

## EL SUSTO EN HISPANOAMERICA\*

ARTHUR J. RUBEL  
University of Texas

ESTE artículo exploratorio tiende a establecer hasta qué punto una enfermedad popular es susceptible a estudios epidemiológicos al igual que otras enfermedades. En este trabajo se presume que, en general, los fenómenos de la enfermedad popular pueden ser sometidos a investigación de este tipo si se tienen en cuenta los problemas metodológicos concomitantes. A la presentación de algunos de estos problemas generales sigue un examen de la enfermedad popular hispanoamericana a que me refiero con el término *susto*.<sup>1</sup>

### *Problemas metodológicos*

Un trabajo que tiene por objeto la descripción, distribución y etiología de la enfermedad popular confronta varios problemas metodológicos. Dar una definición aceptable a la enfermedad no es de los menos importantes. En estas páginas, "enfermedad" se refiere al síndrome que los miembros de un grupo en particular alegan sufrir,

\* La versión en inglés, *The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic-America*, aparecido en *Ethnology*, III:268-283, 1964. Esta versión en español, clara e inteligente, se debe a la labor de la señora Carmen Cummings.

<sup>1</sup> El trabajo en el propio ambiente se efectúa entre los chinantecos de San Lucas Ojitlán en 1950 y en los municipios tzotzil de San Bartolomé de los Llanos, San Andrés Larrainza y Santa Catarina Pantelhó en 1957 y 1961. Entre 1957 y 1959 me dediqué a un estudio de salubridad y vida social entre norteamericanos de descendencia mexicana en el sur de Texas. El trabajo entre los tzotziles fue auspiciado por el Proyecto Hombre en la Naturaleza (Man-in-Nature Project) de la Universidad de Chicago, en Texas por la Fundación Hogg para Salud Mental, y en Laredo por la División de Salud de Migrantes del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. A todas estas organizaciones testimonio mi agradecimiento. Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en la reunión anual de la Sociedad para la Antropología Aplicada (Society for Applied Anthropology), efectuada en Pittsburgh en el 1960, y una breve versión apareció en *Research Previews* 8:13:19 (Chapel Hill, 1961). Deseo expresar mi gratitud a R. N. Adams, Harriet Kupferer, Duane Metzger, Ralph Patrick y Richard Simpson por sus críticas, que he considerado. Las faltas son responsabilidad únicamente del autor. El Fondo para Investigación (Research Fund) de la Universidad de Carolina del Norte, en Greensboro, contribuyó en la preparación del manuscrito, por lo que estoy muy agradecido.

y para el cual su cultura proporciona etiología, diagnóstico, medidas preventivas y métodos creativos. Aplico el vocablo "popular" a aquella enfermedad que no es de comprensión ni competencia de la medicina occidental ortodoxa. Aunque algo inconveniente, esta definición tiene el valor de resumir los síntomas aparentemente extraños que se informan en la literatura antropológica, médica y psiquiátrica de muchas regiones del mundo.

Otro problema de importancia es que, al analizar sistemáticamente la medicina popular, a los epidemiólogos y a los médicos dedicados a la investigación se les hace difícil convenir con la gente en que se trata de un real problema de salud. Además, tienden a estar en desacuerdo con sus pacientes hasta en las más fundamentales premisas de la medicina. Ambos grupos perciben la misma condición desde premisas fundamentalmente distintas. El hecho de que el profesional en salud tenga que obtener historia médica y descripciones del padecimiento de gente de punto de vista opuesto complica el problema.

En años recientes, los antropólogos han aclarado la lógica en que la gente se basa para interpretar la enfermedad, su diagnóstico y curación, como en el trabajo de Frake (1961) entre los subanun, de Metzger y Williams (1963) sobre los tzeltales, y de Rubel (1960) entre los norteamericanos de origen mexicano. Estos son pasos de adelanto, pero no nos señalan cuáles componentes de la población de hecho enferman, bajo qué circunstancias ocurre la afección, ni qué curso toma cuando se manifiesta. En la actual etapa de la investigación de la enfermedad popular, sólo nos es posible señalar con algún grado de seguridad que cierto síndrome parece estar limitado a particulares grupos culturales o lingüísticos; por ejemplo algunos esquimales o norteamericanos de origen mexicano, y no se manifiesta en otros. Es decir, si la investigación de la enfermedad popular se dividiera en dos áreas de estudio complementarias —la enfermedad como complejo cultural y la epidemiología de la enfermedad— en mi concepto la primera de ellas representa la actual etapa de conocimiento.

En monografías, artículos y notas más informales sobre culturas exóticas abundan las referencias a nociones aparentemente extrañas sobre enfermedades. A veces estas descripciones discuten el aspecto folklórico, pero frecuentemente no entran en detalles. A menudo estos informes despiertan el interés del lector al ofrecerle algunos casos clínicos de la medicina de ciertas culturas, pero sólo en contadas ocasiones describen detalladamente la historia médica de un enfermo, su reacción al declarársele la afección y observaciones directas del curso del padecimiento. Más raro todavía es que el lector

encuentre un extenso número de casos recopilados de documentación escrita o de observaciones en el propio ambiente.

La extensa colección de material bibliográfico a base de la cual Parker (1960) y Teicher (1960) discuten la enfermedad popular conocida como *wiitigo* es en extremo valiosa. La escrupulosa atención prestada por estos estudiosos a las complejidades de una enfermedad popular apunta hacia algunos de los problemas más urgentes confrontados por los investigadores que utilizan facilidades bibliotecarias para derivar inferencias epidemiológicas sobre causalidad. Por ejemplo, en el caso del *wiitigo* el material proviene de observadores tan diversos como antropólogos, exploradores, misioneros cazadores, e indígenas. Además, tanto en este como en otros casos, los informes descriptivos comprenden un período de años y hasta siglos y definen la población sólo en términos muy generales. Sin parámetros cronológicos, sociales, o culturales precisos, es arriesgado tratar de inferir porcentajes de prevalencia o incidencia de una enfermedad popular, mucho menos las relaciones entre estos porcentajes y variables demográficas tales como edad, sexo, o estado civil. Sin embargo, esperamos que precisamente estas inferencias y asociaciones nos ayuden a entender la naturaleza de la enfermedad.

El investigador metódico que busca casos de enfermedad popular dentro de un lugar y tiempo precisamente delimitados, tiene el problema de definir de antemano lo que busca. Muchas veces, aunque los síntomas de presuntos enfermos permanezcan constantes de lugar en lugar, los nombres con que se identifica la afección varían considerablemente. Para propósitos heurísticos y prácticos en la actual etapa del estudio de la enfermedad popular, sugiero que cuando varios síntomas aparezcan juntos regularmente en una población específica y los miembros de esa población respondan con patrones similares de conducta, el conjunto de síntomas se defina como una enfermedad. Como ha comentado Leighton (1961:486) conviene fijar nuestra atención primero en "la distribución de tipos de patrones humanos y sólo más adelante preguntar por sus consecuencias funcionales. La determinación de patología es lo último que debe hacerse más bien que lo primero" (también Blum, 1962).

### *El Susto de Hispanoamérica*

Los problemas generales del estudio de la enfermedad popular se aplican igualmente a la investigación de una condición que aquí llamaremos *susto* y que se ha informado desde muchas regiones de habla

hispana en el Nuevo Mundo.<sup>2</sup> Llámesele *susto*, *pasmo*, *jáni*, *espanto*, *pérdida de la sombra*, o como se le llame en otros lugares, en este trabajo siempre se hace referencia a un síndrome en vez de a un nombre variable. Para fines de exposición, este particular conjunto de síntomas y creencias y conductas concomitantes será designado arbitrariamente con el término *susto*.

Los enfermos de *susto* incluyen indígenas y no indígenas, hombres y mujeres, ricos y pobres, campesinos y habitantes de la ciudad. En los Estados Unidos, este padecimiento es endémico en los habitantes de habla hispana de California, Colorado, Nuevo México y Texas (Clark, 1951; Saunders, 1954; Rubel, 1960). En Hispanoamérica, el *susto* se menciona con frecuencia en los escritos de antropólogos y otras personas. Sin embargo, en contraste con otras enfermedades populares conocidas, tales como el *witigo* y la historia ártica, no se limita exclusivamente a gentes que hablan un solo grupo de lenguas relacionadas ni a los miembros de cierto grupo socio-cultural. Gentes de lenguas aborígenes no relacionadas como, por ejemplo, chinanteco, tzotzil, y quechua, así como no indígenas de habla hispana, parecen ser igualmente susceptibles al síndrome.<sup>3</sup>

Desde el punto de vista del análisis cultural, el síndrome del *susto* refleja la presencia en Hispanoamérica de un complejo de rasgos que también se presenta en cualquiera otra parte del mundo. Este complejo consiste de creencias de que el individuo está compuesto de cuerpo y una o más almas inmateriales o espíritus que pueden separarse del cuerpo y vagar libremente. En Hispanoamérica, como en cualquier otra parte, las almas pueden separarse del cuerpo mientras la persona duerme, particularmente mientras sueña, pero entre campesinos y gente de la ciudad también pueden separarse a consecuencia de una experiencia perturbadora. Este último aspecto de la separación del espíritu del cuerpo ha cobrado tanta importancia que se justifica su descripción como un foco cultural (Honigmann, 1959: 128-129). Yo hablaré de él, junto a los modos de conducta que se le asocian, como foco del *susto*. Es claramente distinto del más ampliamente difundido aspecto de separación del alma. Más bien que en la naturaleza cultural del foco, este trabajo se concentra en la conducta social.

Las variaciones regionales a los síntomas coherentes básicos del *susto* lo hacen parecer más inconstante de lo que en realidad es. Si

<sup>2</sup> Foster (1953) comenta sobre la ausencia de éste o síndrome semejante tanto en la vida histórica española como en la contemporánea.

<sup>3</sup> Según Adams (1957), en algunos países este síndrome se distribuye aquí y allá, de pueblo en pueblo, descubrimiento éste que ofrece una excitante oportunidad para hacer estudios comparativos controlados de la relación funcional entre el *susto* y otros aspectos de la vida social.

se concentra en las constantes que se repiten con marcada consistencia en las poblaciones entre las cuales se han informado casos de *susto*, el síndrome básico es como sigue: 1) -el enfermo presenta agitación mientras duerme; 2) cuando están despiertos, los enfermos se caracterizan por indiferencia, pérdida de apetito, desinterés en el vestir y la higiene personal, debilidad, depresión e introversión (Sal y Rosas, 1958; Gillin, 1954).<sup>4</sup>

Cierto número de elementos básicos se repiten en la etiología popular del susto. Entre los indígenas hay la creencia de que el alma fue capturada porque el enfermo adrede o no, perturbó los espíritus guardianes de la tierra, los ríos, bosques o animales, y el alma permanecerá cautiva hasta que se expie la falta. En contraste, cuando se le diagnostica a un no indígena que padece de pérdida del alma, el lugar en que se produjo —un río o un bosque, por ejemplo— no es significativo, ni se sospecha de espíritus maléficos. En muchos, aunque no en todos los casos, la enfermedad se atribuye a un susto provocado por un accidente o encuentro inesperado.

Los ritos de cura de los grupos en que el síndrome se manifiesta como un significativo fenómeno de la salud tienen ciertas características básicas en común. Hay una sesión diagnóstica inicial entre el curandero y el enfermo en la cual se especifica la causa del episodio en particular y los participantes se ponen de acuerdo sobre la misma. Entonces se exhorta al alma y se suplica que se reintegre al cuerpo del enfermo. En el caso de indígenas, se invocan los espíritus que han capturado el alma y se les hacen ofrendas propiciatorias para que la dejen en libertad. Tanto en grupos indígenas como no indígenas, el oficiante le muestra al alma el trayecto de regreso al cuerpo. Durante los ritos de cura, se le da un masaje al enfermo y muchas veces se le hace sudar —ambas cosas aparentemente para relajación— y se le "barre" o soba con algún objeto para sacarle la enfermedad del cuerpo. En la sierra del Perú se utiliza el cuye para la soba terapéutica, mientras que algunos indígenas de Guatemala usan huevos de gallina, y al sur de Texas y en algunas partes de México se emplean plantas medicinales con el mismo propósito.

<sup>4</sup> Es de destacarse que en una de las poblaciones de la sierra del Perú, entre los aymara de Chuquito, se presenta una enfermedad identificada como *Kat'a*, que Tschopik equipara al susto, con un conjunto diferente de síntomas, aunque etiológicamente equivale al susto descrito por Sal y Rosas, Gillin y otros (Tschopik, 1951:202, 211-212, 282-283). A más de esto, los ritos aymara para la cura del *Kat'a* tiene todas las características esenciales de los ritos quechua descritos por Sal y Rosas (1958).

*Historial de casos*

El informe más completo de un caso de susto (Gillin, 1949) describe la condición de una india pokoman de San Luis Jilotepeque al oriente de Guatemala. Esta mujer de 63 años de edad compartía con sus vecinos la creencia de que su alma se había separado del resto de su cuerpo y permanecía en poder de seres sobrenaturales. Se figuraban que la captura del alma había sido provocada al ella sorprender a su marido galanteando a una mujerzuela de la aldea. Por consecuencia, la enferma había vituperado su conducta y el marido en represalia le dio una pedrada. Cuando Gillen (1948: 348), encontró a la mujer:

se sentía deprimida, había descuidado los quehaceres domésticos y sus trabajos de cerámica, y sólo mantenía contacto con amigos y parientes. En cuanto a trastorno orgánico, se quejaba de diarrea, "dolor de estómago", falta de apetito, "dolores en la espalda y en las piernas" y, a veces, fiebre. Hablaba con congoja y ansiedad; su estado de ánimo alternaba entre desasosiego, aprensión y tensión caracterizada por temblor de las manos y movimientos generalmente rápidos y sobresaltados, y letargos profundos aunque conscientes. Tenía adecuada conciencia de tiempo y lugar y reflejos normales.<sup>5</sup>

El caso siguiente (Rubel, 1960) es el de una pequeña ciudad del sur de Texas. La Sra. Benítez, enferma no indígena, nació en México pero había residido en Texas durante muchos años. Es como de 35 años y sólo tenía hijas, cinco niñas. Su marido había abandonado la familia hacía más de cinco años. Cuando la conocí, la enferma se empleaba irregularmente en faenas agrícolas, pero la mayor parte del ingreso de la familia provenía de agencias de beneficencia. Estaba extraordinariamente delgada y pálida y parecía mucho mayor de la cuenta. Tenía una larga historia de ataques epilépticos, inclusive rigidez de la quijada y espasmos en las piernas y alegaba no recordar lo que pasaba durante estos ataques. Decía estar siempre cansada y sentirse socialmente aislada, y sostenía que había sufrido repetidas veces de pérdida del alma.

Otro caso corresponde a un hombre de edad mediana, panadero

<sup>5</sup> La importancia de seres sobrenaturales (sentient beings) en casos de enfermedad de indígenas y su ausencia en casos de no indígenas presumiblemente es función del empleo de espíritus maléficos (sprites) y otros seres sobrenaturales en los procedimientos de socialización en culturas indígenas y no indígenas. El miedo a los espantos ("Bogy men") se da seguramente en ambos grupos, pero los indígenas invocan los espíritus guardianes de bosques, animales, cuevas y arroyos en mayor grado que los ladinos (véase Whiting y Child, 1953).

de oficio, no indígena, de Mexiquito, al sur de Texas. Según su hermana, un día que como de costumbre repartía pan y tortas entre los trabajadores de un almacén empacador de vegetales a la hora de la merienda, al mediodía, pisó sobre un conducto de hielo abierto en la plataforma de madera por donde andaba. Su pierna se dobló bajo el peso del cuerpo, dio de espaldas contra el suelo y los panes y tortas se regaron por todas partes. Los trabajadores se rieron al darse cuenta de su situación embarazosa y cuando notaron que se había hecho daño se apresuraron a ir en su auxilio. De inmediato lo llevaron a su casa, donde su madre, quien inició el tratamiento contra la pérdida del alma presumiblemente originada por el accidente. También le dio masajes en la pierna afectada, y obtuvo de un vecino la corteza interior de un árbol conocido como "huisatche chino," la que hirvió y dio de tomar al enfermo durante los siguientes ocho días. Aparentemente, la información concedía tanta importancia a la risa de los espectadores y la modificación e ira impotente de la víctima, que las mencionó tres veces durante su breve relato.

Otro caso de Mexiquito, Texas, tiene que ver con una familia que llamaré los Montalvo. El Sr. Montalvo es un ciudadano americano de habla hispana, nacido aquí, que no habla inglés ni lee ni escribe ningún idioma. Desde que tuvo edad suficiente para trabajar se dedicó a las faenas agrícolas, con excepción de un corto tiempo que se empleó en una pequeña compañía constructora. Su mujer, que también sólo puede conversar en español, procede de un villorio del árido noreste de México donde creció pobre, analfabeta y angustiada. Su constante temor de que su presencia en este país pudiera ser descubierta, llevando a su arresto y deportación, aumentaba el patetismo de su vida. Cuando la conocí, la familia dedicaba la mayor porción de sus escasas entradas y gran parte de su tiempo al esfuerzo por conseguir los documentos mexicanos requeridos para establecer residencia legal en los Estados Unidos. Los Montalvo tenían una hija de siete años, un hijo de cinco y un bebé que murió poco después de yo haberlos conocido.

En una salida de domingo, Ricardo, el hijo mayor, sufrió un ataque de *susto*. El resto de la familia restozó en un estanque del lugar, pero Ricardo tuvo escrúpulos. A pesar de las llamadas y las chanzas, especialmente de su hermana, no quiso saber del agua y se fue al coche a dormir. Durmió toda la tarde y ni siquiera despertó al llevarlo a la casa y acostarlo. Esa noche durmió a ratos y varias veces habló en voz alta en sueños. A la mañana siguiente los padres decidieron que Ricardo había sufrido un *susto*. Razonaban que no había sido provocado por el miedo al agua sino por la insistencia de la familia en que se metiera al estanque —cosa a la cual él no pudo

acceder. Lo llevaron a un curandero local para propiciar el regreso del alma al cuerpo y así curarlo de la pérdida del alma.

El siguiente caso se relaciona con Antonio, un joven casado, como de 25 años de edad, también ciudadano americano nacido aquí, que no sabía leer, escribir ni hablar inglés. Así como sus antepasados, trabajaba en las cosechas de algodón y vegetales al sur de Texas, y en la primavera y el verano emigraba a emplearse en faenas agrícolas similares en los estados centrales del norte. Antonio aparentaba ser un joven expansivo y suficientemente satisfecho con su suerte. Vivía con su mujer y sus hijos en una casucha fabricada por ellos mismos, de piso de barro, paredes de cartón corrugado y de hojas de lata. No tenía instalación de agua, pero Antonio y el dueño del solar de la casucha habían ideado una ducha y provisto de agua un cuarto que ambas familias usaban. A diferencia de Antonio, su mujer venía de un villorrio del noreste de México. No hablaba ni entendía inglés, pero sabía escribir español empleando unas letras de molde que aprendió por sí misma. Pese a la pobreza de la familia también ella parecía alegre y sin complicaciones.

En cierta ocasión, Antonio fue recluido en el hospital con un diagnóstico de pulmonía doble. Su fiebre fue controlada con buenos resultados y lo dejaron en una sala por un período de recuperación. Una noche notó un cambio en su compañero de sala, se alarmó y trató infructuosamente de comunicarlo a su enfermero. Más tarde descubrieron que el compañero había muerto y sacaron el cadáver de la sala. A Antonio le afectó mucho el incidente. Se desvelaba, se quejaba de angustia en las noches y demostraba poco interés en su comida o en lo que lo rodeaba. Además, notaba que su cuerpo "brincaba" involuntariamente al reclinarse en la cama. Luego de salir del hospital pidió que su madre, quien vivía en México, fuera traída a su cabecera. Tan pronto llegó, ella comenzó a propiciar el retorno del alma a su cuerpo mediante una cura tradicional (véase más adelante).

Una mujer de Laredo, Texas, padeció de susto por lo menos dos veces en el transcurso de varios años, ambas veces se produjo durante la migración de la familia a trabajar en faenas agrícolas en el norte. Su marido, el Sr. Solís, era persona muy excitable y aparentemente enojada que se describía a sí mismo como ganando la vida con el honrado sudor de mi frente "no obstante las restricciones del gobierno local y federal y la obvia ruindad de sus patronos". Por estar capacitado sólo para el trabajo agrícola y no tener ocupación durante todo el año en el sur de Texas, no les quedaba más alternativa que emigrar. Esto impedía que los niños fueran a la escuela, a pesar de la clara motivación de la familia por la educación y sus aspiraciones de



una vida mejor. Aunque probablemente no pasaba de los 45 años, la Sra. Solís estaba enferma constantemente y se sentía débil y sin ganas de comer nada, aun al despertar en la mañana. Además, se le veía indiferente durante todo el día y sin deseos de moverse. Alegaba haber sufrido esta condición por dos años, pero no había consultado a un médico.

El primer episodio de *susto* afectó a la Sra. Solís durante la estancia de la familia en un campamento para trabajadores agrícolas migratorios en el estado de Indiana. Se produjo cuando impotentemente tuvo que presenciar cuando un miembro pacífico de la cuadrilla de su marido fue atacado por unos peleones borrachos de otra cuadrilla, hiriéndolo en el abdomen, por lo que hubo que llevarlo al hospital. Varios años más tarde, estando encinta, la Sra. Solís presenció, sin poder hacer nada para evitarlo, cuando el camión de la familia se volcaba con todo el fruto de la cuadrilla. Como resultado de este incidente perturbador tuvo un aborto y otra vez padeció de susto.

En los siete casos de pérdida del alma presentados hasta aquí —uno de una comunidad indígena de Guatemala y el resto de grupos no indígenas del sur de Texas— ha sido posible ofrecer datos relevantes sobre la personalidad del enfermo, el contexto familiar y las causas que las personas implicadas atribuyeron a la pérdida del alma y la enfermedad. Los casos siguientes no son tan completos puesto que no contamos con toda la información relevante.

Uno de los casos es el de un muchacho indio chinanteco, de la escuela de San Lucas Ojtlán en Oaxaca, México. De acuerdo con su maestro, un día se hizo necesario castigarlo por platicar en clase. El maestro le pidió ponerse de pie al lado de su asiento con las manos extendidas, palmas arriba, y le pegó con una pequeña regla de madera en una de las palmas. Según la versión del maestro, los golpes no fueron suficientemente fuertes para hacerle daño en el sentido físico. Sin embargo, tan severa fue la enfermedad resultante del castigo, que el muchacho faltó a la escuela por dos semanas. Durante este tiempo no podía comer y demostraba mucha apatía. La madre del niño reconoció por estos signos que el alma de su hijo había abandonado su cuerpo y había sido capturada por el espíritu de la tierra, y tomó las medidas correctivas que apuntaremos más adelante.

Los dos casos siguientes fueron informados por Díaz de Solas (1957), sobre indios de habla tzotzil de San Bartolomé de los Llanos en el estado mexicano de Chiapas. En el primer caso, una madre indígena sentó su niño de cuatro años sobre una pared de piedra desde donde podía observarle trabajando en la milpa de la familia. Al cabo de un rato, el niño perdió el balance y cayó al suelo. Aunque lloró no pareció haberse hecho daño ni se creyó que como resultado

sufriera un susto. Su madre sin embargo, perdió el alma —condición que en opinión de la comunidad, fue provocada al presenciar impotentemente la caída del niño.

El segundo caso de San Bartolomé es sobre un hombre que sufrió un susto como consecuencia de un accidente que no pudo evitar. El indio venía del mercado con su caballo bien cargado, y para llegar a su casa tenía que cruzar una corriente caudalosa. Al cruzarla, el animal cargado fue arrastrado corriente abajo. El dueño se salvó a sí mismo y hasta pudo rescatar al caballo, pero perdió la valiosa carga. Subsecuentemente el indio se enfermó y su condición se le diagnosticó como *susto*. Se suponía que su alma había sido capturada por el espíritu del lugar donde ocurrió el accidente. En ambos casos de San Bartolomé se creía que la enfermedad continuaría hasta que se expiara la molestia ocasionada a los espíritus de la tierra y del río, respectivamente.

Un caso muy parecido aconteció en San Andrés Larrainzar, otro municipio tzotzil en la sierra de Chiapas (Guieras Holmes, 1961: 269-275). Un indio iba de un paraje de San Andrés a otro con su caballo cargado de maíz y durante la jornada se vio obligado a cruzar el río Tuvo. El hombre condujo al animal por la corriente mientras utilizaba un estrecho puente. El caballo fue arrastrado por la corriente hasta que dio contra un tronco caído. Aunque su dueño pudo rescatarlo, la carga se perdió. Se sintió un espanto (¡nótese la secuencia!). Al cabo de un mes, el enfermo estaba acongojado y enfermo y no tenía ganas de comer nada. En vista de estos síntomas se llamó a un curandero.

Foster (1951: 168-169) relata un incidente en que un indio popoloca sufrió la pérdida y captura de su alma. Según la versión del enfermo:

En agosto del 1939, yo iba en una chalupa cerca de Cotzacoalcos y la chalupa se volcó y me tiro al agua. Yo luché y traté de llegar a la orilla pero no pude. Tenía miedo de ahogarme. Al fin me sacaron, pero me puse muy enfermo. No podía comer; ni sentarme podía. Pasé enfermo el otoño y el invierno, hasta marzo. Peor y peor me ponía. Yo sé lo que tenía porque soñé con Cotzacoalcos y supe que allí estaba mi espíritu.

Los ejemplos de *susto* que informamos en las páginas anteriores representan sólo unas pocas de las referencias a la enfermedad en la literatura. Fueron seleccionados para inclusión en este trabajo porque describen con alguna amplitud las circunstancias que rodean el co-

mienzo de un caso específico de *susto* o porque dan algunas de las características sociales o de la personalidad de los enfermos.

### *Ritos de Cura*

Paso ahora a la discusión de los ritos de cura asociados al síndrome del *susto*. Primero describiré los empleados para curar algunos de los enfermos de los casos ya presentados. Luego me referiré a algunas descripciones generalizadas, pero detalladas, ofrecidas por el psiquiatra Sal y Rosas (1958) y por los antropólogos Tschopik (1951), Weitlaner (1961) y Carrasco (1960).

En el caso de San Luis Jilopeque, Guatemala, descrito por Gillin (1948) las ceremonias de cura se destinaron a la mujer que padecía de un marido conquistador. Los aspectos fundamentales del tratamiento pueden dividirse en varias etapas. En la primera etapa —la del diagnóstico— el curandero pronunció a la enferma un diagnóstico evidente y terminante de espanto o pérdida del alma. Más tarde, requirió que la mujer considerara y “confesara” los sucesos que realmente llevaron al episodio de pérdida del alma (la enferma tenía un historial previo de episodios semejantes). En la segunda etapa, un grupo de personas significantes para la enferma fue organizado para que asistiera a una ceremonia nocturna. Algunas de éstas se unieron a los rezos de la enferma y el curandero a los santos católicos de la aldea, luego pasaron huevos de gallina sobre la enferma para absorber parte de la enfermedad. Más tarde los huevos fueron depositados en el lugar en que se produjo la pérdida del alma, junto con una colección de regalos para apaciguar los espíritus que retenían el alma de la enferma y a quienes se exhortaba a que la dejaran en libertad. Tras las oraciones y libaciones a los espíritus, se organizaba una procesión. Esta iba desde el lugar del accidente hasta la casa de la mujer, y el curandero hacía ruidos para señalarle la dirección correcta al alma. Finalmente, se desvestía la enferma, y el curandero la “asustaba” rociándole la cara con un buche de aguardiente. Luego se le daba un masaje y, por último, se le hacía sudar en una cama colocada sobre un brasero lleno de lumbre.

Los aspectos fundamentales de la ceremonia de los pokonam, excepto ciertos detalles en los ritos de expiación, se encuentran ampliamente dispersos por toda Hispanoamérica tanto entre indígenas como no indígenas. En el caso del escolar chinanteco, por ejemplo, los ritos de cura fueron así.<sup>6</sup> La madre del niño se dirigió a la escue-

<sup>6</sup> Para un rito curativo marcadamente similar en detalle, véase Mak (1959: 128-129).

la llevando consigo la camisa que su hijo había usado el día del castigo. Ya dentro de la escuela, fue directamente al asiento al lado del cual su hijo había sido castigado. Tomó la camisa, la arrolló y procedió a limpiar el piso de barro al tiempo que murmuraba:

Vengo en nombre del curandero García que no puede venir a esta hora. Vengo yo para reunir el espíritu de mi hijo José, que está enfermo. Vengo yo a esta hora y sólo a esta hora. Seguramente, no fue tu intención dejarlo sin espíritu. Adiós, yo volveré en cuatro días a decirte cómo está y para hacer cualquier cosa que sea necesaria.

La madre entonces sacó de sus ropas una botella de aguardiente mezclado con una yerba llamada hoja de espanto, y con su boca roció aguardiente en la camisa y en el piso de barro sobre el que estaba el asiento. A la vez, se persignaba y hacía la señal de la cruz sobre la camisa mojada. Luego recogió la camisa y excavó un poco de tierra y la llevó consigo a su casa. Allí su hijo se puso la camisa y la tierra la echaron en un recipiente con aguardiente que se colocó al lado de la camita del niño. Después la madre socilitó los servicios de un curandero profesional que tomó aguardiente del recipiente en su boca y lo roció en la cara, el pecho, la coronilla y la espalda del enfermo. La criatura fue envuelta en frazadas y tendida en su camita, bajo la cual pusieron un brasero para que lo hiciera sudar. Cuando se restableció el niño el mismo curandero fue a la escuela a darle gracias a la tierra por haber dejado el alma del enfermo en libertad, y luego ceremoniosamente se despidió de ella.

Para curar al indio tzotzil de San Andrés Larrainzar se utilizaron ceremonias muy semejantes. En este caso se trajo a un especialista después que pasó un mes sin que se controlara la enfermedad. Su primer acto fue diagnosticar la entidad como *susto* o pérdida del alma. El curandero entonces se dirigió al lugar en que se produjo el accidente. Allí ofreció candelas, incienso y un gallo que sacrificaron para los espíritus del lugar. De regreso en la casa del enfermo le dio a beber tres vasos de agua que trajo del lugar del incidente; al caballo rescatado le administró una pequeña cantidad (mezclada con sal). Seguidamente construyó un pequeño altar en la casa del enfermo en el cual ofreció incienso y candelas.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> En la población de cakchiquel de Magdalena Milpas Altas se encuentra que, como notable excepción, el *susto* se interpreta como asociado a tensiones de aculturación (véase Adams, 1951: 26-27). Además, en Magdalena, como en muchas otras localidades de América Central, el que roba almas se describe como un ladino (Adams y Rubel, en prensa). Sin embargo, no hay que asumir que las relaciones entre indios y ladinos son el contexto en que realmente ocurre la pérdida del alma, ya que el historial de casos disponibles, nos aparta de tal suposición.

En los casos de no indígenas informados de Texas, las curas —aunque parecidas en muchos respectos— no comprendían expiación ni propiciación. El mayor problema que confronta el curandero tejano es el de inducir el regreso del alma al cuerpo del enfermo. No está complicada por la concepción de captosres maléficos. En el caso de Antonio su madre lo tendió en el piso de barro de su casucha con los brazos extendidos y las piernas juntas de manera que formara una cruz humana. Entonces hizo un hueco a sus pies, otro a su cabeza y uno al lado de cada una de sus manos extendidas y los llenó de un líquido compuesto de agua y yerbas medicinales. Luego comenzó a "barrer" la enfermedad fuera del cuerpo de su hijo por sus extremidades usando una escoba fabricada de un arbusto del desierto con cualidades medicinales. Después, ella y su hijo elevaron súplicas por que el alma perdida y errante retornara al cuerpo, tras de lo cual ella rocío líquido de su boca directamente en la cara del hijo, y Antonio tomó unos sorbos del líquido medicinal que su madre extrajo de los huecos que hizo en el piso de barro.

Entre las más meticulosas descripciones del *susto* están las ofrecidas por Sal y Rosas (1958: 177-184). En su mayor parte, sus datos se refieren a los indios quechua del Callejón de Huarlas, en el Perú, pero varias de sus observaciones aluden también a otras regiones del país. Después del diagnóstico, según Sal y Rosas, el enfermo se tiende en una cama o sobre una manta en el piso y junto a él se pone una mezcla de pétalos de flores, hojas y harinas o maíz. La curandera bendice la mixtura y la aplica sobre el cuerpo del enfermo, comenzando por la cabeza, bajando por las piernas, hasta los pies. Luego el oficiante lleva la mixtura envuelta en una prenda del enfermo al lugar donde se produjo el susto. En el trayecto va derramando en una línea, los pétalos, hojas y harinas a fin de señalarle al alma el camino de regreso al cuerpo. También lleva aguardiente, cigarrillos y hojas de coca y los ofrenda en el sitio del susto para propiciar el regreso del alma. Después toma la camisa del enfermo y la agita en el aire para atraer la atención del alma. Al volver a la casa del enfermo, el curandero sigue cuidadosamente la línea de pétalos, hojas y harinas y sujeta la camisa de manera que se vea y el alma no tenga dificultad en encontrar el camino. (En casos más severos de pérdida del alma, se fricciona el enfermo con un cuyo vivo, que luego se ofrenda a los espíritus del sitio donde se produjo el susto como reemplazo del alma raptada).

Los informes de Weitlaner (1961) y Carrasco (1960: 103-105, 110) sobre síntomas, etiología y ritos curativos entre los grupos de habla Nahual y Chontal al oeste de México manifiestan que la captura del alma y sus síntomas concomitantes son marcadamente pareci-

dos a los informados entre grupos aborígenes de muy distinta filiación lingüística. Entre los chontal y nahualt hay la creencia de que la pérdida y captura del alma es provocada por una caída en una carretera o camino, al resbalar a caer cerca de un cuerpo de agua o al tener encuentro súbitos con animales, serpientes y hasta con un cadáver. El diagnóstico y la cura disponen que el curandero obtenga la fecha, el sitio y otras circunstancias pertinentes al suceso a las cuales el enfermo pueda atribuir la enfermedad. A esto sigue la expiación por la molestia causada a los espíritus guardianes del sitio y la propiciación para aplacar a estos seres y conseguir a cambio el alma capturada. El curandero luego trata de exhortar y conducir el alma ausente hasta el cuerpo que la aloja. A diferencia de otros grupos discutidos anteriormente, los nahuatl y chontal adornan sus ritos de cura con elaborados simbolismos en los cuales juegan papel importante los colores del ritual, los números y las direcciones. No obstante, bajo las variaciones locales uno puede rápidamente discernir los fundamentos del difundido complejo del *susto* y los ritos de cura asociados que estos indígenas tienen en común con los demás grupos mencionados.

#### *Resumen de los datos descriptivos*

Uno de los aspectos más notables del fenómeno del *susto* es el hecho de que entre los grupos hispanoamericanos, sean o no indígenas, se repite con notable constancia un núcleo básico de premisas y asunciones —síntomas, etiología y medios de cura.

En general los siguientes síntomas caracterizan las víctimas de esta enfermedad: 1) mientras duerme, el enfermo presenta desasosiego y 2) mientras está despierto, presenta indiferencia, falta de apetito, desinterés en el vestir o la higiene personal, pérdida de energías y de peso, depresión e introversión. En el caso único de la enferma de Texas, Sra. Benítez, durante el *susto* se presentan también convulsiones epilépticas, aparte de la usual debilidad, depresión, apatía, indiferencia e introversión. Sin embargo, debe notarse que al describir su condición, esta víctima de *susto* pone énfasis en los estados emocionales post-espasmódicos de depresión e introversión en vez de en las convulsiones en sí.

Aunque el *susto* puede presentarse tanto en indígenas como en no indígenas, hay diferencias significativas en cuanto a la naturaleza de los agentes causales. A diferencia de los no indígenas, los grupos indígenas imaginan que la separación del alma del cuerpo es provocado por una afrenta a los espíritus guardianes del lugar —guardia-

nes de tierra, agua o animales— aunque generalmente la víctima no comete la ofensa adrede. Sea intencional o no, la maldad debe ser expiada y los espíritus del lugar deben ser propiciados para que dejen en libertad el alma capturada.

Hay otros rasgos de los sucesos provocadores que se repiten con notable constancia. Así, una característica que se destaca en todos los casos citados es la impotencia ante cierta situación. Significativamente, sin embargo, la impotencia de la víctima se manifiesta solamente asociada a cierta clase de problemas en la conducción de su papel, pero no a otros. Por ejemplo, en ninguno de los casos observamos que la víctima se sintiera impotente frente a los conflictos del papel que desempeñaba o a las expectativas resultantes de su marginalidad cultural o su movilidad social. En otras palabras, el *susto* parece manifestar la incapacidad del sujeto para llenar adecuadamente las expectativas de la sociedad en que se ha socializado. No parece marcar los conflictos del papel ni las inseguridades del indio que pasa a la sociedad del ladino o los problemas que confrontan los norteamericanos de origen mexicano que suben en la escala social como resultado del proceso de asimilación en la sociedad anglo-americano de Texas.

En el caso de robo del alma, un especialista en la cura va a donde se produjo el accidente y allí invoca a los espíritus y propician el regreso del alma en libertad exhortándola a reintegrarse al cuerpo por un camino claramente indicado por el curandero. La enfermedad que ha entrado al cuerpo del enfermo es removida barriéndola fuera por medio de ramas medicinales o pasando huevos de gallina, un ave o un cuyo por el cuerpo de la víctima de manera que absorba la enfermedad sacándola de la víctima. Ya que los grupos no indígenas no atribuyen la pérdida del alma a seres sobrenaturales maléficos ni le dan importancia al sitio del accidente, sus ritos de cura no incluyen expiación ni propiciación. Por último, los ritos de ambos grupos comparten elementos tales como la "barrida" medicinal para remover la enfermedad interna, la recordación y descripción verbal del enfermo del suceso que provocó la separación del alma de su cuerpo, estímulo del "susto" que fue causa inmediata de la separación e invocaciones al alma para que se reintegre a la víctima. La constancia con que se repiten los sucesos provocadores, síntomas y métodos curativos en diversos grupos en Hispanoamérica hace al síndrome susceptible a investigación epidemiológica sistemática.

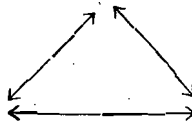
*Un modelo epidemiológico*

La epidemiología ha sido descrita por Wade Hampton Frost como "algo más que el total de los hechos comprobados. Comprende su disposición ordenada en cadenas de inferencia que se extienden más o menos fuera de los límites de la observación directa" (Maxcy, 1941:1). En lo que sigue trataré de ordenar los datos descriptivos en tales "cadenas de inferencia." Permítaseme aclarar ante todo que no intento investigar la veracidad de las afirmaciones de los informantes en cuanto a si los que se quejan de afecciones asociadas a la pérdida del alma están realmente enfermos. Ha sido mi experiencia (y es compartida por otros que escriben sobre el fenómeno) que los sujetos que alegan sufrir la condición de asustados se caracterizan por lo menos por una notable falta de bienestar físico —que es un criterio mínimo en la definición de una enfermedad.

Espero que mi modelo conceptual y las hipótesis que genera resulten en una prueba ulterior de estas hipótesis para verificarlas modificarlas o rechazarlas como se requiera. Fundamental a este modelo es la asunción que mantiene que el síndrome del *susto* es producto de la interacción entre tres sistemas abiertos, cada uno encadenado a los otros (Caudill, 1958: 4-7). Los tres sistemas en cuestión son: 1) el estado de salud del individuo, 2) su sistema de personalidad, y 3) el sistema social a que pertenece. La interacción entre estos tres sistemas abiertos encadenados se representa en el sencillo diagrama siguiente. (Véase Cassell *et. al.*, 1960).<sup>8</sup>

## Estado de Salud

1. Susceptibilidad al susto y a otras enfermedades
2. Severidad y cronicidad de la enfermedad
3. Frecuencia de los episodios



## Sistema de la personalidad

1. Propia percepción de relativo éxito o fracaso en el desempeño de las expectativas del papel social.

## Sistema social

1. Expectaciones del papel por sexo específico y edad específica.

<sup>8</sup> Representa la adaptación de un modelo preparado por el Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte, a cuyos miembros debo mi adiestramiento en epidemiología.



2. Capacidad del individuo para adaptarse al desempeño inadecuado según propia percepción.

Finalmente, expongo las siguientes hipótesis tentativas:

I. El síndrome del *susto* se dará sólo en situaciones sociales que la víctima perciba como llenas de tensión. El síndrome es el vehículo por medio del cual las gentes de las sociedades rurales y urbanas hispanoamericanas manifiestan sus reacciones ante ciertas formas de situaciones percibidas por sí mismas como fuentes de tensión, pero no ante otras. Las gentes de estas sociedades no sólo deciden asumir el papel de enfermos sino que eligen la clase de síntomas mediante los cuales se presenta su falta de bienestar (compárense Parsons y Fox, 1952; Weinstein, 1962).

II. Las tensiones sociales que se reflejan en el síndrome del *susto* son de naturaleza intra-cultural e intra-social. Las tensiones provocadas por el conflicto entre culturas y por la marginalidad o movilidad social del individuo serán simbolizadas por síntomas de otras enfermedades aparte del *susto*. En otras palabras, el *susto* no reflejará la frustración o enajenación que a menudo resulta del esfuerzo por identificarse con, y tener la aceptación de, los miembros de una sociedad o estrata social distinta a aquella en que uno se ha socializado.

III. En sociedades hispanoamericanas, el síndrome del *susto* aparecerá como consecuencia de un episodio en que un individuo no pueda desempeñar lo que su propia sociedad espera del papel social para el cual lo hayan socializado.

Corolario 1. Debido a que estas sociedades diferencian entre la socialización de hombres y mujeres, y debido a que las expectativas de la sociedad para niños y niñas son distintas a las expectativas para hombres y mujeres maduros, se espera que las niñas y las mujeres sean afectadas por el *susto* y sus concomitantes a consecuencia de experiencias distintas a las que exponen la salud de niños y hombres de la misma sociedad. Por ejemplo, las niñas son socializadas para ser modestas dependientes y dedicadas al hogar, mientras que los niños son adiestrados para que demuestren agresividad independencia y se dediquen a papeles de responsabilidad en el trabajo y la ciudadanía. Yo no anticiparía que muchas de las niñas y mujeres de estas sociedades manifiesten *susto* bajo circunstancias en que la sociedad no tenga razón alguna para esperar que una mujer llene acertadamente una responsabilidad. Tampoco podría esperarse de un joven enfermo debido a su incapacidad para llevar a

cabo con éxito una tarea asignada generalmente a las mujeres. Por ejemplo, si en lugar de Ricardo, el niño norteamericano de origen mexicano, una niña de más o menos igual edad se hubiera negado a meterse al agua por timidez, creo que el síndrome del susto no se hubiera presentado. La timidez de la niña hubiera sido demostración de la conducta apropiada, mientras que la conducta de Ricardo dejaba mucho que desear en términos de lo que los norteamericanos de origen mexicano esperan de niños y hombres.

Corolario 2. Puesto que las sociedades hispanoamericanas dan más importancia al triunfo en unas ocupaciones que en otras, mientras más importancia dan los socializadores a una ocupación, mayor será la probabilidad de que se presente el susto asociado al fracaso en la ocupación. Como resultado, aunque tanto las mujeres como los hombres están expuestos a enfermar como consecuencia del fracaso en el desempeño de una ocupación propia de su sexo o edad específicos, no todas las ocupaciones conllevan el mismo riesgo.

IV. Aunque todas las personas de una sociedad puedan creer en el concepto de pérdida del alma, no todos los miembros de la sociedad de hecho serán víctimas de esta clase de enfermedad. Se formula la hipótesis de que las personalidades individuales sirven de variables en la contingencia, es decir, si dos miembros de la sociedad, de igual edad y sexo, no llenan su papel adecuadamente según las expectativas de la sociedad, uno puede reaccionar ante la incapacidad advertida por sí mismo eligiendo el papel de enfermo; por ejemplo de *susto*, mientras que el otro puede adaptarse de otra manera, como expresando ira u hostilidad. Aún más, entre los que eligen el síndrome del *susto*, la severidad, cronicidad y frecuencia de sus episodios variarán sistemáticamente con respecto a las variables sociales y de personalidad. Desde luego, los puntos que nos interesan son: 1) que ciertas culturas ofrecen el *susto* como un mecanismo de adaptación a la incapacidad percibida por uno mismo, mientras que otras no, y 2) que algunos, pero no todos los individuos que tienen esta creencia cultural eligen los síntomas del *susto* para indicar que no se sienten bien.

Brevemente, estas hipótesis proponen que la enfermedad del *susto* en las sociedades hispanoamericanas puede entenderse como el producto de una compleja interacción entre el estado de salud del individuo y las expectativas de la sociedad en cuanto al papel social, mediando aspectos de la personalidad del individuo.

*Resumen*

En esta exploración del fenómeno de salud que denomino *susto*, he intentado estimar hasta qué punto esta enfermedad popular es susceptible a análisis epidemiológico. Pese a las variaciones regionales del tema general de la pérdida del alma, en muchas sociedades se presenta un conjunto de elementos constantes que nos lleva a concluir que este fenómeno se presta a ordenada descripción y análisis. Además, las inferencias de casualidad basadas en datos etnográficos ofrecen grandes posibilidades para entender la naturaleza de la enfermedad popular y algunas facetas de las relaciones entre la salud y la conducta social. Por último, si una enfermedad popular, el *susto*, prueba ser susceptible a la investigación, otras nociones aparentemente extrañas sobre enfermedades exigen la atención de los epidemiólogos y los médicos dedicados a la investigación, en colaboración con los antropólogos. (Véase Fleck y Ianni, 1958).

BIBLIOGRAFIA

- Adams, R. N. *An Analysis of Medical Beliefs and Practices in a Guatemalan Indian Town*. Guatemala, 1952.
- Cultural Survey of Panama-Nicaragua-Guatemala-El Salvador-Honduras*. Washington, 1957.
- Adams, R. N. y A. J. Rubel. *Sickness and Social Relations*. Handbook of Middle-American Indian (en prensa).
- Blum, R. H. *Case Identification in Psychiatric Epidemiology: Methods and Problems*. Milbank Memorial Fund Quarterly 40: 253-289, 1962.
- Carrasco, P. *Pagan Rituals and Beliefs Among the Chontal Indians of Oaxaca*. Anthropological Records 20: 87-117, 1960.
- Cassel, J., R. Patrick y D. Jenkins. *Epidemiological Analysis of Health Implications of Culture Change: A Conceptual Model*. Annals of the New York Academy of Sciences 84: 938-949, 1960.
- Caudill, W. *Effects of Social and Cultural Systems in Reaction to Stress*. Memorandum to the Committee on Preventive Medicine and Social Science Research, Pamphlet, 14, 1958.
- Clark, M. *Health in the Mexican-American Culture*. Berkeley, 1959.
- Diaz de Solas, M. *Personal Communication*. 1959.
- Fleck, A. C. y F. A. J. Ianni. *Epidemiology and Anthropology: Some Suggested Affinities in Theory and Method*. Human Organization 16: 38-41, 1958.

- Foster, G. M. *Some Wider Implications of Soul-Loss Illness Among the Sierra Popoluca*. Homenaje a Don Alfonso Caso, pp. 167-174, 1951.
- Relationships Between Spanish and Spanish-American Folk Medicine*. Journal of American Folklore. 66: 201-247, 1953.
- Frake, C. *The Diagnosis of Disease Among the Subanum of Mindanao*. American Anthropologist. 63: 113-132, 1961.
- Gillin, J. *Moche: A Peruvian Coastal Community*. Washington, 1945
- Magical Fright*. Psychiatry. 11: 387-400, 1948.
- Guiterras-Holmes, C. *Perils of the Soul*. New York, 1961.
- Honigmann, J. J. *The World of Man*. New York, 1959.
- Leighton, A. *Remarks*. Milbank Memorial Fund Quarterly. 39: p. 486, 1961.
- Mak, C. *Mixtec Medical Beliefs and Practices*. América Indígena. 19: 125-151, 1959.
- Maxcy, K. A. ed. *Papers of Wade Hampton Frost, M. D.* New York, 1941.
- Metzger, D. y G. Williams. *Tenejapa Medicine I: The Curer*. Southwestern Journal of Anthropology. 19: 216-234, 1963.
- Parker S. *The Wítiko Psychosis in the Context of Ojibwa Personality and Culture*. American Anthropologist. 62: 603-623, 1960.
- Parsons, T. y R. Fox. *Illness, Therapy, and the Modern Urban American Family*. Journal of Social Issues. 8: 31-44, 1952.
- Rubel, A. J. *Concepts of Disease in Mexican-American Culture*. American Anthropologist. 62: 795-815, 1960.
- Sal y Rosas F. *El mito del Jari o Susto de la medicina indígena del Perú*. Revista de la Sanidad de Policía. 18: 167-210. Lima, 1958.
- Saunders, L. *Cultural Differences and Medical Care*. New York, 1954.
- Teicher, M. I. *Windigo Psychosis*. Seattle, 1960.
- Tschopik, H. *The Aymara of Chucuito. Peru: Magic*. Anthropological Papers of the American Museum of Natural History. 44: 133-308, 1951.
- Weinstein, E. A. *Cultural Aspects of Delusion*. New York, 1962.
- Weitlaner, R. J. *La ceremonia llamada "Levantar la Sombra"*. Typescript, 1961.
- Whiting, J. W. M. e I. L. Child. *Child Training and Personality*. New Haven, 1953.