

SÍNDROMES CULTURALES EN EL ARCHIPIÉLAGO DE CHILOÉ

Sobrepeso, Mal, Susto y Corriente de Aire



Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé
Proyecto FONIS SA07120072

SÍNDROMES CULTURALES EN EL ARCHIPIÉLAGO DE CHILOÉ

Sobreparto, Mal, Susto y Corriente de Aire

**Unidad de Salud Colectiva
Servicio de Salud Chiloé**

**Proyecto FONIS CONICYT SA07120072
Chiloé, enero 2010**



Emprendedores Sociales

**© SINDROMES CULTURALES EN EL ARCHIPIELAGO DE CHILOE.
SOBREPARTO, MAL, SUSTO Y CORRIENTE DE AIRE.**

Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé.
Proyecto FONIS SA07120072
Enero 2010
Registro Propiedad Intelectual N° 190.266

Autorizada la reproducción total o parcial de este libro,
con fines educativos y académicos, pero no comerciales
citando la fuente e informando a la
Unidad de Salud Colectiva (saludcolectivachiloe@gmail.com).

*Los ingresos recaudados por la venta de este libro
serán destinados a realizar actividades de investigación acción que contribuyan
al fortalecimiento de la Salud Colectiva en el Archipiélago de Chiloé*

Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé. Ministerio de Salud.
Blanco Encalada 324, of. 203. Castro. Chiloé. Chile
saludcolectivachiloe@gmail.com <http://saludcolectivachiloe.blogspot.com/>

Primera Edición: Enero de 2010 - 600 ejemplares
Diseño Gráfico: JOTAESE Publicidad - Fono: 041-2958266
Impresión: Trama Impresores S.A., la que sólo actúa como impresora

Investigadores

Jaime Ibacache Burgos. Médico. Unidad Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé.

Alejandra Leighton Naranjo. Antropóloga. Unidad Salud Colectiva. Servicio Salud Chiloé.

Miriam Torres Millán. Asesora Cultural. Unidad Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé.

Carolina Izquierdo De la Sotta. Antropóloga.

Daniela Monsalve Treskow. Antropóloga.

Carolina Duarte Montiel. Psicóloga. Unidad Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé.

José Luis Barría Aguila. Médico. Servicio de Salud Chiloé.

Carolina Silva Pérez. Kinesióloga. Hospital de Queilen. Servicio de Salud Chiloé.

Evelyn Alvarado Subiabre. Psicóloga. Unidad de Salud Mental. Servicio de Salud Chiloé.

Doris Vivanco Schenonne. Psicóloga. CESFAM Curaco de Vélez. Chiloé.

Editora General

Alejandra Leighton Naranjo

Esta investigación, financiada por el Proyecto FONIS SA07120072
incluye también la elaboración del video:

SINDROMES CULTURALES EN EL ARCHIPIELAGO DE CHILOE.

LAS HISTORIAS NO CONTADAS.

Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé

Realizador: Jaime Ibacache Burgos

Octubre 2009

Disponible en: <http://www.emprendedor.tv/video719.html>

*Dedicado a quienes construyen diversidad cultural
y sentido común.*

AGRADECIMIENTOS

*Agradecemos a todas las personas y familias
que aportaron desinteresadamente
sus experiencias y conocimientos para esta investigación.*

*A las sanadoras y sanadores tradicionales de Chiloé,
y especialmente a quienes nos dieron sus testimonios
y compartieron sus saberes.*

*A nuestros familiares y amigos,
quienes en un principio nos miraban con sospecha
en esto de investigar sobre sustos y males,
muchas veces ocupando días libres para acompañarnos
conversando con personas que no conocían y sobre “temas insólitos”,
pero que finalmente entendieron nuestro trabajo
y aportaron con tiempo, ideas, experiencias y solidaridad.*

*Y un especial agradecimiento a
quienes colaboraron con la investigación,
aportaron datos sobre casos y acompañaron parte de las entrevistas:*

Francisca Varas Rojas. Socióloga

Silvia Bermedo Carrasco. Matrona.

Alberto Paredes Ortiz. Psicólogo.

Carolina Yañez Alvarado. Médico.

Erica Viera Pérez. Facilitadora Comunitaria.

INDICE

Presentación.....	08
I. Introducción.....	13
II. Chiloé. Contexto Cultural y Geográfico.....	31
III. Metodología.....	43
IV. Principales Resultados Escala Likert.....	49
V. Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé	67

MAL

i. Introducción.....	71
ii. Distribución Epidemiológica.....	83
iii. Etiología/Causas.....	85
iv. Síntomas y Signos.....	91
v. Prevención.....	105
vi. Tratamiento.....	107
vii. Explicación Biomédica.....	117
viii. Camino de Sanación.....	122
ix. Comentarios y Observaciones.....	125

SUSTO

i. Introducción.....	129
ii. Distribución Epidemiológica.....	130
iii. Etiología/Causas.....	131
iv. Síntomas y Signos.....	139
v. Prevención.....	144
vi. Tratamiento.....	144
vii. Explicación Biomédica.....	151

viii. Camino de Sanación.....	155
ix. Comentarios y Observaciones.....	157

CORRIENTE DE AIRE

i. Introducción.....	163
ii. Distribución Epidemiológica.....	165
iii. Etiología/Causas.....	166
iv. Síntomas y Signos.....	178
v. Prevención.....	181
vi. Tratamiento.....	183
vii. Explicación Biomédica del Síndrome.....	189
viii. Camino de Sanación.....	191
ix. Comentarios y Observaciones.....	194

SOBREPARTO

i. Introducción.....	201
ii. Distribución Epidemiológica.....	205
iii. Etiología/Causas	208
iv. Síntomas y Signos.....	212
v. Prevención	215
vi. Tratamiento	219
vii. Explicación Biomédica.....	221
viii. Camino de Sanación.....	225
ix. Comentarios y Observaciones	226

VI. Conclusiones y Propuestas	237
-------------------------------------	-----

VII. Bibliografía consultada.....	247
-----------------------------------	-----

Anexo: Tabla de entrevistados.....	257
------------------------------------	-----

Anexo: Otras publicaciones Unidad de Salud Colectiva.....	261
---	-----

PRESENTACION

“...la medicina la hacemos entre todos. No es bueno lo que yo hago
ni es bueno lo que hace el otro si no lo hacemos en conjunto,
porque si yo le doy a alguien un remedio, o lo contengo
y tiene una herida por ejemplo en el estómago,
y si yo le doy remedio para que le vaya cicatrizando eso
y no hay un médico que vea cuánto de profunda está esa herida, no vamos a
mejorarlo.

Hay tantas cosas modernas. Hay que usar lo moderno,
pero tampoco hay que dejar de usar lo otro, lo que nos da la naturaleza.
No hay que dejar de usar, hay que complementarlo, eso es lo que debiera hacerse,
no desoír lo que uno tiene que decir ni tampoco nosotros podemos desoír
lo que los médicos tienen que decir...”
E. A., Sanadora Tradicional. Castro.

“Si uno conoce su cuerpo, los médicos no pueden llegar y decir: ‘usted es esto lo
que tiene’.
Uno misma sabe lo que tiene, uno conoce su cuerpo, ¿cómo otro le va a decir? (...)
Está bien, que hayan estudiado, que hayan invertido hartos años en estudio,
pero si van a hacer este estudio de mi enfermedad, hagan un estudio más completo.
Porque en la isla Chiloé hay tantas cosas que usted no tiene idea”.
Sra. C.G., Queilen rural.

“Es bueno esto... de los Síndromes Culturales...
porque ustedes son médicos, ¿cierto?, estudian en universidades.
Nosotros no hemos llegado a las universidades,
nosotros vivimos con la universidad de los antepasados, nuestros abuelos,
nuestros papás, que nos dicen esto es bueno o esto otro es bueno.
Entonces hoy día también es bueno que estén compartiendo
la medicina natural de quienes nos enseñaron,
pues técnicamente saben mucho de remedios”
Sr. R.M., Castro rural.

MORALEDA Y LA CHILLPILA

UNA HISTORIA PERMANENTE EN EL ARCHIPIÉLAGO DE CHILOÉ

Nuestro acercamiento como equipo multidisciplinario a los síndromes culturales ha sido una gran experiencia en lo relacional e histórico.

Vincularse con los orígenes profundos de la sabiduría ancestral de los “vivientes” de este archipiélago nos ha llevado a comprender mejor la historia-leyenda del “duelo de magia” o “duelo de conocimientos” ocurrido en el siglo XVIII, entre el piloto y cartógrafo español José Manuel de Moraleda y Montero y una mujer indígena del sector de Quetalco, llamada Chillpila¹.

Existen aquí milenarios conocimientos sobre los procesos de salud, enfermedad y atención, que son además prácticas dinámicas para mantener el equilibrio en el archipiélago de Chiloé. El sistema occidental ha intentado por años “retar a duelo” a este sistema originario, empleando estrategias muchas veces poco honestas y “tramposas”. Pero se ha encontrado con un sistema de salud dinámico en su conformación y desarrollo, que se sustenta en la vivencia y observación de las relaciones de la persona con su entorno familiar, comunitario, espiritual y ambiental para mantener y entender el equilibrio; así como en la incorporación de conceptos de otros sistemas de sanación.

El restablecimiento del equilibrio en los síndromes culturales se logra a través de la observación de la naturaleza en una relación respetuosa con ella, la cual colabora en “el arte de la sanación” aportando sus diversos elementos, los cuales conforman el conocimiento de las personas sanadoras y sabias, que con cariño y dedicación atienden a personas y familias, quienes con reciprocidad protegen este conocimiento y valoran el cariño sanador.

Aprender sobre Susto, Mal, Corriente de Aire y Sobrepardo, nos ha permitido conocer sobre la vida, las emociones, las estrategias y la solidaridad entre personas de

¹A fines del siglo XVIII, Moraleda llegó a las costas del Archipiélago buscando gente para llevar a España. Para impresionarlos realizaba una serie de “trucos mágicos”. En Tenaún, los indígenas acudieron a una machi (chaman indígena) llamada Chillpila para desafiar al español, a quien venció en un duelo de magia, dejando su barco varado y luego lo volvió a sacar a flote. Frente a este acto, Moraleda se retiró derrotado, reconociendo la superioridad de ‘la magia’ de esta mujer. (Más antecedentes en el capítulo de Mal del presente libro).

un territorio donde el conocimiento se reproduce y dinamiza en cada acto terapéutico. Donde los conceptos de salud, enfermedad, muerte; equilibrio-desequilibrio, adquieren dimensiones históricas y relacionales que pueden dar cuenta de mejor forma de la realidad sociocultural en que vivimos.

Tomar en cuenta la historia de Chillpila y su “duelo” con Moraleda, nos permitirá entender que es necesario respetar el conocimiento ancestral y local para complementar nuestros conocimientos occidentales y así construir un “nuevo trato” del conocimiento existente en cada isla, en cada territorio, en cada persona, en cada uno de nosotros. Es un aporte a la humanización de nuestro quehacer. Una oportunidad para un sistema occidental tan deshumanizado y mercantilista.

Articular conocimientos es la tarea, para lo cual es necesario salir, participar y conocer las prácticas de salud y así no generar desequilibrios con políticas de salud hegemónicas y monoculturales.

Moraleda reconoció la sabiduría de Chillpila y en recompensa le regaló un libro, dicen que era de magia, seguramente europea, otros dicen que era de anatomía, el cual la mujer indígena originaria incorporó a sus conocimientos, con el sentido común necesario para hacer más moderno su quehacer al complementar miradas. Un enfoque colectivo para el bienestar social

Este es el principio de una transformación hacia una salud más social y colectiva, donde se respeten los conocimientos y los derechos de las personas como forma de fortalecer participación, autonomía y terminar con la dependencia. Tal como expresó una mujer mientras la atendía: “qué moderna esta la medicina doctor, hasta saben de susto”.

Dr. Jaime Ibacache Burgos
Director de Proyecto FONIS SA07120072



EBRIO Y AFERRADO. Fiesta Nazareno de Isla Caguach, Quinchao. 2004.

I. INTRODUCCIÓN

Los procesos de salud, enfermedad y atención han sido abordados por la humanidad desde sus inicios, considerando la enfermedad como una realidad que no tan sólo perturba el cuerpo físico, sino también a lo espiritual. De igual manera, la enfermedad no se vive únicamente a nivel individual, sino que además va a repercutir en el grupo familiar, sociocultural y ambiental donde está inserto el individuo enfermo. Los caminos de sanación pueden ser diversos y van a depender de todos los recursos en conocimientos, prácticas en salud y ofertas de atención del círculo sociocultural al que se pertenece.

La investigación de las prácticas en salud se remonta prácticamente al surgimiento de la antropología, sin embargo, a partir de mediados de los '70, se intenta delimitar el objetivo de la Antropología Médica. Con los aportes teóricos de Kleinman y Horacio Fábrega, se estableció que su objetivo era la enfermedad y sus dimensiones, y que existía un sistema de salud que englobaba el conjunto de sistemas de atención y gestión de la salud para cada marco cultural específico, así fuera un sistema médico folk² u otro altamente especializado, como el de la medicina alopática (Balcells, 2007:11).

Actualmente la Antropología Médica o de la Medicina es definida por Comelles y Martínez como “aquella especialidad de la antropología social y cultural que estudia los sistemas médicos, las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad y los factores socioculturales que inciden en el desarrollo de las enfermedades y en sus prácticas de tratamiento” (En: Balcells, 2007:12).

Por otro lado, en la evolución de la salud pública, especialmente en Latinoamérica, se ha generado una profunda reflexión acorde con la historia y los movimientos político sociales que ha habido en el continente. “La formación del salubrista adecuado para la llamada *enfermología pública* se relacionaba con una imagen del salubrista interventor técnico-normativo, mientras que el momento actual, reclama un sujeto interprete - mediador, es decir: intérprete de las maneras

² “Kleinman distinguió y clasificó tres sectores médicos del cuidado de la salud, cuyas diferencias están dadas por quien provee el cuidado, y en qué contexto éste ocurre: El sector de **tratamiento popular**, que está basado en un conocimiento cultural compartido, cuyo cuidado no está dado por ningún especialista. El tratamiento de la salud está dado por uno mismo, por su madre, su amigo, etc. El sector de **tratamiento folk**, en que los especialistas proveedores de salud son curanderos y cuyas prácticas están basadas en métodos y filosofías tradicionales y el sector de **tratamiento profesional**, que se refiere al sistema de atención oficial, legal. Es decir, el sistema biomédico”. (En: Heran y Monsalve, 2002:32-33)

cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y, mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida” (Edmundo Granda, 2004).

Se transita desde una Salud Pública enfocada en la enfermedad, hacia una Medicina Social Latinoamericana, más enfocada en los temas socio-económicos que determinan la enfermedad, la muerte y el acceso a la salud y que hoy en sus reflexiones internas avanza hacia una propuesta de Salud Colectiva, definida como “un conjunto articulado de prácticas técnicas ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. La Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras” (Paim y de Almeida Filho, en: Granda, 2004). De esta forma, la Salud Colectiva se construye, como dice Jairnilson Paim como “proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte”.

La investigación que presentamos, se enmarca en las orientaciones de Antropología Médica, recoge algunas de sus definiciones y considera además orientaciones de la Salud Colectiva. Para entender estos conceptos y la forma en que se presentan en la investigación, entregamos a continuación algunas definiciones básicas.

ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS

i. Illness – Disease – Sickness

La Antropología Médica engloba tres dimensiones importantes de considerar en el proceso de salud-enfermedad-atención: Disease, Illness y Sickness, que corresponden respectivamente a las dimensiones biológica, cultural y social de la enfermedad.

Fábrega define la Antropología de la Medicina como una “disciplina que explicita los factores, mecanismos y procesos que juegan un papel o influyen la forma en que individuos y grupos están afectados por la “*illness*” y responden a

ella y “*disease*”, examina estos problemas con un énfasis en patrones de conducta” y plantea la distinción entre estas dos dimensiones de la enfermedad, *illness* y *disease*. Posteriormente esta propuesta se complejiza con la introducción del concepto de *sickness* (Comelles y Martínez, 1993). Se le atribuye a Parsons la incorporación de *sickness* a esta propuesta, que constituye la categoría de disfunción social, referida a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad (Moreno, 2007).

Según Comelles y Martínez (En: Balcells, 2007:12-13) estas tres dimensiones se pueden definir de la siguiente forma:

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

Illness (dolencia): Hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad, especialmente a la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. Designa también, en este sentido, al fenómeno por el cual procesos patológicos orgánicos y sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas.

Sickness: Alude a las dimensiones sociales de la enfermedad y por lo tanto a las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de enfermedad, y a sus articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas.

Estas tres dimensiones, nos permiten comprender la enfermedad desde la subjetividad del enfermo, en primera persona (*illness*); en tercera persona, desde el conocimiento médico objetivo (*disease*) y la tercera dimensión (*sickness*) permite comprender el modo en que se articulan la experiencia del enfermo y la práctica médica, al “dar cuenta a la vez de las condiciones sociales, históricas y culturales de elaboración de las representaciones del enfermo y de las del médico” (Laplantine, 1999: 20).

De esta forma, por ejemplo, una persona que manifiesta una sintomatología de dificultad para conciliar el sueño, temor, llanto inesperado, puede ser interpretado desde sus categorías, experiencia y cultura como un Susto, lo que denominaríamos *illness* o *dolencia*; sin embargo, el mismo cuadro puede ser clasificado por un médico como un Stress Post Traumático, lo que se define como *disease* o enfermedad. En

este caso, *sickness*, o la dimensión social de la enfermedad, está constituida por las explicaciones que tanto el sistema de creencias de la persona como el sistema de creencias y la práctica del médico y el contexto social en que ambos se insertan, asumen la dolencia o enfermedad. En este caso, en Chiloé el susto es una dolencia frecuentemente identificada por las personas, por lo que su existencia y los recursos tradicionales para resolverla, así como la forma en que el sistema biomédico la entienda (ya sea como estrés, como síndrome cultural o como una combinación de ambas), las causas que la puedan provocar, el contexto sociocultural en el que ocurre, los caminos de sanación existentes van a ir configurando esta dimensión más social de la enfermedad.

ii. Sistemas Médicos

De uno u otro modo, estas tres visiones anteriores (dolencia, enfermedad, dimensión social) se observan en los distintos sistemas médicos, que entendemos como “un conjunto institucional sociocultural organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto al ámbito de la salud y la enfermedad humana que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos respectivos y tienen existencia objetivable” (Citarella, 1995: 44).

Para aclarar a qué nos estamos refiriendo con sistema médico, es necesario diferenciarlo de modelos médicos. Los sistemas médicos aluden a estructuras organizacionales, en cambio, el modelo médico corresponde a las estructuras conceptuales, ambas estructuras están estrechamente relacionadas. “Los modelos médicos constituyen estructuras conceptuales cognitivo-culturales que conllevan una serie de supuestos y asunciones construidas histórica y culturalmente por un grupo social determinado. Se refieren al estatus epistemológico y ontológico de un dominio de realidad dado y, por lo tanto, determinan los marcos de referencia de las valoraciones y acciones de los individuos. Los modelos médicos definen las cualidades y propiedades de la “realidad” de las “cosas” en cuanto a su relación e interacción con lo humano. Por ende, establecen las posibilidades del conocimiento que se puede dar en torno al cuerpo y la enfermedad, así como las categorías para entender los fenómenos como la vida y la muerte”. (Vidal, En: Chamorro y Tocornal, 2005:2).

Por su parte, “los sistemas médicos son estructuras organizacionales que derivan sus conceptualizaciones de un modelo médico determinado. Tienen una existencia empírica observable que se constituye en un conjunto organizado de instituciones, recursos, prácticas y procedimientos respecto de un modelo cultural

dado. Determinan roles, estatus y funciones, mecanismos de reclutamiento y legitimación de sus prácticas, técnicas terapéuticas y diagnósticas, recursos materiales y tecnologías a emplear, escenarios y contextos de funcionamiento, y códigos y lenguajes específicos” (ibídem).

En Chiloé, hemos identificado tres Sistemas Médicos a los cuales recurre la población:

1. El sistema médico originario o tradicional (en el que ubicamos también la ‘medicina casera’ y la ‘medicina popular’). Aquí encontramos las estrategias familiares para resolver a nivel casero los problemas de salud y también se encuentran aquí los distintos sanadores tradicionales que se encuentran a lo largo del Archipiélago. En Chiloé, este sistema médico está plenamente vigente, aún cuando en algunos momentos históricos ha sido invalidado y perseguido por el sistema médico oficial. Podemos sostener que éste es el primer nivel de atención al que las personas recurren dentro de su camino de sanación.

En Chiloé este sistema se ha ido conformando tanto por los conocimientos de la medicina originaria; el posterior aporte de la cultura española, que al momento de la conquista introduce elementos tanto de la medicina tradicional española como de la medicina oficial de los siglos XV al XVIII (influida por la teoría humoral de Hipócrates y Galeno) y posteriormente por la medicina alopática moderna.

2. El sistema médico oficial, biomédico o alopático: Se basa en una visión mecanicista del cuerpo, por lo que se entiende que la enfermedad es producida por agentes infecciosos o un mal funcionamiento fisiológico. El desarrollo de las técnicas de tratamiento, van de la mano con los avances científicos occidentales, los cuales se orientan bajo la búsqueda de relaciones comprobables causa/efecto. Se caracteriza por ser aliada de la razón científica, partiendo de la base del dualismo cartesiano, y siendo validada por el método científico se instaure como el sistema dominante (Chamorro y Tocornal, 2005). Bajo esta mirada, los establecimientos de salud legitiman y monopolizan la resolución de los problemas de salud. En Chiloé, el Sistema de salud estatal se conforma por la red de salud primaria y hospitalaria que se extiende en las diez comunas de la Provincia, sumando las consultas privadas que se ubican en las principales ciudades de la Provincia.

3. El sistema médico energético. Hemos denominado de esta forma a todas aquellas terapias que actualmente se ofrecen en Chiloé, incluso al interior de algunos

establecimientos de salud oficial, la mayoría de las cuales comparte una visión común de la persona en tanto un ser integral (cuerpo, mente, emociones, espíritu). Entre las terapias que ofrece este sistema se encuentra la acupuntura, reiki, flores de Bach, masajes, homeopatía, iriología, biomagnetismo, sintergética, entre otras.

Estos tres sistemas están vigentes en el Archipiélago y los itinerarios que las personas realizan por ellos pueden ser exclusivos, secuenciales o complementarios, siendo ellas quienes definen el recorrido que realizan entre todos o algunos de ellos y los elementos que tomarán, adoptarán o rechazarán de cada uno, en lo que podríamos definir como “articulación de sistemas médicos”.

Actualmente el sistema médico oficial –el que tiene una mayor hegemonía de los tres que identificamos- centra primordialmente su atención en los síntomas físicos y biológicos de la enfermedad³. Este enfoque de la biomedicina reduce el campo de la salud y la enfermedad por lo general sólo a los aspectos corporales de éstas, dejando de lado otros aspectos de la experiencia humana, tales como los sociales, culturales, ecológicos, emocionales o afectivos. Nos encontramos entonces frente a un modelo reduccionista, que realiza diagnósticos limitando y reduciendo el problema a una explicación médica del fenómeno. Sin embargo el paciente puede explicar y relatar el problema que lo aqueja desde sus propias percepciones y experiencias (Junge 2001, en: Heran y Monsalve 2002:31–32). Por lo tanto, esta dimensión deja fuera los aspectos sociales y culturales, que se encuentran insertos en los procesos de salud enfermedad y atención⁴. Esto significa que las enfermedades no existen por sí solas, simplemente como un desequilibrio fisiológico orgánico, sino que necesitarán de una conceptualización cultural previa que las defina en sus causas y síntomas, y de una sociedad que comparta dichos conceptos y que provea tratamiento a través de un sistema específico de atención de la salud (Health Care System En: Balcells, 2007:14).

³ En un principio, la medicina se basaba en la teoría de los cuatro humores, lo que proporcionaba una visión integral de la relación entre el hombre, salud y medio ambiente. Más tarde, en el siglo XVII, con el planteamiento de Descartes, de la dicotomía cuerpo/mente, la mente va a quedar fuera del alcance de la ciencia y el cuerpo, va a ser estudiado a través de la observación racional enfocándose en los fenómenos fisiológicos y patológicos que en él ocurren.

⁴ El proceso de “medicalización” y “bioquimización” progresiva de la sociedad, ha incidido en la pérdida de recursos y tecnologías propias usadas tradicionalmente por las colectividades para resolver problemas de salud a nivel local. La enfermedad y la salud vistas históricamente como un todo integral hoy está en peligro de seguir siendo una característica protectora. Los conceptos de salud han variado desde explicaciones como “estar feliz, sentirse contento”, pasando por “que tengamos trabajo, educación” hasta “ojalá tengamos médicos especialistas y medicamentos”. Esto se suma a que un modelo de gestión basado en realidades poco conocidas haga que el modelo de red actual subvalore el conocimiento de los tremendos potenciales de la comunidad.

En este sentido, es importante considerar que la existencia de distintos sistemas médicos implica igualmente un abordaje distinto, tanto de la persona, como de las concepciones de salud y enfermedad y las categorías que se asignan a ellas.

En el caso de Chiloé, la población presenta una matriz cultural en la que coexisten rasgos indígenas, españoles y chilenos; las comunidades tanto urbanas como rurales han desarrollado formas propias de entender la salud y la enfermedad, incorporando prácticas de variados sistemas médicos o de cuidado de la salud, incluyendo el modelo biomédico. Ésta es una característica propia de la dinámica cultural en Chiloé, donde se recrea así un modelo de salud colectiva territorial caracterizado por el “mestizaje” en su contenido.

De esta forma, la existencia de una matriz sociocultural dinámica se expresa de forma heterogénea en el Archipiélago. Desde familias totalmente dependientes del modelo hegemónico hasta familias que habitan comunidades aisladas, donde la falta de contacto con los modelos de desarrollo catalogados como “modernos” ha hecho mantener ideas y prácticas en ocasiones más humanas e integrales.

Sin embargo, se mantienen aún en Chiloé elementos propios de un sistema médico originario y que son necesarios de considerar en el abordaje de sus dolencias y enfermedades. Entre estos elementos, destacamos los conceptos de enfermedades naturales y sobrenaturales; la clasificación de frío y calor y la existencia de Síndromes Culturales característicos de este territorio.

iii. Causalidad de las dolencias: Natural, Sobrenatural, Emocional.

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

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

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

Además de los dos grupos señalados, existiría una causalidad de enfermedad basada en los estados emocionales que pasa una persona (**enfermedades emocionales**), lo que puede ocurrir como consecuencia de una descarga emocional fuerte, un encuentro inesperado, situaciones traumáticas o un problema irresoluto. Va a depender de la significación cultural que se le den a estos sucesos, lo que va a provocar enfermedades con causas personalistas o naturalistas (Foster y Anderson, en Chamorro y Tocornal, 2005).

En Chiloé, se reconocen como enfermedades naturales, cuando ocurren debido a desequilibrios entre elementos del cuerpo y el medioambiente, como por ejemplo pasar bruscamente de un espacio demasiado caliente a un espacio de menor temperatura, lo que puede provocar una Corriente de Aire o cuando la mujer está en el periodo de post parto, considerado como un estado cálido, por lo que no puede mojarse los pies ni la cabeza porque el cambio de temperatura provocaría un desequilibrio que podría originar un Sobreparto. Además las mezclas indebidas de alimentos, como alimentos cálidos con alimentos considerados fríos también pueden provocar enfermedades gastrointestinales, enfermedades que corresponderían a causas naturalistas.

Las enfermedades personalistas o sobrenaturales corresponderían a todas aquellas causadas por trasgresiones que se realizan en el medio ambiente, como por ejemplo, no respetar un espacio sagrado, no pedir permiso para entrar al bosque o cortar una planta, las talas indiscriminadas, etc. Como también trasgresiones sociales, que corresponden a no seguir las normas comunitarias, no mantener un equilibrio en el ejercicio del poder o en las ganancias económicas, o producir más recursos de lo que se necesita. Cualquier comportamiento o acción indebida que ocasione envidias por parte de su familia o por los demás integrantes de la comunidad puede desencadenar enfermedades consideradas como personalistas, las que son provocadas por agentes sobrenaturales o bien encargadas a que sean terceros los que las envíen. Entre las enfermedades de causa personalista se encuentran “los males”, que se presentan como resultado de una relación conflictiva entre dos personas, donde por lo general existe de por medio la envidia, razón por la cual una decide

dañar a la otra, para lo cual recurre a algún agente de la medicina tradicional con poderes mágicos (espiritistas y/o brujos) quien realiza el “trabajo”, provocando el “mal” o enfermedad. El mal que sufre la víctima va más allá de sólo un malestar corporal, manifestándose en malas relaciones familiares, baja productividad de la tierra y el ganado, y pobreza en general. Los “trabajos” forman parte de una de sintomatología extendida en Latinoamérica” (Chamorro y Tocornal, 2005).

Las dolencias no siempre se pueden clasificar en una sola categoría, sino que va a depender de la causa que las provoque y al estado de ánimo en el cual se encuentra la persona al enfermarse. Existen aires por ejemplo, que pueden darse por un cambio de temperatura brusco, como también, cuando la persona se encuentra en su vida cotidiana con un “aire malo”, éste no necesariamente pudo ser enviado para esta persona, son energías que circulan en el mundo animado o correspondiente a lo sobrenatural. Además, existen personas que padecen más de un síndrome cultural, los que se van traslapando entre uno y otro, por ejemplo, una persona que se enferma de un mal, y más tarde se enferma de una corriente de aire, puede interpretarse como una consecuencia de la primera dolencia.

Las enfermedades emocionales pueden darse por las alteraciones bruscas de los estados de ánimo, como en el caso del Susto, que es una dolencia que se da tanto en niños como adultos, cuando se ven enfrentados a alguna situación que genere un fuerte sobresalto, algún conflicto entre personas, enterarse de una noticia dolorosa, observar un accidente, caerse inesperadamente o cualquier acción que provoque un susto imprevisto (Rayen Küyen, 2005).

iv. Clasificación frío/caliente

Además de las clasificaciones dadas de las enfermedades, existe otro criterio que facilita comprender el fenómeno de la enfermedad y que dice relación con la cualidad de los elementos, según una perspectiva ideológica basada en los principios de dualidad y complementariedad.

Nos referimos específicamente a la concepción de lo frío y lo caliente, cualidad que no necesariamente se relaciona con la temperatura de los elementos, sino más bien es una cualidad inherente de las cosas, una propiedad que ellas tienen en sí mismas. “En los alimentos por ejemplo, los ajos, las grasas, y algunas carnes como el cerdo, son considerados productos calientes, mientras que la mayor parte de las verduras verdes, el tomate, la harina tostada, el arroz y otros cereales son

considerados fríos. Si se ingieren grandes cantidades de alguno de los dos tipos de alimentos o si se come y se tiene contacto con elementos de la misma propiedad, el cuerpo pierde el equilibrio frío/caliente generándose una enfermedad localizada en el estómago que tiene que ser curada con elementos y plantas medicinales ricos en la cualidad opuesta para restablecer el equilibrio". (Citarella, 1992: 134 – 135).

En Chiloé, esta clasificación de las enfermedades como de frío o calor, así como las cualidades frías y cálidas de las plantas medicinales está plenamente vigente y se aplica en el tratamiento de varias dolencias, como es el caso de la Corriente de Aire y el Sobreparto.

v. Síndromes Culturales

Actualmente dentro de los establecimientos de salud de Chiloé no siempre se está dando la comunicación necesaria entre profesionales y personas consultantes de la provincia. Como mencionábamos anteriormente, en el Sistema Médico Tradicional encontramos concepciones de salud y enfermedad que son propias a la cultura local y que no siempre son comprendidas por los profesionales de la salud, lo que va a influir en la relación terapeuta – paciente, como también en la eficacia de los tratamientos indicados. Además, en la cultura de Chiloé existe la presencia de dolencias que no son reconocidas por el modelo biomédico, por lo cual no existe coherencia en los tratamientos a seguir para dar solución al problema de salud.

Aún cuando es necesario tener presente que en muchos casos de síndromes culturales existen enfermedades orgánicas y/o mentales que son confundidas por el enfermo con síndromes culturales, o bien ocurre que coexisten el síndrome con la enfermedad, se hace necesario un mayor conocimiento de estas dolencias de parte de los equipos de salud. El desconocimiento de estos síndromes o incluso de aspectos más básicos, como el contexto cultural de las personas, puede llevar a consecuencias tan graves como el diagnosticar como enfermedades o como psicopatologías comportamientos, creencias y experiencias que en la cultura del paciente pueden ser habituales o cuando menos reconocidas como dolencias particulares o síndromes culturales, significando muchas veces no sólo que no se atienda adecuadamente a la persona y se lo termine estigmatizando o indicándole un tratamiento equivocado, sino además que el sistema de salud invierta una gran cantidad de recursos humanos, materiales y financieros en el tratamiento sintomático a través de atenciones de salud y fármacos que no logran los resultados esperados para el médico ni para el enfermo.

Con esta orientación, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), desarrolla la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) como una respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS (DSM IV[1]) a las necesidades particulares de la población de América Latina, ya que se identifica que existen diferencias importantes en la forma en que se presentan algunos trastornos mentales entre poblaciones de distintas regiones del continente y, al mismo tiempo, porque se ve como necesario “atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas” (APAL, 2003:9)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV define los Síndromes Culturales como “patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionados o no estarlo con una categoría diagnóstica de este manual. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como ‘enfermedades’ o por lo menos como causas de sufrimiento. Los síndromes dependientes de cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones” (DSM IV, 2001). Por su parte, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, hace referencia para definir los síndromes culturales a la definición de Rubel (1964), quien los describe como “Conjuntos coherentes de síntomas en una población dada, cuyos miembros responden mediante patrones similares” (APAL, 2003:215).

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

Por otra parte, creemos que una definición un poco más apropiada sería la que propone el Médico y Antropólogo Roberto Campos, quien define los síndromes culturales como: “Aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población y que sólo tienen explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan, por lo que resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura” (Campos, 2002: 186).

Producto de nuestro trabajo pensamos que estas definiciones siguen siendo reduccionistas y que no recogen otros aspectos como que los SC están mediados por la existencia de un contexto político económico y territorial que determina y ordena las relaciones locales y por lo tanto la diferencia de expresión de estos síndromes entre territorios. Que además los SC existen en mayor o menor grado dependiendo de la fuerza de la matriz sociocultural presente en esos espacios, donde la gente recrea y revitaliza su cultura. Por lo que la existencia de ellos es parte permanente de una reivindicación cultural.

Para hablar de un síndrome cultural, es necesario entonces que dentro de la conceptualización de salud enfermedad que maneja la persona afectada, existan efectivamente las claves o referentes compartidas con su cultura que van a permitir esta explicación. En el caso de los síndromes estudiados, esto ocurre con la concepción de desequilibrio de temperaturas, de transgresión a normas de la cultura; se verifica en los mecanismos de resolución del síndrome y en los caminos de sanación que se siguen, entre otros. Son s claves se dan efectivamente en la matriz cultural chilota y son compartidas por un número importante de habitantes de Chiloé, lo que determina que se constituyan en síndromes culturales vigentes y dinámicos.

La importancia de su estudio, radica en que la manera de enfermar de la población está influida fuertemente por la cultura, y dado que los SC por lo general no son reconocidos por los profesionales del sistema de salud oficial, se producen situaciones tales como que los enfermos no comunican al terapeuta (profesional o técnico de salud) la existencia de estas dolencias; el terapeuta por lo general no está preparado para comprender y manejar estos signos y síntomas y el abordaje habitualmente suele ser únicamente desde la perspectiva biomédica, existiendo muchas veces, una descalificación del saber de las personas por parte de los técnicos y profesionales de la salud cuando ellas se atreven a mencionar las razones a las que atribuyen sus problemas de salud, entre otras. Por otro lado, la formación académica recibida por los integrantes de los equipos de salud no reconoce ni valida

el sistema médico tradicional u originario, por lo que dolencias pertenecientes a él se homologan y tratan como enfermedades comprendidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, instrumento que no logra dar cuenta de una realidad sociocultural de mayor complejidad.

Esta situación produce una incomunicación entre los consultantes y los profesionales y técnicos del sistema oficial, que no contribuye a una solución integral y complementaria de los problemas de salud de la población, que se transforman, en la práctica, en pacientes policonsultantes, sobremedicados y en muchos casos los equipos de salud los identifican como “pacientes problema”. La situación se vuelve más compleja cuando los consultantes han perdido elementos de su propia cultura, tienen una excesiva dependencia del sistema biomédico o no tienen acceso a los terapeutas tradicionales, lo que les hace buscar soluciones erradas o poco pertinentes, deambulando entre distintos centros de salud o profesionales que no logran dar respuesta al problema. De este modo, se hace necesario proponer una manera apropiada de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, de modo que el diagnóstico sirva a sus verdaderos propósitos de informar efectivamente el tratamiento, orientar los programas de prevención y facilitar los esfuerzos de promover la salud mental (APAL, 2003: 9).

Por lo tanto, es necesario investigar a nivel local las manifestaciones de estas dolencias, de manera de establecer estrategias pertinentes para el abordaje de estos SC, estableciendo estrategias de promoción y prevención de la salud, así como también creando circuitos de sanación reconocidos donde tengan un rol trascendental tanto las prácticas de salud del sistema médico oficial, así como también las del tradicional. Dada su recurrencia, definimos que para la Provincia de Chiloé estudiaremos los siguientes Síndromes Culturales: Mal, Susto, Corriente de Aire, además, incluimos el Sobreparto, con el objetivo de rescatar el conocimiento acerca de este síndrome que se está perdiendo. Si bien los SC que hemos definido para nuestra investigación han sido descritos con mayor o menor detalle en la literatura, es un hecho que las investigaciones al respecto siempre son insuficientes y se hace necesario considerar las variaciones locales de cada uno de ellos.

Al respecto, la revisión bibliográfica a nivel local en su mayoría considera referencias tangenciales a estos SC o bien breves descripciones –por lo general desde un punto de vista antropológico o folklórico, pero no médico ni desde un enfoque de salud colectiva- de las mismas, por lo que creemos necesario profundizar en ellos para establecer descripciones más sistemáticas y adecuadas para el trabajo a nivel de salud.

En su clasificación de Síndromes Culturales Latinoamericanos, la GLADP recoge -a partir de la información contenida en el DSM IV y CIE 10- sólo dos de los SC propuestos en nuestra investigación: el Susto o Espanto y la Brujería (Mal), lo que da cuenta de lo limitados que resultan aún estos instrumentos de clasificación de la Organización Mundial de la Salud para recoger diagnósticos de síndromes culturales.

Estudios a nivel Latinoamericano han avanzado igualmente en describir algunos de estos SC. Entre estos podemos mencionar los de Guido Korman (2006), que describe los SC de Susto, Mal de Ojo y Nervios en el Noroeste Argentino; Mario Hollweg (2001) hace una descripción de SC encontrados en países de Latinoamérica y que no han sido considerados en el DSM-IV y CIE-10 y Jennifer de Keller, quien hace una descripción del Susto y Nervios en Guatemala. En Chile, Sandra Cheuquepan (S/f) y otras realizaron un estudio en relación al embarazo, parto y puerperio en el que se presentan antecedentes acerca del Sobrepeso.

Consideramos que se hacía necesario, por lo tanto, el estudio más sistemático y a nivel local de estos síndromes culturales, de manera de poder profundizar en la forma en que se presentan, e intentar transmitir a los técnicos y profesionales de salud la forma en que se presenta cada uno de ellos, la percepción que las personas que a diario se atienden en la red de salud tienen de sus dolencias y la forma en que elaboran culturalmente su salud y enfermedad.

Si bien esta investigación es inicial y eminentemente descriptiva, pretendemos que permita reflexionar acerca de la coexistencia de distintos sistemas médicos en Chiloé y de las diversas concepciones de salud y enfermedad, reconociendo las distintas aproximaciones a un mismo fenómeno y valorando de cada sistema médico los aspectos más pertinentes clínica y culturalmente. De igual manera, nos interesa poner en valor y rescatar el conocimiento de la medicina tradicional chilota, reconociendo la sabiduría que se tiene, tanto de la salud, la enfermedad y de los tratamientos que se realizan al padecer algún síndrome cultural, a fin de recuperar la importancia que posee el sistema médico tradicional de Chiloé.

vi. Unidad de Salud Colectiva.

Contemplando la coexistencia de más de un sistema médico que hace frente a los problemas de salud y enfermedad de la población y tratando de entender los contextos sociopolíticos e históricos que determinan las prácticas de salud, el año

2005 se crea la Unidad de Salud Colectiva, perteneciente al actual Servicio de Salud de Chiloé. La Unidad de Salud Colectiva fue creada con el fin de articular un conjunto de Sistemas Médicos o de actores, conocimientos, prácticas, técnicas e ideologías para resolver en conjunto el desequilibrio de personas, familias y comunidades en el Archipiélago de Chiloé; para con esta mirada fortalecer el control social como forma de participación para la recuperación de la autonomía y la identidad en salud.

En relación al proceso de planificación de salud, este enfoque “permea” tanto la promoción, como la prevención, curación pertinente y la rehabilitación de la persona, sus familias y su entorno. Por otra parte el enfoque de salud colectiva reconoce los caminos de sanación realizados por las personas y fortalece la red de atención de salud desde el hogar, comunidad, la posta, el consultorio, el hospital y a los actores que participan del proceso en estos ámbitos. También estudia los factores o determinantes socioculturales de la salud y enfermedad, de manera relacional con los cambios sociopolíticos que afectan el desarrollo local.

Las decisiones que toman y las acciones que realizan las familias y personas en el cuidado y mantención de su salud, constituyen el camino de sanación que recorren⁵, considerando ámbitos que son propios de ellos y que como Servicio de Salud debiéramos conocer e interpretar, ya que tiene sus dinámicas propias, especialmente en el caso de comunidades que tienen una mayor identidad cultural. Más bien aquí el Servicio de Salud tiene el rol de observar, mirar y aprender de estas dinámicas de protección propias de la gente para que a partir de ellas se puedan generar acciones que fortalezcan estos perfiles protectores y la autonomía en salud con el despertar del “sanador interno de la cultura”.

Sin embargo, existen otros ámbitos en los cuales sí se puede aportar ofreciendo herramientas o realizando acciones que permitan a las personas mejorar sus condiciones y determinantes sociales de salud. Cuáles son los temas o las áreas en las que es necesario realizar acciones, se define a través de la investigación, el diálogo con la comunidad y los equipos de salud, la observación de las dinámicas familiares

⁵ En nuestras acciones como Unidad de Salud Colectiva en establecimientos de salud, básicamente postas de salud rural, nos damos cuenta de que las personas que acuden son casi siempre las mismas, las que viven más cerca o con mejor accesibilidad. Existe un porcentaje importante de personas en diversas comunidades que no visitan la posta, así como también es importante el número de familias que no son visitadas por los equipos de salud. El enfoque de riesgo está descontextualizado. Esto puede tener explicaciones de dificultad geográfica en el acceso, dificultades económicas para el transporte o porque lisa y llanamente la gente soluciona sus desequilibrios tanto en casa o en el sistemas médicos tradicional y como en el sector privado, que en Chiloé está representado por las consultas médicas particulares o las consultas directas realizadas en el mercado farmacéuticas.

y comunitarias, la epidemiología sociocultural, entre otras. El objetivo es detectar áreas en las que es posible entregar, mejorar o reorientar prácticas, conocimientos, procedimientos, información o vinculación entre comunidad y equipos de salud, de manera de fortalecer el autocuidado en salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como disminuir la excesiva dependencia que las personas tienen de los establecimientos de salud, ofreciendo atención con servicios de calidad y pertinentes culturalmente.

Tanto la investigación sobre Síndromes Culturales en Chiloé que presentamos en este documento, como otros estudios realizados por la Unidad de Salud Colectiva, se fundamentan en lo planteado anteriormente y creemos que la herramienta básica para ello es la Investigación Acción Participativa (IAP), la que permite involucrarse directamente con la familia y la comunidad, conocer sus dinámicas propias, identificar los perfiles protectores y agresores de su salud, establecer los ámbitos en los que es necesario adecuar el modelo de atención de salud para una mayor participación social y mejor calidad de atención, considerando en ello una red de personas, en los equipos de salud y en la comunidad, que establecen diálogos para un actuar pertinente y la articulación de personas, organismos, instituciones y sistemas médicos cuando sea necesario.

Debido a la permanente “llegada” de políticas globales, que no consideran la diversidad local, donde modelos de desarrollo expoliadores del medio ambiente son prioritarios al bienestar de las personas que lo habitan y lo hacen parte de su cosmovivencia, es urgente reflexionar sobre el papel que debe adquirir la epidemiología. De una epidemiología funcional al modelo de “enfermología pública”, hemos también como Unidad avanzado a una epidemiología más crítica, donde la investigación- acción no escapa ni debe escapar de la historia y los conflictos político sociales y culturales. Es por eso que interpretar dolencias tomando en cuenta estas dinámicas es también el interés de esta investigación, así como poder, desde el aporte de los síntomas y signos de dolencias de filiación cultural, entender y proponer modelos de salud diversos, liberadores y no basados en planes y programas de salud que producen temor en la población.



EPU. Chopom en We Tripantu. Sector Vilo, Isla Caguach. .2009

II. CHILOE. CONTEXTO CULTURAL Y GEOGRAFICO

i. Antecedentes Histórico Culturales

Primeros pobladores de Chiloé.

Los dos grupos originarios que poblaron el Archipiélago de Chiloé fueron los chono y los williche. El primero de ellos era un pueblo nómade canoero, emparentado con los kawésqar o alacalufes, y se estima que llegó desde el sur hasta el Archipiélago de Chiloé hace 7.000 años; era un pueblo cuya principal fuente de subsistencia era la pesca y recolección. Los chono ocuparon la franja suroriente del Archipiélago, principalmente en las pequeñas islas que se ubican desde el actual Archipiélago de los Chonos por el sur, hasta el Canal de Chacao por el norte y en el área suroriente de la isla Grande de Chiloé (Rojas, 2002:14-16; Museo Regional de Ancud).

Los williche en cambio, eran un pueblo emparentado con los mapuche y llegaron al Archipiélago desde el norte, hace aproximadamente 800 años. Se asentaron en las costas nororientales de la Isla Grande, desarrollando una cultura semisedentaria de bordemar, caracterizada por la práctica de una agricultura basada en la roza, quema y palo de plantar, recolección de productos vegetales, crianza del chilihueque o llama (Lama lama), recolección marina y la pesca con redes, anzuelos y corrales de pesca (ibidem).

Aún cuando en el contacto entre ambos pueblos hubo conflictos, también se dieron relaciones de intercambio cultural, que –entre otros- hicieron que los williche adoptaran la navegación y los chono incorporaran la agricultura. Los chono, que se ubicaron en la Isla Grande fueron llamados ‘payo’ por los williche, lo que en su idioma significaba ‘hombre barbado’, debido a que a pesar de depilarse el cuerpo, los ancianos y chamanes chono se dejaban crecer la barba. Entre ambas culturas, la que predominó fue la williche, en particular su idioma, el veliche, una variante del mapudungun⁶, mientras que la lengua chona fue desapareciendo, quedando en

⁶ Como expresión regional, el *veliche* posea un léxico con algunas particularidades y en lo fonético también se advertían importantes variaciones. El *veliche*, más que el castellano, constituyó la lengua de la Conquista. Fue el instrumento más efectivo de comunicación entre indios y españoles. Esto se hace más notorio durante los dos primeros siglos de la colonia. Luego, reiteradas ordenanzas del s. XVIII hacen obligatoria la enseñanza del castellano en las Escuelas del Rey, establecidas en Chiloé. Al establecerse los franciscanos como reemplazantes de los jesuitas expulsados en 1767, cambia el trato con el indígena, llevándolos a asumir un proceso civilizador europeo más drástico. Así y todo, cuando Chiloé es incorporado a Chile en 1826, existía un bilingüismo bastante equilibrado, tanto entre indios como

la actualidad sólo los nombres de varios lugares con nombres chono (Tac, Quenac, Caguach, Alao, entre otros). A la llegada de los españoles a la Isla Grande, en el siglo XVI, ambas culturas convivían en el territorio y la presencia española contribuyó a acelerar el proceso de transculturación entre ambas etnias.

Los orígenes de la actual cultura chilota, está entonces en los pueblos chono y williche, que se entremezclan con el posterior aporte de la cultura española que llegó durante el periodo de la Conquista y, a partir de la fecha en que la Isla Grande pasa a dominios del gobierno chileno, en 1826, se agregan elementos propios de la cultura nacional, de por sí mestiza.

Muchas de las prácticas, costumbres y tradiciones de este territorio configuran una cultura mestiza, considerada como propia y particular y que se extiende igualmente hacia el ámbito de la salud, donde encontramos visiones, formas de abordaje y soluciones en los que la historia y la cultura locales –además de la geografía y el clima– tienen una fuerte influencia y definen la identidad de los habitantes de esta zona.

Sistemas Médicos presentes en el Archipiélago

El sistema médico tradicional es el que ha estado vigente desde los orígenes del poblamiento de Chiloé y por miles de años fue el único recurso terapéutico. La medicina tradicional se basaba en el uso de elementos de la naturaleza y en la experticia de los sanadores tradicionales. Incluso con la llegada de los españoles –que traían sus propias concepciones médicas, basadas en lo postulados hipocráticos– la medicina tradicional siguió teniendo gran importancia, ya que en general los conquistadores no se acompañaron de practicantes de la medicina, por lo que recurrían a los sanadores tradicionales e incluso sus cronistas se dedicaron a conocer y registrar la gran variedad de plantas medicinales existentes en estas tierras.

mestizos. Con la República, se prohíbe terminantemente el uso del *veliche*. A fines del S. XIX sólo los más ancianos eran hablantes de esta lengua y en lugares muy apartados como Cucao y las islas del interior. (Fuente: Contreras, S/f <http://chiloe.ucv.cl/Lenguas%20de%20Chiloe.htm>). Actualmente no existen hablantes del *veliche* en el Archipiélago, sin embargo, en la década de 1930 se activa en las comunidades tradicionales del sur de Chiloé, un movimiento de reivindicación étnica llamado *Mapuchería*, que –debido al debilitamiento que sufrió la cultura williche después de pasar el Archipiélago a la dominación chilena– busca revitalizar diversas formas culturales, de organización social y de presencia política, algunas de las cuales subsisten en la actualidad, como la institución de las Maestras de Paz. Entre otras acciones vinculadas a la Mapuchería, se formó una escuelita en *Chadmo*, donde se enseñó el *tsesungun*, dialecto del *mapudungun* usado por los williche de San Juan de la Costa, Osorno. Algunas personas mayores de las comunidades williche más antiguas de la isla conservan aún algunos términos, oraciones y cantos en *tsesungun* que probablemente fueron aprendidos en esa época y que se sumaron al *veliche* que podría haber quedado al interior de sus familias. (Ver Trivero, 1999:28 y Contreras, ‘Las lenguas de Chiloé’).

El sistema de salud occidental u oficial comienza a aparecer recién a fines del siglo XIX en Chiloé. A principios del siglo XX había en Castro sólo un médico permanente y cuando era necesario llegaba a la ciudad –que al año 1907 contaba con 1.243 habitantes- algún otro médico que realizaba funciones específicas y por periodos breves, como ocurrió el año 1905 con un médico que vino a trabajar en el combate a la viruela. En el año 1900, el Hospital de Castro era atendido por las Hermanas Franciscanas, quienes se retiraron de la ciudad en el año 1908, dadas las precarias condiciones del establecimiento. A partir de ese año la Junta de Beneficencia se hace cargo de la administración del Hospital. En el año 1912 había en Castro dos médicos y en 1913 eran tres. Entre los médicos que ejercieron en Castro en esta época, algunos eran titulados, otros habían convalidado sus títulos del extranjero y otros sólo eran médicos ‘prácticos’, sin formación académica. La situación se mantuvo con características similares durante todo el primer cuarto de siglo. La atención se hacía difícil dada la escasa cantidad de personal de salud y la cobertura que debían brindar a una población que en aproximadamente un 90% vivía en sectores rurales. En el año 1936, vivían en el Departamento de Castro alrededor de 55.000 personas, de las cuales 3.000 habitaban en el sector urbano. En la década del ‘30, el médico de Castro debía además, realizar atenciones desde Curaco de Vélez hasta Quellón. Hacia fines de esa década, además del Hospital de Castro, la población de Chiloé se atendía igualmente en el Hospital de Ancud y en el Hospital de Achao.

Durante las cuatro primeras décadas del siglo pasado el personal de salud en Castro, además de entre uno y tres médicos permanentes, estaba conformado por algunas matronas profesionales y empíricas, un dentista permanente en Castro recién a partir de 1936 (antes se ubicó en Ancud) y por personas formadas en cuidados básicos de salud que apoyaban el trabajo hospitalario. Además se contaba con la presencia de monjas de distintas congregaciones orientadas al cuidado de enfermos, que se hacían cargo de la atención de los hospitalizados (Urbina, 2002:127 a 140).

Era entonces el sistema de salud tradicional al que recurría más ampliamente la población de Chiloé para resolver sus problemas de salud. Los y las ‘machi’, componedores de huesos y parteras, además de los conocimientos propios de cada familia eran los recursos con los que contaba la mayor parte de la población.

Las condiciones sanitarias en el sector urbano de Castro eran deplorables. No existía alcantarillado y toda la ciudad funcionaba con pozos negros. No se contaba con agua potable y ésta era extraída por la población con baldes y chungas (recipientes de madera) desde vertientes ubicadas en distintos puntos de la ciudad.

En esas mismas vertientes se lavaba la ropa y se echaban desperdicios; la vertiente de calle Serrano además escurría a través de un basural. A la población se le advertía que todas las vertientes estaban contaminadas, no obstante el agua seguía siendo usada para cocinar y lavarse, lo que aumentaba las enfermedades infecciosas. Recién el año 1917 se instaló un sistema de cañerías de agua potable, pero sólo en el centro de la ciudad, manteniendo los sectores periféricos –de menores recursos– las malas condiciones higiénicas. A lo anterior se sumaba la existencia de chiqueros en los patios de las viviendas y el inexistente retiro y manejo de basuras hasta el año 1921 (Urbina, 2002:131).

Probablemente en el sector rural las condiciones sanitarias no eran tan extremas, dada la mayor dispersión geográfica y el acceso a fuentes de agua, no obstante la población igualmente se veía aquejada de distintas enfermedades y dolencias que eran tratadas con recursos locales, los que no siempre resolvían las enfermedades más complejas, que requerían medicamentos y atención médica y para los cuales el acceso era difícil.

En un registro recogido en la isla Quenac por parte de este equipo de investigación y que pertenecía al Registro Civil de los Archipiélagos de Quinchao y Desertores, el Sr. Barrientos, Oficial Civil de dicha oficina, registró para el año 1885 un total de 92 muertes. De éstas, la mayor parte de causales de muerte (61) se atribuyeron a distintos tipos de fiebre: fiebre catarral (34), fiebre (11), fiebre hética⁷ (11), fiebre tifus (4) y calentura (1). Otras causas de muerte mencionadas fueron la pulmonía y otras afecciones pulmonares (3), “mal gástrico del estómago” (1), escrofulasta (sic) (1), hidropesía (1), “haber caído de un barranco” (1) y un caso de un hombre de 92 años cuya causa de muerte fue “muerte repentinamente gozando de salud”. En el caso de menores de un año, sólo se registra el fallecimiento de dos recién nacidos por “mal parto” y uno de 25 días por “mal contraído en el vientre de la madre”. Ese año se produjo en la Jurisdicción de esa oficina sólo una muerte materna por parto. Llama también la atención el registro de dos muertes por Empacho, en una niña de 5 años y un niño de un año y 8 muertes por Espasmo⁸, la mitad de ellas en

⁷ El Diccionario Ilustrado de Términos Médicos define esta afección de la siguiente manera: “**Fiebre hética:** fiebre diaria remitente, acompañada de escalofríos, sudor profuso, frecuencia y debilidad del pulso, enflaquecimiento y diarrea, asociada con la tuberculosis o supuración interna” En: <http://www.iqb.es/diccio/f/fiebre.htm>

⁸ En un trabajo realizado por nuestro equipo de investigación junto a Técnicos Paramédicos de diferentes comunas de Chiloé, Eugenia Villegas, TPM de la Posta Rural de Aldachildo, en la comuna de Puqueldón, recogió la siguiente definición de Espasmo en una localidad de la comuna de Puqueldón: “*Se produce por enfriamiento del estómago. Antes la persona andaba descalza, se mojaban y se sacaban la ropa húmeda. Se mejora con remedios de calor*”.

bebés de 1, 10 y 15 días de vida y uno de 14 meses y las siguientes en personas de 14, 15, 25 y 30 años. En sólo uno de los 92 casos, el Oficial registró una nota que indicaba “asiste médico, muere en el bote”, para el caso de un hombre de 22 años que falleció de Fiebre Tifus. No existen otros registros sobre lugar en que ocurrió el fallecimiento o si hubo asistencia médica, lo que no significa que ésta no haya existido.

En el perfil epidemiológico del primer cuarto del siglo pasado predominaban igualmente las enfermedades infectocontagiosas. Entre 1905 y 1906 una epidemia de viruela asoló a la ciudad de Castro; en 1909 las enfermedades más frecuentes atendidas en el Hospital de Castro fueron la bronquitis, tuberculosis, tifus, tumores y sarna; en 1915 se registró una epidemia de fiebre tifoidea y en 1916 el tracoma, una enfermedad oftalmológica crónica provocada por una bacteria y que producía ceguera en los casos más extremos, estaba ampliamente difundido en Castro y Chonchi. En 1919 una gripe asoló la Provincia de Chiloé matando a numerosos habitantes y en 1927 las enfermedades más comunes en el Departamento de Castro eran la pediculosis, el tifus exantemático, la tuberculosis, la sífilis y las caries. El alcoholismo también era una enfermedad habitual en la época. No obstante lo anterior, las atenciones hospitalarias no eran numerosas: en 1909 se hospitalizaron 213 enfermos y en 1930 se atendieron 174. La atención del Policlínico era notoriamente mayor, registrándose el mismo año 1930 un total de 1.259 personas atendidas (Urbina, 2002).

La situación sanitaria que se vivía en Chiloé a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX no era tan diferente a la del resto del país. La tasa de mortalidad infantil (defunciones en menores de 1 año / 1.000 nacidos vivos) en la provincia era en 1910 de 219,1 (Urbina, 2002:311), mientras que a nivel nacional alcanzaban a 267 (Kaempffer y Medina, 2006). A nivel mundial, para el año 1936 y según cifras del “Annuaire Statistique de la Société des Naciones”, Chile tenía una tasa de mortalidad infantil de 252 por 100.000 habitantes y era seguido inmediatamente después por la Isla de Malta, con una tasa de 190 por 100.000 hab. (Allende, 1939: 80).

Dados los altos indicadores de mortalidad infantil y materna, así como las tasas generales de morbilidad nacional, derivadas fundamentalmente de enfermedades infecciosas transmisibles, así como las consecuencias sanitarias que arrastró el terremoto de 1939, en el año 1952 se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS). El énfasis dado en sus inicios al fomento y protección de la salud materno infantil, las acciones en salud pública implementadas, además de los avances científicos y tecnológicos que se fueron produciendo a partir de esa década y el aumento tanto en el acceso como en la cobertura en salud, contribuyeron al progresivo mejoramiento de los indicadores sanitarios a nivel nacional.

El SNS comienza a crear una extensa red de establecimientos de salud: estaciones de salud y postas rurales, consultorios y hospitales, lo que facilita el acceso de la población a estos establecimientos y su atención por parte de los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en ellos. En Chiloé en la década del '70 esta red se hace más extensa a través de la implementación de postas y la formación de auxiliares paramédicos, además de la creación nuevos establecimientos de atención primaria en distintas comunas del Archipiélago. Este fuerte impulso a la salud pública y a la atención de la población en establecimientos de salud, aún cuando mejoró considerablemente la situación de salud, ejerció igualmente un fuerte control y persecución del sistema médico tradicional, de manera de evitar los partos domiciliarios y la atención de salud por parte de los y las sanadoras tradicionales, lo que generó –entre otras consecuencias- que las parteras dejaran de ejercer su oficio rápida y progresivamente y que tanto sanadores como comunidad desarrollaran estrategias orientadas a mantener su sistema de salud tradicional que en un comienzo se consideraban casi clandestinas. Se provocó un quiebre del sistema médico tradicional -que no obstante no desapareció, lo que queda ampliamente demostrado en los resultados de esta investigación- y al mismo tiempo se generó una excesiva dependencia del sistema biomédico por parte de la población, que fue perdiendo, en especial los más jóvenes, muchas de las estrategias familiares de salud y autocuidado, lo que se verifica hasta la fecha. Actualmente coexisten en Chiloé tanto el sistema médico tradicional (que ha experimentando un proceso de revalorización por parte de la población y de progresivo reconocimiento por parte de algunos agentes de salud oficiales), como el biomédico y también encontramos manifestaciones de otros sistemas médicos, a través de la oferta privada y en algunos casos pública de terapias complementarias.

A partir de las últimas décadas Chiloé ha experimentado una serie de condiciones que han modificado su perfil epidemiológico. Se han alterado los ecosistemas debido a la explotación forestal y pesquera y fundamentalmente por la instalación de salmoneeras en los mares interiores del archipiélago; se han modificado los patrones culturales debido a los cambios productivos, económicos y propios de la modernidad y la globalización a los que se ha visto expuesta la isla. Asimismo, ha disminuido la ruralidad y ha aumentado la migración interna, generándose cordones de pobreza urbana y población flotante en las comunas más grandes. Esto ha ido configurando un nuevo perfil epidemiológico, común al del resto del país y caracterizado por enfermedades cardiovasculares, tumores y accidentes, enfermedades de salud mental. No obstante, existen igualmente en la epidemiología local otras dolencias y síndromes culturales que no se consignan en los registros oficiales de salud y cuya importancia no deja de ser considerable. En

dichos síndromes culturales, factores como los cambios en los modos de vida a los que hacíamos referencia resultan igualmente relevantes, tanto en la disminución de algunos de éstos como en la mayor presencia de otros y en las transformaciones que han sufrido.

ii. Contexto Geográfico

La Provincia de Chiloé es un archipiélago que se ubica al sur de la X Región de Los Lagos, Chile, y tiene una superficie de 9.181,6 km². Geográficamente se encuentra entre los paralelos 41° 46" y 46° 59" de latitud Sur y los 72° 30" y 75° 26" de longitud Oeste.

El Archipiélago de Chiloé está formado por la Isla Grande y 42 islas menores, de las cuales 30 están habitadas. La capital provincial es la ciudad de Castro y le siguen en tamaño, las ciudades de Ancud y Quellón. La provincia en su conjunto está compuesta por diez comunas: Ancud, Quemchi, Dalcahue, Curaco de Vélez, Quinchao, Castro, Chonchi, Puqueldón, Queilen y Quellón. Existen tres comunas-islas ubicadas fuera de la Isla Grande: Puqueldón (Isla Lemuy) y las comunas de Curaco de Vélez y Quinchao, ambas ubicadas en la Isla Quinchao. La comuna de Quinchao cuenta además bajo su jurisdicción con 9 islas pequeñas. De las demás comunas, las de Quemchi, Castro, Queilen y Quellón, tienen territorio tanto en la isla grande como en islas menores.



Imagen satelital del Archipiélago de Chiloé.



Mapa Político del Archipiélago de Chiloé

Por tratarse de un Archipiélago, tiene una alta accidentabilidad geográfica, con islas habitadas distantes de las cabeceras comunales y con medios de traslado tradicionales que comprenden embarcaciones menores de propiedad de los habitantes y algunas embarcaciones de recorrido (transporte colectivo), en general con una capacidad de desplazamiento caracterizada por la lentitud y la exposición a las permanentes marejadas y vientos, con las consiguientes dificultades de traslado.

El tiempo de desplazamiento va desde la media hora que separa a algunas islas de la comuna de Castro, como es el caso de Lin Lin (comuna de Quinchao) cuando se accede a través de Tenaun o Calen (comuna de Dalcahue), hasta otras en las que el tiempo de traslado es de más de 6 horas para llegar a la capital provincial, como ocurre con las islas Tac, Voigue y Desertores (comuna de Quemchi). Si bien existe una amplia red caminera, existen localidades dentro de la misma isla grande a las que sólo se puede llegar por vía marítima, como es el caso de la Caleta Inio, ubicada a 3 horas de navegación desde Quellón. Como factor adicional está que aproximadamente durante 50 días al año se cierran los puertos a las embarcaciones menores por razones climáticas.

Ruralidad

Si bien la percepción general es que la Provincia de Chiloé es predominantemente rural, es importante conocer los niveles reales de ruralidad y la incidencia que tiene en la estructura territorial. En la tabla siguiente se presenta la distribución de la población según procedencia urbano - rural y su distribución en las 10 comunas que conforman la provincia archipiélago.

Tabla N° 1
Distribución de la Población de la Provincia de Chiloé
Por Comunas y Procedencia

COMUNAS	POBLACION URBANA		POBLACION RURAL		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Ancud	27.292	68,3	12.654	31,7	39.946
Castro	29.148	74,0	10.218	26,0	39.366
Chonchi	4.588	36,5	7.984	66,5	12.572
Curaco de Vélez	0	0	3.403	100,0	3.403
Dalcahue	4.933	46,1	5.760	53,9	10.693
Puqueldón	0	0	4.160	100,0	4.160
Queilen	1.912	37,2	3.226	62,8	5.138
Quellón	13.656	62,6	8.157	37,4	21.813
Quemchi	1.665	19,2	7.024	80,8	8.689
Quinchao	3.452	38,5	5.524	61,5	8.976
TOTAL	86.646	56,0	68.110	44,0	154.756

Fuente: www.ine.cl. Censo Población 2002. Mapa Interactivo.

Como se aprecia en la tabla anterior, sólo las comunas de Ancud, Castro y Quellón, están bajo el 50 % de ruralidad, las comunas restantes superan este porcentaje y algunas simplemente son rurales en su totalidad. No obstante, por el peso relativo de las tres primeras, el promedio provincial de población que habita los espacios rurales de Chiloé alcanza al 44 %. Si observamos la composición de las comunas más grandes, veremos que el nivel de población urbana va desde el 62,6% al 74%. Sin embargo, lo relevante de ese 44 % de ruralidad -que en números reales corresponde a 68.000 personas- es que un número importante de ella se ubica en las islas menores (15.000 personas) y en sectores donde el acceso principal, que en ocasiones suele ser el único, es por vía marítima.

El territorio contiene áreas de diversa complejidad: predominantemente urbanas, mixtas urbano - rural, y áreas insulares - rurales. No hay territorios exclusivamente urbanos.

Existen territorios donde se suman la insularidad y la ruralidad, haciendo más complejas las condiciones de vida y trabajo. Es importante considerar también la generación gradual y persistente en los últimos 20 años, de cordones habitacionales en la periferia de las ciudades más grandes -Quellón, Ancud y Castro- provenientes de la migración interna desde el campo y de los desplazamientos de personas itinerantes en busca de trabajo, lo que explica el mayor porcentaje de población urbana en estas ciudades. En ciudades más pequeñas, como Achao y Chonchi, la migración tendería igualmente a aumentar la población urbana, a partir del traslado interno de pobladores rurales por razones laborales y en gran medida, educacionales, una vez que los niños terminan la educación básica rural y necesariamente deben trasladarse a completar la educación escolar en los establecimientos ubicados en las ciudades.

iii. Red de Atención de Salud

La red de salud existente en el Archipiélago, está conformada actualmente por los siguientes establecimientos de nivel primario de atención: 9 Centros de Salud (Consultorios y Centros de Salud Familiar), 9 Centros Comunitarios de Salud Familiar – CECOSF (4 urbanos y 5 rurales), 71 postas de salud rural y 70 estaciones médico rurales, de dependencia administrativa municipal.

En el nivel hospitalario, la red cuenta con cinco hospitales de diferente complejidad: el de Ancud y el de Castro son de Mediana Complejidad, estando éste último en proceso de transformarse en Hospital de Alta Complejidad. El Hospital de

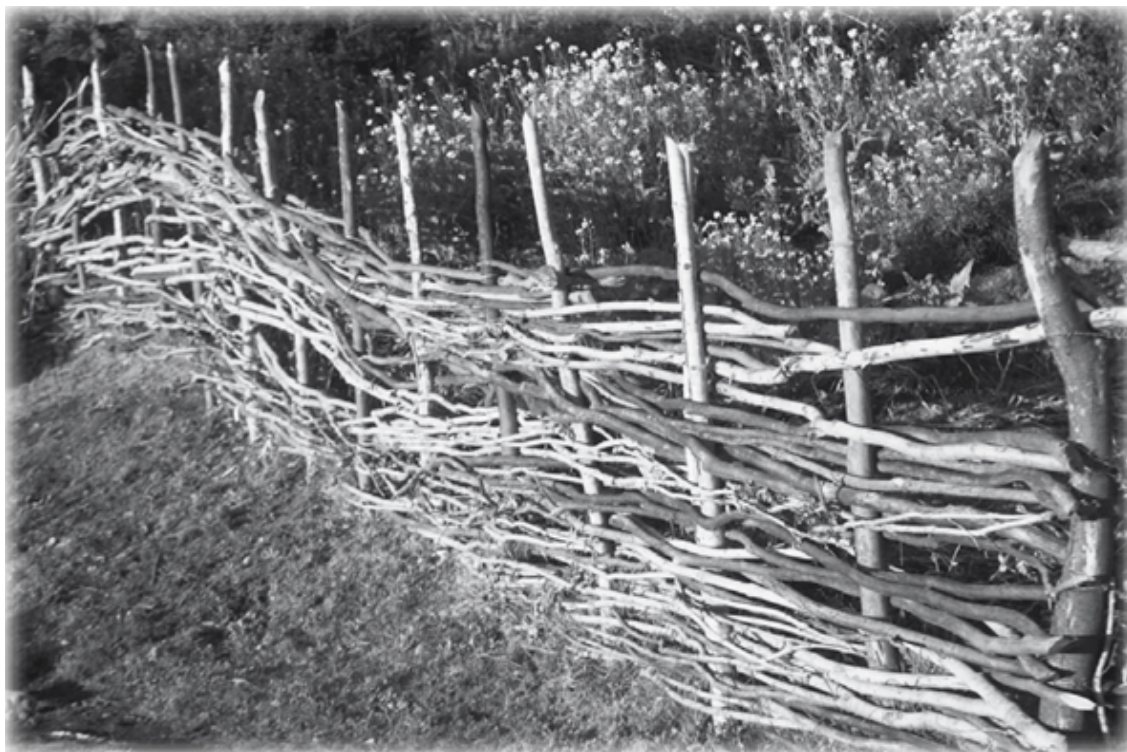
Quellón, por su parte, es de Baja Complejidad y se está transformando a Mediana Complejidad y los hospitales de Achao y Queilen son hospitales de Baja Complejidad, también llamados Hospitales Comunitarios.

De la población de Chiloé, el 83,9%⁹ son beneficiarios del sistema público de salud (FONASA) y el 16% restante se divide entre el sistema privado de salud (ISAPRE) y aquellos que no cuentan con previsión.

A esta red de salud oficial, se deben sumar la atención que se realiza a nivel casero y también la red de sanadores tradicionales de Chiloé y que forman parte del sistema médico tradicional, así como una importante oferta de terapias complementarias, tanto en forma privada como en algunos establecimientos de salud públicos, tales como la acupuntura, reiki, masajes, flores de Bach, biomagnetismo, sintergética, reflexología, entre otras.

Igualmente forman parte de la oferta de salud provincial los numerosos centros privados de salud, que ofrecen atención médica general y de especialidades, así como otros servicios profesionales de salud (matrona/es, kinesiólogo/as, dentistas, psicólogo/os, entre otras). No existen clínicas ni hospitales privados en la Provincia.

⁹ Fuente: FONASA (proyección datos 2010) e INE.



PERSISTENCIA. Cerco – Quincho. Isla Alao, Quinchao. 2009

III. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la investigación que realizamos como Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud Chiloé, se postuló al Concurso del año 2007 del Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) de CONICYT, con un proyecto denominado “Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé”, el que fue aprobado y se ejecutó entre enero de 2008 y septiembre de 2009.

Nos planteamos como objetivo de esta investigación describir cuatro síndromes culturales (SC) recurrentes en la población de Chiloé: susto, mal, corriente de aire y sobreparto y las formas en que las personas los abordan en su camino de sanación, para a partir de dicha información acercar sistemas médicos y adecuar estrategias de vinculación y abordaje de los equipos de salud hacia las personas que presentan estos y otros síndromes culturales. Asimismo, se pretende incluir los resultados obtenidos en la investigación en las políticas locales de salud del Servicio de Salud de Chiloé. Finalmente, la investigación pretende ser una contribución al rescate, reconocimiento y valoración de esta dimensión de la salud tradicional propia del Archipiélago de Chiloé, dado que existe poca información sistematizada sobre estos síndromes y sus características.

La investigación desarrollada es de tipo cualitativa y buscó indagar y describir la forma en que estos cuatro síndromes culturales se presentan en el Archipiélago de Chiloé a partir del estudio de casos ocurridos en este territorio, lo que nos permitió determinar características particulares que presentan, dada la historia y configuración cultural de la población de Chiloé. Asimismo, se recopiló información de parte de los equipos de salud y sanadores tradicionales que atienden a personas que manifiestan estos síndromes, para obtener una visión más amplia e incluyente del tema.

Las técnicas de recopilación de datos utilizadas fueron, en primera instancia, revisión bibliográfica, compilando los datos secundarios existentes de los cuatro SC en cuestión. El equipo investigador revisó bibliografía local, nacional e internacional, elaborando fichas que facilitaron posteriormente su análisis e incorporación en el presente documento.

Durante los primeros meses de investigación, se aplicó a algunos funcionarios de salud una Escala Likert de medición de actitudes. La aplicación de este instrumento tenía como objetivo evaluar la actitud de los funcionarios de establecimientos de

salud del nivel primario de atención de Chiloé (Consultorios y Hospitales) frente a los síndromes culturales y la atención de personas que consultaban por padecer alguno de ellos.

El instrumento se aplicó en seis comunas de la Provincia, contemplando los equipos de salud del Centro de Salud Familiar Pudeto Bajo y Consultorio Manuel Ferreira de Ancud; Consultorio de Curaco de Vélez, Centro de Salud de Dalcahue, Consultorio y postas de salud de Puqueldón, Departamento y postas de salud de Queilen y Hospital de Quellón. En total se aplicó la escala a 117 funcionarios, entre los cuales se consideraron técnicos paramédicos, auxiliares de servicio, matrones/as, tecnólogos médicos, asistentes sociales, educadoras de párvulos, médicos, nutricionistas, dentistas, kinesiólogos, psicólogos, enfermeras, entre otros.

Para la obtención de datos primarios, se utilizó principalmente la técnica de entrevistas en profundidad, separando la población objetivo en tres grupos: personas que padecen o han padecido un SC, funcionarios del sistema biomédico y sanadores tradicionales, con muestras distintas según cada uno de ellos.

Se entrevistó a 39 personas, algunos de los cuales habían tenido más de un síndrome cultural y otros que relataron -además de el o los síndromes vividos personalmente- los que habían padecido familiares o personas cercanas. Se hizo además una entrevista grupal con mujeres que viven en la isla Caguach, comuna de Quinchao, para identificar y describir los síndromes culturales presentes en su territorio. De esta forma, se registraron en total alrededor de 50 casos de síndromes culturales. En el anexo se entrega un detalle de las principales características de los entrevistados.

Para tener la visión de los síndromes culturales incluidos en este estudio, se entrevistó a 9 sanadores comunitarios y participamos además en cuatro ceremonias de sanación. Además, se entrevistó a 23 funcionarios de salud, tanto técnicos como profesionales y del nivel primario y secundario de atención.

Por otro lado, se realizaron dos reuniones clínicas en dos islas de la comuna de Quinchao, una en la comuna de Puqueldón y una en Queilen, donde se analizaron casos de síndromes con los equipos de salud y algunas de las familias afectadas.

Los casos de personas que padecían algún síndrome cultural se seleccionaron a partir de sugerencias hechas por integrantes de equipos de salud o bien fueron

personas conocidas durante atenciones de salud realizadas por parte del equipo investigador. Las entrevistas tanto a los enfermos como a los sanadores tradicionales se realizaron en sus casas, por al menos dos integrantes del equipo investigador y en algunos casos con la compañía del Técnico Paramédico de la posta de referencia o algún profesional del equipo de salud de la comuna y que conocía a la persona. Las personas fueron informadas sobre los objetivos y alcances de la investigación y se les aseguró la confidencialidad de sus identidades, razón por la cual se les cita con iniciales, sexo y edad y no se señalan sus localidades de residencia, sino sólo la comuna a la que pertenecen y su residencia rural, insular o urbana. En algunos casos, cuando los testimonios pudieran comprometer a las personas, fueron obviados o citados sin indicar las iniciales del entrevistado.

Tanto para el caso de las entrevistas a los enfermos, sanadores tradicionales y funcionarios de salud, se trabajó con pautas de entrevista semiestructuradas. Las entrevistas a enfermos, sanadores y funcionarios de salud fueron grabadas en su totalidad y luego transcritas. En sólo un caso una de las informantes no quiso que se grabara su testimonio en audio, por lo que la entrevista fue escrita a mano con su consentimiento. En algunos casos particulares se les solicitó a los entrevistados grabar las entrevistas en video, de manera de usarlas en la producción del video de la investigación. En estos casos las personas autorizaron el uso de su imagen y se les envió una copia del video final.

Las entrevistas a los técnicos y profesionales de salud se realizaron en sus lugares de trabajo, informándoles acerca de los objetivos de la investigación. Al igual que en el caso anterior, fueron grabadas en audio y transcritas posteriormente. Se optó por citar a los funcionarios de salud con sus nombres completos y profesión, contando para ello con la autorización de cada uno.

La redacción de cada capítulo del presente documento estuvo a cargo de uno o dos miembros del equipo investigador. Posteriormente el texto era enviado al resto del equipo investigador para su revisión y comentarios individuales y luego se revisaba en una reunión en la que participaban el equipo investigador y algunos colaboradores invitados. Se hicieron quince reuniones de trabajo del equipo de investigación de Síndromes Culturales, conformado tanto por profesionales del Servicio de Salud Chiloé como de establecimientos de salud de la provincia y profesionales independientes, analizando la información recogida a partir de las entrevistas realizadas, haciéndose sugerencias, comentarios, reorientando la información o complementándola cuando era el caso, hasta obtener el documento final.

Para facilitar el manejo de la información relativa a cada uno de los síndromes culturales estudiados, se realizó una matriz que recogía para cada caso de síndrome cultural los datos básicos del entrevistado y de la forma en la que se presentó el síndrome, a partir de la información que entregaba la entrevista transcrita.

La redacción de la información sobre los cuatro síndromes objeto de estudio considera los aspectos recogidos en la revisión bibliográfica, la información entregada por los enfermos, sanadores y funcionarios de salud y las observaciones y conclusiones del equipo investigador. Cada capítulo fue redactado considerando la misma estructura: Introducción, Distribución Epidemiológica, Etiología/Causas, Síntomas y Signos, Prevención, Tratamiento, Explicación Biomédica, Camino de Sanación y Comentarios y Observaciones.

Con toda la información recogida se elaboró el presente documento y se realizó un video denominado “Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Las Historias No Contadas”.



MORALEDA. Isla Meulin, Quinchao. 2008

IV. PRINCIPALES RESULTADOS ESCALA LIKERT

El test de medición de actitudes se aplicó a funcionarios de diferentes centros de salud de la Provincia de Chiloé, para conocer las distintas opiniones y actitudes frente a los síndromes culturales, dolencias comúnmente identificadas por los usuarios de salud de Chiloé.

El instrumento se aplicó en seis comunas de la Provincia, contemplando los equipos de salud del Centro de Salud Familiar Pudeto Bajo y Consultorio Manuel Ferreira de Ancud, Consultorio de Curaco de Vélez, Centro de Salud de Dalcahue, Consultorio y postas de salud de Puqueldón, Departamento y postas de salud de Queilen y Hospital de Quellón. En total se aplicaron 117 test, considerando a técnicos paramédicos, matrán/as, tecnólogos médicos, asistentes sociales, educadoras de párvulos, médicos, nutricionistas, dentistas, kinesiólogos, psicólogos, enfermeras, entre otros.

A continuación, el gráfico N° 1 nos muestra la frecuencia y la distribución de funcionarios de la salud que responden el instrumento por comuna. Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, en todas las comunas, el mayor número de funcionarios que responden el instrumento corresponde a mujeres. Considerando el universo total, el 66% corresponde a mujeres y el 34% a varones.

Gráfico N° 1: Número de funcionarios de la salud por comuna y por sexo que responden escala Likert.



Tabla N° 1: Distribución de funcionarios participantes por cargo y por comunas.

Comuna	A. Social E. Párvulos	TPM TENS	Kinesiólogo. Reflexóloga*.	Chofer Auxiliar Administrativos.	Nutricionista. Matrón/a. Enfermera.	Médico. Dentista	Psicólogo/a	T e c n ó l o g o Médico.	Total
Ancud	1	2	2*	0	5	3	1	0	14
C. de Vélez	0	5	1	0	2	2	0	0	10
Dalcahue	3	7	0	0	2	3	0	1	16
Puqueldón	0	8	1	0	1	2	0	0	12
Queilen	2	12	1	4	4	4	1	0	28
Quellón	0	7	1	20	7	2	0	0	37
Total	6	41	6	24	21	16	2	1	117

Como se puede apreciar, la mayor parte de funcionarios de la salud que responden la escala Likert, corresponde a Técnicos Paramédicos (TPM) y Técnicos de Nivel Superior (TENS).

A continuación se analizan los principales resultados obtenidos en la aplicación de la Escala Likert. Cabe mencionar que se seleccionaron las preguntas más significativas en relación a los objetivos del proyecto.

RESULTADOS

1. Desconozco los síntomas y efectos de los llamados síndromes culturales (mal por envidia, mal de ojo, empacho, susto, corriente de aire, etc.) que los pacientes pueden referir.

En la pregunta que se refiere a si los profesionales de la salud desconocen de los síntomas y efectos de los síndromes culturales, los equipos coinciden en su mayoría en estar de acuerdo en ciertos aspectos (44,8%), salvo el equipo de Ancud, en el que la mayor parte de profesionales de la salud están totalmente de acuerdo en que desconocen los síntomas y efectos de los síndromes (35,7%).

2. He atendido a personas que atribuyen sus enfermedades a causas que no son biomédicas

Los funcionarios de los seis equipos concuerdan en su mayoría (58,3%) en que han atendido a personas que atribuyen sus enfermedades a causas que no son biomédicas. Sólo el 7% manifiesta estar en desacuerdo con esta afirmación, es decir, no haber atendido a personas que atribuyan a causas no biomédicas sus enfermedades.

De los funcionarios que responden haber atendido a personas con enfermedades que no son biomédicas, corresponde principalmente al 68% de los TPM o TENS, 62,5% de los médicos o dentistas y el 52,3% de las enfermeras, matronas o nutricionistas. Haciendo el análisis por comunas, Ancud posee un 78,6%, Puqueldón 75%, Queilen 57,1%, Curaco de Vélez 55,6%, Dalcahue y Quellón con un 50% de funcionarios de la salud que concuerdan con esta afirmación.

El 7% de los funcionarios que no han atendido a personas con enfermedades atribuidas a causas no biomédicas, corresponden a Curaco de Vélez (22,2%), Queilen (14,3%) y Quellón (5,6%). Cuyos profesionales son el 4,8% de los TPM o TENS, 8,3% de administrativos, chofer o auxiliar, 6,2% de los dentistas, 16,6% de los kinesiólogos y 4,7% de las nutricionistas.

3. Las personas consultantes me manifiestan síntomas que se relacionan con síndromes culturales.

El 78,3% de los funcionarios de salud, manifiesta que las personas consultantes les han mencionado síntomas que se relacionan con síndromes culturales. En esta pregunta los seis equipos manifiestan en su mayoría estar totalmente de acuerdo o de acuerdo en ciertos aspectos. Se destacan los equipos de Puqueldón y Ancud, quienes poseen el más alto porcentaje de consultantes que manifiestan síntomas que relacionan con síndromes culturales. En el caso de Ancud se produce una contradicción, ya que en la aseveración 1, dicen “están totalmente de acuerdo en que desconocen los síntomas y efectos de los síndromes (35,7%).”

Gráfico N° 2:



Este grafico muestra que en la totalidad de los equipos, sus integrantes conocen bastante de los síntomas que se relacionan con los síndromes culturales. Esto obviamente tiene que ver con la distribución de sexo, tipo de función y origen de los funcionarios.

4. Los profesionales de la salud no sabemos de enfermedades como el mal de ojo, empacho y otros similares, pues no están científicamente probadas.

El 39,7% y el 32,8% de los funcionarios de salud, afirman estar totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente en la afirmación “los profesionales de la salud no sabemos de enfermedades como mal de ojo, empacho y otros similares, pues no están científicamente probadas”. Si se considera la procedencia de los profesionales, en esta afirmación obtenemos que de los no chilotes, el 36% está totalmente de acuerdo y el 42% de acuerdo en ciertos aspectos, mientras que los profesionales nacidos en la isla de Chiloé, un 42,4% afirma estar totalmente de acuerdo, el 25,8% de acuerdo en ciertos aspectos. Sólo el 6,9% sostiene estar en total desacuerdo con la afirmación, quienes corresponden a las comunas de Puqueldón (3), Dalcahue (1), Curaco de Vélez (1), Queilén (1) y Quellón (2), de los cuales el 62,5% son afuerinos y el 37,5% procedentes de Chiloé.

Gráfico N°3:



5. Creo en las enfermedades que identifican las personas (susto, sobrepardo, empacho, etc.), pero mi formación en salud me hace negarlas.

En la afirmación, “Los profesionales, técnicos y funcionarios que trabajamos en salud, creemos en las enfermedades que identifican las personas (susto, sobrepardo, empacho, etc.), pero nuestra formación nos hace negarlas”, el 30,8% está de acuerdo en ciertos aspectos, el 23,1% totalmente de acuerdo, el 17,9% en desacuerdo en ciertos aspectos, el 16,2% indecisos y el 12% totalmente en desacuerdo.

Si se analizan los porcentajes obtenidos entre profesionales de la salud nacidos en la isla, con los que provienen de afuera, obtenemos la siguiente tabla:

Tabla N° 2: Los profesionales de la salud, creemos en las enfermedades culturales que manifiestan las personas, pero nuestra formación nos hace negarla. Por procedencia.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en ciertos aspectos	Indeciso	En desacuerdo en ciertos aspectos	Totalmente en desacuerdo	Total
No Chilotes	7 14%	15 30%	6 12%	12 24%	10 20%	50 100%
Chilotes	20 29,9%	21 31,3%	13 19,4%	9 13,4%	4 6%	67 100%
Total	27 23,1%	36 30,8%	19 16,2%	21 17,9%	14 12%	117 100%

Llama la atención que el 61,2 % de los que se identifican como chilotes creen que su formación las hace negarlas. Esto puede ser producto de una formación tal que a pesar de saber sobre las enfermedades, su preparación dentro del sistema occidental los obligue a negarlas.

Si esta misma pregunta se analiza por equipos de salud de acuerdo a cada comuna, obtenemos los siguientes resultados:

Tabla N° 3: Los profesionales de la salud, creemos en las enfermedades culturales que manifiestan las personas, pero nuestra formación nos hace negarla. Por comuna.

Comuna	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en ciertos aspectos	Indeciso	En desacuerdo en ciertos aspectos	Totalmente en desacuerdo
Quellón	37,8%	27%	13,5%	13,5%	8,1%
Ancud	21,4%	50%		21,4%	7,1%
Queilen	21,4%	25%	17,9%	21,4%	14,3%
C. de Vélez	20%	30%	20%	20%	10%
Dalcahue	18,8%	31,3%	25%	18,8%	6,3%
Puqueldón	8,3%	41,7%	25%	8,3%	46,7%

6. Creo que los profesionales/técnicos de la salud deberíamos estar en condiciones de tratar problemas de salud que las personas atribuyen a síndromes como el mal por envidia, susto, sobreparto y corriente de aire.

En la sentencia “creo que los profesionales de la salud deberían estar en condiciones de tratar problemas de salud que las personas atribuyen a síndromes como mal por envidia, susto, sobreparto y corriente de aire”, el 48,3% está totalmente de acuerdo y el 31,9% de acuerdo en ciertos aspectos, las otras alternativas obtienen porcentajes no significativos.

Es interesante que el 80,2% esta “de acuerdo” con la afirmación, lo que puede hacer pensar que se necesita en forma urgente abrir el tema y desarrollar programas de sensibilización y capacitación, donde se incluyan las experiencias incluso de quienes están con mayor adhesividad al tema.

7. Cuando en la consulta una persona me dice que cree que lo que tiene es una corriente de aire o un empacho, busco darle una explicación científica a la sintomatología que me ha descrito.

El 36,5% de profesionales de la salud, señalan estar totalmente de acuerdo la sentencia “cuando en la consulta una persona me dice que cree que lo que tiene es una corriente de aire o un empacho, busco darle una explicación científica a la sintomatología que me ha descrito”. Analizando cada comuna por separado, Ancud y Quellón poseen un más alto porcentaje en la alternativa Totalmente de acuerdo, con un 35,7% y un 40,5% respectivamente. Las otras cuatro comunas, poseen mayoría en la alternativa de acuerdo en ciertos aspectos. Respecto a la procedencia de los funcionarios de la salud, tanto afuerinos como chilotes están en un 6,1% totalmente de acuerdo y de acuerdo en ciertos aspectos, el 8,2% de los afuerinos y el 9,1% de los funcionarios chilotes.

8. No corresponde que los profesionales y técnicos de salud tratemos enfermedades que las personas identifican como males, susto y otras.

En esta afirmación, el 33% sostiene estar totalmente en desacuerdo, el 21,7% en desacuerdo en ciertos aspectos, el 20% de acuerdo en ciertos aspectos el 15,7% se muestra indeciso y el 9,6% está totalmente de acuerdo. Se destacan las comunas de Puqueldón (36,4%), Queilen (39,3%) y Quellón (29,7%) en estar totalmente en desacuerdo.

9. Es imposible complementarse –como equipos de salud- con sanadores tradicionales, pues ellos entienden de manera distinta los problemas de salud.

Respecto a la sentencia “es imposible complementarse como equipos de salud con sanadores tradicionales, pues ellos entienden de manera distinta los problemas de salud”, la mayor parte de profesionales está totalmente de acuerdo (40,5%) y la segunda mayoría está totalmente en desacuerdo (25%). Si se analiza por comuna, la siguiente tabla nos muestra de mayor a menor, los equipos que manifiestan estar en total desacuerdo.

Tabla N°4: Es imposible complementarse –como equipos de salud- con sanadores tradicionales, pues ellos entienden de manera distinta los problemas de salud. Por comuna.

Comuna	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en ciertos aspectos	Indeciso	En desacuerdo en ciertos aspectos	Totalmente en desacuerdo
Ancud	7,1%	21,4%	7,1%	7,1%	57,1%
Dalcahue	18,8%	12,5%		18,8%	50%
Puqueldón	25%		8,3%	16,7%	50%
Queilen	25%	10,7%	3,6%	17,9%	42,9%
C. de Vélez		44%		33%	33%
Quellón	40,5%	10,25	2,7%	10,8%	29,7%

El equipo que en su gran mayoría está en desacuerdo con esta afirmación, es el de Ancud, cuyos profesionales corresponden al 62,5% de procedencia chilota y el 37,5% afuerinos. El 100% de estas personas corresponden a profesionales de la salud, funcionarios con labores administrativas y técnicos paramédicos; el 75% corresponde a profesionales del sexo femenino y el 25% a profesionales de sexo masculino.

10. Es posible dar solución a algunos problemas de salud complementando indicaciones médicas con las de sanadores comunitarios (hierbas, ceremonias y rituales, cartas, etc.) y/o complementarias (reiki, acupuntura, flores de Bach, etc.).

El 92,3% de profesionales de la salud, afirma estar de acuerdo con “dar solución a algunos problemas de la salud complementando indicaciones médicas con las sanadoras tradicionales (hierbas, ceremonias y rituales, cartas, etc.) y/o complementarias (reiki, acupuntura, flores de bach, etc.)”. Los otros porcentajes no son significativos.

Del total de funcionarios de la salud, que están de acuerdo con esta afirmación, cabe señalar que el 47% son afuerinos y el 53% son chilotos. Además, se puede mencionar, que de estos funcionarios de la salud, el 68,7% son mujeres y el 31,3% son varones. A continuación, la siguiente tabla presenta los porcentajes analizados por comuna:

Tabla N°5: Es posible dar solución a algunos problemas de salud complementando indicaciones médicas con las de sanadores comunitarios (hierbas, ceremonias y rituales, cartas, etc.) y/o complementarias (reiki, acupuntura, flores de Bach, etc.). Por comuna.

Comuna	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en ciertos aspectos	Indeciso	En desacuerdo en ciertos aspectos	Totalmente en desacuerdo
Queilen	89,3%	10,7%			
Ancud	83,7%	14,3%			
Puqueldón	66,7%	25%	8,3%		
Dalcahue	62,5%	31,3%			6,3%
Quellón	62,2%	21,6%		5,4%	10,8%
C. de Vélez	55,6%	33,3%		11,1%	

Es importante comparar los porcentajes de la tabla N° 4 con la tabla N° 5, ya que no existe coherencia entre ambas aseveraciones. En la tabla N° 4, los porcentajes son mucho menos significativos en comparación con la tabla N° 5. Igualmente, si observamos la afirmación N° 9, sólo el 25% está en desacuerdo con “es imposible complementarse como equipos de salud con sanadores tradicionales, pues ellos entienden de manera distinta los problemas de salud”, mientras que en la afirmación N° 10 “es posible dar solución a algunos problemas de la salud complementando indicaciones médicas con las sanadoras tradicionales (hierbas, ceremonias y rituales, cartas, etc) y/o complementarias (reiki, acupuntura, flores de bach, etc.)”, el 92,3% está de acuerdo.

11. Es posible, como establecimiento de salud local, articular un modelo que incorpore otras dimensiones explicativas para los procesos de salud enfermedad.

Los seis equipos muestran estar de acuerdo con “es posible, como establecimiento de salud local, articular un modelo que incorpore otras dimensiones explicativas para los procesos de salud enfermedad”, lo que corresponde al 88,4%

(61,% está totalmente de acuerdo y 26,5% de acuerdo en ciertos aspectos). Este alto porcentaje significa una posible mejoría en la atención en cuanto a calidad y calidez futura en la medida que se instale como política de salud pública local.

El 11,5% de los funcionarios de la salud, que señalan estar en total desacuerdo, en desacuerdo en ciertos aspectos y/o indecisos, corresponden principalmente a la comuna de Quellón en un 61,5%, Ancud (15,3%) y de las comunas de Curaco de Vélez, Dalcahue y Queilen, cada una con un 7,6%. El 69% son mujeres y el 31% varones, de igual manera, el 69% corresponde a funcionarios de procedencia chilota y el 31% a personas afuerinas.

12. Las personas no entregan al equipo de salud toda la información que manejan sobre su enfermedad por temor a no ser comprendidos.

El 58,6% señala estar totalmente de acuerdo y el 32,8% de acuerdo en ciertos aspectos, con la sentencia “las personas no entregan al equipo de salud toda la información que manejan sobre su enfermedad por temor a no ser comprendidos”. Si se analiza por cada comuna, en las seis comunas la mayoría esta totalmente de acuerdo: 50%, Ancud (64,3%), Curaco de Vélez (55,6%), Dalcahue (56,3%), Puqueldón (75%), Queilen (60,7%) y Quellón (51,4%).

Tabla Nº 6: Las personas no entregan al equipo de salud toda la información que manejan sobre su enfermedad por temor a no ser comprendidos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo en ciertos aspectos	Indeciso	En desacuerdo en ciertos aspectos	Totalmente en desacuerdo
58,6%	32,8%	4,3%		4,3%

En esta aseveración, de los funcionarios que están totalmente de acuerdo, el 55,9% corresponde a funcionarios de procedencia chilota y el 44,1% afuerino. El 67,6% son mujeres y el 32,4% varones. En cuanto al cargo de los funcionarios, el 38,2% son TPM, el 20,6% son auxiliares, choferes o administrativos, el 16,1% son nutricionistas, enfermeras o matron/as, el 10,3% son médicos o dentistas, el 5,9% kinesiólogos, el 4,4% es asistente social o educadora de párvulos, el 3% psicólogos y 1,5% tecnólogo médico.

13. Nuestros usuarios recurren frecuentemente a formas de tratamiento alternativas

El 85,2% de los funcionarios señala estar de acuerdo con la afirmación “nuestros usuarios recurren frecuentemente a formas de tratamiento alternativas”. A continuación se analiza por comuna.

Tabla Nº 7: Nuestros usuarios recurren frecuentemente a formas de tratamiento alternativas. Por comuna.

Comuna	De acuerdo	Indeciso	No de acuerdo
Ancud	100%		
Quellón	94,6%		5,4%
C. de Vélez	87,5%		12,5%
Queilen	78,6%	14,3%	7,2%
Dalcahue	75,1%	18,8%	6,3%
Puqueldón	66,6%	16,7%	16,6%

De los funcionarios que están totalmente de acuerdo con esta afirmación, el 52,2% corresponde a TPM y TENS, el 56,2% a médicos o dentistas, el 47,6% a enfermeras/os, nutricionistas o matró/as. El 52% de los funcionarios chilotes, como también el 52% de los afuerinos, están de acuerdo con esta afirmación y si se analiza de acuerdo al sexo de los funcionarios, el 51,9% de las mujeres está de acuerdo y el 52,6% de los varones también señalan estar de acuerdo con la aseveración.

14. En su mayoría los sanadores comunitarios o tradicionales engañan a las personas sin entregarles real solución a sus problemas.

El 29,3% de los profesionales señalan estar de acuerdo en ciertos aspectos en “que su mayoría los sanadores comunitarios o tradicionales engañan a las personas sin entregarles real solución a sus problemas”, el 23,5% en desacuerdo en ciertos aspectos, el 21,7% se muestra indeciso, el 13,9% totalmente de acuerdo y el 11,3% totalmente en desacuerdo. De los profesionales que señalan estar totalmente en desacuerdo con esta afirmación, 9 son profesionales de la salud (1 chilote y 8 no chilotes), 3 son TPM (chilotes) y 1 administrativo (chilote).

Los equipos de salud que en su mayoría están de acuerdo con esta alternativa corresponden en un 26,5% la comuna de Quellón, en un 26,5% la comuna de Queilen y el 17,6% la comuna de Curaco de Vélez. Los demás equipos de salud no son representativos en esta alternativa. Los equipos de las comunas de Ancud y Dalcahue, muestran preferencia por la alternativa en desacuerdo en ciertos aspectos, con un 33,3% y un 22,2% respectivamente. Por último, el 23,1% del equipo de la comuna de Puqueldón se muestra totalmente en desacuerdo.

15. Enfermedades tales como el mal por envidia, el susto, sobreparto y corriente de aire son enfermedades antiguas que ya no le dan a la gente.

En esta sentencia, el 54,7% está totalmente en desacuerdo, el 20,5% en desacuerdo en ciertos aspectos, el 8,5 % de acuerdo en ciertos aspectos, el 8,5% totalmente de acuerdo y el 7,7% señala estar indeciso. Cabe mencionar que de los funcionarios de salud que señalan estar totalmente de acuerdo con esta afirmación, el 100% son nacidos en Chiloé.

De los funcionarios que están en total desacuerdo con esta aseveración se destacan el equipo de Ancud, con un 71,4%, Queilen con un 60,7%, Quellón, con un 59,5% y Curaco de Vélez con un 50%, en menor porcentaje están los equipos de Puqueldón con un 41,7% y Dalcahue con un 31,3%. A nivel general, el 59% de los varones y el 52,6% de las mujeres señalan estar en total desacuerdo con la afirmación.

Tabla N° 8: Enfermedades tales como el mal por envidia, el susto, sobreparto y corriente de aire son enfermedades antiguas que ya no le dan a la gente. Por procedencia.

Comuna	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en ciertos aspectos	Indeciso	En desacuerdo en ciertos aspectos	Totalmente en desacuerdo
Chilotes	10 14,9%	9 13,4%	3 4,5%	13 19,4%	32 47,8%
No chilotes		1 2%	6 12%	11 22%	32 64%

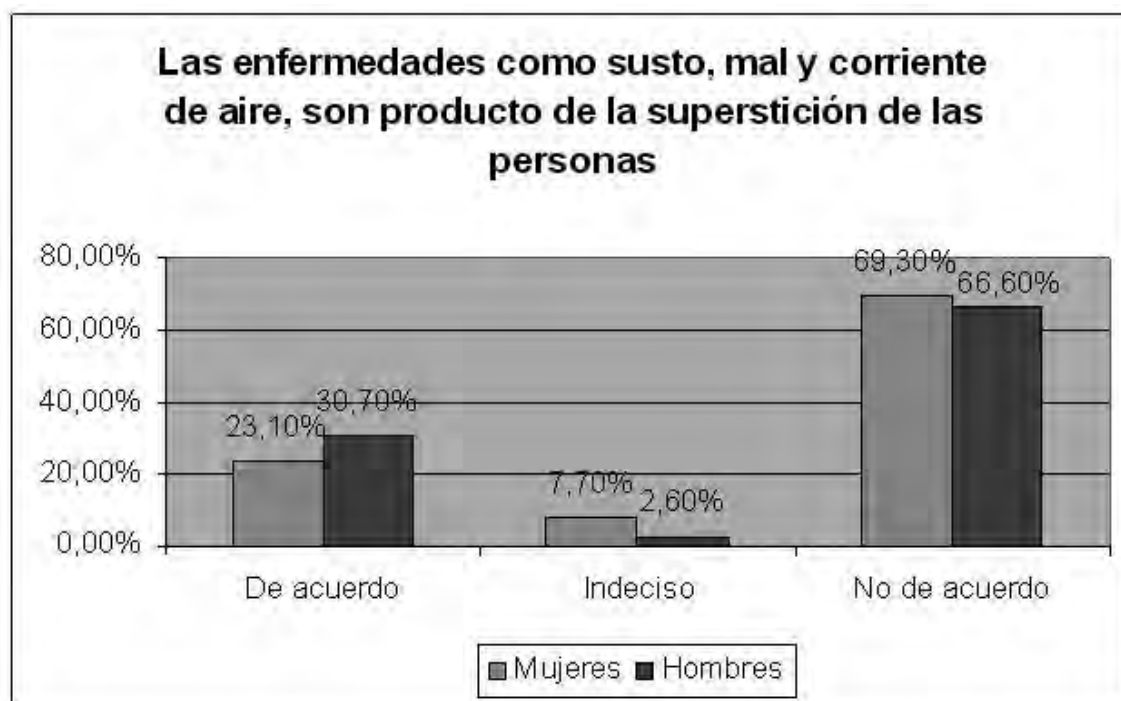
15. Enfermedades tales como el mal por envidia, el susto, sobreparto y corriente de aire son producto de la superstición de las personas.

El 28,1% señala estar totalmente en desacuerdo, el 24,6% de acuerdo en ciertos aspectos, el 21,1% en desacuerdo en ciertos aspectos, el 17,5% está indeciso y el 8,8% está totalmente de acuerdo con la afirmación “enfermedades tales como mal por envidia, el susto, sobreparto y corriente de aire son producto de la superstición de las personas.

El 32,2% de los funcionarios chilotes están en total desacuerdo con esta afirmación, mientras que sólo el 22,4% de los funcionarios afuerinos están en total desacuerdo. El 20% de los funcionarios chilotes y el 22,4% de los funcionarios afuerinos, están en desacuerdo en ciertos aspectos. A continuación, se puede observar en el siguiente gráfico que los resultados no difieren mucho entre hombres y mujeres.

Gráfico N° 4:

Conclusión General



A partir de los resultados obtenidos, podemos sostener que los equipos de salud reconocen la existencia de los síndromes culturales porque la gente manifiesta síntomas, viven la cultura local, valoran este conocimiento y son dolencias vigentes, sin embargo, no saben reconocer síntomas ni saben tratarlos. Sin embargo, es importante destacar que manifiestan posible el complementarse con otros sanadores.

Se aprecia además, que el desconocimiento por parte de los equipos de salud de síndromes culturales como el mal de ojo, empacho, susto y otros similares, se atribuye según el reporte de consultados, a que no están dentro de las categorías diagnósticas del modelo biomédico, es decir, no están “científicamente probadas”. Concordante con este aspecto, se aprecia que la mayoría de los profesionales coincide con que “su formación en salud” les hace negar la existencia de estos síndromes. Es decir, se advierte un desconocimiento o invisibilización de los síndromes culturales, que podría entenderse a la luz de la formación académica. Llama la atención que en el caso del 61,2% de los funcionarios de la salud con procedencia chilota, la formación académica recibida los hace negar la existencia de los SC. Se puede suponer que frente a la formación dentro de un modelo de salud occidental, o bien frente a la presión de la cultura impuesta en Chiloé, se vean obligados a no reconocer la existencia de los SC pertenecientes al modelo tradicional de Chiloé.

Se destaca que el 80,2% de los funcionarios de salud señalan estar de acuerdo con la necesidad de abordar los SC, síndromes que son recurrentes en la población consultante en la provincia. Por esto se hace urgente la necesidad de abrir y discutir el tema con los equipos de salud, a fin de generar acciones de sensibilización, capacitación y formas de abordar estos SC, a través de una red de terapeutas comunitarios pertenecientes al modelo de salud tradicional de Chiloé. Los SC existen, se reconocen, se valoran, pero hay un sistema o formación que impide darles un espacio en la atención, se necesita más capacitación y mayor comprensión para hacer de la articulación algo posible y que se estima como una necesidad en el territorio.

TABLA RESUMEN

Sentencias	Totalmente de acuerdo	De acuerdo en ciertos aspectos	Indeciso	En desacuerdo en ciertos aspectos	Totalmente en desacuerdo
1 Desconozco los síntomas y efectos de los llamados síndromes culturales (mal por envidia, mal de ojo, empacho, susto, corriente de aire, etc) que ellos pueden referir.	25%	44,8%	4,3%	20,7%	5,2%
2 Las personas consultantes me manifiestan síntomas que se relacionan con síndromes culturales.	43,5%	43,8%	1,7%	16,5%	3,5%
3 He atendido a personas que atribuyen sus enfermedades a causas que no son biomédicas	58,3%	20%	11,3%	3,5%	7%
4 Los profesionales de la salud no sabemos de enfermedades como el mal de ojo, empacho y otros similares, pues no están científicamente probadas.	39,7%	32,8%	5,2%	15,5%	6,9%
5 Creo en las enfermedades que identifican las personas (susto, sobrepacho, empacho, etc.), pero mi formación en salud me hace negarlas	23,1%	30,8%	16,2%	17,9%	12%

6 Creo que los profesionales/técnicos de la salud deberíamos estar en condiciones de tratar problemas de salud que las personas atribuyen a síndromes como el mal por envidia, susto, sobrepardo y corriente de aire.	48,3%	31,9%	9,5%	6,9%	3,4%
7 Cuando en la consulta una persona me dice que cree que lo que tiene es una corriente de aire o un empacho, busco darle una explicación científica a la sintomatología que me ha descrito.	36,5%	34,8%	13,9%	8,7%	6,1%
8 No corresponde que los profesionales y técnicos de salud tratemos enfermedades que las personas identifican como males, susto y otras.	9,6%	20%	15,7%	21,7%	33%
9 Es imposible complementarse –como equipos de salud- con sanadores tradicionales, pues ellos entienden de manera distinta los problemas de salud.	40,5%	15,5%	5,2%	13,8%	25%
10 Es posible dar solución a algunos problemas de salud complementando indicaciones médicas con las de sanadores comunitarios (hierbas, ceremonias y rituales, cartas, etc.) y/o complementarias (reiki, acupuntura, flores de Bach, etc.).	71,6%	20,7%	0,9%	2,6%	4,3%

11 Es posible, como <u>establecimiento de salud local</u> , articular un modelo que incorpore otras dimensiones explicativas para los procesos de salud enfermedad.	61,9%	26,5%	8,8%	1,8%	0,9%
12 Las personas no entregan al equipo de salud toda la información que manejan sobre su enfermedad por temor a no ser comprendidos.	58,6%	32,8%	4,3%		4,3%
13 Nuestros usuarios recurren frecuentemente a formas de tratamiento alternativas	52,2%	33%	7,8%	5,2%	1,7%
14 En su mayoría los sanadores comunitarios o tradicionales engañan a las personas sin entregarles real solución a sus problemas.	13,9%	29,6%	21,7%	23,5%	11,3%
15 Enfermedades tales como el mal por envidia, el susto, sobreparto y corriente de aire son enfermedades antiguas que ya no le dan a la gente.	8,5%	8,5%	7,7%	20,5%	54,7%
16 Enfermedades tales como el mal por envidia, el susto, sobreparto y corriente de aire son producto de la superstición de las personas.	8,8%	24,6%	17,5%	21,1%	28,1%

V. SÍNDROMES CULTURALES EN EL ARCHIPIÉLAGO DE CHILOÉ.

MAL, SUSTO, CORRIENTE DE AIRE Y SOBREPARTO.



LA CULTURA VA DE LA MANO. Isla Caguach, Quinchao. 2007



“BARAJANDO LO PILLO”. Sector Quetalco, Dalcahue. 2009

MAL

“La brujería o hechicería, constituye uno de los aspectos más importantes dentro del proceso de salud-enfermedad en la medicina tradicional de América Latina. 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” (APAL, 2003:224).

i. INTRODUCCIÓN

El Mal es una dolencia de tipo sobrenatural o personalista y se trata del síndrome cultural más extendido y frecuente en el Archipiélago de Chiloé. Es la explicación que se da para situaciones como problemas familiares complejos, enfermedades graves o para las cuales el sistema médico oficial no entrega respuestas satisfactorias y también puede causar otros síndromes culturales.

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), reconoce el síndrome de Mal que desarrollaremos en este capítulo con el nombre de Brujería¹⁰ (APAL, 2003:224-226) y lo sitúa en el contexto de los *Síndromes Culturales Propiamente Latinoamericanos*. La importancia de este síndrome cultural a nivel latinoamericano se refleja en la amplia descripción que la GLADP hace de él, la que da cuenta de los numerosos estudios que existen al respecto. Los nombres que este síndrome tiene a lo largo del continente son: “chizo, daño, embrujamiento, encantamiento, enfermedad mala, enfermedad regalada, escupirle, hechicería, hechizo, mal de gente, mal echado, mal puesto, maldad, trabajo, trabajo malo” (APAL, 2003:224). En Chiloé el síndrome se conoce actualmente como mal, mal por envidia, daño, mal tirado, mal malo, trabajo, llancazo, brujería, hechicería, enfermedad acompañada, enfermedad

¹⁰ En Chiloé el Mal está directamente relacionado con la brujería, por lo que no se debe confundir con el Mal de Ojo, otro síndrome cultural, que si bien se encuentra presente en Chiloé, tiene una mucho menor frecuencia y sus causas se asocian más bien al ser víctima de una “mirada fuerte” por parte de una persona, que incluso podría no haber tenido la intención de hacerlo, contrariamente a lo que ocurre con el Mal, en que las personas asumen que existió una acción voluntaria por ocasionarlo. El Mal de Ojo afecta principalmente a niños y en ocasiones también a adultos y a animales y su sintomatología, prevención y tratamiento difieren del Mal.

con dueño. El uso de una u otra denominación dependerá de las características que tenga el síndrome (p.ej. si se da solo o acompañado de una enfermedad orgánica), de la localidad en que resida la persona y/o de la identidad étnica que se tenga.

No obstante lo anterior, el Mal y la Brujería tienen referentes alrededor de todo el mundo. El continente africano y las culturas afrodescendientes tienen una amplia religiosidad vinculada a la brujería; en Asia el fenómeno está igualmente presente, registrándose incluso casos recientes en los que ha debido intervenir Amnistía Internacional denunciando las muertes de personas que por ser considerados brujos por la comunidad son quemados vivos en Papúa Nueva Guinea¹¹; Europa tuvo igualmente una historia ligada a la Brujería, especialmente en la Edad Media, donde miles de mujeres fueron quemadas en la hoguera acusadas de brujería. Además del desarrollo propio que tuvo la Brujería en los pueblos originarios de América, la influencia de los conquistadores europeos, así como de los esclavos que llegaron de África a algunos países del continente fueron influyendo igualmente en la conformación de la Brujería en nuestro continente.

La GLADP describe la Brujería como un “Conjunto de procedimientos que se acompañan de una serie de materiales mágicos y actos rituales, así como de 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” (ibídem). Esta descripción de la Brujería hecha por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se ajusta plenamente a la realidad de Chiloé.

A diferencia de otros síndromes estudiados en esta investigación, donde su origen estaba más claramente identificado, en relación a la brujería y los síndromes asociados a ella, se presentan en Latinoamérica no sólo paralelismos en sus formas de expresión, sino también una mezcla de rasgos propios de creencias prehispánicas y europeas (APAL, 2003:226). En el caso del síndrome cultural de Mal en Chiloé, aún cuando existen patrones comunes a los de otras culturas del país, del continente y de Europa, se dan en el Archipiélago algunas características particulares, muy

¹¹ En: <http://ecodiario.economista.es/internacional/noticias/1031561/02/09/PapuaNueva-Guinea-Amnistia-denuncia-el-aumento-de-los-asesinatos-por-casos-de-brujeria-en-Papua-Nueva-Guinea.html>

relacionadas a la historia y cultura locales, por lo que en esta introducción nos extenderemos en la descripción de dicho contexto histórico cultural para aportar a la mejor comprensión del síndrome.

a. Origen de la Brujería en Chiloé

Como mencionábamos en el capítulo sobre el contexto histórico cultural de Chiloé, la mezcla o sincretismo cultural que se produjo en este territorio –chono, williche, español, mestizo- aporta en gran medida a las características de la brujería en Chiloé, la que estuvo igualmente mediada por acontecimientos históricos.

Entre los factores culturales asociados a la brujería, las **creencias religiosas** y las **prácticas chamánicas** serían elementos importantes. Rojas señala que uno de los principales aportes de la cultura williche en la conformación de la cultura chilota fueron precisamente esos dos elementos, los que aún cuando no se han estudiado profundamente, habrían sido muy similares a los mapuche-williche del continente. Según el autor, en esta “concepción de mundo, todo lo existente tenía un espíritu o estaba animado por uno de ellos, incluyendo animales, árboles, plantas, volcanes y cometas” (Rojas, 2002:18).

Esta **concepción religiosa** animista, que atribuye un espíritu a animales, plantas, piedras, personas muertas, objetos, entre otros, se encontraba también presente en los pueblos originarios de Chiloé y se habría mantenido en parte en el tiempo, explicando la frecuencia con la que incluso en la actualidad se atribuyen características, dones o propiedades a diversos elementos de la naturaleza. Ejemplo de ello en el ámbito de la brujería, es la existencia de pájaros que se supone son brujos o enviados de ellos; la existencia de luces y de bolas de fuego que tienen cargas o representan a espíritus negativos; la presencia de lagartijas y otros animales, que encarnan poderes o energías malignas.

Las **prácticas chamánicas**, por su parte, tienen una función social relacionada con el entregar respuestas inmediatas a situaciones límites, como las enfermedades, sequías, mortandad, ofreciendo –según E. Jensen- una “vivencia anímica, que libera a la colectividad de un peso que la oprime” (en Rojas, 2002:21), de ahí su importancia al interior de las distintas sociedades, ya que permite regular procesos y buscar respuestas a fenómenos que no son fácilmente controlables por las personas.

En Chiloé, así como en el resto de los territorios ocupados por pueblos originarios, las creencias religiosas y las prácticas chamánicas habrían contribuido

a mantener un orden social y de creencias que se desarrollaba adecuadamente. No obstante –y siguiendo la hipótesis que Rojas propone al respecto- la llegada de los conquistadores a Chiloé, a mediados del siglo XVI, provoca una “profunda alteración, desarticulación y posterior destrucción del sistema chamánico” (Rojas, 2002:59). Esta destrucción habría estado dada, según el autor, por el impacto provocado por la evangelización. El machi, hasta entonces autoridad religiosa, espiritual (mediador entre la comunidad y los seres superiores) y de sanación, era reconocido y valorado como tal en las comunidades. Con la llegada del cristianismo, sus funciones religiosas y espirituales fueron asumidas por sacerdotes, fiscales, patronos y el Cabildo, quedando restringido el machi sólo a sus funciones de curandero y con una escasa influencia política y social. Se perdían así dos importantes funciones ejercidas por los machi: su trascendencia chamánica (la posibilidad de comunicarse con los espíritus y recurrir a la magia) y su rol de mediador y agente capaz de velar por la justicia en sus comunidades. Estas dos áreas, la magia y la justicia, serían las que posteriormente desarrollaría la hechicería chilota al interior de las comunidades indígenas (ibidem, pp. 55-59).

Los chamanes y hechiceros habrían existido desde antes de la llegada de los españoles, formando parte de las estructuras de poder existentes y siendo quienes manejaban y mantenían en equilibrio las fuerzas del bien y del mal, respectivamente. Con la evangelización y la consiguiente persecución de las prácticas y ritos mágicos, la destrucción del sistema chamánico y la postergación de los machi, la hechicería pasó a tener mayor relevancia al interior de las comunidades y, al mismo tiempo, asumió nuevas funciones, tanto en los rituales mágico curativos –antes desarrollados por los machi- como en la regulación de la brujería y administración de la justicia. No obstante, y a pesar de haber desaparecido el chamanismo y haber asumido los hechiceros parte de las funciones que los machi desarrollaban, no pudieron desprenderse de la carga negativa que siempre tuvieron, por lo que continuaron siendo relacionados con la brujería y los espíritus malignos. Sin embargo, dado que los chamanes ya no estaban presentes, los brujos asumieron algunas funciones positivas dentro de la comunidad, con lo que adquirieron un rol ambiguo, a veces positivo y a veces negativo, dependiendo de la naturaleza de los ritos que desarrollaran y los objetivos que los movieran (Rojas, 2002).

En relación a este ‘doble rol’ de las y los machi (y por extensión chamanes, sanadores, médicos) y los brujos (hechiceros o kalku en la cultura mapuche), es necesario precisar que ambos representan un opuesto complementario: bien/mal. Si bien cada uno tiene un rol definido, ambos manejan fuerzas que igualmente pueden operar en los ámbitos contrarios. El machi, al conocer y combatir las fuerzas del mal

puede eventualmente utilizar estas fuerzas, aún cuando no es su rol tradicional; el brujo por su parte, puede ser requerido para restablecer la salud de personas cercanas que han sido afectadas por una enfermedad o brujería. En Citarella (1995:109-112) se encuentran mayores referencias sobre este tema.

En cuanto al origen de la brujería en Chiloé, Rojas (2002) hace referencia a distintos autores que mencionan otros factores histórico-sociales que igualmente habrían contribuido a la sobrevivencia de antiguas prácticas mágicas que permitían satisfacer determinadas necesidades de la comunidad. Entre estos factores se encuentra el aislamiento y marginación en el que se encontraban las comunidades de Chiloé, lo que dificultaba su acceso a la justicia, la religión y la salud; la escasa presencia de funcionarios judiciales, médicos y religiosos hasta avanzado el siglo XIX; una deficiente interpretación y administración de la justicia por parte de los pocos funcionarios destinados a ello, que finalmente tomaban medidas arbitrarias y basadas en el parentesco y compadrazgo, debilitando su imagen y autoridad ante la comunidad.

Cárdenas, Montiel y Hall (1993), señalan que estos acontecimientos históricos, así como la represión sufrida por los indígenas de parte de los españoles¹², habrían alentado la formación de grupos clandestinos de resistencia a la dominación española, similares a los que años más tarde darían origen a una organización llamada La Recta

¹² La primera resistencia realizada por los indígenas fue en 1556, cuando la expedición de Villagra desembarcó en la Isla Quinchao, la que no tuvo éxito. En 1567 Martín Ruiz de Gamboa funda Castro –en la zona centro oriental de la isla- sin ninguna resistencia indígena. Recién en 1600, seiscientos indígenas apoyados por el corsario holandés Baltasar Cordes destruyen y saquean la ciudad de Castro, siendo fuertemente reprimidos por los españoles. Entre las consecuencias que los indígenas debieron pagar por este acto de resistencia, fue el asesinato de dieciocho caciques, quemados vivos, y más de treinta, que fueron ahorcados. Durante los años 1643 y 1663 hubo nuevos enfrentamientos entre indígenas y españoles, pero fracasaron igualmente. No obstante, el 10 de febrero de 1712 se realizó un alzamiento general, acordado unos días antes por los caciques de Chiloé que se habían convocado en un juego de palín realizado en Quilquico (algunos autores señalan que habría sido un juego de linao, más propio de este territorio, ver Trivero, 2004 y López Von Vriessen, 2004 y 1992). El alzamiento del 10 de febrero fue entonces en diferentes focos a lo largo del archipiélago, con especial énfasis en la isla de Quinchao, sin embargo igualmente fueron reducidos y dispersados (Rojas, 2002). A partir de mediados del siglo XVIII, la resistencia tuvo otras formas, traducándose más bien en denuncias por parte de los huilliche ante las autoridades de las injusticias que cometían los encomenderos. Cuando estas denuncias no eran atendidas, los indígenas y sus caciques se dirigían masivamente hasta el Gobernador, e incluso en una ocasión llegaron hasta la Real Audiencia, en Santiago. Además, los indígenas encomendados atrasaban el pago de impuestos, los pagaban incompletos, demoraban su ritmo de trabajo, dilataban o suspendían el tráfico terrestre y marítimo de productos. Una vez abolido el sistema de encomiendas en Chiloé, en 1782, fueron liberados sesenta y dos pueblos de indios y los indígenas se convirtieron en tributarios de la Corona. Por disposición del Virrey, en cada pueblo de indios se nombraron alcaldes, regidores y alguaciles indígenas, cuyas funciones se restringían a la recaudación de tributos. Por esta razón, hacia fines de siglo, los huilliche expresaron su deseo de obtener cargos de jurisdicción para administrar justicia y pedían además que se estableciera un Procurador de Indios y que se les permitiera elegir a ellos a un corregidor de su propio pueblo para administrar justicia, entre otras demandas. Estas solicitudes quedaron en ser estudiadas por las autoridades pertinentes, dilatándose por años su respuesta.

Provincia. Estas 'sectas', como las denominan los autores, habrían usado el factor psicológico como fuente de poder para amedrentar a los españoles, aprovechando los temores que se originaban en sus propias concepciones sobrenaturales. Las acciones de resistencia de estas organizaciones habrían comprometido el ámbito personal, social, político, religioso y cultural (Cárdenas et al. 1993:26). Rojas, por su parte, señala que no existen antecedentes históricos suficientes para darle a La Recta Provincia un carácter anticolonialista y que se trataba además de una organización formada por un sector minoritario de indígenas -aquellos ligados a la hechicería- pero no por el pueblo huilliche en general (Rojas, 2002:66).

Independientemente de sus motivaciones originales, lo importante es destacar la formación de un movimiento asociado a la brujería y magia propio y particular de esta zona geográfica y que no se reconoce en otros territorios con las características presentes en Chiloé.

No está clara la fecha en que se habría conformado La Recta Provincia, pero se estima que habría sido a fines del siglo XVIII. Esta sociedad, conocida también como 'Médicos de la Tierra' y más ampliamente como 'La Mayoría'¹³, estaba formada por hombres y mujeres, brujos y curanderos y se organizaba jerárquicamente con un modelo que tomaba elementos propios de la institucionalidad española (Cabildo), asumiendo sus integrantes cargos bien definidos y con funciones precisas, siendo el cargo de mayor jerarquía el de Rey o Presidente, que tenía residencia en el sector de Payos (zona sur oriental de la Isla Grande) y se le denominaba Rey de Payos o Rey de Las Españas; luego venían otros cargos, como Virrey, Visitador General, Comandante, Diputado, etc. La plana mayor estaba formada por trece brujos y luego había otros brujos 'menores'. La organización estaba igualmente distribuida en distintos sectores del Archipiélago, los que recibían un nombre distinto al original, entre los que podemos mencionar España (Payos), Salamanca (Tenaún y Quicaví), Bolivia (Isla Quehui), Buenos Aires (Achao). En este contexto, el territorio global de Chiloé era el que recibía la denominación de "Recta Provincia" (Rojas, 2002:70, 119 a 122).

Entre las funciones de la organización estaban el mantener el control social en las localidades en las que se encontraba presente. Esto se traducía en el ejercicio

¹³ Es probable que con este nombre "hayan querido designar a quienes eran los depositarios de la sabiduría, el conocimiento, las tradiciones ancestrales; es decir, los 'mayores', término que aún sobrevive en las comunidades indígenas" (Rojas, 2002:122).

de funciones que, en el caso del Rey de cada jurisdicción consistía en “acoger las demandas presentadas por las víctimas de algún agravio, injusticia o mal; castigar a los culpables; dictar sentencias de muerte; confirmar sentencias expedidas por jefes subalternos; ordenar que éstas se cumplieran o ejecutarlas por sí mismo” (Rojas, 2002:125). También el rey debía averiguar la identidad de quienes habían cometido delitos; descubrir a los brujos causantes de algún ‘mal tirado’; recibir las quejas de quienes habiendo solicitado los servicios de un curandero no habían quedado satisfechos; controlar a brujos y machi que se trasladaban a otras localidades y castigar a los que no solicitaban permiso para ello, entre otras funciones (ibidem).

Las acciones desarrolladas por sus integrantes, sus formas de operación, las jerarquías y funciones de cada uno de ellos, las localidades en las que se encontraban, entre otros antecedentes, están documentadas en las declaraciones que se hicieron en el marco del Proceso a los Brujos de Chiloé, que se llevó a cabo en el Juzgado de Ancud en el año 1880 y que fue instruido por el Intendente de la Provincia de Chiloé, don Luis Martiniano Rodríguez, dados los antecedentes que en la época se manejaban de esta organización y debido a que “en el último cuarto del siglo XIX sus actividades no se limitaron a simples actos de hechicería sino que decididamente se dedicaron a asesinar por cuenta propia y ajena, extendiéndose el terror en todas las islas y comarcas del Archipiélago de Chiloé” (Proceso, 1960:124)¹⁴. Este documento es el único registro histórico sobre esta organización de brujos y, debido a que se trataba de un juicio llevado por la justicia ordinaria, recoge testimonios acerca de las labores y actividades delictivas que los integrantes de la organización realizaban, no encontrándose referencias ni menciones de parte de los brujos sometidos a proceso a los poderes mágicos o sobrenaturales que supuestamente pudieran tener.

En el mencionado juicio y ante la consulta por parte del juez acerca del origen de La Recta Provincia, Mateo Coñuecar, de 70 años, natural de Tenaún y uno de los principales implicados en la sociedad de brujos, relata que el origen estaría “*en un tiempo de que ya no se tiene noticia, pero ya en la dominación española*” (Proceso, 1960:127). Según lo que Coñuecar habría escuchado de su padre, un hombre apellidado Moraleda habría llegado en buque a Tenaún desde el sector de Payos, donde no habría tenido

¹⁴ Parte de las declaraciones realizadas en el juicio, que se extendió entre marzo de 1880 y febrero de 1881 fueron enviadas por Ramón Espech a B. Vicuña Mackenna una vez finalizado el juicio, quien finalmente no hizo uso de ellas, quedando archivadas. En 1908 algunas de las declaraciones fueron publicadas en Santiago con el título de **Los Brujos de Chiloé. Célebre Proceso del Juzgado de Ancud. Declaración de los Reos**. Posteriormente, en 1960, las declaraciones que en su oportunidad Espech envió a Vicuña Mackenna fueron publicadas en los Anales Chilenos de Historia de la Medicina como **Proceso de los Brujos de Chiloé**.

éxito en convencer a algunos de los naturales de acompañarlo a España. Siguiendo hacia el norte habría recalado en Tenaún, donde habría protagonizado un duelo con una hechicera del sector de Quetalco, llamada Chillpila, evento que daría luego origen a la sociedad de brujos. Según el relato de Coñuecar, Moraleda se habría presentado como un hechicero, transformándose en varios animales para demostrar estos supuestos poderes y convencerlos de que debían acompañarlo a España, ante lo cual los habitantes del lugar trajeron desde una localidad vecina a Chillpila. Entre las pruebas que hizo la hechicera, logró que el barco de Moraleda, que se encontraba anclado en la costa, quedara en seco y posteriormente lo puso nuevamente a flote¹⁵, con lo que se ganó la admiración del español, que asumiendo su derrota le entregó como señal de reconocimiento un libro de hechicería para que le fuera enseñado a los demás indígenas (Proceso. 1960, 127-128).

El individuo al que hacía referencia Coñuecar sería el cartógrafo español José Manuel de Moraleda y Montero, que recorrió desde el Archipiélago de Chiloé al Archipiélago de Los Chonos o Guaitecas entre 1787 y 1793 haciendo un levantamiento cartográfico de la zona. En su viaje hizo registros cartográficos e hidrográficos, sin embargo, igualmente recogió algunos aspectos relacionados con las costumbres, clima, historia y carácter de sus habitantes. En ese contexto llegó efectivamente en un primer momento a la región de Payos (sur de la Isla Grande) y luego siguió bordeando la costa hacia el norte, hasta llegar a Tenaún en el año 1787 (Rojas, 2002:73).

No obstante, llama la atención que Moraleda haya quedado en el relato oral identificado como un hechicero, ya que en su diario de viaje, el cartógrafo –además de no hacer mención a su encuentro con la Chillpila en su paso por Tenaún- hace referencias muy despectivas sobre las prácticas y creencias supersticiosas de los indios de Chiloé que consultaban a los machi, señalando en parte de su registro que *“Yo desee presenciar una consulta de estos miserables fanáticos pretendidos adivinos, pero no lo conseguí, porque me creían a mi más machi, adivino o brujo que todos ellos, i lejos de concurrir a mi deseo, se alejaban de mi vista temerosos”* (ibidem:74). Al respecto, pensamos que tal vez en algún momento, como una forma de acercarse a los indígenas y aprovechando la imagen que dice que tenían de él, se hizo pasar por hechicero o hizo alguna demostración que fue interpretada por éstos como un acto de hechicería y que luego se fue transmitiendo oralmente.

¹⁵ Espech señala en el documento enviado a Vicuña Mackenna, que la Chillpila habría logrado hacer esta prueba valiéndose de las diferencias entre las mareas altas y bajas, que en Chiloé alcanzan hasta los 6 metros.

En el Proceso (1960: 127-131) Coñuecar señala que el libro de hechicería que Moraleda entregó a la Chillpila fue llevado por ella al poblado de Quicaví y conservado ahí hasta finales del siglo XIX, denominándosele el “libro de arte”. En esa misma época se habría construido en Quicaví una casa subterránea que pasó a llamarse “Cueva de Quicaví” o “La Casa Grande”. Esta sería la cueva donde se reunían los principales jefes de La Mayoría. La Cueva de Quicaví era custodiada por el Chibato (sic) y el Ibunche (sic), que son definidos en el Proceso como *“dos seres completamente desfigurados que se parecían el uno a un chibato porque también se arrastraba y el otro era un hombre desnudo y con una barba y el pelo que le llegaban a la mitad del cuerpo y que eran completamente blancos”* (ibidem, p.128) y entre los objetos de valor que se encontraban en la cueva, además del libro de arte entregado por Moraleda, estaba la llave de la cueva, que era de ‘alquimia’ (latón). Asimismo, se le exigía a quienes ingresaban a la organización contar con un challanco, mapa o revisorio, que es una piedra cristalina que sirve para distinguir a los que son brujos y un macuñ o chaleco hecho con la piel de los brujos que mueren y que emite una luz especial que los distingue. Los brujos y curanderos, disponían además de una serie de hierbas, piedras y huesos de animales (venado y camahueto) que servían para preparar remedios, venenos y contravenenos¹⁶.

Si bien el proceso judicial llevado a cabo contra los integrantes de la Recta Provincia a fines del siglo XIX los debilitó como organización y aparentemente los habría hecho desaparecer, aún en la actualidad los relatos hechos por muchas personas en Chiloé y por algunos de nuestros entrevistados dan cuenta de que en relación al síndrome de Mal, varios de los elementos vinculados a la sociedad de brujos aún perduran hoy en día, entre éstos el considerar que tras el mal que ha sufrido un integrante de la familia ha estado involucrada La Mayoría (aún sin mencionar el nombre); el haber evaluado la compra de un seguro para evitar ser afectado por un mal; el haber recibido la visita de una persona que se supuso era un enviado de la organización para requerir información de la familia; haber visto luces que se asociaron a la presencia de brujos, entre otras. En muchos casos las personas tienen incluso una lejana referencia a la organización de brujos o incluso dicen no haber escuchado mayores detalles sobre ella, pero en sus prácticas y vivencias se encuentran elementos que se asocian a los utilizados hace siglos atrás por sus integrantes. De esta forma, la brujería en Chiloé sigue estando viva y se asume como un fenómeno real y no como una leyenda, mitología o superstición.

¹⁶ Mayores referencias el relato de la Chillpila y Moraleda, se pueden encontrar en Proceso (1960:127-128), Rojas (2002:70-76).

b. Claves culturales para aproximarse al Mal

Presentamos a continuación una serie de costumbres, imágenes, artilugios y elementos vinculados a la brujería en Chiloé y que permitirán comprender mejor algunos de los signos y síntomas vinculados al síndrome de Mal. Es importante considerar estos elementos ya que varios de ellos, como lo menciona Zolla en su definición de *síndromes de filiación cultural*, representan “*claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica*” (en: Campos, 2002:186).

La información que se presenta fue extraída del Diccionario de la Brujería (Romo, 1989), de Folklore Médico de Chiloé (Romo, 2001), y de El libro de la Mitología (Cárdenas, 1998)¹⁷. Los conceptos que se presentan se seleccionaron por tener relación con la información recogida en la investigación realizada en terreno.

b.1. Prácticas, Procedimientos, Tratamientos.

Bebedizo. m. Veneno que el brujo da a su víctima en algún líquido. (Los maleficios en Chiloé se clasifican en: mal tirado -producido a distancia-, bebedizo y bocado. El término «bebedizo» es antiguo en la hechicería española, aunque en un sentido más restringido: «bebida que los magos negros de todo linaje y categoría atribuyen la virtud de excitar el amor de la persona que lo bebe hacia la persona que se lo da». (*)

Bocado m. “Bocado es un remedio que usan los brujos para causar a los hombres una enfermedad que les hincha la barriga, que les da mucha sed, muchos vómitos, sin que les permita parar nada en el estómago y que los aniquila por completo hasta que llegan a morir. Ese remedio lo hacen de lagartijas y sapos que secan al sol y después en una pequeña narigada le ponen el polvo en alguna bebida que se quiere dar a la víctima. Suelen llegar a restablecerse de esta enfermedad, aplicando las mismas lagartijas y sapos tostados con sal también en una pequeña narigada y tomando esto con agua bendita. Así, en una semana puede restablecerse”. (Proceso:135). Del español: “veneno que se administra a una persona en la comida”. (**)

Bultos. m. Ulceraciones internas, enfermedad atribuida a la acción de los brujos. (*)

¹⁷ La información extraída del Diccionario de Brujería (Romo, 1989), se señala con (*); la de Folklore Médico... (Romo, 2001) con (**) y la de El Libro de la Mitología... (Cárdenas, 1998) con (***)

Contra f. Antídoto, contraveneno. Medicina o acción de carácter mágico destinada a anular los efectos de los maleficios. (Cárdenas, Contreras, Quintana, Tangol). (**).

Enlesar. v. «Acción de los brujos de aturdir a las personas o dejarlas muy simplonas. El enlesamiento puede ser temporal o definitivo». El enlesamiento temporal consiste en «desorientar a una persona mientras anda por un camino, diablura que hacen los brujos con la gente limpia. El enlesado se extravía; ve delante de él cercas inmensamente altas que no se atreve a pasar; se le presentan cerros también muy altos, árboles gigantescos, etcétera» (*)

Flechazo. m. El «mal tirado», o sea, el maleficio que el brujo lanza desde la distancia. (Es mito de origen mapuche. Los brujos mapuches, los «kalku» utilizaban a los «wekufu» para realizar sus maleficios. El «wekufu» «no tenía forma determinada: era más bien una fuerza o espíritu elemental, que tomaba la forma designada por el brujo mandante. (Por lo general era como una flecha invisible tirada por el brujo y que daba irrevocablemente en el blanco a que estaba destinada. Por esto la supuesta brujería se llamaba el «mal tirado», expresión que todavía conserva el pueblo chileno en el mismo concepto». (*)

Llancazo. m. El mal tirado, o sea, el maleficio lanzado a la distancia. Reducción por aféresis de «challanco» en su acepción de “macuñ”. (*)

Mal tirado. m. Es la enfermedad causada por la acción maléfica de algún brujo y que puede llegar a causar la muerte. (*)

Sajar: Cortar o producir laceraciones el brujo en la piel de su víctima, a fin de atemorizarla, para determinar su inmunidad o para obtener sangre con la que escriben. Esta acción es advertida tardíamente, después de una somnolencia o del paso de un pajarillo que merodeaba. [“Para causar las enfermedades el brujo puede recurrir al mal puesto o al mal tirado. En el primer caso debe sajar a la persona antes de causar el daño”] (Nicasio Tangol. Chiloé...). (***)

Tomar a cargo. «Ocasionalmente daños incesantes a una persona, especialmente en la salud de su familia, hasta el extremo de exterminársela si no se acude luego a la Mayoría». (*)

Tomar los alientos. «Operación que los brujos practican para causar una enfermedad rara en los limpios (...). Se presume que le extraen a la víctima saliva y jugo de los

órganos genitales, sustancias que dan a beber a un sapo que aprisionan en una charca. Desde este instante el ánimo de la persona pasa casi completamente al batracio y el brujo maneja a su arbitrio a la pobre víctima. Si quiere producirle dolores, le basta con martirizar al sapo. (*)

b.2. Elementos Vinculados a La Mayoría

Aceite humano. m. Combustible usado por los brujos para generar la luz que irradia el *macuñ* para alumbrar su camino. También para el farol que lleva el caballo marino cuando lo usan los brujos. (*)

Agente de seguros. m. Lllaman así a los individuos que, enviados por los brujos, cobran contribuciones a cambio de protección. (*)

Contribuyente. m. Persona que paga contribución periódicamente a los brujos de su distrito, para librarse ella y su familia de recibir daños de su parte. (*)

Challanco. m. Aparato que usa el jefe de los brujos para identificar al causante de la enfermedad que aflige a quien acude a él en busca de justicia. Según unos, es un simple lavatorio con agua, otros creen que es un espejo, una bola de vidrio, una piedra transparente o una tapa de botella de vidrio. Es tradición de origen mapuche, pues según señalaba el cronista Diego de Rosales en el siglo XVI: *«mientras los soldados andan en la guerra los hechiceros están consultando al demonio sobre el suceso de los suyos, incensando con tabaco a las tierras enemigas y haciendo sus invocaciones. Y en una batea de agua les muestra el demonio lo que pasa, dónde están y lo que les ha sucedido, bueno y malo»* (*)

Macuñ. m. «Es un chaleco hecho de cuero de difunto, parece del pecho del ser humano. No tiene espaldar y se ata con cordones a la espalda. Mientras no se usa el macuñ se enrolla como erizo. Y al extenderlo el brujo y ponérselo, alumbra como el mejor farol (...). Las personas que han visto un macuñ dicen que es una cosa parecida a una 'cola', más suave que la seda, y que, si se le desdobra, grita: 'thac', salta y vuelve a enrollarse, infundiendo así profundo temor al limpio que se ha atrevido a tocarlo». Otro autor agrega: *«el macuñ es un instrumento de alta importancia. Sin él el brujo no sería nada. Con éste puede convertirse en animal, volar, abrir puertas, hacerse invisible, usar ciertas expresiones cabalísticas»*). Las propiedades del macuñ en cuanto a hacer volar a su dueño, alumbrar su camino y detectar la presencia humana, son reconocidas por todos los autores consultados.// «Cierta luz que producen los brujos con el aceite humano, con el cual frotan el challanco». (*). Debido a la práctica de sacar la piel de

los cadáveres que se atribuye a los brujos, éstos son igualmente conocidos en Chiloé como ‘pelapechos’.

[La sacan de los cadáveres “a la izquierda del cuerpo y en dirección del pecho hacia la barriga. Esa piel la curten con ciertas yerbas y enseguida los brujos se la cuelgan con sus cordones al lado izquierdo y con ella andan de noche produciendo una luz especial que los distingue...”] (Proceso a los Brujos..., p.130. Declara: Mateo Coñuecar) (***)

Malín m. Pequeño pedazo de vidrio que se saca de un vaso o botella para sajar. (Cavada).- Malín es palabra mapuche, nombre que daban a un pedacito de “piedra quepu” con el que sangraban con fines médicos. (**)

b.3. Terminología

Cristiano. Sinónimo de «limpio». (*)

Dueños. m. Se llama así también a los brujos «porque determinan en cierto modo la vida del Imbunche». (*)

Hechicería. f. Sinónimo de «brujería» en la mayoría de las localidades. (*)

Hechicero. m. El brujo. (*)

Limpio. m. La persona que no tiene vinculación alguna con los brujos. (*)

Mal. m. «Las enfermedades, males o daños son impuestos o dados o propinados, en la comida, o en la bebida o en una flor, o son sopladados o tirados, lo que se hace por un cañuto que los brujos soplan en dirección a la persona a quien quieren hacer el daño». (*)

ii. DISTRIBUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La brujería –y en consecuencia el síndrome cultural de Mal- es un fenómeno que se encuentra presente a lo largo de la historia de la humanidad y en los distintos continentes. Como mencionábamos al inicio de este capítulo, existen elementos que

se repiten o son paralelos en los distintos contextos culturales y otros que son propios de cada uno. En el caso de Latinoamérica, de acuerdo a la revisión bibliográfica hecha en la GLADP (APAL, 2003:224), el mal o brujería es un síndrome cultural frecuente y con características similares en cada uno de los países en los que se ha hecho investigación al respecto. Por esta razón, y para efectos de la información que presentamos de aquí en adelante sobre el mal o mal por brujería, y dado que el material con el que contamos para el caso de Chiloé es abundante, cuando sea necesario haremos una revisión comparada utilizando las referencias que sobre este síndrome recoge la GLADP en otros contextos culturales latinoamericanos, por tratarse de realidades más cercanas en lo geográfico, histórico y cultural.

En Chiloé, el mal es un síndrome ampliamente extendido y se encuentra distribuido en todo el Archipiélago, tanto en sectores rurales como urbanos. Afecta principalmente a personas adultas, hombres y mujeres y es transversal a todas las clases sociales, aún cuando es más comúnmente referido o explicitado por personas de sectores rurales.

En una investigación-acción realizada entre los años 2005 y 2006 con Técnicos Paramédicos de las comunas de Quinchao, Curaco de Vélez, Quemchi y Puqueldón, se les solicitó que recogieran las causas de muerte indicadas en los certificados de defunción de las personas fallecidas en sus localidades durante el año 2004 y luego pidieran a la comunidad su opinión acerca de la causa que ellos estimaban que había provocado su fallecimiento. En la comuna de Quinchao, de las 31 muertes registradas, 7 eran atribuidas por la comunidad a brujería; en Puqueldón de 80 fallecidos en la comuna entre 2002 y 2004, la comunidad atribuía el mal, brujería o las enfermedades acompañadas como causa de la muerte al menos en 13 de esos casos. La cifra puede ser baja considerando que probablemente los entrevistados no conocían a todos los fallecidos y las circunstancias de su muerte, sin embargo, en un análisis más detallado, una de las localidades de Puqueldón registró 7 fallecimientos en el año 2004, 6 de los cuales fueron atribuidos por los entrevistados de la comunidad a Brujería; en otra de las localidades, de 7 muertes ocurridas el año 2003, 4 fueron atribuidas a males y brujería. Las causas de muerte según el diagnóstico biomédico en su mayoría corresponden a distintos tipos de cáncer.

De acuerdo a la percepción de la Psiquiatra del Hospital de Castro, Dra. Jacqueline Sánchez, a partir de su experiencia como Psiquiatra única del Servicio de Psiquiatría y de Salud Mental del Hospital de Castro (donde se atiende a pacientes de ocho de las diez comunas del Archipiélago) y también por las consultas que recibe en forma particular, el perfil de los consultantes que dicen sufrir un

Mal, es mayoritariamente de hombres entre 25 a 35 años de edad, y por lo general provenientes de las islas menores del Archipiélago. La consulta tanto en el Hospital como en la atención que realiza en forma particular es muy frecuente y ella estima que recibe en promedio un caso semanal, sin embargo se trata de casos extremos, en los que el enfermo y su familia ya han consultado y agotado esfuerzos en el sistema médico tradicional.

En nuestra actual investigación, de las 16 personas entrevistadas que decían sufrir o haber sufrido directamente de este síndrome, además de 4 casos referidos indirectamente, 11 correspondían a mujeres y 9 a hombres; sus edades al momento de sufrir el mal fluctuaban entre los 14 y los 70 años aproximadamente; 9 de ellos eran adolescentes y jóvenes hasta los 24 años aproximadamente; 7 eran adultos y 4 eran adultos mayores (65 años y más). Todos pertenecen a sectores rurales, tanto de la Isla Grande como de algunas islas del Archipiélago.

Dado que su causa se atribuye principalmente a ser objeto de envidia, el mal afecta a personas que de una u otra manera destacan o sobresalen al interior de su familia y/o de su comunidad, ya sea por tener una personalidad extrovertida, por tener muchos amigos o conocidos, contar con una familia unida y trabajadora, tener más bienes o recursos económicos (tierras, trabajo estable, bienes muebles, etc.) que el promedio de sus pares, entre otras razones dadas por los entrevistados.

iii. ETIOLOGÍA/CAUSAS

“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 la gran variedad de rasgos de conducta, directamente observables o deducidos, permite 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 (Álvarez Heydenreich, 1976). Entre la población Nahua de Milpa Alta, Distrito Federal, es común pensar que los brujos pueden enviar una enfermedad a un individuo que no los haya tratado con el debido respeto, o por el simple hecho de serles antipático. Por medio de sus malas artes suelen introducir en el estómago de las víctimas lagartijas, víboras, sapos y ranas que le causarán trastornos agudos. También les introducen cabellos en el cerebro, o recurren a la magia imitativa por medio de la elaboración de muñecos a los que pinchan con doce alfileres, o realizan ésta operación en fotografías y

prendas personales de aquel al que desean embrujar. Otros más recitan oraciones especiales, vierten sustancias dañinas en la comida de una persona o le causan trastornos sólo con verla o escupiendo en el lugar que ha pisado.

En Sayula Veracruz, Calixta 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)".

En: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, 2003:225. APAL

En Chiloé, así como en otros territorios de Chile y Latinoamérica en los que se encuentra presente este síndrome cultural, la principal causa a la que se atribuye su aparición es a la envidia. De acuerdo a los testimonios recogidos, e independientemente de la forma en que se haya hecho el mal, éste es enviado por otros a un sujeto que aparentemente sería pasivo o víctima inocente de la situación. Sin embargo, aunque no siempre se reconozca inmediata o abiertamente, las personas que dicen haber recibido un mal identifican cuál fue el factor 'transgresor' que lo habría desencadenado, situándose siempre en un aspecto que lo hace destacar en relación al promedio de sus pares o que lo desvincula de la comunidad en cuanto costumbres y compromisos colectivos. De esta forma, podríamos sostener que quien es víctima de un mal, por lo general se siente o se encuentra en una posición que lo hace sobresalir o diferenciarse de su entorno social y por lo tanto lo hace vulnerable a estos ataques al generar envidia en otro u otros (por lo general familiares o vecinos), que por esta razón le harán el mal.

Además de sobresalir o desviarse al interior de la familia o la comunidad, en ocasiones se es víctima de un mal también cuando se sobresale a costa o perjudicando a otras personas o transgrediendo normas culturales, por ejemplo, faltándole el respeto a alguien o invadiendo espacios protegidos.

Otra de sus características es que por lo general el mal es hecho por algún familiar de la persona afectada. Esto se explica en que es al interior de la propias familias que 'se conocen las debilidades', según el testimonio de algunos entrevistados. En el caso de Chiloé, un motivo frecuente al que se atribuye el mal, especialmente en sectores rurales, es a problemas de tierras y bienes, que habitualmente se tienen entre familiares que no han resuelto la distribución de herencias. Esta situación

es compleja, ya que en ocasiones genera roces familiares, desconfianzas e incluso quiebres familiares.

Es por esta razón igualmente que en general ante la vulnerabilidad que la brujería provoca, algunas personas y familias que sienten haber sido víctimas de un mal evitan hablar de ello entre sus vecinos y familiares que no pertenecen a su núcleo directo, siendo un problema que mientras está en desarrollo se trata de solucionar al interior del hogar. Una vez que ha pasado el tiempo, el problema se ha solucionado o la familia no ve salidas, es posible que lo abra a otras personas, ya que además el hacerlo público e identificar a quien se cree que está haciendo el mal es una señal para que esa persona deponga su actitud. Incluso se recomienda que cuando una persona sabe o ha soñado quién le está haciendo un mal, debe encararlo para de esta forma evitar que el daño siga evolucionando (en este caso se reconoce la misma lógica que se recomienda cuando se descubre a un brujo).

En el caso de nuestros entrevistados, entre las causas atribuidas por ellos al mal de que han sido objeto, encontramos: *“envidia por tener muchos hijos y surgir”* (F.M. Mujer, 60 años, Queilen rural); una brujería hecha por una vecina que le tenía envidia por querer las tierras y al marido de la afectada (caso de G.C. Mujer, 57 años, Castro rural); *“alguna chica me pudo haber hecho eso, de mi colegio, me tendrían envidia por cualquier cosa, porque siempre me peleaban en la escuela, no sé por qué sería, me tendría envidia porque yo era bien divertida, yo creo que fue así”* (J.P., 22 años, Chonchi rural); *“fue por problemas con unas personas y esas personas me lo habrían hecho como traición”* (C.P., hombre, 30 años, Chonchi rural). Como mencionábamos anteriormente, las disputas por tierras entre familiares o vecinos son igualmente en Chiloé motivo frecuente de asociación con el mal en los casos en que una de las partes se siente perjudicada. También ocurre esto por razones sentimentales, y las personas atribuyen haber sido víctimas de un mal especialmente cuando hay rupturas de relaciones o exceso de celos, ya sea de la ex pareja o de un tercero.

Por otro lado, y de acuerdo a lo que sostiene una de las sanadoras entrevistadas (E.A., Castro), una forma de “transgredir” y ser víctima de un mal, es el ser débil, el permitir -desde la vulnerabilidad, la culpa o la predisposición- ser víctima de un mal. Ella lo explica de la siguiente manera:

*“...yo pienso que **uno está (mentalmente) en predisposición para que ese mal caiga**. Mi mamá decía mucho eso, ‘no, a mi no me van a entrar los males, porque yo no quiero que entren’, y yo creo que a ella nunca le entró un mal precisamente por eso,*

*pero sí entraban males en la siembra, en nuestros animales, en todo nuestro entorno, pero en ella nunca entró un mal, y en nosotros nunca entró un mal, hasta que alguno lo permitió cuando ya fuimos más bien grandes digamos, pero mientras ella nos cuidó formó como una red impermeable para que no nos entrasen los males, porque la fuerza interior que ella tenía no permitía que entraran. (...) **O sea, uno le da mucho lugar a eso, le da el lugar, el espacio en la mente para que esto entre, porque si uno no da lugar, si uno tiene todas sus puertas cerradas, eso no va a entrar.** Es igual que los ladrones, si uno tiene su casa como una fortaleza, no entran, si uno tiene las ventanas abiertas y las puertas abiertas, obviamente van a entrar. Eso es lo que pasa con los males y con todas las cosas quizá de la vida, pero eso es lo que yo he visto en el tema de males, la mayoría que son personas más débiles mentalmente, les entran males más fuertes, y se dan en el tiempo, porque van como más despacito, más despacito e invaden” (E.A., Sanadora. Castro).*

Esta forma de entender la transgresión es interesante en la medida que sitúa al enfermo no sólo como objeto del mal, sino también como sujeto capaz de evitarlo o combatirlo. Para ello, indudablemente se requiere de una voluntad y claridad mental que es necesario desarrollar y potenciar.

Formas en que se realiza el mal.

En general las personas identifican el momento preciso en el que habrían recibido el mal y la forma en que éste les fue enviado. De acuerdo a la información recogida, encontramos entre nuestros entrevistados cuatro formas de adquirir el mal: a través de un alimento o una bebida, también como mal tirado, a través de un objeto personal y a través de una corriente de aire maligna.

a) Bebida o Alimento

Esta modalidad sería la que en la bibliografía se describe como bocado o bebedizo, aún cuando ninguno de los entrevistados utilizó estos conceptos ni fueron en su mayoría explícitos en lo que contendría el alimento o bebida que se les dio (según lo que se recoge en el Proceso a los Brujos, sería polvo de sapos y lagartijas), sólo lo describen como un veneno o algo malo que se introdujo voluntariamente en el líquido.

“La enfermedad me la dieron a mi, en esta taza, en el café con agua (...) la mujer esta, me sirvió café en la mañana y me dijo, “sírvasse café” me dijo, yo creyendo que era

café, no era café, porque tenía una cuestión, un gusano, adentro de la taza (...) así el bicho, de esa cuestión de baboso blanco, con panza blanca, y ahí no me di cuenta (...). A los pocos días después me dio ese dolor, me dio en esta parte y siempre lo siento. Con vómitos con todo, una cuestión amarilla y amarga, con diarrea, con sangre, medio espesa, roja...". (S.B., hombre, 53 años, Queilen rural)

... "a mi que me pasó en esa casa que me dieron esa comida, una tortilla de papa, y noté al tiro que me cayó mal, y con eso estoy que no me ha pasado, el estómago y el malestar en mi garganta y la boca que la tengo tan mal, como si hubiese comido cualquier cosa rara. Yo creo que fue por la comida o que pueden haberme puesto algo en la comida, para mí intencional, no tengo idea qué pueden haber puesto en la comida pero yo no noté nada a la hora de comer la comida, salí de comer de la casa y a los cinco minutos y ya me empecé a notar" (F.M., 60 años, Queilen rural)¹⁸

"Mi marido antes de que falleciera tuvo dos veces una enfermedad de esas, que ningún médico le hizo nada, y después fuimos a una de estas señoras que cuidan de esas cosas y se mejoró. En una de esas le dieron algo en el vino, porque cuando fue a un partido de fútbol ahí le dieron seguramente en el licor y a mi marido le dio la locura, se tiraba del pelo, se pegaba por ahí hasta que se cansó, después los dientes no los podía mover ni la boca, después se cansó, quedó como muerto sólo porque respiraba" (relato de F.M. sobre mal sufrido por su marido)

"...me lo hicieron en alcohol parece, en un vaso de alcohol, no sé qué colocarían pero algo malo y ahí me vino la enfermedad" (C.P., hombre, 30 años, Chonchi rural).

Como vemos en los testimonios, las personas identifican que el mal ingresa en su cuerpo a través del alimento o bebida, pudiendo precisar exactamente en qué momento ocurrió y las consecuencias físicas directas que este alimento les provocó. Por otro lado, únicamente un entrevistado dice que lo que habría contenido el líquido a tomar era un gusano, los demás entrevistados no pudieron precisar lo que contenía el alimento.

¹⁸ En este caso, la mujer consultó varias veces en el sistema biomédico por sus molestias a la garganta, sin decirle a los médicos que creía que se trataba de un mal o de algo que le habían dado de comer. Finalmente cuando se sintió en confianza con un médico, manifestó que creía que en su dolencia podía haber un mal que se le había hecho.

b) **Mal tirado.**

En relación al mal tirado, existen distintas variantes. Las personas no identifican que el mal se les haya hecho ni a través de la comida ni en un líquido a beber, sino más bien que alguien lo hizo a distancia en forma directa o encargándoselo a un tercero. En estos casos, habitualmente identifican algún tipo de señal, por lo general un pinchazo o un dolor agudo -similar a lo que anteriormente describíamos como 'flechazo'- que les da cuenta del momento en que el mal les habría sido enviado y habría entrado en su cuerpo.

*“Estaba durmiendo en la noche, de repente **sentí un pinchazo en la pierna derecha**, a la altura del tobillo, sería como una espina o algo así, y de ahí me previno la dolencia, de a poco, y así no se me quitó hasta el día de hoy. Yo antes de la picada era un hombre normal” (L.P., hombre, 65 años, Quinchao insular. Su mal comenzó cuando tenía 18 años).*

*“Yo tuve una enfermedad que me duró dos años, un dolor de la pierna, en la pierna izquierda, de un rato a otro empecé con el dolor, y no me podía quitar, anduve en médico, nunca me quitaban el dolor (...), **me vino la picada en este pie**, en la pierna izquierda, de ahí me agarró aquí arriba todo esto, en esta parte del hueso que tenemos aquí, un músculo grande que llegaba hasta abajo, ese me agarraba todo. Era un dolor fuerte, ya no podía ni caminar, llegaba en la tarde y yo con mi pie en alto (...) andaba al pasito, ya no podía más. Y en la noche me iba a acostar y qué cosas, puro dolor, ¡un dolor más grande!”. (Sra. G.M., Puqueldón)*

*“...**empezó con un dolor de cabeza**, en la frente, y ahí empecé a sentir puro dolor de cabeza no más, tenía 13 años, estaba en la escuela, en séptimo curso. Ese dolor me duró el primer día que me dio no más, y no hice nada porque no tenía qué hacer, después me vinieron otros síntomas; en todo mi cuerpo fue, sentía dolor igual, no en mi cabeza, era en mi cuerpo, en mis hombros, eso no más” (J.P, mujer, 22 años, Chonchi rural)*

Nuevamente, así como ocurre con el consumo de alimentos o bebidas, las personas que sienten que sufrieron un mal tirado, identifican el momento en que esto ocurre y que da inicio a los síntomas físicos que se manifestarán posteriormente.

c) **Objetos personales.**

Otra forma de adquirir un mal, aunque bastante menos mencionada que las dos anteriores, es el mal que se hace a través de un objeto personal del afectado.

En este caso, quien quiere hacer el mal consigue la prenda y la utiliza a modo de representación de la persona.

*“Una vez le regalé un par de zapatos a una niña que estuvo aquí trabajando, una hija de crianza de esa vieja que es bruja (...), le dije “llévalos, están nuevos”. (Se) los habría puesto unas dos veces, y **yo creo que por ahí me los hizo la vieja, por los zapatos**. Nunca es bueno dar sus zapatos. La hija de crianza estuvo aquí trabajando en mi casa, me creció a un nietecito, después la chica se hizo de pololo a un pensionista y se fue, entonces la vieja ahí nos perjudicó a nosotros, fue por eso, porque quedó sola. (...) nosotros no tuvimos la culpa, nosotros no le buscamos el marido, fueron cosas de la niña y del hombre. (Sra. G.M., 57 años, Puqueldón)*

En nuestras entrevistas no recogimos otras formas de adquirir el mal que sí se encuentran presentes en otros territorios o países y que se mencionan en la GLADP, como el elaborar muñecos que representan a la persona para ser pinchados o agredidos o el hacer mal a través de fotografías. Sin embargo, en este último caso, existe la precaución de algunas personas de no dejarse fotografiar si no saben el destino que tendrá la fotografía con su imagen. En el Proceso a los Brujos se menciona un mecanismo similar a los antes mencionados, denominado ‘tomar los alientos’, a través del cual se traspasa el alma de la persona a un sapo al que se le dan a beber sus secreciones y las torturas que sufra el sapo serán sentidas por ella. Este tipo de explicaciones, muy vinculadas al pensamiento animista al que nos referíamos anteriormente, probablemente han ido desapareciendo, quedando en las personas aquellos elementos que ofrecen una explicación más concreta y cercana, como el haber comido o bebido algo o haber sentido una molestia o dolor más preciso.

d) Corriente de Aire.

Una cuarta variante es la de recibir un mal a través de una corriente de aire. Esto se conoce como Mal Aire o Aire Malo y en el capítulo de Corriente de Aire se presenta información más detallada al respecto.

iv. SÍNTOMAS Y SIGNOS

*“En mayor o menor medida se encuentra presente la inclinación a señalar a un hechizo como la causa directa de desgracias, sufrimientos y enfermedades que no tienen una explicación lógica en la concepción popular.
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, vómitos y falta de apetito. También se reporta, dolores de cabeza, fiebre, pérdida de peso dolores musculares y óseos, e inflamación de la cara y 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 todo tipo de animales y sabandijas repugnantes además ve a una persona o a otras que le son totalmente desconocidas.

(Entre los quechuas) las manifestaciones de estos síndromes son muy diversas.

Presentan desde quejas orgánicas variadas hasta trastornos mentales profundos...

En: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (APAL, 2003:224-225)

Los síntomas y signos que identifica una persona que ha sufrido de mal son muchos y variados. Lo más común –y que se extiende a lo largo de América Latina- es el padecer de algún malestar, dolencia o enfermedad por la que se consulta recurrentemente en el sistema médico, pero que no tiene respuesta o cura; los exámenes que la persona se realiza son normales, aún cuando el malestar persiste o los distintos tratamientos realizados no dan resultado. Lo mismo ocurre ante un dolor o enfermedad repentina y aparentemente inexplicable o ante varias desgracias sufridas en un corto periodo de tiempo por la misma persona o por varios miembros de una familia. Frente a estas señales, por lo general la persona y su familia comienzan a sospechar que podría haber un ‘daño’ involucrado, un mal tirado o que la enfermedad diagnosticada es ‘con dueño’ o ‘acompañada’.

En Chiloé, además de las señales que los propios afectados identifican como prueba de que están siendo víctimas de un mal y que son un indicador diagnóstico para la sanadora o sanador que se consulta, existen otras señales y métodos para identificar la presencia de un mal, entre los que se encuentra la toma del pulso y la lectura del naípe español.

El tomar el pulso o “pulsear” es una forma de diagnóstico que practican lo/as sanadore/as tradicionales. Ello/as colocan sus dos pulgares en la cara anterior de la muñeca del enfermo o persona que consulta y hacen una apreciación de la existencia de alguna patología según los pulsos, sus ritmos, amplitudes y tono. El diagnóstico a través del pulso sirve para una amplia cantidad de enfermedades y dolencias y era un método diagnóstico común entre los sanadores tradicionales de

Chiloé, sin embargo actualmente son pocos los que aún lo practican. A.B., sanadora de Dalcahue, nos decía que ella diagnostica a través del pulso, pero cuando no está muy segura, tira las cartas (“saca la suerte” según sus palabras) para confirmar o descartar el diagnóstico del pulso.

A través de ciertas cartas del naípe, que ‘se le tira’ a la persona afectada, quien hace el diagnóstico ve la presencia de un daño y de una persona que lo ocasiona. En el caso del pulso, de acuerdo a lo que sostiene A.B., sanadora tradicional¹⁹ de Puqueldón: *“tiene dos pulsos la persona, le palpita a ambos lados de la muñeca, a distinto ritmo, son dos pulsos”*.

A diferencia de lo que ocurre con los otros síndromes culturales, que tienen una sintomatología característica, en el caso del mal los síntomas van a variar entre cada persona. Como se recoge en la cita de la GLADP que da inicio a esta sección, los síntomas orgánicos del mal serán diversos y afectarán a distintos órganos del cuerpo. Cuando se trate de una ‘enfermedad acompañada’, las personas tendrán los síntomas de esa enfermedad (dolor muscular, debilidad en algún miembro del cuerpo, un tumor, fuertes dolores de cabeza, etc.). En el caso de que el mal se verifique en situaciones como problemas o desgracias familiares sucesivas o recurrentes que la persona atribuya a un mal, habrá señales externas que confirmen esta idea.

Otra variante es la que menciona la Dra. Jacqueline Sánchez, Psiquiatra, en relación a los pacientes que llegan a consultarle por algún problema que atribuyen a un mal. En estos casos, se trata de personas que padecen de algún trastorno mental que se manifiesta en conductas que ellos o su familia atribuyeron inicialmente a un mal, pero que –a diferencia de lo que generalmente ocurre con este síndrome- han agotado los esfuerzos por resolverlo en el sistema médico tradicional y comienzan a identificar señales que ya no son propias de lo que habitualmente se atribuye a

¹⁹ Utilizamos en este documento el concepto de sanadora o sanador tradicional para referirnos a todos aquellos agentes de salud del sistema médico tradicional, entre los que se encuentran yerbatera/os, componedora/es, partera/os, entre otra/s. En Chiloé estas sanadores y sanadores son llamados popularmente ‘machi’, no obstante preferimos no utilizar esa denominación, ya que las y los machi son propios del pueblo mapuche que habita preferentemente la región de la Araucanía y se trata no sólo de personas que manejan técnicas de curación, sino que además son autoridades reconocidas en la transmisión y mantenimiento de la cultura mapuche. Asimismo, las machi tienen poderes chamánicos, es decir, entran en trance y así comunican a través de este estado alterado de conciencia el mundo espiritual y el mundo material donde viven las personas, lo que las diferencia de las sanadoras locales, que se centran más bien en la sanación en base de hierbas y ocasionalmente ceremonias, sin manejar el trance como parte del ritual. Podríamos sostener también, que en Chiloé el trance ha experimentado una hibridación en la alteración de conciencia, incorporando algunas sanadoras chilotas la plegaria u oración desde el catolicismo y más aún dentro del pentecostalismo naciente en ciertos sectores del Archipiélago.

un mal, por lo que finalmente consultan en el sistema biomédico buscando una respuesta:

“Cuando ya llegan a consultar conmigo, normalmente han pasado un montón de etapas. Y si llegan a consultar por esto donde mi, es porque generalmente ya los trae la familia, y la situación que ellos revelan -lo que creen que tienen, a lo que atribuyen su sintomatología- está fuera del alcance de lo que la familia tiene en su casa, en su comunidad, en su cosmovisión. Normalmente ya han pasado por alguna machi o bien, eso que es tan agudo y tan grave, la familia lo reconoce como extraño: ‘él dice que tiene un mal, pero es que esto es muy raro, esto no es de mal’. Ellos mismos lo encuentran muy raro, aún cuando sean familias que creen en el mal, pero en este caso es muy distinto. Cuando son situaciones que la familia no reconoce como extrañas, se solucionan en otra parte, antes (...). ” (Jacqueline Sánchez, Psiquiatra. Hospital de Castro).

En varios de estos últimos casos, ocurre que las personas son finalmente diagnosticadas con algún tipo de enfermedad mental, como depresión, psicosis, esquizofrenia u otra. Y aún cuando efectivamente sufran de alguna de dichas patologías, no siempre queda claro para el enfermo o su familia qué fue primero, si el haber sido víctima del síndrome de mal que luego se diagnosticó como enfermedad mental, el padecer la enfermedad mental que posteriormente llevó a la persona a asociarla a un mal o ambas juntas.

De acuerdo a lo observado en terreno por el equipo investigador, para las personas afectadas y sus familias, es importante dilucidar también si es que, además del mal, el enfermo sufre de alguna enfermedad orgánica o mental que el mal no está dejando ver. Es lo que podríamos llamar “mal confundente” y que es aquel que no deja ver la enfermedad que está detrás de él. De ahí la importancia de “sacar el mal” (curarlo), para poder ver y tratar la enfermedad que acompaña al síndrome. Para ello se observa al enfermo, se lo trata en el sistema médico tradicional y cuando es necesario, también en el biomédico, ya sea en forma secuencial o paralela.

Esto se ve reforzado por lo que señala la Dra. Sánchez, en cuanto a que una vez hecho el diagnóstico de salud mental e iniciado el tratamiento, la familia evita volver sobre la hipótesis del Mal, según su percepción, ya sea porque se avergüenzan, se inhiben o bien porque prefieren manejarlo en un plano distinto al de la relación que se establece con ella.

Una de las sanadoras entrevistadas, E.A., de Castro, en relación al caso de G.C., mujer a quien atendió diagnosticándole un mal, señala que además de ese síndrome -provocado por una vecina que la envidiaba por sus tierras- la mujer presentaba una Psicosis Paranoide Recurrente (diagnosticada por el sistema biomédico). Ante esta situación, la sanadora, además de plantear que el tratamiento debía ser complementario entre ambos sistemas, señala que a su juicio, todas las señales de ser una víctima del mal que la enferma refería continuamente (visión de pájaros, sajaduras, moretones en la piel, etc.) y que no fueron resueltos a tiempo por el sistema médico originario o tradicional, fueron las que le produjeron la psicosis, concluyendo entonces que el mal de la señora G.C. abarca tanto los elementos sobrenaturales del mal y también una enfermedad mental, en este caso, la psicosis.

Entre las personas que entrevistamos y que atribuían sus enfermedades a un mal, los diagnósticos biomédicos eran tan diversos como osteomalacia idiopática (L.P., hombre, 65 años); varices (G.M, mujer, 67 años); gastritis y esofagitis (C.P., hombre, 30 años); esquizofrenia indiferenciada (J.P., mujer, 22 años); depresión (H.C., mujer, 53 años); reumatismo articular y varias enfermedades crónicas (C.C., mujer, 86 años); psicosis (G.C., mujer, 57 años). En información que hemos recogido en investigaciones anteriores sobre epidemiología sociocultural en Chiloé, las enfermedades terminales, especialmente el cáncer, son también habitualmente asociadas al mal.

Otros síntomas diversos que los entrevistados mencionaron fueron: sensación de opresión o sofocación al dormir, dolores fuertes en el pecho, vómitos, diarrea, dificultades para dormir, dolores fuertes de cabeza, entre otros.

No obstante lo anterior, un factor que desde nuestra mirada es común a prácticamente todos los entrevistados que decían padecer un mal (en especial en aquellos casos en que el mal ya afectaba a más de un miembro de la familia), es una sensación de desesperanza, depresión o angustia (independientemente de si además padecen o no de una enfermedad orgánica o mental). Esto se verifica además en varios de ellos no sólo en el estado de ánimo que presentaban, sino también en sus casas, que generalmente se ven descuidadas, sucias, oscuras y donde se percibe lo que como investigadores denominamos como 'olor a mal'²⁰, que es característico y

²⁰ "Es un olor que no es sólo en relación al olfato, sino que incluye otras manifestaciones que uno siente como persona. Es una situación que involucra la sensación que los sentidos propios están alterados, que se perciben olores no descritos, que hay algo en la relación de uno como persona con el mundo circundante.

similar en los espacios visitados. En la apariencia o presentación personal (ropa, aseo personal, etc.) no encontramos tantos patrones comunes; algunos entrevistados, a pesar de sentirse víctimas de un mal o brujería, mantenían una preocupación por su persona y otros en cambio no lo hacían.

Otra característica es que, más que en los otros síndromes culturales investigados, en el caso del mal, aún cuando éste afecta a una persona, por lo general se involucra a la familia completa –ya sea por la preocupación por el familiar o porque empieza a recaer el sentimiento de sufrir un mal sobre otros miembros de la familia- y en muchos casos también se ven involucrados los bienes de las personas, como los animales (se enferman, mueren) o las siembras (no producen, se infectan).

En cuanto a las señales externas que las personas identifican como asociadas a un mal (ya sea que haya una enfermedad orgánica de por medio o no), se menciona la presencia de pájaros, sapos, lagartijas y otros animales; marcas en la piel de las personas afectadas por el mal (sajaduras); visión de luces volando en el aire (brujos); presencia de personas y hechos extraños. Cuando existen estas señales, el cuadro asociado a este síndrome se va configurando más fuertemente.

Señales del Mal por Brujería en Chiloé

a) Sapos, lagartijas y otros similares²¹.

Un aspecto similar al encontrado en otros países en relación a la brujería es la vinculación con sapos y lagartijas. Además de ser mencionados en el Proceso a los Brujos de Chiloé como parte de los ingredientes de las pócimas que se dan a beber para provocar un mal (Proceso, 1960:135), en el relato de algunos entrevistados queda clara su asociación con el mal, ya que de una u otra forma se encuentran presentes al momento de recibir el mal o durante el tiempo en que la persona sufre sus consecuencias:

Lo mas extraño es que es un situación que a uno lo provoca, lo atrae, es una extraña sensación, uno siente que hay algo presente que no puede explicar. Esta facultad de sentir “algo que huele mal” u “olor a mal” sólo es posible desarrollarlo con la experiencia de trabajo en terreno” (Jaime Ibacache Burgos. Comunicación personal. Octubre 2009)

²¹ En Chiloé no se encuentra víboras o serpientes, por lo que estos animales, comúnmente asociados al mal y la brujería en otros contextos culturales, aquí no se encuentran tan presentes.

*“Una vez yo andaba muy bien, venía de haberle tirado tierra a una papas comunitarias, llegué a mi casa y **había una lagartija en la cocina**. Pensé que la había entrado en la leña, entonces la tomé con la pala de la estufa y la metí en el fuego, saltaba para no morir, y yo la empujé con el fierro para que se quemara. No debí haberla matado, **porque no era una lagartija corriente, me la fueron a dejar para que yo diera motivo y ese mal me matara**, ojalá en la misma noche. Me fui a acostar y como a las cinco de la mañana me desperté, tenía un hoyo en el brazo, estaba sangrando todavía. Por ahí me entró el mal”. (En: Rayen Küyen, 2005:43)*

*“En esa época mi abuelo hilaba las redes (...). Y un día conversaban que vino un hombre para que lo lleve a la pesca y mi abuelo dijo cómo lo voy a llevar si tengo que llevar a los otros y cómo te voy a llevar si yo soy el tirador de redes. Sabe que a mi abuelo le empezó a doler la espalda, le entró un dolor en la espalda y de ahí le hizo una pelotita en la espalda, como en el pulmón (...) así que había una señora que era muy buena y la fueron a buscar, porque mi abuelo con el dolor de espalda no podía... cuando lo vio la señora le dijo ‘N., no quisiste llevar al hombre a la pesca, mira lo que te hizo’. Y dice que **cuando le sacó pa’ rriba era una cuncuna grande y llena de cuncunitas chicas**. Era una pelotita chica, pero la tremenda cuncuna que salió. Y después dice que **quedó marcado como una lagartija en la parte donde estaba la pelotita**. Esa señora le sacó el bichito”. (N.M. 60, Castro rural)*

Otros relatos similares son los de una mujer (G.C. 57 años) que había sufrido un mal y que veía que en la ventana de su cocina se asomaba un sapo negro durante el periodo en que le habrían enviado el mal.

Rodolfo Urbina, historiador de Chiloé, menciona que en la década del ‘40, una de las causas de enfermedad descritas por las personas era el *aire tirado* (mal tirado), que “iba secando lentamente el cuerpo a causa de sapos en el estómago, o eso se creía” (Urbina, 2002:304-305). Las machi de la época, según el autor, habrían realizado rituales para sacar estos ‘sapos y culebras’ del estómago.

b) Pájaros

Otros animales muy asociados a la Brujería en Chiloé son los pájaros. La relación de las aves con la brujería puede darse de varias formas:

- **Aves agoreras**, o que anuncian que un mal o una desgracia recaerá sobre la familia o la casa que visitan. En esta categoría se encuentra el **raiquén**, pájaro ideal

o mitológico, que con su canto anuncia la muerte cercana para quien lo escucha; lo mismo anuncian la **bandurria** (*theristicus caudatus caudatus melanosis*), el **ñanco** o **aguilucho** común (*Buteo polysoma poysoma*), el **queltehue** (*Vanellus chilensis chilensis*) y el **caiquen** (*Choephaga poliocephala*) (Romo, 1987).

- **Aves que son enviadas por los brujos (mandados)** para espiar o averiguar cosas sobre la persona. Cárdenas (1998:88) define a los mandados como “Animal que sirve a los brujos y aparece como enviado por ellos para observar a los limpios o ejecutar un mandato”. Entre los pájaros mandados se encuentran el **huelco o diucón de Chiloé** (*Xolmis pyrope fortis*), un pájaro gris y de ojos rojos que es considerado un enviado de los brujos, probablemente porque suele picotear los vidrios de las ventanas como si espiera (Romo, 1987: 12). Otra ave que tradicionalmente se asocia a los brujos es la **bauda o huairabo** (*Nycticorax nycticorax obscurus*), que sería en realidad la metamorfosis de La Voladora, un personaje de la mitología chilota que es una emisaria de los brujos y que además de llevar sus mensajes de un lugar a otro tiene características agoreras, anunciando la muerte de quien escucha su grito (Romo, 1987; Quintana, 1995).

- **Aves que son brujos** que se han transformado en pájaro para pasar desapercibidos. Este es el caso del **coo**, una especie de lechuza que es un brujo transformado y cuyos poderes le permiten “hacer dormir a sus víctimas con el objeto de penetrar impunemente en sus viviendas, sajarle las espaldas, brazos o piernas con uñas de coo” (Cavada, en Romo, 1987:10). También el **deñ**, un ave similar al tiuque, pero con ojos de búho y que sería igualmente un pájaro mitológico o ideal (Quintana, 1995)

El **tiuque o chiuque** (*Milvago chimango*) es otro de los pájaros frecuentemente asociados a los brujos. Cárdenas indica en relación a esta ave que “En Chiloé se les tiene como pájaros ‘sospechosos’ en sus vínculos con la brujería o la transformación de los brujos en ellos (...). Anuncian enfermedad o muerte si llegan a picar, gritar o aletear reiteradamente a un hogar. Si se paran en los techos se les va la fortuna a esa familia, o bien son brujos que escuchan conversaciones” (Cárdenas, 1998:132-133)

En casi la totalidad de los relatos de las personas que dicen haber sufrido un mal se menciona la presencia de pájaros como señal de que ocurrían cosas inusuales y que éstas tendrían relación con la brujería.

En el relato de una serie de situaciones ocurridas en el periodo que la señora F.M. cree que le hicieron un mal a ella y su familia, menciona que “*tuvimos un problema*

con una vecina, y se llenó al otro día la casa de mi hijo, pero lleno, lleno de pájaros, en la mañana amaneció pero lleno, eran esos tiuque que le dicen”.

Por otro lado, la señora G.M., dice que en la misma época en que comenzó con un fuerte dolor a la pierna que ella asocia a un mal tirado, empezaron a ocurrir hechos extraños, entre los cuales menciona que “...esos pájaros, esas “gauras” (baudas) a grito, otra vez andaban como un bicho, como un gato gritaba (...), nunca lo habíamos escuchado eso. Los pájaros anuncian mal, esos sí que son malos, pasan gritando, a veces no más. Después cuando ya nos mejoramos, ninguna cosa”.

La señora H.Ch., sobre el mal sufrido por su hijo, nos decía “...y cuando el niño se presentó enfermo, un chiuque pasó 15 días en la ventana y no lo pudimos matar, y el chico se me amaneció así. Se fue el pájaro y se reamaneció enfermo mi chico, que se me arrancaba. Ese pájaro me lo mandaron por envidia”

Debido a que estos pájaros se asocian a los brujos o pueden ser uno de ellos, no es recomendable matarlos, porque las desgracias para quien lo hace podrían ser mucho mayores. Un ejemplo de ello es lo que relata²² la sra. C.C. (86 años, Queilen Rural), en relación a que hace siete años atrás un pájaro la molestaba todas las mañanas en su ventana. Un día decidido hacerle una trampa al pájaro sacando uno de los vidrios de la ventana, con lo que logró que éste entrara en la casa. Una vez que lo atrapó, lo amarró con un hilo rojo a la pata de una silla y luego, cuando llegó su hijo, le pidió que lo tirara al fuego de la cocina a leña. En ese momento salió un olor muy fuerte y penetrante que los obligó a salir de la casa. En palabras de la entrevistada, a partir de ese momento comenzó su calvario, ya que una semana después de haber matado al pájaro comenzó a sentir fuertes dolores en las piernas y cadera, además de otras enfermedades que ha sufrido a lo largo de estos años.

Finalmente, la vinculación de los brujos o el mal con los pájaros, explicaría igualmente la precaución que algunas sanadoras tradicionales tienen al momento de recolectar las hierbas y demás ingredientes para preparar sus remedios. Según ellas, si en el momento en que se encuentran en esta actividad aparece uno o varios pájaros, entonces deben volver nuevamente al día siguiente a recoger las hierbas. Para evitar esto es que además se acostumbra salir a recolectar las plantas muy temprano en la mañana, cuando los pájaros aún no amanecen, evitando así encontrarlos durante la recolección.

²² Testimonio registrado por el Sr. Jaime Pérez Gómez, conductor del SS Chiloé y que estuvo presente en la entrevista.

c) Otros animales y objetos

Además de los pájaros, las personas señalan como signo de que algo malo ocurre, la presencia de otros animales, entre los que destacan los perros, que ladran o aúllan más de lo que lo harían habitualmente o bien lo hacen por varios días seguidos. Una de las entrevistadas señaló igualmente que sus animales (vacunos) morían hinchados y se les achicaba el corazón; otra mencionó que encontró un lechón muerto en una bolsa bajo el piso de su casa.

De acuerdo a la interpretación de los afectados, en estos relatos hay distintos elementos a considerar. Los ladridos de los perros y los vacunos muertos son una señal que las personas interpretan como de alteración del entorno o presencia de alguna persona o energía extraña; el lechón dentro de una bolsa es un elemento que alguien puso ahí voluntariamente para a través de él hacer un mal. En este último caso, una entrevistada mencionó otros elementos y objetos que supone fueron introducidos por la persona que quería perjudicar a la familia, en este caso, se trataba de una bolsa negra con tierra, probablemente de cementerio; una vela bajo un árbol de su predio; una toalla higiénica, todos estos objetos fueron apareciendo progresivamente y fueron tirados al río por la familia, pero F.M., la entrevistada, señala que igualmente el mal los afectó –falleció su marido y a la fecha de la entrevista tanto ella como sus tres hijos seguían teniendo distintos problemas- porque los objetos permanecieron en el predio.

d) Luces

Como mencionábamos anteriormente, los brujos utilizan un macuñ o chaleco de piel de brujo o piel humana para realizar sus desplazamientos y vuelos nocturnos. Este macuñ “emite una luz por medio de un depósito de aceite humano que hacen en medio de él, a semejanza de un candil y prendiéndole fuego después” (Proceso, 1960:135).

Existen zonas en Chiloé que se caracterizan porque sus habitantes dicen ver frecuentemente luces, como la costa occidental de la isla, en los sectores de Cucao, Rahue, Chanquín y Huentemó. En estas zonas se recogen muchos relatos sobre la presencia de brujos que justificarían estas luces. Pudimos recoger igualmente relatos similares en otros sectores de la isla. En general estos relatos se encuentran entre personas de sectores rurales y que mantienen una mayor pertenencia cultural.

Don O.V, dice que su nieto, de 18 años, que vive en la zona de Cucao, ha visto muchas veces luces, que él asocia con brujos:

“...dice que a la noche juegan esas luces, mirando el puente de Chanquín. Nos cuenta que juegan así pa’rriba, que juegan, saltan de un lado pa’ otro. El cree que pueden ser cosas de brujería. Se ve luz porque son con aceite humano de las personas que mueren. Más antiguamente se encontraba gente que la sacaban del cementerio, los encontraban colgados en el monte con una tina abajo para recoger el aceite. Y ese lo usaban en unos chalecos que se ponen y donde ellos vuelan. Un tío abuelo que nosotros teníamos decía que se encontró con eso” (Sr. O.V. 69 años, Chonchi rural).

Un relato que recogimos en febrero de 2009, durante una entrevista realizada para esta investigación a dos hermanas, H. de 71 años y D. de 67 años, residentes en un sector rural de la comuna de Dalcahue presenta varios elementos relacionados con esta concepción de los brujos:

D: ... es que antes los faroles nocturnos eran más públicos, ahora están oscuros, muy alguno se ve. De vez en cuando hay una bruja que corre así.

¿Faroles nocturnos llama usted a los brujos?

D: Así los llamo, porque hubo un tiempo, ¿cuántos años que tenía yo?... 18 años. Vi una luz nocturna, porque aquí no había camino, había una altura ahí (...). Entonces yo voy y me cubro el cuerpo, y linda la luz... y alumbraba y volteaba abajo, y mi mamá se puso a llorar.

H: Iba tanto así colgado le cuento (señala una altura de unos 70 cms. sobre el piso) y la mosquería delante, ese sí que es maligno, hijito de Dios, y una mosquería tremenda, nunca me voy a olvidar del hombre, era un hombre de medias de lana (...) llevaba sombrero. En ese tiempo ya me enfermé ya

D: Eso lo vieron todos, en mi casa todos. Mi mamá se puso a gritar y a llorar (...) tomó el palo, y agarró la pala

H: yo decía no lo vaya a reconocer, porque decía mi mamá que si de desnuda pa’ dentro (sacarse la ropa interior), decía que lo pilló.

D: Yo me descubrí el cuerpo, así pa’ arriba (hace el gesto de levantarse la falda)

H: ...y mi madre decía ¡que la D. entre para acá a la casa!

¿y se acercó el hombre?

D: Es que tardó en venir hijita, yo dije, mamita mire, un brujo cómo anda en esas alturas, no había ese camino, donde hace corte, era campo, no había camino en ese entonces, entonces yo voy y me subo las polleras hasta aquí, y qué tardó en venir, no tardó ni dos minutos.

H: se le vio todo el cuerpo de ella igual.

D: tenía medias de lana blanquita, zapatos negros y pantalón negro, el hombre era brujo, pero la cara no se le ve.

H: y su cara torcida para el lado izquierdo, eso tiene que ser malo, iba volando, pero no sé en qué estaría pisando, iba en el aire, y arriba en el contorno de él moscas, era como un círculo le cuento, igual que un santo, pero una mosquería inmensa Dios mío.

D: ...y goteaba abajo²³, no se le vio la cara, porque si no yo me lo pesco a palos.

¿Por qué se subió las polleras?

D: para que se venga, sino no viene, porque ese es alcance para conocerlo quién era (...) y po qué es así y por qué andaba volando, esa era mi pregunta, pero no pude (saberlo), porque no me dejaron, yo era mi pregunta así, investigarlo por qué nos hacían eso. (...) Ahí yo tuve la culpa, porque lo vi, y dije a este desgraciado me lo voy a pescar...

H: yo lo vi, pero no lo conocí, yo le vi la cara, todo el cuello, pero la cara la llevaba (dada) vuelta, al aire.

D: No lo conoció, porque yo la cara no lo ví. Camisa blanquita, zapatos negros, pero la cara no lo vi. Cómo tanta desgracia en la familia de uno.

¿Usted cree que eso tiene que ver con que usted se haya enfermado?

D: Pero si toda la familia nuestra es enferma, mi sobrino enfermo, mi hermana enferma, que están medio mal de la cabeza; ella, yo. Yo nunca he sido una mujer feliz. (...) no son limpias esas enfermedades, ese tiempo cuando me empecé a enfermar, los médicos, la ficheras arriba en el consultorio me querían dar ficha, por qué motivo, "la Sra. D. se hace", me decían. Cómo me iba a hacer (la enferma) con tremenda dolencia, ahora tengo un tumor, que desaparece y se aparece, tremendo tumor, entre el colon y la vejiga, yo digo que no es nada limpio tampoco, ¿por qué hay otra gente que son felices?. Ni una enfermedad tienen, y nosotros todos aquí en esta propiedad nunca hemos sido felices, nunca hemos sido sanos.

Para entender mejor este relato, podemos citar a Nicasio Tangol, quien señala entre las formas de reducir a un brujo la siguiente: "El brujo puede ser atrapado por una joven valerosa y decidida, siempre que al sorprenderlo atine a levantarse las polleras hasta taparse con ellas la cabeza. El brujo, ante tamaña desvergüenza, cae al suelo hecho una bolsa. Es el instante que aprovechan los acompañantes de la joven para atraparlo" (Tangol, 1972:47).

²³ No queda explícito en esta parte de la entrevista, pero lo que habría goteado era el aceite humano que daba la luz al brujo.

e) Sajaduras

Como mencionábamos anteriormente, las sajaduras son cortes superficiales que aparecen en la piel de las personas, similares al corte hecho con un vidrio o con una hoja de afeitar. No todos los entrevistados dijeron haber sufrido sajaduras, pero cuando alguien las presenta son una señal inequívoca de que hay un mal por brujería de por medio.

Uno de los entrevistados (E.G., 20 años; Castro) relataba que su familia estuvo haciendo un despeje de matorrales en el campo y al día siguiente varios miembros de la familia amanecieron con sajaduras en el cuerpo. Ellos lo atribuyeron a que probablemente despejaron algún espacio cercano a una guarida de brujos y éstos en venganza les provocaron las sajaduras, que según el testimonio del entrevistado eran como unos rasguños en el cuerpo que les duraron unos días hasta que desaparecieron. Otra entrevistada (G.C., 57 años) se refirió a las sajaduras en el contexto del mal que la afectaba a ella y a su familia, específicamente cuando encontró a su hija adolescente con lo que ella definió como un ataque sobre su cama y al mirarle el cuerpo vio que tenía sajaduras en la espalda y pecho.

f) Presencia de personas, hechos y conductas extrañas

Otro aspecto que las personas señalan como indicio de que les ha ocurrido un mal o han sido víctimas de brujería es la presencia de personas que de una u otra forma asocian a los brujos o directamente a La Mayoría. Este tipo de relatos no son tan frecuentes y cuando se hacen, las personas hacen referencias ambiguas o tangenciales. Una de las entrevistadas (H.Ch., 53 años), relataba que:

“Lo que sucedió fue que una tarde vino un hombre, con un maletín, un hombre que su cara y todo su cuerpo era como esa hoja de papel, bien blanquita, y con un maletín de esos que usan los auxiliares, mi padre estaba vivo todavía, y ahí le preguntaron a él por qué vino a vivir aquí, qué hacía malo ahí abajo, y le dijo usted por qué no hace caso, “su mal lo acompaña” (...) así que cuando no hizo caso sacó un libro que andaba trayendo y le dijo ‘usted cómo se llama’, y ahí le dijo su nombre él, y le dijo ‘usted me va a firmar en estas cuatro hojas’, en la última él dio su nombre, su apellido y firmó en esas cuatro hojas, y nunca preguntó qué era lo que firmó. Pasó enfermedades, pasó de todo (...). Después de lo de la firma empezaron los problemas, el hombre dicen seguramente que era de Puerto Montt, era un hombre normal, era como un hombre de Puerto Montt como del grupo éste de brujería. Después de que vino ese hombre vino

la destrucción, porque hubo enfermos y enfermos, falleció él (su padre) después que firmó, no alcanzó a durar el año; se enfermó mi hijo y los animales también...”

En el contexto de este relato, la entrevistada manifestó que en ese tiempo ella no pudo buscar ayuda para enfrentar el mal, porque debido a un mal que le habían hecho anteriormente a su hijo ella había dejado la religión católica y se había convertido a la religión evangélica, ya que sentía un apoyo espiritual más cercano y permanente de parte de personas de esa religión. Sin embargo, los evangélicos niegan este tipo de situaciones vinculadas a la magia y brujería, *“porque me dicen que tengo que creer en Dios no más, no creer en esas cosas”*. Ella dice que tal vez si no hubiera sido evangélica, cuando le tocó vivir la visita del hombre habría ido donde alguna persona que la ayudara a combatir el mal, *“como lo hacen otras personas que son víctimas de brujería”*, pero su religión no se lo permitió. Esta vinculación de la religión con la brujería es importante, ya que ocurre que efectivamente la religión evangélica niega o no reconoce su existencia, o bien la combate con medios que no son los que la cultura reconoce para este tipo de males, lo que provoca en algunas personas conflictos entre sus concepciones culturales y religiosas, que se manifiesta en una aparente negación de estos hechos, pero que en el fondo se sienten como reales.

Otras situaciones que nos relataron como señales de la existencia de un mal eran ‘sueños malos’ o que se repiten; ver visiones; amanecer con el cuerpo ‘moreteado’ (con hematomas); sensaciones corporales como de frío, picazón u otras; ruidos extraños, como ollas que se destapan, puertas que se abren y cierran, techos y paredes que suenan; malos olores que no tienen una explicación clara; se sienten pasos en habitaciones de la casa en las que no hay personas; sensación de que al quedarse dormidos alguien intentaba sofocarlos o aplastarlos, etc.

Finalmente, otra señal de que algo anormal ocurre con la persona, especialmente en jóvenes y adolescentes, es que de un momento a otro e inexplicablemente, huyen fuera de la casa, hacia el cerro, el bosque o el campo.

“se arrancó con pura camisa de dormir, se arrancó, cruzó ese río y se fue para allá. Y yo sola acá, así que yo le decía J., ven acá no te vayas, y se tiró para allá, no la pude sujetar yo, tenía mucha fuerza” (relato de la madre de J.P., mujer, que sufrió el mal a los 17 años)

“se me amaneció enfermo, y fue la cosa que le hicieron. Le hicieron una brujería a ese hijo, porque a veces lo llevé a médicos particulares y no le hallaron nada, dijeron que

no tenía nada. Y el chico se arrancaba, así que eso no era normal, tendría 12 ó 13 ó 14 años más o menos, ahora tiene 28. Yo todo lo hice por amor a ese hijo, yo a mi chico no lo quería ver así, que se arranque hacia el monte a llorar, de noche, se arrancaba cuando estaba en su camita...” (relato de H. Ch., madre de M.Ch, hombre)

En ambos casos los jóvenes repitieron esta conducta varias veces. En el caso de J.P., al consultarle por esta reacción, decía sentir rabia, sentir como que no era de este mundo y ver a la gente con una apariencia rara, todo lo que hacía que se “portara mal”, y tuviera actitudes como arrancarse o intentar tirarle una tetera de agua hirviendo a su madre.

v. PREVENCIÓN

Existen varias formas de prevenir el mal y la presencia o cercanía de los brujos, que recogimos tanto de los entrevistados como en la revisión bibliográfica.

Una de las precauciones más básicas es la de cuidar el no sacarse fotos ni entregar fotografías de la persona a desconocidos; no dejar ropa fuera de la casa en la noche, muy especialmente ropa interior y no regalar ropa o zapatos a alguien que eventualmente pudiera hacer mal uso de estos objetos personales, todo lo que se explica por la posibilidad de hacer un mal a través de las prendas u objetos personales de una persona.

Otra medida es el uso de la ruda (*Ruta graveolens*), planta que se usa comúnmente para prevenir que los malos espíritus o los males entren en la casa. Para ello, se planta o pone un macetero con una planta de ruda al lado izquierdo de la puerta de la casa o bien dos plantas: una ruda hembra (de hojas pequeñas) al lado derecho y una ruda macho (de hojas grandes) al lado izquierdo. Por otro lado, algunas personas, optan por tener un animal en la casa, especialmente perros, gatos o gallinas. La explicación a esto sería que cuando se hace un mal a distancia, éste puede de cierta forma ‘rebotar’ en el ser más débil del hogar, y en este caso lo ideal es que se trate de un animal y no de una persona.

Existen también varias acciones que se pueden realizar para desenmascarar a los brujos o conocer su identidad y también ahuyentarlos y evitar que se acerquen. Entre las medidas para reducirlos están el hacer una señal de la cruz con un puñal y luego clavarlo en el centro del camino por el que pasará el brujo. Cuando éste ve

el puñal, se queda inmóvil contemplándolo y en ese momento es posible atraparlo (Tangol, 1972:47). Cuando el brujo es descubierto, morirá antes de cumplirse un año, a menos de que quien lo descubre no difunda su nombre y sus poderes. Para ahuyentarlos, las personas se santiguan y también pueden insultarlos (Tangol, 1972:48); también nuestros entrevistados mencionaron haber quemado ají y sal, poner cruces de palqui (*Cestrum parqui*) en las cuatro esquinas de la casa, echar agua bendita en la casa, ir a misa, entre otras, que sirven como medida de prevención y también de tratamiento.

Comúnmente se escucha también que si a un pájaro o animal del que se sospecha que es brujo se lo golpea o hiere, al día siguiente el supuesto brujo presentará las consecuencias de la agresión, siendo así delatada. Una de nuestras entrevistadas, de quien nos reservamos su identidad, hizo este relato:

“Por acá igual hay una machi²⁴, pero dicen que es muy bruja, esa parece es la que me hace los males, a esa le pagaba una mujer, una mujer le paga, los que me hacen daño. Ella vuela de día, tiene demasiados poderes, a esa la han visto. A ella una vez en camilla la trajeron a la posta, estaba toda machucada la vieja. Le pegaron, no sé quién habría sido, se queda callado el que lo hace, porque no puede conversarlo. Esos temas no se conversan, lo que nos pasa tampoco se conversa, hasta después”.

Otra medida preventiva ante el mal que pudiera recaer sobre una persona o familia es la compra de un seguro. Esta modalidad, que se asocia igualmente a La Mayoría, implica que la familia le paga mensualmente o una única vez a una persona que tendría vínculos con la organización o con la brujería, para de esta forma protegerse de recibir algún daño.

Una de las entrevistadas señaló en relación al seguro que le ofrecieron a su madre, que cuando unas vecinas que ella señala como brujas le pidieron que ‘se anotara’: “...Mi mamá ahí no más se subleva y les dice ‘y a donde voy a ir, eso es malo, yo no me voy a poner en ninguna cosa, si algo me hacen, me sanaré con mi plata, pero andar en revueltas no’. Se quedaron las viejas calladitas y nunca más le dijeron (...). No iba a meterse en esas cosas así. Ninguna persona que es católica va a andar en esas cosas...”

²⁴ Se refiere a sanadoras tradicionales, llamadas comúnmente machi en Chiloé, aún cuando –a diferencia de la cultura mapuche- éstas ya no tienen poderes chamánicos.

Otro entrevistado, ante la consulta sobre si había alguna forma de protegerse de los numerosos males que han sufrido como familia, comentó: *“Habrá alguna forma, alguna justicia, no sé, igual que te podrá proteger. Un seguro que haya para protegerse, seguro de vida que le dicen. Acá también se escucha eso, eso lo hace la gente mayor, tienen que saber eso, y eso tiene que costar caro, ya serán unas quinientas lucas, seiscientas²⁵, pero que uno se asegure también, es otra cosa”*.

No obstante, la compra del seguro no es algo habitual, ya que de una u otra manera vincula a la familia con la brujería. Las tres personas entrevistadas que hicieron referencias a esta modalidad de seguro manifestaron que finalmente no realizaron este trámite.

vi. TRATAMIENTO

“El curandero es el encargado de deshacer el hechizo a través de su arte y rituales mágicos”.

Según Aguiló (1985), este síndrome es producto de una maldición que alguien deseándonos el mal, nos ha hecho 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”.

En: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, 2003:226. APAL

El tratamiento del sistema médico tradicional para los casos de mal debe ser realizado por un sanador o sanadora especialista. Esta persona tiene un perfil que varía según lo informado por nuestros entrevistados, tanto enfermos como sanadoras. En algunos casos se nos señaló que un mal hecho por brujos puede ser tratado por una sanadora chilota o por una “extranjera”; en otros casos se nos dijo que el mal que hacen los indígenas tenía que ser combatido por un sanador de origen huilliche. Sin embargo, en general las personas buscan a un sanador conocido o, en caso de no conocer a alguno, de acuerdo a las referencias que hayan recibido de otros enfermos que ya consultaron.

En nuestro trabajo de terreno hemos podido observar además que existe una ambigüedad en el discurso en sanadores y enfermos al momento de consultarles por

²⁵ Se refiere a \$ 600.000, equivalente a aprox. U\$ 1.084 o a 3,6 salarios mínimos en Chile (a septiembre de 2009).

la diferencia entre sanadores, brujos y hechiceros y los ámbitos que cada uno aborda. No existen respuestas comunes y éstas varían según los conocimientos y la experiencia de enfermedad y sanación de la persona. En el caso de las sanadoras entrevistadas, si bien trabajan restituyendo la salud y haciendo el bien, se ven enfrentadas en muchos casos a las fuerzas del mal y en esos casos, algunas reconocen que son capaces de combatirlos (lo que implicaría trabajar directa o indirectamente con esas energías), pero otras manifiestan que 'son limpias' y que prefieren no involucrarse cuando sospechan o detectan que ante una consulta por enfermedad podría haber 'un trabajo' de por medio. El tema de la brujería, si bien es extendido, es también un tema en cierto modo vetado, especialmente cuando se quiere profundizar en él, porque a diferencia de otros síndromes, creemos que en éste hay mucha información que las mismas personas filtran u ocultan.

El tratamiento para los males es mucho más profundo que el realizado habitualmente a nivel casero para otros síndromes. En este caso hay operando fuerzas naturales y sobrenaturales mucho más negativas o agresivas, por lo que los tratamientos son en base a ceremonias y rituales y se apela permanentemente a los simbolismos en el tratamiento que se realiza. Muchos de los elementos utilizados son comunes a las curaciones chamánicas.

En general en todo tipo de tratamientos, ya sea del sistema biomédico, el tradicional u otros, actúan distintos factores que contribuyen al proceso de sanación. Uno de ellos es el contenido o compuesto que tengan los remedios o drogas que se den al enfermo, ya sea un antibiótico, un tratamiento de quimioterapia o un preparado de hierbas medicinales o un masaje. Sin embargo, deben existir igualmente otros elementos que contribuyan a que la persona avance en su sanación y que son menos tangibles.

Al respecto, el Psiquiatra E. Fuller Torrey (En: Ortiz de Montellano, 1997:202) en un estudio con profesionales de la salud, concluyó que en la naturaleza de un tratamiento eficaz deben existir algunos principios fundamentales:

1) Una cosmovisión del mundo compartida entre el profesional y el paciente. Torrey (en: Ortiz de Montellano, 1997:200-202) señala que este es el primer componente de toda psicoterapia, tanto occidental como no occidental: el solo acto de nombrar el problema es terapéutico. Pero para que esto funcione, el terapeuta debe compartir por lo menos hasta cierto punto la visión del desorden que se está tratando. Para ello, señala el autor, el sanador debe usar símbolos que sean acordes a la visión y vivencias del paciente. De esta forma, entramos al recurso de la eficacia simbólica.

La eficacia simbólica no es un recurso exclusivo de la medicina originaria, sino que se encuentra presente en todos los sistemas médicos. En el sistema biomédico, encontramos la eficacia simbólica –en este caso más frecuentemente denominada efecto placebo- como parte de los mecanismos de cura de los enfermos: la realización de un examen o la administración de un medicamento (aunque sean innecesarios), la compra de un medicamento más caro o de un laboratorio extranjero (aún cuando sus compuestos sean los mismos y de igual calidad que otro más barato), etc. son acciones que provocan un efecto en las personas –de seguridad, de sentir que realizan una acción positiva orientada a su sanación- y que contribuyen a aliviar el problema. En el caso de los tratamientos del sistema originario y el popular, el sanador utiliza elementos que tienen una lógica y son parte del sistema de creencias de la persona: un huevo para sacar los males, la quema de un objeto, la realización de una oración.

En este tipo de curas, donde se apela a una vivencia compartida entre sanador y enfermo, habría igualmente dos elementos que el antropólogo Claude Lévi-Strauss destaca (1995): las prácticas sugestivas sustentadas en el poder de la palabra y el significado que tendrían la enfermedad y la cura en la comunidad de la que se forma parte.

En relación al poder de la palabra, el chaman o sanador recurre a lenguajes comunes, oraciones, encantamientos y conjuros que tienen sentido en la cultura del enfermo. En cuanto a la comunidad, Kippner destaca la importancia de apelar a la comunidad en las curas chamánicas con el objetivo de ayudar en la curación, ya que el enfermo recibe un soporte social o recursos del ambiente que benefician su salud psicológica y física. El apoyo social sería entonces relevante en la intervención chamánica y según el autor, “diversos estudios indican que las personas que reciben apoyo social de su red comunitaria, en particular si éste viene de individuos significativos, tienden a presentar menos problemas psicológicos que aquellas que no reciben este apoyo” (Kippner, 2007).

2) El efecto curativo de una relación humana benigna o favorable entre el sanador y el paciente son también elementos importantes que Torrey destaca en el proceso de sanación.

Al respecto, Kippner (2007) sostiene que mucha de la eficacia de los chamanes se debe a que sus conceptos de enfermedad son los mismos de sus clientes. Además, promueven una imagen positiva de sí mismos y de sus poderes, para impresionarlos. De esta forma la apelación a lo emocional y la evocación de fe, esperanza y confianza aumentan las expectativas del enfermo y contribuyen a su recuperación.

Una de nuestras entrevistadas, al ser consultada varios meses después de haber recibido un tratamiento de sanación y de limpieza de su hogar por un mal que la afectaba, decía:

“... se me ha quitado ese problema que tenía, por ese lado estoy mucho mejor, yo me he sentido apoyada por la persona que me hizo la limpieza y pienso mucho en ella y me acuerdo de ella todos los días y digo por cualquier cosa que siempre me ayude, que me apoye, que ojalá siga ayudando a otras personas también. Y también le recomendaría esto a otras personas que tengan situaciones parecidas, y que están sufriendo. Los otros médicos no pillan nada ahí, porque yo hace tiempo que he estado con otros médicos, y me dan unas pastillitas, pero nada, ninguna cosa buena han tenido, siempre he estado igual, ahora es cuando estoy mejor” (Sra. F.M., Queilen Rural).

En este testimonio observamos que la relación que la enferma estableció con la sanadora, tanto en forma directa cuando se realizó el diagnóstico y tratamiento del síndrome cultural, como posteriormente, al evocar la sra. F.M. a la sanadora, contribuyeron al estado de mejoría en el que dice encontrarse. Claramente también, los recursos utilizados por la sanadora tuvieron para ella un mayor efecto que los ofrecidos por el sistema biomédico (“me dan unas pastillitas, pero nada”) para el tratamiento de su dolencia.

3) La esperanza de cura por parte del paciente, que pone en acción el poder curativo de la fe, especialmente al hablar de su enfermedad –en este caso síndrome- y las emociones que ella le generan. Esto es lo que en Psiquiatría se ha denominado catarsis y posteriormente abreacción²⁶, es decir, el alivio de una emoción suprimida al hablar de ella y la cura del problema cuando este proceso se ha llevado profunda y adecuadamente. Veremos un ejemplo de esto más adelante en este capítulo.

4) Procedimientos que promuevan un sentido de control de parte del paciente sobre las adversidades que le ha tocado vivir. En este sentido, el acto mismo de la medicación –sea ésta una infusión de hierbas, una ceremonia, un antibiótico oral o un analgésico inyectable- de por sí constituyen un factor importante, al darle al

²⁶ La abreacción es un concepto acuñado por Freud y que reemplaza al de catarsis, al tener una etimología más apropiada al fenómeno psicológico que se desencadena. La abreacción sobreviene cuando se puede verbalizar o poner en palabras el conflicto que ha estado reprimido en lo inconsciente (generalmente un deseo infantil reprimido), casi sin excepción esta posibilidad de poner en palabras, de explicar, el conflicto inconsciente está aparejada con una descarga emotiva. La genuina abreacción resulta ser así la señal de una cura psicoanalítica. (En: <http://es.wikipedia.org/wiki/Abreacci%C3%B3n>)

enfermo un sentimiento de dominio sobre la enfermedad y estimulando al cuerpo para lograr –en palabras de Torrey- una curación autónoma a través del sistema inmunológico.

Por nuestra parte, consideramos que en todo síndrome cultural, así como en cualquier enfermedad, es fundamental que la persona sienta que es un sujeto activo de su sanación y que es capaz de enfrentar su enfermedad o dolencia y los problemas que ésta le significan. Esta disposición y el rol activo que ejerza buscando su curación serán fundamentales para estimular la curación del organismo, no sólo desde el sistema inmunológico, sino que en forma integral, entendiendo a la persona como cuerpo, espíritu, mente y emociones.

Un ejemplo de ello ocurrió en el tratamiento de F.M. antes mencionado. Al iniciar la conversación con la sanadora, ésta le pregunta qué es lo que quiere conseguir con la terapia, a lo que ella responde que lo único que quiere es vivir en paz y tranquilidad con su familia, y saber quién le está haciendo el mal. A continuación la sanadora le pregunta qué es lo que ella entrega a cambio de conseguir eso, y la sra. F.M. contesta que entregaría su fe, lo que parece ser exactamente la respuesta que la sanadora esperaba, manifestándole a continuación que lo más importante es que ella le va a entregar el 50% y que el otro 50% lo tiene que entregar F.M. y que lo importante es que ambas estén en el mismo camino: el deseo de que esto se termine. También la sanadora le dice a F.M. que en lugar de entregar alguna ofrenda, ha de estar dispuesta a recibir la ayuda que se le está ofreciendo. La sanadora pretende que el espíritu de la señora vuelva a ser el que era, para lo cual inicia una imposición de manos.

Como podemos observar, la sanadora permanentemente infunde en la enferma un sentimiento de participación en la sanación de su dolencia y, por lo tanto, de control sobre la misma. Este no fue el único momento en que la sanadora utilizó estos recursos, también lo hizo al momento de diagnosticar a través del naípe español, diciéndole a la enferma que es ella quien permite o quien prohíbe la entrada del mal a su hogar porque es ella la que tiene el poder al interior de su casa. En la entrevista que tuvimos posteriormente con F.M., su sentimiento de control sobre el mal que la había afectado era notorio en su discurso.

Los principios antes mencionados se encuentran presentes en todos los sistemas médicos –en nuestro caso, oficial, tradicional y energético- y son útiles como coadyuvantes en el tratamiento de los síndromes culturales en general, no

sólo del mal, sino también de los otros estudiados en esta investigación y aquellos que no hemos abordado. De esta forma, en las prácticas chamánicas y también los tratamientos que realizan los sanadores tradicionales, especialmente en ceremonias como las asociadas a la curación de males o de síndromes culturales que involucran aspectos sobrenaturales, estos principios son fácilmente identificables.

Sobre la forma en la que actúan parte de los principios antes descritos, una de las sanadoras entrevistadas, al referirse a la ceremonia, tratamiento y cura que ella aplica para tratar el mal, nos señalaba:

“Sí, es posible sanarse finalmente. Está todo en la fuerza mental, o sea, si yo tengo un mal y tengo la fuerza mental suficiente como para recibir a la persona que me va a ayudar, creerle a la persona que me va a ayudar primero, pero después predisponerme yo para esa ayuda, ahí está la clave. Porque el ritual que yo haga, si esa persona no lo recibe, no se predispone, no lo recibe como yo quiero que lo reciba, me cuesta más. Al final igual voy a conseguir algún tipo de mejoría por la fuerza que yo estoy poniendo, pero la fuerza de la otra parte me va a faltar, entonces siempre queda un espacio. Lo que yo hago siempre para cuando hago este tipo de cosas, yo le pido a la persona que está conmigo que realmente ponga su fuerza también, que lo reciba con fuerza y ponga su fuerza, es decir ‘bueno yo no quiero más esto en mi cuerpo, no quiero más esto en mi huerta o en mi siembra’ (...) entonces cuando uno está predispuesto para eso, cuando uno recibe lo que le están haciendo y responde creando una barrera que contenga todo eso que uno no quiere que esté con uno, pasa eso de que por fin uno puede curarse definitivamente” (E.A., Sanadora Tradicional)

En dos de los casos estudiados, el de O.B., mujer de 55 años (Castro rural) y el de S.B, hombre, 53 años (Queilen Rural), en que ambos decían tener desde hacía varios años un mal, pudimos observar que no existía de parte de ellos una intención por resolver activamente su problema o, en otras palabras, por estimular a su ‘sanador interno’. Ambos se habían transformado en una víctima de su enfermedad, volviéndose sujetos pasivos y autoanulados en sus capacidades y ambos veían como solución a sus problemas el que se les entregara una pensión de invalidez²⁷, aún cuando los dos estaban activos y sin enfermedades orgánicas ni mayores problemas

²⁷ La pensión de invalidez es uno de los beneficios del sistema previsional que se concede a todo afiliado que ha sido declarado inválido por una Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones (Fuente: Superintendencia de Pensiones. Ministerio del Trabajo).

físicos que les impidieran hacer una vida normal. Esta situación además involucraba a la familia, ya que ambos utilizaban su condición de ser víctima de su síndrome para manipular a sus familiares y centrar en ellos su atención. En estos casos, el problema se origina en la mente, el espíritu y/o las emociones de la persona, provocando –como en el caso de estas dos personas– algunos síntomas físicos (nauseas, vómitos, dolores musculares) cuya explicación sería más bien psicosomática. En otro de los casos, J.P., mujer, 22 años (Chonchi rural), aún cuando su familia atribuye su enfermedad a un mal y donde evidentemente existe un problema de salud mental que no ha sido adecuadamente diagnosticado ni tratado y que hace que se niegue a salir de su casa y rehuya vincularse con personas ajenas a su familia, es la madre quien ha manifestado su intención de conseguir una pensión para su hija, aún cuando en la casa ella es plenamente activa y ayuda en los quehaceres domésticos.

Entre las personas entrevistadas, los tratamientos que habían realizado para el mal que sufrían en general se basaban en ceremonias y en tomas de hierbas. En relación a las ceremonias, algunas fueron realizadas por los propios afectados y otras por especialistas. Las ceremonias ‘caseras’ son más bien preventivas y consistieron en hacer cruces de palqui y ponerlas en las esquinas de la casa, quemar ají, poner plantas de ruda en la casa, entre otras. Otros habían ido a sanadoras, sanadores y naturistas, que habían realizado ceremonias tanto en la casa de los afectados como en sus espacios de atención (a distancia); también les habían indicado hierbas o dado botellas con preparados de hierbas. En uno de los casos se trataba de hierbas con efectos vomitivos y en otro se le indicó tomar infusión de huelcún, un arbusto nativo de Chiloé que se usa como contra²⁸. En cuanto a los que recurrieron al sistema biomédico, dijeron haber ido a la posta y consultorio, donde les hicieron exámenes (electrocardiograma, examen de sangre, radiografías) y/o les dieron pastillas (en algunos casos tranquilizantes como el clordiazepóxido, medicamentos para algunos síntomas específicos, como ácido acetilsalicílico y omeprazol o medicamentos para la esquizofrenia y otros problemas de salud mental, como la risperidona) que, según sus testimonios, en la mayor parte de los casos no les dieron resultado.

En relación a las ceremonias y a otro tipo de tratamientos indicados para el mal, es importante destacar que en ellas se utilizan distintos símbolos y se realizan

²⁸ Existen en la medicina tradicional de Chiloé una serie de plantas y árboles que se denominan ‘de poder’ y que se conocen o son indicados y usados por los sanadores como ‘contra’ para enfermedades o situaciones donde hay involucradas energías negativas, el huelcún es una de ellas. Se les asignan estas características por tratarse de hierbas, arbustos o árboles que se destacan en su medio, ya sea por su forma, tamaño, propiedades insecticidas o antiparasitarias (p. ej. un árbol que mata a los parásitos debiera tener propiedades para ahuyentar malos espíritus que afectan a las personas). (Entrevista personal E.A., sanadora tradicional; octubre 2009).

rituales que las personas deben cumplir y que los hacen formar parte activa del tratamiento, poniéndose en acción el poder curativo de la fe que mencionábamos anteriormente. Una de las entrevistadas describe así el primer tratamiento realizado a su hija una vez que se le diagnosticó que le estaban haciendo un daño:

“Ese día cuando llegamos donde la abuelita (sanadora) le tomó el pulso, entonces la abuelita dijo tiene esto y esto su hija, dijo tiene esta enfermedad, es grave (...) y le hice sus medicamentos, tal y como ella me dijo. Tenía que ir a buscar un par de piedritas en el río y traerlas y calentarlas en las brasas, que queden bien rojas, y lo largaban en la taza que le daba su remedio (de hierbas dadas por la sanadora). Así le hice para que se sane, yo hice todo lo que ella me dijo, lo hice tal cual como ella me dijo y ya empezó a quedar mejor, esa tarde misma cuando empezó a tomar su remedio empezó a sentirse mejor, ella estaba en cama, tenía que estar en cama porque le dolía todo su cuerpo desde la cabeza hasta los pies, así que la tenía en cama y un día que estuvo con remedio, al otro día ya estaba mejor, ya se fue recuperando de un viaje” (Madre de J.P., 22 años)

Finalmente, y para ilustrar algunos de los elementos referidos anteriormente, en especial los vinculados a la eficacia simbólica, describimos a continuación la ceremonia de limpieza que realizó una sanadora para un caso de mal y que nos tocó presenciar.

Estando en la cocina de la casa de la señora G.C., en compañía de su suegra y su marido, la sanadora señaló que percibía que desde cierto sector del predio venía una energía o una señal negativa. Recorrimos el predio siguiendo a la sanadora hasta llegar a una zona donde había algunos árboles plantados por el dueño de casa hacía alrededor de dos años. La sanadora indicó que percibía que había algo bajo uno de los árboles y pidió que con una pala se sacara el árbol. El dueño de casa lo hizo y donde había estado el árbol encontramos una bolsa plateada de unos 30 cm. de largo. El marido estaba muy extrañado porque decía que él mismo había plantado el árbol y nunca estuvo la bolsa en ese lugar. Esta era la primera vez que la sanadora visitaba la casa y en esta visita había conocido a la enferma y a su familia. La sanadora explicó que el objeto aparentaba ser una bolsa, pero en realidad era una ‘antena visora’²⁹ a través de la cual la persona que estaba haciendo el mal –en este caso una vecina, según la sra. G.C.- observaba los movimientos de la familia.

²⁹ Este concepto de ‘antena visora’ es muy similar al challanco o revisorio mencionado en el Proceso y que ya definimos anteriormente.

La sanadora hizo una pequeña fogata en el mismo hoyo en que había estado el árbol y ahí quemó la bolsa, haciendo al mismo tiempo algunas invocaciones a fuerzas y seres sobrenaturales para que protegieran a la familia y combatieran el mal que se estaba provocando. Podríamos decir que simbólicamente lo que hizo la sanadora fue quemar la presencia de 'la bruja' en el terreno. Sin embargo, ella misma aclaró que con eso no se había eliminado el mal, sino sólo se había eliminado el medio por el cual quien hacía el mal observaba y tenía control sobre los movimientos de la familia.

La acción de encontrar el objeto y posteriormente quemarlo, tuvo un efecto inmediato en la enferma y, especialmente en su marido, que presenciaron juntos la ceremonia. Ella manifestó sentir un gran alivio, no sólo porque se había descubierto y eliminado el objeto, sino principalmente porque por primera vez en diez años había podido hablar de su síndrome con alguien (la sanadora) sin que la consideraran 'loca' y además sintiéndose comprendida por su interlocutora.

Por otro lado, entre los problemas que había traído el mal que sufrían como familia, la mujer nos había señalado que su marido había cambiado, que ya no era tan conversador, como antes, hablaba poco y desde hacía un tiempo incluso tartamudeaba. Una vez terminada la ceremonia, y ya de vuelta en la casa, el hombre efectivamente comenzó a hablar fluidamente con nosotros (lo que no había hecho antes) y no tartamudeaba. Cuando nos fuimos de la casa, la mujer agradecía a la sanadora tanto porque le había 'devuelto a su marido como era antes', como por haberla entendido y no haberla considerado 'loca'.

Podríamos decir que en este caso se puso en acción no sólo la eficacia simbólica durante el tratamiento, sino también lo que Torrey definía como la 'esperanza de cura por parte del paciente', que ponía en acción el mecanismo de la abreacción, en la medida que la mujer logra relatar su problema y todos los símbolos que ella asociaba al mal y éstos son entendidos y no cuestionados por la sanadora. Posteriormente, a través de la ceremonia es su marido quien alivia una emoción contenida y desbloquea el problema de comunicación (tartamudez) que lo aquejaba.

Por su parte, Lévi-Strauss explicaría el fenómeno en términos de eficacia simbólica. A partir de la descripción de una curación chamánica hecha a una mujer de la etnia kuna de Panamá, que nos sirve igualmente para explicar el caso que describimos anteriormente, el antropólogo manifiesta:

“Que la mitología del shamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta o, mejor, ella jamás los ha puesto en duda. Lo que no acepta son dolores incoherentes y arbitrarios que, ellos sí, constituyen un elemento extraño a su sistema, pero que gracias al mito del shamán va a colocar de nuevo en un conjunto donde todo tiene sustentación” (Lévi-Strauss, 1995:221).

Desde el punto de vista de la Psiquiatra Jacqueline Sánchez, el fenómeno que ocurrió en este caso puntual y en otros casos como estos, tiene que ver efectivamente con el efecto simbólico del acto, sin embargo, cree necesario establecer que en casos donde hay una enfermedad mental, este solo acto es insuficiente para lograr efectos en el paciente:

“Por supuesto que la eficacia simbólica existe, si eso tiene una fuerza muy importante, pero hay que distinguir el efecto simbólico que puede tener cualquier acto. Si alguien te entrega un regalo, eso tiene un efecto sobre tu ánimo, sobre tu emoción, sobre tu vivencia. Si alguien te saluda de una manera u otra, eso tiene un efecto sobre ti. Los actos y las palabras tienen efecto sobre el pensamiento y sobre el ánimo y sobre el juicio. Entonces claro que sí, no me cabe ninguna duda (de que se produjeron cambios en la sra. G.C. y su marido), pero hasta ahí llega, tiene límites. El efecto de eso tiene límites. Los medicamentos están probados también con placebos, y el placebo también tiene un efecto, pero los medicamentos que se utilizan, se usan porque se supone que tienen un efecto mayor que el placebo”.

En este caso, lo que ocurre es que existe un lenguaje verbal y simbólico común entre sanadora y enfermos (la señora G.C y su marido) y es a partir de ese lenguaje que la experiencia que vivían como familia se vuelve coherente e inteligible, provocando, en palabras de Lévi-Strauss, “el desbloqueo del proceso fisiológico, es decir, la reorganización, en un sentido favorable, de la secuencia cuyo desarrollo sufre la enferma”. En el caso que presenciamos, esta explicación tiene más lógica aún cuando la sra. G.C. nos relataba que durante los diez años que ella dice que le han estado haciendo el mal, ha recurrido tanto a médicos (por sus problemas físicos), como a la policía de carabineros (para denunciar a la vecina que le estaría haciendo un mal), abogados (para hacer un juicio contra su vecina), asistentes sociales, entre otros, y que nadie entendía lo que ella relataba, tildándola de loca. Si bien su diagnóstico biomédico es el de Psicosis Paranoide –el que es igualmente

aceptado por la sanadora como enfermedad que acompaña al mal- el abordaje del síndrome cultural que realiza la sanadora le permite avanzar en la resolución de algunos aspectos de los aspectos culturales de su dolencia (el mal). No obstante, en este caso, donde efectivamente existe una patología mental, sigue siendo necesaria la complementariedad con el tratamiento biomédico, que la mujer reconoce no seguir adecuada y sistemáticamente (no se toma los remedios, lo hace ocasionalmente y hay algunos que ella misma descarta por tener efectos secundarios molestos para ella).

vii. EXPLICACIÓN BIOMÉDICA.

A diferencia de otros Síndromes Culturales, en el caso del mal no existe una explicación biomédica precisa o una enfermedad homologable en el sistema médico oficial. La propia GLADP, en su propuesta de clasificación según Código CIE-10 del síndrome cultural de Brujería, señala: “Los síndromes varían tanto, que no es posible en el presente proponer un código específico que permita situar estos trastornos dentro de la taxonomía internacional. Se sugiere utilizar el código que más represente la sintomatología exhibida por el paciente” (APAL, 2003:226).

Lo que ocurre por lo general es que la explicación biomédica se orienta al diagnóstico de la enfermedad orgánica que acompaña a lo que el enfermo define como un mal y, en caso de no existir una enfermedad orgánica, es posible que se diagnostique una enfermedad o problema de salud mental.

Aquí se da lo que definíamos en la introducción como *disease* e *illness*. La explicación biomédica (*disease*), se orientará a explicar el síndrome como una enfermedad reconocida por el sistema médico oficial, mientras que la explicación de la personas (*illness*) apuntará a una dolencia reconocida por el sistema tradicional y que para ella tiene sentido y explicación, como es el mal. En el caso de que el enfermo asuma que tiene una enfermedad acompañada, es decir, una enfermedad orgánica o mental junto con un mal, entonces tendrán lógica para él ambas explicaciones: la biomédica y la cultural. Esto, sin embargo, es más factible que ocurra cuando la enfermedad que acompaña al mal es orgánica. Si el diagnóstico apunta a una enfermedad mental es más difícil que el enfermo o su familia asuman ese diagnóstico.

En Chiloé, existen actualmente dos equipos de Salud Mental, una Unidad de Salud Mental en el Hospital de Ancud (actualmente sin Médico Psiquiatra

permanente) y un Servicio de Psiquiatría en el Hospital de Castro. El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de Castro está dirigido desde hace diez años por la Psiquiatra Jacqueline Sánchez, quien trabaja con un equipo conformado además, por cuatro Psicólogos, tres Asistentes Sociales, dos Médicos Generales, una Enfermera y cuatro Técnicos Paramédicos. Se trata de un equipo que tiene un enfoque familiar y comunitario, en el que se trabaja no sólo con el enfermo, sino también con la familia y la pareja. Las intervenciones que se hacen desde el hospital también se extienden, cuando es necesario, a la comunidad en la que reside la persona que está en tratamiento, de manera de ver la forma en que él o ella se inserta en ese medio. Se cuenta además con un Hospital de Día, donde los enfermos acuden sin pernoctar y son tratados por un equipo compuesto por un Técnico Paramédico, una Psicóloga, una funcionaria administrativa, una Asistente Social y varios monitores que realizan diversos talleres. En el Hospital de Castro se trabaja, en palabras de la Dra. Sánchez, “desde un enfoque comunitario, aunque no necesariamente transcultural, si bien mi postura es mucho más abierta que quizás otro psiquiatra, también por la formación (Psiquiatría Comunitaria)”.

En el ámbito de la salud mental, la experiencia de la Médico Psiquiatra -quien recibe varios casos al mes de personas que atribuyen su sintomatología (o parte de ella) a un mal- le ha permitido establecer que en general se trata de casos que desde el punto de vista psiquiátrico, se asocian a:

- Cuadros de esquizofrenia.
- Cuadros de psicosis reactivas
- Cuadros de psicosis secundarias a depresión

Existen igualmente algunos casos excepcionales de otras enfermedades mentales de fondo, como el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Sin embargo, estos son casos extremos, que llegan a la consulta psiquiátrica cuando el enfermo o la familia comienzan a identificar manifestaciones que difieren de las que culturalmente se asocian a un mal, o bien cuando el tratamiento con sanadores tradicionales no ha sido efectivo en disminuir algunos síntomas ‘extraños’. Entre estos síntomas o comportamientos anormales, la psiquiatra menciona tres tipos de presentaciones:

- La familia relata o el propio afectado menciona sentirse extraño: “no me entiendo a mi mismo”, “estoy como extraño, como que me hubieran hecho un

mal”, “no soy como antes”; en general, dicen sentirse muy mal, incómodos, raros.

- La otra posibilidad, es cuando pierden juicio de realidad y la psiquiatra lo nota igualmente por el examen mental. “Hay una desconexión, una desvinculación -eso es un signo de la patología- están como idos, con la mirada perdida, ausentes, no están ahí, tú miras a los ojos y no encuentras una conexión. En estos casos se trata de pacientes que están francamente psicóticos”.
- Y el tercer tipo de pacientes son aquellos que “como que les entró el diablo al cuerpo”. Presentan crisis de agitación psicomotora, que a veces atribuyen a haber sido víctimas de un mal. Son crisis de agitación psicomotora, de descontrol psicomotor, en que rompen cosas, se agitan completamente.

En cuanto al abordaje de estos casos, la Dra. Sánchez sostiene que para realizar el diagnóstico y establecer la existencia de una enfermedad mental, es necesario escuchar abiertamente y sin prejuicios los relatos del enfermo y su familia, ya que lo que el paciente refiere constituye un examen mental inmediato, a través del cual es posible pesquisar y concluir el tipo de psicopatología que presenta. Sin embargo, no se trata de que todas las personas que dicen tener un mal presenten una enfermedad mental. Como mencionábamos anteriormente, aquellos que llegan a la consulta psiquiátrica son los casos más extremos y que manifiestan conductas que no son propias de lo que culturalmente se asume como un mal, razón por la cual es importante determinar o descartar la existencia de una patología mental:

“... es una cosa que tiene mucho que ver con cómo yo reconozco la sintomatología y la psicopatología, porque podrían contarme un montón de cosas y yo diagnosticar a un montón de gente que está con alteraciones sensorio-perceptivas, y son cosas que tienen que ver con sus creencias, con sus vivencias, con la cultura. Sin embargo, al momento de consultar, en que ellos dan este paso, de buscar ayuda, es porque reconocen que es muy raro, y no tiene que ver con lo cultural ni con la cosmovisión” (Jacqueline Sánchez, Psiquiatra).

Por su parte, Carolina González, Asistente Social y Marcia Muñoz, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Castro, quienes forman parte del equipo que trabaja con la Dra. Sánchez, sostienen que la gran mayoría de los pacientes que ellas atienden no les mencionan que creen tener un mal, a menos de que hayan entrado en confianza con la persona que las esté tratando. En estos casos, y por orientación definida en el Servicio de Psiquiatría, se tiende a no seguir la historia o “el delirio” que relata el paciente. Cuando se trata de un síndrome cultural,

principalmente un mal o un susto que es asumido de esta forma por la persona, se le sugiere que busque orientación o solución a dicha dolencia en el sistema tradicional (machi, sanadoras), señalándole que desde el nivel hospitalario no se puede abordar esa parte del problema.

“... entonces es toda una explicación (de un síndrome cultural) que para ellos es súper lógica, pero que se escapa a lo que yo puedo ayudar acá, que soy Asistente Social, pero lo puedo orientar (...), entonces ahí uno va diciendo ‘pero también existen machi’, para que puedan ayudarlo y como que también ellos tengan en su mapa, en su red alguien más que pueda resolver temas que a lo mejor no han tenido una explicación pero que lo pueden dejar tranquilo a él, en un plano tal vez más espiritual, más mágico, que es del que nosotros no damos cuenta”. (Carolina González, Asistente Social)

Al respecto, la Dra. Sánchez, menciona que cuando un paciente le dice espontáneamente que con el tratamiento indicado por ella se ha sentido mejor, pero que siente que no se le ha quitado el mal, le sugiere que busque una solución en otro sistema médico: (les digo) “bueno, entonces vaya a alguna parte donde le quiten eso, porque usted tiene que estar bien en forma completa”.

La complementariedad entre sistemas médicos en estos casos se puede dar satisfactoriamente y, según la psiquiatra, sirve o, cuando menos, no afecta el tratamiento biomédico. Sin embargo, un problema complejo es cuando el enfermo no asume que tiene una enfermedad mental y no se adhiere, o bien abandona el tratamiento biomédico.

“... hay dos posibilidades. Los que estén yendo paralelamente a las dos partes -acá y a algún tipo de sanación- y que ellos lo evidencian con tranquilidad. Cuando ellos lo vivencian con tranquilidad, como aceptación de ambas cosas, es como que no hay problema, y sirve. Eso es lo que yo veo. O no sé si sirve, pero por lo menos no interfiere en el tratamiento que estoy siguiendo yo y que no son sólo los medicamentos, sino que también es la psicoterapia que está haciendo la psicóloga, el acompañamiento que hace la asistente social, (es decir), con el equipo. (...) Pero cuando tienen algún conflicto de aceptación de tratamiento médico y están obligados porque los trae obligado la familia o porque los obligamos nosotros, y no creen en este tipo de tratamiento... es un caos. En esos casos, de verdad es tremendamente caótica la situación, porque siguen productivos, siguen psicóticos, no hay cambios y cada vez hacen cosas más raras, se sienten peor, la familia se desespera y resulta que no se ven resultados. Pero llegan

a tal punto que van, retiran los medicamentos y no se toman los medicamentos”. (Jacqueline Sánchez, Psiquiatra).

Algunos aspectos interesantes de destacar en cuanto a la presencia de este síndrome es que de acuerdo a la experiencia de la Dra. Sánchez, la existencia del mal, identificado como una dolencia por los enfermos que la consultan, ocurre en Chiloé en forma muy frecuente, mucho más de lo que ocurre, al menos, en la ciudad de Santiago, donde de acuerdo a su experiencia clínica se encuentran este tipo de casos, pero en menor cantidad. Además, la forma en que los enfermos en Chiloé hablan y enfrentan su dolencia (el mal) es también muy distinta:

“Yo esto lo puedo hablar con los pacientes, para mi es natural, y no hay ni prejuicios, nada. Hay respeto, pero esencialmente yo trabajo con eso ahí, con eso presente. Y los pacientes son muy transparentes en eso (hablar del mal). En Santiago cuesta un mundo llegar a la sintomatología real, porque además hay tanta drogadicción, vienen tan como tapados los síntomas que cuesta mucho. Acá no, son así, abiertos, te llegan contando todo el cuento, son maravillosos. Y esta cuestión la puedo conversar yo con ellos y con el equipo y con la familia abiertamente” (Jacqueline Sánchez, Psiquiatra).

Otro de los aspectos que observamos en relación al abordaje biomédico de los males, y que es importante de considerar, es que en ocasiones la utilización del lenguaje que hacen los profesionales de salud, en especial médicos, y la interpretación que las personas hacen de este lenguaje, tiende a reforzar la idea de que en la enfermedad orgánica que se presenta existe un mal de por medio. Es el caso de una familia que asocia el cáncer de la madre con un mal hecho por un miembro de la familia, lo que se vio reforzado cuando el médico le señaló a un sobrino de la afectada que el problema que tenía era un ‘cáncer maligno’.

Lo mismo ocurrió con la madre de una joven de 16 años, cuya familia considera que los ataques que sufre se deben a un síndrome cultural, el “Encamahuetamiento”, heredado por su padre, el que lo habría contraído cuando niño, cuando tomó un remedio dado por una machi y que por error tenía una dosis excesiva de ‘cacho de Camahueto’³⁰. La madre apoya el diagnóstico familiar sobre la enfermedad de su hija sosteniendo que durante la gestación, al hacerse unos exámenes en el hospital (ella

³⁰ “El Camahueto es un animal mitológico parecido a un ternero; su pelaje es de color plumizo, corto y muy brillante. Es un unicornio, el cuerno lo lleva en medio de la frente. Se presenta como un animal vigoroso, ágil y de una belleza extraordinaria. Habita en los ríos y en las lagunas; ahí permanece mientras dura su

Menciona una ecografía) le dijeron que la niña “traía la misma sangre del padre, así que tenía la misma enfermedad”, con lo que ella ve reforzada su convicción (aún cuando obviamente lo que le habrían señalado en el hospital ya corresponde a la interpretación que la madre hizo).

viii. CAMINO DE SANACIÓN

El camino de sanación que siguen las personas afectadas por un mal habitualmente contempla al menos el sistema biomédico y el tradicional y, en algunos de los casos que tuvimos la oportunidad de conocer, también se ha recurrido a otras terapias que definimos como parte del sistema energético.

Son los enfermos y sus familias quienes hacen el camino de sanación por los distintos sistemas, pensando en resolver tanto la dimensión orgánica o natural, como la dimensión sobrenatural del síndrome. Hacer este recorrido de una u otra forma implica agotar los recursos en la búsqueda de la sanación. Incluso hemos conocido algunos casos en los que a pesar de que el enfermo falleció producto de una enfermedad terminal asociada por la familia al mal, ésta se sentía tranquila por el hecho de no haber dejado posibilidades de sanación sin cubrir y por haber abordado el problema de salud en forma integral.

Asimismo, más que en los otros síndromes culturales investigados, en el caso del mal, aún cuando éste afecta a una persona, por lo general se involucra a la familia completa –ya sea por la preocupación por el familiar o porque empieza a recaer el mal sobre otros miembros de la familia- y en muchos casos también se ven involucrados los bienes de las personas, como los animales o las siembras. Es por esta razón que habitualmente las familias están dispuestas a buscar una solución en todos los caminos de sanación posibles, invirtiendo sus recursos, vendiendo animales e incluso tierras para lograr vencer el mal que sufren. Lamentablemente esta vulnerabilidad en ocasiones hace que personas inescrupulosas engañen a quienes creen sufrir un mal.

desarrollo, que es muy lento, de veinte a veinticinco años. Transcurrido ese tiempo, siendo ya adulto, irrumpe hacia el mar destruyendo cuanto encuentra a su paso y dejando en su camino un profundo zanjón” (Tangol, 1976:114). A las raspaduras de su cacho se le atribuyen poderes curativos, utilizándolas para fabricar ungüentos mágicos, hacer friegas y sanar algunas enfermedades cutáneas, reumatismos, anemias, etc. Al ingerir una sobredosis de este polvo, el paciente puede quedar ‘encamahuetado’, loco, mostrando manchas en la piel de la cara, ojos inyectados en sangre y espuma en la boca” (Quintana, 1995; Tangol, 1972).

En los últimos años han llegado a Chiloé desde otras regiones de Chile y desde fuera del país, diversos sanadores, machi, curanderos, gitanas y similares, que dicen curar males y otros problemas y que por lo general se publicitan a través de los medios de comunicación. Si bien los recursos terapéuticos que varios de ellos utilizan son comunes a los de los sanadores tradicionales y algunos entrevistados dijeron haber tenido buenos resultados con algunos de ellos, muchos de estos sanadores –que además no permanecen en la zona, sino que vienen temporalmente– terminan engañando a las personas y haciendo cobros cada vez más altos, sin que los afectados sientan que resuelven su problema. Por lo general esto le ocurre a personas cuya red familiar o cuya identidad y pertenencia étnica se han debilitado. Se da también el caso de personas y familias que salen fuera de la isla (región de la Araucanía, Punta Arenas, zona norte de la Región de Los Lagos, Concepción), buscando sanadores que les parecen confiables por su prestigio y por haber tratado satisfactoriamente a personas conocidas.

De los doce casos de mal en que los entrevistados detallaron la secuencia del camino de sanación seguido, siete lo comenzaron en el sistema biomédico; dos de ellos tomaron medidas caseras, una para los síntomas físicos (masajes con *wirasacha*³¹ y toma de aspirinas) y otra abordando directamente el problema como un mal, para lo que realizó quemaduras de ají y sahumerios en la casa. Dos personas recurrieron al sistema médico tradicional, una a una sanadora y otra a una naturista. Una de las entrevistadas no recurrió a ningún sistema, porque los signos que le indicaban que era víctima de un mal no se relacionaban con malestares físicos, sino con señales como la presencia de pájaros y otros fenómenos que ella consideró vinculados a un mal y el ser de religión evangélica le impedía recurrir a sanadores tradicionales o ceremonias de limpieza.

A partir de los casos estudiados y de las entrevistas realizadas, podemos afirmar que las primeras medidas tomadas a nivel casero son habituales, ya sea para los síntomas físicos como ante la sospecha de un mal, aún cuando en este último caso también las personas se apoyan en prevenciones que se han tomado antes, como tener plantas de ruda (*Ruta graveolens*) en la puerta de la casa.

La consulta en el sistema biomédico ocurrirá de dos maneras distintas. En el primer caso, cuando la persona manifiesta una sintomatología orgánica por la

³¹ Ungüento mentolado de hierbas que proviene de Perú y que se usa ampliamente en Chiloé.

que consulta recurrentemente en el nivel primario de atención (posta o consultorio) sin encontrar una mejoría en la sintomatología. En esos casos frecuentemente la no respuesta al tratamiento biomédico es interpretada como una señal de que la enfermedad puede ser provocada por un daño o mal. Son los pacientes que habitualmente el equipo de salud cataloga como policonsultantes o personas que tienen problemas psicosomáticos. La segunda forma de consulta en el sistema biomédico es cuando la persona ya sospecha de la existencia del síndrome, pero éste se acompaña de manifestaciones que, vistas desde la cultura, no son las propias del mal, o bien cuando se presentan síntomas asociados que son ‘extraños al mal’. En estos casos, aún cuando ya haya consultado en el sistema tradicional (sanadores), la persona afectada o su familia optan por consultar igualmente en el sistema biomédico, en especial a profesionales de salud mental.

En el caso del sistema médico tradicional, la decisión de acudir en primera instancia a él es frecuente en personas que tienen cercanía con sanadores, ya sea porque ellos o sus parientes los han visitado antes o bien porque han escuchado hablar de ellos. Por lo general, en Chiloé se recurre a sanadores del mismo territorio o de localidades cercanas a la residencia del afectado. Cuando no se obtienen resultados o cuando se trata de *enfermedades acompañadas*, con un mal pronóstico desde el sistema originario, las familias se trasladan a localidades más lejanas dentro o fuera de la isla, fundamentalmente buscando sanadores o machi de renombre o que por referencias les parece que pueden tratar su problema.

En los últimos años el campo hacia otras terapias complementarias se ha ido abriendo igualmente en Chiloé, y encontramos casos de personas que sintiendo ser víctimas de un mal, consultan a terapeutas de acupuntura –fundamentalmente para síntomas físicos-, flores de Bach, Reiki u otras terapias similares. En estos casos, por lo general los tratamientos apuntan a abordar las emociones de las personas, fundamentalmente el miedo, en el caso de las Flores de Bach y, en el caso de la medicina china, además de los síntomas físicos, se busca tratar igualmente las emociones y las alteraciones de la mente (shen). Además, en este tipo de terapias se busca que las personas refuercen sus propios recursos internos para enfrentar la situación, además de sugerirles que tomen medidas que sean cercanas a ellos para desarrollar un sentimiento de protección (rezar, hacer un ritual, generar un círculo de protección, etc.).

ix. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

En los rituales asociados a los tratamientos del mal –y en general en todas aquellas curas en que se hallan presentes elementos chamánicos, independientemente del síndrome que traten- se observa un fuerte sincretismo con la religión católica. En las invocaciones, en los objetos y procedimientos usados para prevenir y enfrentar el mal, en las recomendaciones, etc. se recurre a símbolos católicos, lo que es bienvenido por las personas en la medida que dicha religión forma parte de su matriz cultural y les otorga sentimientos de seguridad y protección. De esta forma, encontramos cruces de palqui para prevenir el mal, el uso de agua bendita para santiguar, invocaciones en las que se mencionan a Dios, santos y vírgenes católicos, etc. De esta forma, podemos decir que el sistema chamánico originario se fue reinventando hasta desarrollar un sistema particular, que sigue dando respuesta a las personas para el abordaje y/o la solución de sus dolencias.

Más allá de los problemas psiquiátricos que pudieran asociarse al mal, si analizamos este síndrome desde la etiología de la transgresión, basada en el modelo socioespiritual psicobiológico (Ibacache et. al., 2000), se puede sostener que producto de los modelos de desarrollo imperantes a los que Chiloé ha estado sometido, se ha generado más “envidia” entre sus habitantes. La transgresión social y luego espiritual que crea una situación psíquica determinada que se expresa en un síntoma y enfermedad orgánica hace que cada día sean más las explicaciones como síndrome cultural que la gente tiene para su enfermedad corporal.

La presión por el consumo, la despersonalización de la vida comunitaria, el abandono de lo ritual, de lo colectivo hace que esta desarmonía se exprese en síndromes culturales como el mal, por lo que actualmente estamos asistiendo a un cambio de paradigma en la explicación del fenómeno, pero también en su abordaje. Esto explicaría la aparición de tanto sanador y sanadora que junto a grandes cadenas farmacéuticas, farmacias “étnicas”, negocios místicos, cursos de terapias energéticas y otros, intenten ser parte del camino de sanación que las personas siguen para la resolución de su problema.

Un problema que además deja de ser personal, ya que involucra a toda la familia y también a la sociedad. El deseo de consumo desarrolla comportamientos en la población que caen en la transgresión. La distribución desigual de la riqueza también genera la aparición de conductas “violentas” por parte de marginados de ese desarrollo económico sólo para pocos. Esto genera enfermedad y en su explicación

aparece el Mal como una de sus causas. El Mal es quizás un llamado de atención que disfrazado viene avanzando y despierta conciencias a su paso.



FUTURO. Sector Quitit, Isla Caguach. 2009

SUSTO

“Se dice entonces que la persona está asustada, es decir, que un constituyente anímico de su persona (alma, luz, chispa vital...) se quedó en el lugar en que se asustó en el momento en que se produjo el choque emocional, caída, encuentro, susto en definitiva. El miedo dio paso al desasosiego o al decaimiento (susto). Debido a ello, deambula por la vida y por el pueblo sin esa parte necesaria. (...) Hay quien se asusta y no se percata, pero al pasar el tiempo va cayendo en la enfermedad. Hay quien se asusta e inmediatamente lo nota, poniendo remedio rápidamente. En todo caso, lo que hay que hacer es proceder a la recuperación de esa chispa, del alma que se ha quedado en el lugar del susto”. (Alfonso Aparicio Mena, S/f:15. México)

i. INTRODUCCION

El Susto es uno de los Síndromes Culturales Propiamente Latinoamericanos que identifica la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (APAL, 2003:220-224) y que se caracteriza como “padecimientos somáticos crónicos muy diversos atribuidos a ‘pérdida de ánimo’ inducidos por un miedo intenso, a menudo sobrenatural. En algunos casos los acontecimientos traumatizantes no se sufren de manera personal; los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan” (APAL, 2003:220).

Este síndrome se extiende a lo largo de Latinoamérica y en el caso de las culturas mesoamericanas precolombinas su origen estaría vinculado a la concepción de almas múltiples de dichos pueblos. La causa del susto se explica entonces en una experiencia atemorizante que hace que una de estas almas se desprenda del cuerpo (Ortiz de Montellano, 1997:262-263; APAL, 2003:220).

Estas almas no son las propias de la concepción católica, sino que tienen su origen en las culturas chamánicas, siendo una hipótesis el que este síndrome sea una reliquia o sobrevivencia del chamanismo que trajeron los cazadores paleolíticos que poblaron el continente y cuyo sustrato cultural se extendió, lo que explicaría la presencia de la creencia de la pérdida del alma –y del síndrome de susto- en toda América³² (Ortiz de Montellano, 1997:263).

³² En su obra *El Chamanismo y las Técnicas Arcaicas del Éxtasis*, Mircea Eliade señala que los norasiáticos igualmente constatan la pérdida del alma en toda enfermedad y el tratamiento consiste en buscarla, capturarla y reintegrarla al cuerpo del enfermo (En: Aparicio, S/f: 16).

Ortiz de Montellano (1997:264-265), sostiene que en todos los pueblos y culturas en las que se ha reportado la existencia del susto, tanto blancos como indígenas o mestizos, se verifican grandes similitudes en la sintomatología y tratamiento, sin embargo, las explicaciones acerca de las causas del síndrome varían entre un grupo y otro. En general, el sincretismo con las culturas europeas habría determinado que se perdieran las explicaciones nativas, especialmente entre blancos y mestizos. De esta forma, el autor sostiene que en un estudio realizado en la década del '50 en Chile, ya se verificaba que tanto en nuestro país –así como en otros de Latinoamérica– debido a una mayor aculturación, el susto seguía existiendo y se continuaba tratando, pero ya no se lo asociaba a la pérdida del alma. En los pueblos indígenas aún se mantiene la noción originaria de pérdida del alma, aún cuando se han incorporado otros elementos producto del sincretismo cultural.

En Chiloé el susto, espanto o pesar, es un síndrome que se presenta con frecuencia, en especial en niños, aún cuando igualmente afecta a adultos. Tiene una causalidad que en algunos casos se identifica como natural y en otros como sobrenatural o personalista, sin embargo, en ambos casos se asocia estrechamente a factores emocionales, principalmente al haber sufrido una experiencia imprevista que produjo temor o miedo. Se trata de una dolencia que se presenta sola o junto a una enfermedad orgánica (como causa de dicha enfermedad o en forma conjunta) y se trata principalmente en el sistema médico tradicional, pero también en forma complementaria en el sistema biomédico cuando se asocia a un trastorno orgánico.

ii. DISTRIBUCION EPIDEMIOLOGICA

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

En Chiloé este síndrome se extiende en todo el Archipiélago, tanto en comunidades rurales como urbanas y en personas de origen williche, chilote (mestizo) y no chilotes, que han llegado desde fuera de la Isla. Se da más frecuentemente en

niños y en adultos jóvenes y no encontramos una distribución diferenciada entre uno y otro sexo. Entre los casos que identificamos, el susto se presentaba en personas de todos los estratos socioeconómicos. Es importante consignar además, que conocimos tres casos de profesionales de la salud –todos ellos llegados a vivir a la Isla de Chiloé desde otras regiones del país- que trataron a sus hijos pequeños con sanadores tradicionales por considerar que podían tener el síndrome.

Para esta investigación se entrevistó a 16 personas (12 mujeres y 4 hombres) de las comunas de Queilen, Quinchao, Castro, Chonchi, Quemchi y Puqueldón; quince eran de sectores rurales y una de la ciudad de Castro (urbana). En la distribución por edad al momento de sufrir el síndrome, en 7 casos (dos niños y cinco niñas) el susto se produjo entre los 7 meses y los 12 años y los restantes casos tenían entre 16 y 34 años cuando manifestaron el síndrome. En el caso de tres entrevistados, han sufrido más de un episodio de susto en sus vidas.

No obstante la edad de nuestros entrevistados, al consultarle a los sanadores que tratan el síndrome, nos señalaron que éste también se produce en personas adultas mayores.

iii. ETIOLOGIA/CAUSAS

Como mencionábamos anteriormente, la causa originaria del susto está en la pérdida del alma producto de una experiencia que produjo un profundo temor. En los estudios que se han realizado en Latinoamérica esta etiología se presenta con distintos matices, y es más fácilmente identificable en comunidades indígenas, sin embargo, en comunidades no indígenas o mestizas –como es el caso de Chiloé- la noción de pérdida del alma o de la energía vital como producto de un susto en general varía, y no siempre se encuentra explícitamente la explicación de pérdida del alma.

Como una forma de contextualizar el síndrome a partir de sus causas, presentamos a continuación algunos elementos del mismo en distintas culturas latinoamericanas, para luego profundizar en el caso de Chiloé.

En un estudio realizado en México por Alfonso Aparicio, se señala que de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, este síndrome –que en México se denomina Susto o Espanto- es propio de la cosmovisión nahua y se produce por recibir un temor súbito, el que puede deberse a un peligro repentino, una pesadilla o

un susto severo³³. Cuando esto ocurre, la persona puede perder la sombra o el alma, se siente muy débil y languidece (Aparicio Mena, S/f:14). Sostiene asimismo, que de acuerdo a otras investigaciones desarrolladas en comunidades nahuas, el Susto se atribuye al robo del tonalli³⁴ hecho por algún “aire”, lo que ocurriría como una reacción al temor o miedo intenso producido ante alguna circunstancia imprevista (ibidem).

Este concepto de ‘aires’ como causantes del susto –y que daría cuenta de una explicación sobrenatural del síndrome en las comunidades nahuas de México– se recoge igualmente en la GLADP, donde se señala que estos aires son los que roban el “tonalli” o la “sombra” y producen diversos síntomas. De acuerdo a la GLADP, existe una clasificación detallada de estos aires y los síntomas que presente la persona dependerán de qué tipo de aire se ha llevado el tonalli. Entre estos aires se encuentran los *aires celestes o de la noche*, que producen el susto de noche; los *aires del agua* y los *aires terrestres o de día o de los colores*. También produce la pérdida del alma la falta de respeto a un tipo particular de hormigas (APAL, 2003:220).

De esta forma, en la cosmovisión nahua se mantiene aún en la actualidad el concepto de pérdida del alma (puntualmente el tonalli) para explicar este síndrome, la que sale del cuerpo ante un temor repentino o por la exposición a algún tipo de aire, permaneciendo el alma en el lugar donde se produjo el evento que provocó el susto. Otros investigadores mexicanos, como López Austin, señalan además que esta pérdida del alma puede ocurrir durante el sueño o la embriaguez, y que el alma incluso podría ser capturada por seres sobrenaturales (En: Aparicio, S/f:14)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), sostiene que entre los aymara quechuas de la región andina el susto se atribuye a la salida del alma del cuerpo, como resultado de una reacción imprevista. Esto ocurriría en

³³ Entre las situaciones que podrían producir un temor repentino causante de Susto o Espanto, Aparicio Mena (S/f:15) señala: “las tormentas, los lugares aislados, los espacios poco o mal iluminados, los accidentes del terreno, la visión de un fantasma, la aparición de un muerto, las sorpresas inesperadas, la ciudad, los vehículos y las luces de colores, otras personas, gente desconocida, estanques y lagos, animales, la soledad, las riñas, etc. Si la persona se cae en un estanque, si tropieza en el suelo, si percibe un rayo, si entra en un tumulto, si aparece de pronto un animal (por ejemplo las víboras, según D. Erasto), si le dan una noticia inesperada...”. Entre los eventos que según la GLADP pueden producir un susto, se detallan para el caso de México: tropezarse, caerse de un burro, encontrarse con una culebra, ser atropellado, presenciar algún accidente, quemarse, ser arrastrado por el río y matar un tipo de hormigas denominadas zontetas (APAL, 2003:220). En comunidades quechuas Castellón recoge circunstancias similares, pero sus entrevistados enfatizan igualmente en el quedarse dormidos en lugares solitarios, aislados, desconocidos o cerca de vertientes como causantes del síndrome (Castellón, XX:186)

³⁴ Tonalli es una de las tres almas que la cultura azteca atribuye a las personas. El tonalli se ubica en la cabeza y puede desprenderse del cuerpo voluntaria o involuntariamente, pero cuando ocurre esto último provoca enfermedad o muerte (Ortiz de Montellano, 1997. pp. 74-80)

lugares donde supuestamente habitan seres míticos y por lo tanto se presentan en personas que caminan en lugares oscuros y solitarios y que por temor a estos espacios, desarrollan el síndrome. Los casos más graves de miedo pueden terminar en fallecimiento y en estos casos se les llama “alma espantada” (APAL, 2003:221).

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

Mario Hollweg (2003), señala que en el mundo andino, existe la creencia del ‘secuestro del alma’ por espíritus ‘malignos antropomorfizados’, que aparecen en lugares solitarios o en situaciones particulares que se relacionan con los temores naturales de las personas, lo que provoca miedo y consiguientemente la ‘salida o pérdida del ánimo del cuerpo’, que queda vagando en algún sitio. De esta forma, el autor clasifica el susto como “un Síndrome Afectivo de influencia mítica, ya que se relaciona con los conceptos animísticos y dualísticos de la interrelación ánima/cuerpo, pudiendo el ánima ser afectada, en determinadas situaciones y manifestarse con trastornos corporales” (Hollweg, 2003:4).

En comunidades mapuche de la región de La Araucanía, en Chile, se reconoce igualmente la pérdida del alma en la etiología del síndrome. En Citarella se recoge al respecto que el susto es una enfermedad clasificada como sobrenatural y que “se produce por la excesiva preocupación o bien por la presencia de un *wekiüfii*³⁵ que se va apoderando poco a poco de la persona robándole el am (alma)” (Citarella, 1995:340).

Particularmente en el caso de Chiloé, en general las causas que explican el susto dicen relación con el haber experimentado una situación atemorizante en forma imprevista. La mención a la pérdida de juicio o la pérdida del espíritu también se encuentra, pero más bien como un síntoma o condición provocada por el susto, dando cuenta de que se mantiene en parte la noción de que una parte de la dimensión no corporal de la persona se desprende o sale de ella. Tal vez la pérdida del juicio

³⁵ Entidad maligna, identificada como una persona o espíritu malo o como un demonio (en una definición más sincrética con la religión católica).

o la pérdida del espíritu en algún momento correspondió a la pérdida del alma y actualmente esa concepción ya no está tan presente o se transformó.

No encontramos en Chiloé información sobre personas que mencionaran directamente la pérdida del alma para explicarse el susto, no obstante, al consultarle a una sanadora que trata el susto acerca de las causas que podrían provocar el síndrome, nos mencionó lo siguiente: “... pueden ver también animales, lobos o alguna cosa. Otras personas dicen que *ven personas a lo lejos, ánimas* y demás y dicen que igual eso es susto, pero yo nunca he visto nada” (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón). Fuera de esta mención, las principales causas a las que esta mujer atribuye el susto (mencionó otras durante la entrevista) no se relacionaban con almas ni con otros elementos sobrenaturales, probablemente porque –como el la misma sostiene– “yo nunca he visto nada”³⁶.

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

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

Entre nuestros entrevistados, las causas a las que atribuyeron el susto que les provocó la sintomatología propia de este síndrome, se pueden clasificar de la siguiente manera:

a. Hechos imprevistos o accidentales que provocaron un susto o temor muy fuerte. Entre estos casos podemos mencionar el de L.G., niño de 9 años que según el testimonio de su madre “a los 3 años se asustó cuando un ternero que estaba castrando su padre se arrancó en dirección a él. Y hace poco le dio (otro susto) cuando fue a sacar los huevos al treile³⁷ y el pájaro lo salió persiguiendo”. En el caso de H.L. (50 años, hombre), identifica que el susto se produjo cuando el bote auxiliar en el que se encontraba

³⁶ Por otro lado, uno de los asistentes a una reunión en la que se trató el tema, asoció el susto al dicho popular “se me salió el alma del cuerpo”, que habitualmente se menciona cuando las personas han sufrido grandes impresiones y que aún cuando no mantiene el concepto original de pérdida del alma, resulta significativo.

³⁷ Vanellus chilensis.

comenzó a hundirse cerca de la orilla de la playa y él temió ahogarse; lo mismo le ocurrió a R.R. a los 12 años (mujer, actualmente de 34 años). Otra de las entrevistadas mencionó como hecho causal del susto una pelea que tuvo con su compadre, la que fue provocada por él; otra mencionó el terremoto del año 1960 y el haber creído que su madre había muerto, como la causa de un susto que tuvo a los 17 años y que afectó también a sus hermanos y otra entrevistada mencionó el que una yunta de bueyes pasó por encima de ella. En investigaciones anteriores hemos recogido otras causas de susto, como el haber presenciado el incendio de la propia casa, las tormentas y los truenos o el haber recibido la noticia de un accidente de un familiar. Es recurrente también el haber sido perseguido por animales (perros, vacunos, caballos).

Asimismo, es posible que el Susto que pudiera sufrir una mujer mientras está embarazada se traspase al niño o niña en gestación, que al nacer o durante su infancia presenta la sintomatología propia del síndrome, en especial la que tiene que ver con lo psicológico y emocional.

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

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

que ella expresa si realmente considera que fue un sueño o más bien fue un hecho real –posiblemente asociado al episodio de abuso que menciona- y que ella elaboró posteriormente como un sueño.

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

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

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

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

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

En relación a este último testimonio, los ataques son descritos tanto por esta sanadora como por otros entrevistados como episodios en los que la persona se trastorna y es difícil contenerla físicamente.

En ambos testimonios es posible observar no sólo la concepción de que en la medida que un susto no se trate éste se va acumulando, sino también la noción de cuerpo que los terapeutas y las personas en general manejan y la forma en que las distintas emociones y procesos de las personas afectan e involucran a cada órgano.

* **Maltrato y Abuso Sexual:** Un elemento que identificamos en algunos de los casos estudiados y en otros de los cuales tuvimos referencia, es el que una causal de lo que las personas identifican como Susto es el maltrato y el abuso sexual, en especial infantil. En estos casos, ocurre que se produce en los niños una sintomatología que la familia identifica como susto y que es similar a la que pudiera presentar una niña o niño abusado o maltratado (cambios de comportamiento, desconcentración, llanto sin explicación aparente, retraimiento, temor a personas o a permanecer en algunos lugares, inapetencia, pesadillas, tendencia a escapar de su casa, en algunos casos alopesia por estrés o depresión). Sin embargo, no siempre se identifica a tiempo esta situación o no se asume que el menor fue o está siendo víctima de abuso, a veces en forma reiterada. Creemos necesario que –sin estigmatizar ni formarse un prejuicio– los equipos de salud que se enfrentan a casos en los que el afectado o su familia manifiestan creer que existe un susto, indaguen en la posibilidad de abuso sexual y/o maltrato.

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

El primero de los casos fue el de P.U. (hombre), que a los 13 años se encontraba recogiendo algas en la playa y fue encontrado en un lugar cercano con una parálisis de rodilla. El joven no recuerda qué le ocurrió, por lo que no existe una causa precisa del susto y la madre cree que se trató de este síndrome más bien porque luego lo presentaron sus hermanas en forma secuencial³⁸. Aproximadamente 3 años después del episodio que sufrió P.U., su media hermana M.M., que en ese momento tenía 17 años, mientras se encontraba en el mismo lugar en que su hermano fue encontrado con la parálisis años antes, dijo haber sentido una risa sin haber presente una persona que la emitiera. En ese momento ella perdió el conocimiento, siendo encontrada horas después por familiares que la trasladaron a su casa. El síndrome habría sido provocado por el susto que le causó la risa que escuchó. Algunos meses después, y mientras M.M. estaba todavía siendo tratada por el Susto, su hermana B.U., de 16 años sufrió igualmente del síndrome cuando se le comenzó a aparecer la figura de un hombre en la ventana de su dormitorio.

³⁸ En este caso, el diagnóstico biomédico fue un síndrome de Guillain Barre, por el cual el menor estuvo hospitalizado y en tratamiento, sin embargo, la madre no descarta el susto y considera la enfermedad orgánica como complementaria al síndrome cultural.

En el caso de estos hermanos, encontramos por un lado, la observación que se recoge en la GLADP, en cuanto a que en el Susto “los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan” (APAL, 2003:220) y, por otro lado, se trata de fenómenos extraños, aparentemente sobrenaturales para la familia, por lo que en el relato de la madre -aún cuando identifica al Susto como síndrome predominante y se siguió el tratamiento para esa dolencia- existen referencias a posibles causas ligadas al SC de mal en la enfermedad de sus hijos. Es posible igualmente que exista una explicación más concreta como causa del susto, pero que la madre desconoce, orientando su explicación hacia causas más sobrenaturales.

En el caso de C.G. mencionado anteriormente, donde ella tiene un sueño que gatilla los ataques asociados al susto, también la hacen pensar en un primer momento que su dolencia podría deberse a una hechicería, sin embargo luego descartó esta idea y se inclinó por la de los sustos acumulados.

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

Quienes han sufrido de susto lo asocian directamente a un fenómeno emocional –la vivencia de una impresión o susto fuerte- y tanto por los testimonios como por el tipo de remedios utilizados en el tratamiento –que veremos más adelante- se vincula con el corazón, en tanto órgano y símbolo relacionado con las emociones. Es interesante además observar que las personas que han tenido sustos hacen distintas elaboraciones acerca de las causas y desarrollo del síndrome, aún cuando se mantiene en todos ellos el factor emocional, en general vinculado al susto o miedo y a la pena o tristeza.

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

Finalmente, la intensidad en que se manifiesta el susto en cada persona va a variar, desde un impacto momentáneo que luego de un tratamiento termina, hasta casos como los mencionados anteriormente, en los que las afectadas sienten que sustos ocurridos hace años aún las afectan, volviéndose el síndrome –o la

enfermedad mental cuando ésta está presente - de una u otra forma crónico. Según E.T., sanador tradicional de la comuna de Queilen, el que una persona se asuste o no, va a depender de la *resistencia emocional* que ésta tenga, lo que explicaría por qué ante un mismo hecho algunas personas no se asustan y otras sí se ven afectadas. Al respecto, A.B., sanadora de Puqueldón, dice que algunas personas se asustan porque son *débiles de corazón* y las que no se asustan se debería a que son “corajeros” o “duros de corazón”. El ser susceptible al susto, dependerá entonces de la fortaleza emocional de la persona, la cual deberá estar sustentada seguramente en el conocimiento y respeto a las reglas éticas de su cultura. Una especie de resiliencia sociocultural que mantiene el equilibrio.

iv. SINTOMAS Y SIGNOS

De acuerdo a la revisión bibliográfica y a las entrevistas realizadas, podemos sostener que los síntomas del susto comprenden aspectos somáticos o físicos y aspectos psicológicos. En lo físico, la sintomatología es muy amplia y diversa, sin embargo, en lo psicológico los signos son más restringidos y hay coincidencia entre las distintas culturas y entre los síntomas mencionados por nuestros entrevistados.

La GLADP menciona que entre los síntomas generales del susto se encuentran la agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, depresión, introversión. Asimismo, se señala que diferentes estudios atribuyen como síntomas de algunos casos de susto la hipoglucemia, enfermedades orgánicas no especificadas, ansiedad generalizada o estrés producido por conflictos sociales o baja autoestima (APAL, 2003: 220).

Entre los nahuas de México, Alfonso Aparicio menciona como síntomas físicos el amoratamiento de la piel, hinchazón de los ojos, pérdida de la voz, suspiros, acidez y regurgitaciones, cambios de humor, sollozos y llanto, mal dormir, etc. En cuanto a lo emocional o anímico, la persona “No puede concentrarse, no puede relacionarse, no puede hacer bien su trabajo, no le sienta bien lo que come y lo que bebe”. Asimismo, señala que se consideran entre los pueblos amerindios síntomas como el caer en un estado de desánimo, tristeza, apatía, desgano, inapetencia y deseo de estar aislado (Aparicio, S/f:15).

Ortiz de Montellano (1997:262) menciona igualmente en poblaciones de México “inquietud al dormir, decaimiento, pérdida del apetito, pérdida de peso,

pérdida de energía y fuerza, depresión, introversión, palidez, letargo y a veces fiebre, vómitos y diarrea”.

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

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

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

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

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

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

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

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

“...los adultos hasta que ya no pueden más y explotan, cuando están mucho, mucho, les dan como ataques, se mueve el cuerpo y se queda la vista para arriba. Esa es la Gota Coral³⁹, caen al suelo y se mueven completos (...) porque el susto pasa en veces a Gota Coral, eso se ve mucho” (A.B., Sanadora Tradicional. Puqueldón).

Otro síntoma del síndrome es un pulso característico que la persona manifiesta y que es detectado por las sanadoras tradicionales que saben usar esta técnica diagnóstica⁴⁰. A.B., sanadora de Puqueldón, dice al respecto que *“... cuando está espantado el pulso anda rápido, y cuando ya está pasando el susto que tiene, está rápido y está débil también, como un hilito”*. La misma sanadora señala que a través del pulso se puede saber qué tipo de susto tiene la persona (actual o acumulado). Otra sanadora, G.M., también de Puqueldón, señala que la persona que está asustada tiene dos pulsos en la muñeca y que ambos laten en forma distinta.

Una forma de diagnóstico tradicional que recogimos en nuestra investigación y que sirve para establecer la existencia del susto y también de otras enfermedades

³⁹ Gota Coral es el nombre que se le daba antiguamente a la Epilepsia -concretamente a las crisis epilépticas- la cual se atribuía al corazón, de donde proviene la voz coral. (Fuente: Biblioteca Virtual de la Yucataneidad. <http://www.uady.mx/sitios/editoria/biblioteca-virtual/miscelanea/e.html>). En Chiloé aún hay personas que se refieren a la epilepsia de esta forma.

⁴⁰ Como mencionamos anteriormente, el tomar el pulso o “pulsear” es una forma de diagnóstico que practican lo/as sanadore/as tradicionales. Ello/as colocan sus dos pulgares en la cara anterior de la muñeca del enfermo o persona que consulta y hacen una apreciación de la existencia de alguna patología según los pulsos, sus ritmos, amplitudes y tono.

y dolencias es la observación de las vísceras de un animal. En el caso que nos tocó presenciar, la madre de la joven afectada (N.H., 16 años, Quinchao insular) la hizo soplar cuatro veces en el pico de una gallina; luego mató a la gallina y observó que el corazón tenía una pequeña acumulación de grasa blanca en la punta, lo que ella explicó como la evidencia del susto de su hija. Este tipo de diagnóstico también se hace en otros territorios de Chiloé con corderos, a los que se les sopla en el hocico y una vez muerto se le observa el hígado, para identificar en qué órgano se encuentra la enfermedad. La imagen del órgano afectado debiera dibujarse en el hígado del cordero⁴¹.

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

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

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

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

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

Otros síntomas mencionados fueron la tristeza, inapetencia, *“los nervios”*⁴², la pérdida de la memoria.

⁴¹ Esta técnica diagnóstica se utiliza igualmente en otros países de Latinoamérica. En Perú es extendida ‘la soba del cuy’, que sigue el mismo principio que observamos en Chiloé.
http://www.visionchamanica.com/Medicinas_alternativas/Soba-del-cuy.htm

⁴² La GLADP considera los ‘nervios’ como un síndrome cultural en sí mismo y de acuerdo a su descripción

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

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

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

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

“Perder el tino es que usted no se da cuenta de nada, el niño⁴³ que vino, le temblaban las manos, y entró hacia la cocina tanteando así, y llegó y le dijo buenos días a la mesa, estaba fuera de tino. Ese chico tomó un susto, se cayó de un caballo en un puente, habrá sido un año atrás, lo dejó y lo dejó (no se trató el susto) y le vino con el trago, cuando tomaba, arrancaba, en las noches se desaparecía de la cama y ni sabían si estaba o no, (...) y cuando me empezaron a decir que tuvo su susto, ahí le dije que le haría el remedio. Cuando vino después de tomar su segundo remedio ya vino bueno, cambió (...) Puede también que pierda el conocimiento por la enfermedad que tiene en el cuerpo, eso sería un síntoma igual”. (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón)⁴⁴.

En general, y como veíamos en la revisión bibliográfica sobre este síndrome en otros países latinoamericanos, la sintomatología somática es diversa y por lo general

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

⁴³ Se refiere a un hombre joven.

⁴⁴ En este caso, y por la descripción que realiza la sanadora, podríamos estar ante un cuadro de esquizofrenia.

se asocia a enfermedades orgánicas que acompañan al Susto. En lo psicológico, los síntomas coinciden tanto entre los distintos casos estudiados a nivel local como con lo que se refiere a nivel latinoamericano, fundamentalmente en aquellos síntomas que denotan desgano y apatía, así como temor y trastornos o alteraciones conductuales.

v. PREVENCIÓN

No existen mayores referencias a la prevención del susto ni en la bibliografía revisada ni en los testimonios de nuestros entrevistados, lo que se explicaría en la dificultad de prevenir un hecho sorpresivo.

No obstante, es posible en cierto modo prevenir las consecuencias de un posible susto a través de fortalecer a la persona. Una de nuestras entrevistadas mencionó el uso del cacho de Camahueto⁴⁵ como ingrediente en un remedio tradicional que contribuye a que los niños crezcan sanos y fuertes y que al mismo tiempo se usa por algunos sanadores como parte del remedio para curar el susto, produciendo el efecto de fortalecer ante la ocurrencia de un susto y evitando así que se desarrolle el síndrome.

La Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana recoge una observación sobre la forma de evitar que el síndrome se continúe desarrollando, en especial en niños, que según sus informantes pueden llegar a morir de esta enfermedad, ya que dejan de comer una vez que se les ha pasado el 'espanto'. Esta forma de prevención o –podríamos decir- “bloqueo del síndrome”, consiste en darle un poco de agua al niño inmediatamente después de ocurrido el accidente que le ha provocado el susto.

vi. TRATAMIENTO

El tratamiento del susto debe ser realizado en todas las culturas por un especialista tradicional. Asimismo, aún cuando no en todas las culturas y territorios se conserva explícitamente la noción de pérdida del alma y ésta es reemplazada por los conceptos de espíritu, energía vital, sombra, ánima, juicio u otras, como causal del susto, en todo el continente se aplican tratamientos similares, que incluyen remedios en base a hierbas y ceremonias mágicas o rituales.

⁴⁵ Ver nota al pie nro. 29.

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

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

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

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

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

En Chiloé los tratamientos para el susto son realizados sólo por algunas de las sanadoras entrevistadas y por un sanador. Si bien actualmente se trata de un síndrome tratado por especialistas, la señora D.M., 72 años, de Quemchi insular nos comentó que cuando sus hijos eran pequeños, hace aproximadamente 40 años atrás, ella misma, sin ser sanadora, les hacía remedios para el susto y que este conocimiento era generalizado entre las personas, no una práctica restringida sólo a algunos. Este saber se fue perdiendo en el tiempo y se dejó de practicar, según la apreciación de nuestra entrevistada, *“porque ya empezaron a llegar los remedios y la gente se empezó a atender en los hospitales”*. De esta forma, el conocimiento fue quedando en algunos pocos sanadores y sanadoras que fueron conservando ésta y otras prácticas vinculadas a la curación de dolencias y síndromes locales.

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

En la elaboración más primordial del remedio de susto, la recolección de las hierbas debe hacerse al alba, antes de la salida del sol. Quien recoge las plantas debe ser la sanadora o sanador, la que no debiera ser pariente de la persona afectada. Sólo la sanadora debe saber cuándo irá a recoger las hierbas y al hacerlo, desde que se levanta y hasta que vuelve a su casa, no debe hablar con nadie. Si alguien la acompaña, esa persona tampoco debe hablar. Si en el camino se encuentra con otra persona o con algún pájaro (veíamos en el capítulo de Mal que éstos se asocian a brujos), deberá realizar nuevamente el ritual otro día, ya que esto lo invalida. Mientras recoge las hierbas (en general plantas nativas que se encuentran en el

bosque y algunas que se cultivan en la huerta) y otros ingredientes para el remedio (un tipo de piedras, agua de determinadas características, elementos que simbolicen aquello que provocó el susto), la sanadora debe pensar en la persona enferma a la que se le está haciendo el remedio. La preparación del remedio puede ser dentro del mismo día o demorarse uno o dos días, dependiendo de si se encontraron todos los ingredientes. Una vez que se tienen todos los ingredientes y las hierbas, algunas se bruñen, otras se maceran y otras se hierven, lo que se debe hacer antes del medio día. El remedio de susto es particular para cada persona, se hace pensando en ella y por lo tanto no sirve para tratar el susto de otro.

Los ingredientes para preparar el remedio de susto son muchos y variados y la mayor parte de ellos se repiten entre nuestros entrevistados, aún cuando hay algunas variantes en los ingredientes que acompañan a los básicos o esenciales. Además de los ingredientes que ellos mismos recolectan, varios sanadores introducen gotas o tinturas de hierbas relajantes o “para el corazón” que compran en las farmacias⁴⁶. Si bien la mayor parte de los entrevistados nos detallaron las hierbas e ingredientes que usan (principalmente hierbas relajantes), nuestro compromiso fue el de no hacerlas públicas por tratarse de un conocimiento especializado y propio de los sanadores tradicionales.

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

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

Al igual que como mencionábamos anteriormente para el caso de México, algunas sanadoras previo a que la persona empiece el tratamiento con hierbas para el susto, realizan una limpieza administrándole vomitivos hechos con plantas medicinales con el objetivo de expulsar el susto y preparar a la persona para enfrentar el tratamiento que viene (tomas de hierbas o ceremonia cuando ésta se realiza). La limpieza previa a un tratamiento de sanación es una práctica habitual en los pueblos

⁴⁶ Esta situación ha cambiado en los últimos años, ya que el avance de las cadenas farmacéuticas ha hecho que desaparezcan las farmacias tradicionales en las que se preparaban las tinturas madres y se ofrecían distintos productos minerales que usaban los sanadores, no sólo para el susto, sino también para otros síndromes y dolencias.

originarios⁴⁷, y –en el caso del susto- lo que originalmente se buscaba era expulsar los malos espíritus que pudieran haber entrado en la persona ocupando el espacio que el alma dejó vacío.

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

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

A medida que se sopla el líquido sobre la persona, algunos sanadores y sanadoras llaman a través de invocaciones al espíritu perdido de la persona, de manera que éste vuelva cuando el susto se haya ido.

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

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

También recogimos de parte de un sanador entrevistado el nombre de Leupillín para esta ceremonia, el que no es mencionado en la bibliografía revisada y que en mapudungun podría tener un significado similar a “que entre el espíritu rápidamente (que se ubique en su lugar)”.

⁴⁷ Otros antecedentes al respecto en <http://apu-yura.blogspot.com/2008/04/inciensos-palo-santo.html>

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

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

Manuel Romo (2001:16-17), a partir de un trabajo realizado por Elena Quintana de García en Chiloé y publicado en 1977⁴⁸, hace la siguiente descripción de la ceremonia que denomina Cutupelle o Cotupeye:

“Suponiendo que es un niño el paciente, es indispensable buscar un curioso o curiosa. Esta persona debe llevar un hachón de paja con lana negra al que se le ha puesto una brasa. El dueño del enfermo con una varita va huasqueándolo, mientras la machi va romanceando: ‘cutupelle, metapelle; que entre el juicio; que vuelva su espíritu’. Así hasta que llegan al lugar en donde el niño recibió el susto. Si el motivo fue un árbol, una lancha, etc., se le raspará y se guardarán las raspaduras. Si por el contrario, el causante fue una persona o un animal, se le cortará un mechón de pelo. En el primer caso, después de raspar al culpable y de huasquearlo, se iniciará el regreso a casa, en la misma forma como de ida. Al enfermo se le sentará en la cama, mientras la curiosa pone a hervir las raspaduras a las cuales ha agregado ciertas yerbas especiales para el susto y en seguida la machi rociará el cuerpo del paciente soplando el agua milagrosa con la boca en todo el cuerpo con el objeto de hacer que entre su juicio. Esta

⁴⁸ Quintana de García, Elena: Voces del Archipiélago. (Vocabulario Chilote). Santiago, Imprenta Simiente, 1977.

ceremonia debe hacerse al momento de oscurecer y con no menos de cuatro personas como acompañantes de la curiosa”.

En esta ceremonia se puede observar que se llamaba al espíritu y al juicio del niño, como observábamos anteriormente y como ocurre en el Altiplano y otros lugares de América Latina.

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

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

En estas ceremonias se ponen en juego los mecanismos que contribuyen a la cura de la dolencia y que mencionábamos en el capítulo sobre Mal. Existe una relación favorable entre la sanadora y el enfermo, no sólo por el reconocimiento que el enfermo hace de ella, sino que también por la preocupación que se observa en la preparación ‘personalizada’ del remedio; se realiza una ceremonia que tiene varios simbolismos propios de la cultura local (fuego, cruz, oración) y el ser protagonista

de la ceremonia otorga a la persona una sensación de control, de tener un rol activo en la curación de su enfermedad que –además de las propiedades medicinales que tengan las hierbas que luego va a tomar- contribuyen a su sanación física y espiritual. Lo colectivo, a través de la participación de la sanadora, el apoyo familiar y la comprensión comunitaria del síndrome son también factores que contribuyen al proceso terapéutico.

vii. EXPLICACION BIOMEDICA

La GLADP sugiere que los casos de susto o espanto se clasifiquen de acuerdo a los siguientes códigos de enfermedades de salud mental: F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado. Alternativamente, y si el cuadro clínico lo sugiere, puede utilizarse F48.8, Otros trastornos neuróticos especificados (APAL, 2003:220).

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

Aparicio (S/f:14), menciona la explicación que da Concepción De la Garza en relación al susto, donde sostiene que “la teoría indígena del susto aparece como análoga de la froidiana (sic) de neurastenia de sobresalto o de neurastenia de accidente: un acontecimiento exterior es el causante de una ruptura en la vida psíquica de la persona y el choque de energías antagonistas de dicha ruptura se manifiesta a través de una serie de síntomas” (De La Garza, en: Aparicio Mena, pp 14).

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

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

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

En el caso de cuadros más complejos, donde el nivel primario de atención no logra resolver el problema somático y se deriva al nivel secundario (hospital), dependerá del especialista y de su formación el que se priorice una explicación orgánica, considerándose el aspecto psicológico o el susto –en el caso de que el enfermo manifieste que cree tener este síndrome- como un antecedente que podrá o no tener relación con la patología que se esté tratando. En estos casos es habitual que se encuentren patologías asociadas, como epilepsia, estrés post traumático⁴⁹ o esquizofrenia, que tienen síntomas que pueden ser confundidos o asociados por las

⁴⁹ En el DSM-IV, entre la sintomatología descrita para el Trastorno por estrés postraumático se mencionan: esfuerzos para evitar actividades lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresaltos (Pichot, 1998:212 y 213). Si bien esos síntomas son similares a los descritos para el Susto, se mencionan igualmente otros menos coincidentes, como recuerdos y sueños recurrentes sobre el acontecimiento traumático, sensación de que el acontecimiento vuelve a ocurrir, entre otros.

personas con un susto. En algunos casos, cuando a una persona se le diagnostica desde el sistema biomédico un soplo al corazón, la explicación cultural es la de un susto.

El Dr. Miguel Chávez, Médico Neurólogo del Hospital de Castro, señala:

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

Por otro lado, el Dr. Claudio Klenner, Pediatra del Hospital de Castro y quien además tiene formación en terapias complementarias, si bien manifiesta no haber recibido casos de susto, pero sí otros síndromes culturales, como mal de ojo o empacho, sostiene en relación a la forma en que aborda estos síndromes con la familia:

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

En el caso del nivel secundario, independiente de su formación, en general los profesionales del sistema biomédico entrevistados, ante la consulta sobre la forma en que abordan a un paciente que dice tener un síndrome cultural, sostienen que en primera instancia se busca una explicación científica o biomédica a la enfermedad,

pero que se respeta el camino de sanación que elijan –independientemente de si ellos creen o no que va a haber un resultado favorable- en especial si éste es complementario y no alternativo al tratamiento biomédico.

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

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

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

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

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

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

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

viii. CAMINO DE SANACION

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

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

Entre los casos de los entrevistados que complementaron sistemas médicos, encontramos el de L.G., niño de 9 años que fue tratado por sanadores tradicionales, pero que uno de sus síntomas, la alopecia, fue tratada en el hospital, donde además fue derivado a la psicóloga.

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

“(Tomo) remedios no más, pero remedios naturales, no pastillas que den los médicos. Los médicos no saben esa parte, por eso están errados, sabrán muchas cosas que uno no sabe, pero esa parte ellos no saben. Yo he tomado mucho remedio, por ser el purgante que se hace, después el remedio de susto que son varias hierbas (...), que están mismo en el campo, y las mujeres que saben de eso, le colocan todo eso. Con ese remedio estuve bien, porque yo tenía miedo de andar en mi casa, hasta en el día tenía miedo aquí en mi casa, y todo eso me ha pasado, por eso digo yo, que los médicos tienen que ir metiéndose en la medicina natural”.

A la fecha de la entrevista, C.G. llevaba un año de tratamiento continuo con el naturista, quien la controla mensualmente y le indica una serie de remedios, tales como toronjil, ‘agua milagrosa’, domperidona (estimulante de la motilidad intestinal), clormezanona (relajante muscular), vitamina C y además la hace seguir un régimen alimenticio liviano, evitar las bebidas gaseosas, no beber alcohol ni trasnochar. Estas indicaciones, además de hacerla sentir bien y contribuir a disminuir la sintomatología de otros problemas de salud que presenta, como la hipotensión, úlcera y colon irritable, han hecho, según lo que señala la entrevistada, que en los últimos 8 meses, no haya vuelto a tener ataques y ya no esté tomando medicamentos para la epilepsia.

Es importante destacar que ella considera que quien finalmente la ha sanado de su enfermedad es el naturista con el que actualmente se atiende. Este hombre recorre las distintas localidades rurales mensualmente visitando a sus pacientes y haciendo una atención integral, que incluye además a la familia de C.G. cuando ésta lo requiere. Él mismo le entrega (vende) los remedios que indica, por lo que ella no debe trasladarse a la ciudad más cercana a comprarlos y además la entrevistada destaca que en caso de necesidad, de sentirse mal o de requerir contención emocional, lo puede llamar en cualquier momento y él está disponible para asistirle, lo que indudablemente contribuye al proceso terapéutico.

ix. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

La mayoría de los autores, así como las personas entrevistadas en esta investigación, concuerdan en que el susto se origina por haber experimentado una situación atemorizante en forma imprevista, lo que ocasionaría la “pérdida del alma”. Esta situación puede ocurrir por un hecho traumático concreto, la acumulación de varios hechos o incluso situaciones de carácter sobrenatural o personalista, que en algunos casos incluso determina que este síndrome se confunda o se mezcle por parte de los enfermos con el de mal por brujería. Lo anterior, porque el susto -como los demás síndromes culturales- se inserta dentro de una construcción social y cultural de la realidad, la que irá variando de acuerdo al contexto en el que se encuentre la persona.

Asimismo, la vivencia de una impresión o susto fuerte se vincula con el corazón, ya que éste se encuentra culturalmente relacionado en forma directa con las emociones. Siguiendo esta idea, se señala que esta dolencia puede acumularse en el tiempo -susto acumulado- por lo que es posible encontrar casos de adolescentes o adultos que al no haber tratado el susto luego tienen una serie de sintomatologías que con el tiempo se van agravando, pudiendo llegar a producir incluso alguna patología mental.

Un factor protector importante que se menciona es lo que los sanadores y algunas de las personas entrevistadas denominan “resistencia emocional”: cuando las personas son “débiles de corazón” serán susceptibles a sufrir de susto, por el contrario, no lo padecerán quienes sean “corajeros” o “duros de corazón”.

Esto nos hace reflexionar sobre la prevención en el tema de los síndromes y considerar cuáles pueden ser estrategias efectivas para trabajar en la prevención del susto, en este caso pensando que la fortaleza emocional puede llegar a desarrollarse, por ejemplo, trabajando con la familia, especialmente con las madres cuando están en el periodo de gestación, para transmitirles la importancia del cuidado de sus emociones mientras el bebé esté en su vientre y posteriormente atender a todas las situaciones atemorizantes o traumatizantes por las que transita el niño y la niña desde que nace, para fortalecer su capacidad de afrontar estas situaciones, desarrollar estrategias de contención del entorno y que en lo posible siempre se sienta en un ambiente protegido.

Esto significa el fortalecimiento de aquellas pautas de crianza protectoras acordes con la cultura y todo aquello que potencie la matriz sociocultural familiar, e incluso acciones que no siendo propias de la matriz cultural aportan en la crianza y el desarrollo psicomotor infantil. Incluir, por ejemplo, el enfoque de género en las pautas de crianza existentes fomentará los vínculos de apego, mejorando así habilidades emocionales como la seguridad en las propias capacidades, la tolerancia a la frustración y la resiliencia.

Otro recurso importante es facilitar el conocimiento de las propias emociones frente a los estímulos externos como un proceso normal del ser humano, estimulando a las personas a desarrollar el valor, la resiliencia y la comprensión de las experiencias, tanto las que corresponden a experiencias de vida como aquellas a las que no le podemos dar una explicación racional, pero que coexisten junto al ser humano, como son las experiencias sobrenaturales.

En cuanto al tratamiento tradicional, éste varía desde medidas caseras hasta la consulta con sanadores. Sin embargo, igualmente registramos casos en los que se ha acudido a la posta de salud para solicitar tratamiento a este síndrome, lo que ocurre cuando, asumiendo que el familiar tiene un susto, no se cuenta con recursos tradicionales a los que acudir. En estos casos, que son los menos, es posible igualmente que se sospeche de la existencia de otro problema o enfermedad, ya sea orgánica, psicológica o social que acompaña al susto, como ocurrió con una madre que consultó en un Centro de Salud (CECOSF) por el susto de su hijo de 7 años que ella atribuía al abuso sexual sufrido recientemente. En su solicitud de atención había igualmente un llamado al equipo de salud a hacer algo al respecto.

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

Cuando se trata de casos más complejos, en los que existe la sospecha de epilepsia o de alguna trastorno de salud mental, el necesario tratamiento biomédico

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



LA SAVIA SABIA. Lago Natri, Chonchi. 2008

CORRIENTE DE AIRE

*“Es bueno esto... de los Síndromes Culturales...
porque ustedes son médicos, ¿cierto?, estudian en universidades.
Nosotros no hemos llegado a las universidades, nosotros vivimos
con la universidad de los antepasados, nuestros abuelos, nuestros
papás, que nos dicen esto es bueno o esto otro es bueno.
Entonces hoy día también es bueno que estén compartiendo la
medicina natural de quienes nos enseñaron, pues técnicamente
saben mucho de remedios”*
Sr. R.M., Castro rural.

i. INTRODUCCIÓN

Al plantearnos esta investigación, incluimos la Corriente de Aire porque si bien es un síndrome frecuente, por lo general se maneja información bastante básica acerca de él. Nuestro objetivo era estudiar la Corriente de Aire entendida como un síndrome natural, relacionado al desequilibrio de temperaturas y diferenciándola del Mal de Aire, que igualmente se encuentra en Chiloé, pero que se vincula con causas sobrenaturales, es decir, provocada por terceros, como brujos, seres mitológicos o personas que manejan y envían energías que enferman.

No obstante, las entrevistas realizadas a personas que han tenido este síndrome, así como a algunas sanadoras, nos permitieron darnos cuenta de que existe mucho conocimiento y experiencia al respecto y, de acuerdo a quien entregue la información, se van combinando distintas causas y sintomatología, que hacen difícil no considerar en este capítulo la dimensión sobrenatural de la Corriente de Aire. Es por esto que ampliamos el estudio de este síndrome a ambas vertientes que lo explican y que desarrollaremos en la sección de Etiología/Causas de este síndrome.

Por otro lado, de acuerdo a lo que sostienen algunos autores (Ortiz de Montellano, Viesca Treviño), podríamos afirmar que se trata de un síndrome precolombino, en especial su variante asociada a lo sobrenatural. Entre grupos nahuas de México se cuenta con registros y referencias de diversos tipos de aires, desde antes de la llegada de los españoles y hasta nuestros días⁵⁰. Estas enfermedades se

⁵⁰ La presencia de aires como causantes de enfermedad se encuentra igualmente en Europa. En el siglo XVII tenía vigencia la Teoría Miasmática de la Enfermedad, formulada por T. Sydenham y G. Lancisi, según la cual

asociaban con *ehécatl*, espíritu de los aires, que puede provenir de distintos espacios (cielo, tierra, sol, agua, inframundo) y dependiendo del origen del viento o aire serán sus cualidades de frío o calor y de malignos o benignos, así como también las partes del cuerpo que afecten y los síntomas que provoquen (Viesca Treviño, 2005:106-107).

En general, en la literatura revisada, encontramos que la cantidad de enfermedades asociadas a los aires es enorme y se distribuyen en distintos países y culturas de Latinoamérica, afectando tanto a adultos como niños de ambos sexos.

Sólo como ejemplo de las múltiples variantes de este síndrome, Ingham, en su estudio entre los Tlayacapan de México (citado por Ortiz de Montellano, 1997:266), habla incluso de “la constelación de creencias acerca de los *aires*” y menciona varias, entre ellas el “daño de muina⁵¹” (daño por enojo) e incluso el “mal de ojo”, que se explicaría porque “el ojo de un adulto, que se calienta por la pasión del sexo o de la envidia, expele un *aire* o, en otros casos, atrae un *aire* y se convierte luego en vehículo de su transmisión al niño”. El diagnóstico y tratamiento para todas estas variantes sería similar.

En Chiloé, encontramos que además este síndrome afecta a los animales (aves de corral, chanchos, vacunos, ovejas), según lo explicado por algunas entrevistadas que viven en sectores rurales de Chiloé. M.T. (38 años, mujer, Quellón Rural), señala que en estos casos los animales pueden quedar con alguna parte de su cuerpo afectada producto de la corriente o incluso morir; en este último caso, su carne no se puede comer y se entierran. Se reconoce cuando un animal ha recibido la corriente de aire porque da vueltas en círculo hasta caer. A aquellos que no mueren, y quedan sólo dañados (en especial los vacunos) se les hacen remedios en base a calor y se acuestan sobre ramas calientes dispuestas como una cama. La señora M.D. (Queilen rural) indicó que para prevenir la corriente tanto en los animales como en las personas, se ponen en el campo botellas de vidrio invertidas sobre un palo.

los miasmas, o conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, eran la causa de enfermedad. “Los miasmas eran unos imperceptibles seres volátiles producto de la descomposición de la materia orgánica, y que gustaban para su desarrollo de los lugares cálidos, húmedos y sombríos. Estos vaporosos organismos, ayudados por el calor primaveral y veraniego, se elevaban a la atmósfera y eran transportados por el viento hasta entrar en contacto con un humano al que causaban una dolencia” (Bonastra, 2000). A partir de esta concepción es que se denomina a la Malaria de esta forma, cuyo origen estaría en el italiano medieval ‘mala aria’ (mal aire).

⁵¹ *Muina* es un síndrome mexicano detallado en la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (APAL, 2003:223) y que se describe como “un estado emocional, de disgusto que repercute en la salud de quien lo experimenta y puede ser la causa de muy diversos padecimientos”.

En el Manual de Uso de Plantas y Árboles Medicinales de Chiloé (Comunidad Indígena Buta Huapi Chillue, 1999:105) se menciona como remedio para el aire en los animales *“lavarlos de la cabeza a la cola con orina y fletarlos⁵² con una rama de arrayán y se les da a tomar agua con sal y azúcar”*. Cárdenas (1998:52) menciona una hierba, el chivato o pasto chivo (*Hypericum androsaemum*), que utilizado en sahumeros serviría para quitar el tullimiento o aire a los chanco” (1998:69).

Para desarrollar este capítulo, se entrevistó en sus casas a un hombre y seis mujeres, todos adultos y de sectores rurales de las comunas de Quinchao, Dalcahue, Chonchi y Puqueldón que tuvieron Corriente de Aire. Cinco de las mujeres entrevistadas padecieron de Corriente siendo adultas y una cuando tenía 12 años. El hombre entrevistado sufrió recientemente de Corriente de Aire. Se registró igualmente información entregada indirectamente (por familiares) de otras nueve personas que padecieron el síndrome: tres de ellas cuando eran adultas (dos mujeres y un hombre), dos niñas y cuatro bebés (tres hombres y una mujer) y que pertenecían a las mismas comunas indicadas. Además se entrevistó a dos sanadoras tradicionales de las comunas de Quinchao y Puqueldón que han tratado casos de Corriente de Aire.

Finalmente fueron consultadas sobre este tema tres Kinesiólogas, dos del Hospital de Castro y una del Hospital de Queilen y un Neurólogo del Hospital de Castro. Otros profesionales entrevistados hicieron igualmente algunas referencias al síndrome.

ii. DISTRIBUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Encontramos distintas referencias bibliográficas a la Corriente de Aire y sus variantes en México, Bolivia, Perú, Ecuador y Chile y se presenta en poblaciones tanto mestizas como indígenas. En Chiloé se extiende en todo el Archipiélago, en sectores urbanos y rurales.

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) no reconoce este síndrome en la sección de Síndromes Culturales Latinoamericanos, a pesar de que tienen un componente emocional.

⁵² *Fleta*: f. Col. y Ven. Fricción dada en el cuerpo con una sustancia medicinal. (RAE, 2001). En Chiloé, además se le denomina fleta al preparado medicinal con el que se realizan las fricciones.

Es una dolencia que afecta tanto a niños como a adultos, aún cuando se da más frecuentemente en estos últimos (Castellón sin embargo, para el caso quechua señala que habría mayor incidencia en niños). En la distribución por sexo, a partir de los casos que encontramos, así como por las referencias entregadas por una de las Kinesiólogas del Hospital de Castro, sería más frecuente en mujeres que en hombres y en pacientes de sectores rurales más que en urbanos. En algunas islas del Archipiélago, especialmente en la comuna de Quinchao, encontramos que el síndrome está particularmente presente.

En cuanto a la distribución entre causas naturales y sobrenaturales, si bien no contamos con información cuantitativa, sería mucho más frecuente la corriente atribuida a causas naturales que a causas sobrenaturales.

iii. ETIOLOGÍA/CAUSAS

Clasificación de la Corriente de Aire

Antes de referirnos a las causas de la corriente de aire, queremos presentar una clasificación de este síndrome a partir de la revisión de algunos estudios sobre el tema realizados en distintos países y culturas de Latinoamérica, y que nos parecen interesantes por su relación con los relatos sobre este síndrome que recogimos en Chiloé.

En Gómez et. al. (2007), las autoras señalan que para el contexto mexicano, la medicina tradicional distingue diferentes tipos de aire:

Aire de muerto. El aire de muerto o cáncer de muerto, es un humor dañino que se desprende de una persona muerta. El aire de muerto puede entrar en las personas al acudir al velorio, al sepelio, o incluso al visitar o pasar por un panteón, se puede adquirir también por haber pasado o estar cerca del lugar en donde se realizó una limpia⁵³, o simplemente al tocar el ramo de yerbas con el que se realizó la limpia.

⁵³ Una limpia o limpieza es una ceremonia o rito que ayuda a eliminar energías sucias absorbidas involuntariamente por el cuerpo. Se suele usar como prevención, pero también para aliviar un conjunto grande de enfermedades, entre ellas destacan las concernientes a la penetración de inmundicias en el cuerpo. La limpia se realiza de diversas formas, lo más habitual es pasar alrededor del cuerpo ramos de plantas con características especiales y capacidades para realizar movilización energética, absorción y neutralización de energía residual y malas influencias. Tradicionalmente se entiende que el humo es más denso que la energía sucia y mala, por ello puede sacarla de la persona (Alfonso Aparicio).

Aire enfermante. El aire enfermante se conoce como Aire de Hora entre los zapotecas. Es un aire producido por entidades no humanas llamadas brujo de lumbre, que se manifiestan como bolas de fuego nocturno, representando el alma de los muertos que deambulan por los poblados, este aire mina la salud de las personas, las daña, les produce enfermedades.

Aire echado. El aire echado o aire puesto es el aire creado y emitido por los brujos con la finalidad de producir daño o enfermedad a la persona blanco, se concibe también como un efluvio dañino que envía el brujo a un enemigo suyo o de la persona que lo contrata para hacer mal.

A esta clasificación podemos agregar el *Mal Aire*, que Alfonso Aparicio identifica en México, y que se produce cuando una persona se ha cargado de una energía negativa o muy pesada. Este aire se reconoce porque la persona “empieza a sentir el malestar del dolor de cabeza que es lo más común, o una especie de resfriado. El cuerpo no funciona bien, pero no hay una explicación lógica” (Aparicio, s/f).

Castellón (1997), en su estudio en comunidades andino quechuas de Bolivia, se refiere al síndrome como “wayra” (viento) y “sajra wayra” (viento maligno), dando cuenta de las dos vertientes del síndrome, natural y sobrenatural. En la cultura atacameña, en cambio, la corriente de aire se clasificaría como una enfermedad naturalista, la explicación de la enfermedad es impersonal, no existiría presencia de agentes sobrenaturales involucrados y alude más bien a estados orgánicos o biológicos ligados a cuidados respecto de temperaturas, higiene, alimentación y accidentes (Chamorro y Tocornal, 2005).

En Citarella (1995:337), se menciona para la cultura mapuche de Chile el *pamu*, *pasmo* o *aire*, causado por cambios bruscos desde un estado caliente a uno frío y que se clasificaría en la categoría de enfermedades naturales. Si bien no se hace una relación directa de la corriente de aire con otras enfermedades de carácter sobrenatural vinculadas a los aires, existen en la cosmovisión mapuche otras dolencias asociadas a aires que cabrían en esta clasificación y que detallamos a continuación.

En la categoría de enfermedades sobrenaturales provocadas por un kalku o brujo (**Kalku Kutran**), existen fuerzas naturales que son manipuladas por el kalku para provocar enfermedad. Entre estas fuerzas encontramos:

- a. El **mewlen**⁵⁴: “se presenta como un remolino de viento; en español se le llama ‘viento malo’. Su característica principal es que aparece a medio día y si envuelve a la víctima le provoca enfermedad instantánea, robándole el am (alma o energía vital). (...) Con respecto a las víctimas, estas por lo general son niños pequeños”. (Citarella, 1995:167)
- b. El **cherufe**: “tiene la forma de una bola de fuego con cola luminosa que descende de las alturas. Se dice que habita en los cráteres de los volcanes y es usado (...) por el kalku bajo la forma de ‘piedras vivas’. Se dice que cuando el cherufe descende sobre una vivienda causará la muerte de alguno de los moradores, con frecuencia el más anciano” (Citarella, 1995:167).

En la categoría de **Wenu Mapu Kutran**, o enfermedades provocadas por las deidades y espíritus del Wenu Mapu (universo mapuche), que también tienen características sobrenaturales, se encuentra otra enfermedad, el **könun o aliento del muerto**, que se encuentra en algunas zonas de la Araucanía y se define como “una típica enfermedad de castigo por transgresión de una norma, la cual establece que las mujeres embarazadas deben evitar todo contacto con seres agónicos, humanos o animales. Si la embarazada rompe esta pauta de conducta y presencia o toma parte en la muerte de un ser, el ‘último aliento’ de éste le será traspasado al feto, de manera que el niño cuando nazca presentará síntomas o rasgos de agonizante” (Citarella, 1995:170).

El könun o aliento del muerto es muy similar a lo que Gómez menciona como Aire de Muerto en México. En Chiloé no encontramos referencias a aires de este tipo, sin embargo nos pareció interesante incluir esta información, ya que en el archipiélago aún se encuentran ciertas convenciones en relación a las mujeres gestantes y los seres humanos o animales muertos, como por ejemplo, que las mujeres embarazadas no pueden carnear animales (matar y descuartizar), prohibición que podría tener un origen en síndromes de este tipo que luego se perdieron en el tiempo.

A partir de la información recogida entre las entrevistadas y la revisión bibliográfica realizada, pudimos establecer la siguiente clasificación de las corrientes de aire para el caso de Chiloé:

⁵⁴ Castellón igualmente recoge este tipo de viento como causante del aire entre los quechuas: “Cuando hace viento remolino, este se acerca a la wawita” (1997:194).

Corrientes naturales

- a. Corriente que deambula o anda por el aire (puede afectar externa o internamente, en este caso, al tragarla o penetrar por cualquiera de los orificios del cuerpo).
- b. Corriente que viene de la tierra (se presenta en forma de un vapor que sale desde debajo de la tierra).

Estas corrientes se producen por un viento o aire que afecta a las personas cuando existen condiciones como:

- Cambios bruscos de temperatura.
- Debilidad (física y/o emocional)
- Emociones muy fuertes (miedo, rabia, 'nervios').
- Transgredir espacios protegidos, riesgosos o no autorizados (ej. donde se ha realizado una quema, donde hay restos vegetales acumulados, etc.).

Corrientes malignas (sobrenaturales)

- a. Corrientes enviadas por terceros (personas, brujos, hechiceros).
- b. Corrientes provocadas por seres mitológicos o energías (Trauco, Fiura, Chauka).

Estas corrientes se producen, respectivamente, por:

- Envidia o alguna transgresión social realizada por la persona que determina que un tercero (persona, brujo, hechicero) le envíe una corriente que lo enferma.
- Transgredir normas de la cultura (ej. mirar a la Fiura; no entrar con respeto a espacios naturales o silvestres⁵⁵).

⁵⁵ Se refiere a espacios que la cultura protege de la intervención humana, en el caso de Chiloé por lo general se trata de bosques, lagunas, caídas de agua. En el caso de los bosques, donde habita la Fiura, Trauco y Chauka, la norma cultural indica que se debe entrar con respeto, no depredar ni extraer productos en forma innecesaria, agradecer y retribuir por lo que se saca del bosque (plantas, cortezas, hierbas). Existen también orientaciones en relación a las horas en las que se puede o no se puede entrar al bosque.

Causalidad

Origen Natural

Al igual que otros síndromes, como el sobreparto o la orina trancada, el principal origen que las personas atribuyen a la corriente de aire estaría en el desequilibrio de temperaturas. Se relaciona directamente con el tránsito brusco de un lugar cálido a uno frío o al beber líquidos calientes y exponerse al frío; puede afectar también cuando el cuerpo está caliente y se toma agua fría (Citarella, Rayen Küyen, Bruning). En Chiloé se asocia frecuentemente al consumo de mate⁵⁶, que se toma caliente y habitualmente al calor de la cocina a leña, por lo que es fácil exponerse a cambios fuertes de temperatura al salir de la habitación.

En Folklore Médico de Chiloé, M. Romo define igualmente “**aire de campo**” como “*Enfermedad que se contrae al exponerse a corrientes de aire o cambios bruscos de temperatura*” (2001:5). Es interesante destacar que el autor hace una referencia al **pasmo** como el concepto que se utiliza en la zona central de Chile para referirse al **aire de campo**, distinguiéndolo de lo que en Chiloé se denomina pasmo, y que sería un resfrío o enfriamiento súbito. Efectivamente en los relatos recogidos en esta investigación, al hablar de corriente de aire, las personas no la homologaban al ‘pasmo’, que podríamos entonces definir como una dolencia distinta.

Entre las personas entrevistadas que asocian su dolencia a causas naturales, varía la forma en la que se produjo el síndrome y las consecuencias que tuvo.

H.Ll. (67 años, mujer, Chonchi rural) recibió una corriente de aire cuando se levantó de su cama en la mañana y salió al baño, ubicado fuera de la casa. A pesar de calificar su enfermedad como Corriente de Aire, manifiesta que le parece extraña la forma en la que se produjo, “*porque ese día no estaba mi cuerpo caluroso ni nada, ni estuve al lado de la cocina. Si me levanté no más, puse mis zapatos y salí pa’ fuera, me fui al baño y ahí (le dio la corriente)*”. Entre la sintomatología que presentó y que ella asocia a la corriente, tuvo una parálisis facial y pérdida temporal de memoria (una hora aproximadamente).

⁵⁶ **Mate:** m. Infusión de yerba mate que por lo común se toma sola y ocasionalmente acompañada con yerbas medicinales o aromáticas (RAE 2001). En Chiloé el mate se bebe frecuentemente, en especial en sectores rurales, y para ello se usa un recipiente pequeño –también llamado mate- con una bombilla.

F.P. (56 años, mujer, Quinchao insular), relata el caso de una hermana que sufrió una corriente de aire dentro de la casa, mientras estaba al lado del fogón. En su caso, la pierna *“se le vino a arrollar”* (calambre fuerte).

H.R (72 años, mujer, Dalcahue Rural) recibió una corriente de aire cuando tenía 12 años y se encontraba durmiendo en un galpón junto a otros familiares, con el objetivo de cuidar el trigo que habían cosechado. Habían llevado frazadas y ropa de abrigo y ella se levantó durante la noche y le dio la corriente, *“que andaré en el aire, digo yo”*. Su sintomatología estuvo asociada a fuertes dolores de cabeza *“y cerebro”*, síntomas que manifiesta tener hasta la fecha como consecuencia de la corriente sufrida cuando niña y que se le acentúan con luna menguante.

Entre las corrientes de tipo natural, encontramos también la **Corriente de la Tierra**, que se origina bajo la tierra y sube desde el suelo. L.U. (Mujer, Quinchao insular) relata la historia de su hija, que habría sufrido una de estas corrientes cuando niña.

“Mi chica tuvo de eso (corriente de la tierra). Estábamos recién entrando en este campo, y estábamos aquí limpiando un pedacito y después estábamos deschampanando cerca del árbol cuando la chiquita se puso a jugar en la primera quema que habíamos hecho (...) y abrió la tierra. Y ahí habrá estado. Debajo vaporizó, estaba vaporizando. Empezó a jugar con esa tierra ahí y nosotros le decíamos que no, pero ella chiquitita ella, apenas caminaba y empezó a jugar a las casitas con unas ollas y eso, y de repente la vimos que ella no hacía nada, ella se paraba y lo llevaba su cabeza, se paraba y lo llevaba su cabeza (se le inclinaba la cabeza mostrándose mareada), le pesaba, y claro, era la corriente de la tierra que la había pillado, y eso fue. Más a la tarde ya no la soportábamos de llorar. La llevamos arriba donde mi suegra, porque yo no sabía que era corriente, y ella dijo “¿dónde estuvo jugando?”, yo le dije que estuvo jugando en la quema recién y dijo que la había pillado una corriente de la tierra (...). Ella quedaba hecha una masita, cuando se le tiraba, y ella lloraba, tiraba sus piernas, le venía privación (rabia, enojo) tiraba sus piernas, le venía privación”.

En esta conversación, la entrevistada nos dijo además que no ha visto aires como remolinos, pero su marido dice que los ha visto durante el verano. Además, la madre manifiesta que esta corriente sufrida por su hija no se asociaba directamente a terceros (*“aires con dueño”*). Su origen estaría en aires que se producen bajo la tierra producto de la descomposición de –según sus palabras– *“basura”*, que son desechos orgánicos del bosque: ramas, palos, raíces, etc. que se acumulan, por ejemplo, después de una limpieza, deschampe o quema. Cuando la persona se ubica en estos espacios

puede verse afectada por una de estas corrientes o aires de la tierra. Según ella, esta corriente le puede dar a niños y adultos, pero más frecuentemente a niños.

Puntualmente en relación a este relato, observamos que Castellón (1997:194) recoge testimonios de quechuas que, entre otras explicaciones para las causas del aire mencionan: *“Hay jusk’itos (= agujeritos, fumarolas) en la tierra, de ahí sale el viento y eso nos hace enfermar. De repente en lo que estamos caminando”*.

Si bien un número importante de las corrientes de aire se manifiesta con parálisis facial, existen otras en que este síntoma no se presenta o bien se paralizan otras partes del cuerpo, incluso el cuerpo entero. No obstante, y en relación a aquellas que presentan parálisis facial, Angela Kanelos, Kinesióloga del Hospital de Castro, señala en forma estimativa, que del total de pacientes que se encuentran en rehabilitación por este tipo de parálisis, alrededor de un 70% lo atribuyen a Corrientes de Aire o a un susto o impresión fuerte.

Efectivamente, los factores emocionales son otra de las causas atribuidas a la corriente de aire. R.L. (Mujer, 55 años, Quinchao insular) relata sobre la corriente de aire que sufrió hace poco tiempo atrás: *“Fue una mañana, yo me levanté y ya sentí en la noche, cuando estuve durmiendo lo sentí, en la noche (...) cuando me acosté nada, de repente cuando me levanté a media noche sentí que parece que me tiraba (la cara). De repente en la mañana vine donde mi cuñada a tomar mate y ya no tomé mate, ya la boca no tenía fuerza para tomar mate, así que me torcí la boca”*. Sobre la causa que podría haber tenido esta corriente, señala *“no sé por qué me habrá venido, andará en el aire, no sé”*. En una segunda entrevista, hablando nuevamente sobre la causa de su enfermedad nos dice *“No sé, no puedo decir por qué me ha pasado. Puede ser una preocupación de repente, uno de repente está solo en su casa y piensa muchas cosas”*.

L.U. (Mujer, Quinchao insular) es sanadora tradicional, y ha tratado casos de corriente de aire con éxito. Ella también atribuye la corriente de aire, además de *“por salir desde un lugar caluroso hacia fuera”*, a causas emocionales: *“será que ya andarán débiles las personas, que tienen rabia con alguna cosa y lo pilla la corriente, la corriente más fácil será no más”*.

T.M. (62 años, mujer, Quinchao insular), señala igualmente que: *“Me dio cuando J.A. (hijo) se accidentó y se partió la cabeza. Me pilló de sorpresa. (...) Y yo pensaba que le podía haber quedado sangre adentro de la herida, y eso fue lo que a mi me preocupó... y digo yo que sería por eso, porque me sentí como una picada en el corazón”*. Esta entrevistada

agrega además que la noticia sobre el accidente de su hijo la recibió en la tarde y *“el aire me vino en la noche ya, como seis horas después más o menos (...) en la noche cuando me desperté mi boca estaba por acá”*.

En cuanto a la relación entre la emoción sufrida –que ella identifica como un susto o preocupación muy fuerte- y la corriente, señala que *“Un susto (impresión muy fuerte) puede producir una corriente de aire (...) lo que me dio a mi yo creo que fue sistema nervioso no más; no creo que fuera susto (síndrome) porque se me quitó con el remedio de corriente(...) En mi caso fue como un susto que se transformó en corriente y se me dio vuelta la boca”*.

De esta forma, la corriente que sufrió la entrevistada fue ocasionada por la emoción que la afectó y como consecuencia de ella se le desarrolla el síndrome de corriente de aire. Esta información se complementa con la entregada por una de las Kinesiólogas entrevistadas, que señala que varios de sus pacientes atribuyen como causa de las parálisis faciales y de otros miembros del cuerpo –además de las corrientes de aire- los ataques de ira y los sustos.

“Lo más común para nosotros en la parte de Kinesiología son corrientes de aire, ya sea por ejemplo las parálisis faciales. (Los pacientes dicen) me dio una corriente de aire o tuve un susto o una rabia (...). A mi me llama mucho la atención, porque estas son patologías claramente más distinguibles en adultos y últimamente se han presentado muchos jóvenes con este tipo de problemas de parálisis facial y por rabia (...) Lo que más me llamó la atención fue un niño de 10 años, que vino con una parálisis facial y él me comentaba que había pasado una rabia en el colegio, tuvo, se podría decir, casi un maltrato escolar, por cabros (niños) más grandes que él, pasó una rabia muy grande y quedó así (...) me han llegado varios cabros con parálisis faciales, justamente por casos así, rabias o sustos. Es bien especial la situación, yo nunca había visto a un niño de 10 años con parálisis facial y por una rabia además, muy raro” (Angela Kanelos, Kinesióloga).

Si bien en estos últimos dos casos estamos hablando más bien del susto y la rabia como causa del síntoma de parálisis facial –más que de la corriente de aire- llama la atención para el segundo caso la vinculación que podría hacerse con el ‘aire de muina’, que citábamos en la introducción a este capítulo y que en México vincula el exceso de rabia a una corriente. En el primer caso, la entrevistada tuvo una parálisis facial producto de la impresión por una noticia recibida, por lo que ella asocia dicha parálisis a ese susto o situación imprevista que la impacta y la relaciona

con la corriente de aire no sólo porque le produce una parálisis facial, sino además porque logra curarse con un remedio de corriente de aire hecho por una sanadora tradicional.

La relación entre corriente de aire, nervios y susto también fue establecida por Jennifer H. de Keller (S/f) en comunidades de Guatemala, sosteniendo que *“Parece ser que hay una relación entre nervios y susto, ya que susto se considera como una causa de nervios y viceversa (Baer et al.). Las corrientes de aire, las bebidas y comidas frías, el diablo, vivir en una casa sucia y una mirada fija de envidia también son considerados por muchos como posibles causas. Si el individuo no recibe tratamiento puede desarrollar diabetes, su boca se puede torcer o deformarse e incluso se puede morir”*.

La vinculación de la corriente con las emociones, y éstas con el corazón (como órgano asociado a las emociones, no como músculo cardíaco) se desprende igualmente de algunos de los relatos recogidos:

“...vientos malos que corren ahí, eso es la corriente. Y eso de susto, cualquiera sorpresa que uno tiene, uno a veces le queda eso en el corazón y de ahí se enferma del corazón y eso también se sana” (Sra. A.B, Sanadora, Dalcahue rural)

“(Se sanó) con ese remedio de las campesinas, también fue fleta y de tomar, para que no caiga al corazón esa cuestión dicen (... La corriente) puede llegar al corazón, no sé yo (... y si llega al corazón) moriría, porque tanta muerte que había antes, hijita de Dios. Morían guagüitos, morían grandes, chicos de todas edades por la corriente” (H.R., 72 años, mujer, Dalcahue rural).

“...el accidente (que sufrió su hijo y por el cuál ella se asustó) fue en la tarde y el aire me vino como en la tarde ya, como seis horas después más o menos (...) y digo yo que sería por eso, porque me sentí como una picada en el corazón” (T.M, 62 años, mujer, Quinchao insular)

Origen Sobrenatural o Personalista

En relación al origen sobrenatural del aire, en Chiloé éste se relaciona con la acción ejercida por brujos, hechiceros y seres mitológicos y dependiendo de dónde se origina recibirá uno u otro nombre.

En la bibliografía revisada se encuentran referencias al “Aire de Fiura” o “mal aire” tirado por la Fiura. En la mitología de Chiloé, este personaje –que algunos autores identifican como la mujer del Trauco- vive en los bosques y tiene un horrible aspecto. La Fiura no admite ser observada por humanos ni por animales, y cuando uno de ellos transgrede esta prohibición ella les tira su aliento hediondo, dejándolos torcidos en algún lugar de su cuerpo (Quintana, 1995: 48; Cárdenas, 1998:13; Tangol, 1972:71,72).

La enfermedad provocada por la Fiura sólo puede ser tratada por un/a ‘machi’ o especialista (Romo; Cárdenas). El aire de Trauco sería lo mismo que el aire de Fiura, pero enviado por este ser mitológico (Cárdenas, 1998:13).

Waldo Bruning, relata que durante su ejercicio como médico en Chiloé, alrededor del año 1932, tuvo la oportunidad de conocer al Machi Teca, del sector de Compu (actualmente comuna de Quellón), que le señaló que *“curaba el ‘aire de Fiura’, enfermedad causada por el resuello de la Fiura, un ente mitológico, que los galenos no podían mejorar, y otros males más de brujería, para los cuales usaba ‘el contra’ como remedio”* (Bruning, 1996:124-125). El autor hace a continuación una reflexión subjetivizada por su mirada de médico de aquella época: *“Aquí el pensamiento mágico seguía rigiendo los más oscuros instintos chilotes”*.

Nicasio Tangol menciona en relación al aire de Trauco:

“Las víctimas de los maleficios del ‘thrauco’ son fácilmente reconocidas debido a que los males que ocasiona son característicos. Si alguien se enferma de tortícolis, parálisis o tullimiento, no cabe duda alguna de que el causante de la desgracia es esa maldita ‘fiura’⁵⁷.” (Tangol, 1972:54). La Fiura, en tanto, *“se ensaña tanto con los animales como con los seres humanos; aprovechando la fetidez de su aliento, tuerce a los animales y a las personas, a quienes los ‘agarra’.* Es tal el poder de su aliento, que desde una gran distancia puede producir el tullimiento de los niños y dejar a los animales ‘descuadrilados’⁵⁸” (Tangol, 1972:71,72).

⁵⁷ El autor denomina ‘fiura’ no sólo a ese ser mitológico, sino a todos aquellos que se caracterizan por su fealdad y repugnancia.

⁵⁸ **Cuadril:** Anca (mitad lateral de la parte posterior de diversos animales) (RAE, 2001). Se referiría a un desplazamiento de las ancas de los animales por efecto de la corriente.

En esta investigación sólo una de las entrevistadas mencionó la corriente del Trauco, describiéndola como una fiebre que se produce y que enrojece la piel⁵⁹ de la persona afectada “...se produce una fiebre y queda coloradita la piel de la persona, y que va andando, va subiendo el enrojecimiento por la pierna, por los brazos. A algunos se les hacen unas ronchas grandes, y dicen que es el Trauco (...) dicen que la persona, cuando está asustado del corazón, él se encarga de atacarlo” (R.L., mujer, Quinchao insular). Como se observa en el relato, se produce además una asociación entre la debilidad emocional (“asustado del corazón”) y la vulnerabilidad ante el ataque del Trauco, aspecto que mencionábamos anteriormente en relación a los factores emocionales, como el temor o la impresión como una de las causas de la corriente.

En investigaciones anteriores realizadas por parte de los autores, se mencionó el aire de Trauco como causante de parálisis o tullimiento de miembros del cuerpo –además de otros síntomas, como ronchas en la cara y cuerpo- cuando sus víctimas transgredieron normas tácitas al momento de entrar al bosque (respetar los horarios de entrada al bosque, sacar las partes de plantas o árboles necesarias, agradecer o retribuir por lo recolectado). Podemos sostener que en este caso el aire de Fiura o de Trauco –ambos seres que en su origen serían guardianes de los bosques- tiene por función no sólo explicarse la ocurrencia de síntomas o enfermedades, como en este caso las parálisis o tullimientos, sino también regular procesos asociados a la naturaleza y al respeto de sus ciclos.

Este concepto se recoge de mejor forma en comunidades indígenas tradicionales de Chiloé, donde la referencia es a la *Chauka*, definida como un aire o espíritu que se encuentra al interior del bosque y que envía sus energías a quienes puedan entrar en él. Entre las consecuencias que esta energía puede producir en la persona, están el llenarse de ronchas, diviesos⁶⁰, desconyunturarse los dedos, sentir sueño, salir del bosque con ‘un ojo tapado’ (cerrado, caído) o una parte del cuerpo torcida.

No es fácil que las personas reconozcan abiertamente que la enfermedad o síndrome que han padecido se vinculaba con agentes externos que los provocaron

⁵⁹ Este enrojecimiento y el sarpullido o ronchas que luego se mencionan, se conoce en algunos territorios de Chiloé como ‘pañihue’, y sería una prueba de la acción del Trauco sobre la persona (adulto o niño) afectada.

⁶⁰ **Divieso:** m. Tumor inflamatorio, pequeño, puntiagudo y doloroso, que se forma en el espesor de la dermis y termina por supuración seguida del desprendimiento del llamado clavo (RAE, 2001).

voluntariamente. En algunos casos el relato se inicia como si el síndrome tuviera causas naturales, pero hacia el final se reconoce que hubo o podría haber factores sobrenaturales asociados. En el caso de la señora H.R. (72 años, mujer, Dalcahue rural), luego de relatar su historia de corriente de aire por causas naturales, e incluso después de manifestar que la de ella no fue una ‘corriente maligna’, termina planteando la posibilidad de que hubiera sido afectada porque días antes de enfermar, su padre había tenido una discusión con un trabajador de su campo y *“tal vez yo tuve que pagar por eso”*. En este caso la corriente sufrida por ella sería un síntoma del síndrome de Mal.

En un sector rural de Dalcahue entrevistamos a A.B. sanadora tradicional, que ante la consulta de por qué se producen las corrientes de aire, responde: *“Eso Dios lo manda. Esas son cosas de Dios. Vientos malos que corren ahí, eso es la corriente, y eso de susto, cualquiera sorpresa que uno tiene a veces le queda eso en el corazón y de ahí se enferma del corazón...”*. Su respuesta da cuenta de una concepción natural (emociones) y sobrenatural (vientos malos) de la enfermedad, donde además menciona a Dios entendido como el ser superior que permite que la persona se enferme por alguna transgresión realizada, pero no por ser él directamente quien envía la corriente de aire⁶¹.

F.P. (Mujer, Quinchao insular), a propósito de nuestra consulta sobre los ‘aire malos’, relata la historia de su tío, que llegó desde Achao hasta la casa de ella en buenas condiciones y se quedó a alojar ahí para seguir hasta su casa al día siguiente. Sin embargo, esa noche ella sintió que:

“subía y bajaba la escalera y de repente en la mañana hallo una cosa que hacía así arriba, así... que saltaba arriba de su cama, cuando de repente siento un golpe fuerte (...) y de repente veo una cosa que se arrastra (...) y llamé a la paramédico, que vino a ver y me dijo ‘harto complicado va a estar el tío L.’ (...) y lo bajamos y no podía moverse. Cómo sería la pena mía que en la noche se fue caminando y cuando lo bajaron...(Ahora) dicen que él está bien de ánimo, pero dicen que no va a caminar y se cayó, se levantó sin fuerza, está demacrado él... y a él lo sanó los machi (...) Yo pienso que si fue algo grave que le hicieron a mi tío no lo va a decir, Diosito sabe lo que le hicieron... entonces ahí está la duda que tengo”.

⁶¹ Desde sus orígenes las personas entendieron que las transgresiones eran castigadas, ya sea por la naturaleza, por seres sobrenaturales o por los propios seres humanos. Con la formación de las religiones, y especialmente con el Cristianismo, este castigo ante las transgresiones comenzó a atribuirse a Dios.

En el relato observamos claramente que F.P. atribuye la corriente sufrida por su tío a la acción voluntaria de un tercero, que no especifica.

En Puqueldón, Isla Lemuy. G.M. (67 años, mujer) relata en relación a una corriente de aire que afectó a su mamá:

“Había unas viejas brujas, llegaron una vez cuando mi finada mamá se enfermó (...) mi mamá en esos años sufrió de una corriente de aire muy grande, esas corrientes que andan así” (...) “le dolía tanto, su pierna casi sale, empezaba a gritar cuando caminaba, mi mamá era puro gritar, el dolor que no aguantaba.

(Esas corrientes) dicen que es una pelotita como fuego, y eso llega en el cuerpo, de morirse una persona, según la parte (que afecte). Yo lo tengo eso visto con mi hermana (...), bajábamos a pescar a los colde (peces pequeños que quedan en la red) y entonces íbamos subiendo cuando de repente venía una cosita, como una chispita de fuego, venía de por arriba (...) entonces viene una cosita bien roja y casi se pone en la mano (de mi hermana) así, cuando lo deja pasar y esa cosa llega a una mata de ramas y eso llegó a arder en la mata, que venía el fuego corriendo. Y ahí le llegamos conversando a mi mamá y mi mamá dice ‘qué desgracia ha de ser, eso era las corrientes de aire que andan así’. No sé de qué sería eso, como fuego que andan en el aire, como una bala. No sé de dónde vendrán esos, si lo llega a tocar mi hermana no sé, algo malo habría pasado, yo creo”.

Según la entrevistada, este tipo de corriente es más fuerte que la corriente que se produce por un desequilibrio de temperatura y de acuerdo a su relato, la corriente sufrida por su madre finalmente fue resuelta con remedios indicados por las dos ancianas que ella nuevamente vincula a la brujería. De acuerdo a lo relatado por G.M. este tipo de corriente podría asociarse a lo que en la cultura mapuche se denomina *Cherufe* y en México *Aire Enfermante*.

iv. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas de la Corriente de Aire son diversos, pero en términos generales coinciden en la revisión bibliográfica y en los testimonios de las mujeres entrevistadas. Tampoco existen mayores diferencias en la sintomatología entre la corriente natural y la sobrenatural.

En Citarella (1995:337), para el Pasmo o Aire, entre los mapuche de La Araucanía, se mencionan como síntomas *“fuertes dolores de cabeza, granos e hinchazón en la cara. En ocasiones corresponde a parálisis facial”*.

Castellón (1994:194) recoge una serie de síntomas mencionados por sus entrevistados quechuas, entre los que destacan la parálisis (*“Tuerce la boca, el ojo; el ojo parpadea”*), tullimiento de miembros (*“el pie se paraliza, el brazo también”, “hace girar la cabeza”*) y síntomas varios, como resfrío, fiebre, hinchazón, lagrimeo ocular, vómitos, dolor de barriga, debilidad o desgano (*“malagana”, “no hay ganas para trabajar”, “sueño”*). En el caso de las guaguas, los entrevistados mencionan: *“A las wawitas hace vomitar, diarrear, babear; no duerme en la noche, llora”*.

De acuerdo a la información recogida en terreno en Chiloé, podemos establecer que la sintomatología que las personas asocian a las Corrientes de Aire, en especial en adultos es la siguiente:

1. Parálisis facial (principalmente pérdida de fuerza en la boca, se tuerce, ya no se pueden tomar líquidos; en algunos casos se afecta también el ojo, que se desplaza o se cierra parcialmente)
2. Tullimiento de miembros del cuerpo, especialmente extremidades (pasajero o permanente)
3. Dolores de cabeza.
4. Debilidad (cansancio) en el cuerpo, decaimiento.
5. Pérdida temporal de la memoria
6. Angustia, preocupación, “debilidad de corazón” (como causa, pero también como síntoma complementario).
7. Varios (dolor de oídos, náuseas, vómitos, mareos, enrojecimiento y/o lagrimeo de ojos, fiebre, etc.)

Dos de las entrevistadas (H.R y R.L.) manifestaron igualmente que la Corriente puede dejar secuelas, síntomas que se vuelven crónicos, en particular el dolor de cabeza y el malestar. Ambas entrevistadas mencionaron también que los dolores provocados por una corriente que se ha sufrido se agudizan especialmente durante algunas fases de la luna, aún cuando ninguna de las dos recuerda exactamente en cuál (mencionan llena, creciente y menguante). En relación a las secuelas, en Rayen Küyen (2005:45), una mujer señala sobre el tratamiento indicado por una sanadora de Quellón para la corriente de aire *“Me fleté como dos veces y me pasó y (la sanadora) me dijo que me tenía que seguir fletando porque (si no lo hacía) ese aire se me iba a quedar en mi cabeza...”*.

Existiría entonces una relación entre la aplicación eficiente del tratamiento para la corriente y las consecuencias que el síndrome pudiera tener a futuro. En cuanto a la luna, en Chiloé tiene mucha vigencia su vinculación con los ciclos y tiempos de la naturaleza (mareas, siembras, cosechas, podas, esquila de las ovejas, momento en el que se deben preparar los remedios de hierbas, nacimientos según el sexo de acuerdo a la fase de la luna, etc.), por lo que no es extraño que su influencia también se asocie a los ciclos de enfermedades y dolencias.

En el caso de las corrientes de aire en niños, éstas presentan una sintomatología particular y aparentemente podrían tener consecuencias mucho mayores que en los adultos. Cuatro de las entrevistadas relataron casos de corrientes de aire sufridas por niños:

T.M. (62 años, mujer, Quinchao insular) dijo en relación a la corriente de aire que sufrió su hijo cuando tenía un mes de vida:

“Dicen que tener dos puertas en una sola pieza también trae corriente. Yo tengo un caso de mi chico (...), cuando tenía un mes lo estaba cambiando de pañales atrás en la cocina, y (se) abrió una puerta allá -el chico estaba desnudito- y de repente veo que el chico ya no se sujeta donde lo tenía, empezó a saltar y a salirle espuma por la boca, y yo pensé al tiro que era aire”

“... (antes) moría gente por corriente de aire, es que llegan fuerte. Un caballero tenía un sobrinito de ocho meses y medio y lo quería mucho. Entonces el hombre, como eran esas puertas de dos hojas, arriba estaba abierto (...) y al chiquito le dio una corriente. Quedó azul entero. Murió instantáneamente el chiquito. Se puso azul porque le llegó la corriente y la habría tragado, porque si la traga se muere, cuando traga la corriente muere instantáneamente” (H.R., mujer, 72 años, Dalcahue rural).

“Sabe que una niñita de mi sobrina estaba en la cuna, entonces abrieron la puerta y la niñita quedó azul entera, entera, entera; sus labios quedaron azul. Dije ‘madre, ésta se va a morir no más’. A mi hermana le dije ‘vamos cristianita a la machi’ y nos fuimos. La chiquita muerta, caían sus bracitos, caía su cabecita, que no mamaba, no lloraba, no hacía nada. Azul entera entera y se mejoró con eso que le digo yo, con ese remedio de las campesinas, también fue fleta y de tomar, para que no caiga al corazón esa cuestión, dicen” (H.R., mujer, 72 años, Dalcahue rural).

A estos relatos se suma el de R.L., quien recuerda el caso de un hermano que cuando era guagua estaba jugando “a potito pelado” en el piso de la casa. En esa época el piso era de tierra, y de pronto salió una “electricidad desde la tierra”, que habría entrado al cuerpo del niño por “la vía⁶²”, causándole la muerte. El único síntoma que manifestó fue una diarrea muy fuerte, que no se le pasaba y eso lo habría llevado a la muerte. Ella dice que no puede haber sido algo que comió, porque ocurrió muy temprano en la mañana y el niño no había comido y la sanadora que lo vio diagnosticó la corriente. Ante la consulta sobre otras partes del cuerpo por donde pueda entrar la corriente, la señora R.L. responde: “por la boca, por los orificios del cuerpo, igual puede suceder por un ojo o por el oído...”.

C.P. (mujer, Quinchao insular), en relación a la corriente de aire sufrida por su hija a los ocho años, mencionó: “... andaba jugando con sus hermanitos, le dio un aire y se paralizó el cuerpo. Comenzó luego a gatear de a poquitito y su cuerpecito era como si hubiera estado quebrado. Luego de ocho días se pudo sentar, le hicieron muletas para que volviera a caminar. Después de cinco meses volvió a caminar. Se mejoró, pero a medida que fue creciendo fue haciéndose nerviosa, estuvo tomando gotas de San Juan porque la fluoxetina le produce mareos. Actualmente tiene 30 años. Por la corriente de aire le pasó esto”.

Como se puede observar, en el caso de los niños, la sintomatología se presenta en forma generalizada, afectando todo el cuerpo y en algunos casos también provocando la muerte (no registramos casos de muerte por corriente en adultos, sólo en niños). En el último caso, además, sus consecuencias se han extendido en el tiempo a través de los “nervios” que sigue sufriendo la enferma y la corriente de aire se habría transformado en la explicación de esta dolencia y en una causa probable de depresión.

v. PREVENCIÓN

La principal forma de prevenir la corriente de aire natural es el evitar los cambios bruscos de temperatura, particularmente desde el calor al frío. A pesar de que una de las causas de la corriente son las impresiones fuertes, las personas entrevistadas no mencionaron como precaución el evitar situaciones de alto compromiso emocional.

⁶² **Vía:** f. Cada uno de los conductos por donde pasan en el organismo los fluidos, los alimentos y los residuos (RAE, 2001). En este caso específico, la entrevistada se refiere al ano e intestinos.

Otro aspecto mencionado por una de las entrevistadas es evitar comer alimentos que han sido expuestos al aire y podrían haber sufrido una corriente, porque ésta se podría traspasar a la persona.

Entre las formas de prevención del aire de origen natural en México, Aparicio (S/f) señala, el no consumir productos fríos ni demasiados líquidos, no mojarse los días de más dolor y no tener relaciones sexuales.

En relación a la corriente sobrenatural, su prevención estaría asociada a no transgredir normas sociales o de la cultura (ej. no entrar en espacios restringidos, mantener normas de respeto en dichos espacios), para así evitar ser afectado por terceros. En este plano, existen además algunas medidas de protección o *contra* que ayudarían a evitar ser víctima de la corriente.

Para el caso de México, Alfonso Aparicio (S/f) menciona que como protección frente a un posible **mal aire** se debe llevar un saquito con un ajo, un chile (ají) y una rama de albahaca. Por su parte, las sanadoras que tratan el aire igualmente toman medidas de precaución cuando deben realizar una limpia. Para ello, llevan ramas de hierbas protectoras bajo el vestido, y al terminar su trabajo se frotan las manos y brazos con alcohol para desprenderse de la energía negativa que se les puede haber pegado.

En Chiloé se mencionan igualmente elementos de contra o protección frente a la corriente o aire de origen sobrenatural, como llevar un objeto de metal (una pulsera por ejemplo) o ajo, que además de ser contra, se frota junto con orina en la zona afectada apenas se siente la molestia (Rayen Küyen, 2005:45). Estos objetos tendrían la función de absorber el mal aire o aire enviado. Tangol (1972:57) recoge una serie de precauciones frente a un posible encuentro con el Thrauco que pudiera provocarles perjuicios, entre los que están *“frotar entre sus manos unos cuantos dientes de ajo; apenas llega ese olor a su guarida, huye como un endemoniado”*. Otra precaución que se transmite en Chiloé es la de llevar carbones en los bolsillos cuando se entra la bosque.

Como se puede observar y como veremos más adelante, elementos como el carbón, el ajo, la orina (y el amoniaco), la sal, el humo, la ruda (*Ruta graveolens*) y otras especies de esta familia se repiten en distintos contextos culturales como contras y elementos de tratamiento ante enfermedades o agentes de origen sobrenatural y también en causas naturales. Se trata de elementos que se caracterizan por ser ‘fuertes’, ‘picantes’, ‘molestos’ o asociados al fuego, lo que influiría en ahuyentar a los malos espíritus o agentes sobrenaturales.

vi. TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, Aparicio (S/f), para el caso de México, señala una serie de acciones que se utilizan para el Aire, entre las que menciona los masajes y tratamiento con pomadas; bebidas a base de hierbas; limpiezas en el cuerpo con hierbas y alcohol. Entre las hierbas que el autor menciona se encuentran la ruda (*Ruta chalapensis*) y el toronjil (*Agastache mexicana*). El temazcal⁶³ es también un recurso terapéutico utilizado en el Aire.

Otro tipo de tratamiento utilizado en México para la variante de aire que se produce por haberse cargado de una energía negativa o muy pesada son las limpiezas con huevo⁶⁴, albahaca y otras hierbas. (Aparicio, S/f).

Castellón (1997:194,195), menciona como tratamientos para el Aire entre los quechuas el uso de hierbas, en distintos modos de preparación: frotaciones en el cuerpo con ruda y chamicu (*Datura ferox*), entre otras y fricciones en la cabeza y estómago; oler y frotarse con hierbas (salvia); comer directamente (nuez moscada), en mate o infusión (ruda) y como ensalada (ruda); también frotar, comer y hacer humear con copal. Para *“la basurita que lleva el viento en forma de remolino y que se forma en las esquinas de las casas, eso hay que hacer humear debajo de la ropita de la wawa”*. Para los quechuas, el tratamiento para el Aire lo pueden hacer tanto las personas comunes como los curanderos, pero no el médico, ya que *“no entiende”*.

En el caso mapuche de la Araucanía, para tratar el Aire no se requiere de un especialista médico tradicional y el tratamiento se realiza de acuerdo al modelo de equilibrio humoral, usando plantas o hierbas cálidas cuando la causa de la enfermedad es la exposición prolongada al frío, el cambio brusco de temperatura o haber recibido una corriente de aire helado. Como recursos terapéuticos se usan las compresas y frías con hierbas (palqui, pelawen, maqui), en ocasiones acompañadas de otros elementos, como sal, tabaco, aceite y/o clara de huevo; frías y enjuagues con

⁶³ Etimológicamente el temazcal significa ‘casa de vapor’. Son casetas en forma de cúpula de pequeña dimensión, actualmente llamadas “Toritos”, construidas de barro, cemento o con mantas o pieles sobre varas, en las cuales se introducen piedras volcánicas previamente calentadas al rojo vivo, sobre las que se vierte una infusión de plantas medicinales. Tiene fines terapéuticos y rituales y es originario de las culturas de México y Centroamérica. (En: Wikipedia)

⁶⁴ El pasar un huevo por las partes doloridas o afectadas es una práctica extendida en varias culturas. En el caso de México, se trata de una costumbre zapoteca, mixe, chatina y mixta. El huevo representa en las tradiciones mesoamericanas la convergencia de los polos, positivo (panza) y negativo (extremos), lo dual. Las limpiezas se acompañan de rezos, oraciones, frases o recitaciones (Alfonso J. Aparicio Mena).

aguardiente; infusiones y gárgaras con toronjil cuyano y palqui (Citarella, 1995:282, 283 y 337).

Entre los Atacameños, los aires se tratan con frotaciones y sahumeros con hierbas especialmente destinadas a estos fines, con parches, fajas y ventosas y además se incluye una dieta especial” (Chamorro y Tocornal, 2005:16).

En el caso de Chiloé, los tratamientos para la Corriente de Aire son realizados a nivel casero, especialmente ante los primeros síntomas, y también por sanadoras y sanadores tradicionales que se especializan en este síndrome, aún cuando no es el único que tratan. Las técnicas utilizadas son similares a las que se practican en otros lugares de América Latina, pero con algunas variantes en los elementos que se usan.

Entre los tratamientos más comunes en el Archipiélago de Chiloé están las **friegas o fletas**, los **baños**, el **‘curanteado’**, los **parches**⁶⁵, las **hierbas para tomar**, por lo general preparadas en cocimientos y el uso de la **barra de azufre**. Estos tratamientos se pueden aplicar por separado, pero en la mayor parte de los casos se complementan unos con otros.

Las **fletas** son frotaciones o masajes con agua del cocimiento de hierbas o con otros productos (alcohol, orina) que se aplican en zonas del cuerpo directa o indirectamente afectadas. Con el mismo preparado de las fletas, también se indican **baños**, que consisten en echar sobre el cuerpo o cabeza el preparado de hierbas para que éste quede y se seque sobre la persona.

El **‘curanteado’** consiste en hervir hierbas y luego exponer la parte del cuerpo afectada para que reciba el vapor, cubriéndola con un paño o toalla. Este tratamiento debe hacerse lo más cercanamente posible al momento en que se haya producido la corriente, ya que si se deja pasar el tiempo pierde efectividad. El vocablo “curanteado” provendría de los tratamientos que se realizan tradicionalmente calentando piedras

⁶⁵ **Parche**: m. Trozo de lienzo u otro material semejante que contiene un medicamento, y se pone sobre una parte determinada del cuerpo (RAE, 2001). Romo (2001) hace una definición más precisa para el contexto chilote, definiendo el Parche como: “*Cataplasma. Emplasto de un preparado de sal tostada, borra de orines, harina cruda, chispén del fuego y si se consigue también raspadura de cacho de camahueto, tanto mejor. Todo se extiende sobre un trapo blanco y se aplica a la parte afectada*”. (Alvarez. El “chispén del fuego es la ceniza que va quedando en el carbón o leña encendida cuando se está apagando). Obs. de los autores: No se precisa para qué afección puntualmente se usaría este parche, pero da cuenta de una de sus formas de preparación y uso.

(cura: piedra; antü: sol) que una vez que están al rojo vivo se introducen en un recipiente que contiene algún líquido (agua pura, agua del cocimiento de hierbas, orina) para que se produzca el vapor que se usa terapéuticamente. En este caso sin embargo, el procedimiento ya no se realizó con piedras, sino que el agua para obtener el vapor se calienta por otros medios:

“... me dio la fleta en un litro (agua de hierbas en botella de un litro), y con eso me fleté y un litro de remedio de toma, me lo fletaba en toda la cabeza, se moja uno no más, se fleta por toda la cabeza, el cuello, es como que uno se estuviera lavando, y gracias a Dios con eso estoy bien (...) Para un curanteado se hierve un pasto (hierba medicinal) y se pone en la cabeza para que llegue el vapor. Era sólo con plantas, no tenía piedras⁶⁶” (Sra. T.M., 62 años, Quinchao insular).

“Mi mamá me fletó con ajo y arrayán que lo hacían los antiguos, lo hervían todo en una ollita y con eso me fletó entera, me puso en la cabeza y me bañó entera entera, después me tapó bien la cabeza, como estoy ahora (con un pañuelo), antes se tapaba con un pañuelo en la cabeza. Ahí me ató bien y después nos fuimos a la machi” (Sra. H.R., 72 años, Quetalco- Dalcahue).

En cuanto a las formas de aplicación de las fletas, una de las entrevistadas (Sra. R.L. Quinchao insular), que fue afectada por una parálisis facial que comprometió su boca y ojo, consultó con tres sanadoras. La primera de ellas le hizo un tratamiento consistente en fletas en los brazos y cuello, además de hierbas para tomar, pero este tratamiento no le dio resultado. La segunda sanadora fue la que a su juicio la curó y el tratamiento consistió sólo en fletas con un cocimiento de hierbas, que se le realizaron en dos tardes consecutivas en su casa por parte de la propia sanadora: *“ella me restregó bien restregado, con fuerza, y las manos bien calientitas y restregándome, restregándome”*. Las fletas se realizaron sólo en la parte afectada (*“en la parte que me tiraba no más”*), por aproximadamente quince minutos cada vez (la dimensión de tiempo es bastante subjetiva, por lo que podría haber sido más de lo que ella percibió). Una vez realizada la fleta ella debía acostarse inmediatamente, evitando exponerse a cambios de temperatura.

⁶⁶ Ante la consulta de si se usaban piedras calientes para producir el vapor, lo que explicaría el nombre de ‘curanteado’, la entrevistada señala que las piedras se usan para los tratamientos de ‘amarrar huesos’, y relata el caso de una niña a la que se le había salido el tobillo y *“la curantearon y ése fue con piedras, a la piedra le largaron agua hirviendo, el avellano, y le dieron a una olla y le pusieron a la piedra, y (...) de eso le trataron de amarrar, y le hicieron un parche con huevo y harina, y con eso se sanó”*.

En el documento *Salud y Plantas Medicinales en Queilen*, del Grupo de Medicina Alternativa Marie Poussepin, se recoge una receta entregada por una mujer de esa comuna de la Provincia de Chiloé para tratar las corrientes de aire, en la que se combinan tanto friegas como baño, usando para ello una serie de hierbas que en su etnoclasificación se relaciona con el aire. “...Arrayán de aire, salvia de aire, romero, lucerna de aire, espino negro, cogollo de manzanilla. Todo esto se hierve y se cuela. Luego se baña y restrega la cabeza” (E.T., Queilen).

Otra de las entrevistadas, G.M. (67 años, mujer, Puqueldón rural), mencionó una fleta que se le hizo a su madre hace unos cuarenta años. En este caso, quien la trató fue “una médica” chilota (sanadora tradicional), que le tomó el pulso y le dijo que tenía una corriente de aire, que en este caso se atribuyó a causas sobrenaturales. Esta misma sanadora le indicó los ingredientes para la fleta, los que compraron en Puerto Montt, probablemente en tiendas naturistas.

“... en ese tiempo era el aguardiente de culebra, el amoníaco, el espíritu de mostaza otro (ingrediente). Me acuerdo bien, esos tres remedios usted lo junta todo, y lo muele en un frasquito, y esa es una fleta muy buena para la corriente, te lo mata al tiro, ése sí que es buen remedio, esos tres remedios los fue a comprar mi hermano, y no sé que más habría sido, la cosa es que con eso se mejoró mi madre”.

Tanto las fletas, como el baño y el curanteado -tratamientos que se utilizan para las corrientes de causa natural y sobrenatural- producen calor y movilizan la musculatura afectada, lo que sumado a los compuestos medicinales utilizados contribuye a aliviar los síntomas. Además, ambas son terapias que deben ser aplicadas por otra persona, una sanadora o un miembro de la familia, siendo importante también dentro de la eficacia simbólica y terapéutica del tratamiento el que el terapeuta conozca el síndrome en los términos en que los conoce el enfermo, además del cuidado y dedicación que se entreguen en la aplicación del tratamiento a la persona afectada. Todas estas terapias están envueltas en un contexto ritual que aborda integralmente el síndrome, contribuyendo de mejor forma a la sanación.

Los **parches** son otro tipo de terapia que se usa igualmente para las contracturas, parálisis o dolores de cabeza provocados por la corriente de aire. H.R. y su hermana, D.R., describen de esta forma el tratamiento que le hicieron a la primera de ellas con parches:

“...Entonces mi mamá me hizo unas vendas de género, eso lo ponía en un platillo y me lo ponía en la cabeza, con eso quitaba el dolor, pero era dolor tremendo” (H.R, 70 años).

“... con ajenjo, huelcún -un remedio que quedaba negro- y le ponían un poquito de harina, así se llamaba el parche antiguamente (...), en un platito le ponía donde tomaba café, en trapito lo ponía así, tipo parche, se lo mojaban ahí y le ponían ahí, igual que un parche de papa cuando usted tiene dolor de cabeza...” (D.R., 63 años).

“(a una hermana) la pescó una corriente al lado del fogón y como que se le vino a arrollar la pierna, (...) entonces vino la abuelita y ella le hizo remedio, y con ese remedio se sanó. Le puso el boldo (Peumus boldus) con piedra lumbre y no sé qué otro remedio le echaría... y eso le puso en la pierna, le iba andando, le iba coloreando el cuerito donde le iba andando, le iba avanzando así, para arriba, hasta que ella le hizo el parche y ahí quedó, y ahí se sanó. Era buena machi ella...” (F.P. 56 años, mujer, Quinchao insular)

En cuanto a las **tomas de hierbas**, éstas por lo general son preparadas e indicadas por sanadoras tradicionales o “machi”, como se les dice habitualmente en Chiloé. Se entregan en botellas como complemento a otras terapias, principalmente fletas. Algunas sanadoras, como la señora A.B. de Dalcahue rural, entregan dos botellas del mismo remedio a base de hierbas, una para ser tomado y otra para las fletas o los baños.

Las hierbas para tomar habitualmente se preparan como cocimientos, es decir, se hierven las plantas en una olla por varios minutos y luego se cuele y se da a beber el agua resultante en tomas que se distribuyen a lo largo del día, por lo general entre dos y cuatro tazas al día. El tratamiento puede terminar una vez que se acaba la botella (un litro o litro y medio) o bien se debe volver donde la sanadora para que entregue una nueva dosis. Si bien el preparado para tomar como para las fletas lo hace la sanadora tradicional, su administración o aplicación por lo general queda a cargo de algún miembro de la familia mientras dure el tratamiento. Esta persona será la que hará las friegas y apoyará al enfermo en las tomas y baños. Sólo en uno de los casos registrados, la sanadora -vecina de la enferma- realizó el tratamiento de fletas directamente.

En relación a los tratamientos con hierbas, una de las entrevistadas (C.P., mujer, Quinchao insular) mencionó que hace varias décadas, cuando su hija tuvo un Aire,

la llevó a una machi de la isla Apiao, que *“la estregó, le dio tomas de hierbas y se mejoró”* y agrega que la mujer *“también le hizo una limpieza de estómago”*. Habitualmente los tratamientos tradicionales incluyen el uso de vomitivos, laxantes o depurativos, con el objetivo de limpiar el cuerpo para que la persona sane pronto o el medicamento sea mejor asimilado, lo que explicaría la limpieza de estómago realizada por la sanadora.

Otro elemento usado comúnmente para el tratamiento casero de los aires o contracturas es la **barra de azufre**, que las personas adquieren en farmacias o tiendas naturistas. Esta barra se pasa presionándola y masajeando suavemente por la cara o superficie afectada. Si la zona *“tiene aire”*, la barra cruje o suena y si la dolencia es mayor, la barra se quiebra en dos o más partes y puede incluso desintegrarse. Se debieran pasar barras de azufre hasta que éstas ya no se quiebren, con lo que la molestia desaparece. Se trata de una terapia extendida a lo largo del país y en otros países de la región, como Argentina y Uruguay.

“Después conseguí el azufre, una barritas de azufre que lo fleté. La primera vez que lo fleté llegó a sonar, se desarmó toda. La fuerza que tenía la enfermedad sería, porque es una enfermedad que tiene una fuerza, por eso viene a paralizar todas las arterias, y (...) era una barrita de azufre que yo lo refregaba por acá (cara y cuello), se desarmó la primera vez, así como en cuatro pedazos, y sonaba eso. Y después seguí fletando con eso y el remedio que la señora me dio (de hierbas)...” (T.M., 62 años, mujer, Quinchao insular)

Carolina Silva, Kinesióloga del Hospital de Queilen, señala que en su experiencia de trabajo en la zona central de Chile conoció una terapia similar a la de la barra de azufre y que también se usa para tratar los ‘aires’, pero en este caso se realiza con la *“piedra de la vaca”*, que sería un cálculo intestinal de vacuno que se pasa por la superficie afectada.

El uso de cálculos de animales y de piedras para tratar afecciones es muy antiguo y extendido. La **Piedra Bezoar** (o piedra bezar), que se forma en el aparato digestivo de los rumiantes es una de las más conocidas y ampliamente referidas en las farmacopeas europeas antiguas. En la España del siglo XVI se utilizaba para varias afecciones y a su llegada a América, los españoles se sorprendieron por la gran cantidad de estas piedras que se encontraban en el estómago de los chilihueques u ‘ovejas de tierra’ (Barros Arana, 1999:180). En el Proceso a los Brujos de Chiloé se registra el uso de la piedra bezoar como medicina para sofocaciones. Por otro

lado, Romo (2001) menciona la **Piedra de Ara**, que sería un pedazo de la piedra de mármol que se sacaba del altar católico consagrado, a la que se le atribuían propiedades medicinales y que en raspadura se empleaba para el mal de aire o parálisis. Esta piedra aparece igualmente mencionada en el Proceso a los Brujos como un ingrediente más de un remedio para una enfermedad que el autor no menciona (ibidem). Probablemente por su referencia en el Proceso, Cárdenas (1998) señala sobre la Piedra de Ara que sería un componente de la farmacopea mágica de Chiloé.

vii. EXPLICACIÓN BIOMÉDICA DEL SÍNDROME.

Angela Kanelos, Kinesióloga del Hospital de Castro, menciona que ella entiende por corriente de aire –de acuerdo a lo que ha visto en sus pacientes- que *“se les produce un espasmo o algo y quedan con esta lesión; una parálisis facial y también contracciones musculares, dorsalgias por ejemplo, lumbagos”* y agrega que en estos cuadros existen igualmente factores emocionales que afectan a las personas y contribuyen a que se manifieste la dolencia. Entre estos factores emocionales, destacan episodios muy fuertes de rabia contenida y la muerte de familiares cercanos, que han provocado un estado de shock en las personas que les han provocado algún tipo de parálisis.

Por su parte, el Dr. Miguel Chávez, Neurólogo del Hospital de Castro, coincide en que los pacientes asocian el aire a las parálisis faciales, no obstante su explicación médica se asocia a causas virales:

“El famoso aire también se interpreta como una situación que produjo la parálisis facial por ejemplo. De todas maneras la parálisis facial se asume como de etiología viral, aunque no se tiene todavía claramente identificado el virus, pero eso es lo más probable, la hipótesis más probable. (...) los cambios de temperatura bruscos son como las condiciones para que el virus actúe, cualquier tipo de virus, no solamente el de la parálisis facial, a veces uno puede agarrar un resfrío (...) cualquier virus en esas condiciones se exagera y la parálisis facial es uno de ellos, uno de los tantos más. Entonces tiene su relación bastante clara en esos casos, pero por ejemplo significa que no todos los que tienen ese cambio de temperatura, que están tomando mate y se exponen al frío van a hacer la enfermedad, sino que solamente aquellos que tienen una base viral, o sea una infección viral y esto sería (...) un factor condicionante”.

Dos de las kinesiólogas entrevistadas no han escuchado acerca de las corrientes sobrenaturales y sobre corrientes de la tierra. Angela Kanelos reconoce que si bien

habla sobre el tema de las corrientes con sus pacientes y respeta sus visiones, no ha profundizado mayormente el tema con ellos porque sabe que las personas son cautas en abordarlos, especialmente cuando además se relacionan con brujería, y prefieren no hablarlo abiertamente con los profesionales de salud.

Por su parte, Carolina Silva, Kinesióloga del Hospital de Queilen, sostiene que en su experiencia laboral en la zona central de Chile, las parálisis se asocian habitualmente a un componente emocional (estrés, mucho trabajo, preocupaciones) o a cambios bruscos de temperatura, sin embargo, sólo en Chiloé ha escuchado hablar y asociar las corrientes a factores sobrenaturales o malignos.

Para los profesionales del sistema de salud oficial entrevistados, lo que habitualmente los pacientes les refieren como una Corriente de Aire tiene varias explicaciones, las que dependerán del cuadro que presente cada persona. Entre estas explicaciones se encuentran los accidentes vasculares encefálicos (AVE), las cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias y las contracturas musculares. En el caso de las parálisis faciales provocadas por una corriente de aire, que es la forma más fácilmente reconocible de este síndrome cultural por los profesionales entrevistados, éstas se asocian a la Parálisis de Bell, que no tienen una causa conocida, pero podría asociarse a infecciones virales⁶⁷.

Otra explicación frecuente y que ha sido dada a las personas por profesionales y técnicos de atención primaria han sido las trombosis y pretrombosis como causa de las parálisis, sobretodo si hay algún factor de riesgo, como hipertensión arterial o antecedentes familiares.

El componente emocional asociado al síndrome, se explica desde el sistema biomédico en un estrés y/o en una baja de defensas que haría a la persona más propensa a desarrollar algunas de las patologías antes mencionadas. No obstante, el tratamiento para este factor emocional sigue siendo biomédico (medicamentos) y en general no centrado en lo emocional ni con un abordaje integral, que involucre a otros profesionales, como psicólogos o terapeutas complementarios.

⁶⁷ Nacional Institute of Neurological Disorders and Stroke. http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paralisis_de_bell.htm#investigacion

viii. CAMINO DE SANACIÓN

De acuerdo a la información recogida en la investigación, el camino de sanación que habitualmente realizan las personas que sufren de una corriente de aire, se inicia en el domicilio o donde un sanador comunitario. Por tratarse de un síndrome relativamente frecuente o conocido, por lo general existe a nivel local el conocimiento necesario para buscar o iniciar los mecanismos de solución. Algunas de las entrevistadas visitaron incluso a dos o tres sanadores tradicionales buscando solución a su dolencia, sin asistir a algún establecimiento de salud oficial.

De las seis mujeres entrevistadas que sufrieron una corriente de aire directamente, sólo una de ellas, luego de tomar algunas medidas a nivel casero, consultó en el sistema biomédico, donde a su juicio no obtuvo una explicación satisfactoria de parte del médico tratante y tampoco un tratamiento que resolviera la parálisis. Posteriormente recurrió a tres sanadoras tradicionales, una de la comuna de Dalcahue y dos de la comuna de Quinchao, atribuyendo su sanación al tratamiento realizado por la última a la cual visitó. En definitiva, las seis mujeres entrevistadas dijeron haber resuelto su problema en el sistema médico tradicional. De los nueve casos referidos indirectamente, sólo uno habría contado con asistencia de personal de salud, todos los demás fueron tratados –con buenos o malos resultados- a nivel casero o por especialistas tradicionales.

La razón que las entrevistadas dieron para no consultar en el sistema biomédico es fundamentalmente por considerar que hallarían una mejor respuesta en el sistema tradicional, no confiar en la solución del sistema oficial o bien por no contar con recursos para acceder al consultorio u hospital (para traslado fundamentalmente)

“... yo le dije a mi hijo: no me voy a ir a médico, me voy a ir a una machi, porque ahí (en el hospital) no me van a hacer caso..” (Sra. H.L., 67 años, Chonchi rural).

“... la señora E. la entregó, le dio tomas de hierbas y se mejoró (...) los médicos no dan con estas corrientes” (Sra. C.P. Quinchao insular)

“... el remedio lo hice sola, porque dije ‘para (qué) andar pagando médico’ (...) para ir al hospital tiene que pagar ida y vuelta, si no se sanó vuelta otra vez, entonces ahí me fui al campo a buscar todos los pastos y empecé a hervirlos y me hice mis remedios” (M.C., 60 años, Quinchao insular)

Lo anterior no significa que el sistema biomédico no sea útil en el tratamiento de este síndrome o de sus síntomas, sino que refleja la vigencia y relevancia que aún se le da al sistema médico tradicional -incluido tanto el saber a nivel casero como de sanadoras locales- en el abordaje de este síndrome, a diferencia de otros, como el sobrepeso, en el que se ha perdido en gran medida la vinculación con dicho sistema.

Angela Kanelos, Kinesióloga, menciona al respecto que cuando los pacientes que recibe en el Hospital son de sectores rurales, habitualmente llegan luego de haber estado tratándose en sus localidades por alrededor de una semana, lo que ha contribuido a disminuir los efectos del cuadro inicial:

“... y ellos me dicen ‘cuando recién me dio (la corriente) los primeros días no podía comer, se me caían los alimentos’, y llegan mucho mejor, empiezan a hacerse masajes, se hacen friegas, ‘me hice una friega, me hice sargazo’, dicen, en fin, se ponen cataplasma (...) generalmente la gente de las islas es la que maneja muy bien todo este tema (...), empiezan a hacerse masajes y uno empieza a ver... ¡y es más o menos lo mismo que uno después les va a hacer!, pero ellos ya lo están manejando, saben que tienen que movilizar la musculatura, que se hace el masaje, se aplican calor, cataplasma, en fin”.

La misma profesional señala que estos tratamientos realizados a nivel local también se usan y son útiles para contracturas musculares por corrientes de aire (dorsalgias, lumbalgias) y en general tienen buenos resultados en el ámbito casero o se complementan adecuadamente con los tratamientos que entrega el sistema biomédico. No obstante, la Kinesióloga aclara que cuando se reciben pacientes con patologías, ya sea neurológicas o por cambios de temperatura, que ellos pudieran asociar a corrientes de aire, se les orienta y enfatiza en la necesidad de tener ciertas precauciones y de mantener la secuencia de cuidados y ejercicios para disminuir o mejorar la afección, especialmente en pacientes de sectores rurales cuya asistencia al hospital se dificulta por razones geográficas y económicas, por lo que realizan parte del tratamiento en sus domicilios.

En el caso las corrientes de aire atribuidas a causas sobrenaturales, el camino de sanación por lo general contemplará la visita a algún especialista tradicional. Anteriormente hacíamos referencia al caso de la corriente de este tipo, sufrida por la madre de la señora G.M. en la isla Lemuy, en que la familia acudió a dos mujeres de la localidad, una de las cuales, según la entrevistada, “era médica” (sanadora

tradicional). Estas mujeres diagnosticaron la corriente e indicaron una fleta con ingredientes que la familia tuvo que ir a comprar a Puerto Montt. En este caso, destaca la importancia que como familia se le otorgó a la sanación de esta dolencia de carácter sobrenatural, lo que es extensivo en general a estos casos. La entrevistada mencionó el esfuerzo económico realizado por la familia que para que su hermano realizara el viaje a Puerto Montt, fuera de la Isla de Chiloé, para comprar los ingredientes. Para ello, tuvieron que utilizar el dinero que tenían por la venta de sus papas primerizas, *“que se pagaba bien en ese tiempo, harta plata”* y que su hermano, por la distancia y medios de transporte en esa época, demoró dos días en volver con ellos. Cuando una dolencia se atribuye a fines sobrenaturales, el perjuicio que se puede producir, tanto a la persona afectada como a su familia y sus bienes puede ser muy grande, por lo que las familias tratarán de resolver el problema poniendo en ello la mayor cantidad de esfuerzo y recursos posibles.

En el caso de O.V. (hombre, 69 años, Chonchi rural), el camino de sanación realizado fue distinto, ya que tuvo un mayor acercamiento al sistema de salud oficial y además consultó en un tercer sistema médico, tratándose con Acupuntura. La primera medida de tratamiento casero, apenas se dio cuenta de que tenía la cara afectada, fue realizarse masajes con agua con sal. No recurrió a sanadores tradicionales porque en la zona donde vive ya no existen. Al día siguiente acudió al Consultorio, donde fue visto por el médico y la kinesióloga. El primero le indicó medicamentos antiinflamatorios y analgésicos y la segunda inició un tratamiento kinesiológico, enseñándole los ejercicios que debía realizar. Ocho días después de sufrida la parálisis, unos amigos le ofrecieron realizarse un tratamiento de acupuntura, lo que fue bien recibido por él. A la fecha de la entrevista, un mes después de sufrida la parálisis, sólo había recibido una sesión de Acupuntura, en la que se le pusieron agujas en la cara y en algunos puntos ubicados en los brazos. A los tratamientos antes mencionados se sumó posteriormente el apoyo de Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional del Equipo de Rehabilitación con Base Comunitaria del Servicio de Salud Chiloé, que lo visitaba semanalmente en su domicilio para realizar ejercicios en la zona afectada. De acuerdo a su testimonio y aún cuando ha sido constante en sus tratamientos y se controla durante las rondas médicas, de todas las terapias que ha recibido, con la que notó mayores avances y disminución de molestias fue con la acupuntura, ya que a los pocos minutos de haberle retirado las agujas notó alivio y mayor movilidad en la zona de la parálisis, especialmente a nivel del ojo, párpado y ceja, manteniéndose esos avances hasta el momento de la entrevista.

Según las entrevistas realizadas, no sólo para este síndrome, sino que también para los otros que se presentan en esta investigación, es posible suponer que en aquellas comunidades con mayor identidad cultural la generalidad de las personas que atribuyen su dolencia a un síndrome de corriente de aire lo abordaría en primer término a nivel del hogar, luego recurriendo a algún sanador tradicional y posterior o paralelamente en el sistema de salud oficial. Sin embargo, la vigencia de este sistema médico es también relativa, ya que en personas, familias y/o comunidades con mayor dependencia del sistema biomédico o donde los sanadores tradicionales han desaparecido, la consulta en los establecimientos de salud de atención primaria (postas y consultorios) sería más recurrente.

No obstante, es destacable para este síndrome que el camino de sanación que las personas realizan contempla habitualmente la complementariedad de sistemas médicos. Esto se ve facilitado igualmente por el conocimiento más o menos generalizado a nivel popular sobre los tratamientos posibles de realizar para una corriente de aire, por lo demás muy similares a los que utiliza el sistema biomédico, y porque aún cuando es una dolencia específica, existen varios sanadores capaces de tratarla, lo que no ocurre en otros síndromes, como el susto o el mal.

ix. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

Probablemente en la concepción de salud/enfermedad que actualmente se tiene en Chiloé, se han ido combinando una serie de explicaciones a la Corriente de Aire que pueden provenir tanto de las concepciones generadas por la propia matriz cultural chilota, como por los conceptos que pudieran haberse tomado a través del contacto directo o indirecto con otras culturas originarias.

La Corriente de Aire es una dolencia extendida en todo el Archipiélago de Chiloé y se entiende como un síndrome natural, que las personas relacionan con el desequilibrio de temperatura y también con factores emocionales, principalmente vinculados al miedo y la rabia. Sin embargo, también se atribuye la Corriente de Aire a causas sobrenaturales, es decir, provocada por terceras personas (brujos, seres mitológicos etc.), aún cuando esta causa es la menos frecuente. Se trata de y que es más frecuente en adultos que en niños.

Podemos decir entonces que en la etiología profunda de este síndrome hay aspectos de transgresión ambiental, social, cultural, espiritual y que se manifiesta en síntomas y signos psicobiológicos claros.

La diversidad de causalidades profundas es una muestra de cómo la matriz sociocultural en Chiloé está vigente, a pesar de que otras manifestaciones se han perdido. Lo mestizo de sus caminos de sanación, lo híbrido, lo sincrético, hacen de este síndrome una enfermedad o nosología que es un buen ejemplo de dinámica cultural.

En su etiología o causas, el concepto de equilibrio que se rompe es lo esencial. Por un lado, las emociones que rodean a este síndrome son un aspecto que ni el enfermo ni el sanador –tradicional u occidental- debieran obviar. La rabia y el miedo que se desbordan y enferman son emociones que deben ser identificadas y abordadas si lo que se busca es una sanación integral y no centrarse sólo en el síntoma físico.

A nivel corporal lo que ocurre es una pérdida del equilibrio estético, de la zona del cuerpo que es la más social, la cara, que se debe transformar en máscara para poder circular el camino de sanación. Una situación que determina ocultarse, ya sea atrás de una bufanda, un pañuelo o en el hogar.

¿Qué hace el enfermo?...deambula por sistemas de salud, pero prefiere el propio, aquel que es holístico en su forma de acogida, aquel que usa la naturaleza, el calor, los masajes, la cocina semioscura, a la cual vuelve y vuelve y cada vez mejor, pues es un camino a la sanación.

¿Qué será para ese ser humano desfigurado de forma abrupta -y sin saber porqué en el primer momento- el tener que transitar caminos y calles ante la mirada y las preguntas de muchos, para llegar a un centro de salud y luego conseguir hora para kinesiólogos y neurólogos. Y volver y volver por el mismo camino?.

La Corriente de Aire genera la máscara tras la cual la persona vive un proceso doloroso e íntimo. A medida que este proceso es de reparación, de reencuentro, de asumir la transgresión, la máscara comienza su retirada.

Hay veces en que la máscara no se cae por completo... deja la huella en el ser para siempre. ¿Por qué? Obviamente una persona en transgresión es una persona frágil, emocionalmente lábil e inmunológicamente débil. La aparición de los virus como explicación biomédica es aceptable, aunque nadie aún los haya visto. Pero es la explicación de una cultura donde lo espiritual y emocional está en segundo plano. A pesar de aquello, las formas de tratamiento son complementarias y a veces similares.

¿Y las otras manifestaciones, los otros caminos de la Corriente de Aire?. El cuerpo humano abierto, descuidado. Orificios múltiples por donde esa energía penetra, viola y va conquistando órganos y cuerpo. Corriente de Aire que tiene color azul, otras veces rojo. Energías vivas, que se expresan y que se apoderan hasta del corazón, generando la muerte. Seres mitológicos, sincréticos. Dueños de espacios no domesticados a quienes hay que respetar para mantener la cultura. Alientos, corrientes de aire que penetran seres transgresores.

Entonces es necesario el ritual para volver al equilibrio. Las sanadoras o 'machi', aunque no entren en trance en Chiloé, dan palabras, masajes, hierbas y pulsean. Leen las energías del cuerpo. Igual hay un trance. Un trance mestizo, un trance más suavizado por la evangelización y la persecución. Pero al pulsear y al concentrarse en la recolección de una hierba y en la preparación de ellas uno pone en ello niveles superiores de conciencia. Conciencia alterada por el espíritu de sanador.

El curanteado, fuente energética de la naturaleza que hace retroceder el aire malo o que lo convierte en aire bueno. Los laxantes, que sacan el aire malo del cuerpo, ayudan a purgar. Limpian. La orina sanadora en medio de las plantas. Las piedras, los minerales, los vegetales, las maderas, el fuego, el canto, la oración, el cariño, el consejo, los vapores, el agua, el sol, la luna. Así se va constituyendo una forma integral y armonizante en la recuperación del equilibrio socioespiritual-psicobiológico.

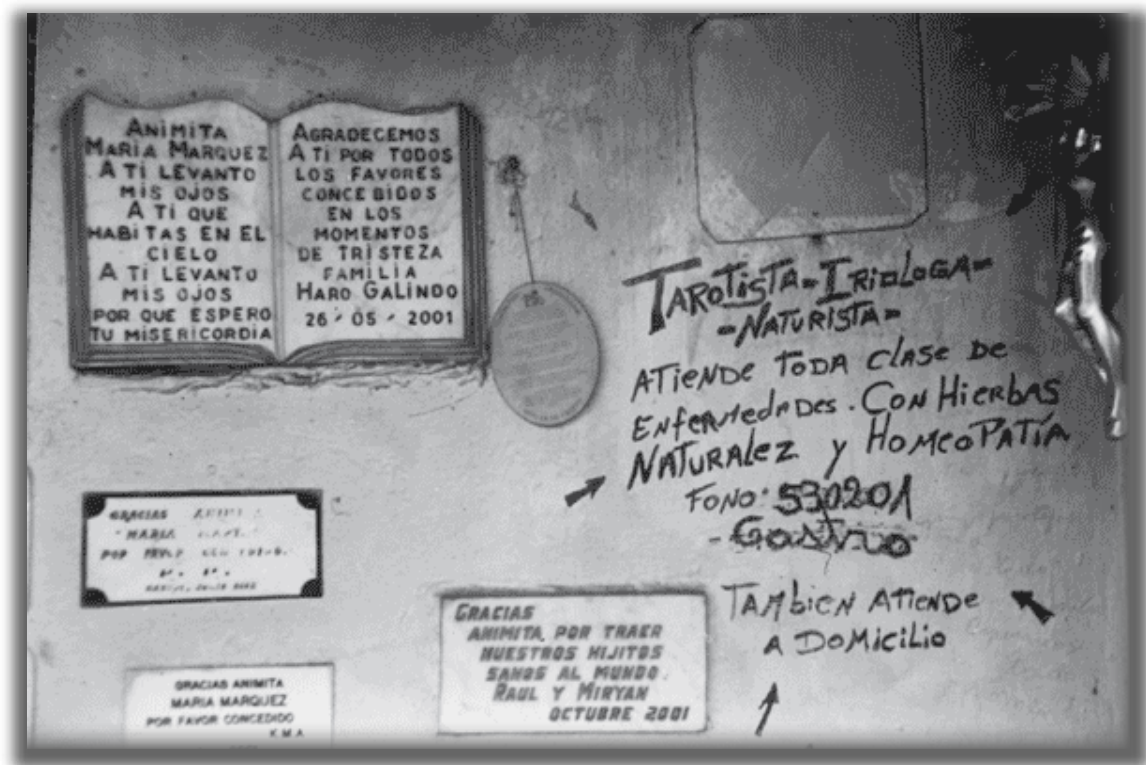
En la medicina china es posible encontrar una relación entre las corrientes de aire (denominadas 'viento' y concebidas como uno de los demonios externos) y algunas zonas del cuerpo (especialmente la espalda) por donde entra este aire, provocando desviaciones de boca, tics, movimientos involuntarios, etc. Cuando la persona está débil y su energía (qi) no es suficiente para controlar el 'viento', o cuando realiza acciones inadecuadas, como salir del calor hacia el frío, el viento que ataca desde el exterior penetra por los orificios y poros del cuerpo, transformándose en un factor patógeno, que mientras más profundo entre, más enfermedad va a causar.

Ante un síndrome de este tipo, una serie de técnicas de la Medicina China (acupuntura, masaje, ventosas, qi gong, dieta, etc.) podrán contribuir a restablecer el equilibrio corporal, como también armonizando las emociones. Se plantea, por ejemplo, que al mantener el control del aire a través de los diferentes canales del cuerpo se logra controlar el estrés, aumentando la energía vital, lo que se traduce en una mayor resistencia a las enfermedades.

Como se ve, el concepto del cuerpo es similar a como se concibe en Chiloé, al pensarlo con orificios múltiples por donde circula la energía, la cual también puede penetrar traanormalmente desde el exterior, transformándose en patógeno y desequilibrando a la persona.

En nuestro modelo de salud, técnicas como las de la Medicina China lamentablemente son muy poco frecuentes, ya que se enfatiza en el cuerpo y no en su integralidad. Sin embargo, sí hemos podido encontrar otras formas de tratamiento efectivo desde la medicina tradicional y que en el caso de la corriente de aire nos permiten sostener que éste es uno de los síndromes más factibles para complementar al sistema médico tradicional y al biomédico en el tratamiento conjunto.

Sería interesante también poder complementar sistemas para trabajar desde la prevención, armonizando al ser humano con el fin de que su sistema no esté vulnerable a este tipo de síndrome, ya que como hemos podido observar, este síndrome es un buen ejemplo del modelo socioespiritual-psicobiológico en la producción y en la recuperación del equilibrio.



ANIMITA NERKON. Nercón, Castro. 2007

SOBREPARTO

“Los dolores vienen cuando está pasada de frío la matriz⁶⁸... se pasa de frío el estómago cuando (la madre) no está abrigada, cuando está resfriada. Eso viene del resfrío, se resfría la matriz y... vienen esos dolores. Tiene que abrigarse bien antes que tuvo su guagua, o después que tuvo su guagua; colocar un baño, que tome calor su estómago para que no le den esos dolores... porque si acaso tuvo a su guagua y se levantó así desabrigada, al otro día se levanta y... tiene esos dolores como de parto, porque es una matriz que quiere nacer, por esos vienen esos dolores de parto, pero eso es de frío sí” (Rayen Küyen, 2005: 53).

i. INTRODUCCIÓN

El sobreparto es un síndrome que afecta a las mujeres, principalmente parturientas, pero también a aquellas que estando en su periodo menstrual o durante la gestación no han tomado las prevenciones necesarias para evitarlo, las que se relacionan fundamentalmente con evitar el frío y el sobreesfuerzo físico. Como consecuencia de la transgresión a estas prevenciones se presentan una serie de síntomas que en algunos casos pueden extenderse incluso hasta cuando las mujeres ya son adultas mayores.

La atención tradicional del parto, que realizaban las parteras o asistían las madres o mujeres con experiencia al interior de las comunidades tiene patrones comunes a lo largo de Latinoamérica. Existen prácticas y procedimientos que se repiten, siendo uno de ellos el mantener un equilibrio de temperaturas antes, durante y después del parto, pero muy especialmente en estos dos últimos momentos. Al respecto, una partera ecuatoriana explica que *“Si la parturienta tiene frío, hay que abrirla, darle agüitas; y si tiene calor, hay que darle fresco. Hay que compensar. El parto se realiza cerca del fogón, pues con el calor logramos que el cuello del útero se abra con más facilidad. Por eso no nos gustan los hospitales, porque son fríos y te desnudan”* (En.: De Varese, María. 2007).

⁶⁸ Matriz es un concepto frecuentemente usado en Chiloé para referirse al útero. El diccionario de la RAE reconoce igualmente esta acepción como sinónimo de útero.

Como se menciona para el caso de Ecuador y como ocurría en Chiloé, en la concepción de sobreparto, es fundamental la teoría de lo caliente y lo frío que está presente en varios grupos indígenas y sectores populares no indígenas de Latinoamérica, y que se refiere tanto a las enfermedades, alimentos como también a las medicinas. Esta teoría es una de las que subyace en la existencia del sobreparto y que determina gran parte de las precauciones que deben tenerse luego del parto.

Ortiz de Montellano (1997), plantea que la teoría de frío/calor existía en varios pueblos de América a la llegada de los españoles, quienes a su vez igualmente traían los conceptos hipocráticos de equilibrios frío/calor, seco/húmedo. No obstante -a pesar de que los indígenas americanos manejaban estos conceptos- en relación a las prácticas post parto los registros de cronistas hablan de que antes de la llegada de los conquistadores, las mujeres de los pueblos originarios se bañaban inmediatamente una vez que nacían sus hijos. Sánchez (1993) en su *Historia de la Ginecobstetricia en Colombia* recoge una cita del Inca Garcilaso, que menciona que la mujer en la cultura inca “...pariendo, se iba a un arroyo o en casa se lavaba con agua fría y lavaba a su hijo y se volvía hacer las haciendas de su casa como si nunca hubiera parido”. En relación a la cultura mapuche, Sánchez menciona igualmente, a partir de las crónicas de la época, que las mujeres “después del parto, junto con su hijo, se daban un baño y se trasladaban a su morada donde permanecían ocho días⁶⁹”. Este relato se complementa con el de Diego de Rosales, en *Historia General del Reyno de Chile*, escrito en 1674, quien registraba al respecto “después del parto las mujeres se van a sus casas, pero hallándolas solas y por ocho días se está sin que nadie le vea, para que no se pegue el mal del parto y cuando tiene a otra india que la acude. A los ocho días se vuelve a bañar en el río” (Citado en Mora, 1992:76).

Por lo tanto, estos relatos darían cuenta de que a su llegada los españoles habrían instaurado progresivamente la práctica de que las mujeres no se bañaran luego del parto⁷⁰, para evitar cambios de temperatura que pudieran afectar su salud, lo que ha subsistido hasta hoy con mayor o menor aceptación por parte de las mujeres.

Podría suponerse entonces que el sobreparto es un síndrome introducido por los conquistadores de acuerdo a sus concepciones y prácticas médicas y que fueron adoptadas por la matriz cultural americana, configurándose una serie de convenciones

⁶⁹ Llama la atención que algunas de las parteras y mujeres entrevistadas en esta y en investigaciones anteriores realizadas en Chiloé, hacen igualmente referencia a un descanso de ocho días después del parto.

⁷⁰ La práctica del baño en agua fría habría sido, no obstante, bastante más favorable en términos fisiológicos que la costumbre española, ya que además de contribuir a la higiene post parto, provoca vasoconstricción y disminuye el sangrado, además de provocar mayor tonicidad muscular, que puede influir en un mayor tono uterino (observación realizada por el Dr. Carlos Sovier, Gineco Obstetra. Hospital de Ancud).

asociadas a los cuidados del puerperio que en razón de estas concepciones foráneas evitarían el síndrome, las que continuaron extendiéndose en el tiempo.

En relación a la atención del parto en la Provincia de Chiloé, hasta la década del sesenta, gran parte de los partos se producía en domicilio. Urbina (2002:135) menciona que para el año 1936, sólo el 18,3% de los partos en Chiloé ocurrió en hospitales. La gran mayoría de los partos ocurrían en las casas y eran atendidos por parteras, por familiares de las gestantes y en algunos casos, especialmente en los sectores más urbanos, por Matronas profesionales⁷¹. Las dificultades de acceso a las ciudades que contaban con hospitales, así como una concepción más natural que biomédica del parto, determinaban que muchas mujeres dieran a luz en sus casas y en ese contexto el parto y puerperio estaban asociados a un estado caliente.

En la década del '70, con la instalación de postas y establecimientos de salud, además de las normativas emanadas por el Servicio Nacional de Salud (SNS) –creado en 1952 precisamente debido a los altos indicadores de mortalidad infantil⁷² y materna,

⁷¹ “La primera matrona autorizada por el protomedicato español para ejercer en Chile vino desde Perú en 1568, solamente a partir de 1760 un informe al parlamento da cuenta de la necesidad de proteger la salud materna e infantil a través de la apertura de una casa para parturientas. Más tarde, en 1790 José Antonio Ríos, profesor de Medicina de la Universidad de San Felipe, propone la formación universitaria para matronas”. (López, P. S/f:12, 13). “El año 1833, las condiciones sanitarias en Chile eran francamente deplorables y la ciudadanía estaba siendo azotada por grandes epidemias de cólera, sarampión y escarlatina, especial preocupación recibía la fiebre puerperal, causa de muerte para un gran número de mujeres. El gobierno de la época decidió fundar todo un sistema de escuelas estatales para formar médicos, químicos farmacéuticos y matronas, con el objeto de poder enfrentar los grandes problemas de salud que afectaban a la población. Así se firmaron los decretos que crearon el 19 de mayo de 1833 la Escuela de Medicina, el 28 de febrero de 1834, la Escuela de Farmacia y el 16 de Julio de 1834 la Escuela de Obstetricia para matronas. El Decreto Supremo del 16 de julio de 1834, estableció los requisitos para la admisión gratuita, al primer curso de Obstetricia, que en sus comienzos fue eminentemente práctico (...) y tenía una duración de dos años. La fundación de la Escuela de Obstetricia y Puericultura se encuentra íntimamente ligada al Dr. Lorenzo Sazie, médico francés quién fuera contratado por el Gobierno de Chile, para hacerse cargo del Curso de Clínica Obstétrica de la Escuela de Medicina y de la Dirección de la Escuela de Matronas”. (Binfa, L. 2007). “Hoy, se ejerce la profesión de Matrona y Matrón luego de realizar 9 a 10 semestres académicos en la Facultad de Medicina. El cumplimiento exitoso del plan de estudios está sancionado con el grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura, en este marco formativo se insertan las 9 Escuelas y/o Carreras de Obstetricia a lo largo de Chile” (López, P. S/f: 13).

⁷² Entre los años 1875 y 1900, Chile tuvo tasas de mortalidad infantil en menores de un año superiores a 300 por mil nacidos vivos, con excepción del año 1899, en que la tasa descendió a 285. A partir de inicios del siglo XX y hasta 1927, las tasas fluctuaron año a año siempre alrededor de 300. Recién entre 1927 y 1931 la tasa descendió notoriamente. En 1927 fallecieron 39.047 niños, representando una tasa de 226/ 1.000 n/v; en 1931 se alcanzó la cifra más baja de niños fallecidos, 34.663, correspondiente a una tasa de 232/1.000 n/v. A partir de ese año y hasta 1938 las cifras comienzan nuevamente a elevarse, oscilando las tasas entre 235 y 262 1.000 n/v. Estas cifras ponían a Chile como el país con la más alta mortalidad infantil del mundo hacia fines de la década del '30 (Allende, 1939:79). En Chiloé, Urbina (2002:135) menciona que en el año 1936, el 53,4 de los niños chilotos fallecieron antes de los 10 años (A partir de datos obtenidos del Anuario Estadístico de Chile, Demografía y Asistencia Social, Imprenta Universo, 1937).

así como las tasas generales de morbilidad y mortalidad a nivel nacional- empieza a realizarse un mayor control de los embarazos y a derivarse a las mujeres a las maternidades de los hospitales, con el objetivo de disminuir los altos indicadores de mortalidad materna e infantil del país. De esta forma, comienza progresivamente a desaparecer la atención domiciliaria del parto y varias de las concepciones y prácticas asociadas a él –entre ellas el mantener los equilibrios de temperatura con énfasis en el calor, la posición de parto de rodillas y el propio sobreparto- comenzando al mismo tiempo un proceso de biomedicalización del parto, que se vio reforzado desde el Estado por una mayor formación de profesionales que participaran en la atención materno infantil⁷³. (Más información al respecto en Nacer en Chiloé, Unidad de Salud Colectiva, 2008).

Antes de comenzar nuestra investigación teníamos la hipótesis de que el sobreparto –a diferencia de los otros síndromes abordados en este trabajo- es una dolencia que está en retirada, al menos de la forma en la que se presentaba hace 30 ó 40 años atrás. Quisimos por lo tanto comprobar esta idea y además describir el sobreparto, en el supuesto de que se trate de un síndrome que estaría en vías de desaparecer o bien en transformación. Nos parece importante rescatar estos saberes, ya que aún se mantienen prácticas y estrategias de prevención, así como explicaciones desde la cultura que es necesario conocer y que pueden ser aplicables a otros síndromes o dolencias de tipo cultural.

Para efectos de la información contenida en este capítulo, nos resultó difícil encontrar casos de mujeres que hubieran sufrido de sobreparto y más aún, que lo hubieran tendido actualmente. Por esta razón, entrevistamos sólo a cuatro mujeres de entre 53 y 72 años, que tuvieron sobreparto cuando jóvenes, todas ellas de sectores rurales de las comunas de Dalcahue, Quinchao y Chonchi. Asimismo, se entrevistó a dos mujeres mayores que se refirieron al sobreparto sin haberlo sufrido y a tres parteras, de las comunas de Quinchao y Queilen. En cuanto al personal de salud, se refirieron a este síndrome cuatro Matronas y un Matrón. Dos de las matronas entrevistadas ejercen actualmente en un Servicio de Maternidad hospitalario, una

⁷³ Debido a las altas tasas de mortalidad infantil y materna existentes en el país, una de las estrategias que se implementó desde el Estado y el SNS fue el mejorar las condiciones de salud tanto de las madres como de los hijos. En ello, un aspecto relevante fue el impulso a la atención profesional del parto y la atención de salud del binomio madre-hijo. Para ello, señala Szot (2002:131) *“las autoridades de salud de la época, reconocieron la importancia de la capacitación del personal para el perfeccionamiento de las prestaciones de salud otorgadas. Con este fin se adoptaron numerosas medidas tendientes a ampliar la formación de los distintos profesionales del equipo de salud: entre 1965 y 1970 se crearon 7 Escuelas de Enfermería, 5 Escuelas de Matronas, además de 4 Escuelas de Nutricionistas. Como resultado de ello, la atención profesional del parto alcanzó al 99,7% de cobertura en 1999”*.

Matrona y el Matrón forman parte actualmente de equipos de Atención Primaria rural y una Matrona que se desempeñó igualmente por diez años en el nivel primario de atención. Se entrevistó también a dos Gineco Obstetras; una Técnico Paramédico de Maternidad, una Técnico Paramédico de Posta de Salud Rural y una Enfermera de Atención Primaria.

ii. DISTRIBUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Por la bibliografía revisada (Castellón, 1997; Citarella, 1995; Rayen Küyen, 2005; Cheuquepan et al., S/f; Acosta et al. S/f), este síndrome se encontraría presente en Chile, Bolivia, Perú, México y Colombia, recibiendo distintos nombres según su zona de origen. En Perú se denominaría *llacamadura*⁷⁴; en México *enfriamiento de matriz*⁷⁵ y en Colombia *pasmo o enfriamiento*.

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico no reconoce este síndrome ni otro similar en la sección de Síndromes Culturales Latinoamericanos, aún cuando parte de la sintomatología podría asociarse a problemas de salud mental.

En relación a la distribución geográfica, existirían casos de sobreparto en todo el Archipiélago de Chiloé, de acuerdo a la información entregada por sanadoras y por equipos de salud. Asimismo, de acuerdo a las fuentes entrevistadas, las mujeres que habrían tenido este síndrome, así como las que actualmente están embarazadas y al llegar al hospital toman medidas para prevenirlo, provienen en su mayoría de sectores rurales. Esta situación no habría sido así hace algunas décadas atrás, donde según la experiencia de las matronas, era similar el número de mujeres de sectores urbanos y rurales que decían tener sobreparto o tomaban precauciones para evitarlo.

En cuanto a la distribución etárea, se trata de un síndrome que se origina en mujeres en edad fértil, ya que se produce durante la menstruación, la gestación y el puerperio, aún cuando sus secuelas extenderse en el tiempo y/o presentarse cuando las mujeres ya son adultas mayores. Así también, el sobreparto se da independientemente del número de hijos o del número de parto que se tenga.

⁷⁴ Elia Nora Arganis Juárez, Doctora en Antropología e Historia y docente en la Escuela Nacional de Antropología e Historia de México. Comunicación personal.

⁷⁵ Alfredo Paulo Maya, Maestro en Antropología y docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Comunicación personal.

No encontramos mujeres actualmente en edad fértil que manifestaran haber padecido efectivamente esta dolencia, por lo que podemos sostener que es un síndrome que actualmente estaría en retirada entre las generaciones más jóvenes, aún cuando cuatro profesionales vinculados a la Maternidad del Hospital de Castro nos señalaron haber conocido casos recientes de mujeres jóvenes, en especial adolescentes y primigestas, que por sugerencias de sus madres y abuelas tenían cuidados orientados a prevenir un posible sobreparto o bien algunas que durante los talleres informativos plantearon preguntas sobre las consecuencias del baño después del parto o temores en relación a las posibles consecuencias que éste pudiera tener, fundamentalmente a partir de casos que escucharon de otras mujeres. Al respecto, una de las integrantes de nuestro equipo investigador, al estar internada en el Servicio de Maternidad del Hospital de Castro, pudo percibir que algunas de las mujeres que habían dado a luz tomaban precauciones para evitar el sobreparto, aún cuando no tenían claro en qué consistía el síndrome ni su nombre.

La incidencia del sobreparto es difícil de dimensionar. En el caso de las sanadoras entrevistadas, una de ellas (T.C., 104 años, Queilen rural) dice haber atendido alrededor de 25 partos en distintos sectores rurales de la comuna de Queilen, y ninguno de ellos se complicó hasta llegar a un sobreparto, sin embargo, dice haber sabido de casos que ocurrían en la época en que ejerció como partera. Para nosotros, como equipo investigador, resultó difícil pesquisar casos de sobreparto, sólo logramos ubicar a cuatro mujeres que lo tuvieron, ninguna de ellas actualmente en edad fértil.

Por otro lado, nos llamó la atención el haber encontrado a varias mujeres que en la Isla Caguach, comuna de Quinchao, tenían bastante conocimiento acerca del sobreparto, formas de prevención y distintos tratamientos, todos ellos en base a hierbas y partes de árboles. Este conocimiento no es tan amplio en otros sectores del Archipiélago de Chiloé ni en otras islas de la comuna de Quinchao y tal vez influya en ello el haber contado con una partera muy activa, la señora Sara Tureuna, que fue transmitiendo estos conocimientos y a la que las mujeres de la isla siempre hacen referencia.

En las entrevistas realizadas a técnicos y profesionales de salud, ellos manifiestan que el número de casos de mujeres que dicen tener un sobreparto o que tienen conductas orientadas a prevenirlo, ha disminuido considerablemente en los últimos veinte años, siendo actualmente un número muy poco significativo. Esto se puede verificar igualmente porque son los agentes de salud entrevistados mayores de 50 años los que relatan experiencias vinculadas a casos de sobreparto.

Los profesionales entrevistados que trabajan en el nivel primario de atención: un Matrón, dos Médicos, una Enfermera y una Técnico Paramédico (TPM), todos menores de 37 años y con un mínimo de un año y medio y un máximo de 17 años de ejercicio de la profesión (la TPM), nunca han atendido un caso de sobreparto ni han escuchado sobre el síndrome, a excepción de Jorge Espinoza, Matrón, que sostiene que *“en el tiempo que llevo me lo han contado como algo del pasado”* y manifiesta además que algunas pacientes se lo han mencionado como una enfermedad que ocurría antes, a sus madres o abuelas⁷⁶. Por su parte, Manuel García, Gineco Obstetra (38 años, 6 años ejerciendo la especialidad), dice haber escuchado muy pocos casos en el Hospital de Castro y se trataba de mujeres jóvenes que traían indicaciones de medidas preventivas del sobreparto dadas por sus madres o abuelas. Vanessa Bustamante, Matrona (33 años), refiere haber visto hace tres o cuatro años atrás en el Hospital de Quellón un caso en que una mujer volvió al hospital luego de una cesárea con una hemorragia que atribuía a un sobreparto.

Dos de las matronas entrevistadas, que tienen 29 y 35 años de ejercicio de la profesión, así como la Técnico Paramédico de Maternidad, coinciden en que el sobreparto habría ido disminuyendo con el tiempo, dando como causas probables la mayor educación formal de la población y el mejoramiento de la accesibilidad, condiciones y hábitos higiénicos de las mujeres. Asimismo, según su percepción, el trabajo realizado por el sector salud en los establecimientos educacionales habría influido igualmente en el cambio de prácticas tales como el no lavarse durante el periodo menstrual (aducido también como causa de sobreparto):

“... en los colegios, ese mito de que con la menstruación las niñas no se bañen, ese mito ya se ha ido aboliendo. Que con la menstruación las niñas no hacían gimnasia, y eso hace tiempo que quedó obsoleto, porque las niñas reciben educación, porque ellas saben que pueden bañarse, saben que pueden hacer actividad física... porque eso era otro mito, que si se lavaban la cabeza se iban a volver locas, cuando estaban menstruando, por lo tanto ese mito se traspasaba después a los mitos del parto, y en el momento del parto, bueno, la mujer era impura⁷⁷...se creía antes, porque sangraba, entonces ellas no podían hacer nada” (Patricia García, Matrona, Castro).

⁷⁶ Los profesionales jóvenes en general no tienen mayor claridad acerca de las características del sobreparto, aún cuando algunas matronas y matrones dicen haber visto este tema en la universidad, en el contexto de clases de antropología o de género, pero al parecer habría sido en forma tangencial.

⁷⁷ La impureza o contaminación asociada a la menstruación, el parto y otras etapas del ciclo de vida de la mujer es un concepto ampliamente estudiado en Antropología. Se presenta en diferentes culturas de todo el mundo y en el caso puntual del parto implica que las mujeres son apartadas de su vivienda y se les prohíbe tocar utensilios y otros objetos de uso común durante este periodo, de manera de evitar contaminar a otra/

Indudablemente la educación y entrega de información son elementos que influyeron en aclarar conceptos por parte de las mujeres, que en su mayoría manejaban información que se había transmitido de generación en generación hasta verse enfrentadas a un nuevo paradigma que –con mayor o menor pertinencia en la transmisión de información- las condujo a reorientar concepciones y prácticas asociadas a la prevención y manejo de este síndrome. Otro factor más reciente que de igual forma habría contribuido a disminuir las aprehensiones de las mujeres ante el bañarse o enfrentarse a cambios de temperatura para evitar el sobreparto, es que actualmente el Hospital de Castro (e igualmente el de Ancud y en menor medida en Quellón y Achao) haya establecido como norma la ducha antes y posterior al parto, como una medida asociada a la aplicación de la anestesia epidural (prestación garantizada por el GES⁷⁸). Si bien hace quince o veinte años atrás algunas mujeres se negaban terminantemente a ducharse, en la actualidad –relata una de las matronas- *“la gente en la ciudad tiene otra actitud, vienen con otra mentalidad, porque ya vienen del consultorio preparadas... y la gente que viene de lugares rurales igual tú las duchas y no ponen ningún problema”* (Adelaida Ancapán, Matrona).

iii. ETIOLOGÍA/CAUSAS

El sobreparto se produce fundamentalmente por una trasgresión que realiza la parturienta a los cuidados que la cultura indica que se deben tener en los momentos o días posteriores al parto. También se produce en mujeres durante su periodo menstrual y en embarazadas. Esta trasgresión se asocia principalmente a cambios de temperatura desde el calor al frío (“enfriamiento”), ya sea al transitar de espacios calidos a fríos; lavarse la cabeza y los pies durante la menstruación y el puerperio; bañarse después del parto, en los días posteriores a éste o dentro de la cuarentena⁷⁹; comer alimentos muy fríos o muy cálidos; hacer sobreesfuerzos físicos (cargar mucho peso, hacer ejercicio excesivo) o tener relaciones sexuales en los días

os. Ziley Mora (2006:74-75) menciona que en el caso de la cultura mapuche, para prevenir esto, se construía un pequeño rancho (*pütraküna*, o ‘casita del vientre’) alejado de la vivienda, donde la mujer se instalaba días antes del parto con sus pertenencias y donde daría a luz a su guagua, acompañada de alguna parienta o amiga que ya había tenido hijos. La mujer que estuviera próxima a una gestante pronta a parir o luego del parto, se arriesgaba a sufrir luego un ‘mal parto’, como consecuencia de la *contaminación* sufrida.

⁷⁸ El Sistema GES, Garantías Explicitas en Salud -antes Plan Auge- tiene por objeto garantizar la cobertura por parte de los sistemas público y privado de salud (FONASA e ISAPRE respectivamente) de un número determinado de enfermedades y/o prestaciones de salud. Este número se irá ampliando para llegar a 80 en el año 2010.

⁷⁹ La cuarentena es el periodo de cuarenta días que sigue al parto y en el que se sostenía que se debían extremar las precauciones y cuidados para evitar complicaciones. Este periodo coincide efectivamente con el tiempo promedio que toma el cuerpo de la mujer en recuperar su estado anterior al embarazo.

posteriores al parto (dentro de la cuarentena). Estas transgresiones provocarían efectos en el útero o *matriz* de la mujer, lo que explica la causa de la enfermedad.

Cheukepan et al. (S/f), en una investigación realizada con agentes de salud tradicional y funcionarios de Maternidad del Hospital de Osorno, señalan como causas del sobreparto –o *wesakoñin* en la cultura mapuche williche– el que después del parto la mujer descuide indicaciones básicas dadas por su cultura, tales como permanecer una semana en cama y tres a cuatro semanas en reposo en la casa después del parto; asearse con “agua deshumedecida” (agua tibia) a los tres días del parto; no bañarse con agua fría ni muy caliente y hacerlo idealmente entre quince días a un mes luego del parto. Recién después de un mes luego del parto la mujer ya estaría sana y podría reiniciar su actividad sexual. Una de las mujeres entrevistadas sostiene igualmente que el sobreparto se produce principalmente por lavarse la cabeza y por enfriamientos. Asimismo, se señala que el sobreparto puede producirse por comer coles y alimentos fríos.

En Citarella (1995:138,139,339), se coincide en que para la cultura mapuche, el sobreparto puede ser provocado porque la mujer se ha expuesto al frío, en cuyo caso la enfermedad se denomina *püra mollfüñ*, que literalmente significa ‘subida de sangre’ (producto del frío la sangre se congela y sube al estómago, formando una pelota, como si fuera un bebé); otra causa del sobreparto es el esfuerzo físico excesivo, en este caso, la enfermedad se denomina *koñiwe kutran*, donde *koñiwe* es el ‘lugar donde está el hijo’ (útero) y que se transforma en enfermedad o *kutran* cuando ‘se les cae o desvía la matriz’. Ambas variantes de sobreparto afectan tanto a las mujeres que han dado a luz (post parto), como a aquellas que se encuentran en su periodo menstrual y a las embarazadas. Asimismo, sostiene que el sobreparto les puede dar a “las mujeres que sueñan constantemente con el *witran alwe*⁸⁰ y no cuentan sus sueños”. Es interesante mencionar que el sobreparto es clasificado por el autor como *enfermedad intermedia*, es decir, que combina causas sobrenaturales (como la referida al *witranalwe*) con causas naturales (exposición al frío o sobreesfuerzo físico).⁸¹

⁸⁰ El *Witranalwe* según la tradición mapuche es el espíritu de un ser humano fallecido; el hermano o un hijo de un hombre. Éste ha logrado por medio de ciertas magias, la presencia constante en forma brumosa del espíritu (su hijo o su hermano) para su protección personal, a fin de conseguir, riquezas en dinero o animales y buenas cosechas. (en: Nuestro.cl <http://www.nuestro.cl/complices/likan/witranalwe.htm>).

⁸¹ Otro aspecto –no directamente asociado al sobreparto– que las mujeres embarazadas en la cultura mapuche deben cuidar, es el no acercarse a personas o animales agonizantes o que fallezcan en su presencia, ya que este ‘último aliento’ puede traspasarse al feto, que al nacer presentará síntomas similares a los de la agonía (ojos blancos, dificultad respiratoria, convulsiones, emisión de estertores, sonidos parecidos a los de los animales a los cuales la madre o un pariente cercano sacrificó, etc.). Esta enfermedad o síndrome cultural

Castellón (1997:213-214) ha recogido igualmente testimonios de mujeres de comunidades andino quechuas de Bolivia, que además de la alimentación inadecuada (en este caso muy caliente) y el cargar peso excesivo, asocian el sobreparto al no ponerse a tiempo la faja o venda (*chumpi*) que sostiene el vientre de las mujeres luego del parto.

Por su parte, Mario Polia (1996) se refiere a un síndrome cultural identificado entre las mujeres parturientas indígenas de Perú que si bien se denomina Llacamadura, tiene una etiología y sintomatología muy similar al sobreparto. Sostiene que después del parto la mujer debe abstenerse de consumir alimentos fríos y también aquellos muy calientes, como ají, ajo o alcohol. Tampoco debe lavarse ni tomar 'agua cruda', sino agua hervida con hierbas cálidas. Quince días después del parto la mujer puede prepararse un baño con el cocimiento de varias hierbas y alcohol de caña. También puede beber un vaso de esta agua y no podrá recibir otro tipo de baño que no sea éste hasta los cuarenta días después del parto. La infracción a estos tabúes produciría en las mujeres la llacamadura.

En Colombia, entre mujeres de un sector urbano de Cali, se recogieron testimonios en relación a que *"Hay que tener precauciones con la cabeza, los ojos y oídos, cuidarse de no exponerse a las corrientes de aire, al frío, al sereno y al sol, porque el contacto con la naturaleza produce efectos físicos y mentales. Una forma de protección, es cubrirse la cabeza con una pañoleta o trapo para evitar que entre el frío al cuerpo porque se produce dolor de cabeza, escalofríos, "pasma", fiebre, dolor en los huesos, cólicos menstruales de por vida, enfriamiento de la matriz y hasta la locura. Las madres manifestaron que después del parto quedan los "poros abiertos" por donde entra el frío, que es el causante de muchas enfermedades durante el período de la dieta"* (cuarentena). (Acosta et al. S/f)

Entre las mujeres entrevistadas en Chiloé, encontramos que las causas mencionadas en la bibliografía son igualmente reconocidas por ellas. Las causas a las que atribuyeron sus sobrepartos fueron *"porque no me cuidé"* (H.C., 53 años, Chonchi rural); por un resfrío al tener a su tercer hijo, producto de haber comido comida fría (D.T., 72 años, Quinchao insular) y porque *"me levanté a los dos días de tener mi guagua; salí a atajar unos animales y me mojé los pies en el agua"* (M.P., 55 años, Quinchao insular).

se denomina Konün o Aliento del Muerto. En Chiloé, las mujeres embarazadas no deben matar o carnear animales, probablemente en sus orígenes por la misma razón, aunque actualmente no se identifica este síndrome en la Provincia.

Una mujer entrevistada, que no tuvo sobreparto, pero conocía muy bien el síndrome señaló que la causa del mismo sería el comer comida de sobras (por ejemplo comida del día anterior) o comida fría antes del parto, lo que podría provocar “que se pegue la matriz y eso da sobreparto”, otra causa del síndrome sería una inflamación de la matriz, que hace que ésta quede suelta y provoque los dolores propios del sobreparto (E.V, 63 años, Quinchao insular).

Una de las sanadoras entrevistadas (A.B., 87 años, Dalcahue rural), atribuye como causas del sobreparto los resfríos, que provocan que a la parturienta “no le baja la sangre, queda estancada”. Otra de las causas mencionadas para el sobreparto es el “parto mal cuidado”, es decir, cuando después del parto la mujer pasa frío, se moja los pies, hace “fuerzas brutales”, como picar leña o lavar (ropa) (A.B., 58 años, Puqueldón). Una partera de la comuna de Queilen, atribuye el sobreparto a que “se ha desviado el estómago; si pasa frío viene el sobreparto, la persona grita más que cuando va a tener a su hijo, malo fue eso, eso es porque no se cuida, porque se dejan andar así” (T.C., 104 años, Queilen rural).

En cuanto al sobreparto durante el periodo menstrual, por el cual las mujeres tomaban precauciones como no lavarse la cabeza y los pies, F.P (Quinchao insular) señala que se debería al frío: “eso dicen que es el frío, puro frío eso (...) ese dolor le llaman de ovarios, pero eso es del puro frío y algunos dicen también que es cuando son escasas de sangre, y es dolorosa, ahí les da más fuerte”.

A partir de su experiencia en la atención de gestantes, las matronas entrevistadas mencionaron que las principales causas de sobreparto que les mencionaban las mujeres eran el lavarse el pelo o ducharse –particularmente dentro de los 40 días posteriores al parto-, lo que vinculaban directamente a que podrían trastornarse, volverse locas y también a que la sangre se les podría quedar dentro del útero, “te podías quedar con esa sangre machucada dentro del útero y te morías, te venía una infección y un sobreparto...” (Patricia García, Matrona, Castro).

Entre las entrevistadas no encontramos referencias al sobreparto como un hecho que tenga dimensiones sobrenaturales, espirituales o rituales, como se ha registrado en la cultura mapuche y entre los huilliche de Osorno.

iv. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas que se describen para el sobreparto son en general diversos, pero varios de ellos coinciden entre los distintos autores consultados. En Citarella (195) se menciona “dolores de cabeza constantes, decaimiento, sensación de malestar general, bochornos, dolores y pérdida de la menstruación, dolor de vientre, sensación de tener una ‘pelota’ en el vientre. A veces produce locura” (1995:339). En Rayen Küyen (2005:46) se indica como síntoma que “la matriz se cae, le nace la matriz; eso es porque la matriz busca a su hijo”.

Cheuquepan et al. (S/f) mencionan entre los síntomas característicos de este síndrome la fiebre, vómitos, contracciones, dolores de cabeza, se cortan los flujos normales del post-parto y se tienen síntomas similares a la pulmonía. Igualmente se señalan como síntomas dolores de espalda y útero, desgano y falta de apetito; se “seca la leche” y se puede producir incluso la muerte. Una de las informantes señala que el sobreparto se manifiesta alrededor de los ocho días después del parto y presenta síntomas como mareos, adelgazamiento, anemia, sueño y decaimiento.

Las mujeres quechuas referidas por Castellón (1997) señalan como síntomas del sobreparto la fiebre; dolor de espalda (‘se quiere abrir’, ‘como si le echaran ají adentro’); ardor y dolor en el estómago (‘como que se retuerce’); enflaquecimiento, inapetencia; aparece como un bulto en el pecho, que no deja respirar (‘se tapa el pecho’). Picazón de manos y pies (‘como si le echaran picante’); hemorragia (aún cuando otra informante dice que no da hemorragia); se aprietan las caderas y no se puede caminar. En general, se ve afectada la ‘matriz’, los riñones, el estómago, el pecho, la espalda, las caderas.

Polia (1996) menciona como síntomas de la llacamadura el dolor de cabeza, temblor continuo o discontinuo de todo el cuerpo, escalofrío y fiebre, dolor a los riñones, hinchazón de los senos, pérdida temporal de la vista, pérdida de la memoria y aturdimiento general.

Las causas y sintomatología que refiere la literatura revisada coinciden en parte con lo expresado por las mujeres entrevistadas –tanto enfermas como sanadoras-. Las mujeres que tuvieron sobreparto mencionaron como síntoma el que “*se hinchaba mi estómago, lo sentía por allá* (fuera de su lugar), *me dolía mucho*” (H.C., 53 años, Chonchi rural); “*me dolía desde la matriz hasta la garganta; sentía escalofríos y mucho dolor en la boca del estómago*” (D.T., 72 años); “*Me hinché... se me quitó ese sangramiento y me hinché como un tambor, casi me muero*” (M.P., 55 años, Quinchao insular).

Dos mujeres, que si bien no sufrieron de sobreparto entregaron información al respecto, dijeron que los síntomas del sobreparto *“Son dolores como quien tuviera una familia (bebé), pero más fuertes, porque los dolores de parto son por ratos, lo otro (sobreparto) es más constante y la matriz como que quiere nacer, pero no se sale. (Además) tiene dolor de cabeza, tiene malestar de todo, tiene fiebre”* (F.P., 56 años, Quinchao insular); *“Son dolores más fuertes que el parto, te agarra hasta la cintura... cuando la matriz está inflamada te duele la cabeza hasta el cerebro”* (E.V., 63 años, Quinchao insular). Esta última entrevistada hace sin embargo una precisión a partir de su propia experiencia en relación a las causas y síntomas del sobreparto, ya que sostiene que en caso de un resfrío fuerte o una fuerza desmedida se puede producir una inflamación de la matriz, que en caso de agravarse puede provocar que *“la matriz asoma por abajo con la forma de un huevo... eso no es sobreparto, eso es que se le nace la matriz... pero eso no tiene nada que ver con el parto, eso hará uno dos años que me dio”*. La descripción coincidiría con la variante de sobreparto que en la cultura mapuche se denomina *koñiwe kutran*.

Otro síntoma del sobreparto es un pulso característico que las sanadoras tradicionales identifican y que una de ellas, A.B., de Puqueldón, describe como “un pulso debilitado”.

Por otro lado, A.B., sanadora tradicional de la comuna de Dalcahue, nos señala que la causa del sobreparto sería *“que no le baja la sangre, queda estancada”* (identificado igualmente como un síntoma de sobreparto por otras entrevistadas), lo que ella relaciona con que las mujeres se resfrían, lo que no sería peligroso. No obstante, hace el siguiente alcance: *“ahora, si tiene hemorragia, eso es peligroso”*. Y ante la pregunta sobre qué se debe hacer en ese caso, su respuesta fue: *“Ahí ya van al hospital”*. Tal vez esta observación puede ser importante al momento de establecer el curso que sigue este síndrome y la sintomatología que para las sanadoras y las afectadas podría indicar la factibilidad de su manejo a nivel casero, de especialista tradicional o de sistema biomédico.

Algunas mujeres señalan igualmente como síntoma del sobreparto los entuertos⁸², molestia normal que se da por la retracción del útero después del parto y en los días que le siguen. Otras en cambio aclaran que es una dolencia distinta. En

⁸² Los entuertos son dolores que se producen tras el parto debido a la contracción del útero para volver a su posición habitual en la pelvis. Se originan como **respuesta fisiológica normal** para reducir el sangrado genital mediante la contractura del músculo uterino. De este modo se consiguen cerrar las venas (vasos sanguíneos) que nutrían a la placenta cuando estaba inserta dentro del útero durante la gestación. (www.blogbebes.com/?que-son-los-entuertos)

este sentido, A.B. sanadora tradicional, señala que el sobreparto es lo mismo que los entuertos, sin embargo, F.P. de Quinchao, dice haber tenido entuertos, pero nunca un sobreparto *“el entuerto es muy doloroso, más que tener guagua. Es un dolor del mismo parto, pero a todas las mujeres no les da.. Le da a las mujeres con frío, no sé”*.

Así también, hay mujeres que señalan que la salida de la placenta es más dolorosa que el parto, tal vez a ese dolor se refiere esta última informante.

Por su parte, A.B., 58 años, de Puqueldón dice que actualmente le ha tocado preparar remedios a mujeres mayores, que luego de uno o dos años de haber tenido su parto tuvieron síntomas de sobreparto, pero por no asociarlos a este síndrome fueron a atenderse con una matrona, que no les resolvió el problema y finalmente esto les significó tener dolores que se extienden en el tiempo.

“las matronas ya no dan nada, cuando hacen el tratamiento del PAP dicen que no le hace nada, le hallan todo bien, pero siguen con dolores del estómago, la gente piensa que el PAP les va a solucionar algo (...) siempre se van a la matrona y toman pastillas, no se han tomado nada de remedios (de hierbas o caseros) y las pastillas no le hacen nada, y el remedio les hace bien, dicen”.

Este último testimonio da cuenta de otra característica del sobreparto: puede presentarse inmediatamente después del parto (y probablemente también durante las reglas) con síntomas menores que no son percibidos por las mujeres o bien no les dan la suficiente importancia, sin embargo, estos síntomas pueden acentuarse con el paso de los años y en ese caso será necesario tratar el síndrome con remedios preparados por una sanadora tradicional, porque se trata de un problema que las matronas no reconocen y por lo tanto no logran detectarlo con los exámenes de rutina ni resolverlo con indicaciones de tratamiento.

Otro síntoma asociado al sobreparto, que si bien no fue mencionado directamente por las entrevistadas sí fue recurrentemente comentado por las matronas entrevistadas, es ‘la locura’. La aprehensión que las matronas señalan que las mujeres tenían respecto al bañarse o lavarse el pelo tendría directa relación con el volverse locas. Según lo que ellas escucharon, las mujeres señalarían que al bañarse, la sangre que se estanca y no sale subiría a la cabeza o al cerebro, provocando los fuertes dolores que las mujeres señalan como síntoma del sobreparto y si la situación se agrava puede terminar en que la mujer “se vuelve loca”. Las matronas se explican esta retención de sangre, cuando ocurre, ya sea por los loquios retenidos luego del

parto o por la ausencia de menstruación por el consumo de anticonceptivos u otras razones. En general las mujeres que sostienen este temor lo fundan en los relatos y casos que han escuchado de otras mujeres. Sandra Invernizzi, Matrona, señala al respecto:

“... escuché muchas veces esos relatos (...) que como se bañó, tuvo algún tipo de transgresión justamente en esos momentos claves, como de vulneración, durante las menstruaciones o el parto, después ocurre que se volvían locas. Incluso una vez una paciente que llevaba diez días sin bañarse después del parto, al decirle que tenía que bañarse y cuidar el tema higiénico, reaccionó con mucho enojo y me dijo ‘bueno, acaso yo me vuelvo loca, ¿usted me va a ir a cuidar a los niños?’. Entonces yo sentía que el temor estaba muy asociado al tema de la salud mental, más que algo físico solamente, era como una cosa mucho más grave, que tenía que ver con temas de salud mental (...) Era como una cosa muy generalizada en la década de los ‘90 (...) pero nunca vi a una mujer loca, lo percibía como un miedo más bien colectivo.

Es igualmente importante reiterar que el sobreparto es un síndrome que si bien puede originarse en una transgresión realizada durante el periodo menstrual, gestación o postparto, es posible que sus síntomas se vuelvan crónicos, manifestándose durante muchos años o bien reapareciendo algunos síntomas cuando las mujeres son mayores.

“Ahora no he escuchado a mujeres mayores mencionar que alguna molestia se debe a un sobreparto de su juventud, pero antes sí. Incluso yo antes tenía muchas jaquecas, prácticamente semanales y una vez conversando con una señora de eso me dijo ‘¿no será que ud. se bañó después de tener su regla? (...) porque cuando las chicas jóvenes se bañan cuando andan con regla, eso les produce dolores de cabeza...” (Silvia Kramm, TPM).

v. PREVENCIÓN

La prevención del sobreparto dice relación fundamentalmente con el respetar las indicaciones que la cultura entrega al momento del parto o del periodo menstrual: no someterse a cambios extremos de temperatura; no comer alimentos muy fríos, muy cálidos (ej. condimentos) ni algunos contraindicados (coles, luche, legumbres, manzanas y, actualmente, bebidas gaseosas); no bañarse por un tiempo prudente, que va desde los quince a los cuarenta días después del parto (asociado principalmente

a evitar el estancamiento de sangre y la locura); no hacer sobreesfuerzo físico durante el embarazo y después del parto; no lavarse pies ni cabeza durante la menstruación y puerperio. Teniendo estos cuidados, el sobreparto y sus complicaciones son fácilmente evitables y prevenibles en lo inmediato y en sus posibles consecuencias futuras.

En Citarella (1995:353) se menciona al respecto:

“Es importante también que (después del parto) la madre guarde reposo durante cuarenta días: pero sin lavar la cabeza, el cuerpo no más porque la cabeza es delicada, la vista también, los oídos también. Hay que levantarse sí porque no sirve estar acostada, pero no hay que tomar viento. La partera reconoce que esas indicaciones no siempre se cumplen por parte de la madre y por ello es que se contrae el sobreparto, enfermedad que puede conducirla a la muerte. Testimonio de M.H., 55 años, matrona empírica”.

Además de las precauciones mencionadas en este texto y a excepción de la referencia a los ojos y oídos, que no se nos señaló explícitamente, se agregaron por parte de nuestras entrevistadas en Chiloé: no comer comida de sobras o comida fría antes del parto y comer todo fresco, para evitar que ‘se pegue la matriz’. Otra advertencia es la de no tener relaciones sexuales antes del parto ni antes de uno o dos meses después de ocurrido el parto; al respecto, la entrevistada relató el caso de una mujer que falleció de sobreparto *“porque su marido la siguió usando”* posteriormente al parto. (E.V., Quinchao insular).

La misma entrevistada mencionó igualmente la receta de un *remedio de fuerza* que le fue enseñado por su padre y que se hace con varias hierbas silvestres, las que se hierven, se le añade sal al cocimiento y se deja reducir el agua hasta un cuarto de su volumen, obteniéndose un líquido negro que se puede tomar frío o tibio en la mañana o en la noche. Este tipo de ‘remedios de fuerza’ debían tomarse antes del parto o a partir de los 15 días después del parto, no inmediatamente después del parto porque podían ser dañinos; también podía dársele una cucharadita a la guagua. De acuerdo a su relato, ella lo tomaba con el objetivo de fortalecerse y para evitar el sobreparto.

“... yo me tomaba tazadas, yo no le tomaba sabor, nada, lo tragaba y listo, es remedio. Después que tenía la guagua yo no me acostaba, como era antes, ahora se quedan en el hospital están un día, tres días se quedan, pero yo no, me libraba de la guagua y seguía caminando, para qué si yo no sentía nada... Si le viene un sobreparto la mujer tiene que estar en el hospital no más. Antes las personas tomaban el remedio fuerte para que tenga resistencia y le quite eso” (E.V., 63 años, Quinchao).

En relación a cubrirse la cabeza, ésta igualmente sería una medida que se tomaba luego del parto, para evitar el frío que pudiera entrar por esta zona del cuerpo. S. Invernizzi, Matrona, dice haber observado en la zona de Chanquin – Huentemó (comuna de Chonchi), a algunas mujeres que llegaban a los controles post parto con un paño amarrado en la cabeza, especialmente en mujeres que habían tenido partos difíciles. El uso de la faja, igualmente mencionado en investigaciones en Colombia y entre los quechuas, se usaba también en Chiloé, tanto como parte del tratamiento de calor para el sobreparto como medida de prevención para evitar el síndrome. F.P. (Quinchao Insular), relata al respecto “...dicen que venía a nacer la matriz, por eso es que la amarraban bien, bien amarrado. Se hacían de esos telares que hacían antes, de kelwo, con eso la arropaban; le hacían como una faja bien amarrada y después eso lo tenían que usar como dos o tres meses...”.

La misma entrevistada menciona, además del uso de la faja, otras medidas de prevención, tales como que la mujer que ha dado a luz no debe sentarse durante los ocho días posteriores al parto (mantenerse acostada), debiendo incluso ‘comer de canto’ (de lado); no ducharse inmediatamente, no lavarse durante un mes; no comer ají y no salir de noche y ‘de tiro’ (rápidamente) cuando hace frío.

R.H., partera de la comuna de Queilen, relató que durante los cinco días posteriores al parto ella le indicaba a la mujer que había dado a luz que tomara una infusión de ñumin⁸³, una planta que crece en forma silvestre. El efecto de este remedio era de ayudar a “limpiar, botar todo lo que tienen de malo esas telas que le quedan a la mujer. Cuando una mujer tiene guagua tira unas telitas, entonces eso tiene que limpiarlo todo con esa agüita”. Probablemente el efecto de la hierba era el de favorecer las contracciones uterinas y contribuir a expulsar más fácilmente todos los restos de tejido que en otro caso podrían quedar en el cuerpo y favorecer la aparición de alguna infección. Así como ésta, existían varias prácticas de la atención tradicional que se orientan tanto a mantener el calor durante el proceso de parto, como a favorecer los procesos naturales que ocurren antes y después del mismo con procedimientos como masajes en los pies (en algunos casos con orina) y en el vientre; consumo de determinadas infusiones y aplicación de emplastos de hierbas para estimular las contracciones; procedimientos para ayudar al alumbramiento de la placenta cuando éste no se producía normalmente o para la estimulación de la lactancia, entre otros.

⁸³ En Folklore Médico de Chiloé, Romo hace la siguiente definición del ñumin: **Miñu-miñe** Bot. m. Para facilitar la expulsión de la sangre puerpera y las secundinas..... (Quintana, que escribe “miñi-miñi” y registra las variantes “ñumiñe” y “miñumiñe”.- Es una especie de frutilla enana. Gunkel (594), lo clasifica como *Rubs radicans* Cav. Rosaceae. V. “ñumine” (Romo, 2001:29). / Obs. de los autores: Secundinas es un término antiguo y no científico referido a la placenta y membranas que envuelven al feto.

Entre las Matronas y Técnico Paramédico entrevistadas, se señala que hace quince o veinte años atrás las mujeres tenían muy presente el no bañarse después del parto, con el objetivo de prevenir el sobreparto. Esta situación ha cambiado en la actualidad, ya que las pocas mujeres que manifiestan aprehensiones por ducharse finalmente ceden con las explicaciones entregadas por el equipo de salud.

“Antes no eran tan adaptables como ahora. Eso ha sido un cambio rotundo. Antes uno llevaba la paciente a la ducha y tenía que hacer la vigilancia, o ayudarla a bañarse o quedarse ahí vigilándola. Porque una decía ‘ya mi niña, te vas a duchar’ –porque hay harta gente de campo que no tiene acceso a duchas, más en esos años- y uno se quedaba afuera y escuchaba que caía la ducha, pero que caía al piso. Pero ahora ha sido más fácil, uno les explica que la ducha las va a relajar y ellas se adaptan”. (Silvia Kramm, Téc. Paramédico)

De acuerdo a la información entregada por las y los entrevistados que se desempeñan en hospitales, actualmente el sobreparto se sitúa más bien en un nivel de prevención, no como un síndrome efectivo. Aún cuando las mujeres no mencionan el síndrome como ‘sobreparto’, siguen teniendo precauciones vinculadas a evitarlo, como no mojarse el pelo luego del parto, lo que hacen probablemente sin tener clara conciencia de qué es lo que se está evitando. El abordaje desde el sistema de salud oficial se realiza en la medida de que se explica a las mujeres que manifiestan aprehensiones con determinados procedimientos -como la ducha antes y después del parto- las razones de estas acciones. Aparentemente estas explicaciones son entendidas y aceptadas por las mujeres, lo que sumado al manejo hospitalario y de atención primaria en los controles de embarazo y puerperio indudablemente han influido en la notoria disminución de este síndrome entre las mujeres.

Lo que actualmente pudiera ocurrir al interior del hogar en relación a la prevención y el manejo de la sintomatología asociada a este síndrome lo desconocemos, ya que no tuvimos la oportunidad de conversar con mujeres en edad fértil que manifestaran haber tenido sobreparto. No obstante podemos suponer, a partir de otras acciones relacionadas con el proceso de gestación que aún se practican (ej. dar a los bebés infusiones para ‘botar lo malo que les queda en la guatita’, uso de faja de lana, consumo de comidas ‘sustanciosas’ después del parto) que pudieran continuar tomándose medidas de prevención al interior de algunos hogares, como el consumo de infusiones para ayudar a eliminar restos orgánicos del parto, el mantener reposo, no exponerse a cambios bruscos de temperatura ni sobreesfuerzo físico, etc.

Indudablemente la entrega de información y la educación en salud que las matronas entrevistadas señalan como una de las razones por las que el sobreparto ya no tendría mayor incidencia contribuyen a aclarar conceptos y tomar medidas adecuadas en dolencias o síndromes como éste, en el que en ocasiones se asumen prácticas que no tienen una base real y que pueden no ser favorables ni inocuas, sino más bien perjudiciales. No obstante, es importante que en ese sentido el personal de salud o docente maneje conceptos adecuados para abordar estos temas con las personas, evitando descalificaciones, burlas o usando términos o explicaciones difíciles de entender en su significado y principalmente en su lógica por parte de las personas a quienes se quiere transmitir el mensaje. (ej. considerar las prácticas u opiniones como “mitos”, suponer que las personas tienen poca cultura, adoptar actitudes paternalistas o francamente ‘fiscalizadoras’)

vi. TRATAMIENTO

En general el sobreparto es una dolencia que debe prevenirse y las mujeres conocían cuáles eran los cuidados que debían tenerse tanto durante el embarazo como después del parto y durante el periodo menstrual para evitarlo. No obstante, particularmente durante la gestación y el puerperio, cuando no se tenían los cuidados suficientes y se producía la enfermedad, los tratamientos en general debían ser aplicados por la partera o un sanador o sanadora especialista, y consistían en masajes en la zona del vientre, infusiones y vahos de hierbas de calor (Citarella, 1995; Polia, 1996), además de baños y sahumeros con hierbas de calor (Polia, 1996).

En México, el uso del temazcal⁸⁴, se practicaba desde el periodo prehispánico luego de que las mujeres habían dado a luz, con el fin de limpiar a la mujer de la ‘suciedad’ (simbólica) y otros residuos del parto. *“A las mujeres que acababan de parir las metían en el temazcal para que, a través del baño de vapor y del masaje, se les cerrase el útero. Ese es el significado de fondo del temazcal. Es como un útero. Si usted se da cuenta de la forma, es un útero. Entonces, su objetivo primordial antiguamente era para las mujeres que acababan de parir”* (Norma Yescas, en Aparicio, S/f).

En el caso de los huilliche de la Provincia de Osorno, una de las ñañas (mujer mayor, sabia) entrevistadas por Cheuquepan et al. (S/f) aconseja *“realizar Lawentun, esto quiere decir que el remedio debe tener ritos y hierbas, la medicina debe ser pedida a*

⁸⁴ Ver nota al pie nro. 59

*chawtrokin*⁸⁵, las hierbas utilizadas son: cáscara de pellín, hojas de limpiaplata, hoja de palma de la cordillera, cáscara de alerce, cáscara de notro, tallo de boqui rastrero, hojas y tallos de costilla de vaca” (S/F:5).

Castellón (1997) recoge en su investigación, además de las infusiones de hierbas cálidas, el uso de parches de harina de trigo y yema de huevo, no especificando en qué zona, probablemente sobre el vientre; el uso de faja y masajes realizados por una persona que maneje esta técnica. Se indica igualmente el que “a las wawitas en su ‘gorra indígena’ ponemos tostado de maíz... y le amarramos en su barriguita”.

En Chiloé los tratamientos para curar el sobreparto coinciden con los descritos en la bibliografía y se basan fundamentalmente en el uso de *hierbas cálidas o de calor* (que se refiere a la fuerza o energía que poseen las hierbas, más que a su temperatura física) y de otros elementos aplicados de forma que den calor a la mujer y restablezcan el equilibrio. En general en el archipiélago eran las parteras quienes manejaban este conocimiento más especializado y hacían el tratamiento a las mujeres que presentaban los síntomas del sobreparto.

M.P. (55 años, Quinchao insular) hace una descripción muy precisa del tratamiento que recibió luego de presentar un sobreparto a causa de haberse mojado los pies después del parto, cuando salió a buscar a sus animales:

“Esa (partera) me vino a hacer un pasto... la altamisa⁸⁶, me lo bruñó, me lo sancochó encima de unas piedras calientes, lo bruñó con sus manos así, y lo puso en un jarro todo el jugo de esa cosita y me dio de tomar varias bocaradas. Y el pastito ese me lo hizo un emplasto en el estómago, bien amarrado con una faja, un paño, que calore bien la matriz -me dijo- y una madeja de lana chilota lo caloró y me lo puso más encima aquí en mi estómago y lo amarró. Me fletó las piernas, las canillas y los pies con la misma agüita esa, me lavó con agua con sal y jabón azul, me puso medias de lana, me abrigó entera la abuela. Ya a los dos días estaba bien y me dijo que no me enfríe lo pies ni nada, que todas la mañanas tomara una bocarada de ese remedio que me vino a dar...”

F.C. (60 años aprox. Quinchao insular), cuya madre hacía tratamientos para el sobreparto, nos describió una receta que consistía en un cocimiento con numerosas

⁸⁵ Que por su etimología, sería el ser supremo que provee, distribuye con justicia, manda y gobierna.

⁸⁶ La altamisa (*Artemisia vulgaris*) es una hierba de calor tradicionalmente utilizada para problemas ginecológicos.

hojas, raíces y frutos de plantas y árboles, denominadas ‘plantas de fuerza’. Luego se le agregaba a este cocimiento vino y huevo y se tomaba durante el día (dos tazas en la mañana y dos en la tarde). La mayor parte de las plantas utilizadas son nativas y crecen en forma silvestre en bosques y lugares húmedos, aún cuando igualmente se incluían algunas hierbas cultivadas. Su madre las recolectaba en compañía de sus hijas, nunca de un extraño, lo que permitió que este conocimiento se transmitiera al interior de la familia. No obstante, hace años que la señora F.C. no prepara este remedio, ya que dice que luego de que las parteras y sanadoras fueron perseguidas y sancionadas por el Servicio de Salud le da miedo comentar que ella sabe hacer este tratamiento y, por otro lado, porque las mujeres ya no se enferman tanto de sobreparto. Esta observación, en cuanto a la pérdida del conocimiento por la persecución a las parteras fue mencionada igualmente por otras tres entrevistadas (al respecto, ver Leighton et al., 2008 y Unidad de Salud Colectiva, 2008).

Un sanador de Río Huicha, comuna de Ancud, mencionó una receta para el sobreparto a partir del cocimiento de la ralladura del tallo y las raíces del chilco (*Fuchsia magellanica*); con este remedio se hacían baños de asiento. El chilco tiene comprobados efectos emenagogos o estimulantes de la menstruación, reestableciendo o aumentando su flujo (Minsal, 2007; Hoffman et al., 2003), lo que explicaría su uso para resolver uno de los síntomas más mencionados del sobreparto: el ‘estancamiento de sangre’.

Entre las y los profesionales de salud entrevistados, las referencias a los tratamientos son en base a la explicación biomédica que se tenga del síndrome.

vii. EXPLICACIÓN BIOMÉDICA

Ninguno de los autores consultados establece una relación entre el sobreparto y alguna enfermedad o síndrome reconocido por el sistema de salud oficial.

En Folclor Médico Chileno (2000), Oreste Plath hace una referencia al mal parto o sobreparto, en la que sostiene que “*Mal parto*, es la enfermedad que se conoce como *sobreparto*. Se refiere especialmente a los casos de retención de placenta, hemorragia, post-parto, infección puerperal”.

La información sobre correlación con enfermedades reconocidas por el sistema biomédico fue entregada por los funcionarios de salud entrevistados. Silvia Kramm

Técnico Paramédico que trabaja en la Maternidad del Hospital de Castro menciona, a partir de su experiencia en los Hospitales de Castro y Osorno, que los sobrepartos habitualmente estaban asociados a endometritis.

El Dr. Manuel García, si bien reconoció haber escuchado muy pocas veces de sobreparto, señala, a partir de la descripción de los síntomas que describen las mujeres entrevistadas, dos posibles diagnósticos biomédicos:

*“... yo creo que (por los síntomas señalados, el sobreparto) tiene una semejanza a lo que biológicamente uno puede denominar entuerto, a los **entueritos patológicos**, y también asociado a la **endometritis**, que probablemente se veía mucho más frecuentemente en sectores rurales cuando la atención del parto también era efectuada en el campo, en el domicilio, por una partera... Sin lugar a dudas muchas veces tiene que haber ocurrido una endometritis, una retención de placenta, retención de membranas ovulares y por supuesto que eso da dolor, da fiebre, da malestar. Y cuando hay una septicemia, o sea un cuadro infeccioso histérico⁸⁷ derivado de una endometritis, seguro que se vuelve loca, seguro, no desde el punto de vista psiquiátrico obviamente, pero locura porque pierden noción del tiempo, pueden disvariar, pueden tener alucinaciones, porque el síndrome séptico⁸⁸ es así, cualquier infección grave en la sangre puede afectar, una encefalitis produce alucinaciones, así que está súper cercano (...) La endometritis puede terminar en muerte si no se trata, por eso es que hoy en día una mujer que tuvo su parto absolutamente fisiológico, normal, que no haya tenido ni siquiera puntos está 48 hrs. hospitalizada aquí (...), porque las primeras 48 horas es cuando se produce toda la regresión del tamaño uterino y la eliminación de los loquios, todo el vestigio de endometrio y tejido uterino que queda ahí y que tiene que ser eliminado. Eso y observar otras cosas del bebé”.*

La asociación realizada por el médico permite relacionar la sintomatología expuesta por las mujeres con patologías claramente identificables por el sistema biomédico que podrían explicar en parte la ocurrencia de lo que se define como sobreparto. De acuerdo a este profesional, particularmente en el caso de las endometritis, que sería una de las asociaciones más frecuentes con el sobreparto, éstas podían ocurrir tanto en el domicilio como en los Hospitales. Actualmente la endometritis se maneja como una infección intra hospitalaria (IIH), cuya incidencia

⁸⁷ Referido al útero.

⁸⁸ Infección que se inició en el útero (endometritis), pero que evoluciona hasta alcanzar la sangre y diseminar la infección por todo el cuerpo.

ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo, alcanzándose actualmente una baja tasa. De acuerdo a los datos de la Unidad de Infecciones Hospitalarias del Hospital de Castro, para el año 2008, las endometritis alcanzaron un 0.35% en partos normales y 0.21% en cesáreas, es decir, de 1.580 partos atendidos en 2008 (Fuente: Maternidad Hospital de Castro), 5 mujeres tuvieron una endometritis. Este porcentaje ha ido disminuyendo progresivamente año a año, ya que al ser las endometritis puerperales post parto como IIH, se toman los resguardos para prevenirlas y en caso de producirse se cuenta con tratamientos efectivos para controlarla. Por lo mismo, difícilmente en la actualidad una endometritis avanza hacia una septicemia o cuadros infecciosos derivados de endometritis (o bien, si lo vemos desde el punto de vista de la cultura, esta disminución puede explicar igualmente el que se reduzca la incidencia de sobreparto). De acuerdo al Dr. García, “no se han visto (septicemias) en más de diez años en el Hospital de Castro”.

Por otro lado, el síntoma de ‘locura’, que el Dr. García asocia a signos propios de una sepsis, es interpretado desde otra perspectiva por la Matrona Sandra Invernizzi, quien cree que podría asociarse a una Psicosis Puerperal o incluso a una depresión post parto.

Por su parte, el Dr. Carlos Sovier, Ginecólogo, sostiene que las enfermedades asociadas a este síndrome son habitualmente: endometritis, procesos inflamatorios pélvicos, infecciones urinarias y sepsis, todas las que se acompañan de fiebre, síntoma identificado con el sobreparto. También se relacionan con este síndrome los cuadros de depresión post parto y las psicosis, y otras afecciones más crónicas en su evolución, como los prolapsos, las incontinencias y las amenorreas.

En cuanto a la ‘sangre estancada’, el mismo profesional señala que podría explicarse como una manifestación de retención de loquios⁸⁹ en el útero. Esta retención podría deberse “a la falta de contractilidad uterina, por ejemplo, cuando las madres no dan pecho, ya que la lactancia estimula que el útero se contraiga, o bien cuando utilizan antiespasmódicos para disminuir las molestias de los entuerros, que no son más que contracciones uterinas para eliminar loquios y reducir el tamaño del útero. Otra causa de esta retención de loquios podría ser una obstrucción a nivel de cuello (coágulo, fibrosis) que impida que se eliminen. La retención de loquios

⁸⁹ Después del parto suelen producirse **pérdidas vaginales** que se conocen con el nombre de loquios. Se trata de una mezcla de sangre y restos del revestimiento del útero que se han formado durante el embarazo, así como de las secreciones que se producen al cicatrizar la herida que deja la placenta tras su expulsión. (<http://www.elbebe.com/index.php/es/postparto/que-sucede-durante-la-cuarentena/loquios>)

puede seguir un curso patológico y la sangre retenida puede infectarse y provocar un cuadro de endometritis puerperal severo” (Carlos Sovier, Ginecólogo).

En relación al sobreparto entendido como ‘caída de la matriz’ (koñiwe kutran en la cultura mapuche), al que algunas mujeres hicieron referencia, puede ser asociado al prolapso uterino (caída o deslizamiento del útero desde su posición normal en la cavidad pélvica dentro de la vagina).

En general ante la consulta sobre la actitud del equipo de salud frente a una mujer que dice querer tomar precauciones ante un posible sobreparto o bien entre las que declaraban abiertamente tener un sobreparto, lo/as profesionales y técnicos entrevistados manifiestan actitudes similares, orientadas a explicarles en términos médicos cuáles serían las causas de sus molestias e intentando convencerlas de ello, pero respetando sus concepciones cuando es necesario.

“... por ejemplo a mi me dice la señora que no se quiere bañar, entonces uno va y conversa con ella, y es lo mismo que, digamos la misma idea que compartimos todas, mira si tú vienes con trabajo de parto, te va a hacer bien la ducha porque te va a relajar el hecho de llegar al hospital, es como que tú vienes un poco tensa entonces una duchita de agua caliente te va a hacer bien, te vas a sentir mejor y vas a estar tú mas cómoda también... y ningún problema, aceptan” (Adelaida Ancapan, Matrona)

“Uno cumple con darle las indicaciones profesionales; yo creo que ella - inserta en su medio cultural- es la encargada de aceptarlas o no aceptarlas, entonces muchas de ellas preguntan (...) entonces al interior del hospital cuando surgen las preguntas se les explica que no corren ningún riesgo, se explica que hay muchas razones de tipo higiénico también y que en general esto está asociado a otras condiciones y no al hecho de bañarse o no bañarse” (Manuel García, Ginecólogo)

“(Lo abordo) siempre preguntándole qué es lo que le pasó, qué es lo que hizo, siempre para entender porqué ella me dice que es sobreparto. Pero como yo vengo de una zona donde se hablaba del sobreparto para mi ha sido más fácil. Y yo le explico también que aquí los médicos no creen en el sobreparto y que ellos ven la otra parte y que si hay una infección hay que tratarla con medicamentos” (Silvia Kramm., TPM).

Sin embargo, esta actitud más abierta y pertinente no habría sido siempre igual. La misma Técnico Paramédico entrevistada menciona que, así como ha disminuido la consulta por sobreparto en el tiempo, también ha cambiado la actitud del equipo de salud al respecto:

“Había gente que se iba directo a la machi y otras se desesperaban y venían para acá. Y qué es lo que pasaba acá: la burla. Porque el médico decía ‘qué sobreparto’ y se burlaba ahí, entonces se trataba acá médicamente no más (...). Ahora ya no vienen tanto las mujeres con sobreparto, entonces uno ya no ve (la reacción de los médicos). Yo creo que son contados los médicos que van a respetar que le digan que tiene sobreparto y que ellos digan, ‘ya, pero acá lo vamos a tratar de esta forma porque no hay otra forma de tratarlo sino es con medicamentos’. Yo creo que la visión del médico ahora ha cambiado un poco en relación a antes, porque hay muchos médicos que están ahora con esto de la medicina alternativa (...) cambió también la visión de las matronas”.

Tanto en el manejo de este síndrome como de cualquier patología por la que las personas consultan, el que los profesionales y técnicos de salud comprendan las lógicas de los usuarios, respeten sus concepciones y puedan orientarlas adecuadamente es fundamental no sólo para obtener mejores resultados y adhesividad de las personas, sino que también como un desafío para abrirse a las explicaciones de otros sistemas médicos.

La experiencia de hospitales en los que se trabaja en la atención integral del parto, como el de Villarrica, o en los que se consideraban los usos y costumbres indígenas de las mujeres que iban a tener su parto, como ocurría décadas atrás en el Hospital de Nueva Imperial o más recientemente en los Hospitales de Arica e Iquique, fue valorada por tres de las entrevistadas (dos matronas y una técnico paramédico), en términos de que se implementan acciones que favorecen una vinculación distinta y más cercana con las usuarias, lo que es perfectamente factible de incorporar en las maternidades de Chiloé, que ya tienen un camino avanzado en la atención integral del parto.

viii. CAMINO DE SANACIÓN

En general las mujeres que presentaban síntomas de sobreparto en la época en que la mayor cantidad de partos eran domiciliarios, recurrían a las parteras locales para tratar el síndrome. Incluso una vez que comenzaron a tener partos hospitalarios, muchas mujeres buscaban luego apoyo de las parteras para aliviar los síntomas del sobreparto, aduciendo que en el hospital no les daban solución a su problema (Unidad Salud Colectiva, 2008).

Según las entrevistas hechas a parteras en Chiloé, la gran mayoría de las mujeres dejó de consultarlas una vez que se extendió la atención hospitalaria del parto, lo que además de hacer desaparecer progresivamente la atención domiciliaria, indudablemente influyó en disminuir igualmente la transmisión de los conocimientos, prácticas y tratamientos asociados al sobreparto.

Actualmente algunas mujeres definen acciones de prevención que se podrían relacionar con este síndrome, pero es altamente probable –ya que no contamos con estadísticas, sólo con referencias del personal de salud- que ante problemas post parto que incluso ellas o sus madres o abuelas puedan calificar de sobreparto, recurran inmediatamente a los centros de salud, dada la alta cobertura de atención del parto y puerperio desde la red de salud oficial, la excesiva dependencia que las personas tienen del sistema de salud y la pérdida de la vinculación con las sanadoras tradicionales y parteras.

ix. COMENTARIOS Y ANALISIS

Podemos entender el sobreparto como un síndrome que –como todos- tiene dos miradas: una desde la propia cultura y otra desde otra cultura y sistema médico. Desde ambas miradas se interpreta, se dan explicaciones y se buscan soluciones a partir de parámetros o referentes propios de la cultura. Quisimos profundizar en la visión desde la cultura local, del sistema médico tradicional, para poder comprender e ilustrar el síndrome.

Visto desde la cultura, la mujer gestante está en un status ambiguo socialmente. Está en un tránsito entre pareja y madre. Hay que cuidarla, pero también hay que cuidarse de ella. Tiene poderes especiales. Sus fluidos, sus pensamientos son de cuidado. Su energía.

Además, el concepto de cuerpo que esa persona y esa cultura tienen habitualmente, es el concepto de “modelo de cañerías”. El cuerpo está lleno de órganos huecos que se conectan por cañerías o tuberías. Por ahí transitan líquidos que dan energías. Son energía. Una de ellas es la sangre. Sobreparto se refiere al estancamiento del fluido de la energía, sangre que produce una subida de ésta (*püra mollfüñ* de los mapuche) y que –en un cuerpo concebido de órganos huecos conectados por cañerías- físicamente va en retroceso, a contracorriente. Este es un concepto que la persona construye según su cultura.

Desde el punto de vista de la teoría de lo humores... una mujer gestante está en un estado caliente. Si el cuerpo pasa de un estado caliente a uno frío y además vive una situación de frío, se potencia el desequilibrio y los fluidos-energía se estancan, vuelven atrás, suben y generan síntomas a partir del malfuncionamiento de otros órganos.

La mujer socialmente ahora es madre y está en un estado caliente, con un órgano abierto (útero), por ahí pueden entrar energías que la pueden desequilibrar. Hay que mantener la protección, respetando normas de la cultura. Comidas, temperatura de los ambientes, tipos de esfuerzo y reposo.

Si hay transgresión y ésta entra, la energía (sangre) se sube y recorre el cuerpo en sentido contrario, o sin sentido. Se altera el funcionamiento de órganos y sus expresiones como mente, emociones, colon, sistema circulatorio. Aparecen los síntomas y signos. Esa energía desviada, sin sentido, como un trafentun⁹⁰ que agarra e hincha cabeza, colon, extremidades. Esa cefalea, mareos y locura es del acúmulo de una energía estancada que no fluye. Esa "guata como tambor" es el colon que grita.

Ante nuestra pregunta inicial ¿habrá desaparecido el sobreparto?, podemos sostener que creemos que el sobreparto existe. Algunos de los síntomas y signos se mantienen, sólo que ahora atenuados, medicalizados y se cronifican al interior de personas, donde además uno escucha: "se le sube la sangre," "se le encierra la fiebre", "la enfermedad se le fue para dentro", "la dolencia no brota", "se le hizo como una pelota". Expresiones que nos indican cómo se percibe la dolencia, la persona, su fisiología y sus prácticas en salud. Quizás hoy la construcción cultural del sobreparto está produciendo otros síntomas que se expresan de manera distinta y en plazos distintos. Como podemos ver, es un síndrome, que al ser cultural, es dinámico en su esencia y va cambiando a cada momento.

Las transgresiones a las normas de la cultura involucradas en el padecimiento del sobreparto comprenden dos ámbitos distintos, pero imposibles de separar en quien lo vive. En primer término, tenemos un elemento de carácter ético, que posee peso psicológico, dado por la consciencia de la transgresión que se está cometiendo al, por ejemplo, exponerse al frío, cambiar bruscamente de temperatura o efectuar esfuerzos físicos durante el puerperio. En lo íntimo, se interpreta como una transgresión al incumplimiento de aquello que se reconoce como norma. Por otro lado, la posterior aparición de sintomatología orgánica -que abarca una amplia

⁹⁰ Trafentun: conjunto de síntomas y signos producidos por una alteración del pensamiento y que se somatiza en signos como mareos y pérdida temporoespacial.

gama de manifestaciones somáticas de gravedad variable-, su interpretación y el tratamiento que se utilice para enfrentarla dependerá de múltiples factores que van desde el contexto cultural en que se encuentre la persona, hasta su vulnerabilidad psicobiológica, social y espiritual.

Nuestro interés no es homologar el sobreparto con algún síntoma o patología puntual asociada al puerperio. Después del análisis de la información, creemos que sería reduccionista hacer esta asociación. Consideramos más bien que se trata de un conjunto de explicaciones desde la cultura que van configurando un síndrome que se denomina 'sobreparto' y que presenta una sintomatología que sigue un continuo que se inicia desde los entuertos y otros síntomas propios de la evolución normal o no patológica del parto y puede continuar progresivamente pasando por otros síntomas, como el resfrío, dolor de cabeza, fiebre, retención de loquios, infección al útero (desde endometritis a sepsis), locura (como síntoma propio de una sepsis o como psicosis puerperal) hasta la muerte en algunos casos (como consecuencia de la sintomatología antes descrita). Sin embargo, la explicación no es sólo los síntomas orgánicos, sino que influyen en ella igualmente aspectos como las prácticas locales, las normas de la cultura, las condiciones sociales, la terapéutica local, todo lo que iría conformando lo que podríamos denominar 'construcción cultural del síndrome' y que tiene tanta importancia como la sintomatología orgánica.

La forma en que se presente el sobreparto y la evolución que siga dependerá en cada caso, tanto de las concepciones y prácticas culturales asociadas a él, como de los mecanismos del propio organismo para recuperarse, la evolución de los factores patológicos asociados, el camino de sanación efectuado y las acciones terapéuticas que se realicen, ya sea desde el sistema médico tradicional, del biomédico o de ambos. Esto explicaría el que algunas mujeres se hayan recuperado de un sobreparto luego de recibir friegas y remedios de calor de parte de la partera (p. ej. sobreparto asociado a entuertos normales o a un enfriamiento o resfrío que fue manejado a tiempo y logró revertirse); otras hayan sufrido un sobreparto y mantengan luego de años algunos síntomas asociados, como fuertes dolores de cabeza (sintomatología orgánica post parto que se trató y se revirtió, acompañada de sintomatología que no estando directamente relacionada con este evento, culturalmente puede ser incorporada como una forma de explicación a su ocurrencia) y otras en cambio hayan fallecido como consecuencia del sobreparto (p. ej. septicemia producto de una sobreinfección luego del parto que no se trató con los recursos adecuados).

De esta forma, podríamos entender el sobreparto como un continuo en el que existe una sintomatología que va desde manifestaciones muy leves hasta llegar

a otras graves, incluida la muerte como consecuencia de la dolencia. El momento en que la sintomatología comienza a denominarse Sobrepardo va a variar según quien lo interprete (la mujer afectada, las distintas parteras, cada familia).

Por ejemplo, una de las parteras entrevistadas (T.C, 104 años, Queilen) decía no haber tenido nunca un caso de sobrepardo entre las mujeres que atendió, aun cuando conoció casos de otras mujeres que sí lo padecieron. Probablemente para ella el sobrepardo se iniciaba cuando la sintomatología era más avanzada, por eso no refiere casos. O bien había factores protectores de este síndrome, que obviamente es de construcción cultural, como todas las dolencias. En el caso de T.C., ella atendía mujeres que pertenecían a una cultura fuerte y de familias extendidas, donde la norma cultural se respetaba, evitando las consecuencias de la transgresión.

Otras parteras en cambio, sitúan el sobrepardo a partir de síntomas más leves y esto se transmite a las mujeres que atienden, extendiendo este conocimiento en su área de trabajo. Por esta razón, aún cuando el sobrepardo se encuentra en todo el Archipiélago, existen algunas variantes entre los distintos territorios, en aspectos como las medidas de prevención, los días necesarios para mantener la cuarentena, la sintomatología asociada o no asociada al síndrome, etc.

En el caso del sobrepardo, a diferencia de otros síndromes, encontramos que actualmente las claves que lo definen, se han ido perdiendo. Entre las razones para ello, creemos que la persecución sufrida por las parteras contribuyó a ello y también la pérdida de las redes familiares y de la familia extendida, entendida como agente transmisor de la cultura, así como la validación de lo biomédico/profesional, antes que lo cultural/familiar por parte de las generaciones más jóvenes.

Sin embargo, ante la pregunta ¿habrá desaparecido el sobrepardo?, podemos sostener que creemos que el sobrepardo aún existe. Algunos de los síntomas y signos se mantienen, sólo que ahora atenuados, medicalizados y se cronifican al interior de personas, donde además uno escucha: "se le sube la sangre," "se le encierra la fiebre", "la enfermedad se le fue para dentro", "la dolencia no brota". Expresiones que nos indican cómo se percibe la dolencia, la persona, su fisiología y sus prácticas en salud. Quizás hoy la construcción cultural del sobrepardo está produciendo otros síntomas que se expresan de manera distinta y en plazos distintos. Como podemos ver, un síndrome, que al ser cultural es dinámico en su esencia y va cambiando a cada momento.

La desaparición del ejercicio del oficio de partera –a diferencia de otros que lograron perdurar hasta hoy en Chiloé, como los componedores de huesos, la/os yerbatera/os, las sanadoras tradicionales-, significó que progresivamente se fueran transformando o desapareciendo prácticas que estaban a cargo o eran orientadas por ellas, no sólo aquellas asociadas al sobreparto, sino también a los cuidados en la gestación, en la atención del nacimiento y en el puerperio.

En relación al sobreparto, y en general en los síndromes culturales, su existencia se enmarca en un contexto cultural que les da sentido. En el contexto cultural vinculado a la gestación y nacimiento encontramos elementos tan diversos como la teoría de equilibrio humoral (frío/caliente), las indicaciones de cuidados durante el embarazo (alimentación, esfuerzos físicos permitidos, concepción natural del parto), la posición de parto de rodillas o en cuclillas, la distribución de roles entre los miembros de la familia al momento del parto, los cuidados e indicaciones específicas para prevenir el sobreparto, las prácticas terapéuticas en el caso de producirse el síndrome, la transmisión de esta información de generación en generación y a través de la familia extendida, entre muchas otras. Cuando estos elementos culturales comienzan a transformarse, se transforma también el síndrome, se dinamiza; cuando comienzan a desaparecer, desaparece también el síndrome.

En el caso del sobreparto hay elementos que han desaparecido, otros que se mantienen y otros que se han transformado. Quizás estos últimos son los más notorios. Varios elementos han sido reemplazados por nuevos contenidos, entregados por el sistema biomédico, que al no reconocer el síndrome, contribuye a su invisibilización, al menos en el espacio hospitalario o en la relación de las mujeres con los agentes de salud. Porque en un principio, cuando la atención hospitalaria del parto comenzó a extenderse, el síndrome permanecía y las mujeres sabían que los médicos no conocían el tratamiento, pero ellas mantenían las precauciones que les eran posibles de sostener durante la hospitalización, como evitar bañarse o lavarse pies y cabeza, sin embargo, una vez dadas de alta sabían que si tenían problemas podrían consultar a la partera, que si bien ya no atendía partos, sí realizaba este tipo de tratamientos, en muchos casos en forma clandestina, para evitar sanciones⁹¹.

⁹¹ En el video 'Abuelas Sanadoras' (Unidad de Salud Colectiva, 2007), una mujer explicaba esto de la siguiente manera: *"Según las mujeres, dicen que en el Hospital, cuando reclamaban de dolencias de útero, los médicos como que no les hacían caso, entonces, la cuidanza campesina hace que ella (partera) sabía hacer medicamentos para eso, para que la mamá nunca siga sintiendo dolor de útero, y esas mujeres qué contentas venían a agradecerle después"* (Relato de la hija de una partera. Isla Llingua).

Con el tiempo, en la medida que se fue perdiendo la familia extendida (especialmente en sectores urbanos) y se fragmentaron las redes y los conocimientos familiares y comunitarios, comenzó a tomar más fuerza entre las generaciones más jóvenes el conocimiento biomédico, antes que las indicaciones familiares/culturales. De esta forma, las prácticas asociadas al sobreparto comenzaron a retroceder y a tener más sentido las explicaciones del sistema oficial, que han ido siendo aceptadas por las mujeres en edad fértil.

De esta forma, un síndrome como el Sobreparto, que habría sido introducido en América por los españoles y asimilado por las culturas originarias, ahora comienza a ser nuevamente transformado por una nueva cultura dominante, la del modelo de salud biomédico u oficial, que niega la existencia del síndrome. Si bien no contamos con suficiente información histórica sobre la forma en la que se introdujeron las categorías que acompañan al sobreparto ni la forma en que estos contenidos fueron traspasados y recibidos en un comienzo por las culturas locales, de acuerdo a las categorías de Guillermo Bonfil⁹², podríamos definir al Sobreparto como un *elemento cultural ajeno*, propio del sistema médico que trajeron los españoles a su llegada a América, el que fue *impuesto* (elemento ajeno es introducido externamente en la cultura local) o bien *apropiado* (elemento ajeno es adoptado y adaptado por la cultura local) por los pueblos que habitaban América, que tenían distintas prácticas en relación a los cuidados del puerperio, pero que finalmente comenzaron a transmitir de una generación a otra los contenidos vinculados al síndrome que hemos recogido en esta investigación. Actualmente, el sistema médico oficial vuelve a mirar el síndrome y aporta elementos que podríamos llamar científicos, para hacer ver a la cultura local que éste no tiene bases reales, siendo este conocimiento paulatinamente adoptado por las generaciones más jóvenes, con lo que el síndrome tiende a transformarse y probablemente luego a desaparecer.

No obstante este nuevo proceso de cambio y aún cuando efectivamente el sobreparto implica algunas prácticas que desde el punto de vista sanitario pueden ser cuestionables (como la cuarentena), se hace necesario establecer un diálogo entre sistemas médicos –el tradicional y el oficial- y entre culturas y formas de entender la salud y enfermedad, ya que más allá de las prácticas aparentemente injustificadas, el sobreparto se produce en un momento del ciclo vital en el que la mujer está vulnerable emocional y orgánicamente (gestación, parto, puerperio, regla) y por lo tanto de mayor susceptibilidad. Además, es importante considerar las condiciones

⁹² Bonfil Batalla, Guillermo. 1995. Pensar Nuestra Cultura. Alianza Editorial.

sociales en las que éste produce. Hace décadas atrás, cuando el baño estaba fuera del hogar y el acceso a agua dentro de la vivienda era una excepción, algunas medidas vinculadas a mantener el calor eran justificadas, precisamente por la vulnerabilidad en que se encontraban las mujeres. Hoy varias de esas condiciones han cambiado, lo que ha contribuido también a que sea más aceptado por parte de las mujeres el modificar las prácticas asociadas al sobreparto.

Por otro lado, al tratarse de un síndrome cultural, que se produce por la transgresión a normas de la cultura, se debe entender que el peso de la norma puede ser tanto o más fuerte que la contraindicación dada por el equipo de salud. Si bien, como mencionan las matronas entrevistadas, actualmente las mujeres transan más fácilmente el cumplimiento de las normas o indicaciones que han recibido de parte de sus madres o abuelas, en muchas de ellas es posible que quede una duda o temor al saber que se hizo una transgresión que puede que actualmente no tenga consecuencias, pero sí las pueda tener a futuro.

Dado entonces que de lo que se trata es de establecer un diálogo entre sistemas y una articulación de conocimientos, es importante igualmente desde el sistema de salud oficial, considerar los aportes que desde el sistema médico tradicional se hacen al proceso de parto y puerperio. Las medidas de cuidado, el consumo de hierbas y determinados alimentos en este periodo, el uso de faja o ropa abrigada son elementos que contribuyen en este periodo, que tienen un sentido desde la cultura y que en éstos términos deben ser respetados, así como lo pueden ser otras medidas, aportadas desde el sistema biomédico y que contribuyen igualmente a evitar complicaciones luego del parto.

Las matronas que realizan atención hospitalaria coinciden en que sería muy positivo que se incorporaran infusiones de hierbas en la hospitalización de Maternidad. Este aspecto debiera evaluarse y recoger información y evidencia científica y conocimiento empírico acerca de las propiedades de determinadas hierbas que pueden contribuir en el trabajo de parto, puerperio y lactancia. La manzanilla y las hojas de frambuesa son algunas de ellas, y se asocian a la inducción del trabajo de parto (Cuervo, 2006); para el caso de otras hierbas, se cuenta con variadas investigaciones científicas que dan cuenta de sus propiedades terapéuticas, tales como el orégano o la papaya, que tiene efectos relajantes sobre la musculatura lisa (Castillo y Martínez, S/f), lo que permite un ablandamiento del cuello del útero (de ahí el uso de la papaverina en la Maternidad del Hospital de Castro como relajante durante el trabajo de parto); o el hinojo, que favorece la producción de leche y evita los gases y cólicos (MINSAL, 2007; Hoffman et al., 2003).

En esta misma línea, existen también alimentos que entregan energía y ‘calor’ para reponerse luego del parto, como los caldos de ave, los que igualmente debieran considerarse en la alimentación que reciben las mujeres post parto. En la investigación “Nacer en Chiloé” (Unidad de Salud Colectiva, 2008) hay más detalles en relación a la evaluación que las mujeres que dieron a luz en Maternidades de Chiloé opinaban en relación a la alimentación que recibieron durante la hospitalización y las sugerencias que hicieron para mejorarla.

Actualmente las Maternidades de Chiloé están mejorando progresivamente varios aspectos de la atención y del espacio en que se atiende el parto y el puerperio, incorporando prácticas como la atención del parto y parto en un mismo espacio; el acompañamiento del padre u otra persona significativa en el trabajo de parto y parto; el poder tener el parto en posición vertical; dar la posibilidad de poner música o bajar la luz al momento del parto y ofrecer infusiones de hierbas durante la hospitalización post parto, entre otras.



MESTIZAJE. Sector Pureo, Queilen. 2009

VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

“Si uno conoce su cuerpo, los médicos no pueden llegar y decir: ‘usted es esto lo que tiene’.

Uno misma sabe lo que tiene, uno conoce su cuerpo, ¿cómo otro le va a decir? (...).

Está bien que hayan estudiado, que hayan invertido hartos años en estudio, pero si van a hacer este estudio de mi enfermedad, hagan un estudio más completo.

Porque en la isla de Chiloé hay tantas cosas que usted no tiene idea”

Sra. C.G., Queilen rural.

Síndromes Culturales: Paradigmas Biomédico y Tradicional.

El trabajo desarrollado por la Unidad de Salud Colectiva con una metodología de investigación-acción, pretende visibilizar los conocimientos y modos de explicar las prácticas de salud en Chiloé, entendidas como actitudes, conocimientos y acciones que mantienen el equilibrio de la persona con su entorno familiar, natural, espiritual y/o social. Esto, a través del relato oral de diversos actores mantenido en el tiempo y a pesar de la influencia de la medicina occidental que llega a la isla. Conocimiento que muchas veces se incorpora generando una práctica de salud mestiza en su contenido.

A partir de este enfoque de trabajo, se ha hecho necesario investigar más profundamente los llamados *Síndromes Culturales* como el Sobrepeso, la Corriente de Aire, el Mal y el Susto.

La abundante información que maneja el equipo de la Unidad de Salud Colectiva se puede ubicar dentro de un paradigma de salud tradicional/mestizo que se diferencia del paradigma de salud biomédico exclusivo, convertido en una disciplina científica validada por un método de conocimiento que excluye a los saberes tradicionales y que llegó para instalarse en los espacios de salud pública. A partir de esto se transforma en la única acción válida disponible para acceder a la salud, por lo tanto cuando se intenta buscar otra alternativa posible, en general, ésta es invisibilizada por el sistema biomédico, sancionada o al menos cuestionada en sus prácticas.

Lamentablemente el enfoque biomédico expropia al sanador interno que cada persona tiene de su propia sabiduría y lo hace ser dependiente de un sistema externo

de salud que se nutre de la enfermedad y que no permite al enfermo escuchar su propio cuerpo y conectarse con su entorno para el encuentro de su propia sanación o restitución del equilibrio. Es decir, este enfoque complejiza y utiliza con arrogancia sus conocimientos sin respetar la visión que tiene el enfermo de su propia situación.

La instauración del sistema biomédico en la salud pública obedece a un modelo ligado a la producción y el cuerpo es visto como una máquina. Este modelo intenta alcanzar todos los ámbitos de la salud de las personas y ha logrado muchas veces imponerse y arrasar con los sistemas de sanación tradicionales.

Por otra parte, el problema surge cuando se considera al sistema biomédico como única opción disponible en los establecimientos de salud pública, tratando al ser humano como un ser fragmentado, separado de la naturaleza, donde cada vez más las disciplinas médicas se sobre especializan, perdiendo de vista la unidad del ser y su contexto, tales como: las prácticas, historia, creencias, contexto familiar, comunidad y territorio.

Como se lee a través de los relatos, fue posible encontrar personas que realizaron un camino de sanación para su enfermedad transitando por los diferentes sistemas de salud disponibles en su entorno inmediato (medicina casera, sanadores, comunidad, etc.), pero que no pueden encontrar su confirmación y reconocimiento en los espacios oficiales de salud. Surge entonces plantear, como una acción posible, visibilizar las representaciones que existen acerca de la salud de las personas en Chiloé y que no se encuentran integradas en los establecimientos y equipos de salud pública. Como se mencionó antes, al conocer la enfermedad desde el punto de vista de una persona de Chiloé -vívica- como una transgresión- se observa que la vía de sanación será diferente a la que ofrece el sistema biomédico.

Por lo tanto, visibilizar los síndromes culturales implica también difundir en el lenguaje cotidiano conceptos que provienen del conocimiento popular y que resultan, para quienes lo viven, su representación de la realidad. Sin embargo, no se busca idealizar los síndromes culturales, sino más bien se deben considerar como otra manera de ver la realidad, tan válida como la que provenga de otro sistema de creencias y por último insistir en la necesidad de la articulación de los conocimientos para facilitar el camino de sanación de las personas.

El factor emocional como detonante de los Síndromes Culturales.

Se dice que “un alma triste puede matarnos más rápidamente, mucho más rápidamente que un microbio” (Pérez, A. S/f), esta frase nos lleva a reflexionar que la explicación a la enfermedad o síntoma físico o psicológico debemos buscarlo más allá de lo que los instrumentos técnicos del sistema biomédico nos ofrece.

En la investigación de los síndromes culturales se ha podido observar que al igual que en el resto de las enfermedades diagnosticadas desde el sistema biomédico, la vulnerabilidad emocional es un factor que predispone al organismo para facilitar la entrada a cualquier virus, hongo o bacteria oportunista. En el caso de los síndromes investigados hemos visto que lo que permitía que se manifesten dolencias como la corriente de aire o un mal para algunos, era justamente la situación emocional que vivió la persona afectada, en muchos casos explicada desde la transgresión cometida.

En la actualidad hay estudios desde la psico-neuroinmunología que señalan que los factores de resistencia personales favorecen la forma de responder a situaciones de estrés y que el “soporte social” también es un factor protector. En el trabajo que ha desarrollado el Equipo de Salud Colectiva, se ha demostrado que la familia y la comunidad organizada, son factores que disminuyen el riesgo de sufrir ciertas enfermedades.

Si observamos también que el contexto epidemiológico ha cambiado en los últimos años, siendo las enfermedades circulatorias, tumores y accidentes las principales causas de muerte, es necesario analizar cada una de estas enfermedades y su correlación con el aspecto psicológico (Ibacache y Leighton, 2005).

Respecto de los problemas circulatorios, podemos mencionar que la sangre siempre ha estado asociada a la vida, en una gota de sangre está contenida la información de la persona, por lo tanto representa al Ser. Las paredes de los vasos representan la frontera del desarrollo de la personalidad y la resistencia que se opone al desarrollo. Siguiendo este análisis Dethlefsen y Dahlke, autores del libro “La enfermedad como camino” (1983) señalan que una persona con presión baja es una persona que no desafía estas fronteras, es decir no desafía a la vida, no quiere estar en ella. Por el contrario, el hipertenso se mantiene en la sobre-expresión, y derroche de actividad, indicio de agresividad reprimida, pero finalmente en ambos casos ninguno de los dos resuelve el conflicto que están vivenciando. Ambos somatizan sus problemas.

También en la explicación del sobrepeso los mayores, los sanadores más antiguos, hablan de la “subida de la sangre”, que no es otra cosa que energías que se movilizan en sentido contrario a lo natural, y que por lo tanto pueden llegar a causar trastornos por quedar detenida en un cuerpo concebido de manera distinta a la occidental. La enfermedad se produce debido a una transgresión de normas, que ancestralmente fueron ya incorporadas a la matriz sociocultural y su violación implica el riesgo de sufrir esta dolencia.

En cuanto a los tumores, Dethlefsen y Dahlke (1983) indican que su existencia se relaciona con la forma en que el ser humano vive actualmente. Es la falta de conciencia de unidad lo que explica que las células cancerígenas se comporten y reproduzcan aisladamente y sin control. El cáncer se expande por todo el organismo (metástasis). Podemos ver que es de esa misma forma en que el ser humano se comporta en la actualidad, cuando las comunidades indígenas aseguran que el hombre moderno transgrede la naturaleza se comporta como un cáncer, porque además ha perdido el sentido de unidad con su entorno y su comunidad, es el individualismo lo que impera y hay una falta de responsabilidad en el conflicto o problema que aflige a las personas; éste se evade y es finalmente somatizado.

Los tumores asociados al Mal, por ejemplo, son relacionados en algunos casos por las personas con la “acumulación”, ya sea de poder, tierras, bienes materiales. La gente las llama “enfermedades acompañadas”, ya que no son “pura enfermedad”, sino que hay algo que “vela”, “acompaña” y a la vez no deja ver el fondo de la situación. Al transgredir, el Mal nubla la visión de realidad.

Bajo este análisis, podemos ver que el desarrollo de las enfermedades que afectan al ser humano en la actualidad no está separado de lo que vive interiormente (psiquis) y exteriormente (familia, comunidad, naturaleza), por eso la importancia de que nuestro estudio se transforme en una herramienta que permita facilitar el camino de sanación, tanto para los equipos de salud como para los usuarios. Tomar conciencia de la importancia que tiene el recuperar el poder sanador de cada ser humano y de lo que la naturaleza nos aporta. A la vez será importante no subestimar la oportunidad que brinda la enfermedad para el camino de desarrollo y conocimiento interno, familiar y comunitario, cuando es vista como oportunidad y no como adversidad.

La importancia de la Insularidad en la existencia de los Síndromes Culturales.

Otro aspecto importante de considerar es la condición de insularidad del Archipiélago de Chiloé, que indudablemente determina las características socioculturales y ambientales que explican en parte la existencia de los síndromes culturales.

La condición de ser isla no puede ser reducida a un detalle que se incluye bajo el título de “contexto”. Los fenómenos, procesos y eventos que ocurren en islas y que las influye se pueden analizar desde un enfoque particular. Los estudios insulares, vistos como una perspectiva académica transdisciplinaria válida, están ganando cada vez más auge dada la importancia, impacto y la forma como son afectadas las islas en el mundo, tanto ecológica como socialmente, por los fenómenos que conlleva la globalización.

“La insularidad es una variable interviniente que (...) da forma y condiciona eventos sociales y físicos de manera diferenciada y claramente relevante” (Baldacchino, 2006:9). Las islas del mundo tienen una evidente diversidad biológica y cultural producto de ser sistemas con características y comportamientos claros y que están rodeados por límites geográficos definidos e indiscutibles (Depraetere, 2008:21). El uso, abuso y cuidado de los diversos recursos en las islas son más visibles que en el continente. Tanto las ciencias naturales como las ciencias sociales han tradicionalmente tomado las islas como “objeto” de estudio, dado que han sido considerados verdaderos “laboratorios” para observar diversos fenómenos.

A pesar de la riqueza ecológica y cultural que representan, predomina en la literatura académica la idea de que las islas tienen la característica esencial de ser vulnerables. Pero Campbell argumenta que la vulnerabilidad no es una característica esencial de las islas (Campbell, 2009). Si bien, las islas están más expuestas a desastres naturales y ecológicos, investigadores en las Islas del Pacífico han podido observar que el conocimiento tradicional que tienen sus habitantes ha sido históricamente clave para generar la resiliencia necesaria para afrontar las amenazas a que son expuestas (Campbell, 2009:91).

En nuestra experiencia en terreno, encontramos que hay familias donde el bienestar colectivo pasa por conocer y respetar la cultura y el medio ambiente, como una continuidad de vida. El “Agüita de Chaiguen”, encontrado en algunos hogares como factor protector de la vida de los mayores, nos habla del respeto por el agua

que cae desde un barranco, situación que es tremendamente ecológica desde el aspecto relacional⁹³.

Sin embargo, en general se está perdiendo la estructura de resiliencia basada en los sistemas de conocimiento tradicional, aumentando así la vulnerabilidad de las comunidades en las islas. A su vez, muchas comunidades contemporáneas dentro de las islas unen conocimientos tradicionales y modernos para seleccionar apropiadamente los recursos que combinados aumentan su nivel de resiliencia (Campbell, 2009:95). Esta combinación de recursos y/o de sistemas de conocimientos es lo que esta investigación sobre Síndromes Culturales ha revelado, lo que muestra los intentos por aumentar el nivel de resiliencia ante la percepción de amenazas al bienestar y salud personal y comunitaria que son cada vez más inminentes.

En su artículo sobre vulnerabilidades derivadas en las islas del mundo, Lewis argumenta que “la mejor manera de fortalecer la resiliencia (de las islas) es adaptando las estrategias tradicionales y sistemas de superación y/o de afrontamiento dentro de los programas de desarrollo cuyos objetivos son eliminar las causas de vulnerabilidad” (Lewis, 2009: 10).

En nuestra realidad insular, a través de conversaciones con personas de más de cien años de vida y con familias que mantienen cultivos y formas ancestrales de la cultura borde mar, queda en evidencia que estas estrategias cada día están en mayor fragilidad, producto de la no protección de estas prácticas a causa de la llegada de modelos monoculturales de desarrollo, lo que nos debe poner en alerta, en tanto se trata de un tema de salud pública. Es por esta razón que se hace cada vez más necesario reconocer, comprender e incorporar las estrategias que existen en Chiloé dentro de los programas de salud y desarrollo que son pensados desde el continente.

Propuestas

El estudio de los síndromes culturales es una forma de contribuir a que éstos sean validados en los espacios de la salud pública y que sean los diversos procedimientos de sanación existentes en la comunidad una alternativa posible de

⁹³ “Agüita de Chaiguen”: Video realizado en Isla Meulin. Jaime Ibacache Burgos y Miriam Torres Millán. Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé.

acceso a la salud, la que además tiene la característica de poseer un enfoque holístico del ser humano, ampliando el abordaje de la salud de las personas de un modo integrado y complementario al sistema biomédico.

Una forma de acercamiento posible entre los conocimientos del sistema biomédico y sistema tradicional, sería indagar en lo que subyace a los argumentos que cada uno defiende. Esto tiene relación con los valores, sistemas de creencias y prácticas que existen en ambos, para poder generar una integración efectiva y eficaz.

Sería interesante desarrollar en el futuro una metodología que permita recoger información para facilitar la comprensión de los síndromes culturales por parte del sistema de salud pública, como una forma de conocimiento válido que también explica y da respuestas a las dolencias o enfermedades de la población y respetar los tratamientos pertinentes, a través de la referencia y contrarreferencia de personas entre los distintos sistemas médicos a los que acuden.

Por lo tanto, para que los saberes recogidos no se conviertan en una clasificación más que se sume a la existente en el sistema biomédico y, a la vez, que no sea una alternativa de diagnóstico proveniente del sistema originario, será necesario conocer desde ambos enfoques que participan del proceso de sanación cuáles son las bases de estos conocimientos.

Por una parte, será necesario conocer de parte de los consultantes o usuarios del sistema público, sobre las expectativas con las que acuden al sistema biomédico. Indagar en la importancia que tiene para ellos el diagnóstico, si en él se incluyera una visión desde el sistema originario. Es decir, observar la reacción de los usuarios si el médico o técnico de la salud incorpora los síndromes culturales en su lenguaje y en sus prácticas

No podemos ignorar que las prácticas provenientes del sistema biomédico han sido internalizadas también en la representación de la salud de las personas, por lo tanto, modificar estos significados o intentar integrarlos implica un proceso que requiere de la colaboración tanto del facilitador de la salud (médico o funcionario de la salud) como de quien accede a ella (usuario).

Los síndromes culturales constituyen un saber que proviene de una cultura determinada, en ella subyacen estos conocimientos, y en esta cultura también se conserva, en muchos casos (sobre todo en las personas mayores) el camino a la

restitución de su propia salud. Pero hay otras preguntas que no quedan resueltas o no son relacionadas con el origen de la enfermedad como, por ejemplo, poder comprender por qué se origina la enfermedad, en qué momento del ciclo vital se gatilla, qué se debe aprender de ella, qué sentido tiene la enfermedad para la persona y su familia o comunidad. Estas preguntas no siempre son resueltas tanto desde el sistema biomédico como desde el sistema tradicional. Sin embargo, después de haber conocido más a fondo los síndromes culturales, podemos sostener que éstos se acercan un poco más a dar respuestas, ya que vienen a demostrar que mucho antes que apareciera el sistema biomédico, el ser humano ya explicaba y abordaba sus dolencias a través de la armonía y comprensión con sus seres superiores, la naturaleza, su entorno familiar y comunitario.

Como bien vimos a lo largo de este trabajo existe un sistema de salud que en este momento es imperante. Lo que planteamos por lo tanto, es visibilizar un aspecto sociocultural de otro sistema de salud que existe sin el reconocimiento, validación y apoyo que tiene el sistema biomédico.

El desafío es lograr que la medicina occidental-biomédica-hegemónica sea más tolerante, abierta y que reconozca, respete y aprenda de otros sistemas de conocimientos que tienen mucho que aportar, para volver a comprender la integralidad del ser humano y sus relaciones con el entorno socio-espiritual y medioambiental, como determinantes de la armonía.

A través de esta investigación no se pretende generar un cambio radical o inmediato en la perspectiva de los técnicos o profesionales de salud, dado que se entiende que es un proceso paulatino y que requiere mucha reflexión y sensibilización hacia otras formas de enfocar la salud.

Es por esto que se plantea desarrollar las siguientes líneas de acción que deberán constituirse en la piedra angular del inicio de una nueva manera de pensar la salud de las personas.

- Inducción y Sensibilización a Profesionales de Salud

Para los técnicos y profesionales de la salud que vienen a trabajar en el sector público en el Archipiélago, se propone inducirlos y sensibilizarlos acerca de algunos temas que consideramos pertinentes y necesarios abordar:

- Historia general de Chiloé
- Historia de la Salud Pública en el Archipiélago
- La insularidad como factor condicionante
- Epidemiología sociocultural en Chiloé
- Sistemas médicos que actualmente co-existen en Chiloé (tradicional, energético y biomédico), y como se complementan y/o contraponen.
- Introducción a la Investigación-acción para análisis de casos concretos. Reales y en terreno

El objetivo de este proceso de sensibilización es generar una reflexión y consciencia de cómo influye el territorio (entendido como lugar y cultura) en que están insertos. Por lo tanto, esta reflexión fomentaría una aproximación más pertinente a la realidad chilota, donde no existe un solo sistema de salud, sino que confluyen diversos sistemas.

- Será necesario diseñar un proceso de seguimiento cualitativo que tenga una duración de al menos seis meses a un año, luego de la primera experiencia de inducción con pertinencia cultural. Este seguimiento implicaría una reflexión e integración de lo aprendido en la inducción inicial, que pueda dar cuenta de la posibilidad de conocer un sistema de conocimiento distinto.
- Luego del proceso de inducción y seguimiento con los técnicos y profesionales que recién se incorporan, realizar una sistematización y análisis de los resultados, para replicar la experiencia con los aprendizajes incorporados extendiéndola a todos los equipos de salud de la provincia.

Finalmente, queremos recalcar que la apuesta de este trabajo no es destacar un enfoque de salud por sobre otro, sino confluir, construir e integrar todos los tipos de sanación. Se pueden generar procesos de inducción con pertinencia cultural que faciliten la inserción de los médicos y otros profesionales y técnicos de salud, e incluso del intersector (sobre todo jóvenes) en el contexto sociocultural y geográfico en el cual trabajan.

La invitación es a que los equipos de salud integren una mirada más amplia y que se realice un análisis crítico de las políticas actuales de salud y del paradigma preponderante. El objetivo es que cada equipo genere sus propias metodologías para favorecer la convivencia de ambos sistemas posterior al análisis crítico.

Desde los equipos de salud, el objetivo será que lleguen a tratar a las personas en su integralidad, no sólo abordar el síntoma que los aqueja –independientemente del origen y tipo de enfermedad que presentan- sino también acercarse respetuosamente a sus creencias, emociones y contexto sociocultural al que pertenecen. Es importante que el equipo pueda comprender su rol como mediador o facilitador de la salud y por lo tanto mantener una actitud proactiva para articular otros sistemas de conocimientos médicos disponibles (tradicional, energético, e incluso creencias religiosas y otras que igualmente puedan aportar en su camino de sanación, etc.). Si lo anterior se incorpora a la base de su formación, el resultado será enriquecer su práctica abriéndose hacia otros sectores del desarrollo, para así transformarse en un facilitador integral del camino de sanación de las personas

*“La medicina la hacemos entre todos. No es bueno lo que yo hago
ni es bueno lo que hace el otro si no lo hacemos en conjunto,
porque si yo le doy a alguien un remedio, o lo contengo y tiene una herida por ejemplo en el
estómago, y si yo le doy remedio para que le vaya cicatrizando eso
y no hay un médico que vea cuánto de profunda está esa herida, no vamos a mejorarlo.*

*Hay tantas cosas modernas. Hay que usar lo moderno,
pero tampoco hay que dejar de usar lo otro, lo que nos da la naturaleza.
No hay que dejar de usar, hay que complementarlo, eso es lo que debiera hacerse,
no desoír lo que uno tiene que decir ni tampoco nosotros podemos desoír
lo que los médicos tienen que decir...”*

E. A., Sanadora Tradicional. Castro.

VII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Acosta Mónica, Alegría L., Cajiao, G; Llano, A., Valencia, C. y Zuluaga, P. **Creencias Populares sobre el Autocuidado durante el Puerperio, en las Instituciones de Salud de Nivel 1.** Universidad del Valle de Cali. Colombia. <http://www.monografias.com/trabajos905/creencias-populares-puerperio/creencias-populares-puerperio.shtml>

Allende, Salvador. 1939. **La Realidad Médico-Social Chilena.** (versión digitalizada, s/ref)

APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina). 2003. **Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico.**

Aparicio Mena, Alfonso, S/f. **Etnomedicina en Mesoamérica Central.** <http://www.monografias.com/trabajos46/etnomedicina/etnomedicina.shtml>

Arrúe, Wille y Kalinsky, Beatriz. (1991). **De “la Médica” y el Terapeuta. La Gestión Intercultural de la Salud en el Sur de la Provincia del Neuquén.** Bibliotecas Universitarias. Centro Editor de América Latina. Bs. Aires, Argentina.

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

Baldacchino, Godfrey. 2006. **“Islands, Island Studies, Island Studies Journal”.** En: Island Studies Journal. Vol. 1 N° 1. Mayo 2006. <http://vre2.upei.ca/sites/vre2.upei.ca.islandstudies.ca/files/u2/ISJ-1-1-2006-Baldacchino-pp3-18.pdf>

Barros Arana, Diego. 1999 (original de 1902). **Historia General de Chile.** Tomo Quinto. Ed. Universitaria y Centro de Investigaciones Barros Arana.

Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (Espanto) <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?v=m&l=2&t=chichimeco-jonaz&demanda=espanto&orden=16#demanda>

Binfa, Lorena. 2007. **“Vida y Obra de Lorenzo Sazie”.** <http://memorialorenzosazie.blogspot.com/2007/09/palabras-de-la-profesora-lorena-binfa.html>

Bonastra, Quim. 2000. **Innovaciones y Continuismo en las Concepciones sobre el Contagio y las Cuarentenas en la España del Siglo XIX. Reflexiones Acerca de un Problema Sanitario, Económico y Social.** En: *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Nº 69 (35), 1 de agosto de 2000. Universidad de Barcelona. <http://www.ub.es/geocrit/sn-69-35.htm>

Bonfil Batalla, Guillermo. 1995. **Pensar Nuestra Cultura.** Alianza Editorial.

Bruning, Waldo. 1996. **Vivencias de un Galeno.** Ediciones Graphus.

Campbell, John. 2009. **"Islandness: Vulnerability and Resilience in Oceania"** En: *Shima: The Internacional Journal of Research Into Island Cultures*. Vol. 3 Nº 1, 2009. <http://shimajournal.org/issues/v3n1/i.%20Campbell%20Shima%20v3n1%2085-97.pdf>

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

Cárdenas, Renato; Montiel, Dante y Hall, Catherine. 1993. **Los Chono y los Veliche de Chiloé.** Ed. Olimpho.

Cárdenas Renato. 1998. **El Libro de la Mitología. Historias, leyendas y creencias mágicas obtenidas de la tradición oral.** Ed. Atelí. Punta Arenas.

Cárdenas, Renato y Hall, Catherine. 2002. **Chiloé: Manual del Pensamiento Mágico y la Creencia Popular.** Imprenta y Editora Olimpho

Castellón Quiroga, Iván, 1997. **Abril es tiempo de Kharisiris.** Editorial Serrano, Cochabamba. Bolivia.

Castillo, Encarna y Martínez, Isabel. **Manual de Fitoterapia.** S/F. Editorial Elsevier. España.
http://books.google.com/books?id=SgZjLFGBAAcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbp_navlinks_s

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

Comunidad Indígena Buta Huapi Chilhue. 1999. **Manual de Uso de Plantas y Árboles Medicinales del Pueblo Huilliche de Chiloé**. CGC - BMCH - CECH - F. Populorum Progressio. Chiloé.

Contreras Scorsoni, Víctor. S/f. **Las lenguas de Chiloé**. En: <http://74.125.113.132/search?q=cache:VzAiWbbKkWgJ:chiloe.ucv.cl/Lenguas%2520de%2520Chiloe.htm+mapucher%C3%ADa&cd=6&hl=es&ct=clnk&gl=es>

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

Cuervo LG. **Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados del nacimiento en mujeres a término o después del término**. Comentario de la BSR (última revisión: 28 de diciembre de 2006). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/prolonged_pregnancy/lgcom/es/index.html

Chamorro A y Tocornal C. 2005. **“Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea”**. Estudios Atacameños Nº 30, pp 117 – 134. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-0432005000200007&lng=e&nrm=iso&tlng=e

Cheuquepan, Sandra; Huentrutripay, Teolinda; Pardo, Sofía; Rojas, Margarita; Venegas, Víctor. S/f. **Muezlemayen Küme Koñin. Embarazo, parto y puerperio en la cultura mapuche-hulliche de la provincia de Osorno, Chile**. Hospital Base Osorno – Servicio de Salud Osorno – Universidad de Los Lagos Osorno (Chile)
<http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/cheuquepan-7.pdf>

Depraetere, Christian. 2008. **“The Challenge of Nissology. A Global Outlook on the World Archipelago. Part II: The Global and Scientific Vocation of Nissology”** En: Island Studies Journal. Vol. 3 Nº 1, Mayo 2008.
http://vre2.upei.ca/sites/vre2.upei.ca.islandstudies.ca/files/ISJ-3-1-2008-Depraetere2-FINAL_0.pdf

De Keller, Jennifer. (s/f) **Síndromes Culturales: Nervios y Susto en Guatemala**. Universidad del Valle de Guatemala. Departamento de Ciencias Sociales Maestría en

Conserjería Psicológica y Salud Mental. Psicodiagnóstico de Desórdenes Mentales.
<http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/sc.htm>

De Varese, María. 2007. **“La mujer que trae niños al mundo”**. BBC Mundo.com. (18/9/2007)
http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/forums/espacio_del_lector/newsid_6993000/6993668.stm#

Del Cairo Silva, Carolina; Bedoya, Luz Marina; Tabares, Rosa Elizabeth; Delgado, Mario Francisco; Calvache, José Andrés. **Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la Costa Pacífica Caucana**. Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología [en línea] 2006, (julio-diciembre): [fecha de consulta: 18 de octubre de 2009] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81400311>> ISSN 1900-5407_

Dethlefsen, T y Dahlke, R. 2002. **La Enfermedad como Camino**. Plaza & Janés Editores. España.

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

Gómez Nadia, Dorantes Dalia, Flores Jorge y Miranda Yhajaira. 2007. **Síndromes Populares Frecuentes y su Tratamiento con Medicina Tradicional**. Medicina Tradicional. Escuela de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Tlahui-Medic. No. 23, I/2007. <http://www.tlahui.com/medic/medic23/sindromesp.htm>

Granda, Edmundo **“¿A qué llamamos Salud Colectiva, Hoy?”**. Revista Cubana de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública vol.30 no.2 Ciudad de La Habana Apr.-June 2004. Universidad Nacional de Loja. OPS.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Grupo de Medicina Alternativa “Marie Poussepin”. 2002. **Salud y Plantas Medicinales en Queilen**. Queilen. Chiloé. Sin editar.

Herán, T. y Monsalve D. 2002. **Abriendo espacios en salud: El significado de una buena atención. Una mirada desde la Antropología Médica**. Universidad Austral de Chile. Instituto de Ciencias Sociales. Valdivia.

Hollweg, Mario. 2003. **Trastornos Afectivos en las Culturas Bolivianas. Un Enfoque Etnopsiquiátrico Transcultural**. En: Investigación en Salud, abril 2003/vol. V, n° 001. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. P. 4

Hoffman, Adriana, Farga Cristina, Lastra, Jorge y Veghazi, Esteban. 2003. **Plantas Medicinales de Uso Común en Chile**. Ediciones Fundación Claudio Gay.

Ibacache, J y Leighton, A. 2005. **“Salud Colectiva: Un modelo de Atención de Salud Contextualizado”**.

<http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docModelos%20de%20Atenci%20Contextualizados-Chile%20.pdf>

Ibacache, Jaime; Morros, Luis y Trangol, Margarita. 2002. **“Salud Mental y Enfoque socioespiritual-psico-biológico: Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud – enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud”**. Hospital Makewe. Servicio de Salud Araucanía Sur.

Izquierdo, Carolina and Allen Johnson. 2007. **“Desire, Envy and Punishment: A Matsigenka Emotion Schema in Illness Narratives and Folk Stories”**. Culture, Medicine and Psychiatry 31 (4): 419-444.

Kaempffer, Ana y Medina, Ernesto. **“Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos”**. *Rev. chil. pediatr.* [online]. oct. 2006, vol.77, no.5 [citado 15 Octubre 2008], p.492-500. Disponible en la World Wide Web:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000500007&script=sci_arttext&tlng=

Krippner, S. 2007. **“Estrategias Psicológicas y Psiquiátricas de los Chamanes y el Chamanismo”**. Revista de Psiquiatría Clínica 34(1):17-24, 2007. <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb551.htm>

Laplantine, Francois. 1999. **Antropología de la enfermedad**. Ediciones Del Sol. Buenos Aires. Argentina.

Leighton Alejandra, Monsalve, Daniela, Ibacache, Jaime. **“Nacer en Chiloé: Articulación de Conocimientos para la Atención del Proceso Reproductivo”**. Cuadernos Médico Sociales. Septiembre 2008; Vol. 48, N° 3 (pp. 174-191). Santiago.

Lévi-Strauss, Claude. 1995. **Antropología Estructural**. Ed. Paidós. Barcelona. (Capítulo 10. "La Eficacia Simbólica", pp. 211-227).

Lewis, James. 2009. **"An Island Characteristic - Derivative Vulnerability to Indigenous and Exogenous Hazards"** En: Shima: The Internacional Journal of Research Into Island Cultures. Vol. 3 N° 1, 2009.

<http://shimajournal.org/issues/v3n1/d.%20Lewis%20Shima%20v3n1%203-15.pdf>

López, Paulina. S/f. **Historia de la Matrona en el contexto de las Sociedades**. Escuela de Enfermería y Obstetricia, Carrera de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Valparaíso. Chile

López Von Vriessen, Carlos. 1992. **"El Inao o Linao o Juego de Pelota con las Manos de los Mapuche-Huilliches"**. En: Quinta Imagen. 15 julio 1992, p.12. <http://www.deportesmapuches.cl:80/imagenes/publicaciones/quinta%20imagen/D-LINAO/2.htm>

_____. 2004. **"Palin, Declarado Nuevo Deporte Nacional"**. En: Escáner Cultural. Revista Virtual. N° 66, año 6, Octubre 2004. Santiago. <http://www.escaner.cl/escaner66/origen.htm>

MINSAL, 2007. Resolución Exenta N° 522, **Aprueba Listado de Medicamentos Herbarios Tradicionales** (Publicado en Diario Oficial el 31/8/2007).

Mora, Ziley. 2006. **Magia y Secretos de la Mujer Mapuche**. Uqbar Editores. Temuco.

Moraleda, José de. 1888. **Esploraciones jeográficas e hidrográficas**. Imprenta Nacional. Santiago. http://www.memoriachilena.cl/temas/documento_detalle.asp?id=MC0018328

Moreno, Laura. 2007. **"Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica"**. Salud Pública de México. V. 49 N° 1. Cuernavaca. México.

Museo Regional de Ancud. S/f. Unidad III: Teorías del Poblamiento de Chiloé. <http://explorancudpoblamientodechiloe.blogspot.com/>

Ortiz de Montellano, Bernardo. 1997. **Medicina, Salud y Nutrición Aztecas**. Siglo Veintiuno Editores. México.

Pérez Bravo, Avelina. S/f. **"Psiconeuroinmunología"**. Servicio de Psiquiatría Hospital Xeral de Vigo. España.

http://webs.uvigo.es/endocrinologia/PDFs%202004_05/psiconeuroendocrinologia_AVPPerezBravo.pdf

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

Plath, Oreste. 2000. **Folclore Médico Chileno**. Editorial Nacimiento. Santiago.

<http://www.oresteplath.cl/antologia/folcmedico7.html>

Polia, Mario. 1996. **Despierta, remedio, cuenta...: adivinos y médicos de Los Andes**. Tomo II, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial 1996. Pág. 490- 491.

Proceso. 1960. **Proceso de los Brujos de Chiloé**. Anales Chilenos de Historia de la Medicina. 1er Semestre. Pp. 124-162.

http://www.memoriachilena.cl//temas/documento_detalle.asp?id=MC0008651

Quintana Mansilla, Bernardo. 1995. **Chiloé Mitológico**. Marisa Cúneo Ediciones. Valdivia.

RAE (Real Academia Española). 2001. **Diccionario de la Lengua Española**. Vigésima Segunda Edición.

Rayen Küyen, Asoc. Indígena. 2005. **Nosotras las Mujeres Williche. Nuestra Medicina, Artesanía y Alimentación Tradicional**. Chiloé.

Rojas Flores, Gonzalo. 2002. **Reyes sobre la Tierra**. Editorial Biblioteca Americana. Universidad Andrés Bello. Santiago.

Romero, M. Inés; Bedregal, Paula y Bastías, Gabriel. **"Situación de la Salud Materno Infantil en Chile"**. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23:10-14

Romo Sánchez, Manuel. 1987. **Aves y Plantas de la Brujería de Chiloé**. Mimeo. Santiago.

_____. 1989. **Diccionario de la Brujería en Chiloé**. Mimeo

_____. 2001. **Folklore Médico de Chiloé**. Ediciones del Orfebre. Santiago

Sasson, Yolanda. 1996. **"El alma y los síndromes patológicos actuales I/III. Los signos y síntomas del espanto (susto) en Mesoamérica"**. Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales Tlahuilli A.C. N° 2. II. México.

Servicio de Salud Chiloé. 2009. **Plan de Normalización Red Asistencial de Chiloé. Modelo de Red – Modelo de Gestión**.

Szot M, Jorge. 2002. **Reseña de salud pública materno infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960 – 2000**. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 7 N° 2. 2002. Chile.

Tangol, Nicasio. 1972. **Chiloé, Archipiélago Mágico (Tomo 2). Mitos y Leyendas**. Serie Nosotros Los Chilenos. Editora Nacional Quimantú. Santiago.

_____. 1976. **Diccionario Etimológico Chilote**. Ed. Nascimento, Santiago. (p.114)

Trivero, Alberto. 1999. **Inche Ta Domitila Kuyul. Testimonio de la última Maestra de Paz de Chiloé**. Centro de documentación Mapuche. <http://www.mapuche.info/mapuint/Kuyul.html>

_____. 2004. **"1712: La Gran Rebelión de los Mapuche de Chiloé"**. En: Ñuke Mapuförlaget. Working Papers n° 24. www.mapuche.info/mapuint/Trivero040700.pdf
Unidad de Salud Colectiva. SS Chiloé, 2007. **Abuelas Sanadoras de Chiloé** (Video).

Unidad de Salud Colectiva. SS Chiloé, 2008. **Nacer en Chiloé. Articulación de Conocimientos para la Atención del Proceso Reproductivo**. Servicio de Salud Chiloé – Chile Crece Contigo.

Unidad de Salud Colectiva. SS Chiloé, 2009. **Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Las Historias No Contadas** (Video).

Urbina, Rodolfo. 2002. **La Vida en Chiloé en los Tiempos del Fogón 1900 – 1940**. U. de Playa Ancha Editorial. Valparaíso.

Viesca Treviño, Carlos. 2005. **Medicina Prehispánica de México**. Ed. Panorama. México.

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

ANEXO

TABLA DE ENTREVISTADOS

ENTREVISTADOS POR SÍNDROME

INICIALES	EDAD	SEXO	COMUNA RESIDENCIA	SÍNDROME
A.B.	87	Mujer	Dalcahue Rural	CORRIENTE DE AIRE
C.P.	58	Mujer	Quinchao Rural	CORRIENTE DE AIRE
C.C.	86	Mujer	Queilen Rural	MAL
C.P.	30	Hombre	Chonchi Rural	MAL
D.R.	67	Mujer	Dalcahue Rural	MAL
D.T.	72	Mujer	Quinchao Insular	SOBREPARTO
E.V.	63	Mujer	Quinchao Insular	SOBREPARTO
E.G.	20	Hombre	Castro Rural	MAL (sajaduras)
F.M.	60	Mujer	Queilen Rural	MAL
F.C.	60	Mujer	Quinchao Insular	SOBREPARTO
G.C.	57	Mujer	Castro Rural	MAL
H.L.I.	67	Mujer	Chonchi Rural	CORRIENTE DE AIRE
H.R.	71	Mujer	Dalcahue Rural	MAL CORRIENTE DE AIRE
J.P.	22	Mujer	Chonchi Rural	MAL
L.P.	65	Hombre	Quinchao Insular	MAL
L.U.	58	Mujer	Quinchao Insular	CORRIENTE DE AIRE
M.P.	55	Mujer	Quinchao Insular	SOBREPARTO
M.Ch.	28	Hombre	Chonchi rural	MAL (indirecta)
N.M.	60	Hombre	Castro rural	MAL (padre)
O.V.	69	Hombre	Chonchi Rural	CORRIENTE MAL
T.M.	55	Mujer	Quinchao Insular	CORRIENTE DE AIRE
J.B.	53	Hombre	Queilen Rural	MAL
T.M.	62	Mujer	Quinchao Insular	CORRIENTE DE AIRE
H.CH.	53	Mujer	Chonchi Rural	SOBREPARTO SUSTO MAL
G.M.	67	Mujer	Puqueldón	MAL CORRIENTE SUSTO
C.G.	32	Mujer	Queilen rural	SUSTO
D.M.	72	Mujer	Quemchi insular	SUSTO (hijos)
L.G.	9	Hombre	Queilen rural	SUSTO

INICIALES	EDAD	SEXO	COMUNA RESIDENCIA	SÍNDROME
M.M.	19	Mujer	Quinchao insular	SUSTO
P.U.	20	Hombre	Quinchao insular	SUSTO
B.U.	16	Mujer	Quinchao insular	SUSTO
J.V.	2	Mujer	Castro urbano	SUSTO
R.R.	34	Mujer	Queilen rural	SUSTO
N.A.	7	Hombre	Quinchao insular	SUSTO
H.L.	30	Hombre	Quinchao insular	SUSTO
C.M.	7 meses	Mujer	Puqueldón	SUSTO
F.P.	56	Mujer	Quinchao Insular	CORRIENTE DE AIRE SOBREPARTO SUSTO
N.S.	50	Mujer	Quinchao insular	SUSTO
C.C.	6 meses	Mujer	Puqueldón	SUSTO
R.M.	50	Hombre	Castro rural	SINDROMES EN GRAL.

TOTAL: 39 CASOS

SANADORAS Y SANADORES

Iniciales	Edad	Sexo	Localidad Residencia
T.C.	104	Mujer	Queilen Rural
H.Ll.	67	Mujer	Chonchi Rural
A.B.	87	Mujer	Dalcahue Rural
A.B.	58	Mujer	Puqueldón
E.A.	54	Mujer	Castro urbano
E.T.	49	Hombre	Queilen Rural
R.G.	76	Mujer	Queilen rural
G.M.	67	Mujer	Puqueldón
L.U.	50	Mujer	Quinchao insular

TOTAL: 9 SANADORES

PROFESIONALES Y TECNICOS DE SALUD

NOMBRE	EDAD	Años ejercicio profesión	ACTIVIDAD	ESTABLECIMIENTO
Adelaida Ancapan	52	29	Matrona	Hospital Castro
Alejandro Ceballos	26	6 meses	Médico General	CECOSF Apiao Corporación Municipal Salud Quinchao
Angela Kanelos	45	17	Kinesióloga	Hospital Castro
Antonio Huichapani	52	33	Técnico Paramédico	Corporación Municipal Salud Quinchao
Carlos Gueicha	54	30	Técnico Paramédico	Corporación Municipal Salud Quinchao
Carlos Sovier	55	30	Médico Gineco Obstetra	Servicio Salud Chiloé y Hospital de Ancud
Carolina González	43	19	Asistente social	Unidad Salud Mental y Psiquiatría Hospital Castro
Carolina Silva	28	2	Kinesióloga	Hospital Queilen
Claudio Klenner	52	26	Médico Pediatra	Hospital Castro
Eliana Díaz Saldivia	26	3	Kinesióloga	Hospital Castro
Flor Cheuquepil	37	17	Técnico Paramédico	Corporación Municipal Salud Quinchao
Iris Barrientos	43	22	Técnico Paramédico	Consultorio Quemchi Posta Lliuco
Jacqueline Sánchez	47	22	Médico Psiquiatra	U. Salud Mental y Psiquiatría Hospital Castro
Jorge Espinoza	26	1 año y medio	Matrón	CECOSF Apiao Corporación Municipal Salud Quinchao
Lorna Correa	24	1	Enfermera	Corporación Municipal Salud Quinchao

NOMBRE	EDAD	Años ejercicio profesión	ACTIVIDAD	ESTABLECIMIENTO
Luis Queupunahuel	27	3	Médico	Corporación Municipal Salud Quinchao
Manuel García	38	15	Médico Gineco Obstetra	Hospital Castro
Marcia Muñoz	37	11	Psicóloga	Unidad Salud Mental y Psiquiatría Hospital Castro
Miguel Chávez	51	20	Médico Neurólogo	Hospital Castro
Patricia García	57	35	Matrona	CECOSF Llau Llau Corp. Mun. Salud Castro
Sandra Invernizzi	41	19	Matrona	Servicio Salud Chiloé
Silvia Kramm	55	36	Técnico Paramédico	Hospital Castro
Vanesa Bustamante	33	5	Matrona	Hospital Castro

ANEXO

OTRAS PUBLICACIONES UNIDAD DE SALUD COLECTIVA

NOMBRE	Autor	Año	Publicación	Formato	REFERENCIA
“Salud Colectiva: Un modelo de Atención de Salud Contextualizado”.	Ibacache, J y Leighton, A. Unidad de Salud Colectiva	2005	Internet	Artículo	http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docModelos%20de%20Atencio%20Contextualizados-Chile%20.pdf
“Estrategias Comunitarias y Autonomía Multicultural”.	Ibacache, J. y Leighton, A.	2005	Internet	Artículo	http://www.mapuexpress.net/?act=publishations&id=87
“Reflexiones alrededor de un fogón rural”.	Ibacache, J. y Torres, M. Unidad de Salud Colectiva	2006	Internet	Artículo	http://www.freewebs.com/diproschiloe/REFLEXIONES%20ALREDEDOR%20DE%20UN%20FOGON%20RURAL%5B1%5D.doc
“Navegando el Sentido Común: Salud Colectiva en la comuna de Quinchao”	Ibacache Burgos, Jaime Unidad de Salud Colectiva	2007	Cuadernos Médico Sociales. 2008; Vol. 48, N° 2. Santiago.	Artículo	http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/48_2.pdf
“Nacer en Chiloé: Articulación de Conocimientos para la Atención del Proceso Reproductivo”	Leighton Alejandra, Monsalve, Daniela, Ibacache, Jaime. Unidad de Salud Colectiva	2008	Cuadernos Médico Sociales. Septiembre 2008; Vol. 48, N° 3 (pp. 174-191). Santiago.	Artículo	http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/48_3.pdf
Sistema de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en Quinchao. 2006	Ibacache, J. , Leighton, A. y M. Torres. Unidad de Salud Colectiva	2007	Unidad Salud Colectiva. SS Chiloé. Corp. Municipal Quinchao	Documento de Trabajo	http://www.mapuexpress.net/?act=publishations&id=683&PHPSESSID=779c0aa5e5b164e7f6c9b78c27afa190
Preparación y Propiedades de las Plantas Medicinales.	Leighton, Alejandra (Edición) Unidad de Salud Colectiva	2007	Sin publicar	Documento de Trabajo	
Nacer en Chiloé. Articulación de Conocimientos para la Atención del Proceso Reproductivo.	Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé	2008	Serie Documentos de Trabajo. N°1. Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé – Chile Crece Contigo.	Documento de Trabajo	http://sschiloe.redsalud.gov.cl/url/item/6cb8e55e6c06746ae04001011e015e62.pdf
Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres Williche de Chiloé	Unidad de Salud Colectiva - Asoc. Indígena de Mujeres Williche ‘Rayen Küyen’.	2010		Documento de Trabajo	
Taller de Plantas Medicinales en Aldachildo <i>Preparación de remedios con plantas medicinales en conjunto con técnicos paramédicos y sanadoras de una isla del Archipiélago de Chiloé</i>	Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé	2005	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video904.html
Querer es Poder. <i>Experiencia de la Paramédico de una Posta sobre el trabajo con terapias complementarias en el tratamiento de la depresión</i>	Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé	2005	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video867.html

NOMBRE	Autor	Año	Publicación	Formato	REFERENCIA
Hablemos con Derecho <i>Experiencia de un proyecto de derechos sexuales y reproductivos con mujeres Huilliche.</i>	Ibacache B, Jaime; Torres, Miriam; Guenteo, Hilda. Unidad de Salud Colectiva – Asoc. Mujeres Williche Rayen Küyen	2007	Internet	Video	http://video.google.es/videoplay?docid=1909733207634859541#
Abuelas Sanadoras de Chiloé <i>Relatos de parteras sobre el trabajo que realizaron por años ayudando a dar a luz en Chiloé.</i>	Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé	2007	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video730.html
Una Visita Familiar en un Día Familiar <i>Integrantes de la Unidad de Salud Colectiva visitan familias en las islas, articulando conocimientos y fortaleciendo identidad cultural.</i>	Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé	2008	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video870.html
Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Las Historias No Contadas. <i>Se muestran y comentan cuatro síndromes culturales: Sobrepeso, Susto, Corriente de Aire y Mal por Envidia, dolencias habituales en la población del Archipiélago</i>	Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé	2009	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video719.html
Don Eugenio, 107 años en medio del Chiloé Profundo. <i>Relato sobre la forma de vida y experiencias de Don Eugenio, habitante de una isla de Chiloé.</i>	Ibacache B., Jaime Unidad Salud Colectiva	2009	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video720.html
Y la yerba buena hirvió <i>Una sanadora tradicional relata el tratamiento hecho a un niño con una infección por parásitos intestinales complicada.</i>	Ibacache B., Jaime Unidad Salud Colectiva	2009	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video737.html
El Cacho del Camahueto <i>Relatos sobre el uso del cacho de este animal mitológico para el tratamiento de dolencias en Chiloé.</i>	Ibacache B., Jaime Unidad Salud Colectiva	2009	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video868.html
Isla Mechuque sacudida por el viento <i>Entrevistas a habitantes de Mechuque y sus estrategias de salud.</i>	Ibacache B., Jaime Unidad Salud Colectiva	2010	Internet	Video	http://www.emprendedor.tv/video811.html
Salud Colectiva en Chiloé Profundo. Creando Salud y Cultura junto a los Habitantes del Archipiélago	Unidad de Salud Colectiva. Servicio de Salud Chiloé	S/f	Internet	Blog	http://saludcolectivachiloe.blogspot.com/



Quien ha estado en Chiloé probablemente ha escuchado a sus habitantes hablar de males, sustos, corrientes de aire o sobrepartos.

¿Son éstas enfermedades o dolencias?, ¿son exclusivas de Chiloé o existen en otras latitudes?, ¿cuáles son los caminos de sanación que las personas siguen cuando tienen uno de estos síndromes?, ¿pueden confluir la medicina occidental y la tradicional para abordarlos?

Los autores son parte de equipos de salud y miembros de la comunidad que en su cotidiano han intercambiado conocimiento con habitantes de las islas de Chiloé. En ese continuo diálogo han logrado desentrañar parte de las variadas expresiones de estos síndromes culturales recurrentes en el Archipiélago.

El resultado es este fascinante libro, que nos invita a ampliar nuestra mirada, conocer un poco más de la profunda cultura chilota y valorar el saber tradicional en esta modernidad que a veces cree comprenderlo todo.

