

Universidad del Valle de Guatemala
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología

DESCRIPCIÓN CULTURAL DE LA LOCURA
El ch'ornaj en la comunidad maya tz'utujil de
Santiago Atitlán, Sololá

Trabajo de investigación presentado por
Luis Ernesto Velásquez Alvarado para optar al grado
académico de Licenciado en Antropología.

Guatemala de la Asunción
2007

DESCRIPCIÓN CULTURAL DE LA LOCURA
El ch'ornaj en la comunidad maya tz'utujil de
Santiago Atitlán, Sololá

Universidad del Valle de Guatemala
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología

DESCRIPCIÓN CULTURAL DE LA LOCURA
El ch'ornaj en la comunidad maya tz'utujil de
Santiago Atitlán, Sololá

Trabajo de investigación presentado por
Luis Ernesto Velásquez Alvarado para optar al grado
académico de Licenciado en Antropología.


Guatemala de la Asunción
2007

Vo.Bo.:

(f) 
MA. Andrés Álvarez

Tribunal:

(f) 
Licda. Elba Villatoro

(f) 
Dr. Juan José Hurtado

(f) 
MA. Andrés Álvarez

Fecha de aprobación: Miércoles 5 de diciembre de 2,007

*A mis padres Ernesto e Irma
por su apoyo incondicional y por ser ejemplos de vida*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mis padres Ernesto e Irma por su apoyo incondicional durante mi carrera universitaria, por brindarme su orientación y consejo. Y sobre todo por demostrarme que la satisfacción personal reside en la búsqueda de la honestidad y perfección en las cosas que hacemos.

Agradezco a la Lda. Elba Villatoro, Antropóloga pionera en el campo de la etnomedicina en nuestro país, quien me introdujo al campo de la antropología y tuvo gran influencia en mi decisión por dedicarme a esta profesión. De igual manera, me ha brindado apoyo para la realización de este trabajo de tesis, primero facilitando los contactos institucionales y comunitarios para su elaboración, y segundo dedicando su tiempo y conocimiento para comentar y realizar observaciones orientadas a mejorar este trabajo.

Así mismo, ha sido importante la colaboración del Dr. Edgar Vásquez, Psiquiatra y Sociólogo, quien con su experiencia en el área clínica ha dado sus observaciones en relación a la propuesta y el desarrollo de la investigación.

Finalmente doy gracias al Dr. Didier Boremanse, quien como director del Departamento de Antropología, colaboró en la revisión del contenido del trabajo, aportando comentarios y observaciones valiosas. Y a Tatiana Paz, por su apoyo y crítica constructiva al análisis desarrollado.

PREFACIO

En Guatemala, la salud mental ha sido un tema comúnmente relegado a un segundo plano dentro los servicios públicos de salud, lo cual se constituye en un hecho crítico dada la prevalencia de enfermedades mentales en algunas comunidades del interior del país y a la existencia de ciertas condiciones sociales que propician su manifestación.

La poca capacidad técnica y disponibilidad económica del gobierno (y por lo tanto la falta de personal, infraestructura y recursos), para la implementación de estrategias de atención efectivas que se caractericen por ser compatibles desde el punto de vista social y cultural, son determinantes en la baja cobertura y accesibilidad de servicios de salud mental. Frente a esta realidad, la atención brindada a nivel público llega a estar lejos de tener un carácter “integral” ya que se enfoca únicamente en la atención de afecciones y enfermedades físicas, sin dar la importancia requerida al bienestar mental y social del individuo.

En este contexto, es evidente la importancia de la atención brindada por parte de los terapeutas tradicionales, los que se convierten en la principal opción a nivel comunitario para el diagnóstico, tratamiento y curación de los trastornos mentales.

Otro aspecto crítico de mencionar en cuanto al tema de la atención en salud mental a nivel rural es la poca investigación realizada entorno al tema, no sólo desde la perspectiva médica, sino también desde un enfoque social y cultural. Debido a lo anterior no se cuenta con información que ayude a comprender como se integran y vinculan las redes sociales para la atención de este tipo de trastornos. La relevancia del conocimiento de esta dinámica consiste en que con ello se generaría información teórica y práctica para desarrollar estrategias efectivas en el abordaje del tema a nivel comunitario. Al mismo tiempo, evidenciaría la viabilidad y necesidad de la complementariedad entre el sistema tradicional y el oficial de atención, frente a las circunstancias particulares que impiden cubrir la demanda de servicios básicos de salud en las áreas rurales.

De igual manera, la falta de estudios ha traído como consecuencia poca disponibilidad de información sobre el tipo de trastornos que se manifiestan en la población, su frecuencia, su interpretación cultural, la efectividad del tratamiento tradicional, así como la identificación de aquellos grupos más vulnerables debido a su vinculación a hechos como la pobreza y el conflicto armado interno.

En nuestro país, un esfuerzo único en la comprensión de los trastornos mentales en diferentes contextos culturales ha sido el Proyecto “Psicosis en una comunidad indígena guatemalteca”, el cual se implementó del año 2001 al 2004, en cuatro comunidades indígenas de Guatemala. Siendo diseñado y ejecutado por la Universidad de Brown (Estados Unidos), la Organización Panamericana de la Salud con sede en Guatemala y Estados Unidos, así como también por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del gobierno de Guatemala. El proyecto se planteó como objetivo general, realizar un estudio comparativo en dos comunidades indígenas rurales y dos urbanas, para determinar los síntomas y el curso de la “psicosis no afectiva” en poblaciones indígenas en diferentes ambientes sociales y culturales.

Con la finalidad de obtener información complementaria que ayudara a la comprensión del tema desde el punto de vista cultural, se realizó de manera paralela un estudio etnográfico en la comunidad de Santiago Atitlán (una de las cuatro comunidades estudiadas por el proyecto). Éste se desarrolló de manera independiente en cuanto a su diseño y desarrollo, contando con el valioso apoyo técnico y logístico del personal del proyecto ya mencionado, lo que facilitó el trabajo con los sujetos de estudio, sus familiares y la población en general.

La investigación, que se constituye en el trabajo expuesto en esta tesis, buscó describir desde una perspectiva sociocultural el trastorno del “ch’ornaj” o “locura” en una comunidad maya guatemalteca, brindando información cualitativa sobre la percepción particular de la población tz’utujil de Santiago Atitlán en relación a esta enfermedad. El estudio buscó aportar datos que sirvan de base para estudios posteriores sobre el entendimiento de este tipo de enfermedades en comunidades indígenas mayas, así como para el diseño e implementación de estrategias de intervención que sean cultural y socialmente compatibles con las poblaciones rurales que demandan los servicios de salud mental.

Un aspecto importante de mencionar es que la realización de una investigación “complementaria”, dio la pauta a trabajar con sujetos previamente diagnosticados por psiquiatras que dieron seguimiento a cada caso dentro del contexto cultural y social en el que se manifestó la enfermedad. Lo que facilitó obtener información específica sobre un fenómeno desde dos perspectivas diferentes; la primera desde el enfoque de la psiquiatría clínica, y otra basada en la concepción cultural del sujeto, su familia, y la sociedad en la que se desenvuelve. Partiendo de esta experiencia se ha logrado observar que ambos sistemas de atención en salud, son compatibles y complementarios.

Por otro lado, se considera que la información expuesta y desarrollada en este documento, puede servir como medio para evidenciar la importancia del enfoque multidisciplinario en el diseño de intervenciones, no solamente en cuanto a las enfermedades mentales sino que en general en el tema de salud. Esta investigación ejemplifica cómo el trabajo de antropólogo puede contribuir a diferentes disciplinas, no solamente al campo de la medicina, la psiquiatría o la psicología, si no a otras áreas como la planificación y el diseño de políticas en el sector salud.

Finalmente, la investigación, sin el objetivo de ser pretenciosa, busca aportar algunos elementos que puedan mejorar las condiciones de vida del grupo que ha sido objeto de estudio, desde una perspectiva que enfatiza la responsabilidad ética del antropólogo como investigador social que trabaja con personas que demandan la atención de sus necesidades básicas, y que muchas veces ven en este tipo de acercamiento una esperanza de obtener atención a sus problemas de salud.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	XIII
PREFACIO	XV
LISTA DE TABLAS	XXI
LISTA DE ESQUEMAS.....	XXIII
LISTA DE ILUSTRACIONES	XXV
RESUMEN	XXVII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS, DISEÑO Y MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	3
A. OBJETIVOS Y ALCANCES.....	3
B. TIPO DE ESTUDIO.....	5
C. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
D. METODOLOGÍA.....	6
III. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO.....	11
A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	11
B. BREVE DESCRIPCIÓN HISTÓRICA	15
IV. MARCO TEÓRICO; ASPECTOS GENERALES SOBRE LA ENFERMEDAD Y LOS TRASTORNOS MENTALES EN SOCIEDADES NO OCCIDENTALES	19
A. LA ENFERMEDAD COMO UN CONCEPTO CULTURAL.....	19
B. PRINCIPALES DEFINICIONES SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES EN SOCIEDADES NO OCCIDENTALES	22
C. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL ENTENDIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y LOS TRASTORNOS MENTALES EN CULTURAS NO OCCIDENTALES.....	29
D. DEFINICIÓN DE REDES SOCIALES PARA LA SALUD	51
V. INTERPRETACIÓN OCCIDENTAL DEL SÍNDROME ESTUDIADO	55
A. <i>Explicación psiquiátrica del síndrome estudiado.....</i>	<i>55</i>
B. <i>Etiología de la esquizofrenia.....</i>	<i>59</i>
C. <i>Observaciones sobre el estudio trans-cultural de sintomatología de la esquizofrenia.....</i>	<i>64</i>
VI. INTERPRETACIÓN CULTURAL DEL CH'ORNAJ.....	67
A. CONCEPCIÓN DE LA “LOCURA” DENTRO DE LA CULTURA MAYA TZ’UTUJIL DE SANTIAGO ATITLÁN.....	67
B. CLASIFICACIÓN CONDUCTUAL DE LOS SUJETOS	73
C. CAUSAS Y MEDIOS POR LOS QUE SE ORIGINA Y MANIFIESTA EL CH’ORNAJ	78
D. TRATAMIENTOS USADOS PARA LA CURACIÓN DEL CH’ORNAJ	96
E. EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS CAUSAS Y MEDIOS POR LOS QUE SE MANIFIESTA EL CH’ORNAJ	121
VII. SOCIEDAD Y CH’ORNAJ.....	127
A. NIVELES SOCIALES DEL SÍNDROME EN SANTIAGO ATITLÁN	127
B. EL CH’ORNAJ Y SU MANIFESTACIÓN EN LA VIDA COMUNITARIA.	133
VIII. IMPLICACIONES Y CONTRIBUCIONES DE ESTE ESTUDIO	139
A. AL CAMPO DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA.....	139
B. AL CAMPO DE LA PSIQUIATRÍA.....	141
C. AL CAMPO DE LA PLANIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA	141
IX. CONCLUSIONES.....	145
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
ANEXO I: GLOSARIO DE SÍNDROMES DEPENDIENTES DE LA CULTURA	157

ANEXO II: CONSOLIDADO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES CONTENIDAS EN LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	161
ANEXO III: DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE SANTIAGO ATITLÁN.....	165
ANEXO IV: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	167

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 : Objetivos de la investigación	4
Tabla 2: Terapeutas mayas y sus funciones	49
Tabla 3: Principales enfoques al estudio de redes sociales	52
Tabla 4: Subtipos de esquizofrenia	57
Tabla 5: Tabla comparativa entre sujetos pasivos y activos.....	77
Tabla 6: Glosario de síndromes dependientes de la cultura	157
Tabla 7: Departamento de Sololá: población total por año, según municipio y grupo étnico. 1999-2004	165
Tabla 8: Departamento de Sololá; niveles de pobreza, pobreza extrema y valor de la brecha según municipio	165
Tabla 9: Distribución sociopolítica de Santiago Atitlán.....	166

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1: Subsistemas de las redes sociales para la salud.....	54
Esquema 2: Causas del ch'ornaj señaladas por los habitantes de Santiago Atitlán.....	79
Esquema 3: Aspectos involucrados en la aparición del ch'ornaj explicados desde la perspectiva de la población indígena cristiana protestante.....	81
Esquema 4: Ch'ornaj por rompimiento de prohibiciones establecidas por la cultura tz'utujil.....	84
Esquema 5: Principales elementos identificados en el apareamiento del ch'ornaj debido a conflictos interpersonales.....	88
Esquema 6: Ch'ornaj causado por “nervios”.....	90
Esquema 7: Desarrollo del ch'ornaj causado por la pobreza.....	92
Esquema 8: El ch'ornaj causado por factores originados en la influencia del turismo extranjero.....	94
Esquema 10: Etapas del tratamiento brindado por el curandero.....	109
Esquema 11: Terapeuta y tratamiento según origen del trastorno.....	109
Esquema 12: Roles culturales del Ajq'ij (sacerdote) en Santiago Atitlán.....	121
Esquema 13: Evolución de temporal del ch'ornaj en Santiago Atitlán, medios más frecuentes según marcador temporal.....	126
Esquema 14:.....	138

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Traductora tz’utijil durante la entrevista a la madre de un sujeto que participó en el estudio.	9
Ilustración 2: Ubicación geográfica de Santiago Atitlán.....	12
Ilustración 3: Población indígena de Santiago Atitlán, manifestando su oposición a los actos de violencia cometidos en la localidad por el ejército de Guatemala.	17
Ilustración 4: Situación del sujeto clasificado como “pasivo”.....	75
Ilustración 5: Pila bautismal en donde el brujo puede realizar ritos para causar la enfermedad.	86
Ilustración 6: Altar instalado en el hogar para buscar la intervención “divina” en el proceso de curación del sujeto.	101
Ilustración 7: Curandero durante la ceremonia de adivinación.....	104
Ilustración 8: Curandero en la cofradía de la Santa Cruz, durante la ceremonia para contrarrestar el mal del brujo.....	105
Ilustración 9: Curandero durante el proceso de curación por medio de plantas medicinales.	106
Ilustración 10: Curandero ejercitando al sujeto.....	108
Ilustración 11: Ceremonia de curación realizada en el altar del curandero ubicado en un cerro de la localidad.	112
Ilustración 12: Rilaj Man en la cofradía de la Santa Cruz.....	116
Ilustración 13: Informantes mostrando un telar que sirve de sustento para la familia.....	131
Ilustración 14: Curandero con el sujeto y su familia luego de 6 meses de tratamiento.	132
Ilustración 15: Materiales utilizados en la realización de las ceremonias tradicionales.....	136

RESUMEN

El síndrome del “ch’ornaj” es considerado dentro de la población maya Tz’utujil de Santiago Atitlán como un padecimiento que va más allá de la falta de salud física y mental, siendo descrito como el resultado de la manifestación e interacción de varios factores sociales, culturales, políticos y económicos, que se han presentado durante el desarrollo histórico de la comunidad. Lo cual ha implicado la adopción de cambios en la manera en que es interpretado, tratado y diagnosticado por las personas.

En muchos casos, el padecimiento es presentado como un “mal” inducido por un enemigo, el cual se vale de la capacidad de ciertos individuos (brujos), que tienen el “don” de ser escuchados por entidades espirituales con la habilidad sobrenatural de afectar la salud física y mental de una persona. Sin embargo, los motivos de la enfermedad suelen ser complejos ya que pueden darse como represaria de un rival (vecino o familiar), a causa de la disputa de un “bien material” o debido a luchas de poder. En esta dinámica se manifiestan, de manera implícita, algunos aspectos propios de la cosmovisión maya tz’utujil de Santiago Atitlán, en donde el humano es conceptualizado como un ser que vive en constante interacción con entidades espirituales, que influyen de manera positiva o negativa en su vida cotidiana.

Por otro lado, bajo circunstancias particulares se establecen claros vínculos entre determinados factores sociopolíticos (por ejemplo: el conflicto armado interno), la influencia cultural externa (debida al turismo), y el surgimiento de nuevas interpretaciones sobre el origen del ch’ornaj. Esto revela la complejidad del entendimiento de este padecimiento, ya que debe ser explicado en cuanto a la interrelación existente entre diversos factores pertenecientes no solamente al campo de la salud, sino también con aspectos vinculados a la interacción social de la población.

La enfermedad llega a tener también una función de control social, lo cual queda plasmado en el hecho que las causas concretas de la enfermedad hacen referencia a las consecuencias del quebrantamiento del equilibrio que debe prevalecer entre el interés personal y el interés de la “comunidad”. Por lo tanto la enfermedad se presenta como un “castigo” ante el rompimiento de ciertas normas sociales.

Dentro del contexto cultural en el que se manifiesta la enfermedad, se establece una relación directa entre la naturaleza de la causa y el procedimiento para curar al sujeto (terapeuta y tratamiento). Generalmente se cree que si la causa de la enfermedad es “sobrenatural” (por ejemplo, la brujería), entonces el único capaz de dar alivio será el curandero, quien cura la enfermedad por medio de ceremonias y el uso de plantas medicinales. Por el contrario, si el padecimiento se da por una causa “natural” (sin la intervención de entidades espirituales, por ejemplo el uso de drogas), el sujeto podrá ser tratado efectivamente con los medicamentos que receta el médico.

El tratamiento tradicional del ch’ornaj se caracteriza por su contenido simbólico, el cual encuentra su punto máximo de expresión durante la realización de ceremonias de adivinación y curación de la enfermedad, en donde el curandero con la finalidad de establecer el origen del “mal”, así como el medio más adecuado para su curación, establece vínculos directos con ciertas deidades o “iconos” como Maximón, San Francisco o San Nicolás. Cada uno de ellos desarrolla roles particulares en cuanto a lograr que las entidades espirituales, consideradas “dueños” de la enfermedad, dejen de ejercer su influencia negativa sobre el enfermo. Sin embargo, el proceso ceremonial llega a ser complejo ya que implica recurrir, en diferentes momentos y lugares, a toda una serie de entidades vinculadas a la naturaleza (tal es el caso del espíritu de la tierra, el cielo o las montañas, entre otros). Estos juegan un rol importante en la curación ya que se desempeñan como mediadores entre el sujeto y el “Ser Supremo”, el cual tiene influencia directa sobre el hombre, la naturaleza y los espíritus.

De igual manera, es importante la dinámica planteada en el contexto social tz’utujil, ya que en éste el paciente asume su rol de enfermo, y se desarrolla durante el transcurso de la enfermedad. El ambiente social brindan los medios necesarios para que el comportamiento “anormal”, manifestado por el sujeto, sea interpretado como una amenaza al equilibrio social, el cual no debe ser violentado ya que garantiza la convivencia entre los integrantes de la comunidad.

A nivel social, es la familia del sujeto la que se presenta como la más afectada, ya que la enfermedad implica consecuencias no solamente en el estado emocional de sus integrantes, sino que además en su condición económica, lo que a mediano plazo acentúa el estado de pobreza en el cual viven (debido a los gastos permanentes que

implica el tratamiento del sujeto). Aunado a esto se encuentran los señalamientos de los cuales es objeto la familia, afectando así su prestigio e imagen frente a los vecinos y personas cercanas, generando en algunos casos exclusión y marginación.

Dentro de la familia es la madre quien desde el punto de vista cultural, tiene la mayor responsabilidad por el cuidado del enfermo, lo que se traduce con el tiempo en un alto nivel de angustia y estrés ante la frustración de no poder observar una mejoría significativa en el estado de salud del sujeto. Por el contrario, el rol del padre suele establecerse principalmente entorno a brindar el sustento económico para cubrir las necesidades básicas de la familia, lo que implica poco contacto y relación directa con el sujeto. El menor grado de responsabilidad directa, hace que el padre sufra de manera diferenciada las consecuencias emocionales de la enfermedad a nivel familiar.

Finalmente, el sujeto es visto dentro de su propia comunidad como una persona que manifiesta comportamientos indeseables que ponen en riesgo la vida y la tranquilidad de la sociedad. En algunos casos dicha percepción se traduce en el desprecio y marginación del sujeto, incluso por parte de familiares cercanos. Esta realidad aunada a la falta de medios comunitarios para el diagnóstico y tratamiento del sujeto, y a la limitada efectividad objetiva del tratamiento tradicional en el estado mental del enfermo, traen como consecuencia que las personas con ch'ornaj tengan pocas posibilidades de recuperarse y tener un nivel de vida adecuado.

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de tesis busca describir el contexto cultural y social en el cual se origina, trata y cura el síndrome del “ch’ornaj”, en la localidad de Santiago Atitlán, Sololá. Así como brindar un panorama general y exploratorio de la manera en la que una enfermedad mental específica es explicada en términos culturales no occidentales.

El análisis expuesto se desarrollará con base a las costumbres, comportamientos, creencias y prácticas establecidas entorno a cada una de las fases del proceso que sigue la enfermedad estudiada. Indaga sobre la manera en la que ésta se traduce en una serie de cambios en las relaciones sociales a nivel individual, familiar y comunitario.

En el segundo capítulo de este trabajo se plantean, de manera específica, los objetivos, el diseño y el método de la investigación, definiendo sus alcances y limitaciones. En este apartado se describen las características básicas del estudio y la metodología utilizada para la recolección de los datos y la selección de los informantes.

En el tercer capítulo se expone una breve descripción del contexto social, económico y demográfico del área de estudio, así como se hace un rápido recorrido de la historia del municipio, enfatizando en aquellos acontecimientos que han repercutido en la salud mental de la población.

El cuarto capítulo presenta algunos aspectos teóricos sobre los trastornos mentales en sociedades no occidentales, partiendo de la interpretación y definición del término enfermedad como concepto patológico y cultural. También, se exponen algunos planteamientos sobre la caracterización y clasificación de este tipo de enfermedades dentro de un enfoque cultural. Finalmente se abordan varias aproximaciones teóricas que brindan elementos para el análisis de la información recopilada.

Dado que el fenómeno estudiado es claramente identificado y clasificado por la psiquiatría, se consideró importante exponer ciertos elementos generales que explican la manera en la que es interpretado el origen y el desarrollo del síndrome desde una perspectiva clínica. Sin embargo, debido a que el estudio no es de carácter comparativo

no se producen a realizar analogías entre ambos sistemas interpretativos. Dicha información es presentada en el quinto capítulo.

En los capítulos seis y siete se presentan los resultados de la investigación etnográfica. En el primero, se exponen los datos obtenidos en torno a la explicación de la etiología, el diagnóstico, el tratamiento, y el seguimiento de la enfermedad, desde la perspectiva cultural tz'utujil de Santiago Atitlán. Mientras que el segundo, se realiza un análisis general de las consecuencias sociales de la enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario.

Finalmente, se presenta en el capítulo ocho una serie de aportes que el presente trabajo brinda a otras disciplinas como la medicina, la psiquiatría y la planificación en salud.

II. Objetivos, diseño y método de la investigación

A. Objetivos y alcances

Este trabajo de investigación indaga acerca de la manera en la cual la sociedad tz'utujil de Santiago Atitlán identifica, interpreta, explica y trata el síndrome¹ conocido localmente como “ch'ornaj” o “locura”, el cual la psiquiatría precisa y cataloga como esquizofrenia (un trastorno sicótico). Tiene como fin elaborar una descripción general de cómo la cultura define y establece “patrones lógicos” que permiten al individuo y a la sociedad, interpretar y abordar este tipo de trastornos.

Específicamente el trabajo se delimita dentro de dos esferas íntimamente vinculadas, la cultural y la social. En cuanto al aspecto cultural se pretende llegar a determinar la concepción que las personas tienen acerca del síndrome, sus causas, síntomas, curas o tratamientos tradicionales y no tradicionales, y en general aquellos comportamientos, costumbres y prácticas relacionadas. En lo que corresponde al aspecto social, se busca básicamente describir y comprender la dinámica de las relaciones entre el sujeto enfermo y su entorno social, específicamente sobre “el rol social” que desempeña, y la manera en la que el individuo se relaciona y desenvuelve en su entorno familiar.

El estudio no trata de comprobar o aplicar las teorías ampliamente estudiadas dentro del campo de la psiquiatría, relativas al origen y causas de los trastornos sicóticos, o realizar comparaciones “trans-culturales” sobre la interpretación y la eficacia en el tratamiento del sujeto. Únicamente se propone describir aquellos patrones culturales que sirven para comprender el tema desde la perspectiva de la sociedad estudiada.

En general se aborda el tema como un fenómeno explicado en términos culturales específicos de la sociedad tz'utujil de Santiago Atitlán, más que como un fenómeno psiquiátrico descrito desde el enfoque de la medicina occidental.

¹ El término síndrome es definido como: «Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica común». (American Psychiatric Association 1997: 786) Este término será utilizado durante los siguientes capítulos para hacer referencia a la enfermedad mental estudiada.

Tabla 1 : Objetivos de la investigación

Generales	Específicos
<p>A. Analizar desde la perspectiva cultural maya tz'utujil de Santiago Atitlán, el síndrome cultural denominando "ch'ornaj", por medio de la identificación y descripción de las prácticas, creencias y comportamientos que se establecen en relación a la existencia de este trastorno.</p>	<p>a) Establecer la concepción cultural del "ch'ornaj" (como es definido e interpretado).</p> <p>b) Determinar cómo es explicado culturalmente el origen del síndrome.</p> <p>c) Describir como son explicados los factores que se ven involucrados en la aparición de dicho trastorno.</p> <p>d) Caracterizar las prácticas médico-religiosas tradicionales y no tradicionales, relacionadas con el tratamiento y curación del sujeto.</p>
<p>B. Describir y caracterizar la dinámica de las relaciones que se establecen entre el sujeto² "anormal" y su entorno social.</p>	<p>a) Describir y caracterizar las redes sociales para la salud que se establecen en torno al diagnóstico y tratamiento del síndrome.</p> <p>b) Determinar el rol que la sociedad asigna al sujeto que presenta este tipo de síndrome.</p> <p>c) Describir las relaciones que se establecen entre el sujeto con "ch'ornaj" y su entorno familiar.</p>

Es importante hacer énfasis en que los resultados esperados de este trabajo se constituyen únicamente en una primera aproximación al entendimiento de los trastornos mentales en grupos indígenas guatemaltecos, los cuales deben ser complementados con estudios más específicos, con una perspectiva interdisciplinaria y desarrollados a largo plazo.

² El término **sujeto** hace referencia a las personas que manifestaron el síndrome denominado dentro de la cultura tz'utujil como "ch'ornaj", el cual es traducido como "locura".

Esta investigación, más que presentarse como una explicación definitiva o única, aspira a brindar las bases para el debate y el planteamiento de futuros estudios sobre el tema.

B. Tipo de estudio

Debido a que el fin de la investigación ha sido examinar un tema poco estudiado no solamente en Guatemala, sino a nivel mundial (la salud mental en sociedades no occidentales), el estudio es de carácter “exploratorio”, proponiendo la identificación conceptos, variables, tendencias y relaciones, así como la definición de ciertos aspectos importantes a tomar en cuenta en el desarrollo de trabajos futuros que profundicen en el tema. (Hernández, *et al.*1991: 58-59)

Sin embargo, el estudio es igualmente de carácter “descriptivo”, por lo que se han caracterizado concepciones, situaciones y comportamientos. Es decir, se ha buscado explicar los principales factores culturales y sociales involucrados en la manifestación del fenómeno, con la finalidad de establecer patrones, tipificando sus propiedades más significativas. (Hernández, *et al.* 1991: 60-62)

C. Diseño de la investigación

El diseño utilizado es de tipo “no-experimental” ya que se procuró observar de manera objetiva, desde la perspectiva cultural específica del grupo estudiado, el síndrome del “ch’ornaj” (tal y como se da en su contexto “natural”), para después analizar la información y los datos recopilados. En esta investigación no se manipularon variables o se asignaron aleatoriamente condiciones o situaciones a los sujetos, solamente se indagó sobre los comportamientos y actitudes observadas para luego analizarlas y obtener generalizaciones. (Hernández, *et al.* 1991:184, Zuazo 2002: 122)

Al mismo tiempo es un estudio “transaccional o transversal descriptivo”, ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, indagándose sobre la incidencia de ciertas variables establecidas. El fin ha sido describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, *et al.* 1991: 186,187)

D. Metodología

Esta investigación describe e interpreta el fenómeno, mas no lo mide o cuantifica, habiendo sido utilizados para este fin métodos cualitativos de recolección de información, los cuales consistieron principalmente en entrevistas a profundidad a informantes claves (líderes comunitarios) y familiares de los sujetos incluidos en el estudio. La información fue complementada con la recolección de datos por medio de observación participante.

Fueron entrevistados un total de 20 familiares de los sujetos diagnosticados por psiquiatras del proyecto *Psicosis en una comunidad indígena guatemalteca*³, el cual fue implementado en la comunidad estudiada por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. De igual forma se entrevistaron 40 informantes claves, dentro de los cuales se incluyeron líderes comunitarios, líderes religiosos (pastores evangélicos y catequistas católicos) así como terapeutas tradicionales (curanderos, brujos y comadronas). En el caso de los informantes claves todos tuvieron contacto con sujetos que padecieron el síndrome (ch'ornaj).

El trabajo de investigación fue llevado a cabo durante el periodo de siete meses y contó con el apoyo de personal local capacitado específicamente en el tema, y por psiquiatras que formaban parte del proyecto antes mencionado. El área de cobertura consistió en la población de la cabecera municipal de Santiago Atitlán, Sololá.

1. Perfil de los informantes. Una de las tareas más importantes del estudio fue la elección de las personas que se constituirían como informantes claves, lo cual se realizó tomando en cuenta las siguientes premisas:

- a. El informante debió haber tenido contacto directo con alguna persona que presentara el síndrome del “ch'ornaj”. No importando el rol o vínculo establecido con el sujeto.

³ Como se hace referencia en el prefacio, la investigación se desarrolló dentro del marco del proyecto *Psicosis en una comunidad indígena guatemalteca*.

- b. Debía conocer sobre la existencia de otros casos de “ch’ornaj” a nivel comunitario.
- c. Debía conocer la manera en la que el síndrome es tratado a nivel local (recursos terapéuticos más comunes y utilizados por la población).
- d. Haber participado de manera directa o indirecta en el tratamiento y curación del sujeto.

De esta manera se estableció que los grupos de la población idóneos para ser parte de la muestra a estudiar eran:

- ✦ Líderes comunitarios: entendidos como todas aquellas personas (hombres o mujeres) que gozaban de prestigio y reconocimiento dentro de la comunidad y ocupaban algún cargo relacionado con la administración pública⁴.
- ✦ Líderes religiosos: siendo aquellos individuos que eran reconocidos a nivel comunitario como autoridades representativas de la iglesia católica o evangélica. Ubicándose en primer término a los sacerdotes católicos y los pastores evangélicos, para posteriormente identificar a las personas que dentro de una u otra iglesia eran encargadas de velar por la salud de personas enfermas (tanto física como mentalmente), siendo el caso de catequistas o personas pertenecientes a “grupos de oración”.
- ✦ Terapeutas tradicionales⁵: fueron ubicados en esta categoría aquellas personas que a nivel local se dedicaban a “tratar las enfermedades” por medio de terapias que tienen su origen en la cultura maya tz’utujil, aprendidas y transmitidas de una generación a otra por medio de la tradición oral y la práctica empírica.

⁴ Alcalde municipal y alcaldes auxiliares.

⁵ El término Terapeuta Tradicional será definido como: «todas aquellas personas reconocidas por la propia comunidad en que viven, como competentes para prestar atención en salud mediante el empleo de productos vegetales, animales y minerales, y la aplicación e algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad, en lo que respecta al bienestar físico, mental y social, y al origen de la enfermedad y la validez» (OMS 1978: 7)

- ✦ Personal involucrado en la prestación de servicios de salud: grupo que fue compuesto por el personal de enfermería del centro de salud ubicado en la comunidad, así como el personal del área de dirección de una ONG ubicada en la cabecera municipal, la cual estaba involucrada en la prestación de servicios de extensión de cobertura para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- ✦ Familiares: dentro de este grupo se ubicaron a los padres y madres de familia de los sujetos. En el caso de no haber podido contar con la participación de éstos, se optó por entrevistar a otro familiar cercano que tuviera vínculos directos con el sujeto.

Un aspecto que facilitó la aceptación y consentimiento de las personas (familiares de los sujetos y líderes locales), fue que en su mayoría éstas participaron como informantes en el proyecto *Psicosis en una comunidad indígena guatemalteca*. Por tal motivo, comprendían la importancia del trabajo de investigación así como la relevancia que a largo plazo podía llegar a tener (ya que implicaba abordar el tema desde su propia dinámica cultural).

Es importante señalar que siempre se plantearon, de manera directa a los informantes, los objetivos y fines de las actividades desarrolladas durante la investigación. Para lo cual, se realizaron reuniones con líderes comunitarios así como visitas personales con los familiares de los sujetos. En todo momento se buscó la aprobación y el consentimiento de las personas, previo a realizar las entrevistas o cualquier otra actividad.

2. Método e instrumentos: la recopilación de la información se llevó a cabo por medio de la aplicación del método etnográfico, específicamente por medio de entrevistas a profundidad diseñadas por el autor y revisadas por un psiquiatra, un psicólogo, un antropólogo y un médico. Las mismas fueron validadas en un grupo de informantes previo a su aplicación.

Para la realización de las mismas se contó con el apoyo de personal comunitario capacitado sobre el tema (dos jóvenes tz'utujiles formados por el proyecto *Psicosis en*

una comunidad indígena guatemalteca), lo que facilitó la obtención de los datos, ya que su recopilación se realizó en idioma tz'utujil. La capacidad y experiencia de los traductores en el tema fue de vital importancia para obtener datos fidedignos apegados a la concepción de las personas.

De forma paralela se realizó la recopilación de información por medio de observación participativa, elaborándose un registro diario de las conversaciones personales con algunos informantes y la participación en actividades tales como ceremonias o visitas de seguimiento a los estudios de caso. En este proceso se contó con la ayuda incondicional de un curandero de mucho prestigio dentro de la comunidad, el cual facilitó el acceso a los diferentes momentos del tratamiento y curación tradicional de los sujetos, así como fue una persona clave para lograr la comprensión del significado y el simbolismo cultural de la enfermedad .

Ilustración 1: Traductora tz'utujil durante la entrevista a la madre de un sujeto que participó en el estudio.



Finalmente, como una tercera herramienta de investigación se constituyó el seguimiento a tres casos tratados por el curandero antes mencionado, dicho acompañamiento fue realizado por el término de seis meses. Este procedimiento fue determinante para comprender la dinámica y el grado de mejoría objetiva del sujeto sometido al tratamiento tradicional.

Con el objetivo de realizar una recopilación de información sistemática y estructurada, tanto el proceso de observación como el seguimiento a los casos fueron realizados en base a una guía de temas y preguntas que sirvieron para profundizar en aspectos puntuales del tema estudiado.

3. Tipo de muestra: debido a la naturaleza del estudio, la muestra seleccionada fue de carácter no probabilística, de tipo “bola de nieve” (snowball sampling), ya que el procedimiento para localizar a los informantes consistió en la identificación de personas con perfiles definidos, los cuales hicieron referencia a otras personas con características similares. Es decir, la identificación se realizó por medio de la referencia mutua de los informantes. (Bernard 1995: 94-97)

Este tipo de muestra es comúnmente utilizada para la realización de estudios que buscan hacer inferencias sobre un tema específico dentro de un grupo determinado, debido a lo cual más que buscar la representatividad de la población, se da una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con ciertas características definidas previamente en el planteamiento de la investigación. (Hernández, *et al.* 1991: 226)

III. Descripción del contexto

El estudio del desarrollo histórico de las sociedades se constituye en una herramienta importante al momento de pretender comprender, de manera objetiva, la dinámica de los hechos sociales y culturales relacionados con algún grupo humano. Por tal motivo, es importante conocer el contexto actual y pasado de la población en la que fue realizado este trabajo.

En este capítulo se busca, por un lado, hacer una descripción de aspectos históricos y sociodemográficos de la comunidad tz'utujil de Santiago Atitlán, y por otro; puntualizar algunos hechos concretos y relevantes que sirven de base para comprender de mejor manera la dinámica social y cultural actual del fenómeno estudiado.

A. Características sociodemográficas

Santiago Atitlán⁶ está ubicado en el departamento de Sololá, el cual pertenece a la región Sur-Occidente del país. Colinda al Norte con el lago de Atitlán, al Este con San Lucas Tolimán (Sololá), al Sur con Santa Bárbara (Suchitepéquez) y San Pedro La Laguna (Sololá), y al Oeste con San Pedro La Laguna (Sololá) y Chicacao (Suchitepéquez). Localizado a las faldas de los volcanes Tolimán y Atitlán, el municipio cuenta con una extensión territorial de 136 km². (FUNCEDE/ASIES 1997: 4)

Su organización político-administrativa está integrada por una aldea, tres caseríos, cinco cantones y siete fincas. El gobierno local reconocido oficialmente es la corporación municipal, compuesta por el alcalde y su consejo, sin embargo existen dentro del pueblo otras organizaciones políticas que a pesar de no ser reconocidas oficialmente, mantienen mucha influencia y poder entre la comunidad. Entre ellas destaca principalmente el sistema tradicional de cofradías que se organiza alrededor de prácticas creencias religiosas que, entre otras funciones, tienen la de preservar el sistema de valores y cultura de la comunidad. (ILANUD 1997: 6)

⁶ En cuanto al significado del nombre del municipio, Jorge Luis Arreola propone tres posibles interpretaciones: i) **atl**=agua y **titlán**=lugar, lo que interpreta como “lugar entre mucha agua”; ii) **atl**=agua **ti**=ligadura y **titlán**=terminación de la pluralidad, lo que significaría “entre aguas”, y iii) posiblemente derive de la lengua pipil; **atl**=agua y **tlán**=cerro, es decir “cerro rodeado de agua”. (Arreola 1954: 25)

Ilustración 2: Ubicación geográfica de Santiago Atitlán.



Por otro lado, también existen grupos organizados de vecinos, los cuales conforman once comités, algunos de los cuales se especializan en temas como educación, salud, servicios básicos y seguridad. (FUNCEDE/ASIES 1997: 25, ILANUD 1997: 7)

Según los datos del censo de población del año 2002, el municipio cuenta con un total de 32,254 habitantes y 7,272 viviendas. La distribución poblacional por sexo es de un 49.86% de hombres y un 50.14% de población femenina, siendo el 88.59% indígenas tz'utujiles y 10.41% no indígenas. Estos porcentajes convierten a Santiago Atitlán como el núcleo de población maya - tz'utujil más importante del país. (INE 2003: 56)

El porcentaje de pobreza general del municipio alcanza un valor de 79.79%, y de pobreza extrema un 26.26%, lo que lo ubica a nivel departamental como uno de los que presentan más altos índices de exclusión económica. (SEGEPLAN 2006: 36)

Otros datos revelan que el 46% de la población vive en condiciones de hacinamiento, el 35% carece de servicio de agua potable y un 54% no posee servicio sanitario. (INE 2006: 23)

Santiago Atitlán cuenta con una infraestructura de salud que se limita a un Centro de Salud Tipo “B” y únicamente un Puesto de Salud para dar atención a 32,000 personas. Cuenta con un médico, un enfermero graduado, cinco auxiliares de enfermería, un técnico en salud y un auxiliar de saneamiento ambiental. (FUNCEDE/ASIES 1997: 14)

De manera privada se cuenta con varios médicos, tres clínicas médicas, dos odontológicas, cuatro laboratorios dentales, y alrededor de ocho farmacias. (FUNCEDE/ASIES 1997: 14, 20)

Como sucede en otras regiones del interior del país, no se cuenta con servicios y personal especializado en cuanto la atención en salud mental, siendo referidos aquellos casos identificados al Hospital Nacional de Salud Mental ubicado en la ciudad capital.

Un aspecto importante de mencionar es que a pesar de no contar con información cuantitativa en relación al número de terapeutas tradicionales de la localidad, es notable la importancia que éstos poseen en cuanto el cuidado y mantenimiento de la salud de las personas. La búsqueda de atención de curanderos y comadronas sigue siendo una práctica fuertemente arraigada en las personas. En muchos casos este tipo de terapeutas se constituyen en la única opción para buscar cura frente a alguna enfermedad.

Dentro de los terapeutas más buscados por las personas se encuentran no solamente los curanderos o comadronas, sino que además otros especialistas como hueseros o compone huesos. En general el tratamiento que brindan se caracteriza por expresar toda una serie de prácticas ancestrales impregnadas de valor simbólico y religioso que se explica dentro del marco de la cosmovisión maya tz’utujil.

En cuanto a educación, el municipio se constituye como el segundo a nivel departamental con mayor índice de analfabetismo (un 72.3%). Al mismo tiempo

presenta una tasa bruta de escolaridad del 81.7%, una tasa neta de escolaridad de 66.4% y de deserción intra-anual de 2.4%. (SEGEPLAN 2003: en internet)⁷

Con relación a la actividad económica del municipio, ésta se establece principalmente entorno a:

1. La producción agrícola: en la cual destaca el cultivo del café, que ocupa la mayor parte de la producción de los centros poblados y las fincas familiares, llegando a cosecharse 32,282 qq. anuales. Los pobladores se dedican también al cultivo del maíz el cual es producido de manera directa en cinco de diecisiete centros poblados, siendo de poca escala debido al empleo de técnicas de producción tradicionales (90,000 qq. anuales en todo el municipio). Otros productos agrícolas cultivados a menor escala son: el frijol cultivado en cinco centros poblados (con una producción de 12,604 qq. anuales), las hortalizas; siendo principalmente el tomate (2,288 qq. anuales), la zanahoria (15.298 bultos anuales) y el repollo (7,149 bultos anuales), y finalmente las frutas dentro de las cuales destaca la producción de aguacate (4,000 qq. anuales) y la pitahaya (1,266 qq. anuales). (FUNCEDE/ASIES 1997: 18, ILANUD 1997: 6, Sosa 1998: 61)

2. La producción artesanal: estos productos son en la actualidad de gran importancia para la economía local debido al auge y proliferación del turismo en el área. Los principales productos son: textiles, tallado en madera, pintura primitivista y productos elaborados de tul (petates, alfombras, etc.). (FUNCEDE/ASIES 1997:19, ILANUD 1997: 6)

De manera general, el comercio se establece principalmente en relación a la venta de cultivos al área de la costa sur y la ciudad capital, mientras que los productos textiles y artesanales tienen un mercado primordialmente local orientado al turismo. (Sakurai 2000: 28)

⁷ En: <http://www.segeplan.gob.gt/spanish/guatemala/educacion/2000/solola>

Otro factor importante lo constituye el trabajo estacional en las fincas de la costa sur del país, tarea a la cual se ven atraídos principalmente los jefes de hogar y los hijos mayores de la familia. (Sosa 1998: 61)

De manera general, estos indicadores describen el panorama general del contexto en el que se desarrolla la población de Santiago Atitlán, evidenciando la precariedad económica y social en la que viven sus habitantes. Aunque no es el objetivo primario del presente estudio, durante el análisis de la información cualitativa recopilada se evidenciará como la situación de pobreza, así como la deficiencia y baja cobertura de los servicios públicos de salud, son factores que se relacionan de una u otra forma con la dinámica del fenómeno estudiado.

B. Breve descripción histórica

Históricamente la población tz'utujil de Santiago Atitlán, así como los demás pueblos ubicados alrededor del lago de Atitlán, ha sido marcada por una serie de acontecimientos que han alterado el orden político y social, teniendo repercusiones inmediatas y de largo plazo en la vida de los habitantes.

En la época de conquista, la población tz'utujil del área se ubicaba en una región comercialmente estratégica ya que era un punto de vinculación entre México, vía Soconusco, y el altiplano guatemalteco, por medio de lo que hoy en día se conoce como los departamentos de Totonicapán y Huehuetenango, llegando hasta Chiapas. (FUNCEDE/ASIES 1997: 3, Sakurai 2000: 28)

«Al llegar los españoles al territorio guatemalteco, Atitlán se constituía como la capital del señorío tz'utujil. Sus orígenes se remontan al tronco común de los Quichés y de acuerdo a los “Anales de los Cakchiqueles”, los tz'utujiles fueron la primera de las siete tribus que llegaron de Tulán, la legendaria ciudad donde provenían los señores Toltecas, que conquistaron las tierras altas de Guatemala. Los tz'utujiles, cuyo nombre significa “los del lugar florido”, dominaron el área de las riveras del lago de Atitlán y los accesos a la boca costa, en zona de Tolimán y Patulul». (FUNCEDE/ASIES 1997: 3)
En 1524, Pedro de Alvarado derrotó a los tz'utujiles apoyados por los cackchiqueles de Iximché, tomando la ciudad de Atitlán sin mayor resistencia. (FUNCEDE/ASIES 1997:3)

El impacto de la conquista española fue devastador para su población ya que ésta se vio drásticamente mermada, llegando a estar compuesta en 1770 por 900 personas de un total aproximado de 5,000 en el año de 1547 y de 12,000 durante los primeros años de la conquista. (FUNCEDE/ASIES 1997: 3, ILANUD 1997:3)

«Con la independencia de 1821, tanto en Santiago Atitlán como en otras partes del país, no cambió el modelo de sociedad caracterizado por regímenes de servidumbre. Por el contrario, muchos de los aspectos de la estructura económica-social que durante la colonia servían para explotar y dominar al indígena fueron agudizados con nuevos mecanismos de explotación. El desarrollo del mercado exterior sirvió para que cultivos de explotación como el café, aceleraran un proceso de expropiación de la tierra y reinstauración de los métodos forzosos de trabajo». (ILANUD 1997:4)

En 1873 con la toma del poder del Justo Rufino Barrios (1873-1885), se inició un nuevo período político, el cual se caracterizó por la expropiación del indígena de las tierras comunales que poseían desde la época de la colonia, esto con el fin de fomentar el desarrollo de cultivos de exportación, principalmente el café, lo cual provocó que los terratenientes emergentes pudieran contar con fuerza de trabajo gratuita y forzada de los pueblos indígenas. Este proceso de explotación y marginalización llegó a su punto más alto con el gobierno del presidente Jorge Ubico (1931-1944). (ILANUD 1997:5)

Durante el período de 1954 a 1985 se dio en el país una serie de regímenes autoritarios que buscaban mantener el sistema heredado de los gobiernos anteriores al período de la revolución guatemalteca (1944-1954). En este contexto alrededor de 1962 se inició un período de lucha revolucionaria, en donde grupos guerrilleros y fuerzas del ejército guatemalteco se enfrentaron por el control del poder. (ILANUD 1997: 5)

Los primeros ataques contra comunidades rurales del país se dieron bajo las órdenes del general Benedicto Lucas García, utilizando operativos militares como el de “tierra arrasada”. Se considera que ya en este período se habían iniciado los primeros operativos de control poblacional siendo sistematizarlos en toda la región por el general Efraín Ríos Montt. Dos estrategias eficaces utilizadas por el ejército fueron la implementación de “las patrullas de auto defensa civil” y las “aldeas modelo”. En

Santiago Atitlán la primera de estas estrategias se constituyó en un medio de control de la población. (ILANUD 1997:5, Sosa 1998:63)

Ilustración 3: Población indígena de Santiago Atitlán, manifestando su oposición a los actos de violencia cometidos en la localidad por el ejército de Guatemala.



El conflicto armado interno entre el ejército de Guatemala y la guerrilla tuvo efectos muy negativos en el área rural, sobre todo aquellas con poblaciones mayoritariamente indígenas. Santiago Atitlán se convirtió, en esa época, en uno de los lugares en donde la represión hacia la población fue constante e indiscriminada, siendo un factor determinante la presencia militar con un destacamento que poseía un fuerte contingente militar, el cual fue instaurado en 1980. En este contexto se dieron múltiples secuestros, desapariciones y asesinatos de hombres jóvenes, adultos y ancianos, principalmente opositores del gobierno de ese entonces, o simplemente por estar relacionado con algún grupo comunitario, los cuales eran considerados como posibles aliados a los grupos guerrilleros. (FUNCEDE/ASIES 1997: 4, ILANUD 1997:10, Sosa 1998:67)

Como es señalado por algunos líderes comunitarios, esta etapa de la historia reciente ha marcado y dejado secuelas en la vida de la población de Santiago Atitlán, la cual tomó una dinámica muy característica en este municipio durante los años de 1987 a 1994.

Este período de represión institucionalizada trajo consecuencias inmediatas a nivel social, político y económico, sin embargo a mediano plazo ha implicado una serie de efectos directos sobre la salud mental de la población, especialmente sobre aquellas personas que sufrieron de manera directa la persecución, el secuestro o asesinato de algún familiar cercano. Este tipo de secuelas son claramente identificadas por las personas quienes asocian el síndrome estudiado (el ch'ornaj), a la vivencia de este tipo de experiencias traumáticas, las cuales llegan a constituirse en una “causa u origen” que han incrementado en la actualidad los casos a nivel comunitario.

IV. Marco teórico; aspectos generales sobre la enfermedad y los trastornos mentales en sociedades no occidentales

A. La enfermedad como un concepto cultural

Desde el punto de vista cultural la enfermedad puede ser interpretada como un reconocimiento social de la persona que es incapaz de desempeñar adecuadamente su “rol normal” (socialmente definido y asignado al individuo, según sus características individuales), existiendo una diferencia entre la enfermedad considerada como un concepto patológico, y enfermedad como un concepto cultural. (Foster 1978: 40)

Como “concepto patológico” la enfermedad es se define como una disfunción de los procesos biológicos y psicológicos en el sujeto, un desorden en la estructura o función que produce una serie de síntomas específicos. (Green 1980: 493, Orellana 1987: 27)

Para el ser humano, la enfermedad como patología posee significado cultural solamente cuando existe el reconocimiento social de la disfunción en la salud, la cual se convierte en una amenaza tanto para el individuo, como para la sociedad. La enfermedad en este punto se constituye como una respuesta psicosocial y cultural secundaria a la aparición de una patología, en donde se da una respuesta de los parientes, la familia y las redes sociales. (Foster 1978: 40, Green 1980: 493, Orellana 1987: 27)

Las sociedades definen la enfermedad (como concepto cultural) de diferentes maneras, siendo aceptados ciertos síntomas como evidencia de la enfermedad en una sociedad, pero ignorados en otras. Al mismo tiempo la definición de las enfermedades cambian y evolucionan con el transcurrir del tiempo y la sucesión de diferentes acontecimientos. (Foster 1978: 40-41)

Este proceso queda implícito en lo que Foster (1978) denomina como “la teoría de la enfermedad”, la cual abarca todas aquellas creencias acerca de la naturaleza de la salud, las causas de la enfermedad, así como los remedios y otras técnicas de curación

usada por los terapeutas. Los “sistemas teóricos de la enfermedad” son acordados según su causalidad, siendo las explicaciones proveídas por las mismas personas, al momento de aparecer algún padecimiento, estando relacionadas con: el rompimiento de tabúes, la pérdida del alma, rompimiento del balance frío-caliente, o el fallo de las defensas inmunológicas del organismo humano en relación a agentes patógenos como gérmenes y virus, etc. Este sistema es tanto un conjunto de ideas, un sistema conceptual, una construcción intelectual, como parte de la orientación cognoscitiva de los miembros del grupo. Es un acuerdo en cuanto la clasificación, la explicación, la causa y los efectos. El sistema causal de la enfermedad se caracteriza por ser racional y lógico, en donde las técnicas de curación son funciones de una organización conceptual distintiva de ideas acerca de los orígenes o causas. (Foster 1978: 36-37)

Según Foster, “la teoría de la enfermedad” posee varias funciones las cuales son:

1. Provee la racionalización para el tratamiento: define el origen de la enfermedad y propone los medios terapéuticos adecuados para su resolución. (por ejemplo: si la causa es la intrusión de un objeto por medio de la brujería, la extracción del mismo es esencial para que el sujeto recupere su salud). (Foster 1978: 42-46)
2. Provee la explicación del porqué de la enfermedad: además de proporcionar una guía para la terapia, también explica el origen del rompimiento de las relaciones sociales del individuo, que han desestabilizado la armonía natural. (Foster 1978: 42-46)
3. Juega un rol importante en las sanciones, y el apoyo social y moral de las normas culturales: Esto queda plasmado claramente cuando la enfermedad es atribuida al “pecado”, la violación de tabúes, y otras formas de “perversidad”. En muchas culturas la enfermedad es atribuida a un castigo enviado por entidades espirituales que regulan el comportamiento humano, y definen ciertas normas de convivencia e interacción social. De esta manera la enfermedad se considera una falta moral, la cual podrá ser perdonada si el individuo se adhiere nuevamente a las leyes establecidas. La enfermedad es una penalidad debida a una conducta inapropiada. (Foster 1978: 42-46)

4. Provee la base lógica para ciertas prácticas de conservación: dentro de algunas culturas no occidentales la enfermedad juega un rol importante en la explicación de la escasez de recursos alimenticios. De manera muy particular (partiendo de un enfoque ecológico), la enfermedad puede ser el resultado de la falta de cumplimiento de ciertos principios relacionados con la preparación y purificación del individuo, necesarios para una adecuada y segura recolección de recursos alimenticios (pesca, caza, etc.). No respetar ciertas leyes como la abstinencia sexual o la restricción en cuanto a ingerir ciertos alimentos, antes de la caza, implicaría despertar la furia de entidades espirituales capaces de influir de manera negativa en la salud de las personas. (Foster 1978: 42-46)
5. Sirve como medio de control de la agresión: En determinados contextos en donde la enfermedad se plantea como un “castigo” debido al rompimiento de creencias o normas de convivencia social, sirve como medio para disuadir la conducta agresiva, la cual en pequeñas sociedades puede llegar a ser considerado como factor que potencialmente ponga en peligro a todos sus integrantes. (Foster 1978: 42-46)
6. La medicina tradicional posee un rol “nacionalista”; La medicina tradicional juega un rol importante en el desarrollo de un “sentimiento nacionalista” ya que llega a simbolizar en algunos casos “la antigüedad del país”, así como altos niveles de desarrollo de la cultura en tiempos ancestrales. (Foster 1978 42-46)

En cuanto a la “etiología de la enfermedad”, sus factores causales están estructurados con base a determinados contextos que al mismo tiempo explican su aparición, estableciéndose una categorización o distinción dual entre un sistema “personalista” y otro “naturalista”⁸. (Foster 1978: 53)

Los sistemas médicos “personalistas” son aquellos en los que las creencias sobre la causa de la enfermedad están explicados de acuerdo a la acción directa de “agentes” que pueden ser identificados, percibidos y reconocidos de manera concreta, los cuales

⁸ Como será descrito en los próximos capítulos, durante el análisis del padecimiento estudiado se identifican una serie de disfunciones biológicas que implican la pérdida de las capacidades mentales del sujeto, generándose comportamientos “anormales” que son interpretados dependiendo del origen que la cultura asigna a la enfermedad (la cual puede ser en tanto personalista como naturalista).

son de origen sobrenatural (una deidad o dios), de carácter no humano (fantasma, un ancestro, o espíritu maligno), o humano (el brujo o hechicero).

Mientras los sistemas médicos “naturalistas” son aquellos que explican la enfermedad de manera impersonal, en términos “sistémicos”. La enfermedad se explica con base a un “modelo de equilibrio” entre agentes tales como frío-calor o los humores corporales, que mantienen un balance adecuado y apropiado según la edad y las condiciones individuales en un ambiente natural y social determinado.

En sociedades no occidentales la causalidad de la enfermedad se explica en términos de diferentes “niveles”, en cada uno de los cuales intervienen agentes que juegan diferentes roles. En el caso de las explicaciones basadas en el sistema personalista, pueden llegar a identificarse dos o más niveles, ya que, por ejemplo se considera primero la acción de un agente personal (el brujo, un fantasma o deidad), pero también una técnica utilizada por este (la intrusión de un objeto en el cuerpo, veneno, pérdida del alma, posesión, o hechicería). (Foster 1978: 68-69)

B. Principales definiciones sobre los trastornos mentales en sociedades no occidentales

1. Síndromes dependientes de la cultura. Como resultado del estudio de los trastornos mentales en contextos culturales no occidentales, se han generado una serie de planteamientos concernientes a la manera en la que éstos deben ser concebidos y abordados desde una perspectiva objetiva que valore las costumbres, prácticas y creencias del enfermo.

En este sentido, uno de los términos más aceptados por la psiquiatría, para hacer referencia al estudio de este tipo de enfermedades mentales en contextos culturales específicos, es el de “síndromes dependientes de la cultura”.

La Asociación Americana de Psiquiatría define y clasifica, en la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*⁹ (DSM-IV), una serie

⁹ El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, se constituye como una guía para la práctica clínica por medio del planteamiento de criterios diagnósticos, los cuales pueden ser utilizados

de trastornos relacionados a entornos culturales específicos. Presentando las directrices para una “evaluación multiaxial”¹⁰ que facilita la aplicación de ciertos criterios psiquiátricos en entornos multiculturales. (A.P.A. 1997: 863)¹¹

Desde el enfoque planteado en el DMS-IV, se reconoce que la “formulación cultural” permite una revisión sistemática del conocimiento cultural del individuo, el papel de este contexto en la expresión y evaluación de los síntomas y disfunciones, y el efecto que las diferencias puedan tener en la relación entre el individuo y el clínico. (A.P.A. 1997: 863)

Como parte importante del proceso de tratamiento, este planteamiento propone la aplicación de cinco aspectos necesarios al momento del estudio de alguna patología fuera del contexto cultural occidental:¹²

a. Establecimiento de la identidad cultural del individuo: Hace referencia al establecimiento del origen étnico o cultural de la persona, tomando en cuenta el grado de influencia externa hacia la “cultura origen” (cuando es aplicable). Siendo necesario tomar en consideración las habilidades, uso y preferencias lingüísticas. (A.P.A. 1997: 863)

b. Explicaciones culturales de la enfermedad: Debe identificarse el “lenguaje” predominante en el que se comunica el malestar o la necesidad de apoyo social (por ejemplo: nervios, posesión de espíritus, quejas somáticas, mala suerte inexplicable, etc.), el significado y percepción de la gravedad de los síntomas del individuo en relación a las normas del grupo cultural de referencia, cualquier categoría local de la enfermedad utilizada por la familia y la comunidad del individuo para identificar la alteración, las

por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones (investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). (A.P.A. 1997: XV)

¹⁰ «Un sistema *multiaxial* implica una evaluación en varios ejes (I. Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser motivo de atención clínica II. Trastornos de la personalidad, retraso mental III. Enfermedades médicas IV. Problemas psicosociales y ambientales V. Evaluación de la actividad global), cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados». (A.P.A. 1997: 27)

¹¹ American Psychiatric Association.

¹² Debido a que estas categorías están planteadas para estudios psiquiátricos en contextos culturales no occidentales, las mismas fueron tomadas en cuenta durante el desarrollo de la presente investigación ya que se considera que aportan elementos metodológicos para el procedimiento de recolección de información y el proceso de análisis de la misma.

causas percibidas o los modelos explicativos que el individuo o el grupo referencia utiliza para explicar la enfermedad, y las experiencias presentes y pasadas con los servicios profesionales o populares de asistencia sanitaria. (A.P.A. 1997: 863-864)

c. Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de actividad: Es relevante la identificación de las interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles y los niveles de actividad y discapacidad. Se incluye el estrés en el entorno social local y el papel de la religión y de las relaciones familiares más próximas en el apoyo emocional, instrumental e informativo. (A.P.A. 1997: 864)

d. Elementos culturales de la relación entre individuo y el clínico: Indica las diferencias en el status cultural y social entre el individuo y el clínico, y los problemas que estas diferencias puedan causar en el diagnóstico y tratamiento (por ejemplo: dificultades para comunicarse en el idioma del paciente, entender la causa de los síntomas o comprender su significado cultural, establecer una relación apropiada o el nivel de intimidad, o bien determinar si un comportamiento es normativo o patológico). (A.P.A. 1997: 864)

e. Evaluación cultural global para el diagnóstico y la asistencia: La formulación concluye con una discusión sobre cómo las consideraciones culturales influyen específicamente en la comprensión diagnóstica y la asistencia. (A.P.A. 1997: 864)

Con base a estas categorías el DSM-IV utiliza el término “Síndromes dependientes de la cultura” para hacer referencia a cualquier tipo de trastorno que pueda ser identificado de manera particular en un entorno cultural concreto. De este modo, «denota patrones de comportamiento aberrantes y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar o no relacionadas con una categoría diagnóstica del DMS-IV». «Algunos de estos patrones son considerados por los “nativos” como “enfermedades” o por lo menos como causa de sufrimiento, y la mayoría se conocen por nombre locales». «...los síndromes dependientes de la cultura se limitan generalmente a sociedades específicas o áreas

culturales y son categorías diagnósticas populares..., que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones»¹³. (A.P.A. 1997: 864)

Los síndromes dependientes de la cultura no son siempre equivalentes a criterios diagnósticos psiquiátricos, ya que “el comportamiento aberrante” que podría ser clasificado por un clínico en diferentes “categorías diagnósticas” (DSM-IV), puede ser incluido en una única “categoría popular”, así como los cuadros (signos y síntomas) que podrían ser considerados como parte de una sola categoría clínica pueden ser clasificados en varios por un terapeuta tradicional. Del mismo modo, este tipo de síndromes pueden pertenecer específicamente a una cultura particular (por ejemplo: La anorexia nerviosa o el trastorno de identidad disociativo), teniendo como característica su aparición en grupos culturales contenidos en grupos más amplios (tales como latinoamericanos o europeos emigrantes en Estados Unidos). (A.P.A. 1997: 864)

Por otro lado, la literatura relacionada con los “síndromes dependientes de la cultura” reflejan dos grandes aproximaciones: a) una perspectiva “centrada en el significado” que describe la construcción social de la enfermedad y la naturaleza de las interacciones en el entorno clínico, siendo su fin examinar cómo el clínico (psiquiatra en este caso) y el paciente (perteneciente a otra cultura) interpretan cada uno el discurso sobre el padecimiento que posee el otro, buscando ilustrar cada modelo explicativo; y b) determinar cómo este tipo de síndromes poseen cierta similitud etiológica y sintomática con desordenes psiquiátricos categorizados en el DSM-IV. (Koss-Chioino y Canive 1993: 185)

Este enfoque ayuda a los investigadores a tomar en cuenta la manera en que el individuo expresa su experiencia de angustia considerada como enfermedad, la manera en la que varios sistemas etno-médicos describen y tratan el problema, y cómo el sistema biomédico en esta variedad de aspectos, diagnostica y trata el desorden emocional que manifiesta la persona.

¹³ Con la finalidad de ejemplificar y tener un mejor entendimiento de este tipo de síndromes se presenta en los anexos una serie de casos plenamente identificados en varias culturas, los cuales son descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV).

A pesar que dicho planteamiento se constituye en un esfuerzo por hacer más efectiva la intervención psiquiátrica en contextos culturales no occidentales, algunos autores señalan que éste se constituye como una exploración unidimensional de los trastornos mentales. (Koss-Chioino y Canive 1993: 185)

2. Otras definiciones planteadas acerca de los trastornos mentales en sociedades no occidentales; “síndromes culturalmente interpretados”, “enfermedades populares” y “enfermedades culturales”.

A partir de la definición de “síndromes dependientes de la cultura”, algunos autores han hecho referencia a que ésta no tiene aplicación válida en el caso de algunos trastornos psiquiátricos identificados en culturas no occidentales, así como tiende a dar únicamente importancia a la identificación de síntomas, olvidando su contexto y significado social.

Prince y Tcheng-Laroche (1987) arguyen que el término no define más que una serie de síntomas que se manifiestan en una cultura particular. En este contexto, objetan que la definición necesariamente implica la existencia de una vinculación concreta entre diferentes síntomas, si esta relación no se manifiesta la enfermedad no llega a considerarse como tal, y por lo tanto tampoco es categorizada como un “síndrome dependiente de la cultura”. (Davis y Guarnaccia 1989: 7, Prince y Tcheng-Laroche 1987: 3-19)

De esta manera los autores mencionan que síndromes tales como el “latah”¹⁴ poseen diferentes tipos de epidemiología, e intervienen en él diversos factores socioculturales “característicos” que no son tomados en cuenta en esta medida clasificatoria (debido a que el concepto no va más allá de definir un conjunto de síntomas), por lo que no tienen ninguna influencia en las decisiones nosológicas ni en los protocolos del tratamiento biomédico.

¹⁴ Hipersensibilidad al terror súbito, que se acompaña de ecopraxia, ecolalia, obediencia a la autoridad y comportamiento discociativo anormal. El término es de origen malasio o indonesio, pero el síndrome es observado en diversas partes del mundo. En Malasia es más frecuente en mujeres de mediana edad.

Paralelamente, Kapur (1987) argumenta que el enfoque en los síntomas hace perder de vista la relevancia del significado real de una categorización de padecimientos, ya que estos no son solamente “síndromes definidos por síntomas”, si no “síndromes con significado, experiencias de vida, respuestas significantes, y circunstancias sociales”. (Davis y Guarnaccia 1989: 7, Kapur 1987: 43-48)

Otra crítica expuesta por Low (1985), se establece alrededor de síndromes como “los nervios”, argumentando que no es adecuado clasificarlo como “síndrome dependiente de la cultura” ya que no cumple con la premisa de estar delimitado exclusivamente dentro de grupo cultural, por el contrario es identificado en un gran rango de grupos culturales. Al mismo tiempo se ha observado que este síndrome posee valores y significados variables y no son considerados como una enfermedad en determinados contextos sociales. (por ejemplo: son entendidos como una expresión normal de las dificultades o privaciones cotidianas en las mujeres dentro de la cultura occidental, mientras que en otros grupos no son definidos en términos patológicos y lo ubican separado del campo de la atención médica). Por el contrario, el autor hace referencia a que este tipo de síndromes deben ser considerados más bien como “categorías descriptivas” que refieren a episodios de estrés psicológico y social relacionados con una serie de eventos que se manifiestan en la esfera familiar. (Davis y Guarnaccia 1989: 7, Guarnaccia 1993: 166, Low 1985: 187-196)

Partiendo de lo anterior, Prince y Tchong-Laroche (1987) exponen que un término más adecuado para definir los síntomas que el DSM-IV define como “dependientes de la cultura”, es el de “síndromes culturalmente interpretados”, ya que son construcciones culturales y categorías de significado cultural que pueden tener cierta relación, pero no deben ser asumidas en la manera definida por las categorías diagnósticas psiquiátricas. En el caso de “los nervios”, estos son culturalmente asociados al estrés social y relacionados a síntomas específicos, sin embargo no son siempre clasificados por la psiquiatría dentro de una sola categoría diagnóstica sino más bien dentro de una variedad de trastornos de ansiedad, afectivos o sicóticos, dependiendo del contexto y características específicas en el que se manifiesta el trastorno. (Davis y Guarnaccia 1989: 8, Prince y Tchong-Laroche 1987: 3-19)

Guarnaccia (1993) en su artículo “Ataques de nervios in Puerto Rico: Culture-Bound Síndrome or Popular Illness?”, amplía la discusión sobre el tema analizando el término de “enfermedad popular” partiendo del análisis de “los nervios”. Este término es introducido por Rubel (1964) quien establece una “epidemiología de las enfermedades populares”, la cual concibe «como un conjunto de síntomas coherentes en una determinada población y en la cual los individuos responden en base a patrones y medios similares». Para el autor la literatura antropológica provee información detallada de cómo las personas entienden, diagnostican y curan la enfermedad, sin embargo los estudios carecen de la identificación de aquellos factores que crean cierta propensión y vulnerabilidad en el desarrollo de estos desórdenes. (Guarnaccia 1993: 157, Rubel 1964: 268-283)

Por otro lado, Hann (1985) refiere a que, si bien es cierto que la definición de “síndromes dependientes de la cultura” no lleva implícita un juicio negativo del carácter de la cultura en la que se manifiesta, sí enfoca su atención principalmente al rol de la cultura como expresión de estrés en “otras” sociedades, excluyéndose de este enfoque “cultural” las categorías diagnósticas norteamericanas y europeas. De este modo se reproduce la dicotomía entre la concepción de las sociedades o grupos no occidentales, subdesarrollados, primitivos, y el mundo occidental, desarrollado y civilizado. (Guarnaccia 1993: 167-168, Hann 1985: 165-171)

En este punto Good y Good (1982) proponen que el término “enfermedad popular” se constituye como una categoría que tiene la ventaja de establecerse como definición paralela a la clasificación occidental derivada de un enfoque biomédico. De esta manera el término “popular” hace referencia en primera instancia al componente tradicional de los sistemas de atención en salud, y en segundo plano a su pertenencia a los individuos y la comunidad. (Guarnaccia 1993: 168, Good y Good 1982: 141-166)

De manera específica, la definición de “enfermedad popular” se constituye desde una perspectiva que enfoca la enfermedad dentro de un contexto particular, sin hacer comparaciones o referencias a un nivel transcultural, el análisis surge del entendimiento y la descripción de las experiencias y concepciones del propio individuo afectado.

Finalmente Obeyesekere (1978) introduce el término “enfermedades culturales” para designar a todos aquellos padecimientos que son conceptualizados en términos de las ideas de los “indígenas” acerca de fisiología y función del cuerpo. Señala que todas las culturas, incluidas “las culturas populares” del occidente, poseen concepciones particulares del cuerpo humano (las cuales la ciencia médica considera como falsas), explicadas por medio de teorías fisiológicas nativas, las cuales asignan órganos o funciones que no son identificados desde la perspectiva de la ciencia médica. (Obeyesekere 1978: 257-258)

A pesar de las críticas antes señaladas, dentro de la literatura antropológica relacionada con el tema de los trastornos mentales el término “síndromes dependientes de la cultura” posee gran difusión y es utilizado frecuentemente al momento de hacer referencia a la manifestación de trastornos mentales con características que no llegan a ser explicadas o clasificadas dentro de los criterios psiquiátricos. Sin embargo lo importante y relevante del término consiste en que los factores socio culturales son aceptados por los psiquiatras como determinantes para entender y tratar este tipo de trastornos. (Favazza y Oman 1984: 18)¹⁵

C. Aproximaciones teóricas al entendimiento de la enfermedad y los trastornos mentales en culturas no occidentales.

Las fuentes disponibles en relación al estudio de los trastornos mentales en sociedades no occidentales, se constituyen en su mayoría en descripciones particulares de un síndrome específico haciendo referencia a como éste se manifiesta e interpreta dentro del contexto cultural de la sociedad estudiada. Sin embargo son pocas las propuestas teóricas que de una forma amplia proponen premisas o principios para la explicación de este tipo de síndromes.

En esta sección se busca presentar una serie de planteamientos teóricos, desde la perspectiva de la etnopsiquiatría, la sociología y la psicología, los cuales servirán como sustento al análisis expuesto en los próximos capítulos.

¹⁵ Partiendo de la discusión de los términos anteriores, la enfermedad estudiada (el “ch’ornaj”), será descrita más que como un trastorno psiquiátrico, como una “enfermedad popular” la cual se manifiesta en la cultura maya tz’utijil de la comunidad de Santiago Atitlán.

1. La cultura como “*mecanismo de autorregulación*” en el caso de las enfermedades mentales: Benjamin D. Paul (1967) en su artículo “Mental Disorder and Self-regulating Processes in Culture, a Guatemalan Illustration”, expone algunas ideas para el entendimiento de las relaciones que se establecen entre la aparición y manifestación de comportamientos que rompen con ciertas normas y reglas socialmente establecidas, y el contexto cultural en el que se manifiestan. Específicamente hace referencia a cómo la cultura puede ser considerada un mecanismo de “auto-corrección” que determina la interpretación y la resolución social de los comportamientos, considerados dentro de un contexto social determinado como “anormales”.¹⁶(Paul 1967: 150)

Para Paul, la cultura define el propósito y la dirección de la vida de los individuos. La cultura dentro de una sociedad determinada establece una “personalidad típica”, la cual se establece en antagonismo con una minoría que manifiesta una “personalidad desviada o anormal”. Cuando se manifiesta este tipo de comportamiento, es ejercida por la sociedad cierta presión sobre el individuo enfatizando la “desviación” para luego, en respuesta a determinados signos identificados en el comportamiento del sujeto, revertir el comportamiento y lograr un mejor balance o aceptación social. (Paul 1967: 151)

El autor enfatiza la importancia de los roles que la sociedad asigna a los individuos, y cómo la disposición de un “rango de roles” puede llegar a tener un impacto diferente a la disposición de “roles unitarios”, en relación a los mecanismos por los cuales los comportamientos “anormales” pueden canalizarse y reorientarse tomando una forma más socialmente aceptable. Considera que la disposición de un rol social unitario y más definido (por ejemplo: el rol de la mujer dentro de la sociedad maya, que la enmarca casi exclusivamente en la crianza de los hijos y el cuidado del hogar, estando subordinada al rol masculino), puede causar una menor cantidad de estrés, sin embargo esta delimitación de los roles puede también implicar menos alternativas de adaptación y aceptación social al momento de surgir algún comportamiento “anormal o no convencional” (en relación al ejemplo anterior, no es posible escapar de las actividades “domesticas”). En el caso contrario, cuando se

¹⁶ Aunque el autor no desarrolla de manera integral una teoría para el entendimiento de los trastornos mentales en sociedades no occidentales, expone algunas inferencias basadas en la observación del desarrollo de éstas en la comunidad de San Pedro La Laguna, Sololá, Guatemala.

dispone de una mayor amplitud de roles (por ejemplo: el rol de la mujer dentro de la cultura occidental, ama de casa, profesional, madre, etc., que posee una mayor independencia del rol masculino), es posible ante el padecimiento de alguna “desviación” adoptar de manera predominante un rol diferente con el cual se logre una mejor aceptación social. (Paul 1967: 162)

Otro aspecto importante, consiste en la aparición de lo que Paul menciona como una “culpa secundaria” en el individuo. La enfermedad mental toma una connotación de “inadecuación personal” según el “juicio social”, e influye en la auto-estimación del propio sujeto, lo que crea un sentimiento de culpa en donde éste se reprocha así mismo por su padecimiento. Sin embargo para el autor, existen dos características culturales que permiten escapar o mitigar esta culpa; una de ellas son las alucinaciones, las cuales no están definidas culturalmente como simples productos de la fantasía, por el contrario todos los signos, sonidos y percepciones “sobrenaturales” experimentadas tienen una lógica y aceptación concreta tanto por el sujeto como por la sociedad (por ejemplo: la creencia en espíritus que poseen a una persona es considerada como un hecho “real”, y no como hechos aislados o invenciones del individuo que padece el trastorno); otro factor consiste en la ambigüedad y poca claridad en relación a la culpabilidad del sujeto, aunque se reconoce que el padecimiento se da a consecuencia de un espíritu, la falta que desencadenó el evento pudo haber sido llevada a cabo no solamente por la misma persona sino también por algún familiar (padres o hermanos principalmente). Ante esto, el factor determinante para que la persona sufra del padecimiento es, en este caso, la fortaleza espiritual y física del individuo así como su cercanía a la persona que realiza la falta. Por lo general, al no encontrar una explicación que vincule al sujeto con una causa específica, se aduce que es objeto del padecimiento debido a su vulnerabilidad en relación a los otros integrantes de la familia, de esta manera los individuos con un carácter más fuerte serán difícilmente afectados. Este hecho crea un sentimiento ambiguo de piedad ya que hasta cierto punto el sujeto tiene el beneficio de la duda al existir la posibilidad de ser una víctima. (Paul 1967: 162-163)

Finalmente, Paul hace mención a que otro factor importante es la integración del concepto de autorregulación en los procesos socio-culturales. En la medida en la que el sujeto evade su rol dentro de la sociedad, éste se “aleja y renuncia” a la misma. En el

caso de los trastornos mentales, el sujeto inicia alienándose de su círculo de familiares más cercanos, hasta que paulatinamente alcanza el rechazo generalizado a la sociedad. En este punto el sujeto manifiesta un cambio dramático en su comportamiento y es considerado como alguien con manifestaciones “anormales” que rompe con ciertos patrones de interrelación entre los individuos. En una segunda etapa, luego de manifestado el trastorno, y de darse como respuesta al mismo el rechazo social del individuo, la tendencia es tratar de entender la causa de “las manifestaciones no convencionales”, siendo en este momento cuando la familia y la sociedad “elaboran una teoría” culturalmente lógica sobre el origen del problema (llegando a sí por ejemplo a establecer que la causa es un espíritu). En este punto el proceso de alienación social se revierte ya que el sujeto se convierte en el centro de atención de la familia, y de la sociedad, quienes lo ven ahora como una víctima de un poder sobrenatural, lo que cambia drásticamente su percepción sobre sí mismo y motiva a la “solidaridad social”.

De esta manera se inicia un proceso de atención orientado a la protección y recuperación, en el que se asigna un nuevo rol al enfermo y con esto se establece un proceso de restitución a nivel social.¹⁷ (Paul 1967: 164-165)

2. Teoría de la efectividad de los mecanismos de respuesta social: la introducción de la noción de los factores socioculturales en el curso del estudio de los desórdenes mentales ha generado varias propuestas interpretativas que explican cómo se articulan los procesos que se ven envueltos en la aparición, el tratamiento y la curación de la enfermedad.

En primer término, autores como Leighton han sugerido que el “cambio social” se constituye en un factor causal en la sicopatología de los trastornos mentales, sugiriendo que las enfermedades mentales ocurren con mayor frecuencia bajo condiciones de cambios sociales acelerados y específicamente en el contexto de la industrialización o modernización. Al mismo tiempo otros autores mencionan que el aparente éxito en la recuperación del enfermo mental en sociedades no industrializadas

¹⁷ Aunque Paul realiza su análisis basado en el estudio del síndrome de los nervios, la interpretación que presenta, basada en el rol social del individuo, es aplicable a la manera en la que el Ch'ornaj se manifiesta dentro de la sociedad tz'utujil de Santiago Atitlán, lo que será expuesto posteriormente.

se debe a que éstas poseen un *alto rango de tolerancia* en cuanto a la aparición de comportamientos anormales. (Citado por Waxler 1984: 56)

Sin embargo, Waxler (1984) señala que las características particulares de cada sociedad no pueden ser asociadas al apareamiento de las enfermedades mentales, así como tampoco se puede asumir que éstas toleran diferentes grados de desviación, sino más bien poseen diferentes mecanismos para responder a las enfermedades psiquiátricas. En este proceso es de gran importancia el sistema de creencias que la sociedad establece para que el individuo mismo asuma su rol de “enfermo”¹⁸, así como el sistema de tratamiento empleado. (Waxler 1984: 57)

Para Leighton, el cambio social acelerado, tiene como resultado el desequilibrio y la desintegración social; cuando algún cambio ocurre existe mayor posibilidad de experimentar, por ejemplo: un incremento en la pobreza, confusión cultural, secularización, aumento en la frecuencia de hogares desintegrados, debilitamiento del liderazgo y fragmentación de las redes de interacción y comunicación, lo que resulta en alienación social, falta de cobertura de las necesidades personales y altos índices de trastornos mentales los cuales no son compatibles con “la nueva sociedad”. Debido a esto las sociedades que pasan de un contexto social rural a otro urbano e industrializado poseen mayor riesgo de sufrir este tipo de padecimientos, según indica el autor. Sin embargo como señala Waxler; «si esta teoría fuera confrontada empíricamente, se esperaría que la incidencia de enfermedades psiquiátricas fuera variable según el grado de “desintegración social” o el grado del cambio social en diferentes grupos». (Waxler 1984: 59)

Alrededor de este planteamiento, relacionado con el cambio social, han surgido una serie de críticas las cuales tienen como base estudios epidemiológicos transculturales que han evidenciado que la aparición de algunos trastornos sicóticos comunes como la esquizofrenia¹⁹, presentan una frecuencia similar en muchas sociedades con diferentes grados de aculturación, presión social y económica. Este

¹⁸ En algunas sociedades las creencias alrededor del origen de la enfermedad se basa en causas sobrenaturales, y la persona no es responsable directa de su padecimiento, permaneciendo en esencia intacto, lo que propicia que el rol de “enfermo” puede ser abandonado de una manera sencilla. (Citado por Waxler; 1984, 56)

¹⁹ El cual es el término que la psiquiatría utilizaría para definir el trastorno del “ch’ornaj”.

planteamiento lo apoyan por autores como Kunitz, quien aduce que no existe evidencia clara en relación a que la rápida industrialización y modernización de las sociedades, en contraste con las sociedades tradicionales y poco cambiantes, produzcan un alza en la aparición de trastornos mentales²⁰. (Waxler 1984:59)

Otros investigadores (principalmente psiquiatras que han realizado estudios comparativos), enfocan su análisis hacia la importancia de la cultura como marco de referencia para la definición de lo “normal”. Sugieren que la aparente y rápida recuperación del sujeto, que permanece en su entorno social, se debe en gran parte a la “tolerancia cultural” existente en relación a la desviación o síndrome. Como parte del argumento, se hace mención a que en algunas sociedades “no modernizadas” un alto porcentaje de pacientes logran curarse debido a que el rango de comportamientos considerados como normales es más amplio que en la sociedad occidental; el paciente que regresa a su hogar posiblemente continuará experimentando alucinaciones, pero culturalmente este síntoma no es un indicador de enfermedad (puede ser interpretado como un hecho normal, e incluso como un “don”). En contraste, el mismo caso aplicado a la sociedad occidental implicaría la persistencia del padecimiento, ya que el avance en la curación es definido en estrictos estándares para evaluar el cambio de comportamientos. (Citado por Waxler 1984: 56-59)

En oposición a este enfoque, Waxler argumenta que las diferencias cuantitativas en cuanto al desarrollo de las enfermedades mentales manifestadas en sociedades no occidentales y occidentales son insostenibles, debiéndose no obstante a un problema metodológico, en el sentido que las investigaciones epidemiológicas realizadas en contextos occidentales suelen ser más completas y controladas, lo que implica encontrar mayor evidencia de enfermedad mental. (Waxler 1984: 56)

Partiendo de la crítica de las teorías de “cambio social” y “tolerancia cultural”, Waxler (1984) desarrolla un modelo alternativo (basado en una teoría sociológica más amplia y general llamada “respuesta social”), que provee una mejor explicación de cómo diferentes culturas abordan los trastornos psiquiátricos, basándose en los efectos

²⁰ Según se ha observado durante el estudio del ch'ornaj (locura) en Santiago Atitlán, el cambio social puede considerarse como un factor con incidencia en la presencia del síndrome o enfermedad, sin embargo por sí solo no se constituye como una variable que explique la aparición del fenómeno.

que tiene “la experiencia social” sobre la persona enferma una vez aparece el padecimiento. (Waxler 1984: 62)

La teoría hace énfasis en lo que sucede con el sujeto luego que se da la enfermedad, distanciándose de los factores sociales que contribuyen a su etiología. Se basa más bien en el contexto social en el que se desarrolla el paciente, su posición en las redes comunitarias, y la asignación de normas sociales que tendrá que cumplir de manera paralela a la manifestación de los factores psicológicos que causaron la enfermedad, así como en la forma en la que la sociedad responde al aparecer los mismos. Se asume que los síntomas aparecen en muchas personas, en un momento u otro, pero solamente unos cuantos llegan a ser parte del sistema formal de tratamiento, y por lo tanto a tomar el rol de enfermo. La teoría predice que la respuesta social hacia el individuo es el primer determinante en cuanto a que éste sea catalogado como enfermo, y por lo tanto necesite recibir tratamiento. La respuesta social da paso a que la persona asuma su rol de enfermo, no siendo los factores biológicos los únicos que tendrán influencia en la recuperación del sujeto sino más bien tiene un papel determinante la familia, los vecinos, y más significativamente los terapeutas. (Waxler 1984: 62)

De gran importancia en este proceso es el sistema de creencias propias de cada sociedad, así como la medida en la que el paciente tiene el control sobre su propio “rol” como persona enferma. En algunas culturas existe la creencia que las enfermedades mentales tienen como causa factores sobrenaturales (como la posesión de espíritus), en donde al enfermo no se le hace responsable directamente por su padecimiento, y por lo tanto no existe cambio alguno en cuanto su “integridad social” (su cuerpo o su alma es poseída pero sigue siendo él mismo, los actos “aberrantes” no son directamente cometidos por él sino por el ente que lo posee), llegando a superar el rol de enfermo de una manera fácil y rápida debido a que no son creados estigmas alrededor del sujeto. Los familiares actúan alrededor de ciertas creencias sociales, que de manera implícita y explícita transmiten mensajes que refuerzan el rol normal de la persona. Por el contrario en sociedades occidentales, cuando la enfermedad psiquiátrica se define en términos que involucran cambios en la personalidad del individuo y aducen una responsabilidad personal directa, el sujeto enfermo es concebido como una persona “diferente” y recibe mensajes o “expresiones negativas” (rechazo, marginación y

culpabilidad), las cuales repercuten de manera directa en la auto-percepción y comportamiento del sujeto, lo que crea en éste un sentimiento de aceptación y conformidad con los mensajes negativos teniendo como consecuencia la manifestación del padecimiento a largo plazo. (Waxler 1984: 57-58,61)

Otro factor relevante señalado por Waxler, es la naturaleza del “sistema de atención y tratamiento”, el cual repercute en los avances o mejorías alcanzadas por los pacientes. En sociedades no occidentales en donde el tratamiento es altamente ritualizado y no posee una estructura burocrática, los pacientes y sus familias mantienen el control sobre los “mensajes sociales” que son transmitidos, y el sujeto llega a tener mayor facilidad de abandonar el “rol de enfermo”, regresando a un estado de normalidad. En contraste, en las sociedades occidentales en donde el sistema de tratamiento es tan amplio como burocrático, el paciente se ve inmerso en un complejo sistema que propicia la falta de mecanismos para minimizar y revertir los “mensajes negativos” que tienen repercusión en aspectos relacionados con la curación y la auto-percepción del sujeto en relación a su padecimiento, teniendo escasas oportunidades de abandonar su “rol de enfermo”. En este caso el enfermo no es capaz de cumplir las expectativas que la sociedad pretende del individuo, reafirmandose como una persona “anormal”. (Waxler 1984: 57,61)

Un punto fundamental de esta teoría es que las enfermedades psiquiátricas son una forma de desviación de las normas sociales; lo que implica que la persona asume el “rol de enfermo” debido a que es incapaz de seguir asumiendo su “rol normal”, y por lo tanto aquellas obligaciones y normas establecidas (por ejemplo: la incapacidad de trabajar, o ir a la escuela, actividades que todo padre esperaría de su hijo). Esta incapacidad de cumplir con el rol social asignado, es el punto central de la teoría, y es de crucial importancia en las características que presenta la enfermedad. (Waxler 1984: 62)

En este contexto, la lógica del proceso por el cual las personas de determinada sociedad responden a su propio “modelo de la enfermedad” y lo perpetúan, es descrito de la siguiente manera: al momento en el que una persona se reconoce como enferma por su familia y la sociedad, se establecen ciertas negociaciones entre las partes involucradas en la definición del estatus del paciente, de tal manera que la familia

“discute” con el paciente sobre lo que está sucediendo, tratando de establecer una causalidad y racionalizar lo sucedido, para luego llevar la “discusión” al terapeuta. En este momento se introduce el concepto de “trastorno mental” estableciéndose la normativa y vía más adecuada para poder determinar y predecir la dinámica de la futura interacción con el sujeto. Tanto la familia como el terapeuta, llegan a transmitir mensajes de manera implícita y explícita al paciente sobre lo que él “es”, y sobre todo el comportamiento que debe asumir según el patrón o modelo establecido para la enfermedad mental, así como lo que se espera de él dentro del contexto social y familiar. (Waxler 1984: 63)

Al momento de aparecer los síntomas de la enfermedad mental, el individuo inicia un proceso de búsqueda de confirmación y guía para afrontar las circunstancias que experimenta, esto implica su propia autodefinición, lo cual se da principalmente en contextos en donde existe poca información, pocos roles alternativos, poco poder, y recibe algunos mensajes que no confirman la enfermedad. En estas condiciones el sujeto inicia con la adopción del “rol de enfermo”, siendo “moldeado” por su familia y el terapeuta quienes le hacen asumir ciertos modelos y expectativas de comportamiento. (Waxler 1984: 63)

Cuando el sujeto “se busca a sí mismo” en una nueva situación (por ejemplo: el apareamiento de síntomas de algún trastorno mental), cuenta con una guía para su comportamiento, actuando según las expectativas que se establecen a su alrededor. Al momento de que una persona experimenta los primeros síntomas, la sociedad y la familia actúan según los estereotipos tradicionales establecidos con relación a la locura, con base a los cuales se definen las expectativas, que toman un carácter estable en el tiempo y son aplicables a todos aquellos casos que encajen de manera directa con los mismos patrones de comportamiento. Es así como de acuerdo a la interacción con la sociedad, el paciente internaliza su propio rol de enfermo mental y actúa acorde al mismo. (Waxler 1984: 64)

Aunque las personas reciben mensajes que confirman su enfermedad, y el rol que se espera que adopte, existen casos específicos en los que el sujeto tiene la capacidad de resistirse a los patrones de comportamiento que se le imponen y regresa a un estado normal de manera fácil y rápida. Es así como la teoría refiere que “el poder y

el estatus” del individuo y su familia, así como el carácter del tratamiento, pueden ser factores que mitiguen la condición. Por ejemplo, en el caso de personas de clase alta el comportamiento desviado en “normalizado” o reinterpretado como una excentricidad, mientras que el mismo comportamiento dentro de la clase baja se cataloga como una enfermedad mental. Las personas de clase baja reciben diagnósticos más serios y suelen recibir mensajes que confirman la enfermedad, ante lo cual no llegan a desarrollar ninguna resistencia. (Waxler 1984: 64)

Otro aspecto importante es el tipo de trastorno padecido, ya que existen ciertos síntomas que son socialmente “invisibles” en relación a otros que son necesarios para asignar al paciente el rol de enfermo. Del mismo modo, el tipo de diagnóstico y tratamiento son factores importantes en cuanto a la asignación de este tipo de rol. (Waxler 1984: 65)

En resumen se puede concluir que la teoría lleva implícita el hecho que las respuestas sociales están basadas en las creencias y sistemas de tratamiento socialmente establecidos, las cuales varían de una cultura a otra. (Waxler 1984: 65)

La teoría de la respuesta social se relaciona con los efectos de las experiencias sociales sobre el individuo cuando aparece determinado padecimiento o desviación, esto es el proceso por el cual la sociedad lo “etiqueta” como enfermo. Al mismo tiempo, no se centra en explicar las causas primarias del inicio de la enfermedad psiquiátrica, más bien se enfoca en los mecanismos de respuesta social y los procesos por los cuales pasa el enfermo una vez aparecen los síntomas de la desviación. Se asume que cuando esto sucede los individuos buscan los medios para ser tratados, tomando en este momento el rol de enfermo. Esta teoría predice que es la “respuesta social” a la persona que presenta síntomas psiquiátricos, el principal determinante en la permanencia de la enfermedad y deseo de recibir tratamiento. Estableciéndose una vinculación entre los factores causales (genéticos, bioquímicas o familiares), pero siendo la respuesta social la que mantiene el padecimiento. (Waxler 1984: 73-74)

3. Enfoque “Socio-ecológico”. Otra perspectiva que se usa para interpretar el contexto en la que se desenvuelven los grupos sociales (y aplicada para explicar los trastornos mentales), es el enfoque “Socio-ecológico” el cual se basa en el estudio del

desarrollo de los individuos, haciendo énfasis en los modelos y pautas de interacción, por medio de la dinámica en base a la cual se estructuran las relaciones entre los sujetos y su entorno. (Ibacache, *et al.* 2002: 12)

Esta teoría propuesta por Bronfenbrenner (1977, 1979, 1989), sugiere que el individuo se desarrolla en un contexto o “ecología” compuesta por un sistema de relaciones que se establece a diferentes niveles, siendo integrado por cinco estructuras que conforman el ambiente en el que el individuo se desarrolla, siendo estos: (Bronfenbrenner 1994: 1643)

a. **Microsistema:** Entendido como un patrón de actividades, roles sociales, y relaciones interpersonales experimentadas durante el desarrollo de la persona, en un contexto con características físicas, sociales y simbólicas particulares que incentivan, permiten o inhiben un compromiso sostenido (estableciendo interacciones cada vez más complejas), y relaciones con el ambiente inmediato.

Está comprendido por el contexto inmediato al sujeto, conteniendo aquellas estructuras con las que se relaciona directamente, siendo éstas; la familia (influencia más inmediata y primaria), seguida del contexto local comunitario, en donde se encuentran instituciones tales como la escuela, la religión, y grupos a fin. En este punto las relaciones que se establecen entre el individuo y dichas estructuras se caracterizan por tener un carácter bi-direccional, en donde las creencias y los comportamientos de cada contraparte tienen una influencia mutua. En este nivel las relaciones son de gran importancia e impacto para el individuo. (Bronfenbrenner 1994: 1644)

La armonía de las relaciones establecidas cumplen un rol central en el mantenimiento de la salud de las personas, ya que factores como conflictos con familiares, vecinos y otras personas que tengan relación directa con el sujeto (causados por transgresiones producto de la envidia, luchas de poder, u otros orígenes culturalmente definidos), pueden repercutir de manera directa o indirecta en la pérdida del equilibrio (físico, psicológico o espiritual) y por lo tanto en la aparición de la enfermedad. (Ibacache, *et al.* 2002: 13)

b. Mesosistema: Comprende las relaciones y procesos que tienen lugar entre dos o más escenarios o contextos en los cuales se desarrolla la persona. En otras palabras es un sistema de microsistemas. (Bronfenbrenner 1994: 1644)

En este nivel se definen y establecen las interacciones entre las estructuras del microsistema del individuo (por ejemplo: la relación entre los padres y los maestros, o entre su contexto comunitario inmediato y las instituciones religiosas), constituyéndose como un nivel intermedio de influencias a nivel de instituciones sociales. (Bronfenbrenner 1994: 1644)

Son importantes aquí aquellos factores que implican un incremento en la ansiedad y estrés social en el contexto del individuo. Aspectos como la inestabilidad laboral, o la falta de mecanismos para satisfacer las necesidades básicas, se constituyen como hechos que generan sentimientos de frustración o pesimismo acerca de su situación, llegando a aumentar la propensión o vulnerabilidad de la aparición de algún desequilibrio emocional o mental en las personas. (Ibacache, *et al.* 2002: 13)

c. Exosistema: Comprende las relaciones y procesos que toman lugar entre dos o más escenarios, en donde por lo menos uno de ellos no incluye a la persona que se desarrolla, pero en el cual los eventos suceden indirectamente influenciados por procesos dentro del marco en el que la persona vive.

Define el amplio sistema social en el que el individuo no está relacionado de manera directa o no tiene injerencia sobre su dinámica (por ejemplo: para el niño, el entorno laboral del padre, o los vínculos entre su familia y la comunidad). El impacto de las estructuras de este nivel se establece por medio de la interacción de éstas con las estructuras del microsistema del sujeto. El individuo no posee una injerencia directa a este nivel, pero sí se ve influenciado de manera positiva o negativa por la interacción que sucede en él.

En éste, se definen las relaciones existentes entre el individuo, la familia y los mecanismos culturalmente establecidos para el diagnóstico, el tratamiento y la curación de la enfermedad. Es decir, aquí se ubican todos aquellos mecanismos de atención socialmente aceptados y culturalmente definidos. (Ibacache, *et al.* 2002: 3)

d. Macrosistema: Consiste en un modelo que sirve como base al micro, meso y exosistema, siendo característico de una cultura o subcultura específica, con referencias particulares para su sistema de creencias, oportunidades, estilos de vida, conocimientos, costumbres, recursos materiales, riesgos y opciones durante el curso de la vida del sujeto que se encuentran incrustados en cada uno de estos sistemas. (Bronfenbrenner 1994: 1645)

Contexto más alejado y ajeno del ambiente del sujeto (en el sentido de que no son definidos por éste), e integrado por valores culturales, leyes y comportamientos. Los efectos de los principios definidos en este nivel tienen una influencia directa sobre los niveles anteriores (por ejemplo: si la cultura define que los padres son los encargados directos del cuidado del niño, esta promocionará los medios y recursos para que se realice según los patrones considerados como aceptables, la habilidad o incapacidad de los padres para cumplir con esa responsabilidad tendrá una repercusión directa en el microsistema del individuo). En este nivel se definen todos los mecanismos de interpretación, explicación y tratamiento del individuo mentalmente enfermo. (Ibacache, *et al.* 2002: 12, Bronfenbrenner 1994: 1645)

e. Cronosistema: Abarca cambios o consistencia durante el tiempo, en cuanto a características particulares del individuo y el ambiente en el que la persona vive (cambios en el curso de la vida de la estructura familiar, estatus socioeconómico, empleo, lugar de residencia, etc.). (Bronfenbrenner 1994: 1646)

Este sistema abarca una división temporal relacionada a contextos particulares del individuo. Los elementos de este sistema son de carácter externo; tal como lo sería la muerte de un pariente cercano, o interno; como lo podría ser la aparición de algún trastorno psicológico en el individuo. Durante el transcurso de la vida del sujeto, éste reacciona de diferente manera a los cambios en el ambiente, teniendo más habilidad y capacidad de determinar cómo los cambios tienen influencia sobre sí mismo.

La teoría enfatiza que la propia biología del infante es el ambiente primario que impulsa el desarrollo del individuo. La interacción entre la biología del sujeto, su ambiente familiar, comunitario inmediato, y el contexto social general dirigen el progreso y desarrollo. Es así como este enfoque se orienta hacia el contexto del

individuo, el cual lo moldea, al mismo tiempo que considera al ambiente y al sujeto como parte de un mismo sistema. (Ibacache, *et al.* 2002: 12)

La vinculación entre cada uno de los diferentes niveles que componen el sistema de relaciones, implica que el conflicto o desequilibrio en uno de ellos afecta de manera directa toda la estructura. Estas relaciones alcanzan formas más complejas durante el desarrollo del individuo, implicando esta complejidad, el surgimiento y la definición de sus estructuras físicas y cognitivas. (Bronfenbrenner 1994: 1647)

4. Enfoque “simbólico” de las enfermedades mentales. Por lo general, los investigadores que han tratado el tema de la salud mental en sociedades no occidentales, se han enfocando en el estudio de la “asignación cultural de signos” durante el proceso de entendimiento y tratamiento de los trastornos mentales. Este interés en los símbolos y significados, han surgido de la teoría estructural-funcionalista representada por Levi-Strauss (1963), y por otro lado del enfoque simbólico procesual desarrollado por Turner (1964). (Umoren 1990: 389, Levi-Strauss 1963: 68, Turner 1964: 56)

En este contexto Umoren (1990) se basa en la propuesta de Turner para explicar que el diagnóstico y el tratamiento en algunas culturas es altamente determinado por la religión, así como por símbolos que operan como un sistema dinámico de significados, en el contexto temporal de los procesos socioculturales. (Umoren 1990: 390)

El autor basa su análisis en la teoría de la “liminalidad” de Turner, enfoque que fue abordado previamente por Van Gennep en su libro “Les Rites de Pasajes”. Este término hace referencia a una fase intermedia de las tres que Van Gennep identifica en todos los ritos de paso, las cuales son a) separación, b) margen (o limen, palabra que en latín significa "umbral" o transición) y c) reagregación (reintegración). Estas fases se distinguen de manera clara y particular en los ritos de iniciación (por ejemplo: el paso de niño a hombre, el matrimonio o la muerte). (Citado por Lie 2003: en internet)²¹

²¹ En: <http://www.comminit.com/la/tendencias/lact/lasld-86.html>

Al aplicar el modelo al tratamiento médico-religioso se identifica que éste posee un carácter procesual compuesto de estas tres claras y demarcadas fases; (Umoren 1990: 390)

a. Pre-Liminal: Fase que representa al estado previo a que el individuo manifieste la enfermedad, en donde se da lugar a hechos que la desencadenaran de manera directa o indirecta. (Conflictos interpersonales, disputas familiares, trasgresión de algún tabú, etc.). (Umoren1990: 392).

b. Liminal: Referido al periodo de la manifestación y tratamiento de la enfermedad. El individuo inicia con la manifestación de comportamientos “anormales”, que rompen con el equilibrio socialmente establecido entre el individuo, su familia y la comunidad. El inicio del tratamiento se da cuando la familia busca curar la enfermedad por medio de la atención del terapeuta, la cual consiste en determinar el origen, contrarrestarlo, y sanar los síntomas, por medios y técnicas de carácter religioso-espiritual o religioso-fisiológico (ritos, ceremonias, plantas medicinales, etc.). (Umoren 1990: 395)

Esta es una fase de transformación, en donde la persona no pertenece a la sociedad y no es un miembro de la estructura normal cotidiana. El individuo se ubica en un tiempo y un espacio sin definición social, en donde la identidad de la persona o el grupo queda poco clara. (Lie 2003: en internet)

Turner define la "liminalidad" como: "potencialmente, y en principio una región libre y experimental de la cultura, una región en la que no sólo se pueden introducir nuevos elementos, sino también nuevas reglas combinatorias". «En la liminalidad, se prueban nuevos modos de actuar, nuevas combinaciones de símbolos, para aceptarlos o rechazarlos. ... siendo la esencia del ritual su multidimensionalidad y la multivocalidad de sus símbolos ». «...en la liminalidad las personas “juegan” con los elementos de lo familiar y los des familiarizan» (Turner 1974: 60)

En el contexto de esta “liminidad” surge el concepto que Turner denomina como “communitas”, el cual es un "estado del ser" o "calidad de la relación" que consiste en la posibilidad de reflexionar y realizar una crítica, o bien idealizar, o disponer de igualdad y estrecha camaradería. (Citado por Lie 2003: en internet)

c. Post-Liminal: Fase en la que el paciente es curado y reincorporado en la sociedad. Luego de la curación el sujeto retoma su rol social el cual le da un estatus similar al de los demás integrantes de la comunidad. (Umoren 1990: 395-396)

Para Umoren las enfermedades mentales por si mismas están situadas en el contexto general de los procesos socioculturales, un contexto en el que los símbolos religiosos instigan a la acción social y sirven como modelos de interpretación de la realidad y de los comportamientos. Los símbolos son definidos como formulaciones tangibles de nociones, abstracciones de la experiencia fijadas a formas perceptibles, personificaciones concretas de ideas, actitudes, juicios, deseos o creencias. (Umoren 1990: 390)

Las explicaciones religiosas, según este enfoque (simbólico-procesual), determinan y definen la lógica en la cual se explica el surgimiento de la enfermedad mental así como su tratamiento y curación. (Umoren 1990: 398)

5. Modelos explicativos de la medicina indígena maya. A pesar de no constituirse específicamente en teorías explicativas de los trastornos mentales, existen dos aproximaciones al entendimiento de la medicina indígena en Guatemala las cuales proveen el marco conceptual para comprender de mejor manera la concepción cultural de la salud y la enfermedad dentro de los grupos mayas. Ambos modelos son útiles para comprender el contexto cultural y social en el que el síndrome estudiado en el presente trabajo, se manifiesta y desarrolla.

Aunque no ha sido ampliamente desarrollado y es más bien presentado como una hipótesis, Hurtado (1973) propone un «modelo estructural de las creencias en relación a la enfermedad en el altiplano de Guatemala», el cual surge como resultado de su experiencia de trabajo como médico en varias comunidades indígenas en las que pudo observar las diferencias culturales (especialmente en cuanto a los términos en los que el paciente entiende y explica la enfermedad), que se originan de la aplicación de la medicina occidental en este tipo de poblaciones.

Hurtado basa su propuesta en la estructuración de una categorización que clasifica las enfermedades, partiendo del principio que «todo pueblo desarrolla su

sistema de creencias en relación a la muerte y enfermedad perfectamente estructurado, congruente y lógico, para entender y manejar estos problemas». En este sentido menciona que es necesario entender las categorías conceptuales de la “gente” tratando de establecer una “taxonomía popular”. (Hurtado 1973: 15)

El autor establece así seis categorías que, según su planeamiento, permiten englobar la totalidad de las enfermedades identificadas:

a. Categoría I: Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo. Ubica en este grupo enfermedades como “la mollera caída”, “el cuajo caído”, “el estómago caído”, y todas aquellas que son producidas por una alteración en la mecánica del cuerpo y que consecuentemente implica un tratamiento por medios mecánicos.

En el caso específico de la “mollera caída”, clínicamente es entendido como la depresión de la fontanela (área blanda en el cráneo del niño que esta presente hasta los 15 meses), debido a diversas enfermedades que implican deshidratación. Las personas suponen que este síntoma, identificado por el médico, es más bien una enfermedad asociada a vómitos, diarrea, fiebre y quejido. Basados en esta concepción, se opera con la premisa de que al “hundirse la mollera” el niño presentará una serie de síntomas, por lo tanto la única manera de curar la enfermedad es corrigiendo la causa es decir “levantando la mollera” poniéndola en su posición original por medios mecánicos como la introducción de un dedo en la boca del niño pretendiendo levantar por medio de presión el velo del paladar o bien colgando al niño por los pies con la cabeza hacia abajo y golpeando la palma de los mismos. (Hurtado 1973: 16)

b. Categoría II: Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional. En esta categoría son ubicadas las enfermedades que podría ser consideradas como de índole psicológico o psiquiátrico, sin embargo hay otras que no son problemas usuales de la psiquiatría. Un ejemplo lo constituye la enfermedad llamada “estar chipe”, la cual es común en niños cuya madre está embarazada, y se da a consecuencia de los celos de éste en relación al nacimiento de un hermano. Basta que una madre tenga un embarazo de unas pocas semanas para que cualquier enfermedad sea interpretada como resultado de la ruptura del equilibrio emocional del niño por los celos. Cuando

se da el nacimiento, cualquier enfermedad que el hermano presente es entendida como “estar chipe”, es decir que el niño está celoso del nuevo hermano y eso le produce la enfermedad. Son síntomas relacionados con esta condición; la automarginación, pérdida de apetito, llorar y mojar la cama. (Hurtado 1973: 17)

c. Categoría III: Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor – frío. En este caso se hace referencia a la creencia de que es necesario mantener un ajuste particular en relación a conceptos de “fío” y “calor”, tanto a un nivel orgánico como extra-orgánico. Algunas enfermedades tienen la cualidad de ser frías o calientes indicándose determinadas medicaciones consideradas como opuestas a su concepción particular. (Hurtado 1973: 18)

d. Categoría IV: Enfermedades producidas por la pérdida del alma. Un ejemplo, es la enfermedad conocida como “el susto”, la cual es considerada como resultado de la pérdida del alma y entendida como una enfermedad mortal a menos que ésta sea recuperada. Estos conceptos son explicados con base a que dentro de la cultura maya la relación alma – cuerpo es completamente diferente de la premisa que sustenta la cultura occidental, en donde esta unión no es indisoluble durante la vida del individuo. Según esta percepción una persona en un momento particular, como resultado de un pánico o temor intenso, puede perder el alma por medio de una gran variedad de circunstancias tales como la aparición de un “espanto”, la caída a un pozo, lago o río, o cualquier otro hecho que implique temor de manera brusca. En estos casos el único tratamiento efectivo es la realización de ceremonias orientadas a recobrar o devolver el alma para que de esta forma se recupere la salud. (Hurtado 1973: 19)

e. Categoría V: Enfermedades causadas por la influencia de otros seres naturales o sobrenaturales. El mejor ejemplo de la enfermedad causada por entidades espirituales es el “ojo” o “mal de ojo”, el cual sucede cuando un niño ha estado en proximidad a un “borracho”, una persona en estado post-alcohólico popularmente conocido como “goma”, cuando una mujer embarazada o una mujer durante su menstruación. Esta enfermedad es especialmente temida ya que si no se previene, se diagnostica oportunamente y se trata por el curandero, puede llegar a causar la muerte. (Hurtado 1973: 20)

f. Categoría VI: Enfermedades producidas por parásitos intestinales. Pueden colocarse aquí una serie de padecimientos que afectan principalmente a los niños, siendo una de las más comunes “el alboroto de lombrices”. Para las personas, así como Dios le ha dado a un niño ojos, oídos, nariz, etc., también le ha dado “parásitos” que son naturales y popularmente llamados “lombrices de leche”, las cuales están ubicadas en una “bolsa” situada en la cavidad abdominal. Según esta premisa, la enfermedad no radica en el hecho de tener lombrices, más bien en que bajo determinadas circunstancias se salen de esa “bolsa” produciéndose la enfermedad. No obstante la cura no consiste en expulsarlas del cuerpo, únicamente en reubicarlas en su “bolsa”. (Hurtado 1973: 21)

Como se observa este modelo es bastante general y en algunos casos (como en la enfermedad estudiada en el presente trabajo de tesis), ciertos padecimientos encajan parcialmente en más de dos de las categorías planteadas. Sin embargo, como el mismo autor hace mención, este modelo es importante ya que; a) permite adentrarnos a un sistema de creencias completamente diferente al occidental, lo cual ayuda a mejorar el nivel de comunicación entre médico – paciente; b) permite predecir el comportamiento y actitudes frente a diferentes problemas, lo cual implica brindar un mejor tratamiento; c) ayuda a encontrar puntos de referencia en donde el trabajador de campo, el agente de promoción, el médico, etc., pueda lograr “anclar” sus propios conceptos. (Hurtado 1973: 22)

Una segunda propuesta teórica, surge como resultado de un estudio en el campo de la antropología médica titulado “Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala”, publicado por la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) y desarrollado por Eder y García (2002). Este estudio buscó establecer la relación entre los valores culturales y la práctica médica en los pueblos de identidad maya, tomando como ejemplo tres de los veintidós grupos étnicos que viven en Guatemala: Kaqchikeles, Sipakapenses y Q’anjob’ales. Los resultados son propuestos como un marco global de referencia para la búsqueda de la existencia de rasgos que caracterizan la medicina indígena maya. (Eder y Car 2004: 7-8)

Al igual que el planteamiento anterior, este “modelo” no se constituye en un planteamiento ampliamente desarrollado convirtiéndose más bien en una descripción

general del contexto cultural en el que aparece, se diagnostica, se trata y se cura la enfermedad.

El marco global de esta propuesta se sintetiza en dos componentes: a) el concepto de la salud fundamentado en la cosmovisión maya, la cual desarrolla una visión sobre el origen y el establecimiento del universo en donde el ser humano está relacionado con “el todo”, y no es considerado como el centro del mismo (en este concepto la enfermedad es entendida como la pérdida del equilibrio de este sistema); y b) el conjunto de aspectos o elementos que configuran la práctica médica, que se refiere a la forma en que accionan la organización de la terapéutica, los conocimientos, su fundamento, métodos, técnicas de aprendizaje, prevención, tratamiento y aceptación por parte de la población maya. (Eder y Car 2004: 8,33)

Según este enfoque, el origen de la vida es consecuencia de la creación y sostenimiento del cosmos. «Para la cultura maya los astros y sus movimientos son mapas en los cuales están descritos los términos del mantenimiento del universo y de la vida. En este sentido la cosmovisión maya es interpretada como “un pensamiento holístico, según el cual cada parte está en relación con el todo universal”, por lo que cada ser humano está en íntima relación con todos los componentes de este universo». El fundamento de la comprensión de la salud y la enfermedad se establece en términos del mantenimiento del equilibrio del ser humano en el universo. (Eder y Car 2004: 34)

Según Eder y Car (2004), en torno a «los elementos de funcionamiento del modelo» se establece la «organización terapéutica», siendo entendida como «la forma en la que una sociedad distribuye el trabajo para atender los problemas de salud-enfermedad, existiendo acorde a los principios que rigen la cultura». (Eder y Car 2004: 35)

En la cultura maya el concepto “regulador de la organización terapéutica” es la espiritualidad, cuyo fundamento es la concepción de la creación y el sostenimiento de la vida, el mundo y el universo. Siendo función de la espiritualidad, establecer un medio de entendimiento sobre cómo se sostiene el equilibrio de los componentes del universo del cual forma parte la vida humana. El trabajo terapéutico genera la guía para una atención específica que responde a las enfermedades que afectan al ser humano. (Eder y Car 2004: 35)

Un rol clave en el proceso de atención de la enfermedad dentro de la cultura maya es desarrollado por los especialistas, los cuales llevan a cabo actividades particulares dependiendo del tipo de padecimiento y del individuo que lo sufra. Dentro de este modelo se identifican los siguientes terapeutas y funciones correspondientes:

Tabla 2: Terapeutas mayas y sus funciones

Denominación de los y la terapeutas	Funciones
• Comadrona	Atención prenatal, parto y post parto, así como atención a enfermedades comunes de niñas y niños.
• Curandero	Atención de personas de cualquier edad como padecimientos comunes: diarreas, problemas respiratorios, sustos, mal de ojo y otros.
• Soplador	Curación de heridas y quemaduras
• Huesero	Atención a problemas del sistema óseo; zafaduras, quebraduras y golpes.
• Sacerdote Maya	Atención de la salud emocional y espiritual.
• Guía espiritual	Orientación sobre las relaciones sociales y espirituales.
• Alcalde rezador	Similar a los sacerdotes y guías espirituales.
• Sabio	Coadyuva en el entendimiento de la vida.

(Fuente: Modelo de la medicina indígena Maya en Guatemala, Eder y García 2002: 32)

Esta propuesta señala que, a pesar de que existe una división en cuanto a la atención de las enfermedades, la medicina maya funciona “orgánicamente” ya que las especialidades terapéuticas interactúan entre sí. Por ejemplo: las comadronas suelen intercambiar opiniones y conocimientos en casos obstétricos específicos, así como también recurren con los curanderos cuando la atención de la mujer embarazada implica tratar algún padecimiento común, mientras que los curanderos buscan la opinión de los sacerdotes o hueseros cuando el diagnóstico conlleva la necesidad de atención espiritual o el tratamiento de problemas óseos. (Eder y García 2002: 34)

La propuesta general de este modelo consiste en plantear la existencia de una “organización terapéutica” definida por una lógica de atención de los problemas de salud-enfermedad en el marco de la identidad cultural maya, en donde diferentes especialistas tradicionales poseen conocimientos y técnicas complementarias por medio del principio “del equilibrio universal” de la cosmovisión maya. (Eder y Car 2004: 38)

El equilibrio es entendido, desde una perspectiva integral, como una manifestación de la existencia armónica en los aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales. Generándose la enfermedad a partir de múltiples causas que implican necesariamente la pérdida de ese equilibrio en cualquiera de esos aspectos, llegando a ser afectados de manera simultánea el cuerpo humano, el espíritu y la naturaleza. (Eder y Car 2004: 39)

En este contexto la práctica médica es también una práctica social, ya que la recuperación no es una tarea específica del terapeuta, siendo más bien resultado de actividades que se desarrollan en el entorno social y especialmente a nivel familiar.

La práctica social del terapeuta tiene dos dimensiones: la primera que consiste en la promoción, prevención y atención de la salud, y la segunda relacionada con la aceptación de esa práctica. En el caso de la primera, la atención médica consiste en dos momentos: uno que se refiere al diagnóstico, y otro a la prescripción y aplicación del tratamiento curativo. (Eder y Car 2004: 42)

El diagnóstico emplea procedimientos basados en la interpretación de las manifestaciones en el cuerpo y su vinculación con el desequilibrio del espíritu. Para determinar e interpretar las causas corporales se utiliza en un primer momento la “interrogación” acerca de los síntomas y la observación de los signos vitales del paciente, al mismo tiempo que se indaga a nivel familiar sobre los acontecimientos recientes en la vida del sujeto. Es importante también en el proceso, la práctica de adivinamiento por medio de ceremonias y rituales. (Eder y Car 2004: 42)

El tratamiento estará determinado directamente por la calidad y certeza del diagnóstico, siendo una responsabilidad social, compartida por la familia, y en cierta medida, con el aporte de otros miembros de la comunidad.

Finalmente, es importante dentro del modelo, la aplicación de técnicas y el uso de recursos de curación los cuales varían según la especialidad terapéutica, siendo los más comunes: el uso de plantas y minerales “medicinales”, aplicación de masajes, soplos, el uso de temascal, y la celebración de ceremonias, rituales y rezos. (Eder y Car 2004: 43)

D. Definición de redes sociales para la salud

La información recabada en esta investigación evidencia que dentro del proceso de tratamiento y curación del sujeto enfermo, se ven involucrados una serie de terapeutas tradicionales (curanderos y brujos), y no tradicionales (médicos generales, psiquiatras, dependientes de farmacias, sacerdotes, pastores evangélicos, etc.), los cuales desempeñan un rol específico dependiendo del origen establecido para la enfermedad. Al mismo tiempo que se establecen entre éstos una serie de relaciones, directas e indirectas, que son claramente identificadas por las personas de la comunidad.

Cada uno de estos mecanismos²² de tratamiento y curación (tradicionales y no tradicionales) pueden ser considerados como parte integral de un “sistema” especializado en brindar atención en salud, el cual posee un campo de acción que abarca en su totalidad aquellos padecimientos, dolencias o trastornos que implican un desequilibrio físico, emocional o social (dentro del cual el síndrome estudiado es únicamente uno de los aspectos potenciales a ser abordados).

Para la caracterización de este sistema (cada uno de los especialistas e instituciones que se ven involucrados de manera directa en el tratamiento y curación de los sujetos, así como de las relaciones entre estos), se ha utilizado la descripción etnográfica por medio de la identificación de redes sociales, concepto utilizado para el análisis y explicación de la dinámica de relaciones sociales.

Las redes sociales se definen como un tipo específico de relación establecida dentro de un grupo determinado de personas, organizaciones o comunidades. El estudio de redes sociales se utiliza para dos propósitos: a) identificar a los miembros y los patrones de interacción entre grupos de diferentes tipos, incluyendo relaciones de afinidad, laborales, y de parentesco; y b) identificar informantes clave para estudios de investigación que provean datos, partiendo de la referencia y conocimiento mutuo entre grupos de personas. (Trotter, *et al.* 1999: 1-2)

²² Entendiendo mecanismo como «el conjunto de conocimientos, explicaciones y tratamientos implementados por el terapeuta, en la curación del síndrome».

El estudio de las redes sociales ha sido desarrollado de manera amplia en dos investigaciones que han permitido evidenciar la importancia de la utilización de este tipo de metodología. La primera, realizada por Pasternak, que se constituyó en una exploración sistemática de grupos de parentesco, comparando las formas en la cuales diferentes culturas, identifican e interpretan las relaciones genealógicas. La segunda, fue realizada por Elizabeht Bott, que consistió en una exploración detallada y profunda de las redes de soporte y apoyo que las personas utilizan para su “sobrevivencia” dentro de su propia cultura, exponiendo también un modelo para la exploración de estas relaciones a nivel trans-cultural. (Citado por Trotter, *et al* 1999: 3)

De manera general, para el estudio de las redes sociales se han desarrollado tres enfoques o modelos, los cuales se detallan a continuación:

Tabla 3: Principales enfoques al estudio de redes sociales

	Descripción.
1. Exploración etnográfica de las redes sociales.	<p>Los estudios etnográficos de mapeo de redes, usan los métodos etnográficos para describir los grupos más comunes identificados dentro de una unidad sociocultural determinada.</p> <p>Utilizada principalmente para la descripción de grupos familiares, redes de amistades, grupos de trabajo, asociaciones voluntarias, grupos de apoyo, y otros de grupos sociales identificadas en diferentes culturas. Este tipo de enfoque comprende la recopilación de información cualitativa por medio de rigurosas entrevistas a nivel comunitario, en combinación con la observación de conductas y comportamientos.</p> <p>Proveen descripciones de los individuos, de grupos y su contexto cultural, creando tipologías o clasificaciones. Establece diferencias en organización y funciones, así como cambios en los grupos en un espacio definido durante varias generaciones.</p>
2. Investigación centrada en las “redes personales”.	<p>Este tipo de enfoque se basa en la descripción de redes “personales”, en donde se identifica de manera individual a un grupo de informantes (“egos”; individuos claves), y a los grupos de personas que se encuentran asociados con cada una de ellos (“alter”; personas que los egos se identifican como parte de sus “redes personales”).</p> <p>La información identificada en las redes personales, usualmente incluyen información acerca de del tamaño de las redes, de su composición en base al género, edad, y características socioculturales de todos los individuos que los “egos” identifican como cercanos a ellos. Uno de los resultados de este tipo de enfoque lo constituye la habilidad para describir el contexto de la vida de los individuos más allá de sus características sociales y psicológicas.</p>
3. Descripción relacional de redes sociales.	<p>Es un grupo social delimitado en donde las relaciones entre cada uno de los miembros pueden ser identificadas y definidas.</p> <p>Este enfoque demanda procedimientos de análisis diferentes a los dos anteriormente descritos, y requiere que el investigador identifique la ocurrencia natural de las redes sociales (son aquellas que existen e interactúan en un contexto específico e independiente a la intervención del investigador), y explore las relaciones claves entre y dentro de los miembros de las redes. Este es realizado por medio de entrevistas u observación, o una combinación de ambas, métodos que son desarrollados para explorar las acciones reciprocas que ocupan potencialmente un lugar entre cada miembro de la red.</p>

Fuente: (Trotter, *et al*. 1999: 4-7)

Por otro lado, las redes sociales son construidas de acuerdo a la realidad histórica y social de las comunidades y se establecen como aspectos determinantes en la interacción de las personas, poseyendo un carácter colectivo con una función importante en la resolución de las necesidades prioritarias de las mismas. De esta manera se establecen redes especializadas en varias áreas de la vida de las sociedades, siendo algunas de estas: salud, educación, poder local, seguridad, etc. (MSPAS/OPS 2003: 3)

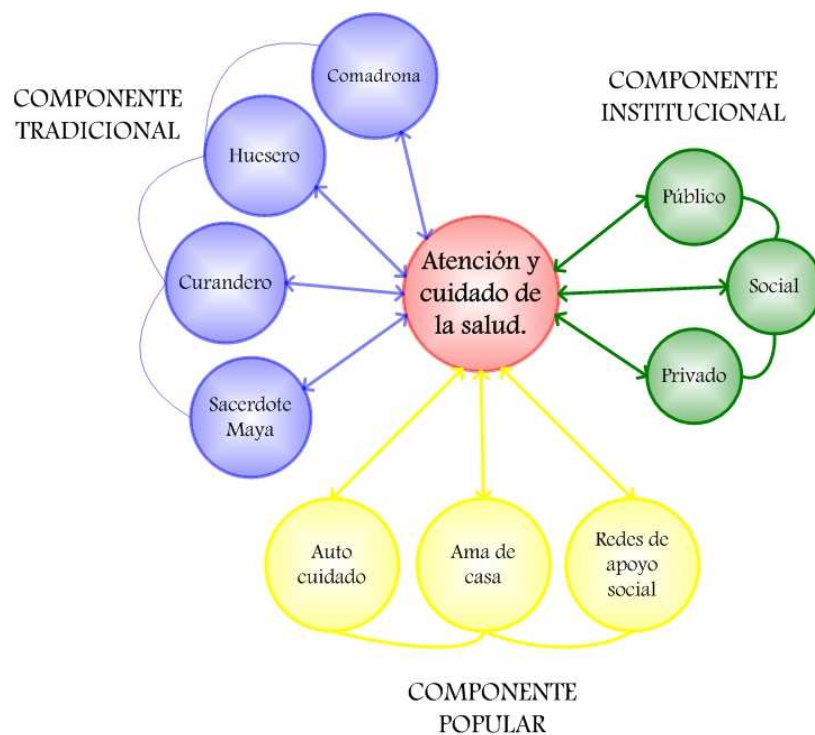
En este trabajo se adoptará el concepto de “Redes Sociales para la Salud”, el cual hace referencia a la interrelación e integración de un conjunto de individuos e instituciones que son socialmente aceptados, y que se especializan en la prestación de servicios relacionados con la promoción y prevención, así como la identificación, terapéutica y rehabilitación de la enfermedad, además de la recomendación para referencia a otro prestador de servicios de salud. (MSPAS/OPS 2003: 5)

Dentro de las redes sociales para la salud pueden identificarse tres subsistemas generales, los cuales se establecen en torno a su origen y función;

1. El institucional: Integrado por los servicios de salud públicos, privados, y otros con fines sociales. Por lo general se caracterizan por un enfoque biomédico - occidental de la atención de la salud, y se presentan como una opción no siempre accesible para todas las personas.
2. El tradicional: En el que se incluyen todos aquellos terapeutas tradicionales tales como las comadronas, curanderos, hueseros, etc., que tienen un rol determinante a nivel comunitario dentro de la sociedad indígena. En este caso no solamente son socialmente aceptados, sino que también sus procedimientos son culturalmente compatibles con las personas que son atendidas.
3. El popular: Integrado principalmente a un nivel individual y familiar. Entran dentro de este sistema también las redes de apoyo social, las cuales juegan un papel importante en la prevención, los farmacéuticos, naturistas, etc.

El estudio de las redes sociales facilita la comprensión de cómo interactúan entre sí cada uno de estos subsistemas y como pueden llegar a desarrollarse puntos de concordancia entre los mismos. En el caso específico de la presente propuesta, ayuda a identificar y a describir la función y relaciones existentes entre los subsistemas institucional y tradicional.

Esquema 1: Subsistemas de las redes sociales para la salud.
(Hernández 1994)



V. Interpretación occidental del síndrome estudiado

Como se ha mencionado anteriormente, cada uno de los sujetos con los cuales se trabajó fue previamente diagnosticado por un grupo de psiquiatras, los cuales establecieron que en cada caso el trastorno observado era esquizofrenia.

El hecho de poder determinar, desde la perspectiva occidental, que todos los sujetos participantes en el estudio poseían el mismo cuadro clínico, se convirtió en un factor importante para la investigación ya que garantizó trabajar con un grupo de personas que compartían comportamientos y características en común. En este sentido, se buscó establecer como cultura tz'utujil interpretaba la enfermedad en cada uno de los casos, con la finalidad de observar algunas correlaciones entre ellos e identificar ciertos patrones en cuanto a su origen o causa.

Este apartado se dedica a la descripción y análisis del “ch'ornaj” desde la perspectiva psiquiátrica, la cual lo clasifica y explica en términos de los trastornos sicóticos. Es importante señalar que debido a los objetivos de la investigación, no se pretende realizar comparación alguna entre la concepción occidental y la maya tz'utujil. Más bien se busca demostrar como la cultura occidental interpreta de forma particular el síndrome estudiado.

La importancia de presentar este análisis radica en el hecho de que ejemplifica al lector como el fenómeno estudiado es enfocado, en cuanto a su causalidad y tratamiento, desde una perspectiva diferente a la descrita en los próximos capítulos.

A. Explicación psiquiátrica del síndrome estudiado

Este trabajo de investigación fue desarrollado dentro del marco del proyecto “Psicosis en una Comunidad Indígena”, el cual tuvo como objetivo determinar el curso de la psicosis no afectiva en una población indígena con acceso limitado o sin acceso a los servicios de salud mental especializados, identificando los casos prevalentes e incidentes de psicosis en la comunidad indígena maya de Santiago Atitlán, comparando el curso de su enfermedad y sintomatología con los individuos indígenas con psicosis

con tratamiento y sin tratamiento psiquiátrico especializado en la Ciudad de Guatemala²³.

En este contexto, para la recolección de la información que será presentada más adelante, se trabajó con sujetos identificados y diagnosticados por un equipo de psiquiatras que determinó que la tipología de la enfermedad padecida en cada caso observado era esquizofrenia. Dicho diagnóstico dio la pauta establecer que el fenómeno estudiado es considerado por la medicina occidental como un trastorno sicótico.

En el campo de la psiquiatría los trastornos sicóticos han sido descritos de distintas formas, las cuales llegan a ser en ocasiones complementarias. De manera general los principales enfoques se resumen a continuación:

- ✦ Una definición “restrictiva” hace referencia al término sicótico como a la existencia de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, las cuales se presentan en ausencia de la conciencia de su naturaleza patológica. (A.P.A.1997 : 279)
- ✦ Otra definición menos “restrictiva” la define también en términos de alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.(A.P.A. 1997 : 279)
- ✦ Una perspectiva aún más amplia es aquella que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia, tales como el lenguaje desorganizado o el comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.(A.P.A 1997 : 279)
- ✦ En oposición a los enunciados anteriores, que son basados en síntomas, existe otra propuesta que se centra en la gravedad del deterioro funcional, de forma que un trastorno mental se denomina sicótico si ocasiona un «deterioro que interfiera, en gran medida, con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida». (A.P.A 1997: 279)

²³ Tomado del Protocolo de la investigación “Psicosis en una población indígena guatemalteca”. Robert Kohn, Universidad de Brown, Providence, Rhode Island, Estados Unidos.

- ✦ Finalmente una definición más aceptada es aquella que se conceptualiza como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.(A.P.A 1997: 279)

Dentro de una variedad de trastornos sicóticos se encuentra la esquizofrenia, la cual es definida como «una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de fase activa, es decir la presencia de dos o más de los siguientes síntomas; ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, y síntomas negativos». (A.P.A 1997: 279)

Los síntomas característicos incluyen varios tipos de disfunción cognoscitiva y emocional que encierran la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; su diagnóstico implica el reconocimiento de una diversidad de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. (A.P.A 1997: 280)

Partiendo de la sintomatología anterior se hace una clasificación de la esquizofrenia basada en la aparición y prevalencia de los síntomas en el sujeto, de manera tal que se establecen cinco tipos, los cuales son descritos en el cuadro siguiente:

Tabla 4: Subtipos de esquizofrenia

Subtipo	Descripción
Paranoide	Se caracteriza por la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognitiva y de la afectividad. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con temas como celos, religiosidad o somatización. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar sentimiento de superioridad y condescendencia así como suntuosidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

Tabla 4: Subtipos de esquizofrenia. (Continuación)

Subtipo	Descripción
Desorganizado	Las características de esta tipología son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de “tonterías” y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental, como lo es la falta de orientación hacia un objetivo, puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana como ducharse, vestirse o preparar comida.
Catatónico	Su principal característica es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo externo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia ²⁴ o ecopraxia ²⁵ . La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos.
Indiferenciado	Caracterizada esencialmente por la presencia de síntomas que cumplen con la existencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Sin embargo no cumplen con los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
Residual	Cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas sicóticos positivos (p. ej. Ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. ej. Afectividad aplanada, pobreza de lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej. Comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras)

Fuente: *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, A.P.A 1997: 292-296.

Paralelamente, la psiquiatría identifica otro trastorno semejante a la esquizofrenia el cual es denominado “trastorno esquizofreniforme”, y se define por la existencia de los síntomas ya señalados, sin embargo este se caracteriza porque la duración de los mismos es claramente definida (de uno a seis meses), así como por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional en el sujeto. (A.P.A 1997: 279)

Estas definiciones y planteamientos dan una explicación “científica” del fenómeno estudiado, y se constituyeron en parte importante del marco teórico del proyecto antes mencionado, sin embargo para el presente estudio se establecen únicamente como descripciones complementarias y no en la base para el análisis del

²⁴ La ecolalia es la repetición patológica como lo haría “un loro” aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. (A.P.A 1997: 294)

²⁵ La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona.(A.P.A 1997: 294)

tema ya que se busca un enfoque desde la perspectiva cultural en donde el síndrome se manifiesta.

B. Etiología de la esquizofrenia

Durante el desarrollo del estudio de la esquizofrenia se han planteado una variedad de teorías explicativas sobre su origen, las que en su mayoría se han caracterizado por ser uni-causales, sin embargo debido a su complejidad, variedad de contextos y condiciones en los que se manifiesta, han surgido otros planteamientos que explican su causa en relación a una variedad de factores de carácter genético, físico, psicológico y social.

En un inicio, los primeros neuropatólogos buscaban el origen del trastorno basados en la idea de que era resultado de la pérdida, existencia de cambios o problemas en el desarrollo celular. Sakel especulaba sobre alternaciones del sistema nervioso parasimpático que bloqueaban el funcionamiento de las células nerviosas, repercutiendo de manera directa en el hipotálamo. Otros autores buscaban demostrar cómo la aplasia (o pérdida celular) de las glándulas endocrinas sexuales, así como del sistema circulatorio, de la tiroides y las suprarrenales, eran la posible causa. (Grinker 1971: 71-72, Salzinger 1973: 126-127)

Por otro lado, investigadores como Heath hacían énfasis en las alteraciones bioquímicas del cerebro como “daño” presentado en los individuos esquizofrénicos, resultado de algún “defecto” genético, producido o relacionado con trastornos en el funcionamiento eléctrico del cerebro. Estas explicaciones enfocaban el origen desde el punto de vista bioquímico o neurológico, siendo criticadas por su subjetividad y su falta de comprobación experimental. (Grinker 1971: 71-72, Salzinger 1973: 126-127)

Durante el desarrollo del estudio de la esquizofrenia ha sido planteado otro enfoque, basado en los procesos de desarrollo del individuo, los cuales tienen repercusiones directas en los métodos de adaptación del organismo. Se hace énfasis en las satisfacciones o fracasos que desarrollan la experiencia de las personas desde su infancia, tomando en cuenta las experiencias traumáticas y sus condiciones de ajuste y medios de soporte emocional. De este modo la esquizofrenia se determina por una serie

de factores presentes durante la vida del sujeto, según a los cuales forma su carácter, define su ego y establece vínculos con la realidad. Con esta propuesta se pasa de las inferencias fundadas en reconstrucciones psico-analíticas, al desarrollo de una nueva disciplina basada en el estudio del desarrollo del individuo desde su infancia, establecida en observaciones y descripciones sobre el aprendizaje durante este proceso. (Grinker 1971: 72)

Adolf Meyer propone una teoría paralela establecida en la premisa que las enfermedades mentales son una reacción a los problemas interpersonales y circunstanciales. Menciona que un problema básico en el desarrollo del individuo y su inadecuación al ambiente, es la ansiedad que se origina de manera negativa en las primeras etapas del ciclo de vida de las personas. La propia concepción de sí mismo y de los otros, se crea en la infancia pero es constantemente expuesta a las vicisitudes de las experiencias de vida. En un sentido concreto, los conceptos de esta teoría se constituyen en las reconstrucciones retrospectivas en las cuales se basa el desarrollo del infante. (Grinker 1971: 74)

De igual manera, para autores como Sullinvan la enfermedad mental es una expresión de trastornos de las relaciones interpersonales. Sin embargo este modelo, al igual que otros, depende de “reconstrucciones”, llegando a ser considerado efectivo solamente cuando estudios sobre el desarrollo del infante evidencian que la influencia del ambiente en el que se desarrolla, se traduce en la producción de distorsiones psicológicas. Este enfoque enfatiza el rol que juega la familia como medio básico del desarrollo del individuo, ya que desempeña un papel importante en su protección y crianza, así como también en el aprendizaje de cómo adaptarse y sobrevivir. En este sentido la familia puede ser un agente importante en la aparición de distorsiones y desviaciones en el infante que se desarrolla, siendo el tipo de comunicación y los mensajes que le son transmitidos parte importante del proceso. (Grinker 1971: 72-73, Salzinger 1973: 128)

Otros autores han propuesto su atención en estudios relacionados con la teoría “psicológica”, la cual apunta a la pérdida de la capacidad de pensar en conceptos abstractos y a la regresión a un nivel primitivo del “pensamiento en complejos” (capacidad para crear una red estructurada e interconectada de conceptos). Kasanin, se

ha basado en estudios de Vigotski quien hace evidente la pérdida o reducción de la capacidad de los esquizofrénicos de ejecutar pensamientos conceptuales, en relación a personas normales del mismo nivel educativo. Goldstein ha descubierto al mismo tiempo cierta tendencia al deterioro de las actitudes relacionadas con las capacidades de abstracción del esquizofrénico, resultando esto en comportamientos concretos similares a los pacientes con enfermedades cerebrales. (Grinker 1971: 74-75)

La ansiedad ha sido igualmente señalada como origen del trastorno, ya que se considera como un aspecto que contribuye de manera directa a la pérdida de las funciones cognitivas, así como es un importante iniciador de estrategias de auto-defensa a nivel psicológico. Esta teoría demuestra que la sintomatología psiquiátrica, en buena medida, evidencia el desarrollo y la existencia de una serie de “mecanismos de defensa” del individuo, por lo que la nosología empleada se basa en un patrón de defensas contra la ansiedad derivadas de procesos conflictivos y experimentales. En este sentido, Hill presenta cómo el rol de la ansiedad es determinante en la esquizofrenia, argumentando que los estados de ansiedad reflejan el miedo de la persona en relación a “la pérdida del objeto” de sus relaciones, teniendo un carácter destructivo en los procesos ordinarios del desarrollo, siendo influyente en los conceptos de sí mismo, las características del proceso de comunicación, la creación de vínculos cercanos con personas claves en su sobrevivencia, y el grado de auto-estima. En general, se señala que los procesos mentales se vuelven desorganizados, existiendo enajenación social, lo cual se concreta en estados de retraimiento del mundo circundante. (Grinker 1971: 76-77)

Estas teorías, y otras existentes, han sido categorizadas por Jackson en: a) aquellas que tienden a dar una explicación de origen orgánico, b) las que señalan que es producto de la vulnerabilidad biológica del individuo, c) las que apuntan a que es resultado de la predisposición del individuo al estrés, d) aquellas que indican que el origen es de carácter psicosomático, e) las que enfatizan la vivencia de traumas emocionales en periodos tempranos de desarrollo, f) las que ubican al individuo con resultado de su interacción con el entorno, en donde un inadecuado ajuste al grupo familiar es clave, y g) las de carácter psico-genético. (Grinker 1971: 83)

Otra clasificación crea básicamente tres tipos de enfoques, ya que parte de la idea de que las teorías antes expuestas poseen puntos de congruencia, siendo hasta

cierto punto complementarias. De este modo se establecen: a) las teorías “orgánicas” que postulan como origen del trastorno a las alteraciones en la función del sistema nervioso central, asumiendo problemas directos con el sistema nervioso o indirectamente con anormalidades en el sistema endocrino (suprarrenales, tiroides, etc.), o problemas en el metabolismo; b) teorías “psicológicas” basadas en las alteraciones funcionales del pensamiento y los sentimientos, como procesos finales de experiencias internas; y c) teorías “sociales”, relacionadas con la influencia directa del contexto del individuo en varios niveles del proceso de aprendizaje y durante su desarrollo. (Grinker 1971: 83)

Los factores considerados importantes en el origen o surgimiento de la esquizofrenia son aquellos factores de carácter hereditario, mientras que factores como el ambiente social juegan un papel secundario y solamente en algunas ocasiones un rol principal. (Bagley 1984: 346)

La esquizofrenia es así considerada desde dos ángulos como: un proceso casi físico (anatómico), que con frecuencia afecta los sistemas centrales de percepción, dando así origen a alucinaciones, y un proceso principalmente psicológico que ataca las funciones integradoras del yo. De este modo, es la culminación de una serie de circunstancias, tanto fisiológicas como psicológicas. Muchos investigadores hacen remontar el origen del mal a la influencia de ciertas causas desencadenantes psicogénicas sobre una predisposición constitucional genética. (Rohem 1982: 90)

Siguiendo este planteamiento, los factores sociales más comúnmente señalados como incidentes en el padecimiento de la esquizofrenia hacen referencia al estatus social, o la marginación de la que es objeto el individuo que pertenece a una minoría étnica o inmigrante, lo que provoca en él altos grados de estrés, baja autoestima y frustración. Existe una correlación directa entre la internalización de una idea (superación económica) y el éxito personal en cuanto a alcanzar dichas metas (debido a su marginación social y económica). (Bagley 1984: 347)

Algunos autores mencionan que el surgimiento de la menor emoción es importante como factor precipitante, siendo éstas por ejemplo: el cambio de rol del sujeto (cambio de trabajo, cambio de escuela, etc.), cambio de rol en algún familiar

cercano o miembros del hogar (presencia de alguna enfermedad, muerte, etc.), cambio súbito de residencia, de contexto familiar o integrantes del hogar, cambios pronosticados (cambio de residencia por motivos laborales), valoración positiva o negativa sobre el individuo, y cualquier otro evento dramático (accidentes, arresto, etc.) (Bagley 1984: 348-349)

En la práctica, la multiplicidad de factores que se ven involucrados en su apareamiento hacen que una teoría sobre la esquizofrenia sea definida como “bio-psico-social”, evidenciando que: a) algunas condiciones genéticas probablemente predisponen al individuo a dificultades “adaptativas”, debido a desórdenes de estructura y función el sistema nervioso central, o desórdenes del metabolismo o sistema endocrino, afectando indirectamente el sistema nervioso (sin embargo por sí solos estos factores no causan la esquizofrenia); b) la importancia de “problemas tempranos” causados por la inadecuada preparación del individuo por parte de la familia para afrontar el estrés del ambiente externo, propiciando así un estilo de vida poco estable, de manera que factores como el equilibrio entre las satisfacciones y los fracasos, los traumas y la tranquilidad, el tipo de comunicación y mensajes transmitidos, por la madre o algún otro integrante de la familia, llegan a tener especial importancia. Estas experiencias actúan o preparan el contexto para que factores biológicos o hereditarios actúen de manera determinante en momentos crisis que desencadenan el trastorno; c) el rol de la ansiedad como factor atribuido a la interacción entre predisposiciones biológicas y el desarrollo de experiencias durante el desarrollo del individuo. La relación entre estos factores internos y externos posee repercusiones en la existencia de comportamientos desintegrados dependiendo de la manera en la que se vinculen; d) el papel que juegan los cambios a nivel personal y social durante la vida del individuo, siendo un aspecto importante como factor precipitante del trastorno bajo condiciones específicas; e) la existencia de síndromes primarios tales como los trastornos en asociaciones psicológicas, alteraciones afectivas, ambivalencia, pérdida de vínculos con la realidad, y recurrir a una “vida de fantasía”; y f) la manifestación de síntomas secundarios como, alucinaciones y otros mecanismos de compensación del enfermo le llevan a restituir la estabilidad frente a los síntomas primarios de la ansiedad. (Grinker 1971: 83-84)

C. Observaciones sobre el estudio trans-cultural de sintomatología de la esquizofrenia

Según Favazza y Oman, Sapir hace ver que la importancia de la antropología cultural radica en que de manera constante redescubre lo considerado por las sociedades como “normal”. Todas las culturas desde las más “complejas” hasta las más “simples” presentan enfermedades mentales las cuales varían en expresión e identificación, de tal manera que algunas culturas por ejemplo encubren el pensamiento delirante bajo una configuración mágico-religiosa, mientras que en otras culturas como la occidental, se enfatiza en la racionalidad y la objetividad científica más que en causas sobrenaturales. (Favazza y Oman 1984: 17-18)

La cultura en este sentido juega un rol directo en la etiología y la conformación de los síntomas de las enfermedades mentales. Sin embargo es necesario hacer énfasis en la multi-causalidad de los trastornos, siendo importante interpretarlas como hechos resultados de la interacción entre factores culturales, sociales, demográficos, ambientales, psicológicos, biológicos, políticos, genéticos y nutricionales. (Favazza y Oman 1984: 17-18)

La incidencia de la esquizofrenia en una variedad de culturas sugiere que, en contraste a la psiconeurosis o el suicidio, la proporción de este síndrome en cualquier comunidad o grupo social mantiene cierta estabilidad. Varios estudios demuestran que mantienen una tasa del 0.4 al 0.9 por ciento. (Bagley 1984: 346)

Según Al-Issa (1970), la investigación transcultural de este síndrome ha demostrado presencia en muchos grupos alrededor del mundo, lo que le da un carácter de universal, del mismo modo hace referencia a que las respuestas y los síntomas (respuestas psicológicas y síntomas cognitivos) de la esquizofrenia en diferentes grupos sociales suele ser poco influenciados por la cultura, presentando variabilidad en la frecuencia y los patrones en los que se manifiesta. (Citado por Al-Issa 1970: 494-496)

Uno de los estudios más extensos ha sido realizado por Murphy, quien por medio de entrevistas a psiquiatras de diferentes orígenes culturales, buscó establecer patrones en cuanto a la frecuencia de ciertos síntomas y el trasfondo cultural de los

mismos. De esta manera estableció que delirios de tipo destructivo y religioso, son más frecuentes entre los cristianos y musulmanes, mientras que las de grandeza son más comunes en grupos asiáticos, las alucinaciones visuales son reportadas con mayor constancia en África y el cercano Este. También observó diferencias entre pacientes de áreas urbanas y rurales, siendo en estas últimas donde se manifiestan con mayor frecuencia delirios de grandeza. Un importante descubrimiento consistió en que en síntomas como renuncia emocional y social, alucinaciones auditivas, delirios en general o afecto aplanado, ocurren con frecuencia en todos los grupos estudiados. (Citado por Al-Issa 1970: 497)

Variaciones específicas en los síndromes de la esquizofrenia como delirios paranoicos son principalmente atribuidas a grupos no occidentales que poseen menor grado de educación formal o contacto con las costumbres y comportamientos de la vida moderna, de igual forma los desórdenes del pensamiento y aplanamiento afectivo. (Al-Issa 1970: 498)

Finalmente, un aspecto importante es que, aunque en las sociedades no occidentales se observan los síntomas característicos observados en países occidentales, estos difieren en la forma en la que se manifiesta su inicio y duración. Al mismo tiempo las manifestaciones del síndrome muestran cambios durante ciertos períodos de tiempo dentro de una misma cultura. (Al-Issa 1970: 497)

VI. Interpretación cultural del ch'ornaj

En el presente capítulo se analiza la información recopilada durante el proceso de investigación etnográfica, exponiendo algunos aspectos importantes que llevan a comprender como la cultura tz'utujil de Santiago Atitlán conceptualiza la etiología, el tratamiento, el diagnóstico y el pronóstico del síndrome²⁶ conocido como “ch'ornaj” o locura.

A. Concepción de la “locura” dentro de la cultura maya tz'utujil de Santiago Atitlán.

En tz'utujil el término para referirse a un sujeto²⁷ que padece el trastorno estudiado es “ch'ornaj”, que significa loco o locura, siendo también utilizada la palabra “ch'ojrik”, que hace referencia a la acción de estar loco o sufrir de locura. Otros términos también utilizados pero referidos en menor frecuencia son; “sochnaq rua” que significa “estar mal de la cabeza”, y “ch'ornaj rua” que su traducción sería “estar mal de la mente” (perder la capacidad de razonar). (ALMG 2001: 141,150)

De manera congruente al significado de estos términos, el padecimiento es ubicado físicamente en la cabeza o cerebro del individuo, lugar en donde aparece y actúa. Tiene repercusiones directas en todo el cuerpo ya que implica un cambio significativo en la funcionalidad física y expresión corporal, se manifiestan movimientos lentos, incoherentes y erráticos. Consecuentemente se observan otros cambios sustanciales, de gran trascendencia a nivel familiar y social, los cuales están directamente relacionados con el comportamiento del sujeto.

Dentro de la sociedad tz'utujil padecer esta “enfermedad” implica perder ciertas capacidades asociadas a la “mente” o al “cerebro”. Se menciona la falta de “conciencia” del contexto social (familiar o comunitario), de las normas sociales establecidas, así como de los actos de la persona y las repercusiones de los mismos. Este hecho queda

²⁶ El término “**síndrome**” es utilizado para hacer referencia a lo que en tz'utujil se define como “ch'ornaj”. Un síndrome es definido como: «agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes». (A.P.A. 1997:786)

²⁷ El término “**sujeto**” es utilizado para hacer referencia a la persona que sufre de “ch'ornaj”.

claramente identificado cuando se menciona que el sujeto en ningún momento muestra remordimiento o culpabilidad por las faltas cometidas.

Por otro lado, también se hace referencia a la deficiencia o ausencia del “pensamiento”. Según se indica, el enfermo no tiene la capacidad de utilizar su “intelecto”, es decir una mente afectada por la enfermedad se encuentra en inactividad ya que todas las ideas o productos de su funcionamiento se encuentran “bloqueados”.

Finalmente, se hace mención directa a la pérdida de la capacidad de “razonar” es decir, de aprender, resolver problemas, juzgar, actuar según sus principios culturales, y poner en práctica sus conocimientos (relacionados por ejemplo: con tareas agrícolas o cualquier otra actividad a la cual se haya dedicado previo al apareamiento de la enfermedad).

La ausencia de “conciencia”, “pensamiento” y “raciocinio” en el individuo hace que éste se vea imposibilitado para desarrollarse como una persona “normal”.

El ch’ornaj se entiende como una “enfermedad” que implica, para el sujeto, la pérdida de sus recuerdos, vivencias y conocimientos sobre las normas que rigen la vida en sociedad, hecho que se traduce en la aparición y manifestación de comportamientos que para las personas son “extraños”, “incoherentes”, “anormales”, “temibles”, y por lo tanto rechazados e interpretados más allá de la falta de bienestar físico. Sin embargo, en el sujeto con ch’ornaj, estos signos de “irregularidad” llegan a tener un significado particular luego de que el contexto y las circunstancias en donde aparece la enfermedad son interpretadas social y culturalmente. En la mayoría de los casos se establece que el individuo no es el culpable directo del efecto de sus acciones, sino más bien lo es la enfermedad (como entidad espiritual con capacidad de influir directamente sobre el individuo, e indirectamente sobre la comunidad), que le domina y “obliga” a realizar cosas que no haría por su propia voluntad. En este proceso se da la “despersonalización” de la responsabilidad del quebrantamiento de las normas sociales, convirtiéndose en un factor que ayuda a mitigar o escapar de la culpabilidad del padecimiento.

Por otro lado, en la concepción de la enfermedad son importantes los signos y síntomas característicos asociados al padecimiento, siendo éstos: “ver o escuchar cosas que no existen” (alucinaciones auditivas y visuales), “sentirse visto o perseguido por otra alguna persona” (sentimientos de persecución), “sentir temores inexplicables”, “sentirse triste” (depresión), “distanciarse de las actividades familiares”, “perder el apetito”, “no poder dormir en las noches” (insomnio), “hablar solo durante el día y la noche”, “incapacidad mental y física para realizar cualquier tipo de actividad o trabajo en el hogar”, “descuidar su apariencia personal”, “no poder hablar como las demás personas” (pérdida de la capacidad para hablar coherentemente), “realizar actividades a horas no acostumbradas” (tal como bañarse de madrugada), y “perder el pudor o la vergüenza”. En la mayoría de los casos cada uno de los signos y síntomas son asociados a la pérdida de las capacidades mentales mencionadas anteriormente.

Partiendo de lo anterior, el ch’ornaj se constituye en la pérdida de aquellas capacidades que son consideradas como características de “la mente”, que se manifiesta de manera concreta en una serie de signos y síntomas específicos que a su vez son interpretados culturalmente para dotarlos de un significado social que promueve de manera directa ciertas normas de convivencia a nivel comunitario.

Como será descrito posteriormente, el ch’ornaj es entendido por las personas como un “desorden de la mente” con repercusiones a nivel individual, ya que implica el deterioro físico y psíquico del individuo; a nivel familiar, afectando en el plano económico, social y emocional a cada uno de sus integrantes; y finalmente a nivel comunitario, ya que potencialmente será una amenaza para la convivencia social.

En este punto es importante señalar que el ch’ornaj se diferencia claramente de otros trastornos como los “nervios” o el “susto”. En el caso del primero se describe como un estado emocional resultado de circunstancias que crean estrés emocional a las personas que les hacen sentir angustia y tristeza. Mientras que en el caso del segundo es interpretado como la pérdida del alma debido a una experiencia traumática que causa miedo súbito. Ninguna de las dos enfermedades mencionadas se explica con base a la pérdida de la razón, ni se ubican físicamente en la cabeza del enfermo.

Sin embargo como se observará más adelante, el ch'ornaj tiende a relacionarse con los nervios, ya que se considera que éste último padecimiento a largo plazo puede dar la pauta a la manifestación del primero. Con esto se observa una clara relación entre dos padecimientos que son identificados e interpretados de manera distinta dentro de la cultura tz'utujil.

1. Aspectos culturales relacionados con la concepción e interpretación de la etiología del ch'ornaj²⁸. Previo al desarrollo del tema, es importante señalar algunos conceptos que se establecen en torno a la lógica cultural utilizada para definir el origen y desarrollo de la enfermedad (siendo aplicados también a otros padecimientos). Estos conceptos hacen evidente como la enfermedad trasciende de lo individual a lo colectivo por medio de la construcción y definición de interpretaciones, comportamientos, y prácticas a partir de un hecho biológico y psíquico, que no solamente definen la interacción de la sociedad con el enfermo (tratamiento y curación), ya que además sirven como medio para reafirmar y reforzar la convivencia social. De manera puntual estos aspectos son:

- Para la población tz'utujil de Santiago Atitlán el apareamiento de la enfermedad estudiada es entendido como un “proceso” o consecución de hechos integrado por dos etapas; la primera en la cual se manifiestan las **“causas reales”** que se constituyen como resultado de la interacción cotidiana del individuo con su ambiente social, cultural, económico y político (siendo hechos concretos como conflictos entre vecinos, transgresión de alguna prohibición, la influencia de extranjeros, acontecimientos pasados vinculados al conflicto armado interno, etc.)²⁹; y la segunda en la cual surge una serie de **“causas inmediatas”**, que para las personas provocan de manera directa el padecimiento del ch'ornaj, desarrollándose principalmente en el plano de lo religioso y espiritual (la posesión diabólica, la posesión por parte del espíritu de algún difunto, la posesión del espíritu de la enfermedad, etc.). Partiendo de estas etapas las personas definen “los orígenes” de la enfermedad que aqueja a un sujeto, siendo señalado por ejemplo que una persona sufre de ch'ornaj debido a que fue afectado por un espíritu (causa inmediata), pero que al mismo tiempo el actuar del espíritu fue

²⁸ Estas concepciones fueron obtenidas de las entrevistas con informantes claves.

²⁹ Cada uno de estos aspectos son abordados en los siguientes apartados.

influido por un brujo que actuó por petición de un rival o enemigo con el cual se ha tenido un conflicto (causa real).³⁰

- Al mismo tiempo, según la concepción de las personas, los medios por los cuales se origina la “locura” pueden variar dependiendo de circunstancias particulares en cada individuo, estableciéndose una categorización general en la cual las “causas inmediatas” son clasificadas como: a) aquellas en las que existe intervención de entidades espirituales que causan la enfermedad (causas sobrenaturales), que intervienen como resultado o reacción del actuar y comportamiento social de las personas; y b) aquellas en las que si bien la enfermedad se presenta a consecuencia de la interacción del individuo con su entorno, en su manifestación no se ven involucradas entidades espirituales, dependiendo más bien de algún hecho concreto que no es explicado más allá de sí mismo (uso de drogas, traumas físicos, etc.).
- El origen del “medio” (natural o sobrenatural) por el cual la enfermedad se manifiesta, determinan directamente el tratamiento que el sujeto necesita para recuperarse. Si el medio por el cual se provoca la enfermedad es “sobrenatural” (por ejemplo: la brujería), entonces la única cura efectiva será aquella que administre el curandero, el pastor o el sacerdote católico, los cuales actúan a nivel espiritual. Si por el contrario el tratamiento es administrado por un médico, el sujeto nunca podrá recuperarse, logrando únicamente una mejoría parcial ya que luego de un tiempo la enfermedad volverá a manifestarse.
- A nivel social, el síndrome del ch’ornaj se constituye en un mecanismo regulador del comportamiento y las interacciones establecidas de manera cotidiana entre el sujeto, y su entorno familiar y social próximo. La enfermedad posee un significado “extra-físico” que se presenta como “advertencia” a lo que podría suceder si no se lleva una vida cordial y armoniosa, o bien si no se respetan ciertas creencias o tabúes.
- Cuando el ch’ornaj tiene un carácter sobrenatural, se desarrolla primero en un *plano individual* de carácter físico – biológico y psicológico – cognoscitivo, en donde los mensajes sociales no tienen mayor impacto en el sujeto debido a la naturaleza

³⁰ Como será visto posteriormente para cada “causa real” identificada se establecerá una “causa inmediata” específica.

particular del síndrome. Luego pasa a un *plano social*, en donde se elaboran explicaciones, concepciones, y establecen comportamientos y prácticas en torno al enfermo, que repercuten de manera directa en el medio familiar y social. Finalmente se manifiesta en un *plano espiritual*, en el cual la enfermedad se desarrolla en un medio que no implica la relación directa entre individuos, más bien se caracteriza por la intervención de entidades sobrenaturales con capacidad para influir positiva o negativamente en la vida de las personas.

Tanto el plano individual como el social, se desarrollan en un medio concreto en el que las personas interactúan de manera directa, sin embargo el plano espiritual es un contexto particular fuera de la influencia humana en donde esas relaciones quedarán sujetas al actuar de santos, espíritus o deidades.

- El ch'ornaj como definición cultural se constituye, bajo ciertas circunstancias, en un mecanismo impersonal de resolución de los conflictos, convirtiéndose un medio anónimo de agresión o defensa, ya que si bien se puede intuir el origen del “mal”, nunca podrá ser comprobado de manera concreta ya que no se dio en un plano material (más bien abstracto o sobre natural).
- En algunas ocasiones, el sujeto puede tener un papel pasivo en cuanto al surgimiento de la enfermedad, convirtiéndose en “víctima” del actuar de otro integrante de la familia, el cual posee la suficiente fortaleza física, emocional y espiritual como para ser víctima “fácil” del espíritu dueño de la enfermedad.

Existe la creencia que la “enfermedad” no siempre afectará al objeto directo de la “brujería” (el sujeto en conflicto o quién rompe algún tabú), ya que podrá aquejar a un familiar cercano que padezca de alguna enfermedad (debilidad física), esté pasando por una etapa crítica de su vida (debilidad emocional) o posea un “nahual débil”³¹. En estos casos el individuo se libera de todo señalamiento directo por parte de

³¹ Cuando una persona nace, al mismo tiempo lo hace un animal en una montaña secreta vinculada a su su patrilineaje. Desde el nacimiento hasta la muerte sus destinos se mantienen unidos ya que comparten un espíritu en común, de tal manera que si uno es dañado o agredido el otro sufrirá la misma experiencia en el mismo momento. Existe una variedad de “animales acompañantes”, y su contraparte humano tomará las características particulares de éstos, pueden ser entonces agresivos y dominantes, o tímidos y reservados, etc. (Holland y Tharp 1964:43).

«Nahual voz de origen nahuatl de múltiples significados dentro de la antropología americana. Al respecto podemos mencionar ocho categorías a las que refiere el concepto, mencionados por Alfredo López Austin

la sociedad, dando la pauta a ser visto como una persona desafortunada. Culturalmente, “la falta de culpabilidad directa” se establece como medio para mitigar las repercusiones sociales de la enfermedad en el sujeto, su vulnerabilidad espiritual o física llega a constituirse como factor determinante en el proceso.

- En el caso del ch’ornaj, no solo la “mente” de la persona se ve afectada, también su “alma y espíritu” (su esencia y sustancia). Esto queda evidenciado cuando las personas hacen referencia a que el sujeto deja de “orar o visitar la iglesia”, lo cual es señal inequívoca de que su alma ha sido “afectada”. Según la percepción popular, el alma de las personas está íntimamente relacionada con la necesidad natural de buscar protección, guía y cuidado de entidades sobrenaturales (los santos y espíritus), determinando toda actividad religiosa. Al mismo tiempo, lo anterior implica que el sujeto no puede emprender ningún tipo de acción para mejorar su estado, ya que no podrá recurrir directamente a “Rijaj Mam”³² o a los “Santos” para buscar cura, todo dependerá de las acciones de sus familiares y de la efectividad del terapeuta tradicional (curandero).

Estos conceptos se constituyen en aspectos importantes relacionados con el marco explicativo del ch’ornaj en Santiago Atitlán, y sirven de base para la descripción de la información recabada.

B. Clasificación conductual de los sujetos

Debido a que a nivel social lo más notable del sujeto que padece de ch’ornaj es su comportamiento “anormal”, las personas hacen referencia, en primera instancia, a

enriqueciendo el trabajo de Benson Salen sobre el nahualismo k’iche: 1) afinidad que existe entre un ser humano y un animal viviente único. Los destinos de ambos están ligados, y si el nahual es un animal poderoso la persona será brava y fuerte. Si en animal es herido o muerto, la persona puede sufrir el daño. 2) El signo del zodiaco bajo el que ha nacido del niño interpretado desde la tradición astrológica difundida en el desarrollo de la conquista e imposición de los conocimientos europeos. El signo determina el carácter o las atribuciones físicas del ser humano. 3) El día que nació una persona, dentro del calendario lunar maya de 260 días. La influencia del día aparece tanto en interpretaciones simplistas populares como en la de especialistas en el calendario. 4) El santo patrono de cada pueblo, que es el nahual del mismo. 5) La esencia espiritual de la tierra. 6) Mago que tiene el poder de tomar el cuerpo de un animal, de una bola de fuego o de algún meteoro. 7) El ser tomado por dicho mago. 8) Una de las entidades anímicas del ser humano desde el punto de vista mesoamericano». (Vallejo 2001:19)

³² Nombre tz’utujil para llamar a Maximòn. Rilaj Mam considerado como “el gran abuelo”, entidad espiritual maya característica de la comunidad, y significativa por representar una dualidad maya - ladino, bien - mal, salud - enfermedad.

dos categorías que se caracterizan por ser determinadas en gran medida por el contexto familiar en el que se desarrolla el sujeto. De esta manera, socialmente se suelen clasificar a los sujetos como **“pasivos”** o **“activos”**.

- Sujetos **“pasivos”**: son aquellos que para las personas tienen una vida totalmente “sedentaria”, caracterizada por el “auto-aislamiento” de su familia y la sociedad en general, lo que le lleva a estar confinado al encierro permanente dentro de su propio hogar, así como a pasar la mayor parte del día en inactividad, rehusándose a realizar actividades básicas y necesarias como alimentarse, asearse, vestirse, etc. La auto-marginación del sujeto se constituye en una reacción derivada de la pérdida de las capacidades asociadas a la “mente”, no siendo, por lo tanto, un hecho voluntario. Las **consecuencias** que tiene el “auto-aislamiento” en la calidad de vida del sujeto son agudizadas por la marginación que a su vez ejerce la familia en estos casos, lo cual se constituye en una reacción que busca minimizar el posible rechazo social hacia sus demás integrantes. Durante la primera etapa de la enfermedad, la familia llega a ser señalada por vecinos y conocidos como “merecedora del mal que ha caído sobre uno de sus miembros”, generalizando hasta cierto punto la culpabilidad del “mal”. Sin embargo, los efectos a mediano y largo plazo llegan a ser significativos para algunos integrantes de la familia en los que la enfermedad se convierte en un “estigma” al momento de establecer vínculos sociales “formales” con otras personas dentro de la comunidad (por ejemplo: al momento del matrimonio de algún pariente cercano del sujeto, pueden darse ciertos cuestionamientos en cuanto a su prestigio social o su calidad moral).

Para minimizar la asociación permanente y obvia del enfermo con la familia, éste es aislado dentro de su hogar evitando cualquier contacto con otras personas. Actitud que se observa principalmente dentro de aquellas familias que poseen mayores recursos económicos, ya que las críticas en cuanto a su prestigio pueden tener repercusiones significativas.

Sin embargo, la creencia más típica al momento de clasificar a un sujeto como “pasivo”, consiste en señalar que éstos no manifiestan comportamientos de confrontación o agresión frente a sus familiares u otras personas, lo cual realmente se

constituye en resultado de su aislamiento físico, y por lo tanto de sus limitadas relaciones sociales.

En este sentido, aunque en el plano privado muchas veces se observan comportamientos agresivos, el contexto familiar se constituye en un factor determinante en el origen de la creencia de que los sujetos pasivos no expresan comportamientos violentos, ya que delimita las relaciones sociales del sujeto, y “construye” frente al aislamiento que ejerce, la concepción que la sociedad tiene entorno al mismo. En dichas circunstancias se puede señalar que la idea de la existencia de sujetos pasivos se fundamenta no precisamente en aspectos concretos, sino más bien en una pura suposición de las personas, basada en los mensajes que la familia transmite y refuerza con la limitación de las relaciones sociales del enfermo.

Durante la evolución de la enfermedad se hace evidente que la mayoría de los sujetos (clasificados o no en ésta categoría), manifiestan por lo general períodos tanto de “agresión” como de “tranquilidad”.

Ilustración 4: Situación del sujeto clasificado como “pasivo”.



- **Sujetos “activos”:** son aquellos que según las personas tienden a «escaparse de su hogar, gritar o reír sin sentido alguno, realizar actos como desvestirse en público,

deambular por las calles y agredir físicamente a las personas». Estos hechos crean temor dentro de la población, y especialmente en las mujeres, lo que implica que sea esta la imagen más frecuentemente asociada a los sujetos con Ch'ornaj.

Un aspecto importante en cuanto a esta categoría es que el sujeto no se encuentra hacinado en su hogar, hecho que es referido como resultado de la incapacidad, desde el inicio de la enfermedad, de las familias para mantener a los sujetos “encerrados” y aislados del contacto con las personas. Esto implica que la familia tiene poco control sobre el enfermo.

A diferencia de la categoría anterior, estos sujetos tienen contacto directo con familiares y vecinos lo cual da la pauta a que se susciten hechos que son interpretados como de “carácter violento”, que pueden llegar a poner en riesgo la integridad física de las personas. Por este motivo son considerados como los “más peligrosos”.

Sin embargo, contraria a esta creencia, se observa que en algunos casos los sujetos pueden llegar a convivir con las personas que son parte de su entorno social cercano (vecinos o conocidos), ya que con el tiempo sus comportamientos dejan de ser “extraños” e “impredecibles”. Esto hace evidente que el temor ante los “sujetos activos” suele estar presente principalmente en aquellas personas ajenas al sujeto o a su familia, que opinan en base a rumores o creencias sobre lo que es el padecimiento, pero nunca en relación a experiencias derivadas del contacto directo con alguno de ellos.

Es importante señalar que el temor difundido hacia los sujetos se delimita casi exclusivamente a su agresividad potencial, más que a la creencia de que el contacto con ellos implica el contagio de la enfermedad. Esto hace explícita la creencia de que la enfermedad nunca afectará de manera fortuita a una persona, por el contrario se tienen que dar ciertas condiciones particulares, en las cuales el actuar social de la persona es un hecho determinante en el origen del padecimiento.

Al mismo tiempo, a pesar que se hace énfasis en la incapacidad mental y poca sociabilidad de los sujetos, se observa que en la cotidianidad también son capaces de realizar ciertas actividades elementales dentro del hogar (por ejemplo: ayudar a la

madre a cargar leña), ya que al no estar confinados o aislados físicamente, la familia los integra paulatinamente dentro de la dinámica de sus actividades diarias.

En estos casos, la agresión y daño físico a otra persona no son castigados de manera directa por la sociedad, ya que se considera resultado y efecto de la enfermedad, la cual se apodera de la mente del sujeto obligándole a actuar de manera irracional. En todo caso al momento de darse algún acto violento, los señalamientos son hechos sobre la familia a la cual se le exige mayor control y aislamiento del enfermo.

Tabla 5: Tabla comparativa entre sujetos pasivos y activos

Sujetos pasivos	Sujetos activos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según las personas, no muestran actitudes violentas o agresivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según las personas, muestran actitudes agresivas y violentas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es característico el auto-aislamiento y marginación de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existen restricciones que los limiten a estar directamente dentro del hogar.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La familia evita todo contacto del enfermo con otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La familia no cuenta con los mecanismos para restringir su contacto con otras personas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus relaciones sociales son restringidas al extremo que pierde contacto, incluso con algunos familiares cercanos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suelen tener contacto y relación con vecinos y familiares cercanos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La comunidad elaboran una concepción sobre el comportamiento “supuesto” el sujeto, basado en rumores e historias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La comunidad elabora una concepción sobre su comportamiento, en base a sucesos concretos que pueden ser observables.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para algunas personas el sujeto no es una amenaza directa para la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para algunos vecinos puede convertirse en un peligro para la integridad física de las personas.

Si bien, la división de los sujetos entre “pasivos” y “activos” puede ser elemental, refleja la importancia que se da al comportamiento manifestado por el sujeto, haciendo énfasis en las consecuencias directas que pueden ocasionar el contacto fortuito o accidental con él, de igual manera manifiesta la importancia del rol de la familia como mecanismo de control y regulación del actuar del enfermo.

Por otro lado, se establece que las personas hacen una clasificación más compleja que caracteriza a los sujetos tomando como referencia el “origen” y “el

medio” por el cual se manifiesta la enfermedad, de esta manera se definen varios tipos de “locura” causados por factores de carácter social, económico y político. La dinámica de cada una de estas categorías se describe a continuación.

C. Causas y medios por los que se origina y manifiesta el ch’ornaj

La comprensión del origen del padecimiento es de gran importancia para la familia ya que entorno a ésta; a) se define el procedimiento de curación o tratamiento, b) se “elaborar” una justificación “convinciente” ante la sociedad, con la finalidad de presentar al enfermo como víctima de un hecho injusto³³, merecedor de compasión, y c) se buscará crear una “explicación” que tendrá como fin plantear un argumento cultural y socialmente válido para mantener el prestigio familiar, minimizando los señalamientos y comentarios negativos hacia los miembros de la familia.

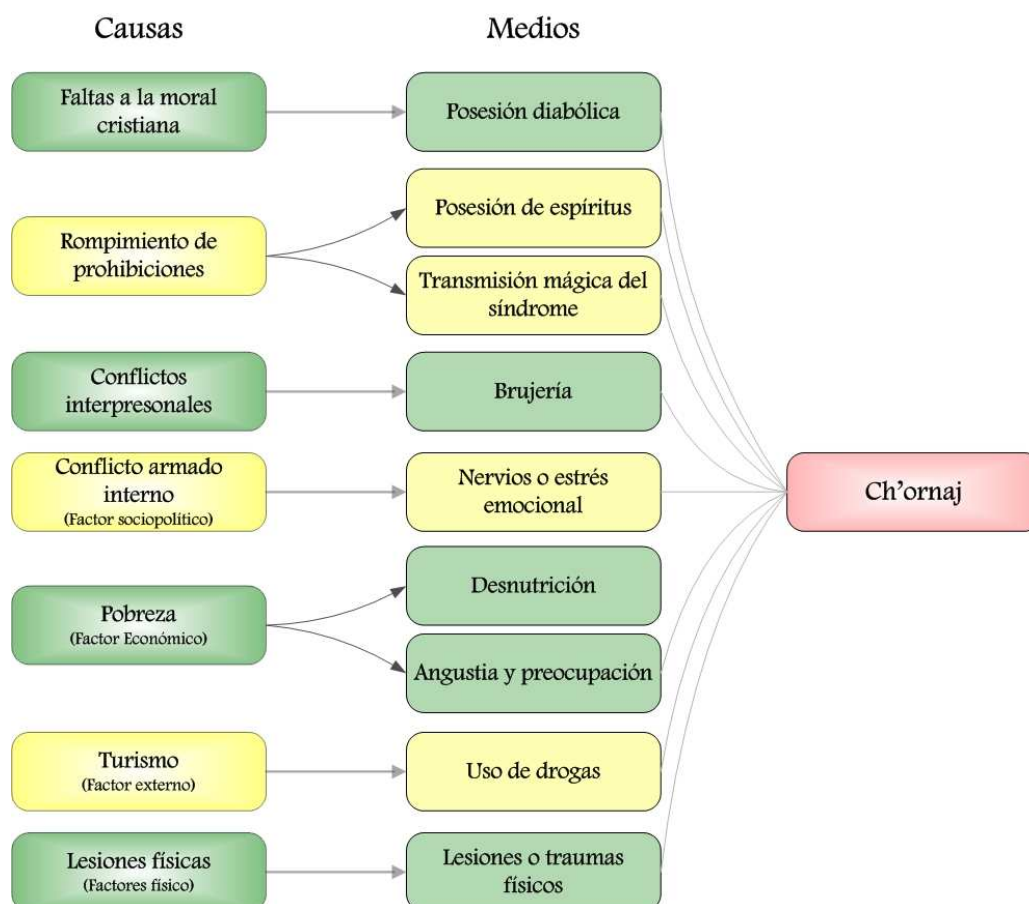
Establecer el origen de la enfermedad suele ser un proceso largo y complicado, que implica en gran medida analizar el contexto social del sujeto previo a la manifestación de la enfermedad, para lo cual es necesario recurrir al curandero, el cual determinará primero a una “causa inmediata” (o el medio natural o sobrenatural que provoca la enfermedad)³⁴, para luego establecer una “causa real” del padecimiento (factores del contexto social del sujeto, que propician la manifestación de los medios naturales o sobrenaturales que provocan la enfermedad).

La información recopilada dentro de la comunidad tz’utujil de Santiago Atitlán, evidencia que para las personas el ch’ornaj se manifiesta por medio de una serie de causas reales relacionadas directamente a causas inmediatas específicas, las cuales se plasman en el siguiente esquema y son explicadas a continuación:

³³ En este punto las creencias que ese establecen alrededor del sujeto estarán hasta cierto punto determinadas por la familia y por el terapeuta, siendo un aspecto importante la elaboración de los mensajes que serán transmitidos al paciente, el reforzamiento que recibirá para que desarrolle su rol de enfermo. De igual forma son importantes los mensajes que serán elaborados por la familia y utilizados para “justificar” el padecimiento dentro de la sociedad. (Waxler;1984)

³⁴ Lo que es considerado como una “causa inmediata”, puede ser descrito más bien como un “medio” por el cual la intencionalidad de un individuo se concreta en el daño sobre otra persona. De esta manera la brujería sería más que la causa del padecimiento, un mecanismo de agresión impersonal que mantiene en el anonimato a la persona que busca provocar el “mal”.

Esquema 2: Causas del ch'ornaj señaladas por los habitantes de Santiago Atitlán



1. La trasgresión de las normas de vida cristiana propician la posesión diabólica: Para la población tz'utujil, perteneciente a la religión evangélica, el ch'ornaj es explicado como un castigo ante el irrespeto de las normas de vida dictadas por Dios e institucionalizadas por la iglesia protestante. Son señaladas de manera específica dos faltas substanciales que implican el “auto-abandono espiritual” y la “condena eterna”, las cuales hacen débil al hombre frente a la acción de los demonios, los cuales pueden llegar a dominar su alma y obligarle a adoptar comportamientos “anormales”. De manera específica, estas faltas son: a) “dejarse dominar por vicios como el alcoholismo, las drogas y las mujeres”, y b) “practicar cultos paganos que implican recurrir a los brujos o curanderos, para buscar el favor de santos y entidades como Rilaj Mam”.

El ch'ornaj, interpretado como posesión diabólica, se presenta a nivel individual como un castigo ante las faltas morales y pecados de las personas, mientras que a nivel comunitario como advertencia de las desgracias que podrían llegar a suceder al no cumplir con lo “establecido” por Dios. La locura, en este caso, promueve la convivencia social y familiar, ya que se presenta como una desgracia a causa de la infidelidad en el matrimonio o la manifestación de comportamientos agresivos que desestabilizan la convivencia armoniosa dentro del hogar (debido al uso de alguna droga o al consumo de alcohol). Por otro lado, sanciona las prácticas religiosas tradicionales, que son contrarias a la práctica religiosa protestante.

En los cultos o ceremonias religiosas, el pastor suele hacer énfasis en que el “descuido espiritual” y el “abandono de Dios” hacen vulnerable a las personas frente a los espíritus y demonios que pueden apoderarse de su mente, cuerpo y su alma, siendo especialmente señalada la gravedad de la práctica de ritos paganos los cuales son definidos como cultos al “demonio”. Para estos líderes religiosos, las ceremonias mayas tradicionales no son más que la veneración, e idolatría, de imágenes de santos católicos y dioses mayas. Las cofradías de la localidad son considerados como espacios en donde se practica brujería con la finalidad de buscar suerte, dinero, amor, salud, o bien causar mal a otras personas, lo cual conlleva una vida regida por la voluntad de fuerzas “perversas”.

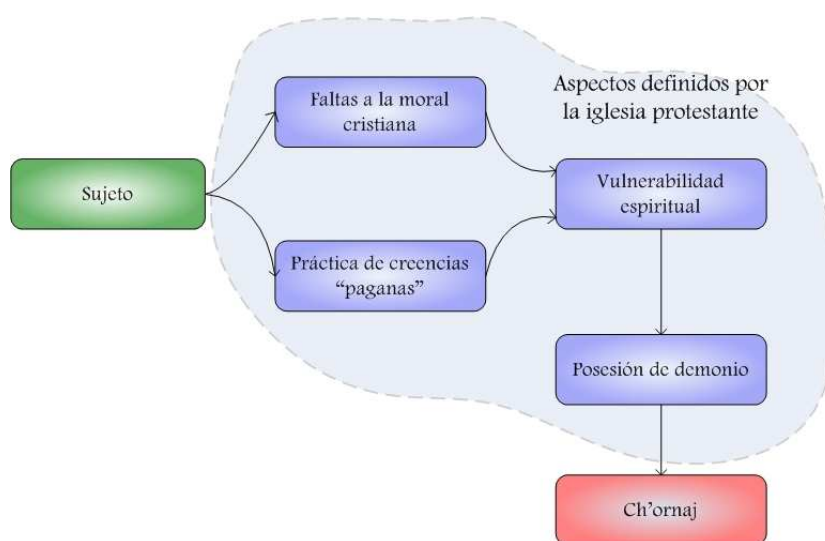
El discurso presentado por los pastores evidencia el rechazo directo de la iglesia protestante a las creencias religiosas mayas, las cuales tienen una gran influencia y presencia en la vida de los pobladores de Santiago Atitlán. Al mismo tiempo, se presenta como una interpretación sobrenatural de un hecho concreto (la enfermedad), el cual es dotado de un simbolismo particular que busca imponer la fe cristiana sobre la tradición espiritual tz'utujil.

Debido a su significado social, el ch'ornaj se manifiesta más que una enfermedad, como un elemento cultural que la iglesia protestante ha adoptado y modificado, siendo presentado como una advertencia de lo que puede llegar a suceder al no abandonar las prácticas religiosas mayas tz'utujiles.

De manera general, la “posesión” no es un hecho que suceda de manera fortuita, por el contrario, se constituye necesariamente en el resultado directo de la trasgresión de las normas de vida espiritual y social que la iglesia protestante promueve.

En este contexto, la posesión diabólica se establece como el medio por el cual se manifiesta el ch’ornaj, siendo definida culturalmente desde la concepción judeo-cristiana, en donde los demonios o “espíritus malignos” tienen la capacidad efectiva de apoderarse del sujeto, ejerciendo dominio directo sobre el actuar de las personas. Esto se traduce en la manifestación de comportamientos “aberrantes” que implican la agresión física y verbal hacia los familiares, siendo interpretadas las alucinaciones visuales y auditivas como manifestaciones demoníacas. Esta creencia ha sido introducida durante la historia reciente de la comunidad, teniendo una rápida difusión y aceptación dentro de la población indígena local que se ha convertido al protestantismo.

Esquema 3: Aspectos involucrados en la aparición del ch’ornaj explicados desde la perspectiva de la población indígena cristiana protestante.



2. El rompimiento de prohibiciones sociales dan lugar a la posesión de espíritus: Dentro de la población que practica la religión católica, y en especial aquella que practica abiertamente la religión maya, se hace referencia que el ch’ornaj puede ser causa de la posesión de entidades espirituales, las cuales se definen e interpretan en términos culturales diferentes a la creencia occidental de la posesión diabólica explicada anteriormente. En este caso la manifestación de la enfermedad se presenta

como consecuencia de no cumplir o respetar dos creencias específicas y propias de la cultura tz'utujil.

a. En primer término, se menciona que existe una creencia que restringe el tránsito de los pobladores por ciertos lugares a horas determinadas. Las personas señalan que “no se debe caminar por los callejones del pueblo, por las veredas, o lugares solitarios en horas específicas (por ejemplo: medio día y horas de la madrugada)”, ya que “deambulan espíritus” capaces de poseer el cuerpo de una persona. Estas entidades espirituales, según se hace referencia, fueron personas que debido a su “mal actuar” en vida han quedado confinados a vagar por la tierra hasta pagar por las ofensas cometidas contra familiares o conocidos.

Dentro de esta concepción se considera que el cementerio de la localidad es un lugar especialmente “riesgoso”, ya que en este existe una vinculación espacial y temporal entre el mundo de los vivos y el mundo de los espíritus de los difuntos, así como de santos como San Francisco el cual se considera tiene poder sobre las ánimas³⁵.

En este caso, la posesión es causa del simple descuido del sujeto por transitar en lugares “prohibidos” a horas determinadas, cuando la actividad de los espíritus es más común, y por lo tanto las personas son más vulnerables. Es importante señalar que existe una diferencia entre este tipo de posesión de un espíritu y la posesión diabólica, las cuales si bien implican que una entidad espiritual se adueña del sujeto, en el primer caso no se trata de un “demonio”, sino más bien del espíritu de un difunto que deambula en la tierra tratando de purgar alguna falta. Ambas causas se sustentan en lógicas y principios religiosos diferentes (la maya y la cristiana protestante).

Es importante señalar que esta causa fue mencionada principalmente por ancianos, los cuales señalaron que el ch'ornaj puede ser causado por **espíritus** que toman propiedad del cuerpo, la mente y el alma de una persona, así como se apoderan de su actuar haciendo que tenga comportamientos anormales, eliminando todo recuerdo, sentimiento de responsabilidad y capacidad de razonar. Según se menciona,

³⁵ Las ánimas son descritas por las personas, en términos judeo-cristianos, como almas que penan en el purgatorio.

estas manifestaciones son un mecanismo por medio del cual el espíritu busca comunicarse con las personas vivas, principalmente con sus familiares y conocidos.

b. Una segunda creencia hace referencia al cuidado del nonato durante el período de gestación, ya que se considera que éste es altamente vulnerable ante influencias “negativas”, por lo que existe la posibilidad de que “mágicamente” pueda transmitirse al feto alguna enfermedad como la locura o el retraso mental.

En este caso, el ch’ornaj es transferido en forma directa de una persona enferma al niño que espera una mujer, siendo necesario tan sólo que ambos individuos coincidan en un mismo lugar. La transmisión mágica de la enfermedad se da cuando el espíritu dueño de la enfermedad, “invade” al niño que posee un alma y cuerpo débil (ya que se encuentra en formación), siendo el factor más importante que este no posee aún un “nahual” que lo proteja contra estas amenazas. Únicamente en estos casos se hace mención a que el ch’ornaj puede ser transmitido o “contagiado” de un individuo a otro.

Bajo estas circunstancias, el nonato afectado es víctima del descuido de su madre, ya que no ha cumplido con la prohibición de no tener contacto con otras personas fuera de su familia nuclear, lo cual reduce las posibilidades de recibir alguna “mala influencia” procedente principalmente de otra mujer que pudiera envidiar o desear mal a su hijo. En este tipo de causa es determinante el hecho de no existir la intermediación del brujo para causar la enfermedad, solamente es necesaria la presencia de locura en otra persona o el deseo personal de un individuo (otra mujer embarazada) por hacer mal a la madre.

Sin embargo, la locura puede ser únicamente una de las consecuencias de no cumplir con esta restricción, haciéndose mención que en algunos casos se puede dar el intercambio “mágico” de niños entre dos mujeres embarazadas, presentándose principalmente en aquellos casos en los que una de las madres tiene sospecha de que su hijo no nacerá sano, o simplemente desea el hijo de la otra mujer.

En estas circunstancias, la “causa real” de la enfermedad se constituye el rompimiento de una prohibición o creencia, y la “causa inmediata” se refiere a la transmisión mágica del desorden mental. Siendo una consecución de hechos, en los

cuales primero se da la violación a una creencia establecida por parte de la madre, que trae luego una repercusión negativa en el estado de salud mental y física del sujeto.

Esquema 4: Ch'ornaj por rompimiento de prohibiciones establecidas por la cultura tz'utujil.



3. Los conflictos interpersonales como causantes de la locura. En la actualidad, ésta es una de las causas del ch'ornaj más comúnmente señaladas por las personas, la cual explica el origen de la enfermedad en términos de las interrelaciones cotidianas entre los individuos, contexto en el que pueden existir con frecuencia conflictos o rivalidades debido a motivos como: la invasión de tierras, lucha por herencias, el robo de cultivos, luchas de poder, envidia por el éxito económico de otra persona, e incluso por pretender una misma mujer o por el desprecio de un pretendiente. Un aspecto importante es que las personas en conflicto no son siempre vecinos o conocidos, en una buena proporción es señalado que los problemas se dan entre familiares, siendo más común entre hermanos, hijos y padres, o nueras y suegros.

Las diferencias y rivalidades desembocan con el transcurrir del tiempo, en la manifestación de hechos de agresión mutua los cuales nunca se presentan en el plano físico, desarrollándose más bien de manera compleja en un plano espiritual en el cual intervienen deidades y entidades sobrenaturales con capacidad de influir positiva o negativamente en la vida de las personas, y de manera específica en su estado de salud. La dinámica de la enfermedad explicada según esta causa, se desarrolla en el contexto de la religiosidad y cosmovisión maya tz'utujil de Santiago Atitlán, y por lo tanto está

directamente vinculada a la atención brindada por terapeutas tradicionales y a organizaciones religiosas tradicionales como las cofradías.

Las personas señalan que, en este caso, el brujo juega un papel determinante en cuanto a provocar la enfermedad, constituyéndose en un intermediario entre la persona con intención de causar el mal a un enemigo, y las entidades espirituales que causan de manera directa el desequilibrio mental. Se establece la creencia de que cada enfermedad o padecimiento posee un “dueño”, al cual tendrá que recurrir el brujo para buscar afectar a una persona, o bien el curandero cuando pretenda sanar al enfermo. Las personas plantean que, así como los seres humanos tienen un nahual o espíritu protector, la enfermedad (como conjunto de signos y síntomas) posee también una contraparte sobrenatural con influencia en las personas, haciendo en este caso que se manifiesten o desaparezcan aquellos comportamientos propios de un sujeto con ch’ornaj.

Para las personas, por sí solo el ch’ornaj como patología no puede afectar a una persona (contrario a lo que sucedería con una gripe u otras enfermedades “naturales” causadas por microorganismos), siendo necesario el actuar de su “dueño”, el cual opera dependiendo de la habilidad del brujo para plantear un argumento válido que justifique la pérdida de salud del individuo.

El brujo interviene en el surgimiento del padecimiento por medio de la realización de “costumbres” o “ceremonias”, que sirven como contexto simbólico en el cual se contacta y comunican a los espíritus de la enfermedad, las circunstancias particulares del sujeto al cual se quiere afectar. Éste es presentado como alguien que con sus actos ha ofendido y causado desgracia a otras personas de la comunidad, y por lo tanto es merecedor de castigo.

El brujo realiza ritos específicos que por lo general no revela, ya que de lo contrario pondrá en sobre aviso a la persona que desea afectar. En este sentido efectúa lo que las personas denominan “secretos” los cuales son ceremonias “privadas” en donde simbólicamente “atrapan” el alma del individuo para exponerlo o presentarlo ante el espíritu de la enfermedad. Con este fin se obtiene alguna prenda, cabello, uñas, o cualquier pertenencia del sujeto, la cual es enterrada en sitios como el cementerio o

los cerros de la localidad. Existe la creencia que hay tres lugares en los que se puede “hacer el mal” de una manera directa y efectiva, siendo estos: a) el cementerio, en donde tiene contacto con los espíritus de los muertos; b) en un cerro cercano al pueblo llamado el “cerro del burro”, en donde habitan los espíritus dueños de las enfermedades; y c) dentro de la iglesia católica específicamente en donde se realizan los bautizos. Estos tres lugares son frecuentados en horas y días especiales para hacer el mal, ya que se cree que los mismos funcionan como “puertas” al mundo espiritual y por lo tanto allí son más fácilmente escuchadas sus peticiones por el espíritu dueño de la “locura”.

Los sitios antes mencionados son por lo general lugares en donde se realizan inicialmente las ceremonias, sin embargo se recurre también a las cofradías de la localidad para buscar la intervención del espíritu de la enfermedad y de los santos. En este sentido se considera que Rilaj Mam (Maimón), San Francisco o San Nicolás, pueden influir en la acción del espíritu de la enfermedad, por lo que se les ruega para que intercedan de manera directa en el proceso de manifestación del mal.

Ilustración 5: Pila bautismal en donde el brujo puede realizar ritos para causar la enfermedad.



De manera particular, Rilaj Mam juega un papel muy importante en la vida de las personas ya que se considera como «un padre que es condescendiente con sus hijos,

eso sí, siempre y cuando se le pida de la forma adecuada y se le complazca con ofrendas consistentes en bebidas alcohólicas, puros y regalos». Por lo tanto si se logra complacerlo éste cumplirá prácticamente cualquier petición, aunque sea la enfermedad, el sufrimiento o la muerte de otro individuo, lo que depende también de la habilidad de persuasión del brujo y de cómo argumente o elabore una justificación válida.

Paralelamente a lo anterior, se buscan conocer las vulnerabilidades del individuo, para lo cual desde el punto de vista espiritual el brujo “trabaja” con el “nahual”³⁶ de la persona, mientras que desde el punto de vista físico se le causará algún accidente o padecimiento común para debilitarlo. Existe la creencia que el nahual deambula por las noches, mientras la persona duerme, siendo el momento ideal en el que el brujo puede “capturarlo” y utilizarlo para que guíe al espíritu de la enfermedad hacia el individuo y así causar “el daño”. De ésta manera se hace más susceptible al individuo, logrando que la locura lo afecte más rápido y con mayor gravedad. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del brujo, hay ocasiones en las cuales la víctima posee un nahual “muy fuerte” por lo que no se logra que el “mal” le dañe, en estas circunstancias se pasa a “estudiar” al individuo más débil de su familia, el cual puede ser un hijo o la pareja de la persona. En estas circunstancias las consecuencias no son directas, sin embargo traerán pena, desgracia económica, emocional y social al individuo.

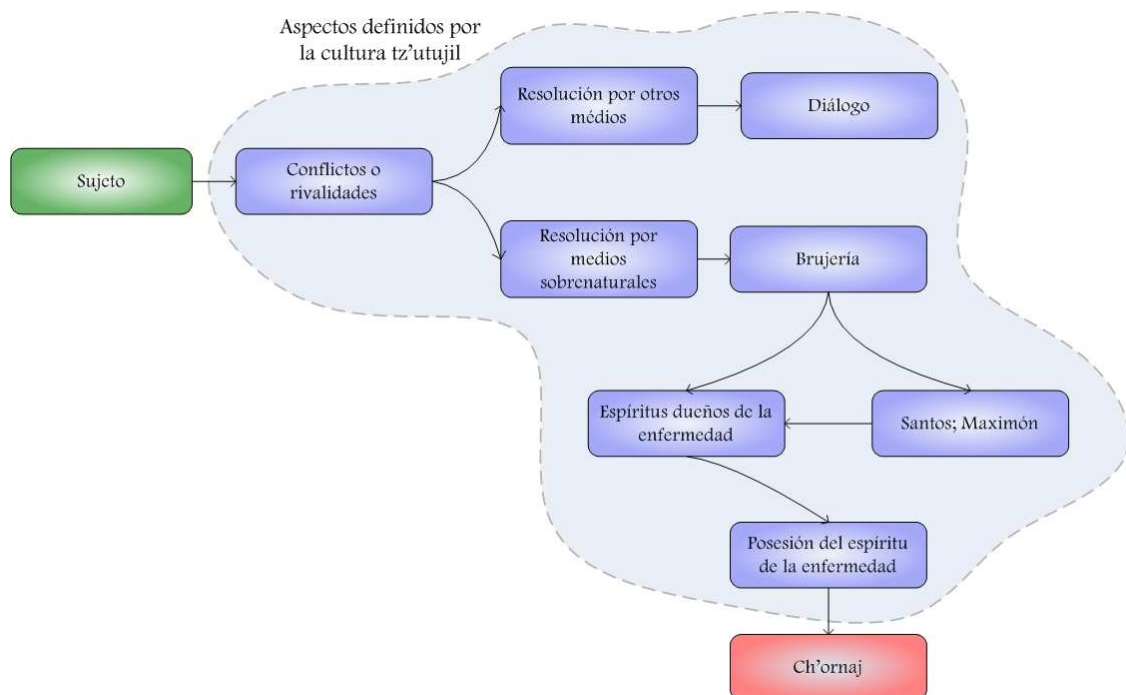
La información descrita anteriormente revela que la dinámica del ch’ornaj, manifestada por esta causa, implica necesariamente el surgimiento de hostilidad entre individuos los cuales buscan eliminar o disuadir a su contrincante por medio de recursos que trascienden el actuar humano. Este actuar se desarrolla en el contexto cotidiano de la vida social del individuo (específicamente en las relaciones establecidas entre familiares y vecinos), en donde se da lugar al surgimiento de conflictos debidos una gran variedad de factores, que pueden ir desde luchas por espacios de poder político a nivel local, hasta la disputa por tierras. Luego se da paso a una etapa en donde las rivalidades o problemas interpersonales son llevados al plano de lo sobrenatural, en donde se establece una intrincada relación entre entidades espirituales con funciones

³⁶ Como fue descrito previamente, el “nahual” es un ser espiritual que vela por el individuo y que puede tener características diferentes dependiendo del día de nacimiento del mismo, se considera que el sujeto será especialmente vulnerable si su nahual “no es fuerte”.

definidas, que sirven como medios subjetivos en la interrelación de los individuos y la solución de conflictos. La brujería en este caso, evita la confrontación directa, y mantiene hasta cierto punto el anonimato de los contrincantes, de los cuales se podrá sospechar, pero no siempre se tendrán pruebas del todo certeras.

En este caso se observa nuevamente como el ch'ornaj se presenta socialmente como una "advertencia" ante el rompimiento de la armonía que debe prevalecer en las relaciones cotidianas, establecidas en el entorno social inmediato, convirtiéndose hasta en un mecanismo regulador del comportamiento de los individuos para evitar o minimizar los conflictos.

Esquema 5: Principales elementos identificados en el aparecimiento del ch'ornaj debido a conflictos interpersonales.



4. El conflicto armado interno como factor que propicia el desequilibrio emocional: Un aspecto importante que ejemplifica como factores de carácter social y político pueden influir en la salud mental de los individuos, es la relación que las personas identifican entre la manifestación del ch'ornaj y ciertas experiencias vividas durante la época del conflicto armado en la comunidad.

Desde hace aproximadamente 15 años, algunos casos de locura han sido relacionados con la manifestación de otro síndrome conocido localmente como “nervios”, el cual es explicado como una forma de estrés emocional asociado a sentimientos muy específicos como: miedos incontrolables, creer que es perseguido, pensar que se va a morir de forma violenta, no poder dormir, y ver o escuchar cosas que nadie más percibe. Algunos de estos síntomas pueden asociarse al ch’ornaj, sin embargo en el caso de los nervios se presentan siempre de manera conjunta.

Las personas que llegan a padecer de la enfermedad en estas circunstancias, por lo general tienen antecedentes de haber sido acosadas y asechadas, en sus casas o en las calles del pueblo, por el ejército guatemalteco (principalmente durante los años 80 y principios de los 90), el cual las vinculaba al movimiento guerrillero que operaba en la localidad. Se menciona, que algunas personas fueron afectadas por el ch’ornaj debido a la vivencia de acontecimientos tales como el asesinato o la desaparición de algún familiar cercano.

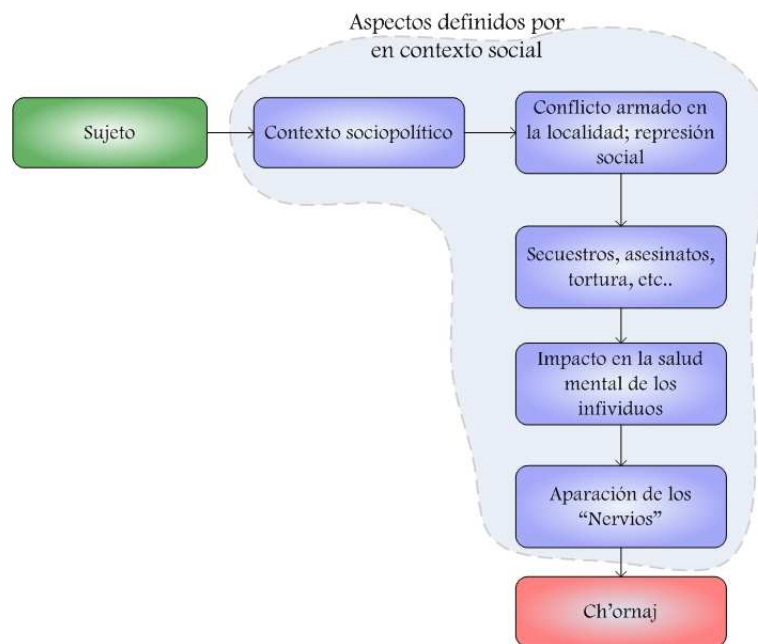
Muchas de las descripciones relatadas hacen alusión a que algunos sujetos se enfermaban de “nervios” como resultado de haber sido “perseguidos por los militares”, ya que en esa época cualquiera podía ser acusado sin justificación de ser “guerrillero” o “revolucionario”, lo que implicaba el secuestro, la tortura, y frecuentemente la muerte. Los nervios en este caso son considerados como un estado previo a la locura, en el cual la persona no pierde del todo el contacto directo con la realidad ya que no se ve afectada su “mente”, siendo un estado de preocupación y angustia en donde los síntomas que se experimentan son resultado de permanecer constantemente en “alerta” ante cualquier agresión que se pueda sufrir. Es importante señalar que bajo esta interpretación no se hace mención a que el desequilibrio emocional sea causado por entidades espirituales.

La aparición de la locura no se da de manera inmediata a la vivencia de una experiencia traumática, por el contrario suelen pasar algunos años para que el sujeto se enferme, tiempo en el cual “los nervios” van paulatinamente repercutiendo en sus capacidades mentales, hasta el punto de volverlo loco y hacer que pierda todo contacto con su entorno. Por lo tanto, en este caso el ch’ornaj es entendido como el resultado de la incapacidad de una persona para desarrollar, durante su vida, mecanismos efectivos

para la resolución de sus traumas emocionales. El surgimiento a mediano plazo de la locura a causa de los nervios, queda ejemplificado en que algunos casos recientes de locura han sido atribuidos a la incapacidad de los sujetos por superar la pérdida violenta de algún integrante de su familia, durante la época de conflicto.

En la actualidad el contexto sociopolítico dentro de la comunidad ha cambiado ya que no existe más acoso y represión, sin embargo luego de más de una década del cese de este tipo de violencia, las secuelas emocionales persisten en una buena parte de la población, lo cual se agrava debido a la falta de servicios públicos o privados de atención en salud mental.

Esquema 6: Ch'ornaj causado por "nervios".



5. La pobreza extrema de las familias como generador de estrés emocional en los individuos: Por otro lado, se observa que la pobreza es considerada, en algunas ocasiones, como un factor de vulnerabilidad ya que implica entre otras cosas, desarrollarse en un ambiente permanente de estrés. El desequilibrio emocional es causado por el sentimiento de incapacidad que causa en las personas no contar con los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas. Con el transcurrir

del tiempo esto llega a implicar cambios en el estado de ánimo ya que se experimentan, de manera prolongada, sentimientos de preocupación y desdicha.

La información obtenida refleja que se establezca un vínculo directo entre las condiciones económicas de la familia y la posibilidad que aparezca el ch'ornaj en alguno de sus miembros (siendo más frecuente en el padre de familia).

El ch'ornaj por esta causa se manifiesta típicamente en un contexto en el cual el padre de familia ha perdido sus tierras, de las cuales subsistía, o bien ha quedado desempleado. Estos hechos implican incapacidad para cubrir las necesidades básicas de sus hijos (como por ejemplo la alimentación), lo que desemboca en preocupación ya que la persona se siente imposibilitada de cumplir con sus responsabilidades como responsable del hogar, llegando al extremo de entrar en un estado de estrés severo ante la falta de oportunidades que le ayuden a cambiar su realidad y superar su frustración personal.

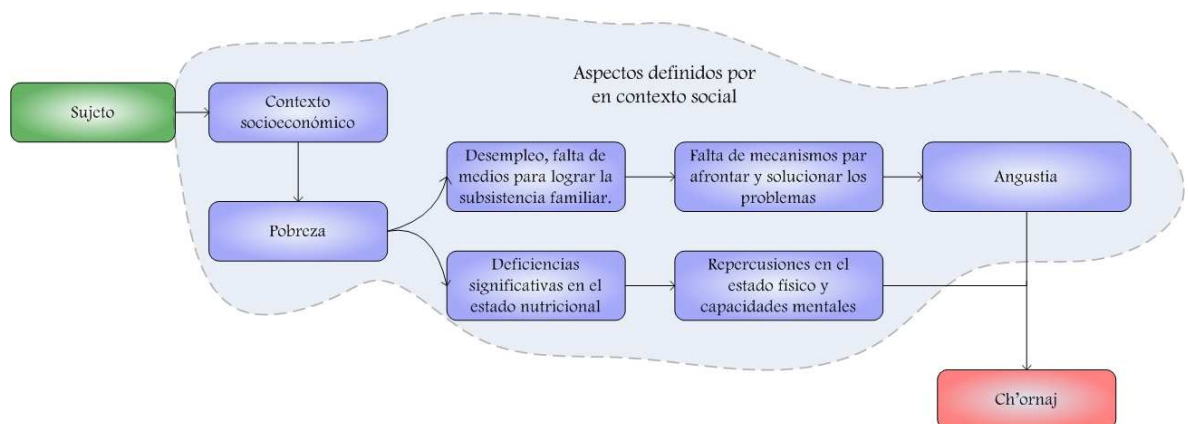
De este modo, la locura se constituye como resultado de la angustia que genera el individuo ante la incapacidad de no poder cumplir con el rol social que le es asignado a todo hombre luego de casarse. Con el transcurrir del tiempo y ante la falta de medios para dilucidar una posible solución, la angustia se convierte en locura, lo que permite al sujeto abandonar su responsabilidad de desarrollar el rol de padre, por medio de la adopción del rol de enfermo. En este contexto, el ch'ornaj se convierte en un “escape” para el individuo, aliviando así los conflictos y frustraciones personales que le provocan angustia.

La locura, debida a esta causa, se caracteriza por la presencia, durante el período de angustia que le precede, de síntomas como alucinaciones visuales o auditivas y sentimientos de persecución, que son más bien asociados a los “nervios”. Para las personas, los padres de familia enfermos por esta causa muestran síntomas característicos como abandonar toda responsabilidad familiar, perder control de sí mismos, agredir a sus esposas, hablar solos por las noches y realizan “actividades inexplicables”, como por ejemplo “salir a traer leña cargado hasta tres veces más de la carga podía aguantar antes de enfermarse”.

Otro hecho asociado a la pobreza, y muy diferente al planteado anteriormente, es que muchos sujetos desde su nacimiento y durante su niñez tienen una salud alimentaria y nutricional muy precaria, lo cual provoca un estado de desnutrición crónica que le debilita, no solo físicamente si no también mentalmente. La lógica expuesta para esta causa es que la locura se da como resultado del estado de pobreza de la familia (causa real), la cual no tiene la capacidad de tener una adecuada calidad de vida, dentro de lo que destaca una alimentación apropiada (causa inmediata). Se considera que las deficiencias nutricionales son transmitidas a las nuevas generaciones, ya que las madres mal nutridas darán a luz hijos con deficiencias en su estado nutricional, los cuales tendrán pocas oportunidades de mejorar su estado durante la infancia y adultez, implicando necesariamente que al momento que éstos tengan hijos, nuevamente lo harán en circunstancias desfavorables. Los sucesos planteados dan lugar a un “círculo vicioso” en el que la pobreza y las repercusiones de ésta, en la salud física y mental del individuo, se perpetúan indefinidamente.

El sustento de la locura por esta causa específica, radica en la creencia de que un sujeto mal nutrido tiene dificultad para “pensar, concentrarse y aprender”, aspecto que se ve acentuado por el esfuerzo físico constante a causa del trabajo agrícola, lo que resulta en que “la mente” del individuo es afectada de manera significativa, causándose el ch’ornaj. Lo que implica necesariamente cambios el carácter y comportamiento que le impiden llevar una vida normal.

Esquema 7: Desarrollo del ch’ornaj causado por la pobreza.



6. Influencia del turismo extranjero en la adopción de prácticas nocivas para la salud física y mental: En la actualidad se hace mención a que la influencia de turistas extranjeros en la comunidad ha traído como consecuencia la adopción de comportamientos y prácticas dañinas para la salud de la población indígena adolescente, teniendo especial impacto en el surgimiento de casos recientes de ch'ornaj. De manera específica se menciona que con el incremento del turismo en el área, durante la última década, los jóvenes han comenzado a utilizar drogas tales como la marihuana, la cocaína, el crack, y una serie de plantas nativas con propiedades psicotrópicas, las cuales causan graves trastornos en el cerebro del individuo provocando en muchos casos la locura.

El uso de drogas es considerado una causa inmediata que ha surgido recientemente durante los últimos diez años, por lo que se constituye como una causa “reciente”, inexistente antes y durante la época del conflicto armado. Se presenta casi exclusivamente dentro de la población de entre 15 a 30 años, la cual es vulnerable a la influencia de personas que se dedican al tráfico y venta de estupefacientes en muchos de los pueblos ubicados a orillas del lago de Atitlán.

Para algunos pobladores, el turismo en la región ha implicado la demanda de ciertas drogas, estableciéndose en la actualidad una red de distribución que en parte es manejada por indígenas de diferentes lugares de la región, los cuales con la finalidad de aumentar sus ventas han diversificado la oferta hacia potenciales grupos de consumo. En el contexto de Santiago Atitlán, el uso de drogas ha sido vinculado de manera directa a grupos de jóvenes que se organizan en maras, los cuales se dedican a realizar actividades delictivas en contra de turistas y pobladores en general, llegando también a constituirse en un medio para la distribución local de drogas.

En ciertos individuos el consumo de éstas sustancias tiende a seguir cierto patrón, el cual se inicia con la utilización de marihuana, luego crack o cocaína, y en una etapa crítica cuando se ven en la imposibilidad económica de tener acceso a ellas, se inician en el consumo de plantas nativas con propiedades alucinógenas las cuales dependiendo de la dosis en la que se administren causan daños severos en el cerebro del individuo.

En la actualidad, se han observado casos en los que la familia señala que sus hijos eran personas normales antes de comenzar a utilizar drogas, las cuales hicieron que perdieran su capacidad de “pensar, razona y de ser conscientes de sus actos”, convirtiéndose con el transcurrir del tiempo en “locos”. En este caso, al igual que en el anterior, se menciona que el daño es causado por medios físicos, no existiendo la intervención de espíritus.

El comportamiento de un “loco” a causa del uso de drogas suele ser caracterizado por la presencia de alucinaciones y comportamientos agresivos frente a las personas. Sin embargo, a pesar que estos síntomas pueden ser vistos de manera temporal en personas que están bajo el efecto de alguna droga, se señala que el ch’ornaj a afectado al sujeto cuando éste pierde de manera permanente cualquier contacto con su familia y mantiene comportamientos “anormales” durante un largo período de tiempo (varios meses).

El hecho que lo anterior sea planteado por los informantes como el posible origen del trastorno estudiado, evidencia nuevamente como los cambios sociales inducidos por la influencia externa, pueden llegar a constituirse de manera directa en factores determinantes para la salud de las personas. De igual forma ejemplifica cómo la sociedad asume nuevos contextos y los dota de una explicación culturalmente coherente.

Esquema 8: El ch’ornaj causado por factores originados en la influencia del turismo extranjero.

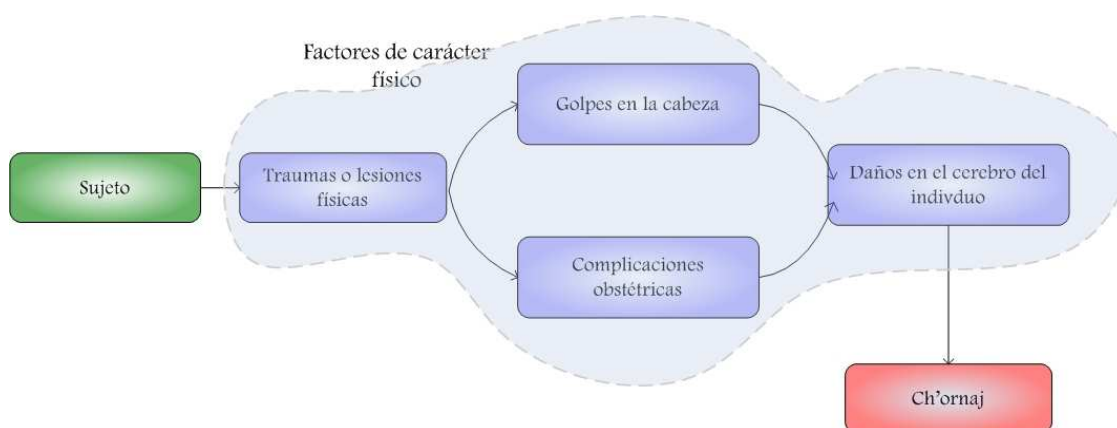


7. Las lesiones físicas como causantes de la locura: Un grupo minoritario de la población menciona que otra causa posible es sufrir de algún accidente que implique trauma o daño directo de la cabeza o el cerebro del individuo (por ejemplo: caerse de un lugar alto y golpearse la cabeza con una piedra), lo cual puede llegar a provocar incapacidad para llevar una vida normal debido a que la “mente” del sujeto llega a perder sus capacidades.

Al mismo tiempo, es indicado que es posible padecer de locura a consecuencia de las secuelas dejadas por alguna complicación obstétrica durante el parto. Específicamente es señalado que ciertos infantes nacen con el cordón umbilical “enrollado” en el cuello, lo que impide que la sangre y el oxígeno circule normalmente a hacia su cerebro, provocando daños irreversibles que serán evidentes durante su desarrollo. De igual forma, fue mencionado que la posición en la que nace el niño y su manipulación por parte de la comadrona, o el médico, al momento en el que se da el nacimiento, pueden provocar la “compresión” del cerebro causando daños internos con repercusiones significativas en el comportamiento.

Las lesiones físicas se constituyen en una causa poco frecuente, y hacen referencia a hechos no vinculados a factores sociales, económicos o políticos, siendo acontecimientos fortuitos que no se explican en términos sobrenaturales. Únicamente en este caso se identifica que la causa real es la misma que la causa inmediata, siendo la causa más objetiva o concreta de las mencionadas anteriormente, ya que no existe una explicación o interpretación más allá del propio hecho.

Esquema 9: El ch’ornaj causado por factores físicos.



Las causas y medios expuestos, toman especial significado cuando se evidencia que la religión a la que pertenecen los informantes determina la importancia que se le da a cada una de ellas, por ejemplo: las personas pertenecientes a la iglesia protestante tienden a interpretar el ch'ornaj como una manifestación del "demonio", opinión que comparten hasta cierto punto los católicos, los cuales a su vez por ser más receptivos a las costumbres religiosas mayas, no niegan del todo la creencia de la brujería como causa de la enfermedad.

De igual manera, los individuos que practican la religión maya no contemplan la posibilidad que la locura sea por causa de la posesión diabólica, y hacen énfasis en causas inmediatas como la brujería y la transmisión mágica. Las tendencias definidas por la religión, en el plano privado, suelen ser flexibles ya que si bien una persona pertenece a la iglesia cristiana protestante, ésta crece y se desarrolla en un entorno cultural en el que la brujería es un hecho "cotidiano" que muy probablemente ha sido parte de la vida de algún familiar o conocido, por lo tanto esta causa, aunque no es aceptada según su ideología religiosa, no es del todo descartada.

D. Tratamientos usados para la curación del ch'ornaj

En cuanto a la atención del sujeto, existe la creencia de que un tratamiento efectivo será únicamente aquel que sea coherente con la naturaleza del medio por el cual la enfermedad se manifiesta; de lo contrario, en la mejor de las circunstancias, solo se podrá calmar el padecimiento de forma temporal.

Esta lógica se refleja en el hecho de que cuando la locura se da por alguna causa de carácter sobrenatural, como la brujería, únicamente el diagnóstico del curandero será efectivo ya que solo él tiene la capacidad de «hablar con los espíritus y deidades que tienen influencia sobre el dueño de la enfermedad (un espíritu)». Por el contrario, si la persona es atendida por un médico, éste solo podrá identificar y tratar las manifestaciones físicas del padecimiento, como dolores o malestares, más no combatir su origen (la acción de un espíritu). Esto se debe a que la enfermedad, en estas circunstancias, "existe" en un mundo espiritual al cual solo tienen acceso personas que poseen conocimientos y habilidades particulares que le son dados por Dios en forma de "don".

En la elección del tratamiento a ser utilizado, nuevamente se establece que las creencias religiosas de la familia del sujeto juegan un papel importante, ya que en gran medida determinan el tipo de terapeuta al cual se tendrá que recurrir. En este sentido las personas católicas y protestantes ven como principal recurso terapéutico acudir a médicos locales, los cuales recetan medicamentos que logran solamente una mejoría temporal. Paralelamente, al igual que en el caso de otras enfermedades graves, recurren a la oración como medio de curación y en casos muy especiales y poco frecuentes, luego de que se comprueba una posesión diabólica por parte del sacerdote o pastor, se procede a realizar el rito del “exorcismo”³⁷. Una diferencia importante entre ambos grupos es que los católicos no niegan de manera directa su inclinación por recurrir al curandero cuando lo creen necesario.

Contrario al patrón anterior, la población que reconoce abiertamente la práctica de la religión maya (que en realidad se constituye como una mezcla entre aspectos de la religión católica y, costumbres y creencias mayas ancestrales), tiende a recurrir en primer lugar al curandero, y cuando éste no logra sanar al sujeto buscan al médico.

En este punto, es importante hacer mención de un hecho particular (observado frecuentemente dentro de las personas pertenecientes a la religión cristiana protestante), que en algún momento puede llegar a ser interpretado como una “contradicción” o falta de consistencia entre las creencias religiosas de los individuos y su comportamiento cotidiano. A nivel comunitario, es ampliamente conocido que las diferentes iglesias protestantes manifiestan una clara oposición y sanción hacia la prácticas religiosas mayas, siendo denunciadas por los pastores evangélicos como actos de “idolatría y culto al demonio”. Este argumento, bajo ciertas circunstancias, no es respetado ya que es común tener referencia de casos de personas protestantes que llevan a sus enfermos con el curandero, o van a la cofradía de Rilaj Mam para solicitar protección o éxito económico. Esta aparente negación de “principios” pareciera no manifestarse como tal en el entender los individuos, significando posiblemente que la práctica de un u otro conjunto de creencias (cristianas o mayas) pueden desarrollarse de forma “paralela”, no siendo necesariamente opuestas, ya que una cubre las necesidades que la otra no es capaz de solucionar.

³⁷ Aunque este tipo de ritos fueron mencionados por los informantes, en ningún momento se hizo referencia al conocimiento de algún caso específico en el que se hubiera realizado.

Es así como para muchas personas la vida diaria se desarrolla en dos contextos: uno público, que se encuentra determinado por los principios de la vida cristiana, en donde las faltas cometidas son perdonadas únicamente por la misericordia divina, y “la piedad y protección de dios” brinda un estado de tranquilidad espiritual y emocional al individuo frente a los problemas y tentaciones que afronta; y otro privado, en donde se manifiestan creencias y comportamientos arraigados a la tradición, de las cuales las personas no pueden ser del todo ajenas, ya que son parte de los diferentes ámbitos de su vida social. Cada contexto juega un papel importante para las personas, de manera tal que en cada uno se resuelven diferentes problemas y acontecimientos, por lo que se convierten en recursos complementarios.

Tomando en cuenta los aspectos anteriores, las personas identifican básicamente tres formas de tratar el ch’ornaj, los cuales suelen ser empleados en diferentes momentos del padecimiento:

1. El tratamiento brindado por instituciones de salud o médicos particulares: cuando una persona es afectada por el ch’ornaj y la familia toma la decisión de buscar al médico para curar la enfermedad, se recurre a las clínicas particulares ubicadas en la localidad o bien en comunidades cercanas. Sin embargo, ninguno de los médicos posee la preparación necesaria para tratar este tipo de trastorno ya que suelen ser médicos generales o pediatras (en estas circunstancias únicamente el psiquiatra puede brindar un diagnóstico y tratamiento adecuado), los cuales por lo general prometen a las personas que con determinados medicamentos (vitaminas o neurotrópicos), sus familiares serán curados totalmente.

Según señalan las personas, el diagnóstico del médico suele ser “debilidad mental”, para lo cual recetan vitaminas, reconstituyentes mentales, y algunos estimulantes. Estos medicamentos logran, hasta cierto punto, una mejoría temporal en el aspecto físico del sujeto, lo que llega a crear cierta esperanza en la familia ya que el individuo se vuelve “más activo”. Sin embargo los comportamientos anormales y demás síntomas de locura persisten.

En todos los casos referidos, se hace énfasis en que los médicos buscan, hasta cierto punto, algún beneficio económico sin importarles la salud del sujeto, lo cual llega

a ser evidente cuando se analiza que el procedimiento adecuado en estos casos es la referencia directa a un hospital o servicio especializado de salud mental. Este tipo de trastornos únicamente pueden ser tratados de manera efectiva por un psiquiatra. Este hecho hace que el tratamiento médico, a nivel comunitario, sea muy cuestionable, ya que a pesar de la falta de conocimiento y preparación especializada para tratar el padecimiento, la atención brindada a los sujetos se extiende por meses e incluso años.

De igual manera, otras personas buscan atención, no profesional, en “farmacias” de la localidad en donde el sujeto es diagnosticado y tratado por personas sin preparación médica alguna. Según algunos informantes, en estos establecimientos se busca únicamente la comercialización de productos medicinales sin importar la salud del enfermo, ya que los dueños o encargados hacen que los familiares de los sujetos gasten cantidades significativas de dinero en medicamentos que no llegan a tener ningún efecto positivo.

La información recabada, indica que el tratamiento brindado por el personal de las farmacias se basa en el conocimiento empírico de la efectividad de algunos medicamentos, así como en procesos de asociación entre la utilidad de las medicinas y la sintomatología presentada, de tal manera que si el familiar de un sujeto llega a solicitar alguna medicina para curar la enfermedad, el encargado de la farmacia pregunta sobre los dolores o molestias que presenta la persona y en base a eso recetará casi siempre medicamentos “para el dolor de cabeza, los nervios, la memoria, etc.”. Este tipo de tratamiento es posiblemente el de mayor riesgo ya que no tiene ningún tipo de control, por lo que puede traer consecuencias inesperadas debido a los posibles efectos secundarios de la combinación de los medicamentos suministrados.

Finalmente, en muy pocas ocasiones se recurre de manera directa, o por referencia, al Hospital Nacional de Salud Mental, del cual se tiene la idea que “es un lugar en donde los sujetos serán internados de manera permanente, siendo atendidos por médicos especialistas que utilizan instrumentos y aparatos especiales para estudiar el problema de su familiar”. Se concibe como un lugar en donde el sujeto vivirá aislado de su entorno familiar y social.

La atención brindada en este servicio de salud crea, en un inicio, mucha expectativa en los familiares, pero esta idea y confianza en la curación del sujeto desaparece cuando se dan cuenta de las deficiencias en la atención, especialmente cuando observan la manera en la que el psiquiatra examina y diagnostica. Contrario a lo que esperan las personas, no son utilizados “aparatos especiales”, solo se hacen preguntas sobre la vida del sujeto, lo cual crea desconfianza en los familiares del enfermo ya que no es la misma forma de examinar que utilizan los demás médicos. El tratamiento que se brinda en este servicio consiste principalmente en el seguimiento de la evolución del sujeto, al cual se le administran medicamentos específicos para el tipo de trastorno mental identificado por el psiquiatra.

Debido a la escasa cobertura en la atención de la salud mental dentro del sistema oficial de salud, el Hospital Nacional de Salud Mental se constituye en el único centro de atención a nivel nacional con las capacidades básicas para el tratamiento adecuado de este tipo de trastornos. Sin embargo, debido a su lejanía del área rural, los costos económicos que implica para las personas, y a barreras de carácter cultural y lingüístico, este servicio no es una opción accesible. Esto llega a ser crítico cuando se observa que a pesar de las deficiencias en la atención, e incompatibilidades culturales observadas, los sujetos que recurren a dicho servicio manifiestan una mejoría significativa en su estado de salud, gracias a la administración adecuada y profesional de medicamentos de uso psiquiátrico.

2. El tratamiento brindado por las iglesias: a nivel comunitario, el apoyo espiritual brindado por la iglesia católica y protestante a personas que sufren diferentes tipos de enfermedades suele ser muy común, involucrando principalmente a mujeres que se organizan para hacer visitas domiciliarias de manera periódica. Estas actividades son consideradas por las personas como un “tipo de tratamiento” bastante común en el caso de los sujetos con ch’ornaj, siendo posiblemente el menos complejo y efectivo.

En el caso específico de las visitas realizadas por los grupos católicos, se utiliza como medio de curación “la comunión”, para lo cual el sacerdote de la iglesia de la localidad instruye a una persona para que lleve la “la sagrada hostia” al hogar del enfermo. Con esta actividad se busca que el sujeto logre su recuperación por medio de la comunión directa con Jesucristo, al cual recibe en “cuerpo y sangre”. El contexto en

que este “rito” se desarrolla, suele ser sencillo ya que es presidido por un catequista o “ministro de la oración”, el cual antes de dar la comunión al enfermo pide a Dios por la recuperación de su salud y realiza oraciones como el Padre Nuestro y el Ave María. De manera complementaria, se suele brindar apoyo moral y espiritual a los familiares por medio de pláticas y oraciones en la iglesia.

Un elemento especialmente importante es que para garantizar la recuperación del enfermo se busca “la presencia permanente de Dios” en su hogar, para lo cual se instala un pequeño altar en donde la familia puede recurrir a la oración y buscar consuelo al momento de necesitarlo. De igual manera se establece como un espacio en donde pueden orar a los “santos” y a la Virgen María para que intercedan por el bien de su familia, esto hace que sea considerado parte central en la recuperación del sujeto.

Ilustración 6: Altar instalado en el hogar para buscar la intervención “divina” en el proceso de curación del sujeto.



Por otro lado, los grupos protestantes realizan oraciones que se describen más bien como una “charla con Dios”, en donde piden por el bien del sujeto y de la familia. Generalmente son momentos muy emotivos y expresivos, en donde las mujeres participantes muestran señales de arrepentimiento en representación del enfermo, el cual no puede expresarse debido su padecimiento. Al mismo tiempo es común la realización de cantos evangélicos o de “alabanzas a Dios”, los cuales se constituyen en

expresiones de fe con ciertas propiedades para sanar las dolencias o enfermedades (hasta cierto punto se trata de replicar el contexto observado en los cultos efectuados por los pastores evangélicos). Al igual que con los grupos católicos, en todo momento se busca el apoyo e “iluminación” de la familia para sobrellevar la enfermedad del sujeto.

En ambos casos este tipo de ayuda es principalmente de carácter espiritual, y en pocas ocasiones se brinda de manera complementaria apoyo económico a las familias, por lo que es más bien visto como un medio de soporte emocional que no tiene un efecto cuantificable en la mejoría del sujeto con ch'ornaj, el cual permanece indiferente ante lo que pasa en estas visitas. Este tipo de actividades implica, para la familia del sujeto, captar la atención de la población, especialmente de vecinos y conocidos los cuales por este medio manifiestan cierto grado de solidaridad ante la desgracia que les aqueja.

Por otro lado, esta “atención” suele ser complementada con la atención del médico, al cual se recurre tanto por iniciativa propia de la familia como por el consejo y recomendación de los sacerdotes católicos o pastores protestantes. En el caso específico de personas católicas que sufren de ch'ornaj, se tiene referencia que suelen ser apoyadas económicamente por la parroquia de la localidad para cubrir los gastos que implica recurrir al Hospital Nacional de Salud Mental.

Es importante mencionar que un medio poco común para la curación del ch'ornaj es el rito del “exorcismo”, ya que puede ser aplicado únicamente en casos particulares, después de un proceso de diagnóstico exhaustivo en donde se determina que el sujeto es poseído por espíritus demoníacos. Aunque se hizo mención, no se tiene referencia concreta a nivel comunitario de la realización de algún exorcismo.

3. El tratamiento brindado por el curandero: Finalmente, los ritos o ceremonias realizadas por el curandero se constituyen en el tratamiento más frecuente dentro de la población de Santiago Atitlán. El mismo es asociado exclusivamente al ch'ornaj debido a causas sobrenaturales, siendo asumido de manera directa como un mecanismo efectivo por las personas que practican la religión maya y la católica (en el caso de los protestantes existe un rechazo directo en el plano público, pero no siempre en el privado).

El proceso de tratamiento del curandero, inicia con una primera etapa de diagnóstico en donde el curandero juega un rol de adivino ya que trata de establecer por medios “sobrenaturales”, quién es la persona que desea el mal, quien es el brujo que accedió a realizarlo y cuál fue el motivo del conflicto que propicio el actuar del agresor. De esta manera el curandero efectúa una ceremonia de adivinación en donde establece contacto con los espíritus y con santos, los cuales pueden manifestarse por medio de visiones durante la ceremonia, o de sueños en las noches subsiguientes a la realización de la misma.

El proceso de adivinación se desarrolla alrededor de una “hoguera” en la cual son interpretadas “las llamas” producidas al quemar incienso de copal, las que en base a su forma, tamaño, color, y sonido que producen al quemarse, revelan la información que el curandero solicita a los espíritus. Cada aspecto o característica de las llamas tiene un significado particular, dependiendo de su intensidad o durabilidad, y serán interpretadas como respuesta a preguntas como: ¿Quién está provocando la enfermedad? ¿Por qué se mandó el mal a la persona? ¿Qué hechizos realizó el brujo para causar la enfermedad? ¿En dónde vive el brujo? etc. El método utilizado por el curandero consiste en realizar varias veces la misma pregunta y plantear en cada ocasión una posible respuesta basada en sus sospechas o intuición, cada vez que lo hace arroja incienso al fuego para esperar una reacción. La lógica empleada implica que una respuesta positiva a cualquiera de las opciones presentadas será dada por medio de la llama “alta”, de color rojo intenso, produciendo un sonido fuerte. A partir de esto el curandero, con base a su experiencia, podrá ir identificando diferentes “intensidades” y conociendo las respuestas, en base a las cuales “construye” su propia explicación.

El proceso de adivinación se consuma en la confirmación de las sospechas estructuradas a partir de la información proporcionada por la familia del sujeto, y no tanto a una revelación divina. Se observa que el curandero cuenta con varios “contactos” que le “informan” sobre hechos específicos surgidos en la comunidad, de manera tal que si un individuo llega con él para saber si alguna persona con la que ha tenido rivalidad le desea mal, el curandero primero “investiga” sobre el caso, para luego pedir a los espíritus la confirmación de sus sospechas, las cuales en la mayoría de los casos suelen ser acertadas.

Ilustración 7: Curandero durante la ceremonia de adivinación.



En una segunda etapa el curandero, al saber quién ha enviado el mal y cuál ha sido el motivo que lo generó, procede a indagar sobre hechos claves, como por ejemplo: si el brujo que realizó el mal está vivo o muerto, si es una persona “espiritualmente fuerte”, y en general cualquier dato que le ayude a determinar sus vulnerabilidades. Trata así de establecer los medios más efectivos para contrarrestar el mal. Algo importante es que el curandero nunca revela la información que llega a conocer sobre el brujo agresor, ya que si lo hace puede ponerlo sobre aviso y causar una reacción aún más negativa.

El fin de esta etapa de tratamiento es “contrarrestar” la enfermedad, afectando al brujo para que desista y revierta el proceso por el cual provocó el daño, así como a la persona que desea el mal para que se “arrepienta” y pida que el mal deje de manifestarse. En este punto el curandero actúa tal y como lo haría el mismo brujo, ya que por medio de ceremonias envía enfermedad y desgracia causando así remordimiento en los agresores.

Para revertir el mal se realizan también ceremonias en lugares sagrados que varían según la decisión, el conocimiento y la experiencia del curandero (por ejemplo:

altares ubicados en los cerros, la casa del sujeto, las cofradías o lugares solamente conocidos por él), en los cuales se pide a la “madre tierra”, *“que todo lo ve y lo presencia”*, actué como testigo de la inocencia del sujeto, planteando un argumento en el que éste es presentado como una víctima, contradiciendo el argumento que el brujo probablemente utilizó para convencer a los espíritus de causar el mal. Estas ceremonias son explicadas por los mismos curanderos como un “juicio”, en donde existe una parte acusadora (el sujeto que desea el mal, apoyado por el brujo) una parte defensora (el curandero que demuestra que el sujeto es inocente), un testigo que todo lo presencia (la madre tierra), y un juez que por lo general es Jesucristo que dicta las ordenes a cumplir. Todo este proceso sucede bajo la vista y contemplación de un “ser supremo”, que tiene el poder de intervenir o acceder por una u otra parte.

Ilustración 8: Curandero en la cofradía de la Santa Cruz, durante la ceremonia para contrarrestar el mal del brujo.



Finalmente una tercera etapa consiste en tratar directamente al sujeto, para lo cual cada curandero tiene un procedimiento particular, siguiendo principios y conocimientos establecidos que se han mantenido y transmitido de generación en generación.

Nuevamente se realizan ceremonias en las cuales se pide por el bienestar del sujeto, a diferencia de la etapa anterior no se juzga, sino más bien todo gira alrededor

de buscar que el dueño de la enfermedad (un espíritu) deje de afectar al individuo por medio de la intervención de Rilaj Mam y los Santos³⁸.

Se ha identificado que algunos curanderos (los más ancianos) eventualmente utilizan una técnica muy antigua, que consiste en la extracción de sangre por medio de la utilización de “chayes” o pedazos de vidrio. La misma consiste en observar y examinar con las manos ciertas irregularidades en la cabeza y extremidades del sujeto, esperando encontrar lugares en donde se concentra la enfermedad, para luego proceder a “pinchar” con los “chayes” dicha ubicación y extraer la sangre contaminada por un líquido transparente, que se cree es la enfermedad. La extracción de la sangre llega a tener dos motivos: el primero, “sacar” la enfermedad manifestada en forma de coágulos; y el segundo, hacer una ofrenda o sacrificio a la madre tierra para lograr así la recuperación del sujeto. Según se tiene referencia, esta curación era efectuada con frecuencia en la cofradía de “San Nicolás”, quien resguarda y es dueño de estos instrumentos con propiedades sobrenaturales.

Ilustración 9: Curandero durante el proceso de curación por medio de plantas medicinales.



³⁸ Su función e importancia será descritas en el siguiente apartado.

En esta etapa, algunos curanderos no “trabajan” solamente el aspecto espiritual (mediante ceremonias) y físico (mediante plantas medicinales) del sujeto, más bien realizan otras actividades orientadas a brindar consejo y apoyo moral a la familia, proporcionándoles esperanza y ánimos para afrontar las circunstancias. Solamente unos cuantos ponen énfasis en el aspecto nutricional del sujeto, así como en su higiene personal y el mejoramiento de las condiciones en las que vive.

Un hecho importante de señalar es que el tratamiento con plantas medicinales es restringido a momentos muy específicos del proceso, así como no es frecuente administrarlas por vía oral, por el contrario su uso se da a manera de baños de vapor que se aplican únicamente sobre la cabeza del sujeto. Este procedimiento consiste en agregar plantas medicinales en un recipiente con agua caliente, buscando que las mismas se “cosan” durante unos minutos, posteriormente el vapor emanado es inhalado por el sujeto con lo que se “saca el mal” de la cabeza del individuo. Cuando el vapor recorre su frente, el sujeto experimenta una sensación fría en la cabeza lo que indica que la enfermedad “sale de su cuerpo”.

De manera específica la intervención “tradicional” del curandero abarca dos aspectos indispensables, los cuales son;

a. **Apoyo psicológico y emocional:** proporcionado al individuo y a la familia, especialmente a la madre o esposa quien la mayoría del tiempo vela por el cuidado del sujeto.

b. **Aspecto espiritual y religioso:** cumple con proporcionar una explicación y tratamiento acorde con la cosmovisión del individuo. Da una solución espiritual a un problema de origen sobrenatural, es decir; combate la enfermedad en el mismo plano en el que se origina, da una explicación y tratamiento que es compatible con la lógica cultural de individuo, basada en la interacción e influencia de entidades espirituales sobre la vida de los seres humanos.

Por otro lado, se ha observado que unos cuantos terapeutas, además de lo anterior, abarcan con su tratamiento otros aspectos, tales como:

c. **Nutrición del individuo:** ya que instruye a la madre sobre los alimentos que se creen pueden mejorar el estado físico del sujeto, aliviando así los cuadros de desnutrición que suelen presentar. Por lo general se considera que el sujeto deberá consumir alimentos tales como atoles, arroz, pasta, leche y carne, alimentos que no son parte de la dieta diaria de la familia y que pueden mejorar su estado de salud.

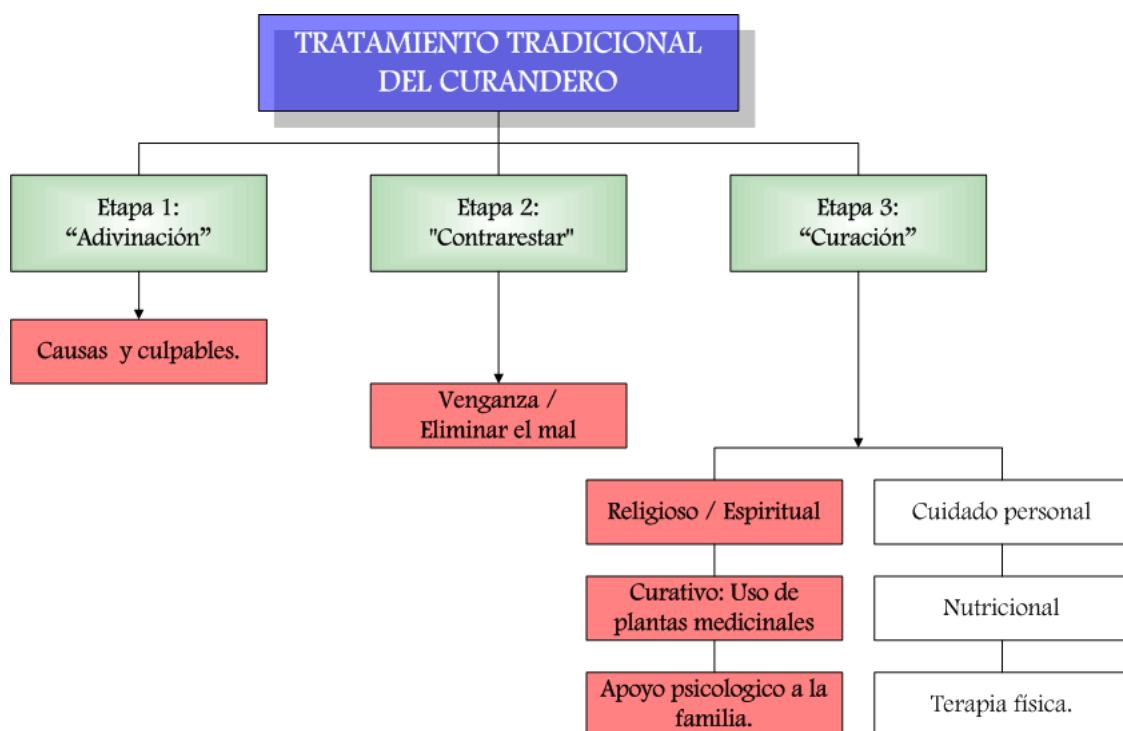
d. **En la higiene y cuidado personal:** brinda una rutina diaria que implica, «levantarse temprano por la mañana, bañarse, lavarse la boca, tender su cama y sacar sus colchas y petate a asolear, comer a las horas que todos lo hacen en su casa».

e. **Aspecto físico:** deja “tareas” que implican cierto esfuerzo físico y mental del sujeto. El curandero indica que una de las cosas que más necesita el enfermo es el entrenamiento físico, para que su cuerpo recupere fuerza y su movilidad normal.

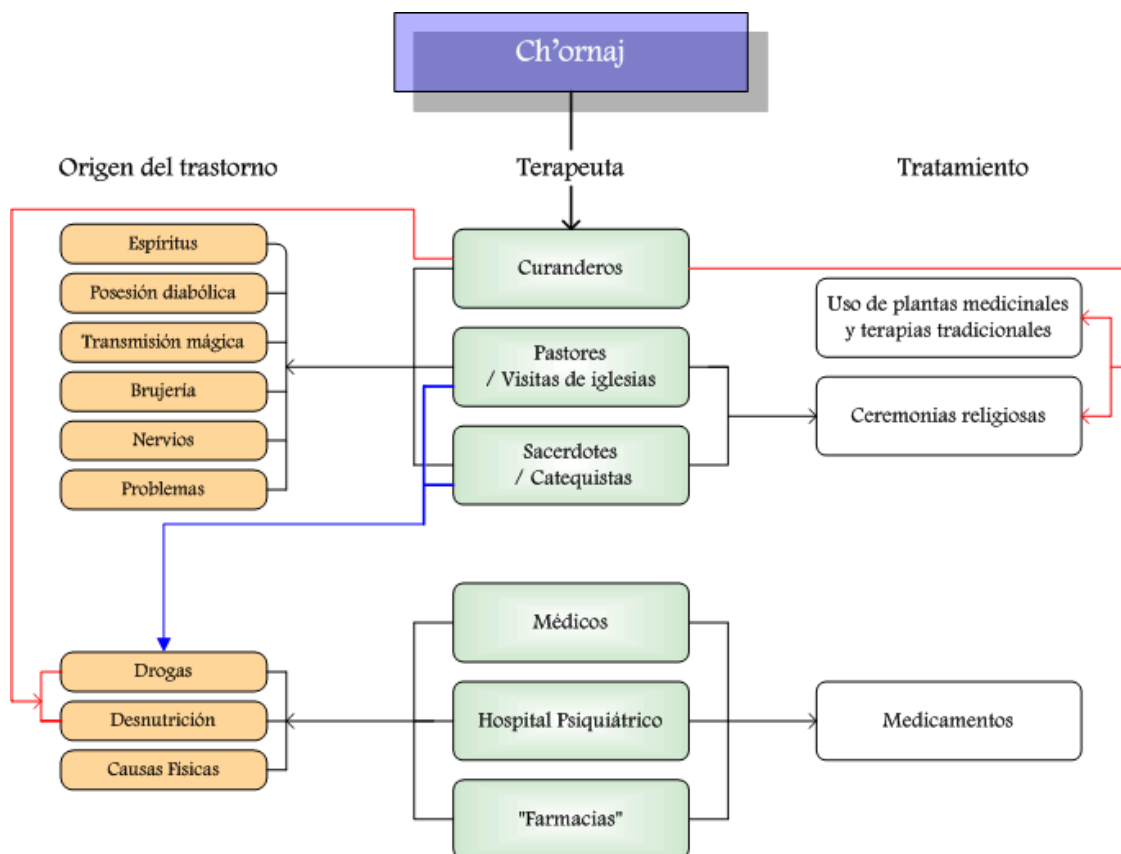
Ilustración 10: Curandero ejercitando al sujeto.



Esquema 10: Etapas del tratamiento brindado por el curandero



Esquema 11: Terapeuta y tratamiento según origen del trastorno.



4. La ceremonia de curación y los principales actores involucrados en el tratamiento brindado por el curandero. A continuación serán descritos, de manera puntual, algunos aspectos propios de la cosmovisión de la población maya tz'utujil de Santiago Atitlán vinculados al proceso ritual de curación tradicional. Sin embargo, este análisis se enmarca dentro de un contexto simbólico, espiritual y religioso más amplio que no ha sido objeto específico de este estudio.

Según la cosmovisión maya, se establece la figura de un ser supremo, un solo Dios quien es la razón y el fundamento de todo lo existente, siendo el generador de todo lo creado, la causa de la vida material (“respiración”), así como de la razón y el entendimiento humano (“pensamiento”). Este ser supremo es denominado principalmente como “corazón del cielo” y “corazón de la tierra”, lo que puede ser interpretado como la sustancia del firmamento y de la tierra, siendo antiguamente denominado por los sacerdotes mayas como “Huracán” al cual invocaban con ayunos, abstinencia y sacrificios. (González; 2001,28-31)

Por influencia de la cultura occidental en las comunidades indígenas actuales de Guatemala, predominan algunos elementos cristianos en la idea que se tiene acerca de Dios, lo que se explica por la participación y distribución de la mayoría de la población indígena en las iglesias cristianas (católica y evangélica). Esto ha generado que la concepción prehispánica de Dios sea conjugada con algunas premisas tales como; el hecho de que es espíritu, es único Dios, es creador de la naturaleza y la humanidad, es omnipresente, bondadoso, misericordioso, dador de lo necesario para la vida humana y para los otros seres vivos, es el señor, amo y dueño de todo lo que existe. (González; 2001,185)

Sin embargo la concepción de Dios dentro de la población indígena que practica “las costumbres”, lleva implícita una relación con la naturaleza ya que ve en cada manifestación de ésta su presencia, lo que recuerda la tendencia prehispánica a ver a la divinidad en acontecimientos naturales tales como el rayo, en el trueno, en el viento, etc. Dicha creencia corresponde también en alguna medida al cuidado y respeto que se da a la naturaleza, lo que explicaría la tendencia y la necesidad de “pedir permiso” antes de, por ejemplo alterarla al momento de cortar un árbol, o de realizar alguna ceremonia. (González; 2001,189-190)

Una buena parte de la población indígena de los pueblos del lago de Atitlán cree que los astros, la lluvia, el viento, las montañas y los días tienen cada uno un espíritu, al cual algunos le llaman “dueño” otros “nahual”. Existe la idea que por ejemplo la luna, “ve”, “cuida”, “conoce todo”, “se comunica”, “habla”, “sostiene” al ser humano, y en general se le atribuye algún tipo de conciencia concibiéndola como si tuviera vida, demostrando cierta dependencia por parte del ser humano (ya que es importante como uno de los puntos de referencia para la interpretación del tiempo, teniendo impacto directo en la vida agrícola). «Estas ideas ancestrales se ven conectadas a ideas cristianas interpretadas de manera particular, ya que se dice que la “luna se comunica con el Padre Eterno”, lo que refleja la idea de que la luna y Jesucristo vigilan las acciones humanas, lo cual puede hacer pensar que la luna es vista, en una dimensión cuasi-divina». Para las personas de Santiago Atitlán, el sol y la luna son una especie de vigilantes que informan a Dios acerca del comportamiento de los seres humanos, los cuales incluso pueden dar informes divergentes sobre un mismo hecho. (González; 2001,193-194)

La idea que el sol y la luna son capaces de informar a Dios sobre el comportamiento humano «permite ver una concepción animista y antropomórfica de la naturaleza. Las cosas, además de ser animadas, tienen cualidades humanas, como el pensamiento, la capacidad de decisión, de diálogo, de juicio». (González; 2001,196)

Por otro lado, en el caso del viento, la tierra y las nubes, éstos más que poseer un espíritu propio que les provee vida (como en el caso del sol y la luna que se constituyen como “cosas” animadas con cualidades humanas), tienen un “dueño”, su propio nahual. Es decir que éstos se relacionan directamente con un “espíritu” que se diferencia del fenómeno (en el caso del viento su dueño, espíritu o nahual es San Lorenzo). (González; 2001,198)

Según la concepción indígena prehispánica, las montañas, los volcanes, los bosques, los caminos, tienen un espíritu guardián a quien atribuyen “poderes mágicos”. Por lo que si se quiere entrar por ejemplo “a la montaña”, habrá que pedir permiso al espíritu guardián, el cual no es un dios aunque posee poderes sobrenaturales lo que le hace hasta cierto punto temible. (González; 2001,70)

Ilustración 11: Ceremonia de curación realizada en el altar del curandero ubicado en un cerro de la localidad.



Siguiendo la misma lógica, se observa que en las prácticas ceremoniales tz'utujiles es claro que la causa de las enfermedades es atribuida a “espíritus” dueños de cada uno de los padecimientos que sufren los seres humanos. Siendo éstos a los cuales se recurre para afectar a una persona o para buscar su curación. Nuevamente no es la enfermedad la que actúa por sí sola, sucede únicamente por medio de la acción de su “dueño”. (González; 2001,72)

Es importante señalar que dentro de esta dinámica se establece una jerarquía en la que Dios es el Ser Supremo, teniendo potestad sobre toda la naturaleza y la historia humana, en tanto que un nahual es considerado como el “espíritu” que actúa sobre un fenómeno o persona dándole características particulares, pero siempre sublevado. (González; 2001,198)

Parte importante de las prácticas espirituales son los denominados “iconos”, los cuales son entidades con “vida propia y poderes sobrenaturales” que dan protección a las personas, a los cuales se les da culto en las cofradías ya que tienen influencia sobre ciertos aspectos de la vida y la naturaleza. En este caso dentro de Santiago Atitlán pueden identificarse varios, siendo estos; Rilaj Mam o Maximón, San Juan, San Nicolás,

San Felipe, la Virgen de la Concepción, la Virgen del Rosario y San Francisco de Asís, entre otros. (González; 2001,221)

En este contexto de veneración a las entidades espirituales, se establece que aunque es común para todos los individuos creyentes la relación del ser humano con la dimensión divina o espiritual, hay dos grupos de personas que desempeñan roles particulares debido a su cercanía con las divinidades o a la posesión de un “don”. Por un lado están “los cofrades”, que son los principales guardianes de los “íconos” o deidades espirituales a los cuales se les da culto, y por otro los sacerdotes mayas que son intercesores entre los seres humanos y el mundo espiritual. (González; 2001,221)

Es así que cuando una persona pretende un favor de Maximón, se auxilia de un aj’kun (sacerdote maya) quien por medio de oraciones platica con el “Gran Abuelo” (el cual por ejemplo: si la persona quiere riquezas pregunta “qué clase de riquezas quiere” y se lo concede). Para la materialización de las peticiones es determinante que la persona tenga fe en el poder y efectividad de la deidad que se invoca. (González; 2001,215)

Como se ha observado, los curanderos establecen como medio principal de curación del ch’ornaj la realización de “*aj a’k*” o “la ceremonia”³⁹, la cual puede ser considerada como una representación simbólica de las relaciones sociales en la que se plasma claramente la cosmovisión de la cultura maya tz’utujil. Las ceremonias pueden ser interpretadas como espacios físicos y temporales en los que se establece un vínculo directo con entidades espirituales que tienen la capacidad de influir positiva o negativamente en la vida de las personas. Sin embargo esta “intromisión” nunca es producto de la casualidad o del azar, más bien es resultado de algún hecho consumado por los individuos vinculado con su actuar social.

Según los informantes, no existe una tipología definida que establezca diferencias entre las prácticas ceremoniales realizadas por los distintos terapeutas tradicionales. Todas las ceremonias llevan una misma lógica y estructura, variando en

³⁹ También es utilizado el término “*Kojoq q’aaq*”, que se traduce como “ceremonia maya”.

ellas aspectos tales como: el número de veces que se tendrá que realizar⁴⁰, los lugares específicos en donde se efectuarán, las deidades a las que se tendrá que recurrir, los materiales que se utilizarán y su forma de aplicación, y el tipo de ofrenda a brindar.

En el caso específico del ch'ornaj por brujería, el proceso de curación se basa principalmente en la dinámica que se establece entre el curandero y las entidades espirituales que se consideran “dueños” o influyentes sobre la enfermedad, ya que pueden hacer que la misma se manifieste o desaparezca. En este proceso es indispensable la capacidad del curandero para presentar un “argumento” válido que logre conceder el favor de la deidad, de igual modo su habilidad para persuadirlos por medio de ofrendas y regalos adecuados. Al mismo tiempo, es importante que utilice de la mejor manera algunos insumos (candelas, e incienso), que en este contexto implican tener mayor efectividad al momento de establecer comunicación con ellos.

En el desarrollo de las ceremonias de curación, se ponen en práctica roles rituales específicos a tres niveles, el primero integrado por el sujeto y su familia, el segundo por el curandero, y el tercero por los espíritus y deidades. Sin embargo la interacción directa se da únicamente entre el primer y el segundo nivel, así como entre el segundo y el tercero (nunca entre el primero y el tercero). Esto se explica por la creencia que solamente aquellos “privilegiados con un don” (los curanderos), pueden comunicarse con las entidades espirituales. En este punto el terapeuta tradicional juega un rol de intermediario entre el mundo material y el espiritual.

Otro aspecto determinante en la curación del sujeto es la realización de ceremonias en ciertas cofradías⁴¹, en donde se evidencia la importancia del rol que

⁴⁰ Aunque en muchas ocasiones el número de ceremonias a realizar está determinado por el tipo de petición que se realice, en el caso del ch'ornaj por lo general “la curación” se realizará en tres ocasiones “ya que nunca se sabe con certeza cuándo será recibida la petición”, de esta manera el terapeuta se asegura que si no es en la primera ocasión habrá otras dos oportunidades más para que sus peticiones sean escuchadas.

⁴¹ Reina, describe al sistema de cofradías como una institución política-religiosa, que preserva los rituales y las costumbres siguiendo lo que dicta la tradición, en donde cada persona participa de manera directa o indirecta en esta estructura. «La cofradía es el reflejo la necesidad de las personas de formalizar las relaciones sociales, siendo una expresión social por medio de la que se defiende su integridad amenazada por la represión emocional y aislamiento. “La ley de los santos”, provee esperanza ya que se mantiene control sobre el universo, y brinda protección a la comunidad ante los constantes cambios a nivel macro». (Reina, citado por Alarcón en “Personality Disorders and Culture. Clinical and Conceptual Interactions” 1998:44)

desempeñan algunas deidades como; “Rilaj Mam”, “San Francisco”, “La Santa Cruz”, y “San Nicolás”.

En primer lugar el curandero suele recurrir a la cofradía de “la Santa Cruz”⁴², en donde se le rinde culto a “Jesús Sepultado”, “San Francisco” (siendo deidades que conllevan una connotación religiosa mas allá de las creencias cristianas) y “Rilaj Mam”, que es considerado “el abuelo de la comunidad”, llamado también “el amarrado” ya que como cuenta la leyenda esta hecho de “pita de maguey” de la cual fue creado en la antigüedad por los sacerdotes del pueblo.

Rilaj Mam es comúnmente llamado; “San Pedro, Judas Iscariote o San Simón” estableciendo de esta manera vínculos entre esta divinidad procedente de la mitología maya tz’utujil y santos de la tradición cristiana, aspecto que evidencia un estrecho sincretismo religioso. En cuanto a sus funciones, tanto “Rilaj Mam”⁴³ como “La Santa Cruz” (o Jesús Sepultado) están relacionados directamente con “las enfermedades, la suerte o fortuna y el amor”. En el caso de “San Francisco”, según los abuelos, en la época de la conquista los españoles obligaron a cambiar los nombres de las deidades indígenas⁴⁴, por lo que en realidad este santo representa dentro del panteón maya a “Santo Camposanto” quien es “dueño de todos los muertos”, debido a esto la cofradía en la que se encuentra es llamada también “de las ánimas”. Esta entidad espiritual es considerada también como un “pastor” de las almas que están en el purgatorio, lo cual queda representado en la siguiente cita de un informante; «cuando los sacerdotes mayas mueren se van al cerro cabeza de burro, en donde están solo las personas que tienen un

«Las cofradías deben de entenderse en dos sentidos, primeramente como el grupo de personas organizadas jerárquicamente para el cuidado y mantenimiento del ritual dedicado a un grupo de imágenes sagradas; por otro lado la cofradía también debe entenderse como un cuarto en la que se coloca un altar conformado por imágenes sagradas, pinturas, cofrades y demás instrumentos antiguos..... que son objeto de culto y cuidado para el cual se organiza el sistema de cargos. Tenemos entonces a la cofradía como estructural social y como templo sagrado». (Vallejo 2001:77)

⁴² Las personas vinculan a “Jesús Sepultado” con la “Santa Cruz” haciendo referencia a la crucifixión de Jesucristo y su sacrificio para salvar a la humanidad.

⁴³ «Para los sacerdotes católicos Maximón representa un verdadero problema de idolatría, en virtud de que la escultura es sagrada y objeto de culto. Sin poder extirpar dicho culto trataron de resolver el problema imponiéndole el nombre de Judas Iscariote, el traidor de Jesucristo, emulando quizá aquella vieja postura franciscana en la que se confiaba al tiempo la desaparición de las prácticas “paganas”... (Vallejo 2001:41)

⁴⁴ Antes de la venida de los españoles, mencionan los informantes, existía un solo dios supremo que era llamado *“Jurka’n”* que su traducción significa “el de un solo pie” o bien “El huracán”. Esta deidad fue llamada Jesús o Jehová. Luego se identificaban una serie de espíritus relacionados con la naturaleza, existiendo así el corazón del sol, el corazón de la luna, el corazón de la tierra, el corazón del aire, el corazón de la lluvia, entre otros.

don. Todos los demás muertos se quedan en el cementerio. Si se quiere hablar con uno de ellos, se tiene que recurrir a San Francisco quien es el dueño de las almas de las ánimas. Cuando una persona se va a morir o está en agonía, su espíritu primero llega al cementerio, pero luego tiene que llegar a la cofradía a dar parte, si llega en buen momento y se presenta a San Francisco, este ya no muere».

Una característica importante en cuanto la acción de “San Francisco”, radica en que éste es capaz de cuidar al hombre del mal que procede fuera de la comunidad, mientras que “Rilaj Mam” sólo evita el mal que es provocado dentro de la misma comunidad⁴⁵.

Ilustración 12: Rilaj Man en la cofradía de la Santa Cruz.



Como fue señalado durante el proceso de curación del ch'ornaj, algunas ceremonias son explicadas por los curanderos como “juicios”, en donde se establecen roles bien definidos para cada deidad. En esta dinámica “La Santa Cruz o Jesucristo” juega un rol de “juez”, y se cree que da la “sentencia” decidiendo sobre lo que es justo o no, teniendo por lo tanto poder sobre los santos, los espíritus y el hombre, mientras “Rilaj Mam” o “San Simón” es considerado como un “abogado” o un “secretario” que tiene como función interceder por los hombres para hacer desaparecer un mal. En este

⁴⁵ Maximón es considerado como el nahual del pueblo, siendo considerado como el gran sacerdote. (Vallejo 2001:166). Este hecho se establece a manera de analogía con el concepto tradicional del animal o alma gemela con la que todo ser humano nace, el cual lo protege, cuida y comparte sus características particulares. Así Maximón cuida a la comunidad y lo que pasa en ella, pero no tiene el mismo efecto fuera de la misma.

caso las candelas usadas en la ceremonia son como “las hojas del acta, en donde el curandero escribe y deja constancia de sus peticiones, y de las personas presentes”, las cuales son presentadas a Jesucristo. El curandero hace una analogía entre el rito y un juicio legal, en donde la enfermedad es un “delito”, la ceremonia el acto procesal, y el perdón o la salvación del sujeto la sentencia final esperada.

Durante un misma ceremonia se recurrirá a varias deidades, por ejemplo en el caso de la persona con ch’ornaj, primero se reza o se “habla” a Rilaj Mam para que “ahuyente a los espíritus malignos”, que aquejan al sujeto. Sin embargo, éste no es siempre es capaz de “sacar la enfermedad de la mente del sujeto”, por lo que luego se recurre a San Francisco quien es el dueño de las almas, los espíritus y los muertos (que causan la enfermedad). En el caso de la Santa Cruz (Jesucristo), se considera una entidad superior definida como “un juez justo”, que dicta finalmente la decisión de curar o no al enfermo. A él se recurre principalmente por medio de la intermediación de otros santos.

Existen otras dos entidades espirituales importantes en el proceso; “San Nicolás”, quien posee su propia cofradía, teniendo un papel importante ya que es el “jefe de los sacerdotes”, él conoce a cada uno de ellos y sabe su actuar. El curandero recurre a este santo con la finalidad de pedir intersección por el enfermo, buscando obtener alguna pista sobre el brujo que está haciendo el mal y contrarrestarlo de manera efectiva. En este caso no se celebra la ceremonia para curar, más bien con el objeto de parar la acción del brujo. “San Nicolás” se convierte en intermediario entre el accionar de los especialistas rituales.

Por otro lado, se encuentra el rol desempeñado por la “madre tierra”, que es indispensable ya que se presenta como “testigo” de la conducta de las personas, y en este caso de las ceremonias, debido a su “omnipresencia”. La “madre tierra” presencia toda la vida del sujeto, desde su propia concepción hasta su muerte, por lo que también observa el proceso de aparición y manifestación de la enfermedad, desde el momento en el que surge algún conflicto entre dos personas, hasta cuando el brujo recurre a Rilaj Mam para causar el mal, incluso conoce los argumentos y excusas que son expuestos.

Durante el desarrollo de la ceremonia de curación, es importante también la participación de los familiares y los responsables de las cofradías, ya que por medio de sus oraciones o peticiones personales, aunadas a las del curandero, lograrán inducir con mayor efectividad y rapidez la intervención divina. En el caso específico de la cofradía de Rilaj Mam, se busca la participación de los “*telíneles*” o “cargadores”, que son personas que lo cuidan en todo momento, y están ubicados durante el día a su lado recibiendo y presentando las ofrendas recibidas, encendiéndole puros o cigarros y dándole de tomar licor. Sólo los “cargadores” pueden “trasladarlo durante la noche al lugar en donde descansa”, así como vestirlo y cubrir cualquier necesidad que éste tenga. Siempre tratan de complacerlo para que se “sienta a gusto con la familia encargada de la cofradía”. Son éstos los que llevan en sus hombros la imagen de Rilaj Mam el miércoles y viernes santo y recorren la comunidad como lo establece la tradición. Debido a su estrecha relación con Rilaj Mam, a los “cargadores” se les ofrece cerveza y cigarros por parte de la familia del enfermo, con la finalidad de buscar que estos intercedan por la persona enferma⁴⁶.

5. Roles culturales del sacerdote maya en el tratamiento del ch’ornaj. Como ha sido observado, el terapeuta tradicional adopta durante el proceso de tratamiento distintos “roles” por medio de los cuales desarrolla funciones variadas, como identificar el origen de la enfermedad, brindar un diagnóstico adecuado, y dar atención a nivel emocional tanto al individuo como a su familia.

Según los informantes, la categoría más amplia en la cual son clasificados los terapeutas tradicionales es la de “sacerdote maya”⁴⁷, los cuales son definidos en relación al “don” de establecer contacto directo con “espíritus y santos”, poseyendo la habilidad de comunicarse con ellos, de manera efectiva, durante ceremonias o sueños.

⁴⁶ Las cofradías están integradas por una estructura jerárquica, en donde existe un alcalde, quien ofrece su casa durante un año para albergar la imagen del santo teniendo como responsabilidad primordial cumplir con todas las actividades que manda la tradición, como por ejemplo la celebración del día del santo. En ocasiones especiales, se encarga de atender a los visitantes ofreciendo comida, bebida, o música. Su responsabilidad gira alrededor del cuidado del altar, de la imagen y por lo tanto del mismo santo. Luego existen varios cargos juez, escribano, primer, segundo, tercer y cuarto cofrades (por lo general el número de cargos varía de una cofradía a otra). Una de las cofradías con más integrantes es la de Santa Cruz o Maximón, la cual es la única que cuenta con cofrades denominados “*telíneles*” o “cargadores”. La esposa del alcalde es llamada “*xo*” y es considerada como la mujer principal, siendo las esposas de los cofrades parte del sistema siendo compañeras de esta. (Sakurai 2000:29-30) (Vallejo 2001:79)

⁴⁷ En este caso las personas entrevistadas usaron el término “sacerdote maya” para hacer una diferencia con el término “sacerdote” que por lo general es usado dentro de la iglesia católica.

Este “don”, que se perfecciona con el tiempo y con la transmisión de conocimientos de una generación a otra, implica para el sacerdote⁴⁸ la capacidad de actuar desarrollando cuatro roles diferentes, los cuales no necesariamente son excluyentes uno del otro.

En primera instancia el sacerdote, bajo diferentes circunstancias, puede llegar a jugar los roles de “curandero” o “brujo” lo cual depende no necesariamente de los medios que emplea, sino mas bien del fin último por el cual actúa. Es así como ambos pueden recurrir a los mismos espíritus dueños de la enfermedad o entidades espirituales, como Rilaj Mam, pero la diferencia radica en el motivo por el cual se realiza dicha acción, la cual en el caso del brujo será inducir un “mal” a un individuo, mientras que en el caso del curandero será lograr la cura para una enfermedad. El sacerdote posee de esta manera “la capacidad” para desarrollar ambos roles, sin embargo las personas explican que cada individuo nace con determinada “tendencia” establecida por su “nahual” para hacer el bien o el mal, lo cual definirá su actuar durante el desarrollo de su vida. A pesar de estas diferencias, en la práctica un sacerdote razona su actuar como “brujo” debido a que considera que en ocasiones es justificable su proceder con el fin de afectar la salud de otra persona, tal y como lo sería el caso en el que se “castiga a un individuo” que ha robado o cometido un acto de agresión a otra persona sin motivo aparente. Otra justificación se establece en relación al planteamiento de que la intención (buena o mala) de la acción del sacerdote, procede directamente del individuo que se acerca a él para buscar “castigar a otra persona”, siendo por lo tanto únicamente un intermediario de dicha intención.

Es importante señalar que el límite entre ambos roles se disipa cuando el curandero, en una segunda etapa del tratamiento, busca identificar al “enemigo del sujeto” y al “brujo” que ha inducido “el mal”, para de esta manera contrarrestar la enfermedad y causarle alguna desgracia (enfermedad, accidente, desgracia familiar,

⁴⁸ Maximón (Rilaj Mam) juega un rol igualmente importante en el inicio del curandero, los cuales nacen con un “don” que se comienza a manifestar desde la infancia (alrededor de los siete años). En un inicio el niño tiene sueños en los que habla con San Simón, quien le revela algunos conocimientos que le serán útiles en un futuro (como por ejemplo: la forma en la que se utilizarán las candelas, u oraciones para invocar a los espíritus). Al mismo tiempo sin razón aparente comienza a “recoger pequeñas piedras” las cuales resultan tener forma de animales o calaveras, siéndole útiles cuando sea adulto ya que los usará como oráculos para “adivinar” acontecimientos. Maximón conoce de esta forma a todos los curanderos o brujos, ya que siempre es él quien les revela su vocación, solo él conoce las “leyes para hacer el bien o el mal”

pérdida en cosechas, etc.) a manera de “castigo” por sus acciones. Claramente se observa que a pesar de estar actuando con la finalidad de sanar una enfermedad (que se constituye en el hecho más relevante), también utiliza sus capacidades para causar daño a otra persona, tal y como lo haría “el brujo” en otro contexto.

De manera complementaria a estos dos roles, que por definición parecieran ser antagónicos, pero que en la práctica pueden desarrollarse paralelamente, el sacerdote puede jugar un rol de “adivino” el cual implica la utilización de su don para establecer el origen de un padecimiento, mal o desgracia que aqueja al individuo que recurre a él. En este caso la adivinación se inicia con la práctica de ceremonias dirigidas a entidades espirituales (dueños de la enfermedad) y a otras divinidades (santos), quienes le revelarán pistas sobre los acontecimientos que generaron el mal, así como su procedencia. Sin embargo el curandero en su rol de “adivino” no solamente tiene la capacidad de indagar sobre hechos pasados, por el contrario puede anunciar y revelar hechos futuros que tendrán algún tipo de repercusión sobre la vida de la persona y su familia.

Finalmente, un último rol que puede ser desempeñado es el de “guía espiritual”, el cual por lo general siempre se desarrolla dentro del contexto de curación del sujeto y de apoyo a la familia. De esta manera por ejemplo: se aconseja a las personas sobre la manera en la que los individuos deben de llevar su vida sin provocar conflictos con sus vecinos, respetando las normas socialmente establecidas para una adecuada convivencia. Al mismo tiempo en momentos de crisis ayuda a la persona a dar una explicación sobre los hechos que acontecen en su vida, restaurando su equilibrio emocional. Estos “consejos” se transmiten durante el transcurso de las ceremonias en donde toma participación el enfermo y su familia, sin embargo también se brindan de manera directa en contextos específicos cuando los familiares del sujeto buscan orientación.

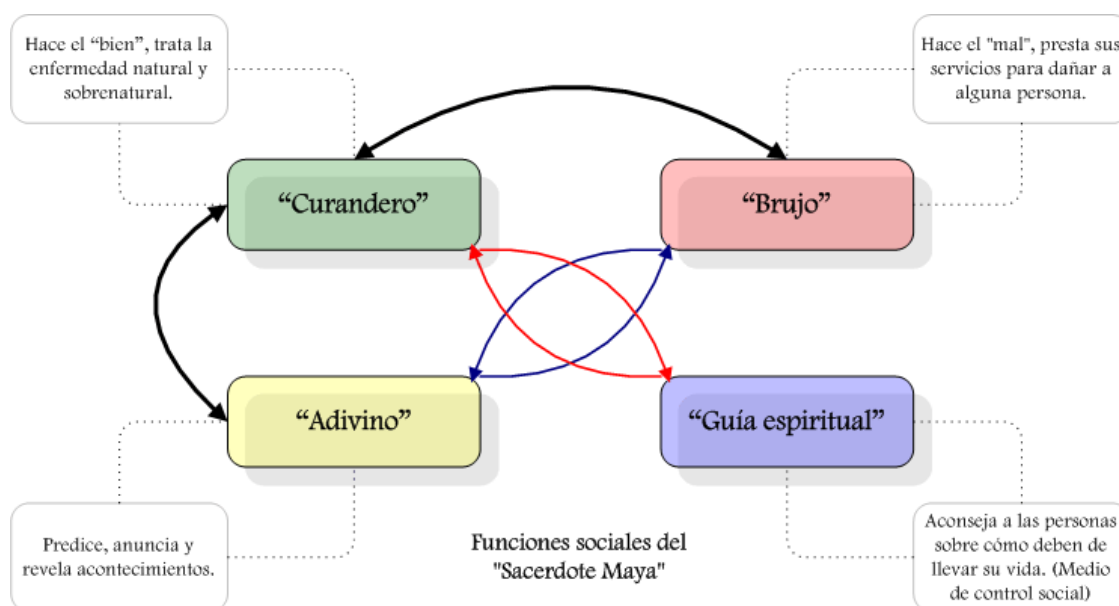
Estos roles llegan a ser complementarios, implicando en algunos casos su aplicación de manera implícita, tal es el caso del “curandero” que “adivina” y “guía espiritualmente”, estando estas funciones íntimamente ligadas al proceso de curación del individuo. En determinados momentos esa estrecha relación se presenta en circunstancias particulares en donde el curandero actúa de manera “contradictoria” al

momento de “hacer el mal a otra persona” como parte del proceso de tratamiento y curación de un enfermo.

En el caso del “brujo”, comúnmente juega el rol del “adivino” ya que necesita conocer algunos aspectos de la vida pasada y futura del individuo al cual afectará, sin embargo en ningún momento podrá ser considerado como “guía espiritual” ya que en este punto ambos roles son antagónicos.

El rol de “guía espiritual” por lo general se encuentra asociado con la práctica del “curandero”, pero no necesariamente con la de “adivino” ya que se consideran dos funciones no complementarias.

Esquema 12: Roles culturales del Ajq'ijj (sacerdote) en Santiago Atitlán



E. Evolución cronológica de las causas y medios por los que se manifiesta el ch'ornaj

La complejidad del fenómeno del ch'ornaj, hace evidente la interrelación y vinculación existente entre la salud de los individuos y factores de carácter económico, político, social y religioso, característicos del entorno en el que se ha desarrollado la

comunidad de Santiago Atitlán. Esta interrelación ha implicado que la interpretación y concepción de las causas y tratamientos del síndrome hayan cambiado durante el transcurrir del tiempo, estableciéndose de manera clara varios “marcadores temporales”, que han traído como consecuencia el surgimiento de nuevas causas y la disminución en la frecuencia de otras⁴⁹.

Un aspecto relevante de este hecho es que, al analizar desde una perspectiva histórica el desarrollo reciente de la comunidad de Santiago Atitlán, el ch’ornaj pasa de ser un padecimiento individual con consecuencias directas sobre la familia, a un indicador cualitativo del impacto social de acontecimientos específicos como el conflicto armado interno o la introducción de la comercialización de drogas en áreas turísticas.

Con base a la información obtenida se identifican tres marcadores temporales en los cuales el trastorno toma dinámicas diferentes, siendo estos relacionados directamente con el inicio y finalización del conflicto armado, periodos en los que varios hechos particulares, dan una configuración particular al síndrome.

1. Período pre-conflicto armado; Es considerado como “el tiempo en el que la comunidad aún mantenía muchas de sus prácticas y costumbres ancestrales. Según los informantes era la época de los “abuelos”, para los cuales la influencia externa no era significativa. Las personas se dedicaban a trabajar la tierra, o al comercio, y aún no había presencia de la iglesia protestante ni el rechazo a las prácticas de la religión maya tradicional que existe en la actualidad”.

Temporalmente la duración de este período no es definido con exactitud por los informantes, sin embargo hacen referencia a que abarca el período vivido por dos o tres generaciones previas a la actual.

En esa época la vida en la comunidad se mantenía al margen de los acontecimientos políticos y económicos que sucedían en el resto del país, debido en

⁴⁹ Para Foster las enfermedades, bajo una concepción cultural, van cambiando y evolucionando con el transcurrir del tiempo y la sucesión de diferentes acontecimientos. Este hecho es claramente identificado en el caso del ch’ornaj, implicando al mismo tiempo la estrecha relación existente entre la enfermedad y otros aspectos de la vida de los individuos. (Foster 1978:40)

gran parte a su aislamiento geográfico, y a que las vías de acceso a la comunidad eran escasas y estaban en mal estado. Al mismo tiempo, el área no era una zona atractiva desde el punto de vista comercial o económico para otras regiones.

Las personas regían su vida por una serie de creencias religiosas caracterizadas por su sincretismo, en el que se conjugaban aspectos de la religión maya tradicionalista y la religión católica. Esta última, logró con el tiempo mucha identificación con la comunidad, hecho que en una etapa posterior se ve reflejado en el apoyo y unión entre la iglesia católica y la población en pro de la defensa de sus derechos.

Por otro lado, el sacerdote maya ocupaba un rol determinante tanto en el ámbito de la atención de la salud como en el establecimiento de relaciones de carácter social. Las personas recurrían con mayor frecuencia a los sacerdotes mayas, debido a que eran las personas que gozaban de mayor prestigio a nivel comunitario, por lo que muchos individuos creían en la efectividad de sus intervenciones.

En este contexto, las principales causas inmediatas identificadas para el ch'ornaj eran: la brujería, la posesión de espíritus de difuntos (creencia maya), la transmisión mágica del trastorno (durante la etapa de gestación), la desnutrición, y algunas causas físicas (accidentes que provocaban traumas en el cerebro).

2. Período del conflicto armado interno (1976 – 1995); Durante esta época el panorama socio-político cambia radicalmente, ya que Guatemala (y otros países de Centroamérica), estaba inmersa en un conflicto armado que se origina por factores tales como la pobreza, la desigualdad y la marginación de la mayoría de la población, desarrollándose en el contexto de factores políticos e ideológicos externos (la guerra fría y el apogeo de la ideología marxista). Esta etapa se caracterizó por un ambiente de represión dentro de la población indígena.

El acoso y el miedo constituían un mecanismo de control social, siendo constantes las persecuciones de individuos que muchas veces eran señalados como revolucionarios, quienes eran secuestrados, torturados y/o asesinados. Estos hechos causaban gran angustia y estrés en la población desembocando no solamente locura de las personas que eran perseguidas, sino también de los familiares cercanos.

En este contexto las personas mencionan que era común sentir temor al salir solos a la calle, sentirse perseguidos y vigilados, y creer que el ejército podía hacerles daño o matarlos. Por las noches, algunos escuchan ruidos inexplicables y veían a personas que los llegan a buscar en horas de la noche, lo cual era señal de estrés emocional.

Estas circunstancias originaron la creencia de locura por “nervios”. En este período, las personas señalan que se siguen dando casos de locura por brujería, por transmisión mágica del trastorno y por causas físicas, solamente que su frecuencia disminuye.

3. Período post-conflicto; Correspondiente a los últimos diez años de la historia reciente de la comunidad, en donde la influencia externa es marcada, e induce cambios a nivel social, político, económico y religioso.

En este tiempo, la iglesia protestante entró en el contexto de la vida de los lugareños como una estrategia de contra revolución, opuesta a la iglesia católica que era considerada promotora de una “doctrina de liberación”, totalmente contraria a los intereses del gobierno militar de la época. Al finalizar del conflicto armado, pasó a ocupar un lugar importante en la vida de las personas llegando a tener más adeptos incluso que la iglesia católica, sin embargo contraria a esta, promueve una gran intolerancia hacia las costumbres tradicionales mayas.

Con el crecimiento acelerado de la iglesia protestante en la comunidad, muchos hechos fueron reinterpretados y explicados desde los fundamentos ideológicos del cristianismo, es así como al hecho real y específico del ch’ornaj se le da otra connotación diferente a la brindada por la cultura tz’utujil.

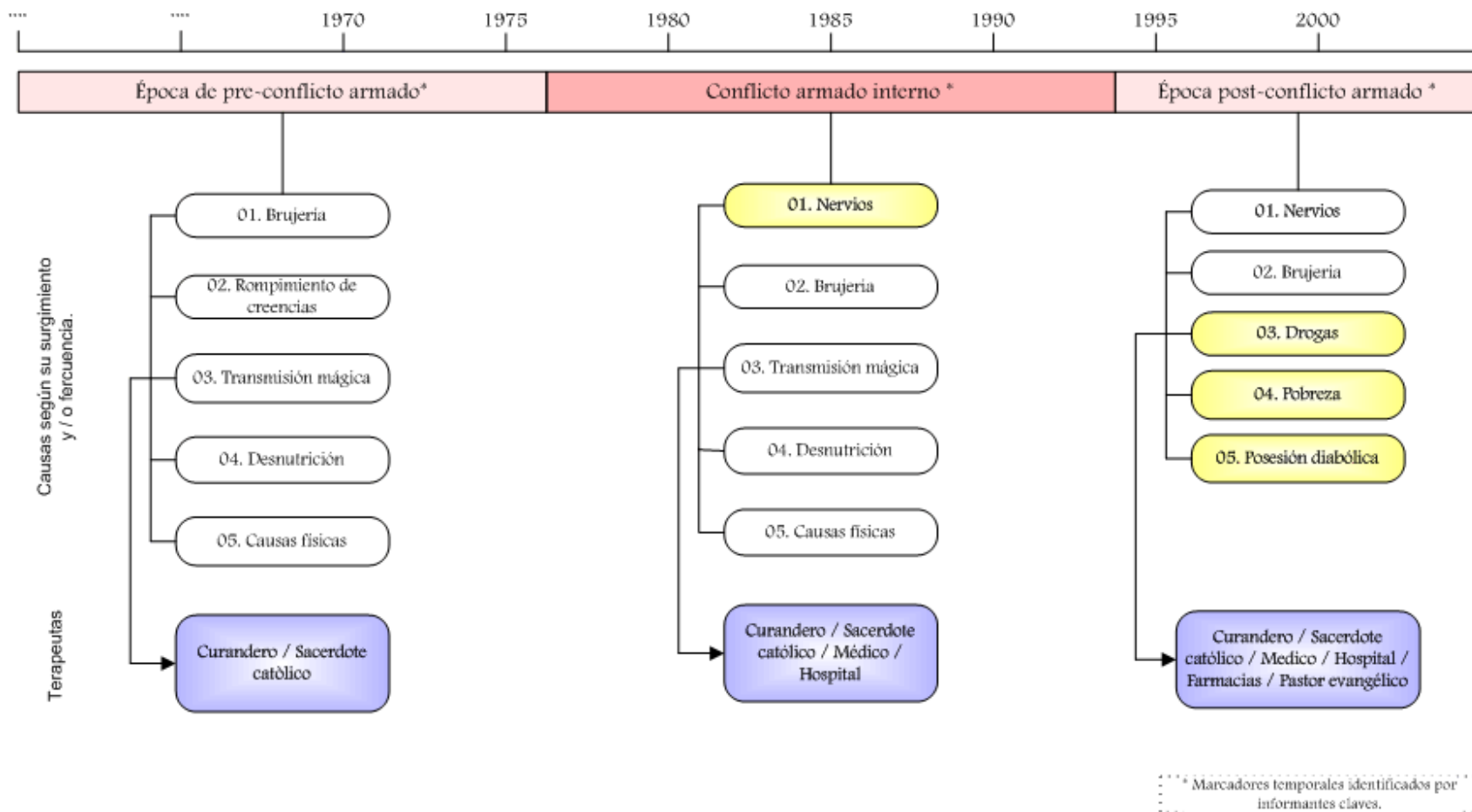
Sin embargo, como ya ha sido mencionado anteriormente, las prácticas religiosas individuales se caracterizan por su alto grado de sincretismo, a tal grado que cuando la oración del pastor evangélico no tiene efecto sobre la salud del sujeto se recurre en muchos casos al curandero o sacerdote maya para buscar curación.

Otro factor importante en este período, lo constituye el incremento del turismo en el área, el cual inició en los años 70. Sin embargo, no es hasta los 90 cuando se ven los verdaderos efectos negativos de la influencia de algunos extranjeros. Específicamente se comienza a observar dentro de los pueblos aledaños, un tráfico significativo de drogas, convirtiéndose en una actividad económica más para algunas personas nativas de varias comunidades, lo que trae como consecuencia el uso paulatino de estas sustancias dentro de algunos grupos de adolescentes tz'utujiles.

Partiendo de los dos acontecimientos señalados, surge en la última década, la posesión diabólica (influencia cristiana protestante) y el consumo de drogas, como causas del ch'ornaj.

A grandes rasgos, se identifica que las causas más comunes del trastorno han variado según ciertos acontecimientos sucedidos durante el desarrollo histórico reciente de la comunidad, lo cual refleja hasta cierto punto el cambio cultural por el cual ha pasado la sociedad maya tz'utujil de Santiago Atitlán.

Esquema 13: Evolución de temporal del ch'ornaj en Santiago Atitlán, medios más frecuentes según marcador temporal



VII. Sociedad y ch'ornaj

Así como ha sido descrita la forma en la cual la cultura tz'utujil define, interpreta y trata el síndrome del ch'ornaj, en este capítulo se describe la manera en la cual la sociedad concibe al sujeto, creando en torno a él una serie de reacciones y conductas determinadas por la experiencia particular de las personas.

En este capítulo se analizan aquellas concepciones y relaciones generales que se establecen entorno al padecimiento, las cuales se manifiestan en plano social comunitario, el familiar y el individual. Se analiza como el ch'ornaj impacta de manera diferenciada en cada uno de ellos.

A. Niveles sociales del síndrome en Santiago Atitlán

Partiendo de la información obtenida, se establece que la dimensión social de la enfermedad puede ser descrita a partir del siguiente análisis:

1. Concepción a nivel social del enfermo con ch'ornaj⁵⁰: A nivel comunitario, la mayoría de personas forman su opinión sobre los enfermos de ch'ornaj en base a historias y comentarios hechos por vecinos o conocidos, siendo transmitida la idea de que son personas violentas y agresivas, que atacan sin motivación. Por esta razón para los habitantes de la comunidad los “locos” no deben deambular por las calles o tener contacto con otras personas. En algunos casos se llega a considerar la posibilidad de que deberían de ser expulsados de la comunidad ya que son una amenaza latente.

Esta actitud llega a desembocar en rechazo y desprecio, siendo vistos los enfermos no como personas que sufren, que manifiestan dolor, y por lo tanto compasión, sino “como individuos que han perdido el control de sus actos, haciendo cosas que van contra la moral y tranquilidad de las personas (como desvestirse en la calle o perseguir y molestar a la gente)”. Esto queda evidenciado en los comentarios que

⁵⁰ Este nivel es entendido como el más amplio, comprendido por la sociedad en general, en la cual existe toda una serie de creencias, basadas en experiencias actuales y pasadas, sobre cómo debe ser interpretado el trastorno, y tratado el sujeto que lo padece.

frecuentemente se hacen sobre la razón por la cual la persona llega a padecer de esta enfermedad, señalando que son “el resultado de alguna mala acción que él o algún familiar cercano han cometido”, siendo por lo tanto “personas malas, envidiosas, ladronas, que han provocado problemas a algún vecino, y por lo tanto han sido castigados merecidamente”.

De esta manera, el ch’ornaj es un castigo justo para el individuo, pero también sirve simbólicamente a los demás integrantes de la comunidad para prevenir sobre las consecuencias de romper con ciertos parámetros establecidos para la vida en sociedad. Como ha sido visto anteriormente, la “locura” en ciertos casos se expresa como una advertencia a lo que podría suceder si una persona es “envidiosa”, lleva una vida “incorrecta”, o rompe con ciertas creencias, considerándose como un medio para evitar aquellos comportamientos “socialmente inaceptables”, que en este caso consisten específicamente en toda acción del individuo que implique conflictividad o violencia, y que desemboque en algún momento en el daño directo o indirecto de una persona o su familia⁵¹.

La actitud de rechazo hacia el individuo, identificada a nivel social, suele ser distinta en un grupo reducido de personas, que por lo general son vecinos o parientes lejanos del sujeto que con el transcurrir del tiempo muestran cierta compasión y preocupación por él. A pesar de esto su apoyo consiste principalmente en aconsejar a la familia sobre como curar al sujeto, o simplemente en dar apoyo moral para sobrellevar la enfermedad. En pocas ocasiones sucede que un pequeño círculo de amistades (que han conocido al sujeto desde antes que padeciera el trastorno), mantenga vínculos cercanos con el enfermo, tratándolo sin mayor prejuicio. Estas relaciones se ven limitadas por la misma familia que trata de evitar que el sujeto salga de su casa, lo cual es resultado del temor de que pueda ser agredido o sufra algún accidente.

En este nivel, se observa un marcado rechazo al enfermo de ch’ornaj, el cual cambia significativamente dentro de aquellos individuos que han experimentado la enfermedad dentro de su círculo familiar, viéndose en la necesidad de reinterpretar esos mensajes y concepciones socialmente definidos.

⁵¹ Específicamente en el caso de la brujería.

2. Impacto del ch'ornaj a nivel familiar: Durante la manifestación de la enfermedad, aunque es el sujeto quien se ve directamente afectado, la familia también se ve perturbada significativamente ya que experimenta una serie de aspectos negativos que le repercuten emocionalmente. Es común el surgimiento de sentimientos de tristeza, desesperanza y angustia (depresión), que se originan ante la imposibilidad de ver al sujeto recuperado a corto plazo, así como de la falta de posibilidades para cubrir los gastos económicos que implica el tratamiento a largo plazo (independientemente si es el brindado por el curandero o por el médico).

En muchos casos el trastorno se presenta como un factor que perpetúa y acentúa la pobreza a nivel familia, ya que cualquier tratamiento siempre implica el desembolso de significativas sumas de dinero durante toda la vida del sujeto, lo que a mediano plazo disminuye las oportunidades de una mejor calidad de vida para sus demás miembros. En circunstancias normales cada persona es considerada como una fuente potencial de ingresos económicos para la familia. Sin embargo debido a que el ch'ornaj imposibilita a los sujetos para poder realizar cualquier trabajo, pasan a ser personas “no productivas”.

Un momento crítico durante la enfermedad, es cuando la familia “pierde” la totalidad de sus bienes debido a los gastos que implica el tratamiento. En algunas ocasiones se ha dado el caso en que la familia vende sus terrenos o casas, para invertir el dinero en la recuperación del sujeto, sin lograr una mejoría significativa en su salud. Esto toma un significado relevante cuando se analiza que la propiedad de la tierra es un bien muy valorado, ya que representa la herencia del trabajo de los padres, del mismo modo que es el único recurso con el que se cuenta para sobrevivir. Estos hechos hacen al aspecto económico, uno de los más señalados por las familias cuando se analizan las consecuencias negativas del trastorno.

Fuera de la familia nuclear del sujeto, se observa que suele existir poca solidaridad y apoyo por parte de otros familiares (tíos, abuelos, sobrinos, primos, etc.), los cuales no demuestran preocupación por el estado de salud del enfermo, por el contrario, generalmente se apartan de él, llegando al extremo de negarse a visitarlos.

En cuanto al cuidado del enfermo dentro de la familia, los roles de cada integrante suelen estar marcadamente definidos, lo que se ejemplifica en el hecho de que por lo general, el padre se preocupa por cubrir los gastos económicos necesarios para cubrir las necesidades del sujeto, sin tener un papel determinante en su cuidado diario, lo cual se debe a que éste dedica la mayor cantidad del tiempo al trabajo en el campo o a la pesca. Por el contrario, la madre es posiblemente la más afectada desde el punto de vista emocional por la enfermedad del hijo, ya que constantemente vela por su cuidado, tratando de satisfacer, dentro de sus posibilidades, las necesidades del sujeto. Con el transcurrir del tiempo la madre tiende a demostrar desesperación, y tristeza frente a la situación de su hijo, al cual no abandona nunca, sin embargo esta actitud implica en muchas ocasiones que la madre pierde toda posibilidad de tener una vida individual y social como otras mujeres, provocando muchas veces estrés e inestabilidad emocional.

Se han observado casos de mujeres viudas que velan por el bienestar y sustento económico de la familia, y del sujeto. Aunque son pocos casos identificados a nivel comunitario, es bajo estas circunstancias en las que el sujeto suele vivir en condiciones de mayor precariedad.

Por otro lado, los hermanos suelen jugar un papel importante en el cuidado del sujeto ya que apoyan a la madre en las actividades diarias, lo que frecuentemente no parece ser una imposición, por el contrario es resultado de su propia iniciativa. En muchas ocasiones son los hermanos del sujeto los que ayudan en el mantenimiento del hogar, y en los gastos necesarios para el tratamiento.

Las consecuencias de la enfermedad sobre los hermanos llegan a ser notables ya que la atención de los padres hacia el sujeto implica siempre menos tiempo de cuidado para ellos, así como mucho menor “inversión económica” para sus estudios, salud, alimentación, etc.

Como ha sido señalado en el capítulo anterior, no en todos los casos el sujeto es tratado de una manera adecuada por la familia, ya que en ocasiones es aislado físicamente dentro de su propia casa, llegando al extremo de ser encerrado y amarrado, viviendo en muy malas condiciones debido al poco cuidado que recibe. Para las familias

este proceder es resultado de la dificultad de controlar y cuidar al enfermo, así como a la pérdida de interés y dedicación por el sujeto ante la frustración de no encontrar la cura efectiva ante el mal.

Finalmente, una de las principales consecuencias para la familia, es que ésta llega a ser marginada por la sociedad, al extremo de que en algunos casos sus vecinos dejan de tener relación con ellos. El rechazo se concreta en circunstancias particulares, por ejemplo cuando un hermano o hermana del sujeto busca pareja para casarse y formar una familia. Por lo general los suegros suelen poner algún tipo de objeción ante la formalización de la relación.

En general, la familia del sujeto se enfrenta al rechazo y señalamiento de otras familias, convirtiéndose la enfermedad en un “estigma”, al cual cada uno de los integrantes tendrá que enfrentarse durante toda su vida.

Ilustración 13: Informantes mostrando un telar que sirve de sustento para la familia.



3. Impacto de la enfermedad a nivel individual: a nivel individual, el síndrome provoca que el sujeto pierda la capacidad de llevar una vida normal, impidiendo su desarrollo personal e imposibilitando la realización de toda una serie de actividades comunes para cualquier individuo.

Según lo observado, el sujeto es una persona, aislada dentro de su propio hogar, que no comunica sus necesidades, no platica con sus padres o hermanos, no expresa necesidad ni dolor alguno, y al cual pareciera no importarle lo que sucede a su alrededor. Estos comportamientos hacen que a largo plazo los familiares pierdan el interés en brinda el cuidado necesario al sujeto, a quien ven “como una persona difícil de tratar, que no hace caso y que es rebelde”.

Durante el transcurso de su vida el sujeto es ajeno a lo que sucede en su alrededor y es indiferente al trato que se le da por parte de la familia y la sociedad en general, ya que no demuestra o comunica sufrimiento e inconformidad, lo que implica que las consecuencias sociales del padecimiento no causan ningún efecto emocional sobre él. Para las personas “vive en una mundo diferente”, solamente la familia sufre de manera directa el rechazo y señalamientos de la sociedad.

Otra característica identificada y asignada al sujeto es el hecho de perder la capacidad de ser productivo, es decir no puede realizar ningún tipo de trabajo en el hogar, por fácil que sea, por lo que no puede “ganarse” la vida como cualquier otro. Para las personas, él nunca podrá llegar a tener una vida normal, ya que siempre será dependiente de su familia, de la cual necesita para sobrevivir. Consecuentemente no tiene la posibilidad de poder casarse y formar su propio hogar, ya que su estado mental no se lo permite.

Ilustración 14: Curandero con el sujeto y su familia luego de 6 meses de tratamiento.



En la práctica pocos individuos han logrado vivir fuera de su núcleo familiar. Existen dos casos conocidos en la comunidad, en los cuales los padres han abandonado a los sujetos. Ellos han logrado sobrevivir a partir de la gratitud de algunas personas que les proporcionan alimentos.

B. El ch'ornaj y su manifestación en la vida comunitaria.

En el presente capítulo se exponen algunas conclusiones definidas entorno a la información planteada en los capítulos anteriores. Busca describir la manera en la cual el síndrome estudiado se vincula de manera directa con el contexto y la dinámica social de la población estudiada. Su propósito es brindar un panorama general de cada una de las “dimensiones” en las que se manifiesta la enfermedad.

Como se ha planteado, el ch'ornaj en el contexto cultural de Santiago Atitlán es más que una enfermedad física (patología), convirtiéndose en un hecho social que se establece entorno a una serie de prácticas y creencias que han evolucionado con el transcurrir del tiempo. Su amplitud y alcance pueden ser vistos solamente desde una perspectiva histórica, ya que ésta permite identificar la manera en la cual diferentes elementos de la vida social han influido en su desarrollo y configuración actual.

La información recabada demuestra que para comprender de manera integral el ch'ornaj, es necesario entender otros hechos sociales que salen del campo de la salud. Esto queda plasmado en que el ch'ornaj, como elemento cultural, no se ha mantenido estático en el tiempo ya que su interpretación, origen y tratamiento han cambiado debido a acontecimientos de carácter social, económico y político. En este caso la enfermedad refleja hasta cierto punto los cambios estructurales sucedidos en la comunidad a causa de la influencia externa.

La evolución del trastorno evidencia cambios en las creencias, normas y valores que la sociedad establece hacia al enfermo. Los cuales, aunque definidos desde patrones culturales tradicionales, adhirieron nuevas interpretaciones que ayudan a dar al fenómeno una lógica adecuada frente a determinados acontecimientos sociales.

La red de relaciones que se establecen en el plano social hace evidente cómo el contexto sociocultural en el que se desarrolla la enfermedad, puede ser analizado de desde un enfoque “sistémico”, es decir entendido como lo definiría L. von Bertalanffy; «*un conjunto de unidades en interrelación*», o Ferdinand de Saussure; «*una totalidad organizada, hecha de elementos solidarios que no pueden ser definidos más que los unos con relación a los otros en función de su lugar en esa totalidad*»⁵².

Este enfoque ubica la enfermedad en un contexto de interrelaciones entre elementos con influencia mutua, en donde los cambios (de origen interno o externo) en cualesquiera de las partes implican consecuencias directas en las demás. Cada elemento es parte de la estructura del sistema sociocultural en donde se manifiesta el fenómeno. Este punto de vista implica la capacidad del sistema de cambiar y adaptarse a nuevas circunstancias.

Cuando el individuo enferma, inmediatamente se estructuran entorno a él una serie de explicaciones e interpretaciones sobre su padecimiento, que provienen tanto de la propia familia como de vecinos, conocidos y de la sociedad en general. Estas se basan en normas y patrones culturalmente establecidos, que proveen una lógica coherente a los acontecimientos. Al mismo tiempo, son definidos los roles que en adelante, tanto el individuo como su familia tendrán que asumir debido a que son, hasta cierto punto, considerados como transgresores de los parámetros establecidos para mantener convivencia social. La enfermedad llega a convertirse en punto de referencia para demostrar cómo las sanciones socialmente impuestas y culturalmente definidas llegan a concretarse, haciendo implícita a la enfermedad una función de coerción social. En este nivel, la enfermedad toma una dimensión cultural (explicativa) y otra social (regulatoria) que definirán su desarrollo y evolución.

Por otro lado, el hecho que las ceremonias y ritos sean considerados como recursos terapéuticos, evidencia la interrelación de la enfermedad con una serie de creencias que se desarrollan y manifiestan en el ámbito “religioso – espiritual”, que a su vez se vinculan de manera directa con la cosmovisión de las personas. La religión influye en la explicación social del trastorno, trascendiendo principalmente en la definición de mecanismos para la curación.

⁵² Extraído de: <http://www.daedalus.es/AreasISSistema-E.php>

Lo anterior define la relación entre varios elementos: a) el marco cultural que brinda una explicación del fenómeno del ch'ornaj y cualquier hecho relacionado, b) el marco social que establece normas y roles, c) el “sistema de salud” que define la manera más adecuada para sanar la enfermedad, y d) “un sistema religioso de creencias” que define los medios de atención a nivel psicológico reduciendo el estrés y restaurando su equilibrio a nivel familiar. Un hecho importante es que todos estos elementos en la práctica cotidiana poseen una estrecha vinculación, tanto que en muchos casos para las personas es difícil establecer una clara diferencia entre cada uno de ellos, sin embargo en este apartado se han expuesto individualmente para ejemplificar la complejidad y el alcance del fenómeno estudiado.

Otro aspecto igualmente importante es el contexto económico de la familia en la cual se manifiesta el ch'ornaj. Por lo general la mayoría de la población indígena de Santiago Atitlán vive en situación de pobreza, lo que se constituye en un factor determinante en la situación de salud de las personas, sufriendo en muchos casos diferentes padecimientos debido a la falta de servicios básicos como agua potable y drenajes, prácticas higiénicas inadecuadas, viviendas en mal estado, y principalmente a la situación de inseguridad alimentaria y nutricional, lo cual es crítico principalmente dentro de la población infantil y las mujeres en edad fértil. Estas condiciones de precariedad con el transcurrir del tiempo se han acentuado de una generación a otra, lo que implica un alto grado de vulnerabilidad para el niño que nace de una madre mal nutrida y expuesta a situaciones extremas de trabajo en el campo o en su propio hogar.

En esta situación, al momento de presentarse una enfermedad la familia recurre en primera instancia a los “remedios caseros”, los cuales son producto del conocimiento adquirido de manera oral o por la propia experiencia de la madre. En muchos casos se recurre a ellos debido a la incapacidad de cubrir los costos en los que se incurre al buscar algún terapeuta. La condición económica de la familia se constituye en determinante ya que por ejemplo, el recurrir a un curandero o un médico implica la disponibilidad de una cantidad significativa de dinero para costear los servicios, medicinas o insumos necesarios.

En el caso específico de la atención brindada por el curandero, los costos de las ceremonias y ritos de curación suelen ser elevados debido a los materiales que se

requieren (candelas de diferentes colores, incienso, plantas medicinales, licor, puros, e incluso algunas aves para sacrificio), y a la frecuencia en la que se deben de practicar. Es así como los costos suelen ser de entre Q.100.00 a Q.500.00, dependiendo de lo que disponga el curandero y de la situación específica de la familia. En este contexto es crítica la creencia que dentro de más se ofrezca a manera de ofrenda en, más efectivo y rápido será el proceso de curación ya que los espíritus o santos quedarán “complacidos”. Estos parámetros son directamente definidos por la cultura, que a su vez define el sistema de creencias religiosas que rigen la vida de la población.

Ilustración 15: Materiales utilizados en la realización de las ceremonias tradicionales.



Por otro lado, en cuanto a la atención brindada por médicos locales, el costo de los servicios suele ser de igual forma significativo. Los gastos de los medicamentos prescritos pueden llegar a ser más de Q500 mensuales. De igual manera el tratamiento suele ser a largo plazo, sin tener un efecto positivo ya que no se realiza el diagnóstico apropiado, ni administran los medicamentos adecuados.

Las demandas económicas del proceso de curación implican la venta de tierras o terrenos, bienes que son considerados de gran valor familiar. El impacto de este hecho es especialmente importante ya que la familia pierde su único medio de subsistencia, ante lo cual se ve en la necesidad de arrendar para poder cultivar.

Con esta consecución de factores, las condiciones del contexto familiar del sujeto llegan a ser críticas durante el desarrollo de la enfermedad, promoviendo y enfatizando la pobreza, haciendo vulnerable a sus demás integrantes. Aunado a esto se

observa que el tratamiento brindado a nivel local, de cualquier naturaleza, en ningún momento cura definitivamente al sujeto por lo que la “inversión” realizada no llega a ser efectiva.

La vinculación del ch’ornaj con acontecimientos sociopolíticos sucedidos a nivel nacional y local, evidencian el impacto y la estrecha relación existente entre los diferentes hechos sociales y la vida de los individuos. Como se ha descrito anteriormente, con la presencia del ejército guatemalteco, la instalación de un destacamento militar, y el recrudecimiento de la presencia de grupos guerrilleros en la zona, las personas vieron afectada su salud mental. Específicamente, estos acontecimientos influyeron cambios en la frecuencia de casos y la percepción de la enfermedad estudiada.

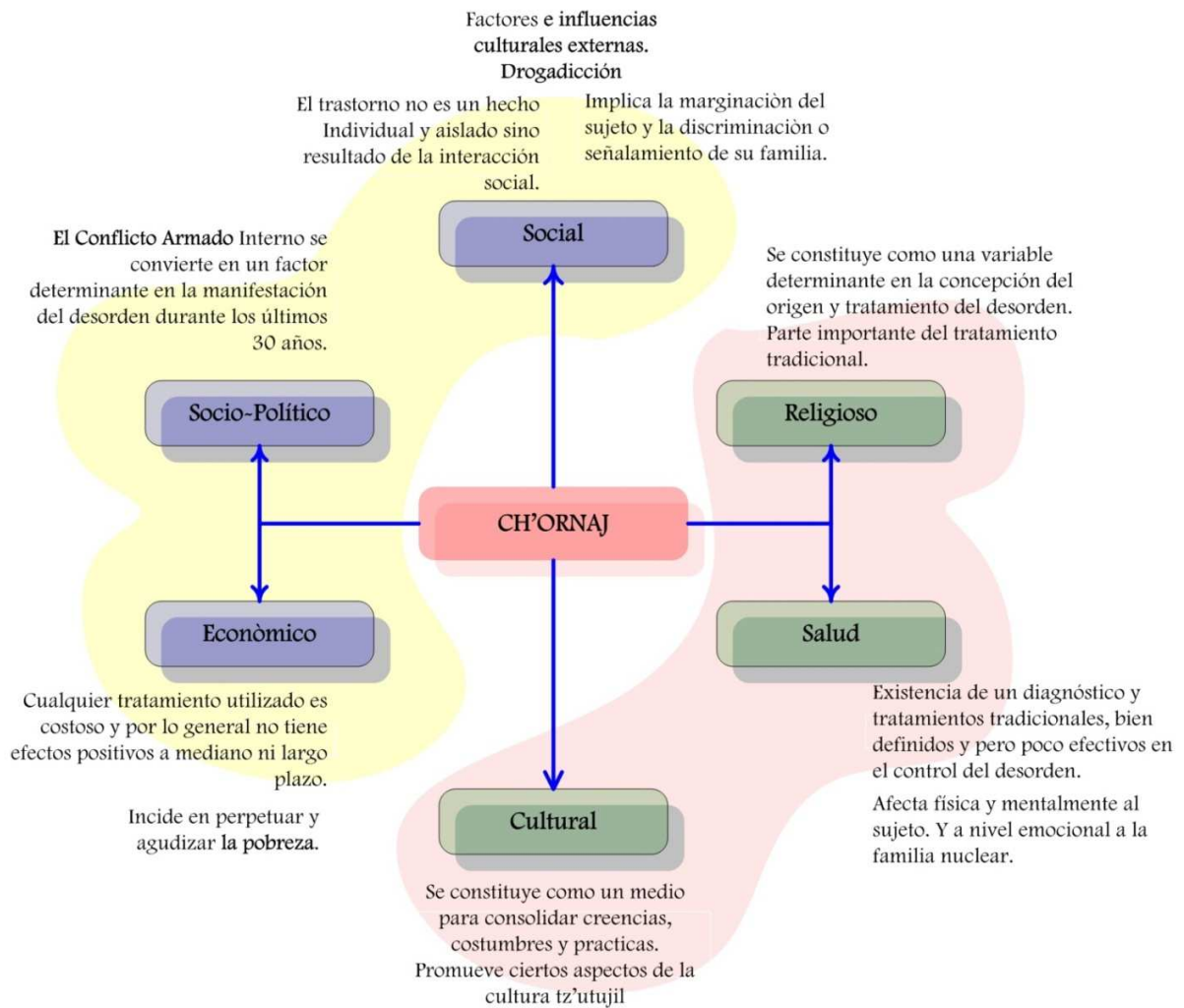
La relación e influencia cultural externa también se refleja en el surgimiento de cambios y reinterpretaciones sobre el origen del ch’ornaj, debido a “influencias negativas” sobre las nuevas generaciones por parte de personas extranjeras “que traen sus costumbres a la comunidad”. Con la aparición del turismo como medio de subsistencia a nivel regional, la población de Santiago Atitlán se convirtió en un punto tráfico y consumo de drogas que poco a poco paso a ser parte un medio de subsistencia para algunas personas.

Al igual que en el caso de los sucesos debidos al conflicto armado, la introducción y consumo de drogas ha producido la aparición de comportamientos “anormales” en ciertos sectores de la población, manifestando signos y síntomas directamente vinculados al ch’ornaj. En estos casos, nuevamente la cultura ha establecido los medios para una interpretación adecuada, definiendo una nueva causa para una enfermedad conocida.

A manera de conclusión se argumenta que el ch’ornaj se constituye en una serie de relaciones entre diferentes hechos sociales desarrollados durante la historia reciente de la población. Enfocar desde una perspectiva más amplia la enfermedad lleva a comprender de mejor manera su verdadero impacto y dimensión a nivel comunitario, además da un panorama general de cómo la salud de las personas debe ser explicada

mas allá de la concepción cultural de la “salud - enfermedad”, requiriendo ser analizada en el plano social, económico, e incluso político.

Esquema 14: Dimensiones del ch’ornaj



VIII. Implicaciones y contribuciones de este estudio

En este último capítulo se busca hacer evidente que la importancia de este tipo de investigaciones va más allá del ámbito académico, dejando de ser del interés e importancia exclusiva del antropólogo para convertirse en una herramienta clave para inducir cambios en el estado de salud de la población.

Las conclusiones y observaciones planteadas a continuación son de vital importancia debido a que se constituyen en el primer paso hacia la aplicación práctica del conocimiento teórico, un fin que en la actualidad es prioritario para la antropología ya que se constituye como parte del “compromiso ético” que el investigador adquiere al momento de convivir y adentrarse en la vida de las personas que estudia.

De manera específica las principales aportaciones de esta investigación pueden ser clasificadas en diferentes áreas y especialidades, las cuales son:

A. Al campo de la Antropología Médica

Si bien es cierto que esta investigación se plantea como una posible explicación cultural a las enfermedades mentales en Santiago Atitlán, también intenta constituirse en el punto de partida para la realización de futuras investigaciones que busquen indagar en aspectos más específicos sobre el tema. La información que aporta en este sentido consiste en:

- El entendimiento de la concepción cultural de las enfermedades mentales por parte de la comunidad maya tz’utujil. Es decir, cómo son definidas e interpretadas según sus creencias y su cosmovisión.
- La comprensión de las causas culturalmente aceptadas del trastorno estudiado, las cuales son variadas, y variables, debido a factores de carácter social ocurridos en la comunidad.
- La comprensión de la relación que se establece entre aspectos culturales, sociales y la salud de las personas. Entendiendo la salud como un concepto que implica un equilibrio entre aspectos de carácter físico, emocional, espiritual y social. El

mantenimiento de la salud está determinado en cierta medida por una serie de relaciones que se desarrollan en el plano político (conflicto armado interno), el económico (la pobreza) y el religioso (sincretismo católico, evangélico y maya).

- La comprensión del tratamiento tradicional y no tradicional, a nivel comunitario, empleado en el tratamiento de las enfermedades mentales.
- La descripción y el entendimiento de las relaciones sociales que se establecen entre el “sujeto” y su entorno familiar y social.
- Producción de información teórica para la comprensión de la dinámica cultural de las enfermedades mentales en sociedades no occidentales.

Las implicaciones directas de dichos aportes al campo de la práctica médica y psiquiátrica se evidencian de dos maneras; primero ayudan a entender la visión y la lógica interpretativa propia del paciente, lo cual llega a tener gran aplicabilidad y provecho para el médico, y otros profesionales de la salud; y segundo brinda elementos para apoyar y hacer más efectiva la rehabilitación del sujeto.

El distanciamiento y rechazo de las creencias de los pacientes por parte de los médicos que integran el sistema oficial de salud, ha sido un hecho característico de las relaciones que se establecen entre usuarios y prestadores del servicios. Sin embargo, en muchas ocasiones la falta de importancia aparente hacia las explicaciones populares, se debe a la poca comprensión de los beneficios prácticos que conlleva tomar en cuenta la interpretación cultural de la enfermedad al momento del diagnóstico y el tratamiento.

En este punto esta investigación brinda a los profesionales en salud un marco general de referencia sobre los principales aspectos de la interpretación de los mayas tz’utujiles de Santiago Atitlán sobre un trastorno específico, dando de igual forma la oportunidad de entender como los tratamientos tradicionales pueden, hasta cierto punto, ser compatibles con el tratamiento occidental, logrando por medio de esta complementariedad tener un mejor impacto en la curación del sujeto.

B. Al campo de la Psiquiatría

En lo que respecta a los aportes a la psiquiatría, la investigación es útil para el estudio trans-cultural de las enfermedades mentales. Tomando como referencia los datos expuestos es posible encontrar similitudes en otras culturas, tanto en la forma de interpretar la enfermedad como en la manera en la que se da tratamiento al sujeto.

De igual manera, ayuda a realizar mejores diagnósticos ya que se toman en cuenta las diferencias culturales del sujeto. Otros aportes específicos son:

1. Presenta información que permite elaborar estrategias metodológicas para un tratamiento más compatible con la cultura del paciente.
2. Puede ayudar a mejorar las condiciones de atención del paciente dentro de los servicios psiquiátricos.
3. Hace más efectivas las intervenciones preventivas y curativas a nivel comunitario y familiar.
4. Evalúa la eficacia del tratamiento psiquiátrico del paciente en su propio ambiente social y cultural.

C. Al campo de la Planificación en Salud Pública

Como ha sido evidenciado en el presente estudio, cada vez se hace más necesario el mejoramiento de los servicios psiquiátricos existentes en el país, así como la expansión y presencia de los mismos en el área rural del país. En este sentido, es determinante introducir este tipo de atención en los servicios básicos de salud, especialmente en lugares en donde el conflicto armado interno tomó características particulares, llegando a impactar de manera directa en la salud mental de las poblaciones.

Por otro lado, factores como la falta de recursos económicos y técnicos, así como el poco énfasis que se ha hecho en la atención psiquiátrica comunitaria, han implicado el abandono de una parte significativa de la población que padece de algún trastorno mental, teniendo como consecuencia implicaciones a largo plazo tanto en la vida del individuo como en el de su familia. Este aspecto toma una dimensión importante

cuando se analiza la frecuencia de casos en algunas comunidades tales como la estudiada en el presente trabajo. La verdadera magnitud nacional del problema es difícil de cuantificar ya que no existe un sistema de monitoreo e información de este tipo de casos.

Importante es el hecho que a nivel gubernamental no son evidentes ni claras las medidas implementadas para afrontar el problema, así como existe poca claridad en la implementación de una estrategia definida a largo plazo.

De esta manera, esta investigación es valiosa ya que hace ver la importancia del abordaje integral de los problemas de salud de las poblaciones indígenas (por medio de la complementariedad entre la medicina tradicional y no tradicional). De igual forma hace evidente la magnitud del problema a nivel comunitario, lo que conlleva a la necesidad de evaluar la manera y el alcance de las intervenciones actuales.

De manera concreta, se pueden señalar dos aspectos básicos alrededor de los cuales gira el aporte a la planificación en salud pública:

- La generación de información a tomar en cuenta al momento de elaborar políticas de orientadas a velar por la salud mental de las personas.
- Provee, a las instituciones encargadas de tratar dichos trastornos, de información útil para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos sicóticos, en personas pertenecientes a culturas no occidentales.

Otro aspecto, relevante para la adecuada atención de los servicios psiquiátricos, lo construye la necesidad creciente de descentralizar del sistema de salud. En la actualidad el acceso a la atención especializada es crítico debido a que los servicios disponibles se encuentran ubicados en la ciudad capital. Esto implica que factores como la distancia y los costos económicos del traslado, sean determinantes en la atención y tratamiento oportuno del sujeto.

Una estrategia efectiva para mejorar la atención psiquiátrica a nivel comunitario sería la coordinación y trabajo estrecho entre las instituciones públicas y los terapeutas tradicionales que tratan a la población dentro de su propio entorno sociocultural. El

tratamiento brindado por este tipo de terapeutas no es necesariamente contrario o incompatible con los medios de curación empleados por el psiquiatra, más bien son complementarios y toman un carácter integral al momento de ser empleados conjuntamente.

IX. CONCLUSIONES

- El ch'ornaj se entiende como una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, sexo, estatus social o religión. Su manifestación depende, en muchos casos, de la forma en la que el individuo se relaciona socialmente, por lo que se presenta a consecuencia de ciertas acciones que se desarrollan principalmente en su entorno social y familiar cercano.
- El ch'ornaj en Santiago Atitlán posee un significado social, ya que se presenta como resultado del rompimiento de la estabilidad social, regulando y minimizando los acontecimientos de conflictividad que suceden cotidianamente entre las personas. A nivel social un sujeto con ch'ornaj es visto como una persona que ha recibido castigo a causa del rompimiento de ciertas normas, tabúes o prohibiciones. Por lo general estas restricciones están definidas por la religión que las personas practican.
- La dinámica y evolución de la enfermedad hacen evidente cómo la salud de las personas está íntimamente vinculada a otros acontecimientos que son parte de la vida social. A este respecto, el ch'ornaj refleja los cambios de carácter social, económico y político por los cuales ha pasado la comunidad de Santiago Atitlán durante las últimas décadas.
- Otro aspecto que demuestra la complejidad del trastorno estudiado, es la variedad de causas asociada su manifestación. Cada una de ellas refleja una perspectiva particular que se desarrollo y enmarcan dentro del contexto de la cultura tz'utujil, evidenciando como las sociedades adoptan y transforman la realidad dotándola de significados y simbolismos. Este proceso sin embargo, tiene fines particulares los cuales son definidos principalmente por creencias religiosas.
- En el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, se ven plasmados aquellos principios propios de la cosmovisión tz'utujil, ya que implica la intervención de una serie de entidades espirituales que rigen el orden de la

naturaleza y la vida del hombre. Desde esta perspectiva, el restablecimiento de la salud del enfermo implica recurrir, no sólo al uso de medicamentos, plantas medicinales o terapias, sino sobre todo a la intervención de deidades y espíritus que tiene influencia sobre la enfermedad.

- El impacto social de la enfermedad llega a tener una dimensión especial en la familia, ya que ésta deberá velar por la recuperación del enfermo para lo cual invierte los escasos recursos económicos con los que cuenta. El gasto que implica la realización de ceremonias, o la compra de medicamentos, pocas veces se traduce en cambios efectivos en la salud del sujeto. La inversión de tiempo y recursos en la recuperación del enfermo, hace que los demás integrantes de la familia se vean en desventaja ya que no llegan a contar con las oportunidades que tenían previo al surgimiento del padecimiento. En este sentido, a largo plazo, el impacto llega a ser tal que se perpetúan las condiciones de pobreza y marginalidad en las que vive la familia.
- Las consecuencias de la enfermedad sobre la familia no son únicamente de carácter económico, ya que también son significativas las consecuencias emocionales sobre sus integrantes; los cuales debido al estrés que produce la imposibilidad de lograr solución al problema, llegan a manifestar cuadros de angustia que desembocan en ciertos trastornos psicológicos.
- A nivel comunitario, la familia llega a ser señalada por vecinos y conocidos, afectando en cierto grado su prestigio social, lo cual trae consecuencias particulares para algunos de sus integrantes ya que no son fácilmente aceptados por otras familias al momento de establecer relaciones de carácter económico o matrimonial. Sin embargo, este impacto es minimizado por el argumento que la familia elabora sobre el origen del padecimiento.
- En cuanto a la curación, el sujeto en su ambiente social y cultural no llega a tener mayores oportunidades de mejorar su estado de salud, debido a la poca eficacia del “tratamiento tradicional”. En algunos casos observados el éxito del curandero radica en brindar apoyo moral a la familia, y hasta cierto punto en reinsertar al sujeto a la vida social, mas no logra tener un impacto objetivo en la

curación del desorden. Según lo observado, el único tratamiento que logra mejorar la condición del enfermo es el administrado por psiquiatras en el Hospital Nacional de Salud Mental.

- En este sentido, el tratamiento psiquiátrico occidental debe presentarse como parte fundamental para la recuperación del sujeto. Pero al mismo tiempo, debe de plantearse complementariamente con el apoyo “espiritual” o psicológico que brindan los terapeutas tradicionales. Ambos sistemas, no son excluyentes sino más bien poseen puntos de convergencia, lo que implica una atención más efectiva desde el punto de vista clínico.
- Las acciones orientadas a mejorar la atención de sujetos con ch’ornaj deben ir enfocadas a conocer y respetar las diferentes creencias que existen alrededor del desorden, para así lograr la compatibilidad cultural entre el enfermo y los servicios de salud. A nivel comunitario es necesario el apoyo de los sujetos y sus familias para inducir cambios efectivos a mediano y largo plazo en el estado de salud de las personas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia de Lenguas Mayas de Guatemala*. 2001. Cholajtzij Tz'utujil, Vocabulario Tz'utujil. Guatemala.
- Alarcón, Renato D., Edward F. Foulks, Mark Vakkur. 1998. *Personality Disorders and Culture. Clinical and Conceptual Interactions*. John Willey and Sons, Inc. New York.
- Al-Issa, Ihsan 1970 «Cross-cultural Studies of Symptomatology in Schizophrenia». *Cross-Cultural Studies of Behaviour*. Editado por Ihsan Al-Issa y Wayne Dennis. pp.494-506
- American Psychiatric Association*. 1997. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (DSM-IV). Editorial Masson.
- Arreola, Jorge Luis. 1954. *Pequeño diccionario etimológico de voces guatemaltecas*. Biblioteca de la Cultura Popular 20 de Octubre, Guatemala.
- Bagley, Christopher. 1984. «The Social Aetiology of Schizophrenia in Immigrant Groups». En: *Culture and Psychopathology*. Edited by Juan E. Mezich y Carlos E. Berganza. New York. Columbia University Press. pp.345-359.
- Bernard, Russell H. 1995. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Second Edition. Altamira Press. New York.
- Bronfenbrenner, U. 1994. «Ecological models of human development». En: *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd ed., 1643-1647.
- Cornell U. 2005. «Urie Bronfenbrenner ». En: <http://www.psy.pdx.edu/PsiCafe/KeyTheorists/Bronfenbrenner.htm>
- Davis, Dona Lee, Meter J. Guarnaccia. 1989. «Health, Culture and the Nature of Nerves: Introduction». En: *Medical Anthropology; Cross cultural studies in Health and Illness*. Vol. II Number 1. Gordon and Beach, Science Publisher Inc.
- Eder, Kairn, Glendy Car. 2004. *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqchi'*. Asociación de servicios Comunitarios de Salud ASECSA. Primera edición, Guatemala.
- Eder, Kairn, Manuela García Pu. 2002. *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala*. Asociación de servicios Comunitarios de Salud - ASECSA. Primera Edición. Guatemala.

- Favazza, Armando R., Mary Oman.1984.«Overview; Foundations of Cultural Psychiatry». En: *Culture and Psychopathology*. Edited by Juan E. Mezich y Carlos E. Berganza. New York. Columbia University Press. pp.15-35.
- Fletcher, C. Richard; Peter K. Manning, Lary T. Reynolds, and James O. Smith.1974. *The Labelling Theory and Mental Illness. Explorations in psychiatric sociology*. Philadelphia F.A. Davis.
- Foster George.1978. *Medical Anthropology*. University of California Berkley. Editorial John Wiley & Sons.
- Fundación Centroamericana de Desarrollo, Asociación de Investigación y Estudios Sociales*. 1997. *Diagnóstico del municipio de Santiago Atitlán*. Guatemala.
- González, Juan de Dios Martín. 2001. *La cosmovisión indígena guatemalteca, ayer y hoy*. Universidad Rafael Landívar, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Estudios Sociales No.65
- Good, B; M.J. Good.1982. «Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories:“Fright Illness” and “Heart Distress” in Iran ». En: *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. A.J. Marsella and A. J. White, editores. Pp. 141-166. Dordrecht, Holland: D. Reidel.
- Green, Arnold.1948. «Culture, Normality, and Personality Conflict». En: *American Anthropologist*, Volume 5, Number 2, April-June. pp.225-237
- Green, Edgard C.1980. «Roles for African Traditional Healers in Mental Health Care». En: *Medical Anthropology; cross-cultural studies in health and illness*. Volume 4, Number 4, pp. 489-519.
- Grinker, Roy R.1971. «An essay on schizophrenia and science». En: *The Schizophrenic Syndrome An Annual Review*. Robert Caneiro, Editor. Brunnel and Mazel Inc. New York.

- Guarnaccia, Meter J. 1993. «Ataques de Nervios in Puerto Rico: Culture-Bound Syndrome or Popular Illness?». En: *Medical Anthropology; Cross cultural studies in health and illness*. Vol. XV Number 2. Gordon and Beach, Science Publisher Inc.
- Hann, R.A.1985. *Culture Bound Syndromes Unbound*. Social Science and Medicine 21:165-171.
- Hernández, Joaquín Hernández.1994. «Algunos ejemplo de curaciones entre los Choles de Tacotalpa, Tabasco». En: *Memorias del tercer coloquio de medicina tradicional mexicana. "Un saber en discusión"*. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela de estudios profesionales, Zaragoza. pp.34-36.
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio.1991. *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Mc Graw Hill.
- Holland, William R., Roland G. Tharp.1964. «Highland Maya Psychotherapy». En: *American Anthropologist*. Volume 66, Number 1. pp.41-52.
- Hurtado, Juan José.1973. «Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala». En: *Guatemala Indígena*, Vol 8, No.1, pp. 7-22. Instituto Indigenista, Guatemala.
- Ibacache Burgos, Jaime, Lusi F. Morros Martel, Margarita Rnagol Namuncura.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*. Makewe, Territorio Mapuche Wenteche, Pukem.
- Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. 1997. *Santiago Atitlán, organización comunitaria y seguridad de los habitantes. Un reto para la paz*. Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística. 2003. *Características de la población y de los locales de habitación censados de los censos nacionales XI de población y VI de habitación 2002*. Guatemala.
- _____; 2006. *Necesidades básicas insatisfechas al 2002*. Volumen II. Serviprensa. Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística, Centro Latinoamericano de Demografía. 1997. «Guatemala: estimaciones de población por departamento y municipio». Guatemala. En: *www.segeplan.gob.gt*

Kapur, R. 1987. *Commentary on Culture-Bound Syndromes and International Disease Classifications*. Culture, Medicine and Psychiatry 11 :43-48.

_____; 1968 *Curanderismo: Mexican-American folk psychiatry*. New York: Free Press.

Koss-Chioino, Joan D., José M. Canive. 1993. «The Interaction of Popular and Clinical Diagnostic Labelling : The Case of Embrujado». En: *Medical Anthropology*, Vol. 15, Number 2, pp. 171-188. Gordon and Breach Science Publishers S.S.

Levi-Strauss, C. 1963. «The Effectiveness of Symbols». En: *Structural Anthropology*. New York: Basic Books.

Lie, Rico. 2003. «Espacios de comunicación interpersonal». En: <http://www.comminit.com/la/tendencias/lact/lasld-86.html>

Low, S. 1985. *Culturally Interpreted Symptoms or Culture-Bound Syndromes: A Cross Cultural Reviews of Nerves*. Social Science and Medicine 21:187-196.

Macleod, Norma. 2000. *Santiago Atitlán, ombligo del universo Tz'utujil. Cosmovisión y ciudadanía*. Editores: OXFAM Gran Bretaña, OXFAM Australia. NOVIB. Guatemala.

Miyanishi, Teruo. 1995. *Medicina Tradicional Maya*. A comparative Study of Traditional Medicine in Guatemala and Japan. Monbusho Internacional Research Program. Tomo I. Wakayama University.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Organización Panamericana de la Salud. 2003. *Propuesta metodológica para la identificación y construcción de redes sociales en salud Distrito Municipal de Salud Chajul*. Área de Salud Ixil. Chajul, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2003. *Conociendo la Medicina Maya. Módulo de sensibilización*. Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa.

- Obeyesekere, Gananath.1978. «Illness, culture, and meaning: some comments on the nature of traditional medicine». En: *Culture and healing in Asian societies. Anthropological Psychiatric and Public Health Studies*. Editado por Arthur Kleinman, Peter Kunstadeter, E. Rosell Alexander y James L Gele. Schenkman publishing company. Cambridge Massachussets.
- Organización Mundial de la Salud.1978. *Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional*. Serie de informes técnicos, 622. Ginebra.
- Orellana, Sandra L.1987. *Indian Medicine in Highland Guatemala. Te Pre-Hispanic and Colonial Periods*. University of New Mexico Press: Albuquerque.
- Paquette, Dede; Jhon Ryan.2001.«Bronfenbrenner's Ecological System Theory». En: <http://pt3.nl.edu/paquetteryanwebquest.pdf>
- Paul, Benjamin D.1967. «Mental Disorder and Self-regulating Processes in Culture: a Guatemala Illustration». En: *Personalities and culture. Readings in psychological anthropology*. Editado por Robert Hunt. Publicado por "The American Museum of natural history". New York.
- Petrich, Perla.1998. *Pueblos y Santos del Lago de Atitlán*. Editorial CAEL / MUNI-K'AT. Guatemala.
- Prince, R; F. Tcheng-Laroche.1987. "Culture-Bound Syndromes and International Disease Classifications". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 11:3-9.
- Rohem, Geza.1982. *Magia y Esquizofrenia*. Editorial Paidos.
- Rubel, A.1964. *The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in hispanic America*. *Etnology* 3:268-283.
- Sakurai, Mieko.2000. *Comparaciones Culturales sobre la fiesta de La Santa Cruz de Tulum, México y el rito de Maximón en La Semana Santa de Santiago Atitlán*. Universidad de Osaka.
- Salzinger, Kart.1973. *Schizophrenia: Behavioural Aspects*. New York
- Scheflen, Albert E.1981. *Levels of Schizophrenia*. New York Brunner/Mazel

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia.2003. «Indicadores Educativos»En: <http://www.segeplan.gob.gt/spanish/guatemala/educacion/2000/solola>

_____; 2006 *Mapas de pobreza en Guatemala al 2002*. Serviprensa. Guatemala.

Sosa Velásquez, Mario Enrique.1998. *Rupturas y Construcción del Poder en Santiago Atitlán*. Escuela de Historia, Área de Antropología, USAC. Guatemala.

Turner, Victor W.1964. *An Ndembu Doctor in Practice*. In *Magic, Faith and Healing*. A. Kiev, editor. New York: Free Press.

_____; 1974 *Liminal to Liminoid, in Play, Flow, and Ritual: An Essay in Comparative Symbolology*. Rice University Studies, number 60, volume 3, pp.53-92.

Trotter II, Robert T.1998. «Friends, Relatives and Relevant Others: Conducting Ethnographic Network Studies». En: *Ethnographer's Toolkit; Mapping Social Networks, Spatial Data, & Hidden Populations*. Book 4. Editado por Schensul, Jean J., et al. pp.1-50.

Umoren, Uduakobong E.1990. «Religion and Traditional Medicine: An Anthropological Case Study of a Nigerian Treatment of Mental Illness». En: *Medical Anthropology*, Vo. 12, Number 4, pp. 389-400. Gordon and Breach Science Publishers S.A.

UVG Universidad del Valle de Guatemala, PROARCA/CAPAS, Fundación Solar.2000. *Cuenca Sur del Lago de Atitlán*. Sistema de Información Geográfica. Guatemala.

Vallejo, Alberto Reyna.2001.*Por los caminos de los Antiguos Nawales. Ri Laj Mam y el Nawalismo Maya Tz'utuhil en Santiago Atitlán*, Guatemala. Editorial Maya Na'oj.

Waxler, Nancy E.1984. «Culture and Mental Illness: A Social Labelling Perspective». En: *Culture and Psychopathology*. Editado por Carlos E. Berganza. Columbia University Press. Nueva York.

Westerneyer, Joseph.1983. «Treatment Strategies for Mental Disorder in a Society without Psychiatric Resources». En: *Medical Anthropology. Cross-cultural Studies in Health and Illness*. Vol.7, Number 4, pp. 17-28.

_____; 1976 *Anthropology and Mental Health. Setting a New Course*. The Hague Mouton

Zuazo, Luis Acarreando. 2002. *Iniciación en la práctica de la investigación*. Sexta edición. URL, Guatemala.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Adams, Richard. 1952. *Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala*. Publicaciones especiales del Instituto Indigenista. No.17. Ministerio de Educación Pública, Guatemala.

Cruz, Ruíz, *et al*.1998. «Medicina y Magia en el Estado de Tabasco». En: *Memorias del tercer coloquio de medicina tradicional mexicana. "Un saber en discusión"*. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela de estudios profesionales. Zaragoza. pp.37-43.

Dennis, Philp A.1981. «Grisi Siknis Among the Miskito». En: *Medical Anthropology; coss-cultural studies in health and illness*. Vol. 5 Number 4.

Edgerton, Robert. 1966. «Conceptions of Psychosis in Tour East African Societies». En *American Anthropologist*. Volumen 68, Número 2 Parte 1. Abril.

Ember, Carol R., Melvin Ember.1997. *Antropología Cultural*. Octava edición. Petrice Hall, Madrid. pp.358.

Gallager Bernard J.1987. *The sociology of Mental Illness*. Second Edition. Petrice Hall.

Gonzáles, Oscar Montiel.1989. «Enfermedades Mentales y Cultura: Eficiencia Ritual como Etnopsiquiatría». En: *Memorias del tercer coloquio de medicina tradicional mexicana. "Un saber en discusión"*. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela de estudios profesionales, Zaragoza. pp.182-190.

- Grossinger, Richard.1980. *Planet medicine: from stone age shamanism to post-industrial healing*. New York. Anchor Books/Doubleday.
- Gouffman, Erving.1956. «The Nature of Deference and Demeanour». En: *American Anthropologist*. Volume 58, Number 3, June. pp.473-501.
- Iago, Galdston.1959. *Medicine and Anthropology: lectures to the laity*. No.XXI. New York International Universities.
- Kleinman, Arthur.1978.«Problems and prospects in comparative cross-cultural medical and psychiatric studies» En : *Culture and Healing in Asian societies*. Anthropological Psychiatric and Public Health Studies.
- Kiev, Ari.1964. *Magic, faith, and healing : studies in primitive psychiatry today*. New York Free Press of Glencoe.
- Lidz, Theodore.1965. *Schizophrenia and the family*. New York, International University Press.
- Morley, Peter; Roy Wallis. 1979. *Culture and curing: anthropological perspectives on traditional medical beliefs*. Pittsburgh University of Pittsburgh
- Nader, Laura (Editora). 1973. *Cultural illness and health: essays in human adaptation*. Washington American Anthropological Association
- Silverman, Julian. 1967. «Shamans and Acute Schizophrenia». En: *American Anthropologist*, Volume 69, Number 1, February. pp.21-31.
- Spiro, Melford E. 1978. «Supernaturally caused illness in traditional burmese medicine». En: *Culture and healing in Asian societies*. *Anthropological Psychiatric and Public Health Studies*. Editado por Arthur Kleinman, Peter Kunstader, E. Russell Alexander, James L. Gale. Schenkman publishing company; Cambridge: Massachusetts.
- White, Robert W. 1956. *The Abnormal Personality*. Segunda edición, The Ronald Press Company, Nueva York.
- Zutt Jurg. 1974. *Psiquiatría antropológica*. Madrid, Editorial Gredos.

ANEXO I: Glosario de síndromes dependientes de la cultura

Tabla 6: Glosario de síndromes dependientes de la cultura

Nombre del síndrome	Descripción
Agotamiento cerebral.	Término usado inicuamente en el oeste de África para referirse a un estado experimentado por los estudiantes en respuesta a los desafíos planteados por la escuela o la universidad. Los síntomas incluyen dificultad de concentración, de memoria y de pensamiento. Los estudiantes hacen referencia a que sus cerebros están “fatigados”, ubicando los síntomas somáticos alrededor de la cabeza, cuello y nuca, incluyendo algias, tensión o flojedad, visión borrosa, calor o sofoco. Este síndrome de “cansancio cerebral” o fatiga derivaba de “pensar demasiado” puede asociarse a los trastornos de ansiedad, depresión y somatomorfos.
Amok.	Episodio disociativo caracterizado por un período de depresión seguido de una manifestación de comportamiento violento, agresivo u homicida, dirigido a personas y objetos. El episodio se desencadena por la percepción de una falta de respeto o de un insulto y parece ser prevalerte entre los varones. El episodio es acompañado generalmente de ideas paranoides, automatismo, amnesia, agotamiento y retorno al estado premórbido tras el episodio. Este síndrome es inicialmente ubicado en Malasia, pero patrones de comportamiento similares son encontrados en Laos, Filipinas, Polinesia (cafad o cathard), Papua Nueva Guinea y Puerto Rico (mal de pelea), y entre la población navaja (iich’aa)
Ataque de nervios.	Expresión de malestar utilizada en los latinos del caribe, latinoamericanos y latinos mediterráneos. Los síntomas más frecuentes incluyen gritos y llanto incontrolable, temblor, sofocación y agresión verbal o física. Las experiencias disociativas, los episodios seudo comiciales o de pérdida de la conciencia, y gestos suicidas están presentes en algunos ataques. Estos ataques de nervios aparecen frecuentemente como resultado directo de un estrés relacionado con la familia (p. ej. Noticia de la muerte de un pariente cercano, separación o divorcio, conflictos familiares, presenciar un accidente en el que algún familiar está implicado). Las personas pueden sufrir de amnesia durante el ataque de nervios, pero regresar rápidamente a su estado habitual. Aunque la descripción de algunos ataques de nervios encajan en la descripción de las crisis de angustia, se distinguen de ellas por la asociación de un acontecimiento precipitante y la ausencia frecuente de la mayoría de los síntomas de miedo agudo o aprensión.
Atracción.	Estado de trance en el que los individuos se “comunican” con parientes ya fallecidos o espíritus. A veces, este estado se asocia con períodos breves de cambio de personalidad. Este síndrome se observa dentro de la población afroamericana y euroamericanos del sur de Estados Unidos. La atracción no es considerada un cuadro clínico en la tradición popular, pero puede ser considerada erróneamente como episodio sicótico en el contexto clínico.
Bilis y cólera.	Su aparición está relacionado con la expresión de cólera o rabia. Dentro de algunos grupos latinos la cólera es considerada como una emoción particularmente poderosa que posee efectos directos sobre el organismo y puede acentuar síntomas existentes. El mayor efecto es una alteración en la homeostasis central del organismo (entendida como equilibrio entre las valencias calor frío, y entre los aspectos material y espiritual del organismo). Dentro de sus síntomas están, la tensión nerviosa, cefalea, temblor, alteraciones gástricas, y en casos extremos, pérdida de conciencia.

Tabla 6: Glosario de síndromes dependientes de la cultura (Continuación)

Nombre del síndrome	Descripción
Boufée delirante.	Síndrome observado en el oeste de África y en Haití, que hace referencia a la aparición súbita de un comportamiento agitado y agresivo, confusión acusada y excitación psicomotriz. Puede estar acompañada por alucinaciones visuales y auditivas o ideación paranoide. Estos episodios pueden parecerse a una psicosis reactiva breve.
Dhat.	Término diagnóstico popular utilizado en India para hacer referencia a aspectos grave de la ansiedad y la hipocondría relacionados con eyaculación, pigmentación blanca de la orina y sensaciones de debilidad y agotamiento.
Enfermedad de los espíritus.	Relacionada con la preocupación por la muerte o los muertos (en ocasiones asociada al uso de la magia), observada con frecuencia entre algunas tribus indias americanas. Existen varios síntomas que pueden ser asociados con los espíritus; pesadillas, debilidad, sensación de peligro, falta de apetito, desmayos, mareos, miedo, ansiedad, alucinaciones, pérdida de conciencia, confusión, sentimientos de futilidad y sofisticación.
Fallo o desconexión temporal	Episodios manifestados principalmente entre grupos del caribe y del sur de Estados Unidos. Se caracteriza por un colapso súbito, que muchas veces aparece sin previo aviso y a veces va precedida de sensaciones de inestabilidad o mareos. La persona está con los ojos abiertos, pero puede ver, y puede oír y comprender lo que está ocurriendo a su alrededor, pero no puede moverse. Este cuadro clínico podría corresponderse con el diagnóstico de trastorno de conversión o trastorno disociativo.
Hwa-byung.	Síndrome popular coreano traducido como “síndrome colérico” y atribuido a la inhibición de cólera. Los síntomas incluyen insomnio, fatiga, crisis de angustia, miedo a la muerte, disforia, indigestión, anorexia, disnea, palpitaciones, algias generalizadas, y sensación de masa en el epigastrio.
Koro	Término de origen malasio, que se refiere a un episodio súbito e intenso de ansiedad, por el que de que el pene (o la vulva y las mamas, en la mujer) penetra dentro del organismo y puede causar la muerte. El síndrome ha sido identificado en el sudoeste de Asia, presentándose en forma epidémica en áreas del este.
Latah	Hipersensibilidad al terror súbito, que se acompaña de ecopraxia, ecolalia, obediencia a la autoridad y comportamiento discociatio anormal. El término es de origen malasio o indonesio, pero el síndrome es observado en diversas partes del mundo. En Malasia es más frecuente en mujeres de mediana edad.
Locura.	Término utilizado por los latinos de Estados Unidos y Latinoamérica para referirse a formas graves de psicosis crónicas. Este trastorno es atribuido a una vulnerabilidad hereditaria, al efecto de múltiples dificultades en la vida o a la combinación de ambos factores. Los síntomas presentes en las personas con locura son incoherencia, agnación, alucinaciones auditivas y visuales, dificultad para seguir las reglas de la interacción social, impredecibilidad y posible violencia.
Mal de ojo	Concepto ampliamente extendido en las culturas mediterráneas y también en el mundo. Los sujetos de este síndrome son los niños, quienes presentan como síntomas; insomnio transitorio, gritos sin causa aparente, diarrea, vómito y fiebre en la infancia o la niñez. En ocasiones los adultos, especialmente las mujeres lo sufren.

Tabla 6: Glosario de síndromes dependientes de la cultura (Continuación)

Nombre del síndrome	Descripción
Nervios	Término utilizado principalmente entre los grupos latinos de Estados Unidos y Latinoamérica. Otros grupos étnicos poseen términos similares que reflejan la idea de nervios. Este síndrome hace referencia tanto a un estado de vulnerabilidad frente a experiencias de estrés cotidiano como a un síndrome producido por circunstancias difíciles en la vida. Incluye una amplia variedad de síntomas de malestar emocional, alteración somática e incapacidad para la actividad física, siendo los más frecuentes; cefalea y “dolor cerebral”, irritabilidad, alteraciones gástricas, trastornos del sueño, nerviosismo, llanto fácil, dificultad para concentrarse, temblor, sensación de escalofríos y prurito, y mareos. Los nervios es un síndrome muy amplio, que va desde casos sin trastorno mental hasta cuadros que se parecen a los trastornos adaptativos, de ansiedad, depresivos, disociativos, somatomorfos sicóticos. El diagnóstico diferencial dependerá de la constelación de síntomas, del tipo de acontecimiento social al que va asociado a su inicio y evolución, y del grado de incapacidad.
Pibloktop	Es un episodio brusco y disociativo que se acompaña de una extrema excitación de más de 30 minutos de duración y frecuentemente de crisis convulsivas y coma que dura más de 12 horas. Este cuadro se observa principalmente en las comunidades esquimales del ártico y subártico. El individuo puede estar retraído o ligeramente irritable por un período de horas o días antes de la crisis y presentará una amnesia completa de ella. Durante la crisis, el individuo puede rasgar sus ropas, romper muebles, gritar obscenidades, defecarse, escapar de su refugio o efectuar otros actos irracionales o peligrosos.
Reacción psicótica de qi-gong	Describe un episodio agudo limitado en el tiempo, caracterizado por síntomas disociativos, paranoides u otros síntomas sicóticos o no sicóticos, que pueden aparecer tras la participación en una práctica popular china de qi-jong para la mejora de la salud (ejercicio para estimular la energía vital). Son especialmente vulnerables los individuos que practican esta técnica en grado excesivo.
Rituales mágicos (rootwark)	Conjunto de interpretaciones culturales que relacionan la enfermedad con el uso de magia o la influencia del diablo sobre otra persona. Los síntomas pueden incluir ansiedad generalizada y síntomas gastrointestinales (p. ej. Náusea, vómito y diarrea), debilidad, inestabilidad y miedo a ser envenenado y, en ocasiones, a ser asesinado (muerte por voodoo). Se pueden “poner” “raíces”, “objetos mágicos”, “palabras mágicas” o “conjuros” sobre otras personas, causándoles diferentes problemas emocionales y psicológicos. La persona “conjurada” puede tener miedo de morir hasta el “objeto mágico” haya sido retirado, generalmente a través del trabajo de un shaman, al que puede llamarse para exorcizar a u enemigo. El síndrome se encuentra en el sur de Estados Unidos entre las poblaciones afroamericanas y euroamericanas y entre sociedades caribeñas. También es conocida como el mal puesto o la brujería en las sociedades latinas.
Sangre Dormido (Sangre dormida)	Este síndrome se observa en la población portuguesa de las islas de Cabo Verde e incluye dolor, entumecimiento, temblor, parálisis, convulsiones, accidentes vasculares, ceguera, infarto de miocardio, infecciones y pérdida del juicio crítico.
Shenjing shuairo (Neurastenia)	Se trata de un estado caracterizado por fatiga física y mental, inestabilidad, cefaleas, otras algias, dificultades de concentración, trastornos del sueño y pérdidas de memoria. Otros síntomas pueden ser problemas gastrointestinales, disfunción sexual, irritabilidad, excitabilidad y diversos síntomas que cumplen con criterios de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno de ansiedad.

Tabla 6: Glosario de síndromes dependientes de la cultura (Continuación)

Nombre del síndrome	Descripción
Shen-k'uei	Calificación popular china que describe síntomas de ansiedad o crisis de angustia, que se acompaña de quejas somáticas para las que no existe una causa física demostrable. Los síntomas incluyen inestabilidad, lumbalgia, fatiga, debilidad general, insomnio, pesadillas frecuentes y quejas de disfunción sexual (como eyaculación precoz o impotencia). Los síntomas son atribuidos a una excesiva pérdida de semen, a consecuencia de relaciones sexuales frecuentes, masturbación, poluciones nocturnas y emisión de “orina blanca y turbia”, que da la impresión de tener semen. La excesiva pérdida de semen es causa de alarma en la creencia de que representa la pérdida de una esencia vital y puede representar una amenaza para la vida.
Shin-byung	Categoría popular coreana con que se conoce a un síndrome que se inicia con ansiedad y quejas somáticas (debilidad general, inestabilidad, miedo, anorexia, insomnio, problemas gastrointestinales), con disociación subsiguiente y posesión por espíritus ancestrales.
Susto (Miedo súbito o pérdida del alma)	Enfermedad popular prevalente entre algunos latinos de Estados Unidos y entre la población mexicana, de América Latina Central y Sudamérica. El susto se conoce también como espanto, pasmo, tripa ida o pérdida del alma. El susto es una enfermedad atribuida a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedad. Los individuos que sufren de susto experimentan también dificultades significativas en el contexto social. Los síntomas pueden aparecer tras semanas o años de experimentar el miedo súbito. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apetito, sueño inadecuado o excesivo, pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa. Los síntomas somáticos incluyen; mialgias, cefaleas, gastralgias y diarrea. La curación gira al rededor de la recuperación del alma y su unión al cuerpo y limpiar a la persona para que restaure el equilibrio corporal y espiritual. Las diferentes experiencias de susto pueden estar relacionadas con un trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés postraumático y trastorno somatomorfo.
Taijin Kyofusho	Fobia diferenciada culturalmente que se observa en Japón y en algunos aspectos parece a la fobia social. Este síndrome se refiere a un medio intenso del individuo a que su cuerpo, sus partes o funciones ofendan, molesten o sean desagradables a otras personas, por el aspecto, el olor, las expresiones faciales o los movimientos.
Zar	Término general aplicado en Etiopia, Somalia, Egipto, Irán y otras sociedades del norte y este medio africanas para denominar la experiencia de que los espíritus poseen a un individuo. Las personas poseídas por un espíritu pueden experimentar episodios disociativos que incluyen gritos y susurros, estereotipias, golpes de la cabeza contra la pared, cantar o llorar. Los individuos pueden mostrar apatía y aislamiento, rechazar la comida y las actividades cotidianas o desarrollar una relación duradera con el espíritu que los posee. Este comportamiento no es considerado localmente como patológico.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV; 1999, 864-869

ANEXO II: Consolidado de las principales variables contenidas en los instrumentos de recolección de información.

Variable	Familiares de los sujetos
01. Conductas o comportamientos de las personas con el síndrome.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener alucinaciones. 2. Escuchar cosas. 3. Gritar por las noches. 4. Hablar cosas sin sentido o lógica laguna. 5. No dormir por las noches. 6. Descuido personal. 7. Insultar a las personas. 8. Agredir a las personas. 9. Dejar de comer. 10. Olvidarse de las prácticas religiosas. 11. Dejar de trabajar. 12. No hacen casos a las indicaciones de las personas. 13. Deambular por las calles. 14. Reírse sin sentido. 15. Dejar de hablar.
02. Términos usados para hacer referencia al “carácter” o “comportamiento” del sujeto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agresivos. 2. Tranquilos. 3. Inactivos. 4. No agresivos. 5. Violentos.
03. Causas del síndrome.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por la envidia de algún vecino o conocido. 2. Por la envidia de otro familiar. 3. Por conflictos a causa de disputas por tierras. 4. Por invadir terrenos. 5. Por agredir a otras personas. 6. Por usar drogas. 7. Por los nervios. 8. Por el ejército. 9. Por que vivieron la muerte de algún familiar. 10. Por qué fueron secuestrados o amenazados. 11. Por no seguir el don de curandero o comadrona. 12. Por qué se lo paso otra persona a un niño que está en el vientre de la madre. 13. Por preocupaciones. 14. Por no tener buena alimentación. 15. Por no ser honrado.

	<ol style="list-style-type: none"> 16. Por ser mujeriego. 17. Por ser alcohólico. 18. Por algún golpe en la cabeza. 19. Por algún problema durante el parto. 20. Por caminar en lugares no permitidos a horas no adecuadas. 21. Por debilidad de su carácter. 22. Por debilidad de su nahual. 23. Por el éxito económico o familiar. 24. Por no vivir según los mandamientos de la iglesia. 25. La mala influencia de otras personas que tiene vicios como el uso de drogas. 26. La posesión de espíritus. 27. La posesión de espíritus diabólicos. 28. Por la brujería.
<p>04. Aspectos que el síndrome ha cambiado de la persona.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La forma en la que se comporta. 2. La forma en la que se ve físicamente. 3. Su relación con los familiares. 4. Su alma. 5. Su espíritu. 6. Su interés por la religión. 7. Ha cambiado su mente. 8. Su forma de pensar. 9. No puede hacer ninguna actividad en el hogar o el campo. 10. No le interesa lo que sucede en su hogar o a su familia. 11. Le ha afectado y cambiado su alma. 12. Pérdida de peso. 13. Su capacidad para aprender nuevas cosas. 14. Su memoria. 15. Su agilidad física. 16. Su capacidad de pensar. 17. Su capacidad de relacionarse con otras personas. 18. Su capacidad de ser consciente de las consecuencias de sus actos. 19. Falta de interés en el cuidado personal. 20. Cambia el carácter de las personas. 21. Pérdida del pudor y la vergüenza.
<p>05. Tratamientos existentes para curar al sujeto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina proporcionada por los médicos particulares. 2. Medicina química. 3. Medicina que dan el hospital de salud mental. 4. Ceremonias y ritos del sacerdote maya.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Plantas medicinales que da el sacerdote maya. 6. Oraciones que realiza en sacerdote maya. 7. Oraciones que realizan los catequistas católicos. 8. La comunión. 9. Oraciones que realizan los grupos de oración evangélicos. 10. Medicinas que dan en las farmacias. 11. Extracción de sangre del cabeza del enfermo por medio del uso de “chayes”. 12. Masajes en la cabeza de las personas. 13. Uso de pastillas e inyecciones.
06. Personas que dan tratamiento al sujeto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El curandero. 2. El brujo. 3. Los médicos. 4. Las personas que atienden en las farmacias. 5. Los sacerdotes. 6. Los pastores evangélicos. 7. Los catequistas. 8. Los grupos de oración. 9. Los familiares. 10. Los alcaldes de las cofradías. 11. Las enfermeras del centro de salud. 12. Los naturistas o personas que curan solo con plantas medicinales. 13. Por medio de las “costumbres”.
07. Persona que se encarga del cuidado del sujeto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La madre. 2. El padre. 3. Los hermanos. 4. La esposa.
08. Personas con las que el sujeto tiene relación o vinculación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La madre. 2. El padre. 3. Los hermanos. 4. La esposa. 5. Los suegros. 6. Los vecinos.
09. Consecuencias familiares del síndrome.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de prestigio. 2. Crítica de los vecinos. 3. Pobreza. 4. Falta de oportunidades de superación para los integrantes de la familia. 5. Gasto de ahorros. 6. Venta de terrenos y propiedades. 7. Pérdida de herencia para los hijos. 8. Abandono de la madre en relación a

	<p>su vida personal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Abandono del cuidado de los demás integrantes de la familia. 10. Falta de apoyo económico hacia la familia por parte del sujeto. 11. Disminución de gasto en alimentos y servicios básicos para los miembros de la familia. 12. Enfermedad en otros miembros de la familia. 13. Tristeza y angustia para los padres de familia o la esposa. 14. Señalamiento de que son personas envidiosas o malas. 15. Señalamiento de que han cometido algún hecho negativo a otras personas. 16. Desconfianza de los conocidos. 17. Falta de apoyo por parte de familiares. 18. Alejamiento de vecinos, conocidos o familiares. 19. Afecta la condición física de los padres o la esposa. 20. Cansancio físico y mental de las personas encargadas de velar por el cuidado del sujeto. 21. Se reducen las oportunidades de algunos familiares para conseguir esposo o esposa.
<p>10. Percepción de la causa del síndrome proveniente de familiares o conocidos del sujeto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agresión hacia otra persona. 2. Conflictos con otras personas. 3. Rompimiento de alguna restricción impuesta por la iglesia. 4. Por los malos sentimientos de los integrantes de la familia hacia otras personas. 5. Por mala suerte. 6. Por equivocación.

ANEXO III: Datos socio-demográficos de Santiago Atitlán

Tabla 7: Departamento de Sololá: población total por año, según municipio y grupo étnico. 1999-2004

Municipios/año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total república	11.088.372	11.385.274	11.681.268	11.986.558	12.299.477	12.620.911
indígena	4.684.541	4.817.162	4.950.014	5.087.637	5.228.691	5.373.788
no indígena	6.403.831	6.568.112	6.731.254	6.898.921	7.070.786	7.247.123
Total Sololá	298.468	307.790	316.646	325.738	335.076	344.663
indígena	279.366	288.091	296.381	304.891	313.631	322.605
no indígena	19.102	19.699	20.265	20.847	21.445	22.058
Santiago Atitlán	28.840	29.378	29.764	30.153	30.546	30.942
indígena	27.508	28.021	28.390	28.761	29.136	29.513
no indígena	1.332	1.357	1.374	1.392	1.410	1.429

Fuente: Elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), con base a la estructura porcentual del X Censo de población 1994.

Tabla 8: Departamento de Sololá; niveles de pobreza, pobreza extrema y valor de la brecha según municipio

Municipio	Porcentaje de pobreza general	Porcentaje de pobreza extrema	Valor de la brecha de pobreza en quetzales	Valor de la brecha de pobreza extrema en quetzales
Total república	54,33	22,77	8.092.819,009	1.127.047.628,00
Departamento de Sololá	76,36	32,62	311.518.444,36	41.068.042,84
Concepción	87,03	41,85	4.997.481,73	715.061,45
Nahualá	82,25	33,18	60.583.459,11	6.756.101,02
Panajachel	36,25	5,26	3.159.036,04	141.990,31
San Andrés Semetabaj	67,62	19,48	7.197.597,99	595.420,30
San Antonio Palopó	83,43	32,95	12.678.858,59	1.346.168,18
San José Chacayá	68,05	17,11	1.417.923,23	99.420,49
San Juan La Laguna	72,44	18,64	6.585.412,39	441.993,92
San Lucas Tolimán	76,58	40,00	24.445.157,72	4.308.417,65
San Marcos La Laguna	82,27	26,23	1.723.945,28	137.491,29
San Pablo La Laguna	83,60	26,10	6.029.274,55	470.888,74
San Pedro La Laguna	47,60	5,08	3.939.572,48	104.627,10
Santa Catarina Ixtahuacán	90,44	42,73	60.580.228,40	7.491.282,05
Santa Catarina Palopó	45,17	4,37	809.956,77	18.728,03
Santa Clara La Laguna	87,58	41,60	8.343.778,45	1.137.781,81
Santa Cruz La Laguna	55,23	9,07	1.818.004,31	84.932,21
Santa Lucía Utatlán	46,07	6,33	7.402.597,35	295.582,77
Santa María Visitación	70,54	19,18	1.540.226,10	114.403,94
Santiago Atitlán	73,30	18,85	25.870.027,22	1.721.938,43
Sololá	83,44	55,94	72.395.906,64	15.085.813,17

Fuente: Estrategia de Reducción de la Pobreza, Gobierno de la República de Guatemala, noviembre de 2001

Tabla 9: Distribución sociopolítica de Santiago Atitlán

No.1	Nombre del lugar	Categoría	Distancia a la cabecera municipal. Kms.
1	Santiago Atitlán	Pueblo	21 – 55
2	Cerro de Oro	Aldea	9
3	Panabaj	Cantón	2
4	San Antonio Chacayá	Aldea	6
5	Tzanchaj	Cantón	3
6	El Carmen Metzabal	Finca	17
7	Olas de Moca	Finca	30
8	El rosario	Finca	25
9	El Brote	Finca	-
10	Monte de Oro	Finca	18
12	San Isidro Chacayá	Finca	32
13	La Armonía	Finca	6
14	Las Cascadas	Finca	-
15	La Providencia	Finca	-
16	El Recuerdo	Finca	-
17	Santa Amalia	Finca	-

Fuente: FUNCEDE/ASIES. Diagnóstico del municipio de Santiago Atitlán. 1997. pp.9

ANEXO IV: Instrumentos de recolección de datos

Entrevista Líderes No. A- _____

Fecha: - -

Antes de la entrevista es necesario explicar a la persona que se le harán unas preguntas que tienen como objetivo el conocer que es lo que las personas de Santiago Atitlán piensan sobre las enfermedades mentales. Las respuestas tienen que darse en base a su *opinión o vivencias personales*, y a lo que ha escuchado sobre las experiencias o vivencias de otras personas en relación a este tipo de trastorno. Es necesario especificar también que posiblemente algunas preguntas ya se les hicieron en otras ocasiones, pero que es necesario que las conteste de nuevo.

01 Generales sobre el entrevistado.

101 Nombre: _____ **102** Sexo: M F **103** Edad: _____

104 Cantón o aldea en el que vive :	01. Xechivoy (C. U.) 02. Pachichaj (C. U.) 03. Panul (C. U.) 04. Panaj (C. U.) 05. Tzanjuyu (C. U.) 06. Panabaj (C. R.) 07. Tzanchay (C. R.) 08. Cerro de Oro (A.) 09 Otro: _____	105 Cantón o aldea en el nació :	01. Xechivoy (C. U.) 02. Pachichaj (C. U.) 03. Panul (C. U.) 04. Panaj (C. U.) 05. Tzanjuyu (C. U.) 06. Panabaj (C. R.) 07. Tzanchay (C. R.) 08. Cerro de Oro (A.) 09 Otro: _____
---	---	--	---

106 Escolaridad:	107 Grupo Étnico:
01. Primaria 02. Secundaria 03. Bachillerato 04. Ninguna	01. Indígena 02. Ladino
109 Religión:	108 Estado Civil:
01. Católica. 02. Protestante. Denominación : 03. Maya: _____ 04. Otro: _____	01. Soltero (a) 02. Casado (a) 03. Viudo (a) 04. Unido (a)

109 Religión:	110 Ocupación:
01. Católica. 02. Protestante. Denominación : 03. Maya: _____ 04. Otro: _____	01. Agricultor 02. Ama de Casa 03. Comerciante 04. Desempleado 05. Otro: _____

111 ¿Cuántos familiares con Esquizofrenia hay en su familia? No. _____	112 Tipo de relación familiar con el o los sujetos: _____ _____ 01. Padre / Madre 02. Hermano (a) 03. Abuelo (a) 04. Tío (a) 05. Otro: _____
--	--

2 Datos sobre él o los sujetos.

210 Nombre: _____ **211** Sexo: M F **212** Edad: _____

213 Cantón o aldea en el que **vive**:
 01. Xechivoy
 02. Pachichaj
 03. Panul
 04. Panaj
 05. Tzanjuyu
 06. Panabaj
 07. Tzanchay
 08. Cerro de Oro
 09 Otro: _____

215 Tiempo de haberse manifestado los primeros síntomas del trastorno. Años y o meses: _____

210 Nombre: _____ **211** Sexo: M F **212** Edad: _____

213 Cantón o aldea en el que **vive**:
 01. Xechivoy
 02. Pachichaj
 03. Panul
 04. Panaj
 05. Tzanjuyu
 06. Panabaj
 07. Tzanchay
 08. Cerro de Oro
 09 Otro: _____

215 Tiempo de haberse manifestado los primeros síntomas del trastorno. Años y o meses: _____

210 Nombre: _____ **211** Sexo: M F **212** Edad: _____

213 Cantón o aldea en el que **vive**:
 01. Xechivoy
 02. Pachichaj
 03. Panul
 04. Panaj
 05. Tzanjuyu
 06. Panabaj
 07. Tzanchay
 08. Cerro de Oro
 09 Otro: _____

215 Tiempo de haberse manifestado los primeros síntomas del trastorno. Años y o meses: _____

210 Nombre: _____ **211** Sexo: M F **212** Edad: _____

213 Cantón o aldea en el que **vive**:
 01. Xechivoy
 02. Pachichaj
 03. Panul
 04. Panaj
 05. Tzanjuyu
 06. Panabaj
 07. Tzanchay
 08. Cerro de Oro
 09 Otro: _____

215 Tiempo de haberse manifestado los primeros síntomas del trastorno. Años y o meses: _____

216. Observaciones
generales
sobre, los
pacientes:

03 Cultura y ch'ornaj

301. ¿En Tzutujil, como se le dice a la locura?

302. ¿En Tzutujil como se le llama o se le dice a una persona loca?

303. Describa, brevemente, con sus propias palabras lo que para usted que es la locura:

304. ¿Cómo se pudo dar cuenta de que su hijo o familiar sufría de locura? (Si son varios sujetos, enumerar brevemente cada uno de los casos)

1.

2.

3.

305. ¿Qué cosas "raras" hace su hijo (sujeto) durante el día y la noche? Es decir, ¿qué cosas que no hacen las demás personas suele hacer? (Si son varios sujetos, enumerar brevemente cada uno de los casos)

1.

2.

3.

306. Dentro de su familia ¿hay o ha habido otra persona que sufra de esta enfermedad? Sí o No

306.1.1. ¿Está VIVO o ya MURIO?

306.2.1. ¿Qué relación de parentesco tiene con el sujeto?

307. ¿Ha conocido a otra persona dentro de Santiago que tenga esta enfermedad?

Sí o No

307.1. ¿Es igual a la enfermedad que tiene su hijo? Sí o No

308. Según su opinión, ¿cree que existen varios tipos de locura? Sí ó No

308.01. ¿Cómo se llama cada una de ellas?

308.02. Describa cómo es cada una. ¿Por qué se da?

A)	
B)	
C)	
D)	
E)	
F)	

309. ¿Por qué cree usted que a su hijo o familiar le ha dado esto? (Causas)

310. ¿Qué cosas cree usted que su hijo pudo haber hecho para enfermarse?

311. ¿Qué cosas ha cambiado el trastorno mental en su hijo o familiar?

312. ¿Qué partes de la persona (del cuerpo, la mente, del espíritu o del alma) afecta o ataca una enfermedad mental?

313. ¿Una enfermedad mental es grave? Sí o No

313.1 ¿Por qué?

314. Para usted, ¿qué es lo más *peligroso* de este trastorno mental?

315. ¿Las enfermedades mentales se pueden curar? Sí o No

315.1. ¿Cómo se pueden curar?, si NO, ¿Porqué?

316. ¿Qué cosas ha hecho usted para curar a su hijo o familiar? ¿Por qué?

316.01. ¿A quién ha buscado o a donde ha ido, dentro y fuera de su comunidad?

316.02 ¿Por qué ha recurrido a ese lugar o con esa persona?

A)	
B)	
C)	

317. ¿Ha visto o escuchado que se trate o cure a una persona loca dentro de **Santiago Atitlán**? Sí o No

3.17.1. ¿Cómo?

318. ¿Quiénes, *dentro de la comunidad* pueden curar o tratar a personas locas?

¿Quién?

318.1 ¿Cómo es que cada una de estas personas cura a los enfermos mentales?

A)	
B)	
C)	

319. ¿De qué otra manera, a parte de utilizar medicinas o pastillas, cree usted que se pueden llegar a tratar o curar las enfermedades mentales? (Por ejemplo: medicina natural o ceremonias religiosas, otras técnicas como el desangrado de las partes en donde se cree esta la enfermedad, etc..)

320. ¿Conoce usted sobre los ritos que se practican para curar o tratar este tipo de enfermedad?

- 01. Sí
- 02. NO

320.1.1 ¿Qué nombre reciben en Tz'utujil?

320.1.2. ¿En qué consisten estos ritos?

321.1.3. ¿Las personas se curan luego de practicarlos?

- 01. Sí
- 02. NO
- 03. Algunos

321.1.4. ¿Qué hace la familia cuando este tipo de tratamiento no funciona?

321.1.5. ¿Quiénes hacen estos ritos?

321.1.6. ¿Cuánto dinero se gasta para hacer estos ritos? ¿En qué se gasta?

322. La locura ¿se puede prevenir? ¿Puede uno hacer algo para que a una persona no le de la locura?
Sí ó No

322.1 ¿Cómo pueden ser evitadas?

04. Sociedad y Ch'ornaj

En la siguiente parte se busca establecer de manera general las principales relaciones que se establecen entre el individuo y su entorno psicosocial. Las siguientes preguntas dependen de la relación familiar del entrevistado con el sujeto. Por ejemplo si se entrevista a la madre hacer las preguntas sobre el padre, y viceversa.

401. ¿En su familia quién es la persona o personas que cuidan al enfermo?

01. La madre

02. El padre

03. Los hermanos

04. Otro: _____

401.1. ¿Quién está más pendiente del enfermo?

01. La madre

02. El padre

401.2. ¿Cuál es el trato que ha visto usted que da su esposo (a) al enfermo?

401.3. ¿Qué hace su esposo (a) por el enfermo?

401.4. ¿Cómo tratan los hermanos a la persona enferma?

401.5. ¿Qué tipo de trato dan los demás familiares (tíos, abuelos, etc..) a la persona enferma?

402. ¿Con quién pasa más tiempo la persona enferma?

01. La madre

02. El padre

03. Los hermanos

04. Otro: _____

402.1 ¿Por qué cree que la persona pasa más tiempo con él o ella?

403. ¿Hay alguien de la familia con la que el enfermo prefiera estar? Sí o No

403.1 ¿Por qué cree que la persona pasa más tiempo con él o ella?

404. A parte de sus padres y hermanos ¿hay otras personas de su familia que visita a la persona enferma?

405. ¿Dentro de su familia se ha buscado ayuda para curar la enfermedad de su hijo, familiar o esposo(a)? Sí o No

405.1. ¿Quién de la familia ha buscado esa ayuda?

- 01.** La madre
- 02.** El padre
- 03.** Los hermanos
- 04.** Otro: _____

405.2. ¿Por qué esta persona?

406. ¿De quién cree usted que es la responsabilidad de cuidar y de ver por el bien de una persona enferma?

- 01.** La madre
- 02.** El padre
- 03.** Los hermanos
- 04.** Otro: _____

406.1. ¿Por qué?

407. ¿Un hijo con una enfermedad mental es tratado igual que un hijo sin esta enfermedad? Sí o No

407.1. ¿Cómo es tratado?

408. ¿De qué manera ha visto usted que su hijo o familiar enfermo se relaciona con los demás integrantes de la familia? Es decir, trata de acercárseles para hablarles, para pedir ayuda, etc., o por el contrario no tiene ninguna relación con ellos?

409. ¿Qué tipo de actividades hace su hijo o familiar enfermo dentro de su hogar? (Si son varios especificar)

410. ¿Piensa que puede una persona con locura llegar a tener una vida igual a las personas que no tienen este tipo de enfermedad? (Como Casarse, tener hijos, trabajar, etc.) Sí o No

410.1. ¿Por qué?

411. ¿Cree usted que su hijo enfermo puede llegar a cuidarse por sí solo, o necesita de su familia para poder vivir?

412. ¿Qué cosas sabe hacer o puede hacer una persona con locura?

413. ¿Cómo ha visto usted que las personas que no son de su familia tratan a las personas con enfermedad mental? ¿Los tratan bien o los tratan mal, se aprovechan de ellos o los desprecian?

414. ¿Usted cree que una persona con enfermedad mental es aceptada por las demás personas del lugar en donde vive, o por el contrario es despreciada?

415. ¿Qué comentarios de otras personas que no son de su familia ha escuchado usted acerca de su hijo o de su familiar que sufre de enfermedad mental?

416. ¿Las personas del lugar en donde vive, platican o hablan con las personas que tienen alguna enfermedad mental?

417. ¿Cuál es la reacción de una persona cuando en la calle ve a alguien con una enfermedad mental?

418. ¿Pueden las personas con enfermedad mental tener amigos y relacionarse con las demás personas de su cantón, tal y como lo hacen las demás personas? Sí o No

418.1. ¿Por qué?

419. ¿Ha sido su familiar discriminada por tener un familiar que sufre de locura? Sí o No?

419.1. ¿De qué manera se les ha discriminado?

420. ¿Qué cosas quisiera usted hacer para curar a su hijo o familiar, pero no ha podido hacer por falta de información, dinero u oportunidad?

421. ¿Cómo ha afectado la enfermedad de su hijo a su familia, que cosas malas o negativas ha traído?

05. Observaciones generales.

La siguiente sección es completada por la persona entrevistadora en base a las observaciones que haga durante la entrevista con el familiar del sujeto. Se pretende registrar información general sobre la forma en la que la familia trata al sujeto, así como la forma en la que este vive y se desenvuelve en su hogar.

501. ¿Está presente el paciente durante la entrevista?

Durante todo el tiempo.
Solamente por un momento.
No está presente.

502. A parte del entrevistado ¿quién mas está presente?

La madre
El padre
Los hermanos
Otro: _____

503. Describa brevemente cualquier actitud notable del entrevistado hacia el sujeto:

504. Describa brevemente cualquier actitud notable de otras personas presentes hacia el sujeto.

505. Describa de manera general el comportamiento del sujeto durante la entrevista:

506. De manera general cómo describiría las condiciones de vida de la familia del entrevistado?

Buenas
Aceptables
Deficientes

507. Con base a lo visto durante la entrevista, el estado del sujeto puede considerarse:

Buena
Regular
Mala
Pésima

Observaciones generales:

Entrevista B. líderes No.- _____

Fecha: - -

01 Generales sobre el entrevistado.101 Nombre: _____ 102 Sexo: M F 103 Edad: _____

- 104 Cantón o aldea en el que vive:
- 01. Xechivoy (C. U.)
 - 02. Pachichaj (C. U.)
 - 03. Panul (C. U.)
 - 04. Panaj (C. U.)
 - 05. Tzanjuyu (C. U.)
 - 06. Panabaj (C. R.)
 - 07. Tzanchay (C. R.)
 - 08. Cerro de Oro (A.)
 - 09 Otro: _____
- 105 Tipo de líder:
- 01. Religioso:
 - a. Católico.
 - b. Evangélico.
 - c. Curandero.
 - d. Otro: _____
 - 02. Comunitario:
 - a. Comité
 - b. Partido político
 - c. Alcaldía
 - 03. Del área de salud:
 - a. Guardián de Salud
 - b. Enfermera
 - c. Médico

- 106 Escolaridad:
- 01. Primaria
 - 02. Secundaria
 - 03. Bachillerato
 - 04. Universitario
 - 05. Ninguna
- 107 Grupo étnico:
- 01. Indígena
 - 02. Ladino
- 108 Estado civil:
- 01. Soltero (a)
 - 02. Casado (a)
 - 03. Viudo (a)
 - 04. Unido (a)
- 109 Religión:
- 01. Católica.
 - 02. Protestante.
 - Denominación: _____
 - 03. Maya: _____
 - 04. Otro: _____
- 110 Ocupación:
- 01. Agricultor
 - 02. Comerciante
 - 03. Estudiante
 - 04. Artesano
 - 05. Otro: _____
112. ¿Ha tratado o conoce a alguna persona "loca"?
- Sí
 - No
113. ¿Qué tipo de ayuda le ha brindado?
- Curación
 - Referencia
 - Ninguno
 - Otro: _____

114. Observaciones generales.

02 Cultura y esquizofrenia

201. ¿Cuál es la palabra o palabras que en Tzutujil se usan para decir locura?

201.1. ¿Qué significado literal tiene para usted esta palabra? Puede ser usada en otros contextos, con otro significado.

202. ¿En **Tzutujil** cómo se le llama o se le dice a una persona que sufre de locura? Existe una palabra para decir loco?

203. ¿Qué tan frecuente ha visto usted que es la locura en Santiago Atitlán?

Frecuente

Hay algunos casos

No hay casos

203.1 ¿Por qué cree que se da con esta frecuencia de Santiago Atitlán?

204. ¿Según lo que se ha podido observar que es la locura para la gente de Santiago Atitlán? ¿Cómo la entienden, cómo la explican?

205. ¿Cuáles son los principales síntomas, señales o signos que presenta una persona con locura?

205.1. ¿Cómo la gente se da cuenta que un familiar tiene la enfermedad?

206. Según su opinión, ¿cree que para la gente de Santiago existen varios tipos o clases de locura? Sí ó No

206.01. ¿Cómo se llama cada una de ellas?

206.02. Describa cómo es cada una.

A)

B)

C)

D)

E)

.....

207. Según lo que ha visto, ¿cuáles son las causas por las que la gente de Santiago se enferma de locura?

208. ¿Cuál de estas causas es la que las personas de la comunidad señalan más frecuentemente?

209. ¿Una persona tiene la culpa de enfermarse de locura, o por el contrario es algo que no depende de sus acciones?

209.1. ¿La locura puede caerle a uno por algo malo que hizo un pariente?

210. ¿La mayoría de las personas opina que la locura puede ser contagiosa? Sí o No ¿Por qué?

211. ¿Cómo cree usted que la locura es catalogada, como enfermedad natural (que afecta únicamente al cuerpo, con una recuperación rápida) o una enfermedad sobrenatural?

212. ¿Qué cosas “sobrenaturales” pueden causar la locura?

213. ¿Qué cosas “naturales” pueden causar la locura?

214. ¿Qué cambios ve la familia en el individuo, tanto en su cuerpo, su mente, en su alma y en su forma de comportarse? ¿Cómo cambia o altera cada una de estas partes?

215. ¿Las personas ven a la locura como una enfermedad grave? Sí o No
215.1 ¿Por qué?

216. ¿Qué es lo que la gente, cree usted, que es lo más *peligroso* de la locura? El que se puede dañar por si solo, que puede pegarle a otras personas.

217. ¿Qué es lo que la mayoría de la gente opina acerca de la posibilidad de curar la locura?
217.1. ¿Cómo se puede curar la locura? ¿Con quién van más?

217.2. ¿Se pudo observar si alguno de los enfermos nunca ha recibido ayuda?

217.3. ¿Usted cree que la mayoría de la gente todavía cree en los curanderos para curar la locura?

217.4. Según lo visto, ¿con quién va la mayoría de los enfermos? Medico – Naturista – Curandero – Nadie.

217.5. ¿Qué tantas personas con esta enfermedad han llegado al hospital psiquiátrico?. Según lo que ha visto han sido pocos o muchos.

217.6. ¿Los enfermos de locura tiene una mejoría notable en los casos en los que se les ha dado medicina?

218. ¿Existen persona *dentro de la comunidad* que pueden curar o tratar a personas con locura? Médicos – Curanderos – Naturistas – Pastores o Curas.

219. ¿Qué ha podido escuchar a cerca de cómo el médico trata o cura al loco?

219.1. ¿Qué dice la gente que el médico hace?.

219.2. En el caso de los que han recurrido a él, ¿les da inyecciones, pastillas, les deja exámenes? ¿Se cura la mayoría o no? ¿Es caro el tratamiento? ¿Por cuánto tiempo es tratado el sujeto? ¿La mayoría de la gente cree en ellos o no?

220. ¿Qué ha podido ver acerca de cómo los pastores o curas tratan a las personas con esta enfermedad? (Oraciones, apoyo económico, apoyo moral).

220.1. ¿Cuáles son los pasos de las visitas que realizan. Es efectivo las personas se curan. Se conocen casos de curación o de milagros?

221. ¿Ha podido escuchar de clínicas naturistas en las que curan esta enfermedad? ¿Cómo lo curan?, ¿Qué hacen? ¿Qué plantas usan?.

222. En cuanto al tratamiento del curandero, ¿Cómo trata a la persona loca? PLANTAS – CEREMONIAS

222.1. ¿Conoce la mayoría de la gente algo sobre los ritos que se practican para curar o tratar este tipo de enfermedad? Las personas se curan luego de practicarlos? ¿Qué hace la familia cuando este tipo de tratamiento no funciona?

222.2. ¿Cuánto dinero es necesario para este tipo de ceremonias? ¿En qué se gasta? ¿Ha podido conocer qué plantas son usadas, cómo se llaman, cómo se aplican, por cuánto tiempo se toman? ¿Qué factores han sido señalados por la gente y tienen relación con el éxito de la curación del individuo? (fe del sujeto, experiencia del curandero, fuerza del brujo, tiempo de tener el mal, etc.)

223. ¿Según la percepción de las personas, la locura puede ser evitada? ¿Puede uno hacer algo para que a una persona no le de la locura? Sí ó No

223.1. ¿Cómo puede ser evitada?

03. Sociedad y esquizofrenia

301. ¿Quién, según su percepción, es la persona que dentro de la familia cuida al sujeto enfermo?

301.2. ¿Cuál es el trato que ha visto usted que da por lo general el padre al enfermo?

301.3. ¿Cuál es el trato que ha visto usted que da por lo general la madre al enfermo?

301.4. ¿Cómo ha visto usted que tratan los hermanos a la persona enferma?

301.5. ¿Cómo ha visto usted que tratan los demás familiares (tíos, abuelos, etc..) a la persona enferma?

302. ¿Cree usted que una persona enferma de locura es tratada dentro de su familia igual que una persona sin esta enfermedad? Sí ó No

303.1. ¿Cómo es tratado?

303. ¿De qué manera ha visto usted que una persona enferma se relaciona con los demás integrantes de la familia? Es decir, trata de acercarse a los demás para hablar, para pedir ayuda, etc., o por el contrario no tiene ninguna relación con ellos.

304. ¿Qué tipo de actividades hace una persona enferma dentro de su hogar?

305. ¿La familia piensa que puede una persona loca llegar a tener una vida igual a las personas que no tienen este tipo de enfermedad? (Como Casarse, tener hijos, trabajar, etc..)

305.1. ¿Por qué?

306. ¿Cómo ha visto usted que las personas que no son de la familia tratan a las personas con enfermedad mental? Los tratan bien o los tratan mal, se aprovechan de ellos o los desprecian?

307. ¿Qué comentarios son los más frecuentes acerca de un loco?

308. ¿Usted cree que una persona con enfermedad mental es aceptada por las personas de Santiago, o por el contrario es despreciada? ¿Quisieran que se fueran de la comunidad?

309. ¿Cuál es la reacción de una persona cuando ve a alguien con una enfermedad mental?

310. ¿En la mayoría de los casos las personas con enfermedad mental tienen amigos y se relacionan con las demás personas de su cantón tal y como lo hacen las demás personas? Sí o No

310.1. ¿Por qué?

311. ¿Ha podido observar si los familiares de una persona con enfermedad mental son discriminados por las demás personas de la comunidad? Sí o No

311.1 ¿De qué manera son discriminados?

312. ¿Qué cosas **malas** o **negativas** opina que trae el tener a un hijo o familiar con locura?.
