

El concepto tradicional de enfermedad mental en México. Algunas sugerencias al personal de salud

*Isabel Lagarriga Attias**

En nuestro país existen diversas conceptualizaciones de la enfermedad entre las que destacan las derivadas de la medicina científica y las que provienen de prácticas de salud tradicionales o populares, muchas de ellas de origen antiguo. Estas últimas creencias que surgieron en México en el momento de la Conquista, como producto de las culturas prehispánicas, española y la negra, permean hasta hoy en día todas las capas de la población, acentuándose en los sectores bajos.

En el caso de las enfermedades mentales, la conceptualización de estos padecimientos se relaciona más, por parte de los pacientes, con el campo de las creencias populares y tradicionales.

Este trabajo brinda un panorama de cómo se han presentado en la historia, diversos conceptos sobre la enfermedad mental. Los datos vertidos pueden servir de apoyo al personal médico y paramédico de los centros hospitalarios de tipo psiquiátrico, para comprender algunos comportamientos y creencias de sus pacientes.

Hoy día se ha visto que la percepción de un mal físico o psicológico está íntimamente ligado a factores étnicos y culturales, a la clase social e incluso al sexo al que se pertenece.¹ Es decir, existe una representación social de la enfermedad que es reelaborada a nivel individual por la persona sufriente.

Esta situación es más palpable en el caso de las enfermedades mentales, cuya definición hasta la fecha, aún no ha sido bien precisada ni tampoco lo que respecta a las diferencias que se presentan en estos padecimientos, entre los distintos grupos culturales, lo cual ha requerido de la unión de psiquiatras y antropólogos.² En el pensamiento científico actual existen dos corrientes predominantes en cuanto a la concepción de la enfermedad mental, el modelo médico y el sociológico. El primero parte, según Cochrane,³ de los supuestos de la moderna psiquiatría clínica, que considera los problemas psicológicos de manera similar a la enfermedad física. Gran parte de esta teoría se basa en el hecho de que

muchas enfermedades mentales tienen una causa biológica, bioquímica o genética. Con dicho modelo se busca asimilar el estatus de los enfermos mentales al de los que presentan síntomas físicos.

El modelo sociológico se basa en el supuesto de que se da una interacción simbólica entre los individuos, la cual viene a ser el punto de partida principal para la determinación de su identidad que, a fin de cuentas, se deriva de las interpretaciones que hacen del intercambio social que tienen con otros miembros de la sociedad. Una consecuencia directa de lo anterior será el hecho de que la identidad de un individuo podrá apegarse a la norma vigente en su grupo social o bien mostrar desviaciones.

Las diferencias entre uno y otro modelo estribarían en que el primero concibe a la enfermedad mental ligada estrechamente a factores biológicos, mientras que el segundo

* Directora de Etnología y Antropología Social, INAH.

considera que las perturbaciones de la conducta representan la forma como los sujetos individuales desempeñan un papel dentro de su sociedad.

Debemos recordar que a lo largo de la historia, las concepciones de la enfermedad mental han admitido distintos orígenes para los trastornos psicológicos, desde considerarlos derivados de la acción de agentes demoniacos;⁴ producto de experiencias infantiles;⁵ reacción a circunstancias sociales para las que el individuo no tiene respuestas apropiadas;⁶ perturbaciones de los mecanismos bioquímicos del cerebro⁷ y, por último, las afirmaciones de que la enfermedad mental es un mito.⁸

Lo que resulta claro es que para delimitar de una manera más precisa las conceptualizaciones acerca del carácter normal o patológico de una conducta, las cuales varían a lo largo de la historia y en diferentes culturas, es necesario llevar a cabo investigaciones de tipo etnopsiquiátrico.

Debemos decir que la etnopsiquiatria también conocida como etnología de las enfermedades mentales, se ocupa del estudio de los trastornos de carácter psicológico tal y como se presentan en una determinada cultura, correlacionados con diversos hechos étnicos.⁹ Como se puede ver, es multidisciplinaria, pues requiere de los aportes de la psiquiatria, que delimita los campos de lo normal y lo patológico y los de la etnología, encargada de definir los universales de la cultura como señala Laplantine.¹⁰

Vemos pues que la etnopsiquiatria es un poderoso auxiliar para la comprensión de los padecimientos mentales, no obstante, su utilización no deja de ser riesgosa pues como Bastide¹¹ ha mencionado, puede constituir un terreno poco sólido, ya que podría suceder que cada una de las disciplinas que la integran le den prioridad a su propio enfoque. Sin embargo, vale la pena repetir que consideramos a la etnopsiquiatria un valioso medio para entender cómo un grupo social concibe sus padecimientos mentales.

Por otro lado, es necesario recordar que la unión de diversas disciplinas para el estudio de la enfermedad mental es más o menos reciente. Han aparecido campos de investigación que antes no existían y cuyas delimitaciones son poco precisas. Tal es el caso de la antropología médica en la cual, los estudios de una de sus ramas, la etnomedicina, se traslapan con los de la psiquiatria, psicología comparada, sociología, epidemiología transcultural y sociología de la medicina.

Ante este embrollo delimitate consideramos –como decíamos antes– que el enfoque de la etnopsiquiatria puede ayudar a dilucidar algunos de los problemas relacionados con el hecho cultural de padecer una enfermedad mental.

En México son escasos los estudios con pacientes hospitalizados¹² y los trabajos con pacientes psiquiátricos son todavía menos. Por tal motivo, consideramos necesario abordar en este artículo un problema muy importante en antropología médica: las interrelaciones que se dan entre los pacientes psiquiátricos y los integrantes del cuerpo médico y paramédico.

En nuestro país, hay diversos grupos étnicos, asimismo, las diferentes clases sociales presentan variadas concepciones sobre la enfermedad mental, de ahí que se tengan visiones ancestrales del mundo y valores médicos periclitados en interacción con la medicina científica. Por ese motivo, resulta conveniente trabajar sobre las relaciones que se pudieran establecer entre los diferentes tipos de conceptos existentes sobre la enfermedad.

Muchas de las concepciones médicas de la población están contenidas en lo que se ha llamado medicina tradicional que incluye algunos procedimientos terapéuticos religiosos.

Tal como se apuntó, la conceptualización sobre enfermedad de la medicina tradicional, varía de manera importante de la medicina científica, lo que provoca situaciones de enfrentamiento o traslape de conceptos en el momento en que ambos bagajes de conocimiento médico entran en contacto.

De este modo, tendremos que un gran sector poblacional –en su mayoría marginado, cerca de 10 millones– son seguidores de la medicina tradicional o popular, producto de aportaciones prehispánicas españolas y negras.¹³

Debemos recordar que ya desde el periodo prehispánico, los trastornos afectivos se consideraban, en gran parte, derivados de la acción de deidades, personas o elementos de la naturaleza con poderes sobrenaturales como eran: los magos, algunos dioses, el rayo, los aires. La violación de normas de conducta podía determinar, igualmente, que se adquirieran padecimientos mentales.¹⁴ Ciertos problemas como el estupor mental, la melancolía y la epilepsia se relacionaban con afecciones físicas.

En el pensamiento prehispánico, la enfermedad mental se ligaba al corazón, sede de una de las más importantes entidades anímicas de las que se suponía estaba dotado el hombre: el teoyolía. Si esta entidad llegaba a alterarse por llevar una vida desenfrenada o por posesión de agentes sobrenaturales, el individuo perdía la razón. Otra de las entidades anímicas, cuya existencia se planteaba, era el Tonalli, relacionado con el vigor físico. Se pensaba que se encontraba en la cabeza y podía, a diferencia del teoyolía que sólo se desprendía del individuo en el momento de su muerte, salir y entrar del cuerpo. Cuando el Tonalli no retornaba, llegaba a producir un debilitamiento y apatía relacionados con enfermedades que aún siguen vigentes en la medicina tradicional como son: la pérdida del alma, tona o sombra, el susto o espanto, éstas aparecen también en el pensamiento negro.

En la concepción del hombre que presentan actualmente los descendientes de los esclavos negros traídos del África, ha permanecido la creencia de que el ser humano es poseedor de diversos tipos de alma: El alma-respiratoria, el alma-sueño y el alma-sombra. La primera anima al individuo, la segunda sale del cuerpo durante el sueño y puede ser atacada por enemigos. La tercera, se escapa del cuerpo cuando el hombre muere, para convertirse posteriormente en un dios ancestro. Relacionado con el concepto de sombra, estos grupos conciben diversos padecimientos. Tanto el concepto prehispánico de entidades anímicas, como las creencias de los negros, se sincretizaron con la noción de alma cristiana introducida por los españoles en nuestro país.¹⁵

Dentro del aporte español a la concepción de la enfermedad, encontramos, a nivel científico, la influencia de Hipócrates, Galeno y Avicena, cuyas explicaciones se basaban principalmente en la teoría de los humores. Las ideas sobre la enfermedad mental no son muy claras en Europa, incluso en el periodo del Renacimiento. En el siglo XVI no se habla de enfermedad mental, sino de "enfermedades en las que hay pasión espiritual" como señalaba Pigray.¹⁶ Cuando se hacía referencia a las enfermedades del alma, el sentido era metafórico, ya que esta entidad, por haber sido creada y no engendrada, no podía corromperse y por lo tanto no era susceptible de enfermarse. Para un médico del Renacimiento, la enfermedad mental era un trastorno físico corporal, parecido a todas las demás enfermedades, su particularidad consistía en que este padecimiento perturbaba el cerebro.¹⁷

En el México colonial, la enfermedad mental se deriva del desequilibrio de los humores, debido a factores de tipo orgánico. Se consideraba igualmente que la parte del cuerpo de donde provenían esos humores era el cerebro.¹⁸

Por otro lado, los españoles trajeron también, a nuestro país, el concepto popular de enfermedad mental como debida a una acción demoniaca. Dicha creencia estaba presente en Europa con gran amplitud, desde siglos anteriores a la Conquista. La idea de que tanto el demonio como los trastornos humorales ocasionaban un mal mental era muy aceptada.¹⁹

Tal manera de entender la enfermedad mental se conservó durante gran parte del periodo colonial. El Tribunal de la Inquisición juzgaba como dementes a quienes de manera gratuita blasfemaban o decían cosas contrarias a la fe, ya que para este Tribunal sólo un demente podía presentar ese tipo de conducta. La inquisición consideraba como hereje a todo aquél que en pleno juicio profería expresiones contrarias al credo religioso.²⁰

Esas ideas sobre la enfermedad mental de épocas pasadas, han sido recogidas por la medicina popular que hoy en día concibe los trastornos mentales en estrecha liga con otro tipo de padecimientos. Se habla de "locura" para referirse a la reacción conductual de un individuo que ha sufrido la acción de seres especiales como los brujos, quienes dañan de manera directa o mediante pócimas que hacen ingerir a sus víctimas. También se dice que se encuentra loco aquél que se ha visto afectado por seres sobrenaturales como espíritus malignos, el demonio, los rayos y aires o emanaciones nocivas, éstas últimas a veces son antropomorfizadas.²¹

En la Medicina tradicional se mantiene un concepto introducido por la medicina científica, el de "nervios", que en realidad en las ideas populares, denota estados de ansiedad, agresividad verbal o física, pérdida de apetito y llanto frecuente y se emplea de manera eufemística para designar a los dementes.

Como decíamos antes, en la medicina tradicional y popular, existen padecimientos que no se asocian con la locura, aunque el sufrirlos implica complicaciones de tipo emocional o manifestación de una conducta perturbada. Nos referimos aquí a enfermedades como el susto o espanto, susto pasado, pérdida del alma, de la sombra o el tona, la vergüenza, el carga muerto, que corresponderían, dentro de los padecimientos psiquiátricos, a estados de ansiedad; el embrujamiento y los nervios, a los desordenes histéricos; el mal de ojo y la envidia a los estados fóbicos; la muina, la tiricia, el derrame de bilis, la tristeza, el pega-triste, la chipílez, a las reacciones depresivas; igualmente, los aires y la posesión de espíritus, pueden englobarse dentro de los estados disociativos.²²

Respecto a los agentes etiológicos que causan estos padecimientos, podemos dividirlos en aquéllos de origen sobrenatural relacionados con el campo de la magia y los derivados de la acción de seres humanos. De este modo, tendremos, para el primer caso, espíritus nocivos, aires y rayos como agentes causales de locura, a los muertos como propiciadores de un mal conocido como carga-muerto y a los chaneques (especie de duendecillos) como causantes de susto en una de sus variantes.

En el segundo caso, será la forma de vida dentro de un grupo social la que provoque el ya citado estado de locura. Aunque ahí tendríamos también otra categoría, el entoloachado, un padecimiento causado por la acción directa de un ser humano con el que se mantienen relaciones amorosas. Este, para asegurar el amor de su pareja le hace ingerir toloache (*Datura estramonium*). Las situaciones estresantes van a provocar también en el individuo, males emocionales como son los padecimientos conocidos como: vergüenza, pegatriste, tristeza y nervios. Por último, las relaciones interpersonales conflictivas traen aparejadas enfermedades emocionales tales como: derrame de bilis, muina o coraje, tiricia, envidia y en los niños, un mal conocido como chipilez.

El desvío de la norma, elemento indicativo importante en el pensamiento científico en cuanto a la determinación de lo que es una enfermedad mental, juega un papel relevante en la conceptualización popularizada de la misma. De este modo, tenemos que el cometer un pecado desencadena ansiedad y trastornos conductuales que requieren acciones terapéuticas relacionadas con la purificación simbólica del enfermo, entre ellas tenemos las purgas, lavativas, barridos mágicos corporales, baños y la confesión de las culpas.²³ Ari Kiev y Madsen²⁴ han encontrado que el desviarse de las normas del grupo produce estados patógenos en el individuo, los cuales desembocan en malestares que pueden ligarse a disturbios emocionales. Así tendremos que el susto, la vergüenza, la envidia y la brujería pueden considerarse como resultado de desviaciones de normas sociales. La presentación de estos padecimientos garantiza la cohesión de un grupo porque sus individuos muestran, frente al conflicto, formas semejantes de comportarse.

Veamos ahora cuáles son las reacciones que presentan los individuos pertenecientes al sector marginal de la población cuando sufren un mal mental. Un primer paso que hemos detectado es, ante la falta de apoyo de los sistemas de salud y la incomprensión de los representantes de su propio credo religioso, la búsqueda de afiliaciones a otras creencias también

de tipo religioso, en las que se practican curaciones de carácter mágico o místico.²⁵ El otro recurso es su acercamiento a la medicina científica, siguiendo con ello el patrón general de la población. Cuando hacen esto, ingresan a una institución psiquiátrica gubernamental. Nosotros detectamos en una muestra formada por el 20% de los pacientes internos en el Hospital Psiquiátrico "Bernardino Álvarez" de la ciudad de México, las siguientes creencias etiológicas de los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad por la que estaban recluidos. En primer lugar, pensaban que su mal se debía a causas físicas "nervios". Un grupo menos importante, la consideraba como derivada de infracción de normas morales, sociales o del rompimiento de la solidaridad grupal (acciones violentas como violaciones o caer en un vicio). En una proporción menor seguía la creencia acerca de los aspectos de tipo mágico religioso y un número reducido de pacientes desconocía su mal.

Por otro lado, en entrevistas que realizamos con 20 médicos que laboraban en el citado hospital, obtuvimos la siguiente información: todos ellos dijeron que los pacientes habían sido internados por presentar enfermedades propias de la gnosiología psiquiátrica como: psicosis funcionales y orgánicas, así como diversas adicciones, lo cual es obvio, pero en ningún momento tomaron en consideración, ni los valores médicos propios del acervo cultural de los pacientes, ni las causas a las que ellos atribuían su mal, provocándose desde el principio una especie de conflicto en la comprensión de la enfermedad por ambas partes. Al revisar los expedientes de los enfermos resaltó que en las historias clínicas había en ocasiones referencias a causas del trastorno relacionadas con la medicina tradicional, pero en esos comentarios lo que se pretendía era enfatizar el grado de ignorancia del paciente. Esas menciones no se hacían para tratar de entender de qué manera enfrentaba y padecía su mal el enfermo. Resulta así dos conceptualizaciones contrapuestas de la enfermedad mental. Por un lado, la que el médico sustenta y por el otro la propia del paciente, compuesta por todas esas conceptualizaciones tradicionales que hemos mencionado, algunas de ellas vagas y no bien diferenciadas.

Cuando el médico diagnostica, se limita a hacer una clasificación que carece de sentido para el paciente, en el supuesto caso que hubiera de parte del médico una comunicación, pues lo grave es que en la mayoría de las ocasiones, el paciente nunca recibe información sobre su estado. De esta manera, se mantienen las explicaciones que sobre el origen de su enfermedad se ha formulado el paciente y hay veces en las que las medidas terapéuticas se visualizan como otros tantos actos encantatorios que le permiten al enfermo explicarse su mejoría.

Sin embargo, en tanto que un número importante de las perturbaciones del paciente son conceptualizados por éste de causa moral, llega a encontrarse una disociación entre las fórmulas explicativas tradicionales y las medidas tomadas en el hospital, por ejemplo la administración de fármacos. Para el paciente, no se atacan de esa forma las causas reales de la enfermedad. Si la idea que el enfermo tiene de su propio padecimiento se relaciona con la acción de factores de tipo mágico, la disociación de la que hablamos se acentúa todavía más.

Así, se explica que el paciente no siga los procedimientos hospitalarios y que incluso, en ocasiones, los rechace o intente escaparse. Para remediar todos estos problemas de inadecuada adaptación del paciente al esquema rector del medio hospitalario y la falta de contacto entre sus concepciones y las que animan a sus terapeutas, es necesario que se establezca una toma de conciencia del personal médico sobre el hecho de que se enfrentan diversas concepciones de la enfermedad y que la concepción tradicional no debe ser rechazada totalmente, sino que es necesario que en forma progresiva se expliquen los esquemas científicos al enfermo y para ello se busque, no confrontar, sino explicar.

En lo que se refiere a los aspectos morales como causantes de la enfermedad, muchas de las terapias psicológicas de corte científico, pueden llevar a aceptarlas, pues a fin de cuentas a lo que se refieren estas valoraciones morales es a situaciones de conflicto interpersonal que deben resolverse.

Aquí resulta más fácil acomodar algunos de los marcos de referencia científica a los del paciente, aunque siempre va a ocurrir el choque de estas dos explicaciones, el cual surge del hecho de que las teorías, tanto científicas como las de origen cultural, son las anclajes que los individuos tienen con su realidad. De esta manera, es muy difícil para sus sustentantes modificarlas. El médico teme perder en científicidad, el paciente no puede hacer a un lado conceptos sumamente arraigados.

Hace falta, entonces, establecer una comunicación que no existe. Se requiere que se dé paso a un diálogo abierto entre las concepciones y se haga a un lado la actitud autoritaria de imposición de una de ellas, avalada por su científicidad.

Sin embargo, entre las concepciones del paciente, incluso aquellas que parezcan más extrañas a la ciencia, hay ciertos aspectos descriptivos que pueden aceptarse. Es muy

probable que si un enfermo le dice a un médico que se encuentra embrujado, éste último desdeñe de inmediato tal explicación y la considere como parte de concepciones supersticiosas que es necesario desterrar, pero si quiere adentrarse en los procesos de la enfermedad, necesita conocer más las maniobras que el "embruador" le hizo al "embruado". Si éstas fueron puramente ilusorias, de tipo mágico, explicarle el hecho al paciente y si fueron reales, en el sentido de que se le dio a ingerir una sustancia tóxica, también dar la explicación correspondiente.

En otras palabras, es necesario que el personal de salud conozca los esquemas de pensamiento de su paciente, los valore, los utilice y si es necesario, demuestre lo infundado de ciertas ideas, pero en una forma respetuosa y sin romper con los esquemas evaluativos propios de un individuo que pertenece a un grupo social que no necesariamente comparte los conceptos más elaborados y abstractos de la ciencia.

Referencias

- ¹ Véase: Henri Dorvil. "Types de Sociétés, et de représentations du normal et du pathologique: La maladie physique, la maladie mentale" en *Traité d'Anthropologie médicale. L'institution de la Santé et de la maladie*. Québec, Presses de l'Université du Québec. Institut Québécois de Recherche sur la culture. 1985. pp. 305-332. Claudine Herzlich. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. París, Francia, Editions de L'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. 1984.
- ² Véase: Raymond Cochrane. *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1978. Georges Canguilhem. *Lo normal y lo patológico*. México Siglo XXI. 1978. Roger Bastide, *Sociología de las enfermedades mentales*. México. Siglo XXI, 1967. Roger. Bastide. Prefacio a los *Ensayos de etnopsiquiatría general* de George Devereux. Barcelona, Barral Editores. 1978. George Devereux. François Laplantine. *Introducción a la Etnopsiquiatría*. España Gedisa. 1979.
- ³ Cochrane, *op. cit.*, p. 161.
- ⁴ Michel Foucault. *Historia de la locura en la época clásica*. México. Fondo de Cultura Económica. 1978.
- ⁵ Sigmund Freud. *Obras completas*. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1948.

- ⁶ H. Stack Sullivan. *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires, Psique, 1946.
- ⁷ E. R. Kandel y J. H. Schwartz, *Principles of neural science*, Nueva York, Elsevier, 1990.
- ⁸ Thomas Szaz. *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires, Amorrurtu, Editores, 1976.
- ⁹ Devereux, *op. cit.*
- ¹⁰ Laplantine, *op. cit.*, p.1
- ¹¹ Bastide, 1978, *op.cit.*
- ¹² Véase María del Carmen Anzures. *La medicina tradicional en México, Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, México, UNAM, 1984.
Isabel Lagarriga Attías. "Concepción de su enfermedad mental en pacientes espiritualistas trinitarios marianos". *La ciencia y el hombre*. Universidad Veracruzana, No. 4, Julio-diciembre. 1989, pp. 29-38
Isabel Lagarriga Attías. "Concepción y terapia de la enfermedad mental en México" en *La otra América en construcción. Medicinas tradicionales, religiosas populares*. Bogotá, Colombia, Instituto Colombiano de Cultura, Instituto Colombiano de Antropología y Universidad de Amsterdam. 1991; pp. 239-254.
Kaja Finkler, *Physicians at work, Patients in pain*, San Francisco, Westview Press, 1991.
- ¹³ Véase Gonzalo Aguirre Beltrán, *Medicina y Magia*, México. Instituto Nacional Indigenista, 1963.
Carmen Anzures, *op. cit.*
Italo Signorini, "Sobre algunos aspectos sincréticos de la medicina popular mexicana", *L'Uomo*. Vol 11, N-s-nl. Roma, Italia, Università di Roma, *La Sapienza*, 1989, pp. 125-147
- ¹⁴ Véase Alfredo López Austin, "El mal aire en el México prehispánico". *Religión en Mesoamérica*, XII Mesa Redona de la Sociedad Mexicana de Antropología, 1972, pp. 399-408.
Juan Somolinos D'Ardois, *Historia de la Psiquiatría en México*, México, SEP 70, Secretaría de Educación Pública, 1973.
- ¹⁵ Aguirre Beltrán, *op. cit.*
- ¹⁶ Citado por Jacques Postel y Claude Quétel. *Historia de la Psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- ¹⁷ *Ibid.*
- ¹⁸ Carlos Viesca e Ignacio de la Peña, "Las enfermedades mentales en el Códice Badiano", *Estudios de Cultura Nahuatl*, No. XII, UNAM, 1976, pp. 79-84.
- ¹⁹ Gregory Zillboorg, *Historia de la Psicología Médica*, Buenos Aires, Psique, 1968. Michel Foucault, *op. cit.*
- ²⁰ María Cristina Sacristán. "El concepto religioso de la locura y los límites de la religiosidad en la Nueva España (1571-1760)", Ponencia presentada en la I Reunión Latinoamericana Religión Popular, Identidad y Etnociencia, México, D.F., mayo de 1980.
- ²¹ Véase Marcela Olavarrieta. *Magia en la región de los Tuxtlas*. Instituto Nacional Indigenista, 1976. Alfredo López Austin, *op.cit.* José de Jesús Montoya Briones, "El complejo de los aires en la cosmología de los nahuatl de la sierra de Puebla", *Boletín del INAH*, México, INAH, 1974, pp. 53-58 Yolanda Sasson. "Espanto y mal aire". *América Indígena*. No. 9, Marzo-abril, 1986, pp. 60-63.
- ²² Véase Isabel Lagarriga, 1991, *op. cit.* Arthur J. Rubel, Karl W. O'Neill y Rolando Collado Ardón, *Susto. Una enfermedad popular*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989. Carlos Viesca Treviño y Tiahoga, S. Rudge, "Aspectos psiquiátricos y psicológicos del susto", *Anales de Antropología*, vol. XII, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, 1985 pp. 476-490.
- ²³ Isabel Lagarriga y Víctor Manuel Alcaraz. "Enfermo, enfermedad y religión en los templos espiritualistas trinitarios marianos", *Estudios de Antropología Médica*, México, UNAM, 1986, pp. 77-90.
- ²⁴ Ari Kiev. "The study of folk psychiatry, en Ari Kiev", en *Magic, Faith and Healing*, Londres, The Free Press Glencoe, 1964, pp. 3-11. William Madsen, "Value conflicts and folk psychotherapy in South Texas" en Ari Kiev, (comp.) *op. cit.*, pp. 420-442
- ²⁵ Isabel Lagarriga Attías. *Espiritualismo trinitario mariano: Nuevas perspectivas de análisis*, Xalapa, Ver., Universidad Veracruzana, 1991.