecer.

Para provocar la “cochinada” existen muchas formas:

- Colocar tierra de tres cementerios diferentes delante de la puerta de la casa de la persona a la que se quiere hacer el mal. La tierra puede ser del camposanto o del lugar en donde hayan matado a alguien.
- Con las 7 sales. Sal tomada de 7 bodas o de 7 cantinas. Se ayuna y hay que rezarle una oración a la sal diciéndole: “te voy a dejar en la casa de fulano para que ya no le quede nada, para que tenga mala suerte en su trabajo”.
- Enterrar en el cementerio alguna prenda de la persona odiada con espinas de “órgano” (una especie de cactus).
- *Chihuilizque*: Cuando se detesta a alguien se fabrica el chihuilizque, una figurilla o muñeca de tela con la ropa del destinatario. La muñeca que representa al enfermo, se coloca en un horno y se le agregan 7 espinas de pescado tipo huauchinango y algunas veladoras. Además hay que rezar varias oraciones, y se considera que de esta manera se puede lograr matar a alguien. También se pueden encajar agujas en la muñeca y así se entierra bajo la cama del destinatario.
- Saludando de mano o dando un abrazo.
- *Mitznochilis*, lo que significa que te “amarran” cuando solicitan los servicios de alguien para que te enfermes. De esta manera “amarran” al

enfermo y le suprimen la capacidad de dormir. “No duermes, te la pasas hablando, es como si te robaran el sueño.”

- *Oquitlabualticali*, que significa “alguien le dio de comer para que se amanse.” Algunas mujeres se sirven de su flujo menstrual, de su sudor o de la suciedad de sus pies para realizar este encantamiento. Ponen lo anterior en un algodón, el cual mezclan con el café que le van a dar de tomar a su hombre. Este rápidamente se enamora.

Hay mujeres que utilizan “hueso de muerto”, el cual dan al desafortunado después de que ellas ayunaron y rezaron. Algunos hombres opinan que éste procedimiento puede provocar la locura del destinatario, pues se vuelven incapaces de olvidar a la mujer que les hizo esto. “Si la mujer los abandona enloquecen, no pueden evitar el pensar en ella”.

Los síntomas son tos, dolores abdominales, anorexia, sensación de muerte y, en casos extremos, la locura. El tratamiento consiste en administrar “la toma”, bebida preparada con plantas psicotrópicas como el *cecetzin* o el *tlacopactli*. Otra alternativa para tratar al enamorado es ayunar y darle un remedio preparado a base de diferentes tipos de avispas. Se considera que de esta manera se le transmitirá el coraje que estos insectos manifiestan cuando los molestan.

El mal de ojo

Algunos autores consideran que esta creencia tiene origen europeo, dado que se le encuentra extendida en España, en algunas regiones rurales de Francia, en el sur de Italia, en Europa del este y en Turquía. Sin embargo, también se trata de una creencia prehispánica.

Habría que pensar en los fenómenos universales, en los arquetipos de la enfermedad. En la época prehispánica esta creencia podía ser causada por los *ixchicauhque*, es decir aquellos que tenían la “mirada pesada”. El paciente afectado por el “mal de ojo” presentaba los siguientes síntomas: enrojecimiento de los ojos, lloriqueos, debilitamiento progresivo, tristeza, y finalmente la muerte. Todo ello era provocado por la mirada de alguien sobrecargado de energía sobre alguien desprovisto de ella.

Actualmente en la región del Alto Balsas existen dos tipos de “mal de ojo”: *Ixtencualolixtli*: el “mal de ojo” que ataca a los adultos. Los ojos se enrojecen y hay muchas secreciones purulentas, es asociado con la época de lluvias. “Daño” o *tlaxuubliztli*: él “mal de ojo” de los niños. Los infantes presentan llanto, secreciones purulentas en los ojos, mialgias y

fiebre. Es una enfermedad “caliente”. Los pobladores consideran que cuando un infante les gusta, se le calienta la sangre y no deja de llorar. “Es muy fácil hacerles daño, nada más porque te gustan y tienes ganas de abrazarlos, si no te dejan hacerlo empiezan a llorar desconsolados”. El tratamiento consiste en frotarlos con mezcal o alcohol, aceite rosado, sal y una yerba aromática llamada epazote.

Tlayocoya: tristeza o duelo

Es una enfermedad que se adquiere al perder a un ser querido. Los síntomas son dolores difusos, cólicos, hematómesis y muerte. El tratamiento se realiza con una planta llamada sávila o caxtilamexcali. “En el estómago se hace una bola de sangre, la misma sangre explota en el corazón. El médico no puede curarlo, sólo se cura con plantas, con caxtilamexcali.”

El “coraje”

Los habitantes consideran que enojarse frecuentemente, sobre todo con la pareja en el momento de la comida, causa mucho daño.

Enfermedades propias de los naguales

Oquiyolcuaque: significa que “le mataron, comieron o robaron su corazón”. Es un encantamiento mortal. Hay que recordar que el corazón, en la época prehispánica, alojaba a una importante entidad anímica, la cual se ocupaba de la vida de relación.

Ocaciqueiscuintzin: significa que “le atraparon su animalito”. Hay llanto y también puede conducir a la muerte. Los pobladores creen que los naguales son personas con poderes extraordinarios.

El nagualismo es uno de los conceptos más fascinantes de la cosmovisión mesoamericana. La creencia en la existencia dual de algunos individuos hombre/animal no es exclusiva de México, aunque la elección del tipo de bestia cambia según el área cultural: basta recordar la licantrópía en Europa. El nagual, según la personalidad que utilizara, podía realizar funciones diferentes: como médico curaba; como tlacihqui desencadenaba la lluvia; como *teciutlazqui* o “granicero” desviaba de los sembradíos granizos y heladas; como *tlacatecólotl*, era peligrosamente maléfico, se transformaba en búho o mochuelo y en otras fieras, y en tan insólita forma provocaba males y enfermedades. Otras personalidades del nagual eran las de *teyolocuanes* y *tlachihuianes*, que son los que obraban con hechizos contra el corazón y vida de los

hombres. La fama del nagual aún perdura entre los médicos indígenas contemporáneos, que llevan la misma denominación.

CONCLUSIONES

La somera descripción de la nosología nahua que hemos presentado permite constatar la dificultad de fundir las categorías indígenas, cuando se respeta su originalidad cultural (aunque pueda parecer extraño para los espíritus neo-positivistas), con los criterios diagnósticos occidentales en boga.

El ejemplo citado demuestra que la diversidad de expresión de las manifestaciones psicopatológicas vuelve caduca la adopción de un modelo único y universal de descripción, clasificación e interpretación de los trastornos mentales. La interpretación en psicopatología debe darse en el contexto de una tradición. Sin tomar la postura de un radical relativismo cultural que descarte la totalidad de los avances de la psiquiatría occidental, estamos de acuerdo con la noción de que los factores culturales influyen en el funcionamiento mental y afectan la naturaleza y el curso de los trastornos psiquiátricos. El conocimiento de la diversidad cultural, así como la incorporación de nosologías “otras”, permitirá una mejor comprensión y tratamiento de los diferentes modos de enfermar del ser humano. La iniciativa de incluir una guía de formulación cultural en los manuales diagnósticos para brindar al clínico herramientas útiles para comprender la identidad y el contexto cultural del paciente, así como el “sentido” de su enfermedad y la relación médico-paciente, permite un abordaje integral del ser humano que sufre. Por ello es absolutamente necesario seguir trabajando bajo esta perspectiva. La propuesta de una explicación idiográfica formal debe enriquecer los sistemas diagnósticos multiaxiales.

El proyecto del primer glosario latinoamericano de psiquiatría no sólo es una iniciativa loable, sino que merece todo el esfuerzo por parte de los profesionales de la salud mental del hemisferio con el objeto de ver culminado este trabajo.

Si nous ne changeons pas la maison commune, nous n'y absorberons pas les autres cultures que nous ne pouvons plus dominer et nous serons à jamais incapables d'y accueillir cet environnement que nous ne pouvons plus maîtriser.

Publicado en: *Investigación en salud* (junto con Cristina Chávez Alvarado), 1999, año 1, número 2, pp. 87-93



Mayaxiákame

El concepto de “enfermedad mental” entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños, Jalisco, México*

INTRODUCCIÓN

La etnopsiquiatría es una disciplina con la cualidad de posibilitar aportes para la comprensión de las enfermedades mentales en su dimensión social y cultural, así como para adecuar sus esquemas de tratamiento y clasificación a las particularidades de nuestra propia población, tanto en los ámbitos regional, nacional como latinoamericano.

América Latina se caracteriza por una diversidad cultural que a veces resulta ajena a nuestra sociedad cada vez más “occidentalizada”. Nuestra propuesta de trabajo, que poco a poco se ha ido formando y puesto en marcha, tiene como objetivo general la creación de la primera unidad de consulta y de investigación etnopsiquiátrica destinada a atender a la población indígena – huicholes, nahuas, purépechas y otras minorías étnicas- y campesina que acude a los hospitales civiles de Guadalajara.

Es importante señalar que la propuesta de esta unidad, contrariamente a lo que se podría esperar, tuvo una buena recepción entre los médicos y directivos del Hospital Civil; no obstante, no se ha logrado establecer un flujo regular de pacientes que soliciten este tipo de atención. Resultó sorprendente para nosotros notar que la población indígena huichola no

* Equipo de investigación: Sergio Javier Villaseñor Bayardo, responsable. Psicólogas: Marta Patricia Aceves Pulido, Marisol Sánchez Cortés, Myriam Noemí Quezada Ramírez, Karla Corona Kiyota y Mayra Moreno Barajas. Médicos: José Refugio Reyes Rivas, Alma Baena Zúñiga y Ricardo Virgen.



estuviera muy interesada en este servicio. Esto se explica por la lejanía del hospital respecto a las comunidades indígenas y por su concepción holística del hombre. Ellos no conciben a las “enfermedades mentales” separadas del resto de los padecimientos.

En este trabajo preliminar queremos dar a conocer algunos avances de la investigación realizada mediante trabajo de campo y una serie de entrevistas en Tuxpan de Bolaños, Jalisco. Esto pretende contribuir al conocimiento y descripción de la nosología indígena regional y del tratamiento tradicional de las “enfermedades mentales”. En particular pretendemos conocer el concepto de “enfermedad mental” de los huicholes que habitan en esta zona.

PANORAMA GENERAL

En Jalisco se encuentra asentada la mayoría de la población huichol o, como es mejor llamarla, wixárika. Existen varias organizaciones, tanto civiles como gubernamentales, que trabajan con ellos.

Nuestro primer acercamiento con los habitantes de Tuxpan de Bolaños lo logramos gracias al contacto con la Asociación Jalisciense de Apoyo a Grupos Indígenas (AJAGI), en una manifestación en la plaza de la liberación en el centro de Guadalajara. Allí conocimos a don Juan Bañuelos, que era gobernador de la población, y al ingeniero José de Jesús González de la Cruz, “Yauka”.

Ellos, desde el inicio, mostraron una gran apertura hacia nosotros y hacia nuestro trabajo. La primera vez que visitamos la comunidad también percibimos una apertura aparente. Cabe destacar que desde la primera noche fuimos invitados a una ceremonia y nos fue permitido videograbarla. En esa primera visita se nos dio la oportunidad de exponer en público nuestro proyecto, primero ante la comunidad de mujeres, que al parecer comprendió bien nuestro planteamiento de ofrecerles una consulta etnopsiquiátrica, aunque les pareció complicado poder llegar hasta el hospital, y luego ante toda la comunidad que asistió a la casa de reuniones, en donde algunos asistentes se mostraron un poco renuentes al proyecto, sobre todo algunos *maarakames* o chamanes. Sin embargo, en general, parecían tolerar nuestra presencia y aceptar participar en las entrevistas.

A pesar de la recepción, la realización de las entrevistas fue lenta en las primeras etapas. Parecía que querían asegurarse de no correr ningún riesgo al depositar su confianza en unos *teiguaris* (mestizos) extraños.

DATOS ETNOGRÁFICOS

Jalisco cuenta con una basta diversidad étnica. Según datos del INEGI, XII Censo de Población y Vivienda 2000, 0.7 por ciento de la población (39 259) habla 63 diferentes lenguas indígenas. Y en nuestro estado se encuentra asentada la mayoría de la población Wixárika o huichol del país. La lengua wixárika es la primera de las diez más habladas en Jalisco.

Los municipios con mayor porcentaje de población que habla una lengua indígena son Mezquitic (64.75 por ciento), Bolaños (8.35), Huejuquilla el Alto (5.07), Villa Guerrero (3.4), El Grullo (3.03) y San Martín de Bolaños (1.64).

Estos municipios, excepto El Grullo, comprenden la zona huichol de Jalisco.

Tuxpan de Bolaños es considerada una de las cabeceras dentro de la organización wixárika; es uno de los cinco poblados donde se encuentran los gobiernos tradicionales. Las cabeceras que pertenecen a Jalisco son: Santa Catarina Cuexcomatlán, San Sebastián Teponahuatlán y San Andrés Cohamiata (Rajsbaum. 1994). En estos centros se toman las decisiones políticas y se llevan a cabo las ceremonias tradicionales en las que participan los habitantes y los indígenas que viven en los “ranchos” ubicados en los alrededores. Es importante señalar que en los tiempos de siembra o de las “fiestas” familiares, los habitantes se trasladan a sus “ranchos”, ubicados en las cercanías, y dejan a Tuxpan de Bolaños un poco desolado; sin embargo, en tiempo de “secas” (invierno) los pobladores se quedan en la cabecera, que ahora cuenta con los servicios de luz y agua. La temporada de “secas” inicia poco antes de la ceremonia del “cambio de vara”, o cambio del gobierno, que habitualmente es en enero.

El gobierno tradicional se da por “cargos”: gobernador, secretario, juez, capitán y segundo gobernador. Estos son elegidos por los “dioses” a través de los sueños del *karwitero* (consejero). Estos sueños los tiene después de ciertas ceremonias en las que participan el “cantador” o *maarakame* de la comunidad y los “jicareros”, individuos encargados de llevar las “mandas” de toda la comunidad a los diferentes “lugares sagrados”. Estos últimos también son elegidos de la misma forma, pero su cargo dura cinco años, mientras que el de gobernador sólo uno. También hay otros con duración de un año, como el de “mayordomo”, encargado de cuidar a los “dioses” del *kalivwey* (templo), y el de los “tupiles”, quienes cumplen

tareas más concretas y se encuentran al servicio de los gobernantes y del mayordomo. Las personas que forman el consejo de ancianos, hombres de alrededor de cincuenta años de edad en adelante, también tienen peso en las decisiones de la comunidad.

Tanto para ingresar a la comunidad como para realizar cualquier tipo de investigación es necesario que todas las personas con “cargo”, excepto los tupiles, otorguen un permiso. Hay que mencionar que gracias a la buena recepción que tuvimos logramos iniciar la investigación y allegarnos de la información que aquí presentamos.

Toda persona que se dice wixárika reconoce como religión “el costumbre” o “las tradiciones”. Este es un tema demasiado extenso y misterioso para describirlo aquí; sin embargo, “el costumbre” es lo que determina su cosmovisión, su forma de actuar y su concepción acerca de la “enfermedad mental”. Algunas personas incorporan creencias del catolicismo y del cristianismo al “costumbre”.

Este sincretismo entre las culturas, mestiza y wixárika, puede ser observado en las mismas prácticas del “costumbre”.

OBJETIVO GENERAL

La creación de la primera unidad de consulta y de investigación etnopsiquiátrica destinada a atender a la población indígena –huicholes, nahuas, purépechas y otras minorías étnicas– y campesina que acude a los hospitales civiles de Guadalajara.

Objetivo particular

Conocer el concepto de “enfermedad mental” que tiene la comunidad wixárika de Tuxpan de Bolaños, Jalisco.

MATERIAL Y MÉTODO

Se entrevistaron a algunos habitantes adultos de la comunidad wixárika de Tuxpan de Bolaños, Jalisco. Los identificamos como “informantes clave”, a saber, cantadores, jicareros, el kawitero actual, gobernantes, ancianos y personas que tienen algún antecedente familiar relacionado con las enfermedades mentales.

Estos informantes clave fueron reconocidos mediante la observación participante. Se efectuaron 70 entrevistas semiestructuradas, todas grabadas, a excepción de dos.

Los temas que se tocaron en la entrevista semiestructurada fueron cinco: el concepto de la “enfermedad mental”. Su manifestación, la etiología, la clasificación y el tratamiento. Se hicieron aplicaciones piloto de la entrevista. Además de la grabación magnetofónica, también fueron utilizadas cámaras fotográficas y de video para recabar el material, el cual será analizado posteriormente.

RESULTADOS PRELIMINARES

Los resultados que se presentan son preliminares, ya que sólo se analizan nueve de las entrevistas, las cuales fueron elegidas intencionalmente, dado su contenido explícito, claro y representativo.

Explicaremos algunas palabras que se mencionan frecuentemente en las entrevistas.

Castigo = sacrificio
Cantador = curandero = maarakame = médico tradicional
Kierie = toloache = palo loco
Mal Puesta = envidia = embrujo = mal = hechizo
(El) costumbre = las tradición(es)
Riiriki = capilla = templo que se encuentra en cada uno de los ranchos donde hacen sus fiestas

En las entrevistas no se utilizó el concepto de “enfermedad mental”; ellos no tienen una visión fragmentada del hombre como en el mundo occidental, por lo cual no separan cuerpo y mente, o cuerpo y alma, sino que lo conciben como una unidad.

Por ejemplo, ubican lo relacionado con la “mente y el alma” en distintas partes del cuerpo, como el corazón, la cabeza y el estómago.

Por medio de las entrevistas piloto y de las pláticas con algunos miembros de la comunidad, previas a la aplicación de la entrevista, pudimos identificar la palabra mayaxiákame como la equivalente a “loco”. Cabe mencionar que también fueron descritas otras enfermedades que pueden estar muy relacionadas con mayaxiákame por algunas de sus manifestaciones; sin embargo, no son consideradas como “locura”; estas las presentaremos al final. El primero de los rubros es la definición que las personas dan a la palabra mayaxiákame, aspecto que muy pocos pudieron referir. Una de las respuestas dadas en las entrevistas revisadas

fue: “Es una persona que repentinamente pierde su mente o se le van los sentidos [...] sin saber lo que hacen” (Aurelio).

Esto lo mencionamos de manera literal dado que refleja mucho de lo dicho por los otros entrevistados. Otros expresaron diferentes conceptos considerados como sinónimos: borracho, loco, extraviado, distraído de la cabeza.

Los otros temas de la entrevista fueron: la etiología, las manifestaciones, la clasificación y el tratamiento de la “enfermedad mental” llamada *mayaxiákame* por los *wixáritari* (plural de *wixárika*).

En primer lugar se presentará una descripción general de la manera en que se hace evidente la enfermedad, cómo la identifican en otra persona y la forma en que se trata en cualquiera de los casos. Posteriormente, veremos la clasificación que hacen de la enfermedad, así como las causas, manifestación y tratamiento en cada caso.

El comportamiento que identifican en un *mayaxiákame* lo dividimos arbitrariamente en tres grandes aspectos. El primero se refiere al discurso. Los entrevistados mencionaron que los *mayaxiákate* dicen incoherencias, platican lo que no es, lo que se imaginan de las visiones que tienen, y en ocasiones hablan solos o no pueden contestar a las preguntas. El segundo de los aspectos comprende la descripción de su manera de actuar; indica que hacen “incoherencias”, caminan conforme son guiados por sus pensamientos, huyen, corren, andan “encuerados”, no se bañan, persiguen a los niños y con esto pueden provocar accidentes. En tercer lugar encontramos lo referido como parte de los sentimientos experimentados por el “enfermo”: sensaciones de rareza y de persecución, además de vergüenza. Otras manifestaciones de la enfermedad fueron referidas como la muerte, los ataques, estar “mal en sus pensamientos”, y como la pérdida del sentido.

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, mencionaremos cuál es su idea sobre la manera en que debe ser atendido y curado el *mayaxiákame*. La persona que determina el tratamiento es el cantador, *maarakame* o *chamán*.

Entre lo mencionado por los sujetos entrevistados, encontramos que acuden en primer lugar al *maarakame*, con la idea de someterse a sus curaciones. Él le indica a la persona si le es posible curarlo o si tiene que ir con otro más fuerte, es decir, con mayor capacidad y que sepa

curar más enfermedades, entre ellas la de *mayaxiákame*, que es la que nos interesa. Igualmente, el *maarakame* señala si tiene que acudir con el *alópata*. Por las diferencias entre las capacidades de los cantadores, hay algunos que “tienen envidia” de otros. Algunas de estas disparidades se refieren a la capacidad de “echar mal”, o a saber más que otros. Hay algunos que sólo se dedican a la brujería.

El cantador que sí puede curar a una persona *mayaxiákame* es porque conoce la causa de la enfermedad que tiene el sujeto.

¿CÓMO SON LAS CURACIONES?

La curación se hace en un *riiriki* o pequeño templo doméstico. Es necesario que el sujeto que acude a ser curado se encuentre acompañado por sus familiares.

También pueden asistir sus amigos. El cantador hace su “chequeo”, generalmente con plumas de águila, a las cuales les pone saliva, al mismo tiempo que le pide al dios que lo sane o lo salve y le echa la bendición. Hay ocasiones en que el cantador le saca algo al sujeto, que puede o no ser visible para los que se encuentran acompañándolo (ejemplo: maíz). Algunas veces es necesario “velarlo”, es decir, realizar una ceremonia durante toda la noche. Algunas personas aseguran que con una sola curación basta, mientras que otras afirman que en ciertos casos son necesarias hasta cinco.

De los cantadores entrevistados solamente uno dio detalles de su manera de curar, don Poncho, uno de los que tienen la fuerza y saben curar *mayaxiákate*.

Él les da unas hierbas y raíces medicinales cocidas; son tres: la del coyote, la hierba mal puesta y la de mula. Considera que estas hierbas pueden ser utilizadas para todo caso de *mayaxiákame*, cualquiera que sea su causa, debido a que son para tranquilizar el corazón y todo el cuerpo, de manera que la persona así se va calmando. Don Poncho ha curado a los pocos casos que le han tocado; en uno de ellos menciona que la persona empezó a sentirse mejor a los quince o veinte minutos del “chequeo”; en otros, refirió que puede ser necesario que se tomen las hierbas durante cinco o seis días, incluso hasta veinticinco o treinta días seguidos.

Otra manera de curar de este cantador es con la fotografía del sujeto enfermo: “Aquí yo lo trabajo, aquí a las ocho de la noche, a las nueve

de la noche trabajo yo así, por ejemplo, y ya, por eso están los nombres aquí, todo les he trabajado aquí, al que estoy viendo más así esté mal, así, entonces ya le rezo aquí, yo por él aquí [...] dos horas nada más” (don Poncho).

En algunas ocasiones, después de la curación hecha por el *maarakame*, es necesario que se realicen algunas actividades extras que forman parte de la misma curación, como ceremonias, “mandas”, fiestas, matar animales como venados y peces, o dejar de comer sal por varios días.

Las variantes mencionadas referentes a la enfermedad mental o *mayaxiákame*, las clasificamos con base en la etiología dada por los informantes, ya que es a partir de ella que se determina el tratamiento. En primer término encontramos dos categorías: las personas que nacen con la enfermedad y las que lo adquieren durante la vida. En el primer caso, las personas entrevistadas consideran que es consecuencia de algunos hábitos de los padres, como el alcoholismo, el consumo de marihuana, el mal cuidado y la falta de atención médica durante el embarazo, así como también los sustos de las madres embarazadas.

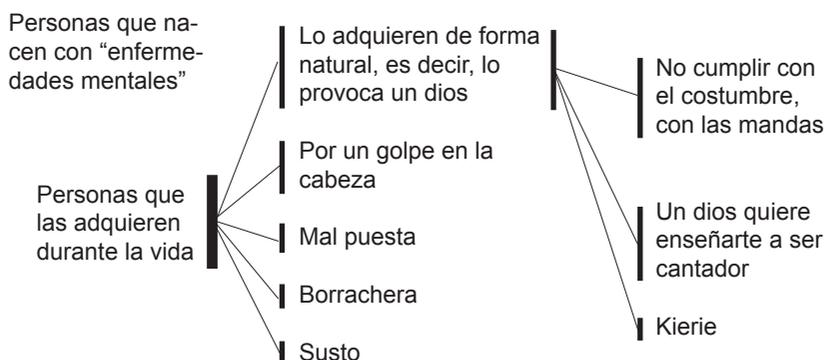
Cuando una persona adquiere la enfermedad durante su vida, es decir, se “vuelve *mayaxiákame*”, según nuestros informantes, se puede deber a diversas razones. Puede ser provocado por un Dios, por no cumplir con “el costumbre” o cuando éste le quiere “enseñar” a ser cantador; el caso más común entre estos últimos es el del “*kierie*”. La enfermedad mental también puede adquirirse por una “mal puesta” o embrujo, un golpe en la cabeza, alcoholismo y un susto.

Luego explicaremos cada uno de ellos, excepto el susto, ya que fue mencionado por una sola persona y no dio más información (ver esquema 1).

Cuando se adquiere de manera “natural” se dice que es provocado por un dios al no cumplir con “el costumbre”, es decir, cuando se falla en las tradiciones o compromisos establecidos con los dioses, como las mandas. En este caso, si no se rectifica la persona ante el dios, el compromiso y la enfermedad se transmiten generacionalmente. Los informantes señalaron que éste es el caso en el que se recuperan con mayor facilidad. La persona tiene que acudir con el *maarakame*, quien por medio de cantos (rezos) y sueños dialoga con los dioses, quienes le indican cuál es la falta cometida por la persona y cómo puede remediarla, ya sea cumpliendo con la promesa o “castigándose”: se hace un sacrificio

ESQUEMA 1

Clasificación basada en las causas atribuidas a mayaxiákame
Etiología



que puede ser desde un ayuno de sal, matar un animal o hasta hacer una fiesta.

En el caso de que la enfermedad mental se deba a que “un dios quiere enseñarle a ser cantador”, se considera como una suerte o un don. Lo único que tiene que hacer el enfermo para curarse es cumplir con lo que le indica el dios que lo eligió; de lo contrario, el padecimiento que en un primer momento fue temporal, ahora será de por vida. El kierie fue el dios y el caso más nombrado por los entrevistados. Se trata de un dios materializado en una planta silvestre, que se encuentra en los cerros; tiene una flor cuyo polen, llamado “hauwuayacate”, anda por los aires y es lo que contagia a la persona, que se denomina *kierixièt+*. Al contagiarse, la persona comienza a soñar y a tener visiones, ve al kierie en forma de animal o persona; generalmente es un niño huichol con su traje completo, y éste le dice, además, qué comer, a dónde ir, etcétera.

A continuación transcribimos textualmente algunos fragmentos de las entrevistas.

Kierie ... mucha gente va al kierie al [...] toloache silvestre hay otro hauwayacate que es el otro Toloache mensajero que es en forma de polen, que transita por los aires, chifla, canta, grita, bueno se manifiesta [...] en el aire. [...] la gente cuando se vuelve loca la gente, es que ese mensajero contagia las personas y ya se lo llevó a un lugar desierto, pero ese es como

un don no es que se vuelva loco, si no que pierde el sentido para recibir lo que debe de recibir o como luego para ser *maarakame* para ser esas cosas. Ese es un como un don favorable [...] (Vicente González de la Rosa).

... es un animal que anda en la sierra que anda vestido como nosotros, y así es como se vuelve animal, se vuelve venado, se vuelve perro, a pájaro, a gente y grita y canta, pues como, como ladra el perro, así ladra, como cantan los pájaros así canta, como canta el gallo [...] Si, pos después del grito ya después te vuelves loco (don Daniel González de la Cruz).

Asimismo, una persona puede “volverse *mayaxiákame*” por un golpe en la cabeza, ya que de esta manera se cae uno de los cinco “espíritus” o “sentidos”, que se ubican en la frente. Para curarse, el *mayaxiákame* deberá acudir con el *maarakame*, quien tendrá que recuperar el espíritu, ya sea juntándolo de donde se le cayó o reemplazándolo con otro; según lo indicado por un *maarakame*, sólo se puede reemplazar con uno de los espíritus de un perro pequeño negro, el cual muere en ese momento.

Transcripción textual:

... la persona cuenta con una mollera y cinco sentidos, para el huichol esos son *niguamama* son hijos, los cinco sentidos, los cinco que tienen la mollera, los sentidos que tiene la persona para el huichol son los hijos que cuando uno muere ya está loco, entonces hay aquí cantadores, curanderos, hechiceros o brujos lo que sea [...] por envidia te quita una y te vuelves loco, ese te lo agarra y lo echa en un tubito de carrizo [...] (Vicente González de la Rosa).

La pérdida de un “espíritu” o “sentido” también puede deberse a una “mal puesta”. Esto sucede cuando un cantador, por medio de rezos, le quita uno de los sentidos, —en ocasiones para llevarlo al *kierie*—; en este caso, sólo podrá recuperarlo él mismo o un cantador más poderoso, ya que tendrán que enfrentarse de manera “invisible”, por medio de rezos o de “cantos”. Este tipo de enfrentamientos también ocurrirán en cualquiera de los casos de “mal puesta” y podrá llevarse a cabo en una ceremonia durante toda una noche. Ya sea por su propia iniciativa o por encargo de alguien que lo envidie o le tenga coraje, un *maarakame* puede embrujar a una persona y provocarle la enfermedad que es más fácil que ataque a alguien, según sus hábitos y debilidades. Un ejemplo de esto último es el alcoholismo.

Los entrevistados también identifican el alcoholismo (además de la ingestión de marihuana y cocaína) como una de las causas de la enfermedad mental. Como factores etiológicos consideran la falta de cariño, la existencia de amargura, odio, rencor, tristeza y la influencia de una madre alcohólica durante la infancia. Asimismo, lo relacionan con los dioses, en tanto que son ellos quienes les provocan esta adicción para que se den cuenta de las fiestas y de las tradiciones que no han cumplido. El tratamiento utilizado por los médicos tradicionales de la comunidad consiste en la ingestión de un té de varias hierbas y raíces que provocan aversión al alcohol, incluso sólo con olerlo.

Mencionaron otros padecimientos independientes del *mayaxiákame*, pero relacionado, con enfermedades de la mente o de la cabeza; uno de ellos es el de los “nervios”, consecuencia, según lo señalado, de la producción de “bilis”. Un *maarakame* define la “bilis” como unos ácidos provenientes del estómago, que se crían en el “coágulo”, el cual lo ubica como una parte del cuerpo; sin embargo, no nos señaló el lugar específico donde se localiza. Este padecimiento puede ser “natural” (vinculado a los dioses y el costumbre) o “mal puesto”; lo indicado para tratarlo es recurrir al cantador, quien sabrá cuál fue la causa y, si es lo adecuado, le dará a tomar a la persona algo que “[...] caiga ahí y mate todo aquello [...]” (don Francisco de Haro). La única descripción de la manifestación de este padecimiento fue la falta de apetito.

Por último, describiremos el *kuitapuri*, otro padecimiento mencionado que se diferencia tanto del *mayaxiákame* como de los nervios. Según nuestros informantes, éste es provocado también por “el costumbre”, es el dios quien está castigando a la persona por no cumplirle, así como también puede ser consecuencia de una “mal puesta”. Una sola persona que tiene este padecimiento y que ha recurrido a la atención médica, fue diagnosticada con epilepsia. Ella mencionó que es causado por comer carne de puerco con ladillas (quistes). Lo que sucede aquí, según los entrevistados, es que la persona tiene un pequeño “animal”, parecido a un escarabajo, en la nuca. Este insecto es invisible para todo el que no sea cantador. “Kuitapuri” se manifiesta mediante ataques, convulsiones, desmayos, tristeza, y muestra algunas coincidencias con el comportamiento del *mayaxiákame*, como el correr sin rumbo, tener visiones, el discurso incongruente y los gritos. La manera en que el curandero trata esta enfermedad coincide también con el seguido en los casos de *mayaxiákame*, es decir, tendrá el cantador que identificar

cuál fue la causa para entonces remediarla a través de su diálogo con los dioses, los rezos o cantos, y, si es necesario, mediante el enfrentamiento con otro cantador. En cualquiera de los casos, lo esencial es extraer el animal del cuerpo de la persona.

CONCLUSIONES

Las respuestas aquí presentadas aunque nos parecieran un poco dis-

CUADRO I. PERSONAS QUE NACEN CON ENFERMEDADES MENTALES

<i>Causa</i>	<i>Manifestación</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Congénito • Hijos de padres alcohólicos o que fuman marihuana • Se asustan las madres cuando están embarazadas • Por el mal cuidado y la falta de atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Extraviados • No ven bien de un ojo • Nerviosos • Temblorosos

CUADRO II. PERSONAS QUE LAS ADQUIEREN DURANTE LA VIDA

1. Lo adquieren de forma natural, lo provoca un dios

1.1. Por no cumplir con el costumbre o las mandas que llevan como parte del mismo

<i>Causa</i>	<i>Manifestación</i>	<i>Tratamiento</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Por no cumplir con el costumbre o las mandas que llevan como parte del mismo • Si se realiza una promesa y no se cumple • El compromiso se transmite por generaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques • Sin ganas de comer • Sin ganas de trabajar • No pueden ver • Locos, sin sentido 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recuperan pronto porque es lo natural • Por medio de rezos, cantos • El cantador dice cuál fue la causa y le indica a la persona que cumpla las tradiciones o promesa • A veces se le tiene que poner un castigo a la persona "enferma". Ejemplo: ayuno de sal

Causa	Manifestación	Tratamiento
-------	---------------	-------------

1.2. Un dios quiere enseñarte a ser cantador

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Un dios quiere enseñarte a ser cantador • Se considera como una oportunidad, una suerte | <ul style="list-style-type: none"> • Desmayo • Corren • Sueñan lo que les está diciendo el dios | <ul style="list-style-type: none"> • Si cumple lo que le pide el dios, una manda se la puede quitar • Además de ir con el cantador, llevar al sujeto con el médico |
|--|--|--|

1.3. El kierixiet+

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kierie • El mensajero hauwayacate, el polen, los contagia • Es un don, es una suerte, ya que significa que puede volverse cantador, para lo cual tiene que hacer un pacto con el kierie • Fracaso en el pacto • Por cortar amapolas | <ul style="list-style-type: none"> • La persona comienza a soñar y a tener visiones • Come de lo que le da el animal (kierie) • El kierie puede tomar diferentes formas, de animales o gente, dependiendo de la persona; de esta manera le indica lo que debe hacer, el pacto • Hace gestos • A veces hacen reír a los otros por su plática • Pueden ser débiles • Se ven decaídos • Se quitan la ropa • No tienen conciencia de sus actos | <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con el pacto • Ir con un cantador |
|---|---|--|

2. Por un golpe en la cabeza

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Por un golpe en la cabeza • Se le caen los espíritus de la frente (ver envidia) | <ul style="list-style-type: none"> • Quedan loco • Hablan poco • No hablan bien • No ven bien • Se mueren un día | <ul style="list-style-type: none"> • Le ponen los espíritus de un perro chiquito prieto, el perro se muere • Si se caen en la carretera los puede juntar y se los ponen. Lo hace un cantador por medio de rezos |
|--|---|---|

<i>Causa</i>	<i>Manifestación</i>	<i>Tratamiento</i>
<p>3. Mal puesta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por mal puesta • Los cantadores saben que la enfermedad es más fácil que le dé a cada persona y por coraje o por envidia la provocan • La gente, por coraje o por envidia, se la pide a un maarakame • El cantador le pone algo a la persona que le ve a echar el mal, en el cuerpo • Un cantador le quita uno o varios de los cinco sentidos, nigue-mama • Pueden llevar el sentido al kierie 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden empezar con calentura • Corren demasiado rápido • Se ponen fuertes • Platican solos o con los objetos • Corren al kierie • Juegan • Gritan • Cantan • Bailan • No responden, no sienten • Dolores de cabeza • Dolores del corazón • Se desgarran la ropa • No se dan cuenta de lo que hacen o pasa • Desmayos • Enmudecimiento • Se orinan • Pueden morir, generalmente en un accidente • Ven a alguien, puede ser un cantador, un niño chiquito (kierie), que los invita a refugiarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario recurrir a un cantador que sea más “bravo” o al mismo • El cantador por medio de sus sueños descifra la causa • El maarakame lo defiende del otro cantador por medio de “cantos”, es decir, rezos • Puede hacerse en una ceremonia durante la noche
<p>4. Borrachera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borrachera • Personas que ingieren alcohol con frecuencia o por varios días • No les dieron cariño de niños • Madre borracha • Crecen con amargura, odio, rencor, tristeza • Lo manda el dios para que la persona se dé cuenta de sus fiestas y tradiciones • Ingieren además mariguana y cocaína 	<ul style="list-style-type: none"> • Se les seca la memoria • No comen • Tienen lagunas mentales • Dicen los cantadores que arrastran un humo, una llama • Mareado • Pegan • Asustan 	<ul style="list-style-type: none"> • Consideran que es más difícil que se recuperen • Los cantadores recomiendan tomar algunas raíces, una hierba que provoca asco “del puro olor” del alcohol • Que fortalezcan su alma y su cuerpo (esto lo mencionó una persona que es cristiana)

CUADRO III. OTROS TRASTORNOS MENTALES

Este padecimiento solamente fue mencionado por una sola persona, un cantador

1. Padecimiento: nervios

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Por bilis. Son unos “ácidos” del estómago que se crían en el “coágulo” • Puede ser “natural” • Puede ser mal puesto | <ul style="list-style-type: none"> • No comen con ganas | <ul style="list-style-type: none"> • Tomando algo que le caiga “ahí y mate todo aquello” • El cantador sabe cuál es la causa y cómo curarla |
|---|--|---|

2. Enfermedad: kuitapuri

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Es el mismo costumbre, el dios, está castigando a la persona por no cumplirle, y es para que se le salga el mal • Le llega un insecto (mayate) al sujeto • Por comer carne de puerco con ladillas • Por mal puesta | <ul style="list-style-type: none"> • Les dan ataques epilépticos, convulsiones, desmayos, “te mueres por un día” • Tristeza • Corren • Hablan mal, cosas que sólo la persona ve en su mente • Gritan | <ul style="list-style-type: none"> • Cumplirle al dios, llevar una manda si es necesario • El cantador saca el animal • Ir también al doctor, si lo recomienda el maarakame • Medicamentos |
|---|---|--|

persas, eran complementarias en su mayoría. Es importante destacar que para los huicholes, la etiología tiene un papel fundamental que para determinar el tipo de enfermedad, es decir, según la causa se pueden diferenciar las enfermedades y en consecuencia se define el tratamiento. Todas las causas están relacionadas con “el costumbre”, ya sea de manera directa, por ejemplo, una falta en las tradiciones, o indirecta, por ejemplo el alcoholismo, que se debe a una falta a las tradiciones o a una mal puesta. Debido a esto, es el cantador el primero al que acuden y el único con la capacidad de saber cuál es la enfermedad o mal que padece la persona. El cantador determina si es necesaria la intervención del médico occidental, al cual se le atribuye la cualidad de conocer y controlar sólo lo externo de la enfermedad: sus manifestaciones y síntomas lo ubican en un papel secundario.

Esto puede ser un motivo del escaso flujo de pacientes a nuestra unidad de consulta etnopsiquiátrica.

Es posible distinguir una de las diferencias fundamentales entre el concepto de “enfermedad mental” de la medicina occidental y el de los

wixaritari de Tuxpan de Bolaños, llamado en su lengua mayaxiákame. En el DSM IV (1994) se define así: “Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. Como podemos observar, las palabras clave o característica central de la enunciación sería “síndrome o patrón comportamental”, lo cual implica que lo que determina el diagnóstico y el tratamiento será la manera en que se manifiesta el trastorno o enfermedad. Nuestros hallazgos expresan algo incompatible: los mayaxiácate se clasifican o distinguen y tratan de acuerdo con su causa y el patrón comportamental puede variar o coincidir en los diferentes casos y tipos de enfermedad, lo cual tendrá la función de comunicar la existencia del problema.

En cuanto a los dos últimos padecimientos mencionados, las personas que los refirieron no los consideran iguales a mayaxiákame, aunque –sobre todo en el segundo padecimiento– las causas sean parecidas en varios casos. La diferencia con kuitapuri reside en que en todos los casos la persona afectada trae un insecto en la cabeza –en otras entrevistas que no han sido analizadas aseguran que es como un mayate– y en cuanto a las manifestaciones se citan con más frecuencia los ataques, las convulsiones y los desmayos; sin embargo, son bastante semejantes en ambos.

Otro aspecto importante sobre el concepto que se tiene de mayaxiáme, es la función social del padecimiento; cuando se considera el incumplimiento del costumbre y tradiciones como la causa, se trata de un *castigo* y sólo cumpliendo o reivindicándose ante el dios se puede curar la persona, lo cual muestra con claridad que la enfermedad sirve como factor condicionante para el apego y reproducción del esquema cultural entre la población wixárika.

Finalmente, consideramos que no podemos abordar los padecimientos de los diferentes grupos culturales tratando de encuadrarlos en nuestra propia concepción occidental de la enfermedad mental, sino que habrá que acercarse a la concepción propia del paciente sobre la enfermedad que padece para brindar un tratamiento eficaz. Por lo tanto, hay que reconocer hasta dónde llega la capacidad y conocimientos del profesional de la salud, y delimitar sus posibilidades, al mismo tiempo que reconocemos



los conocimientos y experiencias del sujeto, quien necesita sentirse y saberse atendido, aunque no sea por un médico occidental.

En conclusión, las enfermedades están determinadas en gran parte por la cultura, el contexto vital y las experiencias del sujeto; para que un tratamiento sea eficaz, tiene que corresponder con esto.







La embriaguez de lo divino.

Un síndrome ligado a la cultura: del trance por posesión o *kieriexiet+* y del hechizo y las faltas a “el costumbre” hasta la histeria colectiva

SERGIO J. VILLASEÑOR BAYARDO,
ANA CECILIA LARA ZARAGOZA y
MARTHA PATRICIA ACEVES PULIDO

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Gracias a trabajos como los de Aguirre Beltrán, Zolla, Lagarriga y otros líderes de la antropología contemporánea mexicana, el mundo indígena se nos ofrece como algo fascinante, como algo valioso que hay que rescatar. Las poblaciones indígenas suman aproximadamente 350 millones de personas repartidas en más de setenta países del mundo y representan más de cinco mil lenguas y culturas.

Actualmente, la presencia indígena en México se expresa en más de diez millones de personas que se distribuyen básicamente en 24 estados de la República. Esta población se integra en 62 grupos étnicos y habla alrededor de 85 lenguas y variantes dialectales, lo que representa casi 10 por ciento de la población total de nuestro país. Cuatro etnias agrupan 51.4% de los hablantes indígenas: la nahua, la maya, la mixteca y la zapoteca. De cada 10 hablantes de lengua indígena, seis residen en localidades con menos de 2 500 habitantes y el resto vive en áreas urbanas. La población hablante de lengua indígena se concentra en estados del sur y del sureste del país (Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla



y Yucatán), donde reside 60.9% de esta población. En los últimos diez años la proporción de residentes de este grupo de población en áreas rurales se redujo de 66.7 a 61.8 por ciento. Los grupos indígenas que se pueden encontrar en Jalisco son los nahuas, los coras y los *wixaritari*, estos últimos representan 0.5% de la población indígena de México. El proceso de aculturación inducido por las políticas gubernamentales y por la migración ha afectado el ritmo de vida de estas etnias y ha moldeado paulatinamente sus estructuras sociales. Cada uno de estos grupos indígenas presenta una variedad de enfermedades con significado étnico particular, así como diferentes estrategias terapéuticas. La medicina tradicional, aplicada por el “yerbero, la partera, el huesero, el curandero y/o el chamán”, se sustenta en conocimientos que proceden de una revelación: “curan por la gracia de un dios, o por fuerzas sobrenaturales”. La adivinación y el tratamiento se basan en la experiencia mística y en la observación empírica.

La etnopsiquiatría es un capítulo consagrado a la descripción, análisis e interpretación de las enfermedades mentales en función de los grupos étnicos y culturales. Pélicier plantea la necesidad de adaptar los datos de la ciencia occidental a las condiciones concretas de las poblaciones abordadas, debido a la creciente patología ligada a la migración y aculturación. El abordaje transcultural permite, a partir de un cuadro clínico, concebir lo variable y lo permanente de la enfermedad, relativizando así la semiología. Científicamente ninguna cultura puede ser objeto de un juicio o de una evaluación en función de una escala de valores que le sea ajena.

La normalidad del paciente no es la del psiquiatra. Cada trastorno sociocultural se puede leer sólo a la luz del contexto en el cual se desarrolla, contexto del que toma las formas y las variables que cada individuo manifiesta.

Los huicholes o *wixaritari*, término en plural con el que se nombran en su propia lengua, son una etnia que es considerada por varios expertos como una de las más fascinantes y genuinas del país y del mundo entero. Y es que hasta los años 60, este grupo todavía se mantenía inaccesible para los turistas y trabajadores de las instituciones, debido en parte a su difícil acceso geográfico.

Es así como ha logrado conservar gran parte de su patrimonio cultural prehispánico. Sin embargo, debido a la creciente intervención de diferentes instituciones, los *wixaritari* se han estado enfrentando a

un cambio acelerado en su dinámica social. Las situaciones de rápido cambio sociocultural muchas veces están implicadas etiológicamente en la psicopatología. Los albergues escolares indígenas se crearon en los años 60 (con la intervención de dependencias gubernamentales, organizaciones sociales y del sector privado) supuestamente para combatir el rezago educativo en las zonas y comunidades indígenas, y con el fin de impulsar el desarrollo y calidad de la vida de los pueblos indios. El albergue debía cumplir de lunes a viernes, según la teoría de su origen, las funciones de alimentación y de hospedaje, de apoyo a: las tareas docentes, la educación extraescolar, la atención a la salud, la capacitación para el trabajo agropecuario y artesanal, la promoción para el rescate y la valoración de su cultura, así como al fortalecimiento de la conciencia de solidaridad y de compromiso ciudadano.

En este estudio etnopsiquiátrico retrospectivo se analiza un trastorno ligado a la cultura que se ha presentado en los albergues de Nueva Colonia, Pueblo Nuevo y Cajones, pertenecientes a la comunidad de Santa Catarina, en el municipio de Mezquitic, Jalisco. Este problema no ha podido ser erradicado aún a pesar de los esfuerzos realizados por el Instituto Nacional Indigenista (INI) y por la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco (ssj).

CONCEPCIÓN DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD ENTRE LOS WIXARITARI

Los *wixaritari*, al igual que cada grupo social, poseen su propia sistematización del conocimiento acerca del proceso salud-enfermedad.

Dicha sistematización lleva su propia lógica; la explicación de la causa y la terapéutica empleada se basan en lo sobrenatural, al igual que la mayoría de los grupos indígenas del país y demás grupos primitivos del mundo.

La terapéutica empleada por los *wixaritari* se basa en rituales chamánicos y en la realización de ciertas acciones por parte del enfermo o sus familiares para complacer a las deidades ofendidas. Se ayudan de numerosas plantas medicinales, pero en grado mucho menor que otros grupos indígenas del país. Aunque es muy probable que el empleo de estas plantas se base en aspectos mágico-religiosos y algunas sólo brinden un efecto placebo, seguramente un número considerable de ellas son realmente eficaces.

Dentro del marco de salud de los *wixaritari* es conveniente hablar de algunos conceptos fundamentales:

El *k+puri* que es el alma humana y el *iyari* el corazón, que aparte de ser un órgano físico tiene un aspecto inmaterial en cuanto a los pensamientos y a la memoria. El *iyari* debe ser fuerte y sano para alimentar la vida espiritual.

Sería interesante desarrollar un paralelismo entre estas entidades anímicas y las descritas por López Austin para los nahuas en su obra: *Cuerpo humano e ideología*.

Nierika es el poder de la visión sobrenatural. *Tukari* es la vida, la energía vital.

Aparte de estos, otro elemento importante en la cultura *wixarika*, como ya lo hemos dicho, es el número 5. Es un número sagrado que aparece frecuentemente en diversos aspectos de su vida. Son 5 los colores del maíz; 5 los puntos cardinales; 5 los hijos o elementos del *k+puri*; 5 los años de preparación y 5 los viajes a *Wirikuta* requeridos para llegar a ser *mar'akame*.

CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN LOS WIXARITARI

En la visión del *wixárika* las causas de todas las enfermedades y de la muerte que no son directamente atribuidas a la vejez, han de encontrarse en lo sobrenatural. El aumento de familiaridad con la medicina moderna parece haber tenido escaso impacto en estas creencias.

Para el *wixárika*, la fuente de la salud y de la larga vida es seguir lo que denominan *el costumbre* (*Wixárika ra yexeiya*). Existe la creencia de que algunas deidades ofendidas envían enfermedades por haber faltado a un ceremonial obligado: “hace mucho tiempo que el enfermo no hace fiesta, no ha ido a *Wirikuta*, no ha hecho ofrendas, no ha cumplido sus deberes religiosos, ha revelado o hecho algo que su religión le prohíbe, etcétera”.

Una segunda causa de enfermedad es la brujería o magia malévol. El embrujamiento puede ser para los propósitos malévolos del mismo brujo o para favorecer a un enemigo de la víctima. En los dos casos (una enfermedad causada por una divinidad incomodada o por brujería) se dice que el paciente ha sido “herido por la flecha de la enfermedad”.

Un tercer peligro para la salud y la vida es la “pérdida del alma”. El *k+puri* de una persona puede vagar durante el sueño y ser capturado por un brujo hostil o un espíritu animal (“robo del alma”) o bien puede

salirse y perderse accidentalmente; puede ser raptado o “comido” por seres malévolos dominados por los brujos. Este tercer peligro seguramente es la versión *wixárika* del susto, padecimiento que ya hemos descrito ampliamente en otros trabajos sobre los nahuas.

ACTITUD DEL WIXÁRIKA ANTE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

En términos generales, el *wixárika* acepta con sumisión la enfermedad y la muerte, quizá debido a la causalidad sobrenatural que les atribuye. Esta aceptación consciente hace del *wixárika*, en muchos casos, un elemento poco interesado en su propia curación. Lo que puede hacer para conseguir el alivio es tratar de enmendar el error aplacando la ira del dios ofendido, con ritos y oraciones, con ofrendas, continencia, ayunos, viajes a lugares sagrados, baños rituales, sacrificios de animales, fiestas, etc.

DIAGNÓSTICO Y CURACIÓN POR EL MARA'AKAME

Lo primero que hace el *mara'akame* es rastrear la causa de la enfermedad; si ésta es sobrenatural, la curación debe llevarse a ese mismo plano. La mayor parte de los *wixaritari* considerarán deseable la intervención del *mara'akame* para que el paciente se recupere por completo, aun cuando se le esté aplicando un tratamiento médico moderno y responda a él. Generalmente el *mara'akame* hace algunas preguntas de rutina, que se pueden aplicar a todas las enfermedades y, en cierto modo, de la misma manera. Enseguida se procede a hacer la curación mediante el paso del *muwieri* generalmente sobre el abdomen del paciente, previa sobada que se hace frecuentemente con saliva.

CHAMANISMO, TRANCE Y PLANTAS SAGRADAS DE LOS WIXARITARI

Entre las tribus autóctonas de América, el chamanismo se encuentra ampliamente difundido. El chamán a través del trance logra comunicarse con los seres del más allá. Tiene un alto rango en la sociedad tribal, donde se le teme y respeta. Su función no se reduce a tratar enfermedades, sino cualquier infortunio que azote a la comunidad: plagas, pestes, hambre, guerras, desastres naturales, lluvias, sequías, etc. Por el mecanismo del trance, el chamán pasa por una muerte y resurrección ritual que le permiten ascender y luego descender del mundo sutil de los espíritus.

El trance es un fenómeno frecuente entre los *kawiteru* y entre los *mara'akate* en las ceremonias *wixárika*, pues de esta manera se comunican con los dioses. El trance puede lograrse mediante el consumo de *Hikuri* y ser mantenido por la música, el canto y el ambiente de la ceremonia *wixárika*. Según las sociedades chamánicas, “la droga” abre el “otro mundo”, engancha la comunicación con los espíritus, induce una gran movilidad del alma al dislocar la percepción ordinaria, al provocar impresiones de discontinuidad, de descentración o de viaje; denota un cambio de estado, hace posible la experiencia directa de “otro allá”.

La ingesta de alucinógenos o de productos similares impregna o conlleva recorridos fantásticos en universos culturalmente estructurados. En el caso de los *wixaritari*, uno de sus jóvenes, atraído por el chamanismo, comerá peyote, venerado como el emisario de un dios, hasta que tenga los sueños o visiones apropiadas, hasta alcanzar un estado tal que se concentran las imágenes del maíz, el peyote y el venado (los cuales son tres elementos esenciales en su cultura), o hasta que vean a *Kauyumarie*, el venado sagrado, que funciona como espíritu auxiliar. Una vez que ya es chamán (*mara'akame*), el peyote le hará alcanzar un estado de fusión asociado al poder de los orígenes y le revelará los diagnósticos, le ayudará a liberar las almas prisioneras. Más tarde el chamán podrá incluso, mediante ingesta masiva, intentar alcanzar un nivel chamánico superior, es decir, una mejor capacidad de vivir la mitología.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ENTRE LOS WIXARITARI

Los *wixaritari* no conciben la enfermedad mental aislada del cuerpo, pues para ellos el ser humano no es un objeto fragmentado. Sin embargo, entre ellos existe una palabra que podemos interpretar como equivalente a la “locura”: *Mayaxiákame* (se pronuncia *mayarriákame* y en plural *mayarriákate*): “Es una persona que repentinamente pierde su mente o se le van los sentidos (...) sin saber lo que hace”.

Una persona puede nacer *mayaxiákame*, otra puede padecerla debido a un traumatismo en la cabeza o por haber cometido una falta ante *el costumbre*; puede ser transitoria debido a que un dios haya elegido “al paciente” para ser cantador o chamán, o por haber consumido el *kieri* que, como ya hemos dicho, es una planta sagrada (enemiga del *hikuri*), o por problemas de alcoholismo. El comportamiento que los pobladores identifican en un *mayaxiákame* se puede dividir arbitrariamente en tres grandes aspectos:

1. El discurso: los *mayaxiákate* dicen incoherencias, platican lo que no es, lo que se imaginan, hablan de las visiones que tienen, y en ocasiones hablan solos o no pueden contestar a las preguntas.
2. La manera de actuar: cometen “incoherencias”, caminan conforme son guiados por sus pensamientos, huyen, corren, andan “encuerados”, no se bañan, persiguen a los niños, y con esto pueden provocar accidentes.
3. Los sentimientos experimentados por el “enfermo”: sensaciones de rareza y de persecución, además de vergüenza. Otras manifestaciones de la enfermedad fueron referidas por los *wixáritari* como: la muerte, los ataques (convulsiones), estar “mal en sus pensamientos”, o la pérdida del sentido.

Ellos refieren varias enfermedades mentales clasificadas según la etiología:

1. *Nierikaxiyá*. Es la enfermedad del *nierika*, responsable del poder de la visión sobrenatural.

Esta enfermedad es producida por el hechizo de un mal espíritu (*Iteuqui*). En este padecimiento hay tristeza, no le “cae bien” la gente. El enfermo cree que los demás “andan mal” cuando en realidad es él quien “anda mal”.

2. *Kierixiyá* o *kierixiatt+*. Consiste en ser “poseído” por el *kieri*, una planta psicotrópica a la que muchos *wixaritari* le atribuyen poderes maléficos. Aparece frecuentemente de manera endémica, prevalece en mujeres adolescentes. Las personas “poseídas” pasan por periodos de histeria y después supuestamente pierden el conocimiento.
3. *+r+xiya*. Es una enfermedad producida por el *+r+kame* de algún familiar. El *+r+kame* es una piedrita en donde se cristaliza el alma de una persona 5 años después de haber muerto. Existe la creencia de que esta enfermedad aparece principalmente por no realizar la fiesta acostumbrada a los 5 días de haber fallecido un familiar, o por no hacerla adecuadamente. En este padecimiento supuestamente hay fiebre por las mañanas, al salir el sol. El enfermo tiene el deseo de estar entre venados, como si lo estuvieran invitando telepáticamente para estar con ellos.

El *+r+kame* enferma así porque quiere que los familiares vayan a “venadear” (a cazar venado). Todo lo anterior es señal de que se está llevando a cabo la cristalización del alma del muerto. Esta enfermedad se da principalmente entre gente de edad mediana y en la vejez. Parece tratarse de un padecimiento psicósomático. El tratamiento consiste en una curación chamánica y además se hace una flecha de ofrenda para que regrese el *+r+kame* y así estar cerca del venado.

4. *Niwemama mepucax+ri*. Significa literalmente “se le cayeron sus hijos”. En la creencia *wixarika* el *k+puri* se encuentra situado en el “remolino” de la cabeza. El *kúpuri* está compuesto por 5 hijos que se encuentran en armonía. El *mará'akame* puede ver estos 5 hijos como 5 nubecitas. Cuando una persona se golpea la cabeza entran en desarmonía y se dispersan. El *mará'akame*, con su *muwierí*, restablece su armonía.
5. *k+puriþiya* o *k+puriþwiniya*. Consiste en el robo del alma por un hechizo efectuado por un espíritu malévolos (*iteuqui*). El *mará'akame* materializa el *k+puri* robado en una gotita de agua que se pone sobre la cabeza del enfermo. Si no se hace esto se muere el paciente.
6. *Tawekame*. Es también el *kaka+yari* (deidad) de la “borrachera”. Si el gobernante tradicional (*tatowani*) o los *mará'akate* no “cumplen” se presenta mucho esta enfermedad por castigo.
7. *kwitapurixiyá*. Proviene de la palabra *Kwitapuri*, mayate. En la creencia *wixárika* existe una estrecha relación entre el mayate y la epilepsia. Esto se debe a que durante una crisis convulsiva el enfermo se mueve como un mayate volteado “boca arriba”. La epilepsia les da a los niños porque su padre o su abuelo no cumplen con *el costumbre*. Cuando aparece una crisis convulsiva es porque *N+ariwame* (diosa madre de las lluvias y responsable de la epilepsia) está molesta. La curación consiste en un ritual en el que el *mará'akame* extrae con la mano un mayate de la cabeza del enfermo si la evolución es corta (4 a 5 convulsiones, en no más de un año).

DESCRIPCIÓN DE UN SÍNDROME LIGADO A LA CULTURA EN LA COMUNIDAD WIXÁRIKA

El primer caso se presentó en el albergue de Nueva Colonia en 1991. Dicha situación no se dio a conocer más allá de la comunidad, debido a que se manejó por los *mará'akate* del lugar.

El primer informe emitido por el INI fue el del caso del albergue de Nueva Colonia en 1996. En aquella ocasión los niños fueron examinados por una psicóloga de Guadalajara, Jalisco, quien no encontró ninguna anormalidad.

En enero de 1998 en el albergue de San Miguel Huaixtita, una niña presentaba visiones y dejó de asistir a la escuela, se debilitó y finalmente murió. En febrero de ese mismo año se presentó un caso en San Andrés. En los tres casos el problema fue resuelto por los *mara'akate*.

El 18 de mayo de 1998 en el albergue de Cajones, padecieron el fenómeno cuatro niñas, la primera de ellas, de 13 años de edad, llegó al albergue un día después de iniciadas las clases porque se había sentido enferma; se veía triste, aislada y llorosa, posteriormente presentó un cuadro de agitación, motivo por el que fue aislada de los demás alumnos.

Después de algunas horas, sin motivo aparente, las otras tres niñas presentaron un cuadro de agitación psicomotora, corrían y gritaban que dos personas-animales (fenómeno similar al de los llamados naguales) las seguían para matarlas. El número de niños afectados se fue incrementando hasta ser casi 50, de los cuales 20 se enfermaban simultáneamente. El rango de edad de estos niños oscilaba entre 7 y 14 años. También se afectaron dos cocineras y el director de la escuela.

Los niños durante las noches referían sentir la presencia de estas personas-animal (lobos, perros y tigres*) que los querían atacar con cuchillos y les jalaban el cabello para atraparlos.

Estos tenían cubierta la cara con plumas que impedían identificarles el rostro.

Los ataques producían que los niños salieran de sus cuartos hacia el monte, y que corrieran el riesgo de accidentarse, se subían a los riscos o bajaban por los voladeros gritando desesperados. Incluso amanecían parejas de niños amarradas de los árboles. El aspecto que presentaban los pequeños era como si estuvieran dormidos, jadeaban, llevaban la boca abierta, la lengua protuida y presentaban sialorrea.

La comunidad comentaba que el fenómeno era resultado de un embrujo, pues los niños habían encontrado flechas y vasijas votivas alrededor del albergue.

Ninguna institución fue enterada de esta situación, ya que los *wixaritari* consideran estos ataques como castigo de sus dioses por no haber cumplido algunos de los actos religiosos que *el costumbre* manda.

No nos queda claro si el problema fue únicamente causado por embrujo o si estaba vinculado a las faltas a *el costumbre* o a ambas cosas.

Gracias a la intervención de un *mara'akame* de la comunidad (24 de mayo de 1998) pudieron identificar al supuesto causante del problema: era otro *mara'akame*, el cual fue llamado por las autoridades de Cajones para que pusiera fin a sus maldades. El *mara'akame* culpado negó en un principio las imputaciones que se le hacían, pero fue colgado de los antebrazos a un árbol y torturado hasta que aceptó su participación y señaló a otro *mara'akame* como su cómplice, quien del mismo modo negó ser culpable, para posteriormente, una vez torturado, aceptar su participación.

Ambos *mara'akate* se turnaron el trabajo para desencantar el lugar y buscar las flechas con que se cometió el maleficio, pero sus intentos fueron en vano. Invitaron a otro *mara'akame* para que colaborase, pero no se obtuvo remisión del problema. El 13 de Junio se invitó a todas las autoridades de Santa Catarina para que apoyaran en otra ceremonia de limpia, el *mara'akame* inculpado inicialmente fue a quién le correspondió “cantar” esa noche. Al llegar a la escuela, seis de los niños que en ese momento se encontraban afectados, atacaron al cantador hasta que lo mataron a golpes. La necropsia comprobó que el deceso fue ocasionado por los múltiples golpes que recibió y la mecánica de lesiones indica que utilizó las manos para protegerse de patadas y manotazos. Agotadas las instancias internas para resolver el problema, las autoridades locales decidieron contratar a un *mara'akame* de la comunidad de San Andrés, el cual, para realizar el trabajo cobró cinco mil pesos.

Mediante tres noches de canto, el 15, 18 y 22 de junio, este *mara'akame* logró detener los estados alterados de los niños, pero advirtió que su trabajo sólo estaba garantizado por un año.

El segundo *mara'akame* acusado logró huir del lugar para interponer su demanda el 8 de julio y denunciar la muerte de su compañero ante el Ministerio Público de Huejuquilla. En ese momento el INI tuvo conocimiento de la situación y de inmediato tomó acciones para asesorar y vigilar que las investigaciones estuvieran apegadas conforme a derecho y respetaran las garantías de los indígenas involucrados; además, inició el proceso de atención a los niños afectados.

Ante tan escalofriantes acontecimientos, el INI no tuvo más remedio que promover la formación de un equipo interdisciplinario conformado por personal especializado de la Universidad de Guadalajara, de la

Secretaría de Salud Jalisco (ssj), el Hospital Psiquiátrico de Jalisco (HPJ), del INI estatal y de las Oficinas Centrales para cubrir tres objetivos:

1. Realizar un análisis que intentara explicar los hechos ocurridos.
2. Implementar un programa de ayuda psicológica para los niños que presentaran secuelas por los hechos ahí ocurridos.
3. Establecer un programa de trabajo integral que apoyara las actividades cotidianas del albergue.

En estas fechas los niños salieron de vacaciones y los síntomas remitieron, pues el fenómeno no lo presentaban cuando estaban en sus casas.

El lunes 31 de agosto de 1998, al iniciar el ciclo escolar 1998-1999, cuando estaban los niños juntos se volvió a presentar el fenómeno de manera más aguda, por lo que se decidió trasladar a la ciudad de Guadalajara a 16 niños afectados, acompañados por dos adultos. Se internaron el día 19 de septiembre en el Hospital Psiquiátrico de Jalisco, donde permanecieron hasta el 4 de octubre.

Se les realizó exploración física completa, entrevista psiquiátrica, exámenes generales de sangre, toxicológicos, radiografías y electroencefalograma.

Las entrevistas se llevaron a cabo por medio de un intérprete. La actitud de los indígenas siempre fue suspicaz, simulaban no comprender el español a pesar de que la mayoría lo habla. Durante el internamiento, dos de los menores, ambos líderes del grupo estudiado, presentaron un estado modificado (alterado) de conciencia, con predominio vespertino, manifestaban inicialmente inhibición psicomotora, hiperventilación, tristeza, aislamiento y mutismo, seguido de agitación psicomotora; los niños corrían y gritaban en su dialecto; lloraban y presentaban alucinaciones auditivas y visuales, que posteriormente refirieron como imágenes persecutorias zoomórficas, así como micropsias, miedo extremo, alucinaciones cenestésicas y olfatorias, además de despersonalización. A la exploración física presentaban taquicardia, movimientos estereotipados autónomos defensivos y autolesivos; el umbral al dolor y la fuerza física estaban aumentados. Se golpeaban la cabeza contra la pared o intentaban colgarse del cuello. Posterior a la crisis referían vértigo, cefalea, fatiga y aturdimiento.

La medicación empleada fue fluoxetina y la risperidona (neuroléptico que se utilizó para tratar el cuadro disociativo). Dichos medicamentos frenaron los síntomas, pero, según el médico tratante, pudieron haber

actuado como placebo. La oxcarbamazepina se utilizó en dos casos que, según el electroencefalograma, presentaban una disritmia cerebral. El medicamento fue considerado como un elemento terapéutico inespecífico, pues con o sin él continuaban presentándose los síntomas. El uso de benzodiazepinas estuvo contraindicado, debido a que consideraban que ello favorecía la exacerbación de los síntomas. Cuando estaban sedados daban cauce libre a una imaginación alimentada (lógicamente) por su mundo de creencias.

Un equipo de médicos psiquiatras acudió al albergue de Cajones el 4 y 5 de octubre de 1998 para valorar a un nuevo grupo de menores que habían presentado síntomas del mismo trastorno los días 28 y 30 de septiembre, mientras el primer grupo se encontraba en el HPJ. En este segundo grupo enfermaron seis niñas, cuatro niños y una de las cocineras. El cuadro inició con dos niñas el primer día, tres el siguiente día y 11 al final de la semana. Los síntomas se presentaban hasta tres veces al día y a cualquier hora. La duración del fenómeno oscilaba entre 30 y 60 minutos en cada individuo, iniciaba el cuadro alguno de los afectados para después ir afectando sucesivamente a los demás. Las características del fenómeno fueron idénticas a las ya descritas. Lo que llamó la atención fue la presencia del contagio durante el contacto físico con los enfermos que motivaba el pánico entre los niños que le rodeaban, y durante el estado modificado de conciencia los afectados presentaban ilusiones con interpretación delirante.

Los menores estuvieron asintomáticos durante el fin de semana cuando se encontraban en sus casas con su familia. Ambos grupos tenían en común haber sido alumnos del mismo profesor en el tiempo que iniciaron los síntomas.

El 5 de octubre de 1998 regresaron los niños del HPJ en compañía de un médico de la SSJ, el coordinador médico del INI y personal de la escuela. Se explicó el origen de los trastornos como crisis disociativas. El diagnóstico de trance se realizó a través de una exploración médica y psicopatológica, y se descartó con ello la presencia de enfermedad física, otra enfermedad mental o el uso de alguna sustancia psicoactiva como factor disparador.

Debido a que las crisis continuaron, se decidió enviar a un médico psiquiatra, quien arribó al albergue el lunes 19 de octubre y permaneció ahí hasta el día 24.

Durante su estancia descubrió que un profesor del albergue ejercía una fuerte influencia sobre los niños, los sensibilizaba y desencadenaba en ellos la condición etnopsiquiátrica que les aquejaba.

Al hacer una evaluación psicológica al profesor, se dedujo que éste padecía de un trastorno de personalidad de tipo paranoide, contaba con antecedentes de un trastorno afectivo grave que lo llevó a cometer dos tentativas de suicidio, había sido alcohólico y todavía sufría de una depresión mayor. Se decidió cambiar al personal docente de esa escuela como estrategia para solucionar el problema. Además se abordó el problema desde una perspectiva médica, antropológica y jurídica, se otorgó tratamiento médico a quienes lo requerían, se llevó a cabo el cumplimiento de *el costumbre*, disminuyeron el número de niños alojados en el albergue, tuvieron mayor comunicación con las familias, así como más actividades recreativas y deportivas. Según Rosa Rojas y Francisco Trujillo, esto fue lo que hizo que el problema de Cajones desapareciera.

Según la antropóloga Yuri Escalante Betancourt el éxito de la participación del *mara'akame* de San Andrés puede ser un indicio de que la "histeria" de la comunidad estaba ensimismada en una o dos personas cuya actuación social era atípica.

Del 20 al 23 de enero de 1999 se presentó un nuevo brote, esta vez en el albergue de Nueva Colonia. La delegada estatal del INI fue testigo presencial de las alteraciones, las cuales fueron muy similares a las observadas en Cajones.

En febrero de 1999 el personal docente de los albergues solicitó capacitación para poder diagnosticar y manejar a los niños que padecían este supuesto trastorno de trance y de posesión, pues hasta ese momento se encontraban afectados seis niños en Pueblo Nuevo y 10 niñas en Nueva Colonia, los cuales eran contenidos físicamente por los profesores. Los síntomas los referían de predominio nocturno entre las 20:00 y 21:00 hrs. Estos se autolimitaron el 20 de febrero del mismo año. Al parecer después de la reunión los ataques disminuyeron y los niños se tranquilizaron. El 22 de septiembre de 1999, ocho niños del albergue de Pueblo Nuevo habían iniciado con problemas de crisis más frecuentes e intensas, con autoagresión (se mordían la parte interna de los labios y carrillos, lo que producía sangrado profuso). Los padres y maestros solicitaron apoyo del INI, el cual mandó a un médico general quien descubrió que durante las noches un individuo salía del albergue y bajaba por una barranca cercana hasta encontrar una planta, cortaba

algunas hojas, las ingería y se guardaba otras entre su ropa. Se pensó que la planta, conocida como *Kieri* (*Datura estramonium*), era la causante del trastorno, pues el personaje se las daba a ingerir a los niños. Como ya hemos dicho, la planta contiene una poderosa sustancia psicotrópica llamada escopolamina.

El 16 de noviembre de 1999 el INI solicitó la colaboración del equipo del HPJ para el estudio y tratamiento de 12 niños afectados en el albergue de Pueblo Nuevo. El equipo acudió del 22 al 24 del mismo mes.

Los maestros refirieron que los síntomas habían iniciado desde octubre de 1998, pero que podían contenerlos, hasta que se vieron afectados 18 niños.

El 22 de noviembre el equipo del HPJ presenció el fenómeno y atendió a dos niños y a dos niñas que iniciaron con los síntomas a las 19:00 hrs, manifestando inhibición psicomotora, hiperventilación, hipotermia de extremidades, taquicardia, aislamiento, mutismo, llanto, estereotipias motoras, hiporeactividad al medio externo, alteración del estado de conciencia, incremento del umbral al dolor, agresión autodirigida (se mordían los carrillos internos hasta sangrar) y aumento de la fuerza muscular. Presentaban mutismo selectivo, amnesia y cefalea posterior a la crisis. Horas más tarde se atendió a una cocinera con síntomas similares.

Se descubrió que los afectados presentaban alteraciones sensorio-perceptuales visuales y auditivas. Algunos niños reportaban observar la figura de un indígena que les ofrecía comer *kieri*. Señalaban que debían huir y alejarse de dicho individuo, pues de lo contrario morirían. Eso hacía que durante las crisis los menores tuvieran movimientos estereotipados de lucha y defensa.

Otros niños afectados presentaban crisis silenciosas de llanto, rechazo al contacto visual, evasión del contacto físico con otros individuos no enfermos, musitaban de manera ininteligible, emitían gemidos y había la tendencia entre los enfermos a tomarse de las manos. Algunas niñas presentaban manierismos, se apretaban el tórax y abdomen, referían dolor torácico, abdominal y disfagia. La respuesta de los adultos ante dicho fenómeno era de hastío, mientras que la del resto de los niños asintomáticos era de burla.

Dos estudiantes y un maestro de la telesecundaria de Pueblo Nuevo también estuvieron afectados. Los estudiantes eran dos de los casos índice que habían estado internados en el HPJ.

Se entrevistó a un *mara'akame* de la comunidad quien refirió que podía conocer el por qué de la persistencia de la enfermedad por medio de sus ensoñaciones. Señaló conocer cuáles eran las peticiones de sus deidades: realizar tres ceremonias correspondientes a los sitios donde crece el *kieri*, donde se deberían ofrendar vasijas votivas con sangre de jabalí, iguana y venado. Percibía a los niños cubiertos con un “polvo amarillo”, consecuencia del consumo de la planta sagrada, por lo que la enfermedad era un castigo por romper con *el costumbre*. Se quejó de la falta de interés y participación de los padres de los niños afectados, de la comunidad en general y de los otros *mara'akate* para realizar las ofrendas y ceremonias requeridas. Puntualizó que el castigo máximo sería la desaparición de 5 niños, quienes serían llevados a *Wirikuta* para resarcir las penas inflingidas por los dioses.

Debido a la intromisión de una supervisora, los médicos fueron expulsados del lugar, por lo que el problema no se resolvió por completo. Se planteó la necesidad de cerrar el albergue para evitar una tragedia como la de Cajones, pues habían empezado los rumores de embrujamiento.

La Dra. Blanca Padilla nos comentó que los albergues del INI son sitios donde la disciplina está totalmente relajada y que carecen de figuras de autoridad, los niños están frecuentemente fuera de control y se escapan.

El estrés al que están sometidos dentro del albergue se hace evidente en la ausencia de síntomas cuando los menores se encuentran en sus casas.

Padilla concluye: “El fenómeno aparece como una forma de resistencia cultural a un periodo de transición cultural más que como un problema médico. Requiere la intervención de una figura que inculque y promueva la conservación de las raíces culturales como medio básico de resolución del fenómeno, pues no es posible que farmacológicamente se elimine, en caso de que fuera el único medio de control. Es básico poner en práctica simultáneamente la medicina tradicional y occidental para resolver de base este problema”.

Desde el año 2000 no ha habido casos nuevos registrados en Cajones, pero los niños de los albergues de Pueblo Nuevo y Nueva Colonia siguen afectados. La comunidad ya no quiere la intromisión de la Secretaría de Salud debido a que su participación es efímera y el problema no se ha resuelto. El fenómeno se ha diseminado a las telesecundarias donde actualmente estudian los niños que estuvieron en los albergues afectados.

DISCUSIÓN

¿Uno o varios síndromes ligados a la cultura?

Este trabajo versa sobre una serie de trastornos ligados a la cultura (trance por posesión o por el *kieri*, brujería y/o faltas a *el costumbre* y/o histeria colectiva) que se han estado presentando en los albergues de Nueva Colonia, Pueblo Nuevo y Cajones, pertenecientes a la comunidad *wixárika* de Santa Catarina, del Municipio de Mezquitic en Jalisco.

De los casos no documentados de 1991 y 1996 no podemos opinar. El de 1998 del albergue de San Miguel Huaixtita sólo nos permite saber que la niña afectada tuvo visiones y que murió.

En 1998 en el albergue de cajones obtuvimos los siguientes datos: Inicia una niña con llanto, tristeza y aislamiento a lo que siguió un cuadro de agitación.

Como por contagio, otras tres niñas presentaron un cuadro de agitación psicomotora con alucinaciones visuales caracterizadas por la visión de hombres-animales, quizá naguales, que las perseguían para matarlas. La singular epidemia se transmitió a otros 50 niños y el fenómeno se presentaba de manera simultánea en 20 de ellos. Incluso tres adultos se enfermaron.

Durante la noche era cuando los niños sentían la presencia de estos naguales y entraban en un estado de trance.

Este estado de trance colectivo puede entenderse, de manera simplista, como producto de la histeria. Lo interesante sería encontrar el sentido cultural grupal de esta manifestación. En esta tónica encontramos dos explicaciones: embrujamiento y castigo de los dioses por faltas a *el costumbre*. Por lo visto la primera explicación tuvo más peso en la comunidad pues buscaron y encontraron a los brujos culpables los cuales fueron torturados, se llegó incluso al asesinato de uno de ellos. Se culpó a los niños del asesinato, hecho que nos parece dudoso. Finalmente, los niños mejoraron cuando se contrató a un *mara'akame* externo más poderoso. Llegaron las vacaciones y el problema se disolvió, sin embargo, ya para entonces las autoridades estaban inmiscuidas. Al comenzar el siguiente ciclo escolar, los cuadros se repitieron, aunque de manera más aguda, por lo que trasladaron a 16 niños afectados a Guadalajara en donde fueron atendidos por psiquiatras. En el hospital, dos niños entraron en un estado de trance caracterizado por mutismo, tristeza, aislamiento e inhibición psicomotora seguido de agitación psicomotriz,

despersonalización, pánico, alucinaciones auditivas y visuales y agresividad auto y heterodirigida. Al terminar el cuadro, los niños estaban fatigados, tenían cefalea y vértigo. El tratamiento psiquiátrico no pareció surtir gran efecto.

Esto se repitió en el mismo albergue con otros jovencitos. De igual manera, parecía haber un contagio espontáneo. Las crisis se presentaban a cualquier hora y duraban de 30 a 60 minutos. Un dato interesante es que cuando los niños regresaban a sus casas, el fenómeno cesaba. Además, según un médico psiquiatra, existía la posible influencia de un maestro diagnosticado con depresión mayor y con personalidad paranoide. Se descartó el uso de sustancias y de enfermedades físicas asociadas por lo que se hizo el diagnóstico de trance y de crisis disociativas.

El cumplimiento de *el costumbre* y una intervención social hicieron que esto se resolviera.

En 1999, en el albergue de Nueva Colonia se repitió el problema y ya para entonces los encargados manejaban, al parecer, el diagnóstico de trance y posesión. Lo notable de este brote es que aquí sí se habla de consumo inducido o voluntario del *kieri* pues aparece un personaje nocturno que les daba a ingerir la droga. El *mará'akame* de la comunidad realizó algunos rituales haciendo ofrendas al *kieri* para poder solucionar estas crisis. Nuevamente vemos la defensa de los valores culturales, la resistencia cultural es enarbolada por el chamán y el tratamiento tiene que ser "doméstico".

GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO (GLADP)

Los elementos que pueden servir para orientarnos en el diagnóstico de lo arriba presentado son los siguientes:

F44 Trastornos disociativos [de conversión]

La temática común compartida por los trastornos disociativos y de conversión consiste en una pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y de las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales.

Todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir después de pocas semanas o meses, especialmente si su comienzo está asociado con un suceso vital traumático. Si el inicio se asocia con problemas

insolubles o dificultades interpersonales, pueden desarrollarse trastornos más crónicos, especialmente parálisis y anestias. Hay evidencias de que la pérdida de la función es expresión de conflictos o de necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha asociación con el estrés psicológico y a menudo son de aparición brusca. Están incluidos sólo aquí los trastornos de las funciones físicas que se hallan normalmente bajo control voluntario y la pérdida de las sensaciones.

Los trastornos que implican dolor y otras sensaciones físicas complejas, mediadas por el sistema nervioso autónomo se clasifican como trastornos de somatización (F45.0).

Incluye:

- Histeria
- Histeria de conversión
- Psicosis histérica
- Reacción de conversión
- Ataque de nervios (ver síndromes culturales latinoamericanos)

F44.0 Amnesia disociativa

Su principal característica es la pérdida de la memoria, habitualmente de sucesos importantes recientes, que no se debe a un trastorno mental orgánico, pero que es demasiado importante como para que pudiera ser explicada por olvido o fatiga comunes. La amnesia se centra habitualmente en sucesos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados, y por lo general es parcial y selectiva.

F44.1 Fuga disociativa

La fuga disociativa tiene todas las características de la amnesia disociativa más por el propósito de escapar de la realidad cotidiana. Aunque hay amnesia del periodo de fuga, el comportamiento del paciente durante el mismo puede parecer completamente normal para los observadores no informados.

F44.2 Estupor disociativo

El estupor disociativo se diagnostica sobre la base de una disminución profunda o ausencia de movimiento voluntario y de respuesta normal a estímulos externos como la luz, el ruido o el tacto, en tanto que el examen médico y los análisis de laboratorio no revelan evidencia de causa

física alguna. Además hay evidencia positiva de causalidad psicógena de trastorno a partir de sucesos o problemas estresantes recientes.

F44.3 Trastornos de trance y posesión

Trastornos en los cuales hay una pérdida temporal del sentido de identidad personal y de la plena conciencia del entorno. Deben incluirse aquí sólo estados de trance involuntarios o no deseados y que tienen lugar fuera de situaciones religiosas o culturalmente aceptadas.

F44.5 Convulsiones disociativas

Las convulsiones disociativas pueden imitar muy estrechamente a los ataques epilépticos en cuanto a los movimientos, pero rara vez el paciente se muerde la lengua, sufre contusiones al caer o presenta incontinencia de orina. No hay pérdida de la conciencia, o ésta es reemplazada por un estado de estupor o de trance.

CONCLUSIONES

Como podemos constatar, no es fácil hacer encajar este síndrome cultural en la clasificación actual de la GLADP la cual, evidentemente no fue pensada en términos antropológicos. Vale la pena recordar algunos conceptos externados por Lapassade (1992). La palabra trance, formada del latín *transire*, que designaba el hecho de pasar, concernía en la época medieval a la agonía, con su doble condición de estado individual y de paso para el que se estaba muriendo. Pasaje del mundo de aquí, al otro mundo. En la misma época este mismo término estaba en relación con la pasión del crucificado. Así, desde su origen, este término comprendía implícitamente una doble dimensión: la dimensión psicológica, ligada a lo que se llama hoy en día los estados terminales o la experiencia del umbral de la muerte (traducción de *Near Death Experience*); por una parte. Y por otra, la dimensión colectiva de las creencias religiosas y de los ritos ligados a la muerte y a la sobrevida del alma después de la muerte.

Para designar la dimensión psicológica del trance, se emplea cada vez más la noción reciente de los “estados modificados de conciencia”, la cual comporta particularmente la idea de una potencialidad del trance inscrita en el psiquismo que supone para su efectividad una intervención de la sociedad.

Para estudiar el trance hoy en día, hay que tomar en consideración estas dos dimensiones, y la posibilidad que nos es dada de hacerlo constituye la conclusión de dos siglos de investigación. Es decir, el trance puede implicar posesión o no.

Mientras que la noción de los estados modificados de conciencia coincide con un nivel psicológico de observación, la noción de trance de “posesión” y de “trance” concierne al orden cultural.

En los casos descritos coexisten ambos elementos y eso invalidaría el diagnóstico, sin embargo es evidente que, bajo la óptica etnopsiquiátrica si hay un fenómeno de trance.

En los casos descritos encontramos un tipo de posesión, según la propia versión de la comunidad: la posesión por un dios, el del *kieri*, la planta psicotrópica ya descrita.

En cuanto a la impresión diagnóstica de trastorno disociativo, si nos apegamos a la letra de la GLADP vemos que se cumplen la mayoría de los criterios excepto cuando señala que debe ser “al margen de o como prolongación de estados similares aparecidos en ceremonias religiosas u otras culturalmente aceptadas”.

En cuanto a considerar el hecho como un fenómeno de histeria colectiva, valdría la pena quitarle la connotación peyorativa a la histeria y dotarla de un significado sociocultural más profundo. Es preciso tener en cuenta que las creencias colectivas tienen un papel fundamental en la producción social de los trances.

Para precisar el papel social hay que preguntar al medio ambiente y al sujeto mismo cómo explican esta transformación. Hay que tomar en cuenta el contexto cultural en el cual se producen los eventos observados.



La *Bouffée délirante*. Revisión histórica de un concepto

INTRODUCCIÓN

A fin de comprender mejor el concepto francés denominado “*bouffée délirante*” (B.D.) hemos realizado un recorrido histórico en el que se muestran los avatares que ha sufrido esta entidad clínica. Iremos desde la concepción de su antecedente directo, el “*délire d’emblée*”, propuesto por Magnan a fines del siglo XIX bajo la influencia del pensamiento positivista y evolucionista, y de la acuñación del término “*bouffée délirante*” propiamente dicho, por Legrain, el cual, influido por Janet, destaca la importancia del concepto de subconsciente con relación al de degeneración: “dime cuál es tu subconsciente y te diré tu futuro delirio”.

Nuestro recorrido histórico llegará hasta la época actual en la que la B.D. ha perdido vigencia frente a la enorme influencia de los sistemas clasificatorios norteamericanos. A pesar de lo anterior, ésta entidad psiquiátrica conserva su valor diagnóstico en los países francófonos gracias a la evidencia de los hechos clínicos.

En este trabajo se muestra y analiza la influencia que han tenido las ideas de Kraepelin y de Bleuler en detrimento de las psicosis agudas y en favor de la extensión indefinida de las esquizofrenias.

Asimismo se describen, en relación con la B.D, los estados oniroides de De Clérambault, Charpentier y Mayer-Gross, así como diferentes tipos de psicosis agudas tales como las “psicosis imaginativas” de Dupré y Logre, los “delirios degenerativos” de Halberstad, los “delirios polimorfos”



de Targowla, el “delirio de relación de los sensitivos” de Kreschmer y las “psicosis degenerativas agudas” de Kleist.

También se consideran “las experiencias delirantes primarias” de Jaspers y su orientación fenomenológica, la noción de “reacción” de Meyer y los “delirios de persecución curables” de Petit.

Pero es sólo gracias a la concepción organodinámica de Ey que la B.D. recobra su fuerza dentro del ámbito clínico, ocupando un primer plano dentro de la noción de las psicosis delirantes agudas. Se mencionan los criterios que Ey retiene para el diagnóstico positivo de la psicosis delirante aguda, así como la definición operacional que proponen Pull y Pichot.

Podríamos resumir como sigue el concepto francés de “bouffée délirante”: una patología que se caracteriza por la eclosión brutal de un delirio rico y polimorfo en sus temas y en sus mecanismos, en ocasiones asociándose con trastornos de la conciencia y del estado de ánimo. Los temas delirantes son variables y múltiples, pudiendo combinar tanto las ideas de persecución, de grandeza, de transformación de sí mismo o del mundo, como las ideas de influencia y de posesión.

El diagnóstico de B.D. se funda, principalmente, en los elementos siguientes: el carácter súbito del inicio, el aspecto polimorfo y variable de la experiencia, la adhesión inmediata al delirio intensamente vivido y la evolución en algunas semanas sin dejar secuelas aunque las recaídas sean posibles.

Esta breve revisión histórica nos permite considerar, de una manera longitudinal, la evolución que ha sufrido un concepto clínico según las ideas que predominan en cada época. Nos recuerda la relatividad de los criterios diagnósticos en Psiquiatría y la necesidad de considerar el papel que la sociedad y la cultura juegan en los trastornos mentales y las desviaciones de la conducta.

...de l'expérience de la Déraison sont nées toutes les Psychologies et la possibilité même de la Psychologie.

Para entender mejor el concepto de “bouffée délirante” (B.D.), entidad típicamente francesa, creemos conveniente ir hasta los orígenes históricos del concepto y situarlo dentro de su contexto sociocultural propio.

Recorreremos los avatares de una entidad propuesta en Francia a fines del siglo XIX (1895), época en la cual florecía el pensamiento positivista y evolucionista.

Morel y Magnan, bajo la influencia de las ideas darwinianas, desarrollaron la teoría de la degeneración, cuya influencia ha sido considerable. Baste recordar la importancia que tuvo, para la criminología italiana, la tesis del “criminal de Lombroso”.

Veremos cómo desapareció esta concepción durante un cierto tiempo, sobre todo gracias a la influencia de las ideas de Kraepelin y de Bleuler, y cómo, bajo la presión de los hechos clínicos, resurgió esta noción.

LA TEORÍA HUMORAL

La teoría humoral de la enfermedad predominaba todavía en el siglo pasado, y la melancolía era el modelo según el cual se comprendía a la enfermedad mental.

Hasta el siglo XIX reina una concepción unívoca de la locura, la cual se constituye esencialmente por los problemas de los sentimientos y por un desorden general del entendimiento cuya base está constituida por los problemas de la afectividad y del humor. Para designarla se utiliza el término general de “melancolía”, último vestigio de las ideas humorales que reinaron durante los últimos siglos. (Magnan, Legrain, 1895.)

Pélicier destaca en su *Historia de la Psiquiatría* que: “la explicación de las enfermedades mentales se basa en la perversión de los humores... La melancolía responde a la acción maligna de la bilis negra (o atrabilis): el humor da su nombre a la enfermedad; es un principio agresivo, inestable”. (Yves Pélicier, 1982)

LAS MONOMANÍAS

A principios del siglo antepasado y hasta los tiempos de Esquirol (1772-1844), los trastornos delirantes comienzan a adquirir una importancia más grande, admitiéndose, no obstante, que la “locura intelectual” tiene siempre por fundamento un trastorno afectivo.

Esquirol admite tres formas de monomanías: la monomanía intelectual (con concepciones falsas y extrañas, ilusiones y alucinaciones), es decir, los delirios, propiamente hablando; la monomanía afectiva y la monomanía instintiva, en la que la voluntad está dañada.

LAS CLASIFICACIONES SINTOMÁTICAS

Las ideas de Esquirol habrían de dominar a la psiquiatría hasta la llegada de Morel (1809-1873) y del método de clasificación sintomático que condujo a la multiplicación indefinida de entidades mórbidas, por ejemplo: la locura intermitente de Falret y Baillarger (1854), y la parálisis general de Baillarger (1809-1890).

INFLUENCIA DE LAS IDEAS EVOLUCIONISTAS

Después de la fase de las descripciones sintomáticas, vemos cómo toman importancia las ideas evolucionistas, e influyen las concepciones psiquiátricas.

Hay que llegar hasta Morel (1857) para encontrar un intento más o menos fructuoso, de agrupamiento de las enfermedades mentales. El sustituye el método sintomático por un método etiológico y clínico que llevaría a la nosografía mental a dar el paso más decisivo que haya dado después de mucho tiempo... El efecto se ve ligado a la causa verdadera... Morel da un golpe preciso a las monomanías al concebir la degeneración de la especie humana y al describir las alienaciones hereditarias. (Magnan, Legrain, 1895).

Morel conoció el desarrollo de las grandes corrientes científicas de su época, principalmente las ideas evolucionistas de Charles Darwin concernientes a la selección natural. Esto se hace manifiesto cuando publica en 1857, el *Traité des dégénérescences*, en el que precisa que “la degeneración es una desviación con respecto al tipo normal, que se transmite por herencia y que se agrava poco a poco, hasta la extinción de la familia”. (J. Garrabé, 1992).

Como consecuencia de estas concepciones, en el *Traité des maladies mentales*, de 1860, Morel elabora una nosografía en la que introduce un grupo muy vasto intitulado: *Aliénations héréditaires*. En este mismo tratado, Morel hace algunas alusiones breves a lo que él mismo llama el estado de la “demencia precoz”.

En efecto, es en los “études” de 1851-1852 en donde B.A. Morel describe por vez primera a estos “jóvenes alienados que se presentan al observador con todas las probabilidades de curación, pero que después de un examen minucioso, convencen a uno de que la triste coronación de su evolución será el idiotismo y la demencia”... Pero es en 1860, en el

Traité des maladies mentale, en donde bautiza como “démence précoce” a esta “inmovilización repentina de todas las facultades”. (Appia, 1965).

Sea como fuere, la influencia de las ideas de Morel fue considerable en Francia y en el extranjero. Numerosos trabajos habrán de ser ubicados sobre esta cuestión de la locura hereditaria.

LA TEORÍA DE LA DEGENERACIÓN

*Véritable coup de tonnerre dans un ciel serein.
Il sort armé de toute pièce,
de pied en cap,
du cerveau du malade...*

Desde 1882, Magnan (1835-1916) empezó a elaborar su clasificación de las enfermedades mentales alrededor de los criterios etiológicos de la degeneración. Señalaba: “la herencia irradia a toda la patología mental”. Inicialmente, nos habla de dos grandes categorías de alienación: I. La alienación propia de los predispuestos, de los que la heredan. II. Las alienaciones que no son más que un accidente en la vida de un individuo normal. (Magnan, Legrain, 1895).

Los estados degenerativos comprenden, para Magnan, ciertas “situaciones mentales” que “pueden coexistir o sucederse en la vida de un mismo sujeto” bajo las tres formas siguientes: 1) Los estados de “locura lúcida” a base de obsesiones, de impulsiones y de inhibiciones insuperables. 2) Los estados de desequilibrio avanzado con pérdida de la conciencia. Estos son: la manía razonante con su variedad más peligrosa: la locura de los perseguidos-perseguidores y la locura moral, y 3) Los estados delirantes.

Los estados delirantes

a) *délire d'emblée* -entidad que nos ocupa- múltiple, polimorfo y proteiforme, que es rápido o algunas veces de larga duración, mas sin tendencia a la sistematización y a la transformación progresiva.

Es curable, pudiéndose observar, sin embargo, diferentes formas de delirio, mismas que escapan a una descripción dogmática. Cada enfermo le imprimirá su sello personal. (J. Garrabé, 1992)

b) el delirio sistemático único, fijo, sin tendencia evolutiva, curable la mayor parte de las veces.

Con Magnan, se agrega el criterio evolutivo a los criterios sintomáticos y etiológicos, lo cual da origen a una nueva clasificación.

Garrabé escribe a propósito de Magnan:

para él, las psicosis o “locura propiamente dicha” incluyen la locura de los degenerados... grupo en el que se incluyen los degenerados superiores. Entre éstos podemos observar los “délires d’emblée”, la forma aguda más específica de la locura degenerativa. El “délire d’emblée”, es el ancestro de la “bouffée délirante polymorphe”, entidad propia de la escuela francesa que desde entonces refuta que estas psicosis agudas sean confundidas con los delirios crónicos, al igual que se niega a aceptar que se les considere, como si fueran “esquizofrenias agudas. (V. Magnan, 1893).

En cuanto al “délire d’emblée” concepto que nos interesa por ser el antecedente directo de la “bouffée délirante”, Magnan decía:

la principal característica consiste en la brusca aparición de las ideas delirantes. En cuestión de horas o días vemos desarrollarse un delirio muy intenso que puede tomar cualquier forma. El delirio evoluciona rápidamente; puede ser simple, pero frecuentemente se presenta de diferentes maneras. Así, un enfermo que ayer tenía un delirio de ambición, hoy se siente perseguido, y en algunos días se sentirá hipocondríaco. He ahí una manera de delirar propia de los degenerados. Es lo que constituye el “délire d’emblée”, que no tiene una evolución regular como el delirio crónico... por lo regular, cede bruscamente tal y como llegó. (P. M. Legrain, 1886).

Las bouffées délirantes de Legrain

En 1886, en su tesis titulada *Delirio de los degenerados* y en 1910, en *Las locuras en eclipse*, Legrain introduce algunos elementos nuevos al concepto de “délire d’emblée”, descrito por Magnan. Legrain menciona:

los degenerados pueden presentar todas las posibles variedades de delirio. Un delirio que sobreviene bruscamente, de entrada o de golpe (d’emblée), que evoluciona rápidamente y que las más de las veces se termina con la curación en un breve plazo... Un delirio que evoluciona crónicamente, pero que muestra una forma más irregular, presentándose bajo formas múltiples (polimorfismo), sucesivamente o al mismo tiempo, interrumpido, en ocasiones, por accesos (bouffées) súbitos de ideas

delirantes que se desvanecen igual de pronto, en fin, que terminan muy frecuentemente por la curación y, en algunos casos, por la demencia... las recaídas en él no son raras. (P. M. Legrain, 1886).

Legrain señala la posibilidad de pasar a un delirio de evolución crónica: “los delirios d’emblée son los más comunes, como episodios en el curso de la vida de los degenerados... igualmente veremos que presentan delirios de evolución esencialmente crónica...”. (P. M. Legrain, 1886).

Más aún, Legrain, hace una clasificación de los délires d’emblée bajo cuatro aspectos diferentes:

- 1) Acceso simple, único, brusco, que llega como una bocanada de viento y desaparece de igual manera.
- 2) Accesos (bouffées) delirantes sucesivos, de formas variadas, con o sin recidivas.
- 3) Bouffées délirantes que sobrevienen en diferentes épocas de la vida, separadas por intervalos de calma completa.
- 4) Delirios “d’emblée” que sobrevienen en el curso de un delirio de evolución crónica. (P. Abely, R. Bouquet, 1962).

En 1910, en “la locura en eclipse”, el pensamiento de Legrain experimenta una profunda mutación. El término explicativo de la degeneración se ve reemplazado por el del subconsciente, que a fines del siglo precedente era un término usual en psicología y psicopatología y como sabemos, una de las ideas fundamentales del pensamiento de Pierre Janet (1859-1947).

LAS PSICOSIS SENSITIVAS

En 1918, después de haber descrito el “delirio de relación de los sensitivos”, de evolución relativamente favorable, Kretschmer distinguió tres formas diferentes de psicosis sensitivas: a) la confusión sensitiva de breve duración, b) la “bouffée délirante” ligada a la de tipo neurótico-obsesivo, fugaz y con recidivas, c) la neurosis situacional.

Con Kretschmer, la B.D. queda ligada a los problemas de tipo neurótico-obsesivo, y constituye una de las formas de las psicosis sensitivas.

En los individuos que tienen el “carácter sensitivo” de Kretschmer, cuando se presenta algún choque emocional, único o repetido, conflictos con el ambiente o conflictos de tipo sexual, se pueden presentar los

“delirios hiposténicos” que Pascal, en 1931, coloca dentro de las “psicosis de sensibilización”. “Estos delirios son frágiles y desaparecen rápidamente bajo la influencia del reposo y de la psicoterapia”

Claude (1869-1946), en 1930, describe el “síndrome de acción exterior”, un tipo de psicosis reactiva psicógena que el autor aproxima al delirio sensitivo de Kretschmer y que puede situarse dentro de los delirios hiposténicos.

ESTADOS CREPUSCULARES EPISÓDICOS

Kleist, en 1926, propone designar “psicosis degenerativas agudas” a un tipo de psicosis agudas, “en forma de estado crepuscular de la conciencia” (episodiche Dämierzustande), con confusión, estupor e hiperquinesia, que se establece sobre una degeneración del sistema nervioso. Los cuadros descritos son breves, violentos e intermitentes, a saber: las psicosis cicloides, al margen de la psicosis maniaco-depresiva; las formas paranoides atípicas, al margen de la paranoia, y las formas epileptoides, al margen de la epilepsia.

Dentro de estas manifestaciones, el autor agrupa los “estados crepusculares episódicos” que las distingue de las B.D. de Magnan, ya que las primeras son más endógenas y menos reactivas e incluyen los problemas más importantes de la conciencia.

LA ESCUELA SUIZA

Bleuler (1857-1939), en 1911 introdujo el término de “esquizofrenia”, cambiando la idea de demencia precoz por la de “disociación”: “Nombro esquizofrenia a la demencia precoz porque, como lo espero demostrar, la dislocación de las aferentes funciones psíquicas posee características más importantes”. (J. Garrabé, 1992).

En su comunicación para el xxx Congreso de Alienistas de Lengua Francesa, en 1926, Bleuler justifica la nueva denominación que él propone en lugar de la de Kraepelin, por la necesidad de destacar que la evolución hacia la demencia no es ineluctable.

Bleuler confirma que, no tomando más en consideración el criterio de la fase terminal, la esquizofrenia, tal y como él la concibe, corresponde bien a la entidad que Kraepelin había propuesto en la 6a edición de su tratado (1899)... Lo más que llega a admitir es que se pueda diferenciar la esquizofrenia de la paranoia... CP. Coreau, 1972).

Esto significa que el concepto ya había tomado una extensión considerable, englobando la quasitotalidad del campo de las psicosis delirantes crónicas, lo cual va a persistir en numerosas escuelas hasta nuestros días.

Hablando de la evolución, Bleuler precisa que se trata de “un grupo de psicosis que evolucionan ya sea crónicamente, ya sea por episodios, de tal forma que no puede alcanzarse una *restitutio ad integrum*”.

LA ORIENTACIÓN FENOMENOLÓGICA

Jaspers, en las cinco ediciones de su *Psicopatología General*, “Allgemeine Psychopathologie”, que van de 1913 a 1946, desarrolla un pensamiento tan rico en intuiciones fecundas que será el autor de referencia de todos los otros.

Jaspers retoma una de las ideas centrales de Husserl, el padre de la fenomenología: la idea de la “Intencionalidad”. Intentará comprender los fenómenos patológicos buscando la intencionalidad.

En su psicopatología, a partir de un análisis de los ciclos evolutivos, Jaspers opone las psicosis agudas a las psicosis crónicas. Entre las primeras incluye la patología de los estados de conciencia, accidentes generalmente curables mientras son alteraciones intensas del comportamiento. Entre las segundas, habla de los “síntomas de la vida alienada”, en donde los problemas tienen un carácter reflexivo, calmado, dando lugar a una evolución progresiva. Estos últimos, en general, son incurables.

Las “bouffées délirantes” corresponden aproximadamente, para Jaspers, a las “experiencias delirantes primarias”. El término primario se refiere a un fondo procesual negativo con respecto a los temas delirantes.

LA NOCIÓN DE REACCIÓN

Adolf Meyer (1866-1950) introduce la noción de reacción. Considera al individuo como un “todo psicobiológico” que reacciona de manera particular a las influencias sociales y biológicas. Es por esto que inventa el término “ergasia”, por medio del cual designa la actividad mental integrada. Las enfermedades mentales se entienden, entonces, como reacciones diferentes, como tipos de reacción.

Meyer se convirtió en el defensor “de la psiquiatría del sentido común”. El individuo es, para él, un todo psicológico sometido a las influencias

físicas, morales y sociales, ninguna de las cuales puede ser desdeñada ni privilegiada. Más que describir las enfermedades, él prefiere explorar los tipos de reacción que comprometen la personalidad entera. (M.S. McCabe, 1975).

LOS DELIRIOS DE PERSECUCIÓN CURABLES

Paule Petit, en su tesis hecha en 1937, separa de las psicosis crónicas a los “delirios de persecución curables”, de los cuales describe dos formas: a) los delirios de estructura oniroide, que se caracterizan por la brusquedad de su comienzo, la rapidez de su elaboración, la existencia de signos concomitantes (estado físico alterado) y el polimorfismo de los temas delirantes que constituyen un conjunto escénico y cuya evolución más habitual es la curación. b) los delirios “con estructura de realidad”, que se pueden asimilar a las formas ligeras de la paranoia pero con ciertas particularidades, ya que el proceso no daña la esfera intelectual. Estos delirios tienen una base exclusivamente afectiva. (Samuel-Lajeunesse. 1985)

REAPARICIÓN DE LA NOCIÓN DE BOUFFÉE DÉLIRANTE

Henri Ey (1900-1977), alumno de Claude, se inspira en las concepciones fenomenológicas y existenciales para fundar una concepción organodinámica de las enfermedades mentales. Ey vuelve a colocar en primer plano la noción de psicosis delirante aguda. Es él quien le da su forma actual y la fija en la Semiología.

Para explicar el conjunto de trastornos patológicos, Ey habla de la “patología de la conciencia”, refiriéndose a un nivel de disolución correspondiente al análisis transversal de la vida psíquica, y de la “patología de la personalidad”, en donde el análisis longitudinal permite explicar la trayectoria del individuo.

Ey, siguiendo el eje de la desestructuración de la conciencia, intenta delimitar una estructura particular, una entidad mórbida: las “bouffées délirantes” o psicosis delirantes agudas. Para él, las psicosis delirantes agudas se sitúan a un nivel de desestructuración de la conciencia, intermediario entre las crisis maníaco depresivas y los estados confusonarios.

En su estudio N° 23, Henri Ey, tomando en consideración a Jaspers, Mayer-Gross y Schneider, expone la fenomenología y el análisis

estructural de las psicosis delirantes agudas, indicando que su nivel de desestructuración es esencialmente alucinatorio.

Las diferentes formas clínicas que describe son las siguientes: a) las formas sintomáticas, siguiendo los temas y los mecanismos del delirio, en donde se encuentran las psicosis imaginativas agudas de Dupré y Logre, las psicosis interpretativas agudas y las psicosis alucinatorias agudas, que ya hemos citado en este trabajo. b) las formas etiológicas: absorción de tóxicos, afecciones cerebrales (tumores, epilepsia), afecciones generales (problemas de post-parto) y choques emocionales.

Hay que recordar que todas estas formas etiológicas dependen del “umbral de reacción” de los enfermos o de la “aptitud para delirar” de Magnan.

Ey retiene diez criterios para el diagnóstico positivo de la psicosis delirante aguda: 1) Inicio repentino. 2) El polimorfismo de los temas delirantes. 3) Las variaciones del cuadro clínico de un día para otro. 4) La recrudescencia de los problemas durante las fases parahípnicas. 5) La continuidad de las experiencias delirantes y alucinatorias con lo vivido. 6) El carácter de actualidad inmediata, tanto perceptiva como intuitiva, de la vivencia delirante. 7) Las oscilaciones de las creencias y de la perplejidad crítica con respecto al delirio. 8) La atmósfera de estado crepuscular de la conciencia. 9) La prevalencia de la actividad alucinatoria videoespectacular o cenestésica sobre la actividad alucinatoria ideo-verbal. 10) El sustrato “tímico” de la vivencia delirante, ya sea en la vivencia de la exaltación o en el sentido de la angustia.

En 1963, Suerinck subraya en su tesis la realidad de la existencia de las psicosis delirantes agudas en tanto que unidad nosográfica, y también hace el diagnóstico a partir de los diez criterios que acabamos de enunciar. Suerinck destaca lo siguiente: “es innegable la existencia de las psicosis delirantes y alucinatorias agudas en tanto que son entidad nosográfica”.

EVOLUCIÓN DE LAS PSICOSIS DELIRANTES AGUDAS

sans conséquences sinon sans lendemain (E. Suerinck, 1963)

En su manual de psiquiatría, Ey intenta precisar la evolución de las psicosis delirantes agudas en cuanto a la evolución inmediata. Menciona un

75 de remisiones y un 25 que pasan a la cronicidad, las más de las veces a la esquizofrenia.

De este 75 de remisiones, se observa, en un segundo tiempo, que 25 de los casos no tienen ninguna recidiva después de 5 a 20 años, 50 de los casos evolucionan hacia una forma periódica, ya sea en forma de accesos idénticos o en forma de accesos parecidos a una psicosis maniaco-depresiva; el 25 restante evoluciona hacia la cronicidad después de varias “bouffées délirantes” agudas.

LOS ESTADOS ONIROIDES DE FOLLIN

En 1958, Follin estudia la articulación entre las psicosis agudas y las psicosis crónicas y lo que liga a “la locura de un momento con la locura de una existencia”, refiriéndose principalmente a la relación de la “bouffée délirante” con el proceso esquizofrénico:

En el fondo, todo pasa como si, habiendo descrito una entidad mórbida cuya forma típica es la evolución crónica, tuviéramos que retroceder para describir, según ese modelo, la existencia de formas subagudas que, en el fondo, vuelven a tomar el sentido que ya tenían en la nosografía de Magnan, las “bouffées délirantes” agudas o subagudas. (J. Laboucarie, 1958).

Laboucarie señaló que la frecuencia de la evolución secundaria de tipo periódica será casi igual para los dos grupos y hará plantearse la pregunta de la posibilidad de una psicosis periódica de significado ciclotímico y de expresión esquizofreniforme que podría ser susceptible a un tratamiento a base de sales de litio. Insistirá, igualmente, sobre la extrema dificultad para establecer el pronóstico de las B.D.

Laboucarie hizo un estudio de 200 casos de psicosis delirantes agudas, observados de 8 a 14 años, y que habían sido tratados mediante una asociación de quimioterapia y de electrochoques, dando los siguientes resultados:

- 40 de estos episodios se curaron definitivamente y recobraron el nivel de funcionamiento que tenían antes.
- 45 de estos casos tuvieron una evolución secundaria que condujo a la periodicidad. Dos terceras partes de estos casos evolucionaron en un franco sentido maniaco-depresivo.
- 15 evolucionaron únicamente hacia un estado crónico secundario.

TIPOS DE BOUFFÉES DÉLIRANTES

Abely y Bouquet en 1962, hicieron destacar que el término “bouffée délirante”, descrito por Magnan, había reaparecido desde dos o tres años antes, y que no había perdido nada de su valor, “il rênait à la vie” (P. Abely y R. Bouquet, 1962), pero que tal vez se había extendido abusivamente el área de dominio de las “bouffées délirantes” al sobrepasarse las limitaciones recomendadas por el autor original.

Abely y Bouquet, aclararon el término de las B.D. diferenciándolas en: 1) Las B.D., llamadas oniroides, en las que la etiología infecciosa o tóxica se encuentra relativamente atenuada, de tal forma que no conduce hacia una verdadera confusión mental. 2) Las B.D. hipnoides, que son estados hipnagógicos anormalmente prolongados. Se trata de enfermos que “duermen en vida con los ojos abiertos”. 3) Las B.D. imaginativas, ya descritas por Dupré y Logre. Ninguna de estas tres descripciones corresponde a las auténticas “bouffées délirantes”. 4) Las B.D. post-emotivas, que aparecen bruscamente después de un choque psicotraumático, y 5) Las B.D. con equivalente ciclotímico que conducen a las formas maníacas o melancólicas, algunas veces mixtas.

Lo que caracteriza estos dos últimos tipos de “bouffées délirantes” es, precisamente, el polimorfismo delirante, la movilidad de los temas basados, la mayor parte de las veces, en ilusiones y no en verdaderas alucinaciones.

Barrelet, en un estudio de 58 casos de “bouffées délirantes” hospitalizados entre 1974 y 1975, que él mismo había rediagnosticado aplicando los criterios del DSM III para apreciar su evolución diez años después, encontró que:

La bouffée délirante conserva su carácter de pronóstico favorable... la evolución de la bouffée délirante no es uniforme. Ciertamente, tiene un pronóstico más favorable que el de la esquizofrenia e incluso, puede ser más favorable que los trastornos de personalidad. En uno de cada siete casos, la B.D. fue el primer diagnóstico de una esquizofrenia debutante. En uno de cada cuatro, la evolución fue la de un trastorno afectivo, y en uno de cada 10, la B.D. fue un período agudo en la evolución de una personalidad limítrofe.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA BOUFFÉE DELIRANTE

Pull y Pichot (1982) propusieron una definición operacional de la B.D.: a) edad de inicio entre los 20 y los 40 años, b) inicio siempre agudo, sin antecedentes psiquiátricos, salvo de episodios idénticos, c) ausencia de cronicidad, d) la sintomatología es polimorfa: delirio polimorfo, no sistematizado y/o alucinaciones de cualquier tipo; despersonalización o desrealización con o sin confusión; humor anormal: depresión o euforia; los síntomas varían de un día para otro e, incluso, de hora en hora, e) diagnóstico diferencial: los trastornos no son secundarios a alguna afección orgánica, al alcoholismo o a la toxicomanía.

CONCLUSIONES

Podríamos resumir como sigue el concepto francés de “bouffée délirante”: patología que se caracteriza por la eclosión súbita de un delirio rico y polimorfo en sus temas y en sus mecanismos, en ocasiones asociándose a trastornos de la conciencia y del estado de ánimo.

Los temas delirantes son variables y múltiples, pudiendo combinar tanto ideas de persecución, de grandeza, de transformación de sí mismo o del mundo, como ideas de influencia y de posesión.

El diagnóstico de B.D. se funda principalmente en los elementos siguientes: el carácter súbito del inicio, el aspecto polimorfo y variable de la experiencia, la adhesión inmediata al delirio intensamente vivido y la evolución en algunas semanas sin dejar secuelas aunque las recaídas sean posibles.

Respecto al lugar que en la actualidad ocupan las B.D., tenemos que considerar que las clasificaciones diagnósticas han variado bastante desde que se creó este concepto. Situación bien señalada por Bastide: “las categorías diagnósticas cambian según las épocas, según los países... según los médicos”.

Si quisiéramos ubicar a las B.D. con respecto al DSM IV, tal vez sea el “trastorno esquizofreniforme” (295-40) el concepto al que más se aproximen.

Las otras categorías que evocan un parentesco con las B.D. son la psicosis reactiva breve (298-90), el trastorno esquizoafectivo (295-70) y la psicosis atípica (298-90).

La gran repercusión del DSM IV en este caso, en detrimento de la B.D., también se hace evidente en la Clasificación Internacional de



las Enfermedades, que en su 10a edición (OMS -ICD 10) retiene la noción de bouffée délirante aguda (F28.0) en el capítulo de las psicosis esquizofrénicas y trastornos relacionados.

Esta breve revisión histórica nos permite considerar, de una manera longitudinal, la evolución que ha sufrido un concepto clínico según las ideas que han predominado en cada época. Nos recuerda la relatividad de los criterios diagnósticos en Psiquiatría, y la necesidad de considerar el “papel que desempeña la sociedad y la cultura en los trastornos mentales y en las desviaciones de la conducta”.







Influencia de la religión en la expresión psicótica

La afirmación de que la forma de los trastornos mentales puede variar según las culturas, que incluso dentro de una misma cultura estos trastornos se pueden modificar paralelamente a la evolución histórica de la misma, ha provocado una fisura al imponente edificio de la psiquiatría occidental (Pewzner-Apeloig, 1993).

La frecuencia y el significado clínico de los delirios en las diversas culturas es un fenómeno que resulta tan interesante como diverso, pues se ha mostrado que el contenido de los delirios y de las alucinaciones no difiere de las normas culturales del sujeto.

En estudios realizados por Ndetel y Vadher (1984) se encontró que en todos los grupos culturales, el delirio de persecución fue el más común hecho confirmado por Kala y Wig (1982) y que los delirios de tipo paranoide son el delirio más común entre los pueblos de origen africano.

Los trastornos somáticos y las ideas de persecución están en primer plano en numerosas culturas no occidentales, en particular en el África negra y en el Magreb (Pewzner-Apeloig, 1994). Esto se puede explicar por el hecho de que en la cultura africana hay una extendida creencia en la brujería y una tendencia a explicar los eventos en términos de causalidad externa.

En este trabajo mi intención es señalar algunos aspectos de la relación existente entre la psicopatología y la religión,

El autor agradece muy particularmente al Dr. José Luis Estrada García por su valiosa colaboración en la preparación de este trabajo.



entendiendo ésta como una compleja manifestación de la cultura, que puede funcionar como mecanismo de defensa y considerando que el impulso religioso es natural en los seres humanos. “Los fenómenos religiosos no son una sublimación, sino expresiones de una auténtica y legítima función de la mente humana”. (Jung, 1972).

Siguiendo a Jung, me referiré al fenómeno de la experiencia religiosa en cuanto a que es una actividad de la mente humana, es decir, a las ideas que el hombre tiene de Dios, o al hecho de que no tenga ninguna, considerando que es el hombre quien tiene estas ideas y quien crea para sí mismo imágenes. No me inmiscuiré en el problema de la realidad absoluta que la fe religiosa les atribuye.

LAS CULTURAS Y LOS DELIRIOS ESQUIZOFRÉNICOS

Tateyama *et al.* (1993) compararon los delirios de algunos pacientes esquizofrénicos japoneses y alemanes y encontraron que los delirios de minusvalía fueron más frecuentes entre los alemanes. Además, los temas de culpa/pecado, particularmente aquellos relacionados con la religión fueron más frecuentes en los últimos, mientras que los delirios de referencia fueron más frecuentes entre los japoneses.

La diferencia en el contenido de los delirios de persecución y de daño puede derivar de los diferentes tipos de “self” de los dos países: el “self” orientado individualmente de los alemanes y el “self” orientado hacia el grupo de los japoneses. Los delirios de culpa y pecado que fueron significativamente más frecuentes entre los alemanes pueden reflejar las características del pecado en la cristiandad. Es indiscutible que las ideas de culpabilidad son ampliamente prevalentes en Occidente, mientras que la cultura japonesa es conocida como la cultura del honor o de la vergüenza. En Occidente, ciertamente, el origen del mal no podría buscarse en otro lugar que no fuera la intimidad de la persona misma, en África, a la inversa, la causa del mal y del infortunio se busca en el exterior del sujeto.

Kala y Wig (1982) estudiaron los delirios de 190 pacientes esquizofrénicos que acudían a una clínica psiquiátrica en la India y encontraron que los delirios de persecución y los de referencia eran los más comunes (82 y 59.5 por ciento), seguidos por los delirios de control corporal y de envenenamiento (31 y 29 por ciento), y por los erotomaniacos y religiosos (21 y 20.5 por ciento). La alta frecuencia

de delirios de control corporal en la India podría estar relacionada con el elemento de pasividad y de entrega que forma parte de las ideas religiosas de la India. Las cosas les pasan a la gente porque ese es su destino y el sujeto que desea alterar el curso de los eventos es mal visto. Esta cosmología es muy similar a la que los antiguos nahuas aprendían en el “tonalámatl” y que aún tiene repercusiones actuales en la vida de los pueblos mesoamericanos (Villaseñor-Bayardo, 1993).

Kim et al. (1993) en un estudio transcultural mostraron la influencia cultural en el contenido de los delirios esquizofrénicos de pacientes coreanos, coreano-chinos y chinos. Sus hallazgos fueron que los delirios de grandiosidad, de persecución y de celos fueron encontrados más frecuentemente en pacientes coreanos, los delirios de ser pinchado con una aguja envenenada y de chuparles la sangre o de extraerles el cerebro o alguna víscera fueron más frecuentes entre los chinos. Los temas religiosos o sobrenaturales, de posesión y de hipnotismo fueron más frecuentes entre los coreanos.

Algunos investigadores, en estudios con sujetos esquizofrénicos y esquizotípicos obtuvieron resultados compatibles con la idea de que su pensamiento religioso es de naturaleza diferente al de los sujetos normales (Feldman y Rut, 1989). Por su parte, Goldwert (1990) opina que la egocentricidad-religiosa puede iniciar como una defensa en la neurosis, desarrollarse como una estrategia en la personalidad esquizoide y volverse un sistema organizado en la esquizofrenia, dependiendo del estatus del “ego” en relación con el inconsciente. El climax de la egocentricidad religiosa es el reclamo mesiánico.

Las creencias religiosas sostenidas con gran firmeza se han encontrado como características premórbidas de la esquizofrenia (Margolis y Elifson, 1983, citado por Feldman). Muchos de los síntomas positivos asociados con la esquizofrenia y con el trastorno de personalidad esquizotípico, tales como los delirios y las alucinaciones, se expresan frecuentemente en forma religiosa (Smith, 1982, citado por Feldman).

LA RELIGIOSIDAD Y LA PSICOPATOLOGÍA

En algunos estudios se ha buscado el vínculo existente entre la religión y la psicopatología, por ejemplo, Ndetel y Vadher (1985) con objeto de evaluar la fenomenología religiosa y los antecedentes religiosos de un grupo de pacientes admitidos en un hospital de Londres, revisaron las

notas de pacientes de nueve diferentes grupos culturales y encontraron que la fenomenología religiosa se explicaba mejor en términos de factores culturales profundamente enraizados que en términos de la religión actual. Cuatro estudios realizados en Londres indicaron que los aspectos religiosos son una faceta importante de la fenomenología psiquiátrica entre los inmigrantes africanos y de la India al Reino Unido.

Cada año alrededor de 50 turistas son hospitalizados en Jerusalén por algún episodio psicótico. Bar - El *et al.* (1991) se sorprendieron por la frecuencia de los delirios religiosos. Cuarenta por ciento reportaron experiencias místicas; la mayoría de estos pacientes creían que eran alguna figura religiosa. Los pacientes que tenían un mayor nivel de involucramiento religioso fueron hospitalizados más tardíamente. Al parecer la observancia religiosa ofreció un cierto grado de inmunidad contra la crisis psicótica. Hay una relación específica entre el significado de Jerusalén como un lugar central en la experiencia religiosa y la naturaleza del episodio psicótico.

Es interesante notar cómo entre los judíos los textos místicos sólo pueden ser estudiados por gente mayor de 40 años que ha sido estable en todas las áreas de su vida.

De acuerdo con Victor Frankl considero que el “sentido religioso” está profundamente incrustado en las profundidades inconscientes de la psique humana y agregaría que en algunos pueblos como el mexicano, esta religiosidad es parte integral de la vida misma.

Por su lado, Jung postula que la idea de Dios es “una función psicológica absolutamente necesaria de naturaleza irracional”, y no tiene nada que ver con la existencia o no existencia de Dios. Las actitudes pro-religiosas pueden estar relacionadas, en algunos casos, con el bienestar individual, con la felicidad y la paz mental; y en otros casos con la psicopatología. Es fácil que la gente emocionalmente alterada se vuelva a la religión para ayudarse a resolver sus problemas.

Otros autores como Albert Ellis (citado por Greenberg y Witztum, 1991) opinan que la religiosidad es en muchos aspectos equivalente al pensamiento irracional y a los trastornos emocionales, estableciendo una relación inversamente proporcional: mientras menos religioso sea alguien, más saludable emocionalmente será.

En la versión freudiana de la personalidad, la experiencia religiosa es considerada como la proyección de la figura paterna, la cual a la vez es el resultado del conflicto entre el individuo y aquellos más cercanos

a él, sus padres. En “El futuro de una ilusión”, Freud dice que cuando el individuo va creciendo encuentra que está destinado a ser siempre un infante, que no puede hacer nada si no cuenta con protección contra los poderes superiores y extraños. Le da a esos poderes las características que pertenecen a la figura de su padre; crea para sí mismo los dioses que él teme, que busca propiciar y a quienes sin embargo luego confía su propia protección.

La autoestima está positivamente relacionada con una imagen amorosa de Dios y negativamente con una imagen divina que rechaza, impersonal y controladora. De tal forma que la autoestima puede ser un determinante más importante para la imagen de Dios que las imágenes divinas resultantes de las experiencias tempranas con los padres (Byrnes, 1984).

Se han sugerido algunos mecanismos subyacentes comunes para los rituales religiosos y compulsivos: el control de los instintos agresivos y sexuales y el uso de la formación reactiva, por ejemplo: el limpiarse cuando se desea estar sucio, o el ser bueno cuando se desea ser malo. Expresa Jung: Hay multitud de ritos mágicos cuya única finalidad es la defensa contra las insólitas y peligrosas tendencias del inconsciente. Esto coincide con la opinión de Freud que consideró a la religión como una neurosis obsesiva universal.

Murphy (citado por Greenberg y Witztum, 1991) habla de las “creencias delirantes culturales” que son creencias que tienen aceptación general dentro de alguna unidad cultural pero que fuera de ella aparecen como improbables, carentes de verificación objetiva o incluso objetivamente desaprobadas. Sería el caso de la adoración a diversas divinidades que cada pueblo reivindica como propias y que puede carecer de sentido para otro grupo cultural. Por ejemplo, el hecho de que en México se ofrezca cumplir con una “manda”, -ejerciendo hasta cierto punto un chantaje a la divinidad: se promete cumplirla siempre y cuando la divinidad realice el milagro solicitado-, puede parecer incoherente para el menos racionalista de los ateos.

CASOS CLÍNICOS

Enseguida comentaré, a “grosso modo”, algunos casos clínicos de pacientes psicóticos en donde se aprecian delirios de índole religioso que permiten encuadrar en términos reales los datos teóricos antes mencionados.

I. Esta paciente que llamaré “M”, es una mujer de 48 años, soltera, católica, mexicana, de familia sumamente religiosa, obsesionada por el castigo divino y por seguir las normas religiosas. Su diagnóstico es de esquizofrenia paranoide. A los 21 años inicia su padecimiento presentado ideas delirantes de estar embarazada, alucinaciones visuales (indica haber visto al diablo) y sentimientos de culpa, creía que todo lo que decía iba en contra de Dios.

Después de recibir tratamiento y mejorar, “M” escribió un poema del cual transcribo unos párrafos:

La enfermedad que nos aqueja invade nuestra mente, afecta nuestra memoria a nuestra inteligencia la vence la desesperanza, la inseguridad, lo oscuro, la noche, el temor a perder la realidad de nuestra vida. Estamos, Señor, en proceso de aclaración de dudas, la verdad real y la irreal, la imaginación nos crea fantasmas que nos acechan para atacarnos pero en el camino, en la oscuridad de la noche, hay una luz, una estrella, un lucero, una luz que guía nuestro camino entre la penumbra, eres tú Señor!

II. “A” es una paciente femenina de 33 años, esquizofrénica, licenciada en odontología, originaria del Distrito Federal, de familia católica.

A los 26 años presenta la primera “crisis” caracterizada por ideas de daño, de referencia y de posesión, alteraciones senso-perceptuales, cenestésicas, olfativas y alucinaciones auditivas.

En la primera entrevista “A”, comentó que tenía dos meses percibiendo olores desagradables a azufre y a sexo, sintiendo ocasionalmente una especie de toque eléctrico que recorría sus piernas, desde el glúteo hacia abajo. Sentía como una sudoración y el toque era simultáneo en las dos piernas. Ello le desagradaba y no lo relacionaba con nada en especial. En una de esas ocasiones al presentar lo que ella denominó la “crisis” se sintió tan molesta que tuvo que bajarse de la cama al suelo. Sintió entonces una intensa lucha interna, “una lucha de dioses”. Una mitad de su cuerpo pertenecía a Dios y la otra al diablo. Sentía que se estaba separando. Presentó además alucinaciones auditivas en las que escuchaba al diablo diciendo que iba a ganar la pelea. Los olores que percibía y que ella relacionaba con el diablo se mezclaban: por un lado el olor a azufre y por otro el olor a sexo. Se sentía poseída por el demonio, gritaba y forcejeaba consigo misma.

Es evidente la utilización del mecanismo de escisión, en el sentido kleiniano, que utiliza esta paciente al separar los objetos buenos de los malos, el pecho bueno, del malo.

En este caso se pueden aplicar las palabras de Byrnes (1984), quien dice que el más obvio resultado religioso del instinto sexual es una intensa sensación de la presencia de la divinidad.

La paciente expresó sus temores de verse desbordada por sus pulsiones sexuales “sucias” en un sueño con las siguientes palabras: “había un niño o niña, sin sexo, lleno de caca, yo lo limpiaba, le cambiaba los pañales tratando de no ensuciarme, de no batirme pero de todas formas me batí las manos y me causó temor”.

III. Salmons y Clarke (1987) describen un caso de difícil diagnóstico, de una maestra de 38 años, con sentimientos de irrealidad, alteraciones en el estado de ánimo y creencia de estar poseionada por un dios maligno que la hacía realizar acciones contra su voluntad. Este dios, que la poseía, había tenido relaciones sexuales con ella varias veces.

La paciente rechazó el tratamiento al hospitalizarla diciendo que sus problemas eran espirituales y no de tipo médico. En este caso se aprecia la necesidad de adecuarse a las creencias del paciente al tratar de brindarle atención médica.

IV. “M” Masculino, de 45 años. Originario de Distrito Federal, soltero, con estudios de secundaria, de familia exageradamente católica, huérfano de padre, de madre agresiva, castigadora, fría y distante. La conflictiva relación con la madre se empieza a manifestar desde los trece años cuando inicia con síntomas obsesivos. Le daba miedo entrar a las iglesias porque una vez allí “tenía que mentarle la madre a la Virgen”. Este dato señala la formación de la imagen de la Virgen a partir de la imagen materna y cómo la religión puede ser fuente de ansiedad.

Entre los 16-18 años “M”, se había afiliado a los testigos de Jehová y luego a los adventistas. “M”, quería expiar sus culpas generadas por acciones de la pubertad de tipo zoofílico y froteurista. También en este caso se hace evidente la cultura de la culpa. Por otra parte, aunque la conversión frecuentemente sucede porque la gente así lo desea, se da más, debido a que una parte de la personalidad no directamente bajo control activo parece cobrar predominio, como sucede en este caso. Vemos también cómo mediante la conversión, un “self” dividido, se salva.

El núcleo central del cuadro psicótico de este paciente esquizofrénico crónico ha consistido en síntomas delirantes y alucinaciones auditivas de contenido religioso. El paciente se ha refugiado desde hace tres años, en una secta denominada de la “Paloma perfecta” que dirige un “apóstol” de oficio tamalero, que reunió unos 10-12 seguidores, 4 de ellos ex-pacientes psiquiátricos. La religiosidad es también una característica de muchos grupos y sectas “de riesgo” para la esquizofrenia (MacDonald y Luckett, 1983, citados por Feldman).

Este “apóstol” fundó una variante de la religión de los “Testigos de Jehová” cuyo templo se ubica en San Andrés Totoltepec, Tlalpan, Distrito Federal.

Algunas de sus prohibiciones son: trabajar los sábados, la adoración de los santos y de la virgen. Predican el fin del mundo y detestan al papa. Si un seguidor escucha a alguien blasfemar y no lo convence de la palabra de Dios, debe meterse a bañar cuantas veces esto se repita. El hombre se debe mantener puro, absteniéndose de tener relaciones sexuales. Consideran que ya está el anticristo en el mundo, que México es un país de perdición por adorar a la virgen de Guadalupe la cual es un engendro del diablo. Creen que sólo se van a salvar los de “la paloma perfecta”. Leen la Biblia, interpretándola de manera apocalíptica y sus seguidores viven en consecuencia con tales creencias.

El paciente presentaba alucinaciones auditivas que le decían que no creyera en la virgen ni en los santos, pues eran engendros del demonio. No acudía los sábados a terapia porque consideraba eso como un pecado. Actualmente todo su discurso gira en torno al fin del mundo, a la venida de Cristo y a la llegada del anticristo.

V. El caso de “H”, es el de un paciente esquizofrénico con buen nivel de funcionamiento, de 32 años de edad, originario de Azcapotzalco, México.

El paciente se psicotizó después del asesinato de uno de sus primos. Se creía teotihuacano. Uno de sus temores ha sido el que se le aparezca Dios, porque considera que él no es un santo, pero si se le apareciera el diablo, ello sería normal, pues ha pecado mucho.

“H” conoce muchas religiones, de algunas ha sido fiel seguidor, considera que el miedo a morir, productor de todos sus síntomas, ha hecho que él busque refugio en la religión y/o en el rock -que tiene muertos importantes cuyos nombres tienen la “J” de Jesús: Jim Morrison,

Janis Joplin, John Lennon, Jimmy Hendrix-. Después de haber conocido varios credos religiosos, "H" ha llegado a la conclusión de que si el hombre se originó en África, entonces allí debe haberse iniciado la religión, y por lo tanto, el blues creado por los negros, es el canto que más acerca a Dios. "H" piensa que la esperanza de curarse, la encuentra más en la religión que en la psiquiatría. Sin embargo dice que actualmente es ateo.

El acercamiento a un nuevo credo religioso y el alejamiento del anterior aparece como forma de liberar la ansiedad y el malestar psíquico, presentes en algunos problemas de la vida diaria (Lagarriga 1988).

El caso de "H" puede ser uno de esos en los que Greenberg (1992) sugiere que al estar pasando por experiencias religiosas se podría disminuir la medicación y ayudar a los pacientes a crecer durante tales experiencias.

VI. "C" paciente masculino, de 83 años, originario de Jalisco, católico, soltero huérfano de padre. Creció en un ambiente infantil exageradamente católico. Fiel devoto de la Virgen de Guadalupe y de la de Chalma. A los 50 años de edad entabla una relación de pareja con un pintor con quien vive hasta septiembre de 1994, fecha en que éste último muere y a raíz de lo cual empieza su padecimiento diagnosticado como melancolía.

El paciente inicia su cuadro con síntomas depresivos que aparecieron durante la agonía de su pareja y que se agudizaron después del fallecimiento de la misma. Lo sobresaliente del cuadro psicótico fueron las ideas delirantes de contenido místico y las de persecución, alternadas con alucinaciones auditivas: escuchaba voces, que él identificaba como las de dos vírgenes de Guadalupe: una morena y otra blanca, la mala y la buena respectivamente, -la madre, que había sido muy promiscua y que lo había abandonado muchas veces, era devota al culto de la Virgen de Talpa y era de piel morena-. Estas vírgenes lo insultaban diciéndole que su pareja ya había "chingado a su madre" y que él "era un puto". En lo más álgido de su cuadro "C" aparecía preso de gran miedo sobre todo cuando la Virgen morena le hablaba o lo increpaba en sus alucinaciones. Sentía cerca el fin del mundo, creía que sería llamado al infierno para pagar por sus pecados.

Así, las ideas delirantes se armaban en torno a la convicción de que pronto iba a morir y a acompañar a su expareja, de que sería castigado por homosexual y que no tenía salvación. Explicaba que la Virgen morena representaba su propia maldad, su homosexualidad. Se la pasaba muy

triste, con soliloquios, rezándoles entre murmullos, al Señor Jesús o a la Virgen blanca. Pidiendo perdón constantemente a la corte celestial. Presentaba ecopraxia siguiendo las instrucciones que la Virgen le daba.

En este cuadro vemos cómo este paciente, fruto de la “cultura de la culpa” como diría Pewzner (1993, 1994), durante largo tiempo había reprimido el sentimiento de culpa por ser homosexual y por vivir como tal, hasta que la pérdida de la pareja desequilibra sus mecanismos de defensa y se manifiesta abiertamente el cuadro melancólico al que matizan las ideas religiosas en las que se hace evidente la fusión de la imagen materna con la de la Virgen morena, ambas percibidas como malas.

Este caso recuerda el concepto jungiano que dice: “a todo individuo síguele una sombra, y cuando menos se halle ésta materializada en su vida consciente, tanto más oscura y densa será.” La sombra simboliza el “otro aspecto”, el “oscuro hermano” de la individualidad humana. Nuestra parte “en sombra”, es aquella disposición primordial humana-colectiva de nuestra naturaleza que por razones morales, estéticas u otras cualesquiera, se rechaza y se mantiene reprimida por hallarse en contradicción con nuestros principios conscientes.

Por otra parte, conviene señalar que la egocentricidad-religiosa puede ser una salida para los conflictos homosexuales -frente a Dios si se pueden adoptar actitudes femeninas sin que se sienta amenazada la masculinidad (Goldwert, 1990).

LA ENFERMEDAD SAGRADA

Desde tiempos antiguos se ha señalado la particular fe religiosa de los pacientes epilécticos, hecho que en la práctica clínica se manifiesta con una frecuencia singular. La epilepsia ha sido la enfermedad sagrada que escoge o señala a algunos curanderos o chamanes que así pueden acceder al más allá. Esta connotación de la epilepsia persiste, aunque ya desde el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates afirmaba que no era una enfermedad sagrada.

Algunas reflexiones psiquiátricas sobre ciertas conversiones dramáticas de la historia religiosa pueden relacionarse con la disfunción cerebral. Se dice, por ejemplo, que Ignatius de Loyola tenía epilepsia del lóbulo temporal, quizás secundaria a su famosa caída del caballo.

Pérez-Rincón (1981) describe el éxtasis súbito de San Ignacio de Loyola:

...los ojos de su entendimiento se comenzaron a abrir y, sin percibir ninguna visión, tuvo la inteligencia y el conocimiento de cosas numerosas, tanto espirituales como concernientes a la fe y la cultura profana, y esta con una iluminación tan grande que todas esas cosas le parecieron nuevas...

En los sujetos extáticos es evidente la participación del hemisferio derecho -hay mayor función emotiva. Actualmente es bien conocido que las condiciones extremas tales como los focos epilépticos lateralizados en el lóbulo temporal izquierdo estimulan tanto las experiencias religiosas como las místicas (Persinger, 1992).

Los trastornos ideativos como la religiosidad, fueron observados con más frecuencia por Bear y Pedio (citados por Pérez-Rincón) en la disritmia temporal izquierda.

VII. Daiguji (1990) ha descrito el caso de un paciente epiléptico que presentó su primera crisis epiléptica a los 21 años de edad. Las crisis se manifestaban con entumecimiento de la punta de los dedos de la mano derecha que se dispersaban al resto del cuerpo dando lugar a una crisis generalizada y posteriormente a la pérdida de la conciencia. Este paciente le encontró sentido a su padecimiento al volverse miembro de la "Sociedad T", una nueva religión fundada por "T.R." personaje que podía sentir en su propio cuerpo las vibraciones del demonio existente en las demás personas. Esta sociedad enfatiza la comunicación no-verbal sobre la verbal. El paciente puede sentir la influencia no verbal del fundador a la distancia cuando se le entumecen las extremidades y lo refiere como "ondas" o como "telepatía".

Después de su conversión, el paciente llevó una vida solitaria en una montaña durante 7 años.

En este caso se puede aplicar la "teoría de la atribución" que considera que la gente le otorga un significado religioso a eventos importantes que son de tipo personal. El oír la voz de Dios, por ejemplo, puede ser un proceso perceptual que es interpretado metafóricamente.

Respecto a las ideas que se expresan después de los estados místicos, Janet (1934) opina que no han sido registradas durante el período mismo del éxtasis sino que han sido escritas con posterioridad a la crisis, en períodos de equilibrio normal, y es el sujeto mismo el que atribuye el origen de esas ideas al estado extático.

Decía Janet de las ideas místicas: los espíritus religiosos las atribuyen a la palabra divina, los poetas a una palabra de las musas, los enfermos las atribuyen al diablo o a sus enemigos.

Al ir desentrañando la compleja fisiología del cerebro, cuyos hemisferios desempeñan funciones diferentes pero coordinadas se ha ido comprendiendo mejor al ser humano, por ejemplo, si la función del hemisferio derecho es mediada por la del izquierdo, da origen a la creatividad intelectual. Si el hemisferio derecho funciona sólo da lugar a la creatividad artística. Si la función del hemisferio derecho no puede expresarse buscará una salida en los estados de trance o en la esquizofrenia.

VIII. "M.E." paciente femenino de 35 años de edad, originaria del Distrito Federal, de nivel socioeconómico bajo, fue la menor de cuatro hermanos, única mujer, de familia muy católica. Los padres eran campesinos originarios de Guanajuato. "M.E." tenía una estrecha relación con el padre, sin embargo, quedó huérfana del mismo desde los siete años. Su madre es alguien difícil de conmovir, que no le ha sabido dar afecto.

Se psicotiza a los 16 años, parece ser que el hecho que favoreció este episodio fue que el novio le hiciera propuestas sexuales, a raíz de lo cual ella se metía a bañar rezando un rosario.

En el EEG se encontraron trazos de carácter epiléptico en el lóbulo occipital. Su diagnóstico fue de esquizofrenia paranoide y de crisis parciales simples.

En su delirio religioso, la paciente escuchaba la voz del padre que le decía que se tenía que apartar de las cosas "negras" que había una rosa blanca y una negra (mecanismo de escisión), que ella era la rosa blanca, la paloma blanca, que era su hija la más pequeña, la adorada. Ella decía que su padre celestial era el Cristo Rey (el del cerro del cubilete en Guanajuato). Estos datos nos llevan a pensar en la relación que tuvo con el padre y en cómo siguiendo las ideas de Freud, las imágenes paternas permitieron que ella forjara sus imágenes divinas.

Pensaba que el sol la debilitaba, aunque a veces la fortalecía. En ocasiones miraba al sol y al ver luces de gran colorido o chispazos creía que veía a Dios su padre celestial que le llamaba "yavita", palabra que puede significar la llave del paraíso, el ombligo, el centro del mundo y a

la vez es una deformación de “Yahvé”. A veces los chispazos que miraba eran grisáceos o negros y creía que se trataba del demonio.

Aquí se confirma que los estados de conciencia alterados (ECA) en muchas culturas son interpretados como religiosos, de hecho algunas culturas lo asumen como experiencias religiosas básicas. Por ejemplo, tenemos a la “luz” utilizada como una metáfora de la divina presencia (Byrnes, 1984).

Cuando tenía pensamientos obscenos se amarraba las manos. Ella no quería pronunciar la palabra demonio, era prohibido decir groserías, se resistía a pronunciar la palabra “puta” porque sabía que iba dirigida a la Virgen de Guadalupe y no quería ofenderla. Aquí de nuevo puede haber intervenido la imagen negativa de la madre.

En su psicosis “M.E.” sentía que le llegaban “aires”. Decía que si venían de la derecha eran buenos y significaba que el padre celestial le iba a hablar; si los “aires” venían de la izquierda la mareaban y pensaba que era el maligno.

Decía que era la Virgen y se tenía que mantener pura porque iba a salvar al mundo. Estas ideas mesiánicas desaparecieron al mejorar su padecimiento. Después del cuadro psicótico empezó a ser catequista, pensando que así podrá a expiar sus culpas.

La similaridad entre los estados psicóticos y místicos ha recibido mucha atención, ya que el aislamiento social, los delirios, las alucinaciones y la conducta extraña son comunes a ambos estados (Greenberg *et al.*, 1992).

IX. Lagarriga (1989) describe un interesante caso de un paciente masculino de 29 años, de religión Espiritualista Trinitario Mariano (ETM), el cual explica lo que sintió después de tener una relación sexual con una prostituta: “se salían de mi cuerpo tres espiritualistas, tres vírgenes, la de Guadalupe, la Purísima Concepción y la Virgen María que eran las que me protegían, me daban poder para curar, tener videncias y facultad de adivinar hechos futuros; desde entonces he perdido el poder para curar...”

Entre los ETM la enfermedad mental es percibida como una forma de llamamiento divino que permite separarse de la ortodoxia religiosa y recibir un apoyo que ya no se tenía en la religión a la que originalmente se estaba afiliado. En el ETM los fenómenos de trance y



posesión de espíritus canalizan males orgánicos que están relacionados con problemas mentales de muchos de sus seguidores. Esta forma de concebir la enfermedad mental corresponde al sentido “adorcístico” de la misma, tal como lo explica Laplantine (1992).

En conclusión, podemos afirmar que la religión puede tener influencias diversas en pacientes psicóticos, pudiendo jugar el papel de amortiguador o de catalizador de expresiones psicóticas; que el bagaje cultural del paciente antecede al religioso; que los pacientes epilépticos tienen propensión a los estados alterados de conciencia, a la religiosidad y al misticismo; que para un gran número de sociedades la enfermedad obedece a faltas cometidas en el terreno religioso, las cuales, una vez confesadas, dejan de ser motivo de malestar y, que algunas sectas religiosas encuentran un terreno fértil en los enfermos mentales.

Publicado en: *Psicopatología*, 1996, vol. 16, número 3, pp. 96-102.





Análisis estadístico de la aureola semántica en una población psiquiátrica mexicana

Reporte preliminar

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la semanticidad son frecuentes en la patología del lenguaje y en general, en la conducta simbólica de diferentes entidades psiquiátricas. La disociación semántica (DS) se define como una condición lingüística caracterizada por el debilitamiento de los nexos que vinculan el signo con la infraestructura semántica referencial y emotiva. La DS se extiende de la simple indeterminación hasta la completa des-semanticización; es una condición lingüística fenomenológicamente evidente y descriptible, y no una condición psicopatológica. La DS puede estar relacionada con el aumento de las tramas de referencia, lo cual se puede considerar como un aumento del halo o aureola semántica. Por aureola semántica (AS) se entiende la característica normal de los signos verbales de tener una cierta extensión de significado. Normalmente, la AS es tanto más extensa cuanto más abstracto es el nivel del signo. En los trastornos de la semanticidad, cuando un signo se torna más ambiguo y abstracto se habla de aumento de la AS, y si el signo pierde todo significado preciso pero sirve para comunicar, se habla de dispersión semántica. Finalmente, cuando ya sólo se trata de un modelo formal, privado de toda función y significado, se habla de la disolución semántica.

El trastorno esquizofrénico permite ejemplificar lo anterior. En las primeras fases del padecimiento parece conservarse un pensamiento



relativamente coherente de una expresión adecuada; sin embargo, cuando se analiza la relación que hay entre los signos y su significado, se observa que en la mayor parte de los casos el sujeto utiliza signos excesivamente generalizados, expresiones vagas y un lenguaje cada vez más abstracto. El abstraccionismo y la generalización se acentúan ulteriormente hasta perder todo significado preciso. Las relaciones entre signo y significado se vuelven extremadamente relajadas. Posteriormente aparecen el mutismo, los soliloquios y la distraibilidad; después, el sujeto deforma el lenguaje y lo hace incomprensible, emplea neologismos, paralogismos y jerga o pseudoglosolalia, llegando, incluso, a la glosolalia, las estereotipias, las cantinelas, la ecolalia, la verbigeración y la glosomanía.

De esta forma, en el lenguaje esquizofrénico se pueden trazar cuatro cuadros de la alteración de la relación semántica, que corresponden a la fluctuación, la distorsión, la dispersión y la disolución semántica, respectivamente.

En los pacientes deprimidos no se encuentra alterada la morfología del lenguaje en lo que concierne a la fonética y a la estructura verbal; por contraposición, la morfología de la frase y la sintaxis muestran, a menudo, características particulares. Es frecuente la “holofrasticidad” o la tendencia a la misma, es decir, la contracción de la frase en palabra-frase. En la depresión, la concentración semántica y la sobrecarga de significado parecen claramente secundarias a las perturbaciones pragmáticas (reducción de la producción verbal y de la intención de comunicar).

El deprimido se encierra en un mundo doloroso y reduce, todo lo que puede, su contacto con los otros.

Las resonancias emotivas son muy intensas y cargan dramáticamente la referencialidad del discurso. En algunos casos, como en las lamentaciones iterativas de los melancólicos, puede haber un cierto grado de desorganización. En las formas que tienen un fuerte componente de ansiedad, es posible que se desencadene el lenguaje y que la producción verbal aumente, como en el caso de los maníacos. La técnica lingüística de Piro.

Sergio Piro desarrolló un método práctico para valorar la extensión de la aureola semántica. No se trata de una prueba mental en el sentido estricto, sino de una técnica lingüística, la cual no tiene el propósito de indagar sobre ningún aspecto del psiquismo de los pacientes, sino sobre ciertas características del lenguaje que usan los enfermos. Por tal

motivo, la técnica propuesta puede conducir sólo a ciertas implicaciones lingüísticas y no a implicaciones de carácter psicopatológico, ni mucho menos diagnóstico. El método está dirigido a establecer si los signos verbales tienen una circunscripción normal de la AS. Tomando en cuenta que cualquiera de las condiciones que alteren los procesos mentales deben comprometer necesariamente la adecuación semántica y la utilización de los signos verbales, Piro aplicó su prueba a los pacientes esquizofrénicos y encontró que el método permite señalar que éstos usan signos verbales con AS aumentada. Los estudios posteriores en los que se aplicó esta misma metodología confirmaron que aumenta la AS en algunos sujetos esquizofrénicos, a veces de un modo muy marcado y evidente. La prueba de Piro está constituida por una serie de 10 palabras que denotan objetos concretos (animales, plantas, utensilios). Cada uno de estos signos tiene una serie de 10 referentes en la forma de fotografías o diseños. Las series son como sigue:

a) Los primeros tres cuadros están conformados por fotografías o dibujos del objeto al cual se refiere el nombre. Por ejemplo, puesto que el signo de la primera serie está constituido por la palabra "gato", los primeros tres cuadros (a-b-c) de esta serie muestran tres fotografías típicas de gatos, sin que sea posible equivocarse. Este es el grupo-base.

b) Los tres cuadros sucesivos (d-e-f) contienen una fotografía o dibujo de un objeto muy parecido por su estructura o por la función del objeto al cual se refiere el signo, pero que suelen calificarse con otro nombre. Por ejemplo, los cuadros d-e-f de la serie "gato" son fotografías de pequeños felinos (gato montes, lince, pantera) claramente reconocibles como animales a los cuales se les da un nombre diferente del de gato.

c) Los tres cuadros sucesivos (g-h-i) son fotografías o dibujos que sólo tienen analogías groseras de estructura o de función con el signo de la serie y que en el lenguaje común, no pueden definirse con el nombre de la serie. Por ejemplo, los cuadros g-h-i de la serie "gato" reproducen las fotografías de tres grandes felinos (leopardo, tigre, león) que tienen en común con el gato, la pertenencia a la familia de los felinos y la estructura general, pero que normalmente no pueden confundirse con gatos.

d) El último cuadro (j) muestra un objeto que no tiene ninguna característica en común con el signo de la serie, salvo algún elemento genérico. Por ejemplo, el cuadro "j" de la serie "gato" muestra la fotografía de un antílope que sólo tiene en común con el gato la característica de ser mamífero.

De este modo se obtiene una serie de referentes que se alejan en círculos concéntricos del referente propio del signo que se examina. La prueba consta de 100 cuadros, cada uno de los cuales contiene la fotografía o el diseño de un objeto determinado. Los cuadros están ordenados en series, cada una de las cuales consta de 10 cuadros. Cada cuadro, que es una cartulina que mide 20 x 13 cm, contiene fotografías o dibujos de diversas dimensiones.

He aquí la lista de las series y de los cuadros:

- I. Serie gato: a, b, c) gato; d) gato montés; e) lince; f) gato de algalia; g) leopardo; h) tigre; i) león; j) antílope.
- II. Serie peces: a, b, c) peces; d) estrella marina; e) medusa; f) langosta; g) rana; h) foca; i) pingüino; j) mosca.
- III. Serie silla: a, b, c) silla; d) mecedora; e) poltrona; f) diván; g) lecho; h) mesa; i) radio; j) refrigerador.
- IV. Serie automóvil: a, b, c) automóvil; d) camión; e) autobús; f) tractor; g) lancha de motor; h) trolebús; i) locomotora; j) submarino.
- V. Serie árbol: a, b, c) árbol; d) planta; e) flor con tallo; f) cactus; g) fruto; h) cebolla; i) tubérculo; j) hongo.
- VI. Serie perro: a, b, c) perro; d) lobo; e) zorro; f) hiena; g) oso blanco; h) oso pardo; i) hipopótamo; j) avestruz.
- VII. Serie vestido: a, b, c) vestido; d) gabán; e) impermeable; f) camisa; g) corbata; h) calcetas; i) zapatos; j) sombrero.
- VIII. Serie pistola: a, b, c) pistola; d) fusil; e) ametralladora; f) carabina; g) cañón; h) carro blindado; i) bomba; j) aeroplano.
- IX. Serie botella: a, b, c) botella; d) frasco; e) dama juana; f) bocal; g) cántaro; h) vaso; i) olla; j) cafetera.
- X. Serie casa: a, b, c) casa; d) castillo; e) tienda; f) iglesia; g) estatua; h) arcos; i) columna; j) calle.

Al sujeto se le aplica la prueba sentado frente al examinador; se le van mostrando los cuadros de cada serie en desorden y se le pide que identifique los objetos o animales, etc., a los que se les llama de tal o cual forma (gato, silla, pistola, etc.). Una vez que el sujeto selecciona los cuadros de su respuesta, se retiran los cuadros de la serie y se muestra la siguiente.

El sujeto debe comprender bien lo que va a hacer, debe de estar aislado de manera que pueda tener la concentración y la distensión emotiva necesaria para contestar las pruebas.

Los criterios para la evaluación de los resultados son: el número total de respuestas, el número de respuestas a los primeros tres cuadros -grupo base- y el número de respuestas a los cuadros restantes. Es necesario distinguir las respuestas de esta manera para poder lograr el objetivo del método. Para obtener el número medio de respuestas para cada serie, se divide entre 10 el número de respuestas a los dos grupos de cuadros. Esto constituye los índices, que se denominan: índice de definición intensiva (IDI) e índice de aureola semántica (IAS). El primero se refiere a los tres primeros cuadros y el segundo a los sucesivos.

El sujeto que resuelva perfectamente todas las series obtiene un IDI igual a 3.0 y un IAS de 0.0

ANTECEDENTES

Sergio Piro hizo la primera investigación de este tipo aplicando su prueba a un grupo de pacientes esquizofrénicos y a un grupo control. El grupo control lo formaban 40 sujetos divididos en dos subgrupos iguales: uno de sujetos con título profesional y otro de sujetos con instrucción elemental. Se pretendía averiguar cuál era la influencia de los factores culturales en esta prueba. El grupo de pacientes esquizofrénicos estaba constituido por 50 sujetos, ninguno de los cuales era analfabeto. Los resultados mostraron un IDI levemente mayor y una más precisa circunscripción de la AS en los profesionales respecto a los que no lo eran. Los sujetos normales no descendieron nunca por debajo del IDI de 2.8. El índice de aureola semántica (AS) sólo excepcionalmente llegó a valores de 0.4 a 0.5 oscilando, por lo general, entre 0.0 y 0.2.

En los esquizofrénicos se notó un aumento medio del número de respuestas (39.44); el IDI fue bajo (media 2.80), hubo un deslizamiento aún más notorio en el IAS y el valor medio fue de 1.15 respecto a .15 del grupo control.

Di Cristo continuó los estudios de Piro utilizando una disposición de los cuadros levemente diferente.

Aplicó la prueba a 100 esquizofrénicos y los resultados que obtuvo fueron: a) media del número de respuestas: 37.380. b) media de los IDI: 2.783; c) media de los IAS: 1.000.

Di Cristo encontró que 30 de los casos no tenían perturbaciones de la adecuación semántica, en 15 aumentó la AS y en 55 casos hubo dispersión semántica.

Traína (citado por Piro) hizo otra investigación pero no se pueden comparar sus resultados porque correlacionó los resultados de la metodología de Piro con una prueba de pensamiento conceptual y, además, siguió criterios diferentes. Sin embargo, se pueden citar algunos datos interesantes: en la prueba no hubo relación entre la edad y el rendimiento; entre el grado de cultura escolar y el rendimiento, ni tampoco entre la duración de la enfermedad y el rendimiento.

Belsanti y Marti utilizaron el método de Piro en 280 sujetos, de los cuales 30 eran normales, 120 esquizofrénicos y 130 tenían diversos cuadros nosográficos. Los resultados fueron: el IDI en los normales fue 2.94 y en los esquizofrénicos 2.83; el IAS en los normales fue 0.16, y en los esquizofrénicos 0.73.

En este estudio se documenta, por un lado, la correlación entre el grado de gravedad de la enfermedad y la forma clínica, y por el otro el aumento del IAS.

Otros datos interesantes son: la progresividad de la dispersión de la significación de las formas iniciales de la esquizofrenia a las crónicas (media en las formas iniciales IAS: 0.20; en las crónicas: 1.80) y mejor rendimiento de los paranoides en la prueba.

En el terreno de la psiquiatría experimental, Balbi, Covello y Piro le aplicaron este método a 15 pacientes con psicosis tóxica (LSD) y encontraron una media de respuestas totales de 33.38, un IDI de 2.74 y un LAS de 0.63. En este grupo de sujetos, la condición dispersiva resulta más marcada que la del simple aumento de la AS.

En el cuadro 1 se muestran, comparativamente, los resultados de los autores mencionados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tomando en consideración los trabajos de Piro, así como otras investigaciones llevadas a cabo en Europa, en particular en Italia por Balbi y cols., Traína (citado por Piro), Belsanti y Marti, Di Cristo y Zara y Rini; se decidió hacer una primera aplicación de la prueba diseñada por Piro en una población mexicana. A la lista original diseñada por Piro se le hicieron algunas modificaciones para adecuarla mejor a nuestra población. Se cambió el cuadro "f" de la serie "gato" y se colocó una pantera en lugar del gato de algala; en la serie "botella" se cambiaron los cuadros "e" y "f", damajuana y bocal, por los de florero y de matraz,

Cuadro 1

	Número de casos	Número de respuestas	índice de definición intensiva	índice de aureola semántica
Profesionales normales (Piro)	20	31.05	2.97	0.13
Sujetos normales sin profesión (Piro)	20	31.10	2.93	0.18
Sujetos normales sin profesión (Belsanti y Marti)	30		2.94	0.16
Esquizofrénicos (Piro)	50	39.55	2.80	1.15
Esquizofrénicos (Di Cristo)	100	37.38	2.78	1.00
Esquizofrénicos (Belsanti y Marti)	120		2.83	0.73
Psicosis por LSD 32 (Balbi. Covello y Piro)	15	33.78	2.74	0.63

Cuadro 2

Grupo	N	Rango de edades	X	D.E.
Control	30	22-38	27.8	3.60
Esquizofrenia	10	24-48	29.7	6.73
Depresión	10	26-64	42.7	15.01
Manía	10	18-64	31.6	8.8

respectivamente. Los resultados de la prueba modificada de Piro y los de las escalas aplicadas se anotaron en una hoja preparada para ello. La prueba se le aplicó a dos grupos: uno constituido por tres subgrupos de pacientes: a) esquizofrénicos; b) con trastorno bipolar en fase maníaca y, c) con trastorno bipolar en fase depresiva o episodio depresivo mayor; y otro por controles, que estuvo constituido por residentes de psiquiatría, licenciados en psicología y licenciados en enfermería. A ambos grupos se les aplicaron las siguientes escalas: la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), la Escala de Hamilton para depresión (HAM-D) y la Escala de Bech-Rafaelsen para manía (BECH-M).

La muestra seleccionada estuvo constituida por dos grupos: un grupo control de 30 sujetos: 14 hombres y 16 mujeres, cuyas edades oscilaron

entre los 22 y los 38 años de edad (media 27.8, desviación estándar (DE): ± 3.60), 29 de los cuáles tenían un nivel educativo de enseñanza superior y uno de enseñanza media superior. El otro grupo estuvo constituido por tres subgrupos:

a) 10 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia, 9 de ellos de tipo paranoide y uno de tipo indiferenciado, cuyas edades fluctuaron entre los 24 y los 48 años de edad (media 29.7 con una DE de ± 6.73), de un nivel educativo correspondiente al de enseñanza media superior (N = 5), media (N = 3) y primaria (N = 2); b) 10 pacientes, 8 de ellos diagnosticados con depresión mayor y 2 con trastorno bipolar de tipo depresivo, cuyas edades fluctuaron entre los 26 y los 64 años (media 42.7, DE ± 15.01), y un nivel educativo correspondiente al de enseñanza superior (N=1), enseñanza media superior (N = 5), enseñanza media (N = 3) y enseñanza primaria (N = 1); c) 10 sujetos con trastorno bipolar en fase de manía, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 44 años de edad (media = 31.6 con una DE de ± 8.8) y escolaridad de enseñanza superior (N = 1), enseñanza media superior (N = 3), enseñanza media (N = 5) y enseñanza primaria (N = 1) (cuadros 2, 3 y 4).

La muestra se tomó de los pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría; todos los pacientes llenaron los criterios del DSM-IV para los diagnósticos de esquizofrenia, de depresión mayor o de trastorno bipolar en fase de manía o de depresión.

RESULTADOS

Lógicamente, el grupo control obtuvo puntuaciones bajas en las escalas aplicadas: en la BPRS obtuvo una media de 1.60 con DE de ± 0.71 ; en la de HAM-D, una media de 4.20 con una DE de ± 2.91 ; y en la de BECH-M, una media de 1.60 con una DE de ± 1.11 .

Sin embargo, es importante señalar que los resultados obtenidos en los IDI fueron inferiores a los que se esperaban, reportándose una media de 2.70 con una DE de ± 0.46 .

Respecto al IAS se encontró una media de 0.21 con una DE de ± 0.18 ; este resultado fue inferior al obtenido en los demás grupos, en los que la AS fue más amplia.

El grupo de pacientes esquizofrénicos fue el que obtuvo el mayor puntaje en la BPRS, con una media de 18.50 y una DE de 3.50. La media

Cuadro 3. Edades por sexo y grupos

Grupo	Sexo	N	Rango de edades	X	D.E
Control	M	14	26-38	29.5	3.65
	F	16	22-31	26.31	2.82
Esquizofrenia	M	9	24-48	29.33	7.00
	F	1	33	33.0	0.0
Manía	M	3	18-44	34.66	11.81
	F	7	20-39	30.28	6.71
Depresión	M	5	27-64	45.2	14.34
	F	5	26-63	40.2	15.24

de la escala HAM-D fue de 14.60 con una DE de ± 6.15 ; lógicamente, estos puntajes fueron superiores a los obtenidos por los maníacos, pero inferiores a los obtenidos por los deprimidos. En la escala de BECH-M obtuvieron una media de 1.50 con una DE de ± 1.20 ; estos

resultados fueron inferiores a los obtenidos por el grupo de pacientes con manía pero superiores a los del grupo de deprimidos. Respecto al IDI encontramos que fue igual al obtenido por el grupo control, es decir, la media fue de 2.70 y la DE de ± 0.46 . Este índice fue superior al reportado por el grupo de pacientes deprimidos y maníacos. En cuanto al IAS, se obtuvo una media de 0.34 con una DE de ± 0.22 , el cual fue superior al reportado por el grupo control y por el de deprimidos pero sin llegar a ser estadísticamente significativo; en el grupo de maníacos este resultado fue mucho menor.

En el grupo de pacientes deprimidos la escala BPRS tuvo una media de 13.30 con una DE de ± 3.47 , lo cual es muy similar al resultado del grupo de pacientes maníacos pero inferior al de los esquizofrénicos. En la escala HAM-D se obtuvo una media de 23.10 con una DE de ± 4.59 ,

Cuadro 4. Escolaridad

Escolaridad	control	esquizofrenia	Depresión	Manía	Total
primaria		2	1	1	
media		3	3	5	11
media superior	1	5	5	3	14
superior	29		1	1	31
	30	10	10	10	60

que como era de esperarse, fue superior a la del resto de los grupos, contrastando, naturalmente, con las puntuaciones obtenidas en la escala BECH-M que tuvieron una media de 0.80 con una DE de ± 0.60 ; estos resultados fueron los más bajos de todos los grupos. En este grupo, el IDI tuvo una media de 2.40 con una DE ± 0.49 , que es idéntica a la obtenida por el grupo de maníacos, pero inferior a la del grupo control y a la de los esquizofrénicos. En cuanto al IAS, se obtuvo una media de 0.29, que es ligeramente superior a la del grupo control, ligeramente inferior al de los esquizofrénicos y muy inferior al de los maníacos.

El grupo de pacientes maníacos obtuvo los siguientes resultados: en la BPRS, una media de 13.20 con una DE de ± 4.75 ; estos datos son similares a los aportados por el grupo de deprimidos, inferiores a los del grupo de esquizofrénicos y muy por encima de los del grupo control. En la escala HAM-D se obtuvo una media de 9.90 con una DE de ± 4.48 , que son resultados superiores a los del grupo control pero inferiores a los de los grupos de esquizofrénicos y de deprimidos. En la escala de BECH-M, obviamente se obtuvieron los puntajes más elevados con una media de 13.90 y una DE de ± 3.81 ; estos resultados son mayores que los de los otros tres grupos, que fueron muy similares entre sí. Respecto al IDI, se obtuvo una media de 2.40 con una DE de 0.49, que es un resultado idéntico al del grupo de deprimidos e inferior a los grupos de maníacos y controles. El IAS resultó significativamente más elevado que en los demás grupos con una media de 0.86 y una DE de 0.49 ($F 3.56 = 13.31$; $p < 0.01$).

Al buscar las correlaciones entre las diversas escalas utilizadas encontramos que: entre la BPRS y la HAM-D hubo una correlación de 0.70, lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.01$); entre la BPRS y la BECH-M hubo una correlación de 0.29, lo cual es estadísticamente significativo ($p < 0.05$); entre la BPRS y el IDI hubo una correlación de -0.25, es decir, que un mayor puntaje en la BPRS resultaba en un IDI menor, lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.10$); entre la BPRS y el IAS hubo una correlación de 0.29, lo cual es estadísticamente significativo ($p < 0.05$); entre la HAM-D y la BECH-M hubo una correlación negativa (-0.04); entre la HAM-D y el IDI hubo una correlación negativa (-0.26), lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$); entre la HAM-D y el IAS hubo una correlación de 0.10; entre la escala BECH-M y el IDI hubo una correlación negativa (-0.22), estadísticamente significativa ($p < 0.10$); entre la BECH-M y el IAS

hubo una correlación de 0.56, lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.01$); entre ambos índices la correlación fue de 0.03.

DISCUSIÓN

El aumento del IAS expresa abstraccionismo y ambigüedad. Cuando el IAS aumenta mucho se compromete la significatividad y se habla de dispersión semántica. La disminución del IDI casi siempre conduce a la dispersión semántica: la exclusión de los cuadros del grupo base resulta de un empobrecimiento del signo, que es particularmente evidente cuando es menor a 2.5.

Considerando los dos índices, podemos asumir que la condición lingüística designada clínicamente como “aumento de la AS” corresponde, según la prueba, a un perfil caracterizado por un IDI normal y por un IAS aumentado; hay pues un constante aumento del número total de respuestas y el aumento del IAS se produce prevalemente en función de los cuadros más próximos (e-f-g).

La “dispersión semántica” corresponde en su forma extrema a una global disminución del número de respuestas con disminución del IDI y sin aumento del IAS; en sus formas más frecuentes, la DS resulta de un perfil caracterizado por la disminución del IDI y el aumento del IAS; también son frecuentes los casos en los cuales un IDI normal se asocia con un elevadísimo IAS. Naturalmente existen cuadros intermedios. En esta investigación, como era de esperarse, el grupo control obtuvo puntuaciones bajas en la BPRS, HAM-D y BECH-M, sin embargo, y contrariamente a nuestras expectativas, la media de los resultados del IDI estuvo por debajo de lo considerado como correcto, pues de 30 respuestas sólo se obtuvo un promedio de 27. Llama la atención que este resultado sea inferior a los obtenidos en los estudios anteriores realizados por Piro (el IDI en los profesionistas normales = 2.97 y en los que no lo son = 2.93) y por Belsanti y Marti (el IDI en profesionistas normales fue de 2.94).

Incluso, si comparamos los resultados que nosotros obtuvimos en el grupo control con los resultados obtenidos en estudios anteriores en pacientes esquizofrénicos, notamos que son menores. Respecto al IAS pudimos constatar que éste fue inferior al obtenido por los otros grupos y aún así se encontró un ligero aumento de la AS. Tal vez los bajos resultados del IDI se deban a algún error del instrumento. Aunque

las fotografías y los dibujos fueron escogidos de acuerdo con la prueba original de Piro, y se les hicieron las modificaciones ya señaladas, conviene aclarar que no conocemos los diseños originales. Otro factor que debe considerarse es que, originalmente, la prueba fue diseñada para una población italiana, no para una mexicana.

En el grupo de pacientes esquizofrénicos, los resultados obtenidos en el IDI fueron idénticos a los del grupo control, y respecto a los deprimidos y maníacos, el resultado fue superior. Esto indica una mayor capacidad para seleccionar los cuadros del grupo base, lo que se puede explicar por el hecho de que 9 de los pacientes esquizofrénicos eran de tipo paranoide y, como se sabe, el cortejo paranoide incluye características tales como suspicacia y un estado de hiperalerta.

En los estudios anteriores a este se reportó un IDI marcadamente superior en los pacientes esquizofrénicos (Piro 2.80; Di Cristo 2.78; Belsanti y Marti 2.83) y muy similar en los casos de psicosis tóxicas (Balbi, Covello y Piro 2.73). El IAS de nuestros pacientes esquizofrénicos (0.34) mostró un ligero aumento de la AS con respecto al grupo control y de deprimidos, pero en los estudios anteriores pudimos apreciar que estuvo muy por debajo (Piro 1.15; Di Cristo 1.0; Belsanti y Marti 0.73 y, Balbi y cols. 0.63). Esto podría sugerir que la perturbación de las relaciones sónicas de estos pacientes estaba en su fase inicial y que la característica “paranoide” nuevamente influyó en el resultado.

En el grupo de pacientes deprimidos, el IDI resultó muy disminuido (2.40), lo cual podría atribuirse a las características del lenguaje ya mencionadas en este tipo de pacientes. El IAS también resultó disminuido.

Los pacientes con manía tuvieron un IDI tan reducido como el grupo de deprimidos, pero, en este caso, la explicación más plausible es la dispersión de la atención y la dificultad para concentrarse, hecho que también puede contribuir substancialmente al significativo aumento ($p < 0.01$) del IAS (0.86).

El IAS obtenido por el grupo de pacientes con manía fue mayor que el reportado por Balbi y cols. En los casos de psicosis tóxica (0.63), y que el reportado por Belsanti y Marti en su muestra de 120 pacientes esquizofrénicos (0.73), pero inferior a los reportados por Piro y Di Cristo en esquizofrénicos (1.15 y 1.00, respectivamente). No se encontraron datos sobre las aplicaciones de esta misma prueba en pacientes maníacos. Se pudo constatar que hay una correlación significativa entre algunas

escalas y los resultados de la prueba de Piro. De entre ellas destaca la que se encontró entre la BPRS y el IDI, que fue de -0.25 ($p < 0.10$), esto es, que mientras más grave era el padecimiento, menor era el IDI; y la encontrada entre el BPRS y el IAS que fue de 0.29 ($p < 0.05$), es decir, que mientras más grave era el padecimiento más amplia era la AS.

El IDI mostró una correlación negativa (-0.26 $p < 0.05$) con la HAM-D, esto es, que mientras menos respuestas del grupo base aportaran los pacientes, mayor era la sintomatología depresiva. Finalmente, la escala BECH-M tuvo dos correlaciones estadísticamente significativas: una con el IDI de -0.22 ($p < 0.10$), que indica que mientras mayor sea la sintomatología maníaca, habrá menor definición; y otra de 0.56 ($p < 0.01$) con el IAS, que indica que conforme aumenta el estado de manía, aumenta también la extensión de la AS.

CONCLUSIONES

Al investigar las fluctuaciones de la AS en una población control y compararlas con un grupo de pacientes psiquiátricos mediante la prueba de Piro, encontramos que:

A) El grupo control tuvo un IDI menor al esperado y que hay que considerar las características etnopsicológicas de nuestra población.

B) El grupo control tuvo un ligero aumento de IAS respecto a los sujetos controles de estudios anteriores, lo cual, como ya mencionamos, no indica que haya alguna perturbación semántica.

C) El grupo de pacientes esquizofrénicos mostró disminución del IDI y ligero aumento de la AS respecto a los parámetros ideales y a los estudios anteriores.

D) El grupo de pacientes deprimidos también mostró alteraciones de la AS, manifestadas por la disminución del IDI y por la ampliación del IAS.

E) El grupo de pacientes maníacos mostró disminución del IDI y una marcada ampliación de IAS ($p < 0.01$).

F) Las correlaciones entre los resultados de las escalas aplicadas con respecto a las de la prueba de Piro fueron estadísticamente significativas, e indican que mientras más grave sea la patología, mayor será la alteración semántica.



Aunque los resultados obtenidos en una población mexicana son significativos *per se*, es evidente que sólo se trata de hallazgos preliminares y que una ulterior ampliación de este estudio permitirá llegar a conclusiones más seguras.

Agradecimientos

Mi particular agradecimiento al Profesor Héctor Pérez-Rincón por su asesoría y sugerencias durante la conducción del estudio, y al Maestro José Cortés por su apoyo logístico.

Publicado en: *Salud mental*, 1995, vol. 18 (2), pp 44-50.





Un enfoque transcultural de la depresión

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Carlos Rojas Malpica
Angélica Jazmín Albarrán Ledezma
Alma Gabriela González Saray

Felizmente, cada sociedad elabora sus propios modelos de expresión psicopatológica. Esto nos permite gozar de una amplia variabilidad semiológica psiquiátrica, misma que los clínicos debemos conocer bien para no perder el rumbo cuando sea preciso realizar un diagnóstico fino. Actualmente podemos auxiliarnos con modernos manuales diagnósticos que están diseñados para trabajar con sensibilidad cultural. (GLADP, 2004).

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, sabemos que tanto el grado como la manifestación del síndrome depresivo varían significativamente de una cultura a otra (Kleinman 1986, Kleinman y Good 1986, Marsella 1987).

Dado que el concepto de cultura es fundamental para comprender el abordaje que aquí se ofrece, proponemos la siguiente definición de cultura: es la suma total de lo que el individuo adquiere de su sociedad, es decir, aquéllas creencias, costumbres, normas artísticas, hábitos alimenticios y artes que no son fruto de su propia actividad creadora, sino que recibe como legado del pasado, mediante una educación regular o irregular (Lowie, 1946).

También vale la pena bordar un poco sobre el concepto de aculturación.

Se pueden construir dos definiciones que permitan el estudio de un proceso de contacto. La primera de ellas: el proceso de aculturación es



“el proceso de cambio que emerge del contacto de grupos que participan de culturas distintas. Se caracteriza por el desarrollo continuado de un conflicto de fuerzas, entre las formas de vida de sentido opuesto, que tienden a su total identificación y se manifiesta objetivamente en su existencia, a niveles variados de contradicción” (Aguirre Beltrán G. 1982).

La segunda es la de un proceso de integración intercultural definida como: “el proceso de cambio que emerge de la conjunción de grupos que participan de estructuras sociales distintas. Se caracteriza por el desarrollo continuado de un conflicto de fuerzas, entre sistemas de relaciones posicionales de sentido opuesto, que tienden a organizarse en un plano de igualdad y se manifiesta objetivamente en su existencia, a niveles variables de contraposición” (*Idem*).

Tratar la cultura como si fuera una variable antropológica fija obstaculiza seriamente nuestra capacidad de entender y responder ante trastornos anímicos como el de la depresión. Los clínicos deben considerar qué es realmente lo que está en juego para los pacientes cuando se enfrentan a una enfermedad concreta; la enfermedad mental puede estar tan estigmatizada en determinadas culturas que un diagnóstico de depresión sería inaceptable por lo que se requiere acudir a los eufemismos (Kleinman, 1986).

Evelyne Pewzner-Apeloig, considera que para un número de médicos cada vez mayor resulta claro hoy en día que el diagnóstico de depresión está obligatoriamente ligado al conocimiento y reconocimiento de los síntomas y de los términos específicos de los que dispone el enfermo para expresar su tristeza y su desconcierto. Si la asociación disforia-enlentecimiento es más comúnmente encontrada en cualquier contexto cultural, las quejas somáticas y los sentimientos de persecución dominan el cuadro clínico de los estados depresivos observados en las sociedades tradicionales del África negra o del Magreb; en la psicopatología occidental, las ideas de autodevaluación, de indignidad y de culpabilidad, así como las conductas suicidas, representan al contrario los criterios diagnósticos esenciales de la depresión melancólica. (1999).

Continúa escribiendo Pewzner: La mayoría de los tratados contemporáneos de psiquiatría y de psicopatología se contentan con señalar la ausencia o la rareza de los sentimientos de culpabilidad en los síndromes depresivos que se presentan en un contexto no occidental pero esta precisión se hace sólo de manera anecdótica y no como un

hecho destacado que permita relativizar el carácter absoluto del saber occidental.

Las diversas teorías occidentales concuerdan en cuanto a la necesidad de descubrir invariables y en cuanto a la ambición idéntica de establecer una teoría de alcance universal, capaz de explicar exhaustivamente la totalidad de los fenómenos observados. En todo caso, los estudios de psiquiatría transcultural aportan la prueba tangible de que las expresiones psicopatológicas, lejos de ser idénticas en todos lados, presentan al contrario diferencias notables según las áreas culturales en que se observen. (Pewzner, 1999).

En cuanto a los sentimientos de culpa, Pewzner, destaca que éstos no son relevantes en contextos no occidentales, sin embargo, para aquellos pacientes deprimidos educados en la tradición judeocristiana el sentimiento de culpa puede llegar a ser desmesurado. Insiste Pewzner: el melancólico no sólo se siente sino que se quiere culpable. Llega al grado de confundirse con las fuerzas mismas del mal. Su dolor moral esta indisolublemente ligado al sentimiento de falta, de una falta monstruosa de la que nada puede salvarlo. El delirio del melancólico es precisamente un delirio de culpabilidad. Su conciencia esta completamente encerrada en sí mismo, en su pasado: el tiempo vivido es el del remordimiento, el de la falta, el del sufrimiento eterno, un tiempo fijado del que se excluye el porvenir. Su situación es la de un condenado a muerte. Se comprende que el suicidio sea entonces, por lo menos en potencia, la única salida, la salida ineludible del drama melancólico.

Es notorio ver cómo el futuro melancólico no ha aprendido –o no tuvo éxito en tal aprendizaje– a hacer la diferencia entre las faltas mínimas y las faltas graves. Para él, toda omisión, todo deseo, todo pensamiento oculto pertenece al mal. La mínima presencia de suciedad física es el signo insoportable de la impureza y de la inmoralidad. La falta de medida en la apreciación de lo fútil contribuye a la gestación del delirio megalomaniáco de culpabilidad del melancólico.

Existen culturas en las cuales la depresión se manifiesta más como un estado físico que psicológico, tal es el caso, escribe Kleinman, de los pacientes chinos que manifiestan principalmente aburrimiento, fatiga, molestias, presión interna, dolor y mareo. Estos síntomas codificados culturalmente pueden confundir el diagnóstico entre los inmigrantes chinos en Estados Unidos, muchos de los cuales encuentran el

diagnóstico de depresión moralmente inaceptable y además como una experiencia sin sentido.

Una situación similar se presenta en las mujeres de Dubai (Emiratos Árabes Unidos); en un estudio realizado en 2003 se encontró que tales pacientes manifiestan principalmente síntomas físicos de la depresión debido a que culturalmente es más aceptada la manifestación somática que la emocional, además existe una diferencia significativa en el nivel de depresión de las pacientes sin alfabetización en comparación con las pacientes alfabetizadas. Esto puede ser debido a que las pacientes alfabetizadas cuentan con mayores oportunidades para expresar sus sentimientos de formas distintas (Sulaiman *et al.* 2003). Este estudio refiere además que las pacientes de clase socioeconómica baja mostraban una diferencia significativa mayor en el nivel de depresión que los otros grupos socioeconómicos. Es importante destacar que las mujeres de Dubai disponen de nulas posibilidades de hablar acerca de sus dificultades psicológicas, esto para no llamar la atención de los demás, ni perjudicar la reputación de sus familias y llevar el deshonor a las mismas.

En Tailandia se presentan mayoritariamente síntomas somáticos aunque también el sentimiento de culpa está muy ligado a la depresión, estos pacientes lo atribuyen a la creencia de malas muertes en vidas pasadas. Los síntomas manifestados por estos pacientes son principalmente tristeza, ansiedad, pérdida de interés y baja energía (Sulaiman. *et al.*)

En Marruecos, por ejemplo, el discurso etiológico tradicional que está relacionado con la forma de “estar mal” remite a dos actos principales: el hechizo y el fenómeno de la posesión. La lógica de la agresión que les atraviesa expresa una concepción persecutoria del mal donde el origen de los problemas se encuentra siempre situado fuera de los sujetos. Es usual la manifestación de constantes quejas somáticas, además los pacientes se presentan con sentimientos de decepción y de ofensa, entristecidos, con habituales estados de agresividad. La frecuencia de los síntomas somáticos depende en importante medida de la forma en que se defina el término somatización. Este término puede reflejar el dualismo cuerpo-mente que domina en la práctica biomédica occidental (Bhugra y Mastrogianni, 2004), mientras que para los médicos tradicionales como los de la medicina China o Nahua no existe la distinción entre lo físico y lo mental.

Se ha considerado que las personas pertenecientes a culturas tradicionales no pueden hacer distinción entre las emociones de ansiedad,

irritabilidad y depresión pues tienden a expresar el distrés en términos somáticos.

Por su parte, Kirmayer, señala que los síntomas culturales específicos pueden conducir a un sobreconocimiento o a la identificación errada de una afección psicológica. Por el contrario de lo hasta ahora planteado en cuanto a que los no occidentales, (o los del extremo occidente como nos gusta denominar a los latinoamericanos y en particular a los mexicanos) son propensos a somatizar sus afecciones, las investigaciones más recientes confirman que la somatización es universal. Los síntomas somáticos sirven como modismos culturales de la angustia o aflicción en muchos grupos etnoculturales y, si resultan mal interpretados por el médico, pueden conducir a procedimientos de diagnóstico innecesarios o inapropiados (Kirmayer. 2001).

Hay pues, cada vez mayor evidencia de que los síntomas somáticos son un modo de presentación de la depresión en diversas partes del mundo. (Simon *et al*, 1999)

Respecto a la variedad de expresiones culturales del sufrimiento psíquico, cabe señalar que en los tres dialectos del Maghreb no existe palabra alguna que exprese de forma directa al estado depresivo. La depresión se presenta enmascarada en forma de quejas somáticas o de estados delirantes que adoptan las características de una *Bouffée délirante* la cual se destaca por la eclosión súbita de un delirio rico y polimorfo en sus temas y en sus mecanismos, en ocasiones asociándose a trastornos de la conciencia y del estado de ánimo. Los síntomas más frecuentemente presentados son: astenia, anorexia, abulia, cierto estado de estupor y quejas somáticas en relación con la expresión corporal de los estados de ansiedad (Balbo, 2004).

En el caso de los Nahuas del Alto Balsas en el estado de Guerrero, en México; podemos considerar al “susto” o “espanto” como una modalidad depresiva.

Según López Austin, la etiología del susto (no es una pérdida del “ánimo”, como señala el ICD 10) es la pérdida de una entidad anímica localizada en la cabeza, que se denomina *tonalli* y que no tiene nada que ver con la concepción occidental del alma católica (Villaseñor Bayardo, 2005). *Tonalli* es una palabra derivada del verbo *tona* que significa: irradiar, calor solar, alma y espíritu. Dicha pérdida puede ser causada por el corte de cabellos de la fontanela, por actos físicos violentos, por miedo intenso o por una impresión fuerte. Los signos y síntomas manifestados

a este respecto eran, en la época prehispánica: pérdida de vigor, palidez, fiebre, hiporexia, hipersomnio y pérdida del brillo en la mirada.

En la actualidad se considera que esta enfermedad es provocada por los aires,* los cuales roban el *tonalli* produciendo manifestaciones de

*Los aires son la representación de entidades sobrenaturales o divinas de origen precolombino. Consultar en otro capítulo de este libro.

ansiedad o depresión (Villaseñor Bayardo y Chávez Alvarado, 2000).

Este síndrome etnocultural también se conoce en la región andina de los aymaras-quechuas como “susto” y se manifiesta por diversos síntomas somáticos. Se le conoce también como *manchariska*. Este mal es causado por la salida del alma de sus confines corporales (ajayu), como consecuencia de reacciones imprevistas en lugares donde se supone habitan seres míticos. Se presenta en personas que al caminar en lugares oscuros reaccionan con temor a estos espacios y caen en estados de ánimo lamentables acompañados de síntomas como náuseas, cefaleas, vómitos y en ocasiones cuadros delirantes alucinatorios (Villaseñor Bayardo, 2005).

Para los Mapunches (Bolivia), los problemas de ánimo pueden ser tanto de causa natural (esfuerzo, contraste brusco de temperaturas...) como sobrenatural (mal por transgresión o envidia). Sin embargo, dentro de esta misma cultura se marcan las diferencias; para los Mapunches urbanos, la tristeza y el llanto son el síntoma referido con mayor frecuencia como indicativo de depresión. Entre los Mapunches rurales, será la pérdida del apetito y el “enfermarse”. En poblaciones no indígenas la depresión es la forma más frecuente de duelo prolongado. En un estudio desarrollado entre chilenos y Mapunches la tristeza fue la causa más frecuente de malestar psicológico durante el duelo (Durán Pérez *et al.* 2000).

Un estudio publicado por Mario Gabriel Hollweg (2003) entre diversos pueblos bolivianos aporta datos sobre los trastornos mentales afectivos:

- ⊙ Síndromes afectivos de influencia mítica o “enfermedades étnicas” por presentarse en grupos de aborígenes campesinos e indígenas urbanizados que explican este tipo de males con contenidos míticos.
- ⊙ En la cultura andina se conoce como un síndrome afectivo a “la pena o tristeza” que es el “mal” más generalizado del alma andina. Por su parte, Camacho, en 1979, observó una fuerte prevalencia de depresiones en indios campesinos kechuas del valle de Cochabamba y los clasificó de acuerdo a las causas que les provocaban tristeza y pena:

1. “Amartelo”: provocado en los hijos por el abandono de los padres.
 2. “Songonanaipurishan”: pesadumbre profunda y contagiosa, acompañada de ideas suicidas.
 3. “Phustisga”: ocasionado por desastres económicos.
 4. “Khasgonanai” y “Pechonanai”: se relacionan con frustraciones amorosas.
- ⊙ Síndromes afectivos de influencia hispánica. Se han conocido siempre los términos de depresión y melancolía. “Amartelo” es una reacción vivencial anormal de pena y tristeza que según Aguiló expresa “amor frustrado”. La tirisia se describe como un cambio del estado afectivo caracterizado por la “pérdida del ánimo”.
 - ⊙ Síndromes afectivos de transición cultural. Resultan síndromes como susto-tristeza, colérica-tristeza.
 - ⊙ Síndrome delirante místico. Comprende reacciones vivenciales afectivas anormales en braseros kechuas de la caña presentando delirios místico-religiosos.

En la tradición Mapuche (Chile) cuando se habla de Weñagkutún, queriendo identificarlo como pena se está definiendo un estado de persistencia del dolor en el tiempo; la persona sigue viviendo, lleva una vida normal, pero en determinados momentos surge el recuerdo doloroso. La actitud, en estos momentos de recuerdos dolorosos es diferente a la del no mapuche; para la persona mapuche es necesario detenerse en la actividad que se esté realizando y dejarse inundar por el sentimiento.

La depresión no es un término que la etnomedicina mapuche reconozca. Más allá de la entidad que se busque como equivalente de depresión, el concepto propio más cercano parece ser el de enfermarse, sobretodo, para entender los fundamentos culturales de la depresión en la cultura mapuche, es indispensable comprender los motivos que puede haber para enfermarse.

Cuando se intenta entender lo que ocurre a una persona mapuche que se ha enfermado, la primera dificultad que se encuentra en un trabajador de la cultura mayoritaria es la falta de expresión de sentimientos (Paez, Casullo. 2000). Los psiquiatras denominamos alexitimia a la incapacidad de algunas personas para distinguir sus emociones y poder expresarlas verbalmente.

Algunos estudios han encontrado que las mujeres en general expresan más las emociones de alegría e ira y los varones deben controlar más sus expresiones (Pennebaker y cols., 1996; Basabe y cols., 1999).

En culturas que mantienen alta distancia jerárquica se comunican sólo aquellas emociones que contribuyan a diferenciar el status, pues la comunicación de emociones positivas podría llegar a entenderse como una falta de respeto, por lo tanto las formas de expresión tienden a moderarse. Por el contrario en sociedades de baja distancia jerárquica, los sujetos son animados a expresar sus sentimientos de forma libre.

Algunas manifestaciones culturales diversas de la depresión que vale la pena mencionar serían, por ejemplo, que en Venezuela es frecuente la expresión: “me siento tan mal, que no me provoca ni bañarme”. La abolición de ese deseo como expresión y medida de la magnitud del malestar, sólo puede darse en el Caribe, donde los aborígenes se bañaban aún con fiebre, lo que no podían entender los conquistadores españoles. Sería raro que algún europeo dijera algo parecido. También podemos señalar a la depresión por agotamiento laboral o *burn-out* y quizás se le pueda relacionar con el trabajo como valor cultural, pues no hay que olvidar que los japoneses mueren de tanto trabajar con el *karoshi*.

Es indispensable extender la concepción de la salud atendiendo tanto la enfermedad del paciente como al resto de los elementos que conforman su entorno social, lo cual implica sus redes de apoyo, su funcionamiento social, laboral, familiar y personal. Para ello el clínico debe contar con una especial sensibilidad cultural que le permita ahondar en la vivencia del paciente y con ello contribuir a su mejora.

Es vital tomar en cuenta la identidad del paciente, su grado de identificación con su cultura, su capacidad de percibir y manifestar su padecimiento y la forma en que solicita atención.

Cuando realizamos una aproximación cultural, intentamos buscar principios generales de explicación que contribuyan a la comprensión de las diferencias entre las comunidades.

El diagnóstico de la depresión está ligado al conocimiento y reconocimiento de los síntomas en términos específicos de que dispone el enfermo para expresar su tristeza y su desconcierto (Villaseñor Bayardo y Chávez Alvarado. 2000).

Considerando que Pewzner-Apeloig, (1999) afirma que la diversidad de expresión de las manifestaciones psicopatológicas vuelve caduca la adopción de un modelo único, universal, de descripción, de clasificación y de interpretación de los trastornos mentales; proponemos la utilización de un manual adaptado culturalmente a nuestra población



latinoamericana: La GLADP que representa nuestra propia sensibilidad cultural.

En conclusión, consideramos que se debe examinar cuidadosamente la modalidad de expresión de la enfermedad mental del paciente, aprehendiendo, respetando y valorando los elementos culturales impresos en ella.

Publicado en: Villaseñor Bayardo S.J., Rojas Malpica C., Albarrán Ledezma A. J., González Saray A. G. “Un enfoque transcultural de la depresión”, en *Manual de trastornos mentales*. 2005, pp. 123-129.







Referencias bibliográficas

- Abely P, Bouquet R. “Les bouffées délirantes et les délires à eclipses. Essai nosographique”. En *Ann Méd Psychol*. 1962 ; 120(3):401.
- Aguiló F. (1985). *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*. Sucre, Talleres Gráficos “Qori Llama”.
- Aguirre Beltrán G. (1992). *Medicina/ y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. Obra Antropológica*. VIII .FCE. México.
- _____. (1982) *El proceso de aculturación*. Editorial La Casa Chata. México.
- _____. “Función social de la medicina precortesiana”. En *Gaceta Médica de México*, Vol. XCVI, No. 10. Mexico, 1966.
- _____. (1952) *Problemas de la Población Indígena de la Cuenca del Tepalcatepec*. Tomo I México. Instituto Nacional Indigenista, *Memorias del INI*, Vol. III.
- _____. (1986) *Antropología Médica*. Ciesas, México.
- Alarcón R. (2002) Comunicación personal.
- Álvarez Heydenreich L. “Breve estudio de la plantas medicinales en Hueyapan, Morelos”, en Biseca, *Estudios sobre Etnobotánica y Antología Médica*, vol. I, México, 1976. Instituto Mexicano para el estudio de las plantas medicinales.
- Álvarez J. R. (1978) *et al.* “Huicholes”. *Enciclopedia de México*. Tomo VII. 3a edición, México.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV 4a edición, Washington D.C.
- _____. (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3a ed, revisada. Washington.
- Anguiano M, Furst P. (1987) *La etnoculturación entre los Huicholes*, INI.



- Anzures y Bolanos, M. C. (1978) "Medicinas tradicionales y antropología", *Anales de Antropología*, vol. XV, IIA/UNAM.
- Appia. "Evolution de la Notion de Bouffée Délirante". En : *Thèse Méd N° 42*, pag 29, 1965. Paris.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2004) *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. APAL.
- Balam Pereira G. (1987) *La medicina maya actual*. Mérida, Centro de investigación y estudios avanzados/Instituto Nacional Indigenista.
- Balbi R, Covello I, Piro S. "Análisis lógica et semántica del linguaggio nelle psicosi da monoetilamide dell acido lisérgico" (LAE 32). En: *Acta Neurol*, 16:885, 1959.
- Bar-El I., Witztu, E., Kalian, M., Brom D. (1991) "Psychiatric hospitalization of tourists in Jerusalem". *Psychiatry*, vol. 32, no 3 (Mayo/Junio).
- Barrelet L. "Le devenir de la bouffée délirante. Evolution cliniques et conséquences diagnostiques". En: *Information Psychiatrique*, 62:356-357, 1986.
- Barriga F, Ramírez I. (1986) "Etno-Patología Xaliteca" *México Indígena*. INI. No.9, marzo-abril.
- Basabe N. et al. "El anclaje sociocultural de la experiencia emocional de las naciones: un análisis colectivo" *Boletín Psicología*, 1999. 62, 7-42.
- Bastide H, Raveau F. "Epidémiologie des Maladies Mentales". *EMC*. 37878 A10 3, París, 1971.
- Bastide R. (1965) "Sociologie des maladies mentales". *Flammarion*. Paris.
- Baudot G. "Maladies et médecines en Amérique Précolombienne". En *Histoire culturelle de la maladie*. Ed. Privat. Toulouse. 1980.
- _____. (1983) *Utopia e Historia en México. Los primeros cronistas de la civilización mexicana (1520-1569)*. Espasa Calpe, Madrid.
- Baytelman B. (1986) *De enfermedades y curanderos: medicina tradicional en Morelos*. México, Instituto Nacional de Antropología e Historia/Secretaría de educación Pública. Colección Divulgación, serie Testimonios.
- Bebbington P. et. al. "Adversity in groups with an increased risk of minor affective disorder". En *Br. J. Psychiatry*, 1991. 158: 40-45,
- Bègue M. "Un siècle de psychiatrie française en Algérie (1830-1939) Contribution à l'histoire de l'ethnopsychiatrie". En *L'information Psychiatrique*. 1:67-72, Jan Fév 1993.
- Belsanti R, Marti G. "Contributo alio studio della dissociazione semántica del linguaggio degli schizofrenici". En *Folia Psychtr*, 3:533, 1960.
- Benítez, F. (1989) *Los indios de México*. Antología. Biblioteca Era.
- Bernard C., Gruzinski S. (1992) "La Redecouverte de l'Amérique". *L'Homme*, avr.-dc. XXXII.
- Bhatia, M., Malik, S. (1991) "Dhat syndrome-a useful diagnostic entity in Indian culture". *British Journal of Psychiatry*.
- Bonfil Batalla G. (1990) *México profundo. Una civilización negada*. Grijalbo, México.

- Bonte P, Izard M. (1992) *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. PUF.
- Bhugra y Mastrogianni A. "Globalisation and Mental Disorders: overview with relation to depresión". En *Br, J Psychiatry*. 2004; 184: 10-20.
- Byrnes, J. F. (1984) "The psychology of religión" *The Free Press*.
- Calderón Narvaes G. "Conceptos psiquiátricos en la medicina Azteca contenidos en el código Badiano escrito en el siglo XVI". En *Rev. Fac. de Med.* vol, VII. No 4. 1965.
- Cárdenas De J. (1980) "Problemas y secretos maravillosos de las indias". *Colección nuestros clásicos*. Academia Nacional de Medicina. México. Edición, estudio preliminar y notas: Xavier Lozoya.
- Casaldo Cossa M. "Repensando los trastornos mentales culturales". En *boletín bimestral de los estudiantes del Posgrado en Antropología del Instituto de Investigaciones Antropológicas*, UNAM, 2002, I (1).
- Casas, B. De las. (1909) *Apologética historia de las indias*. Nueva biblioteca de autores españoles. Historiadores de Indias, tomo I. Serrano y Sanz, Madrid.
- Casillas-Romo A. (1990) *Nosología mítica de un pueblo. Medicina tradicional huichola*. Editorial Universidad de Guadalajara.
- Chávez Alvarado C. (2001) *Cultura de Paz y consolidación de la democracia*. Editores siglo veintiuno.
- Chavez I. (1947) *México en la cultura médica*. Edición del Colegio Nacional. México.
- CIE 10. (1994) *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Meditor J.J. López IX. Madrid.
- Collee M, Quetel C. (1987) *Histoire des Maladies Mentales*, PUF, París.
- Colón C. "Documentos Relativos al Tercer Viaje (15th century)". En *Zona Tórrida, No. 22, Revista de Cultura de la Universidad de Carabobo*, Valencia, Venezuela, 1992.
- Constant F. "Introduction á la vie et á l'oeuvre de Bénédicte Augustin Morel (1809-1873)", En *Confrontations Psychiatriques*, (Suppl.) t II, 1973.
- Coreae P. (1972) *Du concept de schizophrénie. Confrontations psychiatriques*, (suppl). t 9:25.
- Corona-Berkin S. (2002). *Miradas entrevistas. Aproximación a la cultura, comunicación y fotografía huichola*, Universidad de Guadalajara.
- Cortéz Manjarres J. (2000) *Comunicación personal*.
- Daiguji. M. "Significance of the affinity of the epileptic to somatesthetic religión". En: *Psychopathology* 23: 176-180, 1990.
- Davis, D. L. ed. "Historical and Cross-Cultural Perspectives on Nerves". En *Social Science & Medicine* special issue 26 (12), 1988.
- Davis, D. L., S. M. eds. (1989) *Gender, Health and Illness: The Case of Nerves*. Hemisphere Publishing, Nueva York.

- De Azara, F. (1969) *Viajes por la América Meridional*(1801). Espasa Calpe SA. Madrid.
- De La Cruz M. “Libellus de medicinalibus Indorum herbis”. Manuscrito azteca de 1522. Según traducción latina de Juan Badiano, versión española con estudios y comentarios por diversos autores, México. IMSS. 1964, XII ed.facs.
- De La Vega, Inca G. (1970) *Comentarios Reales*, (16th century) Espasa Calpe, SA. Buenos Aires.
- De Las Casas, B. (1965) *Historia de las Indias*, Vol. I, II and III (16th century). FCE. México.
- De Molina Fr. A. (1970) *Vocabulario en lengua Castellana y Mexicana y Mexicana y Castellana*. Facsimilar edition. Ed. Porrúa. Mexico.
- De Olmos Fr. A. (1990) *Tratado de hechicerías y sortilegios* (1553). Edition and Introduction by Georges Baudot. Mexico.
- De Sahagún Fr. B. (1975) *Historia General de las cosas de la Nueva España*. Porrúa.
- _____. (1950-1969) *General History of the things of New Spain*. Translated from the Aztec into English by Arthur J. O. Anderson and Charles E. Dibble. 12 vol., Santa Fe, Nuevo México.
- Delile, J.-M., Bourgeois. M. “Épidémiologie transculturelle de la dépression”. En *Ann. Méd.-psychol.*, 144, No 1.
- Desjarlais *et al.* (1995) *World Mental Health DSM-IV*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson.
- Devereux G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1985.
- _____. (1977) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard, Paris.
- Di Cristo G. “Contributo sperimentale alio studio dell' estensione dell' alone semántico”. negli schizofrenici. *Rass Neuropsichtr*, 16:106, 1962.
- Durán Pérez T. *et al.* “Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: Una aproximación étnica”. 2000. <http://www.derechos.org/koaga/x/manpuches/>
- Dupré E, Logre B. “Les psychoses imaginatives aiguës”. En : *Ann Méd Psychol*, 2:144-169, 1914.
- Duverger C. (1979) *La fleur létale. Economie du sacrifice Azteque*. Paris, Editions Du Seuil. ils. (Recherches Anthropologiques).
- _____. (1983) *L'origine des Aztèques*. Editions du Seuil. Paris.
- _____. (1996). “Terapias chamánicas y psiquiatría prehispánica: el caso del México antiguo”. En Villaseñor Bayardo S. J. (compilador) *Acte Franco-Mexican d'ethnopsychiatrie et de psychiatrie*. Editada por la Embajada de Francia en México y la Rev. Res. Psiquiatría. Agosto.
- Entrevista realizada por Hahn G. a Pélicier Y. “Las tareas sociales de la psiquiatría”. En *Revista Universidad de Guadalajara*. 1994.
- Entrevistas con el Dr. Alejandro Morales en junio de 2003. Actualmente es Jefe de la Jurisdicción I Norte.
- Entrevistas con José Ortega. Supervisor de los albergues de San Andrés, San Miguel y Cajones. Enero de 2004.

- Esteyneffer De, J. "Florilegio Medicinal de todas las enfermedades". Colección nuestros clásicos. Academia Nacional de Medicina. México, 1978. Tomo I. T. II. Edición, estudio preliminar y notas de Ma. del Carmen Anzures y Bolaños.
- Ey H. Bernard P. Brisset CH. (1980) *Tratado de Psiquiatría*. Masson. México.
- Feldman, J., Rust J. "Religiosity schizotypal thinking, and schizophrenia". En: *Psychological reports*, 65: 587-593, 1989.
- Fernández del Castillo F. "La medicina de Tlatelolco y Fray Bernardino de Sahagún". *Gaceta Médica de México*. T. XCIV No 3 1964.
- Flores y Troncoso F. *Historia de la Medicina en México. (Desde la época de los indios hasta la presente)*.
- Follin S. "Les états oniroïdes (Essai de psychopathologie et phénoménologie clinique)". En *Rapport au Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française*, Nancy, París, Masson, 1963, 1964, París.
- Foster G M. (1951) *Some wider implications of soul-loss illness among the sierra popoluca*. Homenaje al Dr. A. Caso., México, Imprenta nuevo mundo.
- Foster JM., Anderson BG. (1978) *Medical Anthropology*. Nueva York.
- Foucault M. (1986) *Historia de la locura en la época clásica*. FCE.
- Foucault M. (1988) *Naissance de la Clinique. Quadriga/Presses Universitaires de France*, París.
- Frankenhueser M, et al. "Sex differences in psychoendocrine reactions to examination stress". En *Psychos. Med*, 1978. 40: 334-343.
- Fresan-Jiménez, N. (2002) *Una ventana al mundo de los antepasados*. Editorial Conaculta. Fonca. México.
- Fuente R. De la. "Aportaciones de la corriente social a la psiquiatría". En *Revista del Residente de Psiquiatría*. 1(1):18, 1990.
- Garrabé J. (1989) *Dictionnaire Taxinomique de psychiatrie*. Masson, Paris.
- _____. (1992) *Histoire de la Schizophrénie*. Ed. Seghers, París.
- Gendron, A. "Etude des maladies mentales au sein des sociétés esquimaudes traditionnelles". En *Thèse pour le doctorat en Médecine*. 1987. Université d'Angers. No 7590.
- Goldwert, M. "The schizophrenic, religio-egocentricity, and the green crucify". En *Psychological reports*, 71: 822. 1992.
- _____. "Religion egocentricity in reactive schizophrenia". En *Psychological reports*. 67: 955-959, 1990.
- Good, B., Del Vecchio Good, M. J. "Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: fright illness and heart distress in Iran". En Marsella A., White, G. ed., *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1982.
- Good, S., Good, M. J. D., Moradi, R. "The interpretation of Iranian depressive illness and dysphoric affect", En Kleinman. A., Good, *Culture and Depression*, University of California Press, Berkeley, 1985.

- Greenberg D., Witztum E. "Problems in the treatment of religious patients". En *Am Journ Psychotherapy*, Vol XLV, n° 4, octubre 1991.
- _____ y Buchbinder J. T. "Mysticism and psychosis: the fate of Ben Zoma". En: *Brit Jour Med Psychology*, 65: 223-235, 1992.
- Gruzinski S. (1991) *L'amérique de la conquiste, peinte par les Indiens du Mexique*. Unesco. Flammarion. Paris.
- Guarnaccia P. J., Canino G., Rubio-Stipec M., Bravo M. "The prevalence of Ataque de nervios in the Puerto Rico disaster study". En *J Nerv Ment Dis*, 1993.
- Guiteras Holmes C. (1965) *Los peligros del alma: visión del mundo de un tzotzil*. México, FCE.
- _____. (1952) *Sayula*. México, Sociedad de Geografía y Estadística.
- Halberstadt G. "Une question de doctrine psychiatrique: la psychose délirante degenerative aiguë". En *Ann Méd Psychol*, 11(2):100-117, 1922.
- Herkovits M I. "Les bases de l'anthropologie culturelle". T. F, Paris. Payot éd., 1952. Kaplan H I, Sadock B) En *Synopsis of Psychiatry*. 6ta Ed. Williams & Wiikins. 1991.
- Hernández F. (1959) *Historia Natural de la Nueva España*. 2 vols. En obras completas. México. UNAM. vol. 1
- Hofstede G. (1991) *Cultures and Organizations. Software of the mind*. Londres. Mc Graw Hill.
- Holland W. (1978) *Medicina maya en los Altos de Chiapas: un estudio de cambio sociocultural*. México. Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, num. 2.
- Hollweg, M. "Trastornos afectivos en las culturas Bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico Transcultural". En *Investigación en Salud*. Vol. V No. 1. 2003.
- _____. "La 'locura' en los indígenas y mestizos bolivianos". En *Revista de Humanidades, Ciencias Sociales y Relaciones Internacionales*, Vol. I, Mayo de 1985, Santa Cruz, Editorial Universitaria.
- _____. "Principales Síndromes Psiquiátricos Culturales en Bolivia (Culture Bound Syndromes)". En *Rev. Cient. Salud Mental*, Vol.IV, 1994.
- Houghton, A., Boersma, F. "The loss-grief connection in susto". En *Ethnology* 1988.
- Hsu, F. L. K. ed. Schenkman Publishing Company, Cambridge, Mass, 1972.
<http://www.laneta.apc.org/pipermail/cni-1/2003-April/000487.html>, La conservación del desierto de wirikuta.
- Hurtado, JJ. "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala". En *Guatemala Indígena*. Vol. III. No. 1. 1973. Guatemala: Instituto Indigenista Nacional.
- Imhof V. "Síndrome de Amok o explosión de rabia". En *El Nuevo Diario*, Managua, Nicaragua. 23 Enero de 2004.

- _____. "Psiquiatras y profetas en Raitf". En *El Nuevo Diario*, Managua, Nicaragua. 27 de diciembre de 2003.
- Inaudy Bolívar, Efraín. Prólogo. En *Los Petroglifos de Cojedes*, by A. Weber. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela, 1996. 5-10.
- INEGI. (2000) *XII Censo general de población y vivienda*.
- INEGI XI censo general de población y vivienda, 1990. La población hablante de lengua indígena en México. 1993.
- INI. "Albergues escolares indígenas". Consultado durante el mes de junio de 2003 En <http://www.ini.gob.mx/documentos/alberguesini/>.
- INI-024. "Trámite: Albergues escolares indígenas". Consultado durante el mes de junio de 2003 En <http://www.ini.gob.mx/transparencia/tramites/tram-ini024.html>.
- "Inserm Classification française des troubles mentaux". *Bulletin de L'INSERM*. (Suppl.) t. au 24(2), 1969
- Instituto Nacional Indigenista. www.ini.gob.mx/perfiles/nacional/08_social.html
Citado en el mes de agosto de 2003.
- Iturrioz-Leza J L. "Toponomástica Huichola" En *Los Wixárika*, editorial Colegio de Jalisco. Guadalajara 2001:
- Janet, P. "La psychologie de la croyance et le mysticisme". [1934] En *Bulletin Psychologie*. Enero-Febrero. Vol 47 (414): 143-155, 1993-94.
- Jilek W. "Civilización moderna, occidentalización y salud mental". En *Investigación en salud*. 2000; II (1):6.
- Jilek WG-. "Transcultural Psychiatry - Quo vadis? Developments in our expanding field. Newsletter Transcultural Psychiatric Section". En *World Psychiatric Asssocalion*. Vol XVI no. I Enero. 1998.
- Johnson, J. C. *Selecting ethnographic informants*. SAGE publications.
- Jung, C. G. (1972) *Psicología y Religión*. Paidós, Buenos Aires, 165.
- Jung-Kwang W. V Ching-Lun, W. "Shen-k'uei syndrome: a culture-specific neurosis in Taiwan". En Kleinman A. y Tsung-Yi Lin, *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Cultures*. cds. D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, 1981.
- Kala, A. K. y WIG, N. N. "Delusion across cultures". En *Int J Soc Psychiatry*, 28: 185-19, 1982.
- Kelly I, Garcia Manzanero H., Garate De Garcia C. (1984) "Cultura y salud" Santiago Tuxtla, Veracruz, En López Austin (Ed.), *Textos de medicina Náhuatl*, México.
- Kelly Isabel. (1965) *Folk Practices In North México: Birth Customs, Folk Medicine an spiritualism in the Laguna Zone*, Austin Texas, Institute of Latin American studies, University of Texas press, Latinamerican monographs, Num. 2.
- Kiev A. "Curanderismo". En *Psiquiatría folklórica Mexicano-Norteamericana*. 1972. México. Ed. Joaquín Mortiz.

- _____. "Transcultural Psychiatry". En *Free Press*, Nueva York, 1972.
- Kim, K. I. et al. "Schizophrenic delusios among Koreans, Korean-Chinese and Chinese a transcultural study". En: *International Journal of Social Psychiat.* vol. 39 no 3: 190-199, 1993.
- Kleinman A. "Patients and Healers in the Context of Culture". An exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. University of California Press. 1980.
- _____. *Abordaje de la depresión según las culturas*. Departamento de Antropología. Universidad de Harvard. Boston.
- _____ y Good B. (1985) *Culture and depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press, Los Angeles.
- _____. (1986) *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*. Yale University Press, London.
- _____ y Lin, T. eds. D. (1981) Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- _____. "Anthropology and Psychiatry", En *British journal of Psychiatry*, 151:447-454,1987.
- Kluckhohn C. (1964) *Initation à l'anthropologie*. Bruxelles, Ch. Dessart ed.
- Kirmayer LJ. "Cultural variations in clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment". En *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 13):22-8.
- Laboucarie J. "Le devenir des psychoses delirantes aigués et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire". En *Confrontations psychiátriques*, 2: 31-51,1958.
- _____. "Les schizophrénies aigués. Types d'expériences delirantes schizophréniques transitoires". En *Evol Psychiat*, 3:551.1958.
- Lagarriga Attias I. "Concepción y terapia de la enfermedad mental en la medicina tradicional de México". *Memorias del simposio identidad cultural medicina tradicional y religiones populares*. 46 Congreso Internacional de Americanistas. Amsterdam, 239-254, 1988.
- _____. "La etiología de la enfermedad mental entre pacientes espirituales marianos". En *La Ciencia y el Hombre. Revista de la Universidad Veracruzana*. Julio/Diciembre. 29-38, 1989.
- Lapassade G. *La trance. Que sais je?* Presses universitaires de France, París, 1990.
- Laplantine F. (1988) *L'Ethnopsychiátrie*. PUF.
- _____. "Anthropologie de la maladie". En *Bic. Scientifique Payot*. París, 19: 411.
- Lara R. "Un pueblo "endemoniado". En *El Nuevo Diario*, Managua, Nicaragua. 21 de enero de 2004.
- Latour B. "Nous n'avons jamais été modernes". En *Essaiè d'anthropologie symétrique, La Découverte*, 1994.

- Leal, L. "La licantropía entre los antiguos mexicanos", En *América Indígena*, vol. XX, núm. 2, abril, 1960.
- Lebra, W. ed. *Culture-Bound Syndromes, Ethnopsychiatry and Alternative Therapies*. Universidad de Hawai, Honolulu, 1976.
- Legrain P.M. (1886) *Du Délire chez les Dégénérés*. Tesis méd., no. 199. A. Parent. París.
- _____. (1910) *Les folies à eclipse. (Essai sur le role du subconscient dans la folie)*. Blond, París.
- Leon Portilla M. (1961) *Los antiguos mexicanos a través de sus crónicas y cantares*. FCE. México.
- _____. (1982) *Visión de los vencidos. Relaciones indígenas de la conquista*. UNAM. México.
- Levy-Strauss C. (1962) *La pensée sauvage*, Paris. Piön.
- Lewis O. (1962) *Antropología de la pobreza*. FCE México.
- _____. (1968) *Tepoztlán: un pueblo de México*. México. Joaquín Mortiz.
- Lin Keh-Ming, Kleinman A., Tsung-Yi Lin. "Overview of mental disorders in Chinese cultures". En *Normal and Abnormal Behavior in Chinese culture*.
- Lipp, F. "The study of disease in relation to culture- the susto complex among the Mixe of Oaxaca". En *Dialectical Anthropology*. 1989.
- Lock, M. (1980) *East Asian Medicine in Urban Japan*. University of California Press, Berkeley.
- Logan, M. H. "New lines of inquiry on the illness of susto". En *Medical Anthropology*, v. 15. N° 2. pp. 189-200.
- Lopez Austin A. "40 clases de magos del mundo nahuatl". *Estudios de cultura Nahuatl*. v, VII. México, 1967.
- _____. "Cosmovision y medicina nahuatl". *Estudios sobre Etnobotanica y Antropologia Médica*, México, IMEPLAN, v. I, 1976.
- _____. "Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas". 2 vol. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1984. Vol. 1 Vol. 2.
- _____. "De las enfermedades del cuerpo humano y de las medicinas contra ellas". *ECNV VIII*. México 1969.
- _____. "De las plantas medicinales y de otras cosas medicinales". *ECNV, IX*. México, 1971.
- _____. "Almas y experiencias entre los antiguos nahuas". *Bol. Soc. Mex. Hist. Filos. Med.* Vol. VI. N45:223-233, 1983.
- _____. "Cuarenta clases de magos en el mundo náhuatl", *ECN*, V. VII, México, 1967. *Cuerpo humano e ideología*, en *Las concepciones de los antiguos nahuas*, vol. 1.
- Lotrakul M, et al. "Symptoms of depression in Thai Patients". Department of Psychiatry", Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Lotrakul M, Saipanit R, Theeramoke W. Symptoms of depression in Thai patients. *ASEAN Journal of Psychiatry* 1996; 4(1): 24-32

- Low, S. "Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves". *Social Science & Medicine* 1985.
- Lowie R. "*Historia de la etnología*". 1946. Fondo de Cultura Económica. México.
- Mac Cabe M.S. "Reactive psychosis a clinical & genetic investigation". *Acta Psychiatry. Scan.*, 259, pag 1-93, 1975.
- Madsen, C. "A study of change in Mexican folk Medicine". New Orleans Louisiana, Middle American Research Institute. 1965.
- Magnan V, Legrain P. M. (1985) "Les dégénéérés (état mental et syndromes épisodiques)". Rueff, París.
- Magnan V. "Lessons Cliniques sur les Maladies Mentales", Faites à l'asile Sainte-Anne. Briand M, Legrain P.M., Journiac, Serieux P. (Eds.). Bataille, París, 1893.
- Malhotra, M., Wig, N. "Dhat syndrome: a culture-bound sex neurosis of the Orient". *Archives of Sexual Behavior*. 4: 519-528, 1975.
- Marsella A. "The Measurement of depressive experience and disorder across cultures". En Marsella A. Hirschfeld, R. Katz M (Eds), *The measurement of depression*. Guilford Press, 1987.
- Mata-Torres R. (1974) *El pensamiento Huichol a través de sus cantos*. Ed. Kerigma, S.A. México.
- _____. "Los huicholes". La Casa de la Cultura. Guadalajara, México, 1972.
- Medina Cárdenas E. "La psiquiatría transcultural en Chile". *Revista de Psiquiatría* 1997 XIV / I. Chile.
- Menendez E. L. (1981) *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, Ediciones de la Casa Chata, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Secretaría de Educación Pública, Cuadernos de la Casa Chata, num. 13
- Mezzich J. E., Kleinman A., Fabrega H., Parron D. (1996) *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV perspective*. APP.
- Mezzich J. E.; Keh-Ming L. y Campbell Hughes C. (2000) "Acute and transient psychotic disorders and culture bound syndromes". En Sadock B. & Sadock V. A. Kaplan & Sadock's *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 7th Ed. Williams & Wilkins.
- Módena M. E. 1987. "Diferencia Cultural e identidad ideológica (salud, enfermedad y hegemonía en el sur de Veracruz)". México. *Tesis de maestría en Antropología Social*, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Moro M R. "Parents en exil, psychopathologie et migrations". *PUF*, 1994.
- _____. "Principes théoriques et cliniques de l'ethnopsychiatre". Quelques données actuelles". *L Evolution Psychiatrique*, 1993. 58. 2:263-279.
- Murphy H. B. M. "Comparative psychiatries". *The International and intercultural distribution of mental illness*. Springer-Verlag, Nueva York, 1982.

- Nash, M. "Witchcraft as a social process in a Tzeltal community", *América Indígena*, 1960. vol. XX, núm. 2, abril.
- Nathan T. ... *fier de n' avoir ni pays. ni amis, (quelle sottise c'était)* . Ed. La pensée sauvage. 1993.
- _____. *La folie des autres*. Traite d'ethnopsychiatrie clinique, Paris, Dunod, 1986.
- Ndetel, D. M y Vadher, A. "Cross-cultural study of religious phenomenology in psychiatric patients". *Acta Psychiatr.* 1985. Scand. 72:59-62.
- _____. "Frequency and clinical significance of delusion across cultures". *Acta Psychiatr.* 1984. Scand. 70: 73-76.
- Negrin J. (1986). *Acercamiento histórico y subjetivo al huichol*. Universidad de Guadalajara.
- Ochoa Robles H. A. (1967). "Estudio de sociología médica aplicada a la salud del pueblo yaqui". México, *tesis profesional en medicina*, Facultad de Medicina Universidad Nacional autónoma de México.
- Olivarrieta Marengo, M., (1977). *Magia en los Tuxtlas*. México, Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, num. 54.
- Ortiz De Montellano B. R. "Aztec medicine, health and nutrition". *Rutger Univ. Press*, 1990.
- _____. "Empirical Aztec Medicine. Science", 1975. Vol, 188. No 4185.
- Pachter L. M. "Latino folk illnesses: methodological considerations". *Medical Anthropology*, 1993. vol. 15.
- Paez D, Casullo M. (2000) *Duelo, depresión y expresión emocional en la cultura Mapuche Chilena*. *Cultura y Alexitimia*. Primera edición. Ed. Paidós, Argentina.
- Palacios De Westerdap P. (1986) *Conocimientos y practicas médicas en una comunidad campesina*. Querétaro, Centro de Estudios Antropológicos, Universidad Autónoma de Querétaro, Temas de Investigación.
- Parker, S. "Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture". *American Anthropologist*, 1962.
- Pélicier Y: "Apport de l'ethnopsychiatrie". En Koupernik C, Loo H. Zarifian E. *Précis de psychiatrie*. Flammarion médecine-sciences, 1982.
- _____. "Histoire de la Psychiatrie". *Presses Universitaires de France*. 1982. 3a edición.
- _____. "Integration des données sociologiques á la psychiatrie clinique". *Rapport de psychiatrie présenté au congrés de psychiatrie et de neurologie de langue française*. 1964. LXII Session, Marseille. 7-12 Septiembre. Masson.
- Pennebaker J. *et al.* "Stereotypes of emotional expressiveness of northerners and southerners: a cross – cultural test of Montesquieu´s Hypotheses". *Journal of personality and social psychology*, 70, 372-380.

- Pérez R, M., Loaliza L. & Argueta A. (1983). *Herbolaria medicinal Purépecha*. Uruapan Michoacán. Dirección general de culturas populares/SEP. Mecanoscrito.
- Pérez-Rincón H. (1994). "Le Mexique". En *Postel & Quétel. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*. Dunod Éditeurs. Paris.
- _____ y Villaseñor-Bayardo S. J. "Mexico, survivance et catastrophe". *Humeurs*, 1993 No 9.
- _____ y Ayala Guizar, P. "Éxtasis". *Psicopatología*, 1981. 1: 65-70 Ene-mar.
- Pericot, Luis. Orígenes y Enigmas del Poblamiento Americano. En *Historia del Mundo*. J. Salvat, editor. Salvat Editores, SA. Barcelona, 1978. 109-126.
- _____ (1978) "Las Altas Culturas Centroamericanas". En *Historia del Mundo*. J. Salvat. Editor. Salvat Editores, SA. Barcelona. 165-190.
- Perrin M. "Le chamanisme". *Presses Universitaires de France*. 1995.
- Persinger, M. A. "Right hemisphericity, low self-esteem, and unusual experiences a response to Vingiano". *Perceptual and Motor Skills*, 75:568-570, 1992.
- Peterflavi J. M. "Introduction à la psycholinguistique". PUF, 1974.
- Peterson F. A. (1976). *Le Mexique Precolombien*. Petite Bibliotheque Payot. Paris.
- Petit P. (1937) *Les délires de persécution curables*. Tesis Méd. No. 386. Le François, París.
- Pewzner-Apeloig E. (1999). *El hombre culpable. La Locura y la falta en Occidente*. Universidad de Guadalajara/FCE México.
- Pewzner-Apeloig E. "Le modele de la folie en occident. une approche critique de la notion d'Ethnopsychiatrie". *Ann Méd Psychol* 1993. vol 151. No.1. Janvier.
- _____. (1996) *L'homme coupable. La folie el la faute en Occident*. (Privat. 1992) Editions Odile Jabob.
- _____. "La dépression, la culture et le mal". *Ann. Méd.-Psychol*. 1994. 152. No 4.
- _____. "Le modèle de la folie en occident". Une approche critique de la notion d'Ethnopsychiatrie. *Ann. Méd. Psychol* vol 151. 1993. NI. janvier3.
- Piaget J, Ajuriaguerra J, Bresson F, Fraisse P, Inheler B, Oleron Pf. (1977). *Introducción a la Psicolingüística*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Pichot P. "The diagnosis and classification of mental disorder in french-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures". *Psychol. Méd*,12(3), 1982.
- Pineda, Rafael. (1978).*La Tierra Doctorada*". Tamayo & Compañía. Caracas.
- Piro S. "Contributto allo studio della dissociazione semántica nei linguaggio schizofrenico". Nota VI: Applicazione di una metódica sperimentale". *Acta Neurol*, 13:509, 1958.
- _____. (1987) *El Lenguaje Esquizofrénico*. FCE, México.
- _____. "La dissociation semántique". *Ann Méd Psychol*, 1960. 2:407.

- Ponce de León. P. (1965) "Tratado de los dioses y ritos de la gentilidad". En *Teogonia e historia de los Mexicanos*. Tres opúsculos del siglo XVI. Ed. Porrúa.
- Ponce P. (1892) *Breve relación de los Dioses y Ritos de la Gentilidad*. Ediciones Fuente Cultural, México.
- Prince, R., Techeng-Laroche, F. "Culture bound syndromes and international classification of disease". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1987.
- Pull C. *Les psychoses schizophréniques, critères de diagnostic des psychiatres français. Comparaison avec les critères des psychiatres américains*. Tesis Doctoral, 1981.
- Rajsbaum, A. et al., (1994). *Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México, región occidental*, INI.
- Rajsbaum-Gorodezk A. "Huicholes /wirraritari o wirrárika" Consultado durante el mes de junio de 2003. En: www.ini.gob.mx.
- Ramírez Celestino C. (1991). *Plantas de la región náhuatl del centro de Guerrero*. CIESAS. México.
- Ramírez Celestino, A., Celestino Solís, E, Cabañas Andrés, S. "Los pueblos nahuas del Alto Balsas y su entorno ecológico". *Ce-Acatl*. Revista de la cultura de Anahuac. 1992. No 31-32, Julio/Agosto.
- Raveau F H M. "Des Ambiguités de l'Anthropologie Médicale". Cahiers d'Anthropologie el Biométrie Humaine. Paris, 1983 1 no.2. p.I-VI.
- Raveau F. "Identification culturelle et psychiatrie". *Bull Acad. Nat. Méd.* 168, n 1-2, séance du 17 janvier 1984. 65-70.
- Raveau F. "Pour un dialogue nature/culture". *Les vues de l'anthropologie médicale. Prospective et Sante*. 1987. n° 40.
- Rechtman R., Raveau F. "Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie". *E.M.C. Psychiatrie*, 1993. Paris.
- _____. "Anthropologie médicale el psychiatrie : de nouveaux paradigmes de recherche". *Pour la Recherche*. 1998. No 17, juin. Bulletin de la Fédération française de psychiatrie.
- Redfield, R., Redfield M. "Disease and it's Treatments in Dzitas, Yucatán". *Contributions to American Anthropology and History*. 1940. Vol. VI, num. 32 Washington, Carnegie Institute of Washington.
- Reynolds, D. *Morita Therapy*. Univ. de Calif., Berkeley, 1976.
- Rin, H. "Two forms of vital deficiency syndromes among Chinese male mental patients". *Transcultural Psychiatric Research*, 1968.
- Rivera, G. "Los trastornos depresivos en un mundo globalizado". Universidad Nacional de Lanús. Artículo consultado en la dirección de Internet: <http://www.galenored.com/argentina/>
- Rodriguez Ruiz E. Ma., Romero Mendoza M. P., Flores Farfan J. A. Y Ortiz A. "El consumo de sustancias alucinógenas ayer y hoy". *Salud Mental* 1993. Vol. 16 No 2, junio.

- Rojas C, Alarcón R. "Marco histórico y cultural de la psiquiatría latinoamericana". *Investigación en Salud*. 2 (2): 86.
- Rojas M. "Los cien nombres de América". *Lumen*. 1991. Barcelona.
- Rubel A. "The study of latino folk illnesses". *Medical Anthropology*, vol. 15 no.2:209-213.
- Rubel, A., O'neil C., Collado-Ardon, R. 1984. *Susto*. University of California Press, Los Angeles.
- Ruiz De Alarcon H. "Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que perviven entre los Indios naturales desta Nueva España (1629)" En *Anales del Museo Nacional de México*, t. VI México, 1892.
- Ryesky Diana. (1976). *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano: un análisis antropológico*. México, Secretaría de Educación.
- Séjourné L. (1982) *La pense des anciens Mexicains*. Collection Fondations. F. Maspero. Paris.
- Salmons, P. H. y Clarke, D. J. "Cacodemonomanía". *Psychiatry*, 1987. Vol 5: 50-54, Febrero.
- Samuel-Lajeunesse B. 1985. "Psychoses délirantes aiguës". *Enciclopedia Méd. Chir. Psychiatrie*, 37230A10, (10): París.
- Scheffler L. (1988). *Magia y brujería en México*. México, Panorama.
- Schultes R.E., Hofmann A. (1993) *Plantas de los Dioses: Orígenes del uso de los alucinógenos*. Italia, FCE.
- Secretaría de Educación Pública. http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_4409_antecedentes Citado el 21 de mayo de 2004.
- Serna J. "Del Manual de ministros de Indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpación de ellas (1656), en *Anales del Museo Nacional de México*. t. VI, 1892.
- Sethi, S. y Khanna, R. "Phenomenology of Mania in Eastern India". *Psychopathology*. 26: 274-278, 1993.
- Signorini I. y Tranfo L. (1979). "Las enfermedades. Clasificación y terapia". En Signorini (comp.) *Los Huaves de San Mateo del Mar*, México, Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, num. 59.
- Simon GE, Vonkorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. of "An international study the relation between somatic symptoms and depression". *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1335.
- Simons, R. C. y Hughes, C. C. eds. "The Culture-Bound Syndromes". *D. Reidel Publishing Company*, Dordrecht, 1985.
- Singh, S. "Is Dhat culture bound?" *British Journal of Psychiatry*, 1992.
- Somolinos D'Ardois G. Comentario al trabajo: "Función social de la medicina precortesiana", *Gaceta Médica de México*, Vol. XCVI, No 10. 1966.
- _____. El "Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis". Su Significación. *Gaceta Médica De México*. Tomo XCIV No3. 1964.
- _____. "Historia de la Psiquiatría en México". SEP. *Setentas*. 1976. México.

- _____. “La medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la conquista”. (Capítulos de Historia Médica Mexicana). Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. México. 1978.
- Soustelle J. “La vie quotidienne des Aztèques. A la veille de la conquête Espagnole”. *Hachette*. Paris. 1955.
- _____. “Les Azteques”. *PUF* 1988.
- Suerinck E. (1963) *Psychoses delirantes et hallucinatoires aiguës et schizophrénie*. Tesis Méd. no. 184, París.
- Sulaiman S. *et al.* “Síntomas de la depresión en mujeres de Dubai”. *Eur. J. Psychiat.* 2003. Vol 17, No. 1, (21-32).
- Tanaka-Matsumi, J. “Taijin kyofusho”. *Culture,-Medicine and Psychiatry* 1979.
- Targowla R. “Les délires polymorphes”. *Encéphale*, 1:21,1926.
- Tateyama, M. *et al.* “Comparison of Schizophrenic Delusions between Japan and Germany”. *Psychopathology* 26: 151-158.
- Thompson J. E. (1934) *La civilisation Azteque*. Payot, Paris.
- Thoret Y. (2002) *Comunicación personal*.
- Torres J. (2000) *El hostigamiento a “el costumbre” huichol*. Editorial El colegio de Michoacán y la Universidad de Guadalajara. México.
- UNESCO. Día mundial de los pueblos indígenas. http://www.unesco.org/culture/indigenous/html_sp/index_sp.shtml Citado el 21 de mayo de 2004.
- Uribe C. A. “El neochamanismo como un sistema ritual emergente”. *Investigación en Salud*. 2000. Vol III. No 3. Diciembre.
- Vaillant G. C. (1951) *Les Azteques du Mexique*”. *Origines, ascension et, écroulement de la nation azteque*. Payot. Paris.
- Vega – Franco L. “Las enfermedades de los niños en la medicina tradicional”. *Boletín Médico*, vol. XXXVI, num. 2, 1979, México.
- Viesca Treviño C. (1992) *Medicina Prehispanica de México*. Panorama Editorial. México.
- _____. y Peña Páez I. *La magia en el códice Badiano*.
- _____. (1976). Peña Páez I. *Las enfermedades mentales en el Códice Badiano*, ECN, XII.
- Villa Rojas A. (1978). *Los mayas de las tierras bajas*. México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Villaseñor Bayardo S. J. “La medecine nahuatl’ à l’ époque precolombienne. Une approche ethnopsychiatrique”. Tesis del *DEA en Antropología Social y Etnología en la EHESS* Paris, Junio 1993.
- _____. “La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo” *Salud Mental* 1994. V. 17 N 2:16-20. Junio
- _____. “Análisis estadístico del halo semántico en una población psiquiátrica”. Tesis de la especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental UNAM, 1991.

- _____. “L’élaboration du concept de bouffée délirante”. *Mémoire d’EHESS*, París, 1992.
- _____. (2000). *Vers une ethnopsychiatrie mexicaine: La médecine traditionnelle dans une communauté nahua du Guerrero*, tomos I y II. Presse Universitaire du Septentrion, junio.
- _____. y Chávez Alvarado C. “La vigueur du nagualismo chez les Aztèques d’aujourd’hui”, *Annales Médico-Psychologiques*, 1998.
- _____. “El concepto de la Bouffée Délirante dentro de las clasificaciones de las enfermedades mentales”. *Revista del residente de Psiquiatría*. 1993;4(1).
- _____. “Historia del Concepto de la Bouffée Délirante”. *Revista Universidad de Guadalajara: Reflexiones Actuales en Psiquiatría*. 1994.
- _____. “Los síndromes culturales en América Latina”. Variaciones etnopsiquiátricas, número 30 de la Colección de Babel de la *Revista Universidad de Guadalajara*. 2004.
- _____. “El origen de la etnopsiquiatría”. *Psiquiatría*. 1995;11(2).
- _____. (1996) “La eficacia simbólica de los métodos psicoterapéuticos Nahuas”. En Villaseñor Bayardo S. (compilador) *Encuentros Franco-Mexicanos de Etnopsiquiatría y Psiquiatría 1994-1996*. Editado por la Embajada Francesa en México; CST & IFAL y la *Revista del Residente de Psiquiatría*. México.
- _____. y Chávez Alvarado C. “Le rituel thérapeutique du Cecectzin chez les Nahuas au Mexique”. *Nervure. Journal de Psychiatrie*. 1998. Tomo XI, No. 3 Abril.
- _____. “Bouffée délirante Revisión histórica de un concepto”. *Salud Mental*. 1993. Año 16. Vol. XVI. N° 1.
- _____. “Los rituales terapéuticos con plantas psicotrópicas: el caso del cecectzin”. *Investigación en Salud*. Vol. III. No 3. Diciembre 2001.
- _____. “Antropología médica y psiquiatría transcultural” *Revista del Residente de Psiquiatría*. 1993; 4 (2):8.
- _____. “De la variabilidad nosológica: el caso de los nahuas de Guerrero en México”. *Investigación en Salud*. 1999; I(2):88
- _____. (compilador) “Encuentros Franco-Mexicanos de Etnopsiquiatría y Psiquiatría”. 1994-1996. Actas. Editado por la Embajada Francesa en México (CST & IFAL) y la *Revista del Residente de Psiquiatría*. Agosto 1996.
- _____. y Chávez Alvarado C. “De las modalidades depresivas entre los Nahuas del alto Balsas”. *Psicopatología*. Órgano Oficial del Instituto de psiquiatras de Lengua Española. Vol. 20, No. 2.2000
- _____. (2005). “Cuadros típicos de la región”. En Alarcón R. *et al Psiquiatría*, El Manual Moderno. México.

Wallace, A. “Mental illness, biology, and culture”. *Psychological Anthropology*.
 Weber, Alfredo. “Los Petroglifos de Cojedes”. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela, 1996.



XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Yap Pow Meng. "Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry". *Journal of Mental Science*, 1951.

Yépez Castillo, Á. *Historia Universal*. Editorial Larense. Caracas, 1995.

Zara E, Rini U. "Rapporti fra le alterazione della semántica del linguaggio e il disegno negli schizofrenici". *Folia Psychr.* 3:505, 1960.

Zolla C. (1994). *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. II*. INI. México.

Zolla C., Del Bosque S., Tascan A. Y Mellado V.(1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México, Centro Interamericano de estudios de seguridad Social/ Instituto Mexicano del Seguro Social.





232

