

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICIÓN, ENFERMERÍA Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**EL SUSTO UN PROBLEMA DE SALUD, PERCEPCIÓN
DE LA POBLACIÓN Y EL PERSONAL DE SALUD**

POSTULANTE : Lic. Jesusa Santos Lique

TUTOR : Dr. Carlos Tamayo Caballero

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de especialista en
Interculturalidad y Salud**

COCHABAMBA – BOLIVIA
2012

Dedicatoria

A Dios

Te hiciste presente en todos los momentos duros y difíciles. Y, paso a paso, pude sentir tu mano en la mía, transmitiéndome la seguridad para enfrentar mi camino a seguir. Tu presencia es como la luz y la vida, y siento que en mí actuar, actúas tú, y en mi voz, esta tu voz, porque existe un lenguaje a través del silencio que nos muestra lo que debemos hacer.

A mis Docentes

A ustedes que se dedicaron a mostrarnos cuan bello es el arte que escogimos, enseñándonos a enseñar y a oír el alma de nuestros semejantes. Ustedes que nos enseñaron a apreciar los detalles y aprender de los errores, mi mayor y profundo agradecimiento será poco frente a lo mucho que nos fue brindado.

A mis Padres

A ustedes que se alegraron con mi nacimiento, se dedicaron a mi crecimiento y renunciaron a sus propios sueños para la realización de los míos. Me otorgaron la riqueza del estudio, e hicieron de mí no solo un profesional, sino sobre todo un ser humano.

Agradecimientos

Esta formación fue gracias al apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo –AECID- La Cooperación Belga.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	6
1.4. OBJETIVOS	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	8
CAPITULO II	9
MARCO REFERENCIAL	
2.1. REALIDAD BOLIVIANA ASPECTOS GENERALES	10
2.1.1. Geopolítica	
2.1.2. Población	
2.1.3. Economía	
2.2. CARACTERÍSTICAS DE COCHABAMBA	10
2.2.1. Geopolítica	
2.2.2. Población.	
2.2.3. Educación.	
2.3. CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE SACABA.	11
2.3.1. Antecedentes históricos.	
2.3.2. Latitud y longitud.	
2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE QUINTANILLA	13
2.4.1. Antecedentes históricos y aspectos generales	
2.4.2. Aspectos generales	
2.4.3. Ubicación Geográfica	
2.4.4. Nivel socio-económico	
2.4.5. Población	
2.4.6. Ubicación	
2.4.7. Migración	
2.4.8. Servicios Básicos	
2.4.9. Agua Potable	
2.4.10. Alcantarillado	
2.4.11. Energía eléctrica	
2.4.12. Medios de comunicación	
2.4.13. Transporte público	
2.4.14. Establecimientos educativos	
2.4.15. Vivienda	
2.4.16. Religión	
2.4.17. Idioma	
2.4.18. Grupos organizados	
2.4.19. Organizaciones estatales	
2.4.20. Organizaciones populares	
2.4.22. Organizaciones privadas	

2.5. CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL SOLOMON KLEIN.	19
2.5.1. Generalidades	
2.5.2. Tipos de servicio	
2.5.3. Organigrama	
2.5.4. Tarifas de servicios médicos	
2.5.5. Recursos infraestructurales	
2.6. MARCO LEGAL	22
2.6.1. Reglamento del Ejercicio de la Práctica de la Medicina Tradicional Boliviana.	
2.6.2. Decreto Supremo Nº 29601 Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI.	
2.6.3. Implementación de la normativa en nuestro Centro de Salud	
2.6.4. Nuevos decretos en la Constitución Política del Estado (2009):	
CAPITULO III	27
MARCO TEÓRICO	
3.1. MARCO CONCEPTUAL	27
3.1.1. Autores de la Investigación científica de la afección del susto.	
3.2. CONCEPTO DEL SUSTO	32
3.2.1. Causas	
3.2.2. Señales, molestias, lesiones	
3.2.3. Diagnóstico	
3.2.4. Características del susto	
3.2.5. Tratamiento	
3.2.6. Prevención	
3.3. EL YATIRI	38
3.4. EL ALMA.	39
3.5. LOS CURANDEROS/AS.	40
3.5.1. Interculturalidad.	
3.6. PUEBLOS INDÍGENAS EN BOLIVIA.	41
3.6.1. Medico tradicional, curanderos.	
3.6.2. La percepción de la población hacia el medico tradicional.	
3.7. TESTIMONIO DE PERSONAS QUE SUFRIERON LA AFECCIÓN DEL SUSTO.	42
3.8. BIOGRAFÍA DE UNA MEDICA TRADICIONAL ANDINA.	43
3.9. PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO Y CURACIÓN DEL SUSTO	44
3.9.1. Percepción del personal de salud.	
3.10. MATERIALES UTILIZADOS EN LA AFECCIÓN DEL SUSTO.	46
CAPITULO IV	47
DISEÑO METODOLÓGICO	
4.1. MARCO LÓGICO	47
4.1.1. Tipo de estudio.	
4.1.2. Población muestra.	
4.1.3. Instrumento de recolección de muestra	
4.1.4. Fuente de información	
4.1.5. Recursos económicos	
4.1.6. Plan de tabulación y análisis	

CAPITULO V	49
5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS	49
5.2. DISCUSIÓN.	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIÓN.	54
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	57
• ENTREVISTA Y ENCUESTA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA AFECCIÓN DEL SUSTO.	
• PRESENTACIÓN DE FOTOGRAFÍAS	
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	60
EL SUSTO UN PROBLEMA DE SALUD, PRECEPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y EL PERSONAL DE SALUD	60
I.- Resumen Ejecutivo	60
II.- Planteamiento del problema	60
III.- Soporte teórico	60
Generalidades	
IV.- Justificación	65
V.- Objetivos de la Propuesta de Intervención	65
Objetivo general	
Objetivos específicos	
VI.- Metodología	66
VII.- Análisis de factibilidad	66
VIII.- Análisis de Viabilidad	66
IX.- Cronograma	67
X.- Presupuesto	67
XI.- Bibliografía	68
XII.- Anexos	69
1.- Árbol de Problemas	
2.-Árbol de Objetivos	
3.- Marco Lógico	

El susto un problema de salud, percepción de la población y el personal de salud

INTRODUCCIÓN

Bolivia país con un alto porcentaje de población indígena estimado al 2011 con un 62.05% en el censo 2001, es decir que la mitad de nuestra población se auto identifica como perteneciente a un pueblo indígena de pueblos originarios. El 55.6% de la población indígena reside en área urbana y el 44.4% en el área rural. La población indígena según lengua hablada es castellano (2848.719) es 68.9%, quechua (2.281.198) es 55.2%, aymara (1525.325) con 36.9%. (INE Censo 2001).

Siendo Bolivia un país multiétnico y pluricultural el sistema nacional de salud asumió la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, ejerció represión y desprecio al saber ancestral, es decir a los usos y costumbres tradicionales, esta situación se constituye una de las causas de la exclusión y marginación en salud donde todo los intentos de la recuperación fueron insuficientes, por tal situación da la motivación de realizar esta investigación sobre la afección del susto que la población acude para su curación a un médico tradicional, y de esta manera como personal de salud puedo aportar con mis conocimientos y aporte de experiencias vividas del personal de salud y pobladores del área de Quintanillas .

En Bolivia la medicina tradicional ha mantenido su popularidad debido a su impacto cultural e histórico, la gente cree en ella y esta es efectiva en muchas enfermedades comunes, la ritualidad y la creencia de lo mágico es tan antigua como el mundo, en el imperio romano y en Egipto.

Lo que era empírico sirve para hacer una investigación científica por su valor cultural y las consecuencias buenas de curar a la población que necesita.

El problema en los servicios de salud los médicos occidentales demuestran no conocer la afección del susto porque piensa que es degradante y no hablan de ello aunque la población que acude a un servicio de salud les explica parece que esta asustado, cuando no es curado

oportunamente por el Doctor y no ha mejorado con los medicamentos recetados entonces acuden a un medico curandero tradicional para que se cure por que esta asustado. Por lo cual es importante realizar esta investigación para dar una atención intercultural respetando sus creencias y valores culturales de la población.

El objetivo de esta investigación es demostrar las características de la afección del susto y su curación mediante este aporte con las experiencias vividas de los pobladores del área de quintanilla.

La metodología que se ha aplicado es cualitativa con un estudio de casos y entrevistas de profundidad a 10 personas que participan en la investigación. Los resultados más importantes son personas que acuden a médicos tradicionales para el tratamiento y se sanan de su enfermedad del susto y cuentan con sus testimonios.

CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Históricamente la medicina andina ha sido conocida como un patrimonio de las culturas andinas sin embargo, la práctica ha sido relegada por el sistema convencional a un segundo plano, aun mas cuando existen cuadros “patológicos” que el sistema regular o convencional no los reconoce, incluso esta fuera del Vademecun en la formación de las ciencias de la salud. Esta circunstancia ha llevado que el abordaje de estas patologías solo son posibles por intermedio de médicos tradicionales, tal el caso de el susto, que hasta la fecha no encontramos su correspondencia en la literatura médica occidental.

Para el manejo del “susto” se está perdiendo la magia y la ritualidad de nuestros ancestros por los proceso de colonización de nuestras cultura andina, solo tienen una sola posibilidad que es el de recurrir a la medicina tradicional, con un componente importante respecto a la aceptación o visualización de parte de la población, con frecuencia vemos que los que demandan este servicio lo hacen a escondidas por el estigma que ha dejado el tratamiento de este problema, asumen que es una práctica de brujería todo el ritual que implica el manejo del susto, incluso en comunidades donde solo existe un “brujo” para la atención de la salud.

La medicina convencional o académica ha avanzado tecnológica y metodológicamente de una forma muy vertiginosa, conocemos sistemas de diagnostico propios y con mucho éxito, los procedimientos son cada día mas efectivas y ha logrado solucionar muchos de los problemas que en años pasados era impensable lograr su solución.

Sin embargo, hay problemas de salud que no es posible abordar desde la tecnológica medica convencional, tal el caso del “susto”, ¿Cómo los médicos académicos enfrentan este problema?, ¿hay procedimientos diagnósticos para detectarlos? Y, consecuente ¿cual el esquema terapéutico para curar el susto?

La medicina tradicional esta enfrentando este problema, lo llaman el “*ajayo*” “*animo*” “*la alma*” que expresa una manifestación somática del espíritu, es un problema que desde la cosmovisión de la medicina tradicional es una entidad que tiene su origen –causa- y sus efectos en consecuencia es posible tratarlo.

El susto al no ser reconocida por el Sistema convencional de salud como una patología no es posible en la práctica incorporar o buscar su equivalente para ser tratado, este problema se profundiza aun mas cuando existe una evidente resistencia pro la forma ritual de cómo lo abordan los practicantes de la medicina tradicional.

Muchos autores desde la medicina tradicional han escrito al respecto, sin embargo, sigue siendo para los médicos convencionales un problema no reconocido, además la población en un franco proceso de transculturación y estigmatización de lo tradicional están perdiendo la posibilidad de recurrir en forma oportuna a una atención que les asegura un tratamiento adecuado del susto sin discriminaciones ni estigmas.

Con seguridad la practica medica convencional se encuentra con este tipo de problemas y asumen el problema con una dimensión conocida y con frecuencia se insume en otras patologías como ser la diarrea con un llanto sostenido, o solo tratan la sintomatología asociada a una enfermedad ya conocida o reconocida por el sistema de salud convencional, todos los días el personal de salud de los establecimientos públicos de salud rural y periférico se enfrentan a este problema de salud y queda simplemente ignorado, no se registra o simplemente se lo confunde con otra patología propia del vademécum medico convencional de la medicina académica.

Por otro lado la población del área rural y de poblaciones migrantes a barrios periféricos sostenidamente está demandando atención para el susto, aunque no está sistematizado en nuestro medio y con las condiciones actuales de vida en ciudades intermedias tal como sucede en el Municipio de Sacaba, caracterizar y sus manifestaciones y formas de tratamiento darán una posibilidad de sensibilizar el personal para seguir profundizando este problema de salud reconocido especialmente por la población que migra de poblaciones culturalmente tradicionales.

Bolivia, un ejemplo de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias. El Qollasuyu o el collao, como nos conocen aun dentro de Bolivia, es una cultura estrictamente medicinal, Enrique Oblitas Poblete, en la introducción de uno de sus libros nos da la etimología correcta de la palabra de la palabra Kallawayas, Qolla = Plantas medicinales; Wayuña =llevar algo colgado del hombro, eran el nombre que daban los aymaras a los que llevan al hombro sus capuchos de plantas medicinales.

La experiencia de Chile nos señala que “a los médicos desocupados se les ocurrió llamarlos brujos a los médicos que practican la medicina tradicional que en algunos contextos se los considera como sabios, analógicamente en el Chile de Pinochet se los acuso de comunista y este estigma era sinónimo de condenación a la muerte.

Dr. Francisco Rosi, hablando de los sabios indígenas decía que eran elegidos y que eran preparados prácticamente durante toda su vida para ejercer un servicio como líderes políticos, culturales, religiosos, y también para curar a los enfermos, en distintas culturas americanas se los llaman; Chamanes o Shamanes, Sinches, Payereta (guaraní) y en el caso del pueblo Aymara Yatirinaka o Yachajkuna en el pueblo quechua.

A los sabios les llamaron Brujos y todos sabemos muy bien la suerte que corrían estos últimos en la Europa de los siglos XV al XVII... los quemaban y de hecho, en La Paz quemaron a un par de ellos, según lo afirmo Gregorio Loza Balsa en una conferencia.

Por su lado los sabios indígenas tampoco querían visitarlas ciudades o lo hacían con mucho temor, los Kallawayas del siglo XX se dieron cuenta que deberán hablar para conservar su cultura, Don Lucas Ortiz también dedico 6 años de subida a la formación de los jóvenes Kallawuas para recuperar su conocimiento y autoestima donde se dieron unos credenciales para que no les molestaran de la práctica ilegal de la medicina tradicional. El punto fue que el año 2002 la UNESCO declaro a la cultura Kallawayas “Obra Maestra del Patrimonio Oral de la Humanidad” Razón suficiente para que todos nos sintamos orgullosos de nuestras medicinas ancestrales.

El ministro de salud Dr. Javier Torrez Goitia (padre) fue el que hizo en pie las estrategias de atención primaria de la salud 1982 hasta 1985 con la participación de los comentaristas, parteras, trabajadores de las comunidades y de los que practican la medicina tradicional. Bolivia fue el primero en obtener personería jurídica a los médicos originarios del continente. Aunque falta mucho para la articulación de la medicina académica y tradicional trabajando juntos en busca de la salud de todos y todas en el país.

El sistema de salud a incorporado a la medicina tradicional como uno de los medios alternativos de la medicina para la población que accede a la medicina occidental.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de la enfermedad del susto en la población del área de Quintanilla, para proponer un esquema de tratamiento en el marco de la medicina tradicional del Hospital Solomón Klein del Municipio de Sacaba, Provincia Chapare, del Departamento de Cochabamba?

Beneficiarios.

Este proyecto de investigación va beneficiar a los pobladores que mantienen la creencia culturales de la afección del susto que recibirán atención desde su cosmovisión andina y respetando sus costumbres y tradiciones donde los pacientes eligen su preferencia a la medicina occidental o medicina tradicional sin discriminación y crítica por sus conocimientos ancestrales.

La sensibilización de los centros del sistema de salud en la articulación de la medicina tradicional y medicina occidental donde podrán ampliar sus conocimientos y podrán realizar la referencia y contra referencia de un medico occidental a un medico tradicional n caso de la afección del susto y otras enfermedades que ni el medico no ha podido resolver.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes ha establecido como política central para el abordaje de la salud la incorporación de la medicina intercultural con un fuerte reconocimiento de las tradiciones y la práctica de la medicina tradicional en todas sus expresiones, el reconocimiento

de problemas tan específicos como el susto, nos dará bases para poder abordar el problema desde los servicios de salud en la práctica cotidiana.

No hay sistematizaciones de temas como el susto en el contexto boliviano, y es una consecuencia del estigma de algunas prácticas de medicina tradicional ya sea en lo cotidiano de las familias o en la práctica de los médicos tradicionales.

No hay estudios donde se establezca que el susto es un factor de riesgo para la morbilidad o la mortalidad específicas, es posible que estas condiciones se subsuman en otros cuadros patológicos o simplemente se subsuman en otros cuadros reconocidos por el vademécum médico occidental. Es de urgente necesidad elaborar documentos basados en la evidencia y desde la perspectiva de la población la necesidad de analizar y discutir las creencias y culturas de nuestros pueblos¹ que como prácticas milenarias deberán ser reconocidas y de esta manera reducir las barreras entre el personal de salud y la población que en su cosmovisión está inmersa en patologías no reconocidas o al menos poco tratadas. Aun más cuando el 55.6% de la población indígena reside en área urbana y el 44.4% en el área rural.

Los comunarios donde se implementa las políticas de salud SAFCI salud familiar comunitaria intercultural de exclusión social sanitaria a través de la implementación del Sistema Único de salud intercultural y comunitario, este nuevo modelo tiene como espíritu la solidaridad, reciprocidad, trabajo mancomunado o compartido, la equidad en la toma de decisiones y la articulación de conocimiento biomédico y de los saberes y prácticas médicas tradicionales-ancestrales (Ministerio de Salud y Deportes salud familiar comunitario intercultural La Paz 2007 pág. 7).

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Identificar la percepción de la enfermedad del susto en los pobladores del área de Quintanilla del Municipio Sacaba provincia Chapare departamento de Cochabamba en el último trimestre de la gestión 2009.

¹ La Constitución Política del Estado Plurinacional Boliviano reconoce 36 etnias o pueblos indígenas.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar la percepción de la enfermedad del susto por los pobladores de Quintanilla.
2. Describir el procedimiento de la curación en la afección del susto por los médicos tradicionales.
3. Elaborar una propuesta de articulación de la medicina tradicional y la medicina occidental cuyo trazador es el susto (referencia y contra referencia).

Bases conceptuales: La afección del susto es identificado como un azote maléfico de enfermedades psicosomáticas que producen la morbimortalidad en los pobladores sino se realiza el tratamiento adecuadamente con un ritual mágico por un medico tradicional andino.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. REALIDAD BOLIVIANA ASPECTOS GENERALES

Las poblaciones boliviana indígena cimienta sus creencias en la experiencia de la práctica, por que están íntimamente relacionado con el medio ambiente, la naturaleza donde se utiliza la observación directa. Y los datos que obtienen son usados para pronosticar y generar aportes propios.

2.1.1. Geopolítica

El país se halla situado en el corazón de sud América cuenta con una superficie de 1.098.581 Km², se divide en 9 departamentos, 109 provincias y 314 secciones municipales, además en cantones y comunidades.

2.1.2. Población

En la actualidad la población es de 10.227.229 habitantes en todo el territorio Boliviano, de esto el 50.2% pertenece n al genero femenino y el 49,8. % al género masculino. En el área urbana viven 62,43 % y en el área rural 37.57 %, la tasa de crecimiento intersectorial es de 2.74%, tasa global de fecundidad hijos por mujer es de 4.14, la esperanza de vida al nacer es de 62.50 años.

2.1.3. Economía

Bolivia tiene una gran variedad de recursos naturales, el suelo, la producción agrícola y ganadería, el agua, las praderas, los bosques, la flora y la fauna silvestre, actualmente los minerales y los hidrocarburos constituyen la base de la economía nacional. Que se caracterizo la concentración de esfuerzos en el desarrollo del sector exportador de los minerales y posteriormente hidrocarburos. Lo cual favorece en el desarrollo de la infraestructura vial.

Según el (INE) el crecimiento económico al primer trimestre de 2010 registro 6.07 %. La inflación acumulada hasta julio 2010 llego a 9.35 %. Y la balanza comercia boliviana registro un superávit de 997,1 millones de dólares.

2.2. CARACTERÍSTICAS DE COCHABAMBA

2.2.1. Geopolítica

El departamento de Cochabamba es una unidad político administrativa de Bolivia. A pesar de la diversidad ecológica de su geografía, la conformación histórica puede considerarse una región articulada por el núcleo económico social de los valles meso térmicos donde se localiza la ciudad de Cochabamba que fue creada el 23 de enero de 1826 durante la presidencia del Mariscal Antonio Jose de Sucre.

Cuenta con una superficie total de 67.918 Km² y esta geográficamente situada en la parte central de Bolivia también denominado el granero de Bolivia.

2.2.2. Población.

La población total según el (INE) es de 1.455.711 habitantes, del total de la población corresponde 57.54%, comprende área urbana y el 42.46% comprende al área rural. Se distribuye en 16 provincias y 44 secciones municipales.

2.2.3. Educación.

De acuerdo al programa de educación de las políticas de gobierno “yo si puedo”, se realizo la enseñanza a personas adultas que no sabían leer, como resultado se disminuyo el analfabetismo en las provincias.

2.3. Características del municipio de Sacaba.

2.3.1. Antecedentes históricos.

La primera fundación, la versiones existentes sobre el origen centro poblado de sacaba de expansión del imperio Incaico hacia el oriente. Uno de los que avanzo, viene a ser el Ayllu Colla de Sarkjapa que data el año 1210.

La segunda fundación en 1560 por el conquistador Diego Alemán este territorio Amparo a los viajeros expedicionarios en busca del oro de Paititi en estas circunstancias se funda el Tambo de Kjuru pampa (hoy Curubamba).

Tercera fundación el 29 de junio de 1761 se fundo con el nombre de Villa de San Pedro de Sacaba delegada de la audiencia de Charcas el capitán Joseph Nicolas Maldonado Sotomayor por encargo del Virrey del Perú don Manuel de Amat precediéndose al trazo de la plaza que conocemos con el nombre de 6 de agosto. El Municipio de Sacaba durante la presidencia de Manuel Isidoro Belzu paso a ser la Capital de la provincia Chapare el 10 de junio de 1854 y el año 1905 llego el rango de la ciudad. El año 1902 se construyo el palacio Consistorial y el año 1904 se construyo el mercado central de Sacaba.

2.3.2. Latitud y longitud.

El municipio de Sacaba primera sección de la provincia Chapare, se halla situado entre 66° 10' y 65° 50' y longitud este.

2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE QUINTANILLA

2.4.1. Antecedentes históricos y aspectos generales

El Hospital Solomón Klein del Area de Quintanilla, fue construido en 1990 gracias a la colaboración del benefactor Norteamericano el Sr. Solomón Klein. Este Hospital corresponde a la red de servicios VI Valle Puna y esta ubicado en el Km 4.5 sobre la Avenida Villazón.

Hablaremos del área Quintanilla, en la que los habitantes presentan un nivel socioeconómico medio bajo. La población asciende a 41 449 habitantes, y sus principales actividades son el comercio, transporte público, trabajo de construcción, talleres mecánicos, artesanos, tiendas de abarrotes, etc.

Referente a los servicios básicos, existen muchas falencias. En su mayoría, la población no cuenta con agua potable, se abastecen de pozos de agua y de cisternas. También carecen del servicio de alcantarillado pues utilizan pozos sépticos y es por esto que un alto índice de la población padecen enfermedades gastrointestinales. El alumbrado y la energía es un servicio que llega a un 80% de los habitantes, en contraste a estos datos, las urbanizaciones de la zona cuentan con todos estos servicios básicos.

Las OTB (Organizaciones Territoriales de Base) se encargan de beneficiar a los diferentes barrios con los que cuenta el área y tienen como punto de encuentro el auditorio del Hospital Solomón Klein. Entre los clubes de madres ayudan a la formación y capacitación y de esta forma ayudan al a búsqueda de empleo viéndose beneficiados no sólo las madres sino la familia en su conjunto.

Desde un inicio el Hospital contaba con sala de internación y curación, posteriormente cuando se hicieron ampliaciones en la infraestructura se contó con un consultorio dental, sala pediátrica y medicina general y actualmente se atiende todos estos servicios médicos conforme a las demandas de la población de Quintanilla. Los servicios odontológicos cubren las demandas existentes referentes a consulta externa, servicio social y prevención.

Actualmente la administración del Hospital juntamente con la alcaldía están gestionando la ampliación del hospital, pues al haber crecido la población la actual infraestructura resulta insuficiente.

Los principales problemas que detectamos fueron: la falta de dotaciones tanto para la consulta externa como para la atención del SUMI y la falta de mantenimiento del equipo dental, compresora y Rx.

Como equipo de odontología del Hospital Solomón Klein logramos integrarnos en el equipo de salud, buscando así un gran beneficio para el paciente como es la atención integral, siendo nuestro Hospital el único Centro de Salud de Cochabamba que se integra y actúa en estrecha relación con el equipo médico especializado en las distintas áreas y logra resultados positivos para la población afectada.

El modo de acción de nuestro equipo odontológico fue brindando atención de consulta externa durante todo el día, y en las mañanas antes de las visitas médicas que a diario realiza el equipo de salud (médicos, odontólogos, enfermeras) parte de nuestro se dedicaba a la revisión atención y consejería odontológica a los pacientes internados en el hospital, tanto en la sala de puerperio, internación adultos y pediatría.

Nuestro servicio de internado no se ha limitado a trabajar solamente en el Hospital, pues también nos ocupamos de salir a la comunidad y ser protagonistas mas no solo colaboradores en las campañas de vacunación y en la concientización de la población en todo lo que concierne a la salud de la cavidad bucal y así lograr mejorar su nivel de vida.

Creemos que debería haber esta integración del equipo de salud en todos los centros de salud, así de este modo mejoraría el servicio para nuestra población.

Para finalizar, agradecemos al Dr. José Inturias Guevara, por habernos incentivado a realizar nuestro servicio de manera integral, tanto para el paciente como para nosotros mismos, ya que así el odontólogo no solo se rige a la atención de patologías que afectan a la cavidad bucal, sino además sentirnos y estar capacitados para ser parte de un verdadero “Equipo de Salud”.

2.4.2. Aspectos generales

Enfocaremos todo lo referente a la ubicación del Hospital Solomón Klein, el nivel socioeconómico, servicios básicos con los que cuenta la población como ser agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, medios de comunicación y otros a tomar en cuenta.

2.4.3. Ubicación Geográfica

El Hospital Solomón Klein se halla ubicado en el área de quintanilla perteneciente a la red de servicios de Salud VI Valle Puna, que corresponde a la provincia Chapare, sobre la avenida Villazón a nivel de Km. 4.5 (dicha avenida conduce a la localidad de Sacaba). Sus límites son:

- Al norte con las serranías del Tunari.
- Al sur con las serranías de San Pedro, de Abra y con el río Rocha.
- Al este con la provincia de Sacaba.
- Al oeste con el río seco y la zona de Pacata.



2.4.4. Nivel socio-económico

El área de Quintanilla de acuerdo con la forma de vida y ocupación de sus habitantes presenta un nivel socio-económico medio-bajo.

Cabe mencionar que el área se encuentra en constante progreso debido al interés y preocupación de los habitantes por lograr una superación de su entorno

2.4.5. Población

La población del área de Quintanilla se encuentra en constante crecimiento habitacional, es de esta manera que tomando como parámetro los índices de natalidad, morbilidad y mortalidad existentes en dicha zona, se observa que la población asciende a 41.449 habitantes en una extensión que abarca aproximadamente 30km.

2.4.6. Ubicación

En la zona de Quintanilla el aspecto laboral es diverso e informal, siendo el comercio una de las actividades mas realizada, entre otras podemos mencionar el transporte público, trabajo de construcción talleres mecánicos, artesanos, tiendas de abarrotes, trabajos domésticos.

2.4.7. Migración

Debido al crecimiento poblacional en otros departamentos los habitantes de los mismos se vieron en la necesidad de buscar regiones donde habitar que les brindarán un terreno para la construcción de su vivienda, fuente de trabajo y buena acogida, para comenzar una nueva forma de vida.

Es por esta razón que existe una efectiva migración en Quintanilla comenzando por el departamento de la Paz, siendo la población paceña la más predominante en la zona, de igual manera existe migración proveniente de Sacaba, Quillacollo y otras regiones.

2.4.8. Servicios Básicos

Estos son fundamentales en toda vivienda, sin embargo esta no es la realidad en que vivimos y menos aún en la zona de Quintanilla, la misma que llaga a tener muchas falencias que detallaremos a continuación.

2.4.9. Agua Potable

Lamentablemente este es un servicio con el que no cuenta la mayoría de los habitantes de Quintanilla. Siendo este el líquido elemento fundamental para la subsistencia y salud de otro ser humano (se abastecen de pozos de agua) y cisternas. Debido a esta carencia gran parte de la población padece de enfermedades gastrointestinales.

2.4.10. Alcantarillado

De la misma manera la falta de alcantarillado ocasiona serios problemas en la salud de los habitantes de Quintanilla (utilizan pozos sépticos). Debemos mencionar que son las zonas más alejadas las que tienen este problema, que lamentablemente alcanzan la mayoría de la población. Son las urbanizaciones de esta zona las que cuentan con este servicio.

2.4.11. Energía eléctrica

En lo referente a energía eléctrica y alumbrado público, existe una gran difusión en gran parte de la zona, llegando a abarcar hasta un 80 % de la población.

2.4.12. Medios de comunicación

El área de Quintanilla no posee ningún tipo de comunicación propio de la zona, pero cuenta con medios de comunicación que llegan desde la ciudad de Cochabamba y Sacaba, siendo estos: Radio, Televisión, Periódico, Teléfono.

2.4.13. Transporte público

El traslado a la zona de Quintanilla es seguro y accesible ya que la población se encuentra camino a la localidad de Sacaba, es por eso que existe transporte público de manera constante que se dirige a dicha localidad, al mismo tiempo Quintanilla cuenta con transporte público propio de la zona.

2.4.14. Establecimientos educativos

En el área de Quintanilla existen varios establecimientos educativos, tanto particulares como fiscales, lo cual de muestra un marcado interés por la población infantil y adolescente. A continuación mencionaremos los establecimientos existentes en la zona:

a) Establecimientos particulares

- Colegio Humanístico Boliviano (primaria y secundaria)
- Unidad Educativa Pablo II (primaria y secundaria tarde)

b) Establecimientos fiscales

- Escuela Jesús Terceros Siles (primaria)
- Escuela José Rojas (primaria y secundaria)
- Jardín de Niños Quintanilla (kinder)
- Unidad Educativa Max Fernández “A” (primaria y secundaria)
- Unidad Educativa Max Fernández “B” (primaria y secundaria)
- Escuela Jesús Terceros (turnos tarde, kinder y primaria)

2.4.15. Vivienda

En la zona de Quintanilla las viviendas se caracterizan por ser variadas, responde a la situación socio-económica de los pobladores en lo que respecta al tipo de construcción, así encontramos

Urbanizaciones, las cuales están construidas con ladrillo y muchas de ellas revocadas con yeso, estas viviendas son las que llegan a contar generalmente con todos los servicios. Por otro lado también nos encontramos con viviendas edificadas a base de adobe, algunas de ellas revestidas con cemento y estuco, muchas de ellas cuentan con algunos servicios básicos, además de tener pozos sépticos, si embargo aún existen aquellas que presentan pozos a cielo abierto.

2.4.16. Religión

Los pobladores de la zona profesan varias religiones siendo la religión católica la mas difundida abarcando aproximadamente el 60 % y otras religiones como: Evangélicas, Adventistas, Cristianos, Mormones abarcan el 40 % restante

2.4.17. Idioma

Predomina el Castellano, pero también se ha determinado un gran numero de población bilingüe (Castellano-Quechua) por el gran numero de migraciones, establecimientos educativos y otros.

2.4.18. Grupos organizados

La organización de estos grupos ya sean estatales, populares o privados, colabora en el crecimiento de la población, ya que se llegan a determinar en reuniones una serie de actividades que benefician a la comunidad.

2.4.19. Organizaciones estatales

Están las OTBs de madres, las que se encargan de beneficiar a los diferentes barrios con los que cuenta el área, tiene como punto de encuentro el auditorium del Hospital Solomón Klein; las reuniones por lo general se efectúan cada trimestre, semestre o reuniones ordinarias.

2.4.20. Organizaciones populares

Están los clubes de madres, como ser PRO-MUJER; donde se prestan servicios de tipo profesional o técnico, los cuales ayudan a la formación y capacitación de madres de familia, estas actividades de cierta forma ayudan a la búsqueda de empleo y capacitación, viéndose beneficiadas no solo las madres sino también la familia en su conjunto, determinándose así un mayor ingreso económico dentro de la familia. Esta actividad comprende artesanía, corte y confección y otros.

2.4.22. Organizaciones privadas

Están las ONG, que contribuyen al desarrollo de la población entre estas esta CRECER que corresponde al área de Quintanilla.

2.5. CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL SOLOMON KLEIN.

2.5.1. Generalidades

Como norma vigente actual, el Hospital presta los servicios médicos básicos requeridos, ofreciendo a la población atención inmediata en casos de emergencias y medicina general. Desde su inicio el Hospital contaba con salas de internación y curación; posteriormente en cuanto a la infraestructura se hizo ampliaciones para un consultorio dental, sala pediátrica y medicina general.

Actualmente se atienden todos estos servicios médicos conforme a la demanda de la población de Quintanilla.

Los servicios odontológicos cubren las demandas existentes, referido tanto a consulta externa, servicio social y prevención.

2.5.2. Tipos de servicio

Servicios vigentes antes del año 2000:

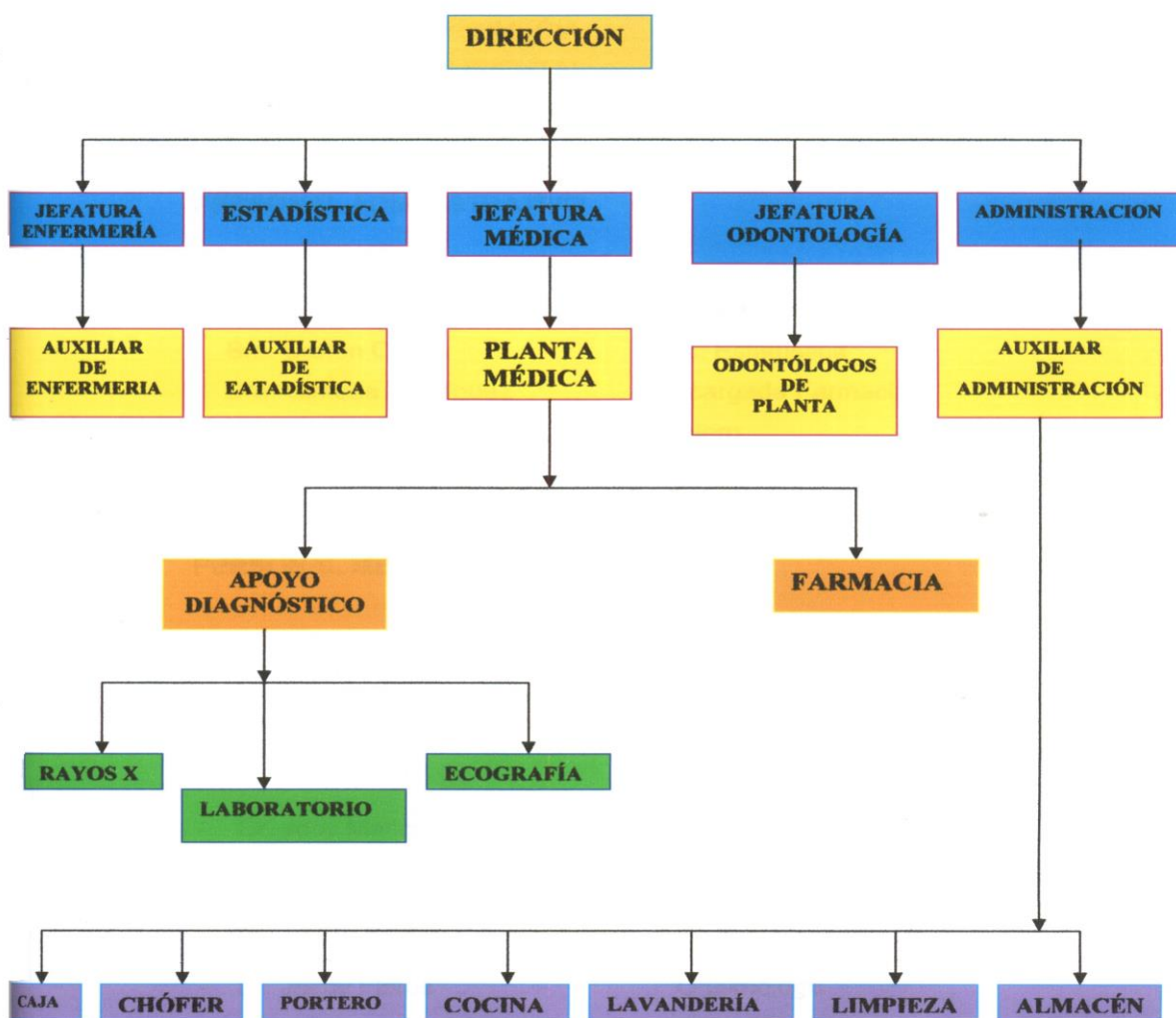
- MEDICINA GENERAL
- GINECOLOGÍA
- ODONTOLOGÍA
- PEDIATRIA
- LABORATORIO

Servicios vigentes a partir del año 2000:

- TRAUMATOLOGÍA
- RADIOLOGÍA
- ECOGRAFIA
- OFTALMOLOGÍA
- QUIROFANO
- ESTADÍSTICA
- INFORMACIÓN
- ADMINISTRACIÓN
- CAJA
- SERVICIOS
- PORTERO
- COCINA
- LIMPIEZA
- PLANTA MEDIA
- CIRUGÍA
- DIRECCIÓN
- PLANTA ODONTOLÓGICA
- RESPONSABLE DE SALUD BUCAL
- PROVINCIAL
- CONSEJO TECNICO

- ENFERMERIA
- AUXILIAR DE ENFERMERIA
- SANEAMIENTO AMBIENTAL
- RESPONSABLE POPULAR
- PERSONAL ADMINISTRATIVO
- PERSONAL MÉDICO
- PERSONAL ODONTOLÓGICO
- PERSONAL DE ENFERMERIA
- PERSONAL DE LABORATORIO
- PERSONAL DE SERVICIO

2.5.3. Organigrama



2.5.4. Tarifas de servicios médicos

- Consulta dental 3 Bs.
- Consulta médica 7 Bs.
- Consulta especial 20 Bs.
- Emergencias 10 Bs.
- Laboratorio 12-27 Bs depende de la muestra
- Ecografía 50 Bs.
- Curaciones 5-15-20 Bs.
- Inyectables 2 y 1 Bs.
- Suturas 5 Bs.
- Rx varia según la parte anatómica

2.5.5. Recursos infraestructurales

En cuanto a infraestructura el Hospital fue creciendo desde su inicio hasta estos días con las salas para las distintas especialidades y habilitándose la sala de quirófano. Actualmente la administración del Hospital juntamente con la Alcaldía están gestionando la ampliación del Hospital. Porque al haber crecido la población la actual infraestructura resulta insuficiente.

2.6. MARCO LEGAL

2.6.1. Reglamento del Ejercicio de la Práctica de la Medicina Tradicional Boliviana.

Esta norma, emitida por Resolución Ministerial N° 0231 (1987) señala

“ Que corresponde al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública normar las acciones referentes a la conservación y mejoramiento de la salud del pueblo boliviano; Que es necesario reglamentar todo lo referente a la práctica de la Medicina Naturista-Tradicional en nuestro país, con el fin de resguardar y proteger la salud de la sociedad nacional”

Señala que el Director General de Salud Pública y los Directores de las Unidades Sanitarias, quedan encargados de la ejecución y cumplimiento de la misma.

Transcribimos la parte introductoria que nos da una idea de la visión que se tenía en ese entonces:

“REGLAMENTO PARA LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA NATURISTA- TRADICIONAL DE BOLIVIA

INTRODUCCIÓN La medicina tradicional es el conjunto de prácticas, recursos y procedimientos diversos, que han empleado ancestralmente los pobladores nativos de nuestro país,

1.- (Así como de otros), para el tratamiento de sus dolencias, y que se transmiten verbalmente de una generación a otra.

Esta forma de medicina, mantiene su vigencia aún en la actualidad, pues a ella recurre gran parte de nuestra población en particular la indígena, que lo hace siempre, y en primera instancia; acudiendo a la medicina científica ó académica, sólo cuando aquella ha fracasado en el alivio de sus dolencias. Pero también debemos admitir, que otros sectores de nuestra colectividad, recurren también a la medicina nativa.

2.- Relativa frecuencia, esto como una expresión más de la persistencia de ciertos rasgos culturales nativos, que aún subsisten en nuestra sociedad, esto significa entonces, que la medicina tradicional se encuentra muy difundida en nuestro país,

3.- Particularmente en áreas rurales, pero también nos induce a reconocer la validez y utilidad de su práctica, particularmente para la reparación ó mejoría, de numerosas dolencias en especial aquellas que tienen un fuerte componente psicosomático.

En la práctica de la medicina tradicional, debemos destacar la presencia de los componentes: Uno referido a la forma de actuar por parte del curandero, el cual ejercita una verdadera ceremonia mágico-terapéutica, y que tiene gran influencia para la curación del enfermo. El otro componente lo constituyen algunos de los recursos que utiliza para el tratamiento, especialmente plantas y hierbas, muchas de las cuales tienen propiedades curativas, innegables, aunque justo es reconocer que alado de ellas, existen otras de utilidad discutible o si no completamente ineficaces, y aún potencialmente nocivas.”

2.6.2. Decreto Supremo N° 29601 Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI.

Emitido en fecha 11 de junio del 2008 por el gobierno actual. En la parte de consideraciones, hace mención de lo siguiente:

“Que el Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud, amplía los alcances del Decreto Supremo N° 25233, incorporando al conjunto de entidades, instituciones y organizaciones público y privadas que prestan servicios de salud, a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, involucrando al sistema público, seguro social de corto plazo, iglesias privadas con y sin fines de lucro y la medicina tradicional”.

“Que ante la necesidad de establecer e implementar un modelo sanitario de salud, coherente con la realidad socio económica cultural de la población boliviana ,aplique sus acciones de la justicia, en la búsqueda de equidad, fortalecimiento entre las referentes medicinas académica, indígena originaria campesina y otros”.

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI.

ARTÍCULO 2.- (OBJETIVO DEL MODELO). El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud; y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

ARTÍCULO 3.- (PRINCIPIOS)

a) Participación comunitaria

Es el proceso por el cual las personas, familias, comunidades y barrios se involucran en la gestión de la salud y toman decisiones en la planificación, ejecución administración, seguimiento-control, junto al equipo de salud dentro y fuera de los establecimientos.



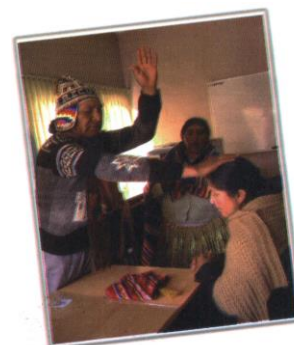
b) Intersectorialidad

Es el trabajo coordinado con diferentes sectores como: Salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia y otros, para dinamizar las acciones de salud y optimizar recursos.



c) Interculturalidad

Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.



d) Integralidad

Es la capacidad del servicio de salud de concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.



2.6.3. Implementación de la normativa en nuestro Centro de Salud

La implementación del nuevo modelo de salud familiar comunitaria intercultural, en la actualidad no se está aplicando en la práctica, pese que todo el personal ha sido capacitado en el nuevo modelo de salud. Tampoco se cuenta con los instrumentos de trabajo, como ser las carpetas familiares y protocolos de atención comunitaria. Pero no quedando indiferente la odontología, intenta implementar realizando salidas a comunidad una vez por semana, realizando el respectivo seguimiento y evaluación de las actividades realizadas en distintas OTB's de la región de Sacaba, quedando como constancia un libro de registro con todas las actividades realizadas al área circundante del servicio de salud de Solomón Klein.

2.6.4. Nuevos decretos en la Constitución Política del Estado (2009):

Los siguientes artículos reflejan el punto de partida para la reconstrucción del aparato del Estado y sus orientaciones políticas y técnicas, con la diversidad étnica y cultural en el centro de sus realizaciones:

ARTÍCULO 30. II DERECHOS DE LOS PUEBLOS:

9.- A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) pretende consolidar a partir de la adopción de una “nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud”, para que:

“Las personas, la familia y la comunidad tengan una atención de salud, que no sólo vea la enfermedad de la persona, sino también su armonía con ella misma, con la naturaleza; aceptando, respetando y valorando lo que sienten, conocen y practican”².

² MSD, Salud Familiar Comunitaria Intercultural, La Paz, 2009, p. 10.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Autores de la Investigación científica de la afección del susto.

- **Efraín Cáceres**, investigador de larga trayectoria en la temática, nos explica que la medicina andina es una práctica terapéutica, que es eficaz en el contexto de la comunidad andina, que se desarrolla en un contexto religioso y que trasciende la comunidad tradicional para invadir y recrearse en los barrios populares de pueblos y ciudades en todos los países andinos. Nos convence que hay que considerar una sesión terapéutica andina como un culto religioso que compromete religiosamente a ambos: al médico con su asistente y al paciente con su familia. Así nos enseña el informe de Cáceres sobre un caso de curación entre miles. Muestra en su libro que el sistema de salud pan-andino está vigente y practicado, decidida y convencida mente, sin escrúpulos ni titubeos. Es parte del culto sagrado a la vida, un culto que radica en la rica herencia de valores andinos que inspiran al curandero y su paciente. El *yachaq* “sabe” criar y cuidar, religiosa y respetuosamente, la vida desde sus raíces divinas. El sistema de salud andino surge del mito andino de la vida, en la relacionalidad universal de la vida y, digamos, en la pacha-vivencia del *yachaq* y su paciente. Esto nos explica por qué la medicina tradicional no muere ni disminuye en la ciudad de los países andinos, sino que se acomoda y se integra sin menoscabo en la cultura urbana de los migrantes y las nuevas generaciones.

Cáceres presenta en un detallado relato de la boca del ex-paciente urbano que - sin darse cuenta de sus raíces andinas de identidad cultural, ética y cosmovisión tradicional pero al final reconociéndolas - sobrevive una enfermedad mental típicamente andina – el susto – que le habría sido fatal. Aunque por su boca tomó distancia de ‘esas cosas’, sobrevivió por los valores andinos vivos en él mismo y activados por el ritual terapéutico del *yachac*. El autor – andino, y de larga trayectoria en la investigación de la etno-medicina andina – luce una minuciosa descripción del caso, un penetrante

entender psicológico del paciente y un cuidadoso análisis de ambos: tanto la experiencia de la enfermedad como los símbolos del ritual terapéutico activadores de sus valores andinos vivos; tanto la ética andina del enfermo como el ritual restaurativo del médico.

La cuidadosa observación y la sutil interpretación lo llevan a fundamentar su tesis de la identidad andina, recreada por el descendiente andino – y, en general, por las generaciones migrantes jóvenes - como su fuerza motivadora que les permite sobrevivir decorosamente en una nueva sociedad modernizante, globalizante; construir en ella sus vidas; darle carácter, perfil e identidad a la nueva cultura andina. Es la inculturación de la ética andina en la sociedad urbana; o, si quieres, la integración del concepto andino de la economía como ‘crianza de la vida’ en un mundo social moderno de la ‘producción de bienes’.

El caso nos muestra un fenómeno latente, una verdadera incubación, del actual concepto andino del progreso humano y social: es la incubación de un proceso de reconstrucción del concepto de desarrollo. Es la versión auténticamente latina del progreso: progreso humano y social. Y es la versión basada en la cultura y los valores propios de los ‘andino-cristianos’, para darle cara al mestizaje peruano.

Esta práctica terapéutica se basa en un saber ‘secreto y sagrado’; un modo de saber real pero no es científico occidental. Este saber es el resultado de observación y experiencia, de contemplación y meditación, de cosmovisión y mitología. En el mundo académico y médico, este modo de saber es comúnmente despreciado como mágico, supersticioso, pre crítico y pre-científico y como efecto de ignorancia, pero al mismo tiempo forma el fundamento de la práctica terapéutica eficaz de los médicos kallawayas, **Ina Rosing** penetró en el mundo de la medicina kallawayaya de una manera poco tradicional, pero gracias a su metodología revolucionaria ella logró entender en el modo kallawayaya de saber, que es un saber contemplativo y religioso. El interés central de ambos – **Cáceres y Rösing** - es la carga simbólica de las ceremonias curativas y el sistema de valores activado en la sesión terapéutica. Para penetrar en el secreto de la práctica terapéutica kallawayaya, Rösing participa religiosamente en el culto terapéutico-religioso. En cambio, Cáceres, que siendo andino no necesitaría aquel ejercicio, se

dedica inmediatamente al análisis riguroso y la interpretación acertada del relato autobiográfico del paciente y la entrevista con su *yachac* (*el saber*).

El trabajo de Cáceres existe unas preguntas metodológicas fundamentales al antropólogo dedicado a la investigación del fenómeno religioso. Su libro (igual que la obra maestra de Rösing sobre la medicina kallawaya) nos sirve como punto de partida para profundizar algunos de sus conceptos centrales y desarrollar estos interrogantes básicos para cualquier antropología de la religión.

Preguntándonos por los antecedentes de la investigación boliviano-peruana en etnomedicina, y por la posición de Cáceres en una tradición ya centenaria de estudios de la temática, salta a la vista el largo camino que va desde la práctica del *yachac* – ‘el curioso’ - hasta el *campus* universitario. Autores, como Lira y Oblitas han registrado en forma sistemática y muy completa la farmacología andina. Estos “elementalistas”, aún cuando aprecian los fármacos andinos, solían ignorar o rechazar las ceremonias terapéuticas, tildándolas - con Otero - de magia, primitivismo, y hasta de engaño. Y así se condenan a ellos mismos ya que, limitándose a la parte empírica, no alcanzan más la visión total de la medicina andina. **Girault**, por último, es tanto o más completo y sistemático que los anteriores y, además, se dedicó con mucha atención a la ritualística kallawaya, pero su muerte prematura no le permitió acabar su trabajo. Otros investigadores, como Sal y Rosas, describen el tratamiento ritual de la enfermedad “del susto” admirando, pero no explicando, sus efectos psiquiátricos favorables “en indígenas inalcanzables para nuestra psiquiatría”. Ina Rösing, autora de la obra monumental MUNDO ANKARI, en cambio, incluyó y privilegió en su investigación la ‘ritualística’ kallawaya, mediante una observación participativa larga y concienzuda, con el fin de registrar y analizar la curación como fenómeno total.

- Dos autores de gran calidad, **Tschopik y Bastien**, se han dedicado a describir, respaldados por una muy buena preparación académica, algunas escasas sesiones curativas como base de datos de sus investigaciones, para desarrollar así sus interpretaciones teóricas del fenómeno. Sin embargo, ninguno de ellos dejó que los innumerables símbolos movilizados en el ritual curativo nos sean comunicados en su propio lenguaje. Casi no aparece la palabra y la oración del *yachac*, las que son el

principal nexo comunicativo con la persona del enfermo, con su historia, su medio social, natural y sobrenatural. Así se nos escapa en gran parte el sentido que tiene el ritual y sus símbolos para el enfermo y para todos los implicados en la ceremonia. En cambio, Rösing registra y analiza el lenguaje ritual, el aparato ritual y el desarrollo ritual de las sesiones, en busca del significado que - dentro del marco cultural andino - siempre es un significado concreto y personal para los implicados y que hace que cada curación ritual sea única. **Bastien** parte de su visión teórica del estructuralismo simbólico. **Tschopik** lo observa todo en la perspectiva de su visión psicologuista de ‘el carácter triste y angustiado del Aymara’. Rösing parte del fenómeno total de la curación kallawayaya, registrando e interpretándola en una visión holística.

El investigador Cáceres se limita a la observación, la descripción y la interpretación del caso, para luego dedicarse a la reflexión teórica. Su logro es una interpretación magistral en términos de la psiquiatría y la medicina científica. Así se distingue su metodología, su enfoque y su logro de otros muy destacados investigadores en etnomedicina andina, como **Rösing, Bastien, Fernández-Juárez**, tres grandes maestros en la materia que por su origen occidental no-andino, tuvieron que invertir una enorme energía en la observación participante y en una participación activa en los rituales terapéuticos, antes de poder dedicarse a la interpretación del ritual terapéutico andino y la formación de su teoría sobre el sistema de salud andino. Mientras ellos llevan a sus colegas académicos a entender la medicina andina en términos de la cosmovisión andina, Cáceres, como investigador de origen andino - al revés - pretende por el agudo análisis de este caso de *mancharisqa* hacer inteligible la etnomedicina y el sistema de salud andino en el círculo de los colegas académicos y en términos científicos.

Comparemos un momento a estos autores. Ambos investigadores de prestigio académico merecido, investigan la curación kallawayaya en las mismas comunidades de Saavedra. Ambos con atención preferencial para el ritual y sus símbolos, ambos con ojo abierto para el medio social, natural y sobrenatural de los protagonistas, ambos con el método de la observación participativa y con una simpatía y admiración realista que les honra; aunque existen claras diferencias. ¿Cuál es la diferencia? Bastien, de la escuela del estructuralismo simbólico, parte de su teoría de la metáfora: montaña-cuerpo, la misma que pasa a ser el elemento central y casi

exclusivo de toda su interpretación. La metáfora se transforma en una hermosa cosmovisión: completa y homogénea, sin contradicciones ni ambigüedades y sin elementos foráneos, discontinuos, dudosos. Esta linda cosmovisión (sin ser necesariamente falsa) es una elaboración del investigador. En cambio, Ina Rösing demuestra que las observaciones de Bastien son incompletas y selectivas y limitadas a una sola sesión curativa (cuando existen infinitas variaciones rituales); y que se ha silenciado la palabra del ritualista y la oración del curandero. En breve: el discurso médico andino no aparece y sólo encontramos el discurso académico de Bastien. Donde Bastien busca definir la estructura e interpretar en ella todos los elementos observados, allá Ina Rösing deja que hable la impresionante variedad de las ceremonias, registradas todas en una perspectiva holística. Entre ambos investigadores el enfoque de Cáceres (como también el de Fernández-Juárez) sigue el ejemplo de la maestra Rösing la que inspiró a ambos. Los hechos tienen toda prioridad, pero los hechos en su contexto inclusivo, y en su calidad de fenómeno total; los hechos cargados de significado y como vehículos de sentido y valores. El fenómeno total de la mesa ritual aparece “simplemente” escuchando y entendiendo los símbolos y el lenguaje de significados de los elementos en su conjunto y en su contexto.

El tema de este libro nos lleva a una reflexión fundamental de la metodología de investigación de los fenómenos religiosos. Leyendo con la mirada del metodólogo el discurso de Cáceres, nos hace sentir la necesidad de admitir “lo religioso” como categoría indispensable de interpretación de la medicina andina, lo que implica que nos encontramos con una consecuencia metodológica poco menos que revolucionaria. Tenemos que encontrar para el investigador (sea andino, sea occidental, pero en última instancia un ser humano, nacido capaz de lo religioso, independiente de si supo o no desarrollar esta capacidad) un punto de partida y de apoyo último en lo religioso para desempeñar su tarea científica frente al fenómeno religioso.

La conclusión es obvia: parece que ha llegado la hora de abandonar la antigua costumbre de los científicos clásicos, que nos obliga, dogmáticamente, a ignorar y a esconder lo religioso en nosotros, aún cuando queremos investigar la dimensión religiosa en un tema el ritual terapéutico andino, y cuando más nos hace falta nuestro sentido religioso para comprenderlo.

Al abandonar este dogmatismo, podemos también dejar de hablar higiénicamente de "la ritualística andina" - este concepto hace abstracción de los contenidos de valor que le dan sentido - y reconocer en la terminología misma que se trata de un culto religioso que llena el vacío existencial del paciente y que opera integridad y salud.

“El agua para los peces...” ¿Qué pasa con el investigador (occidental o andino) insensible a lo religioso o que ha perdido el sentido de lo religioso? En esta manera de pensar, el investigador incapaz de lo religioso debería preguntarse si él puede dedicarse a la investigación - a la observación participativa - de un fenómeno religioso como tal. Le faltaría - además de un punto de apoyo metafísico - el sentido religioso necesario para observar e interpretar los símbolos religiosos, la capacidad empática en el nivel religioso, la capacidad de entender el discurso religioso y expresarse en él. Estos temas científicos ya no serían accesibles para todos, porque este segmento de la ciencia socio-cultural que estudia los fenómenos religiosos específicos no sería sino para una selección de científicos, (auto-) seleccionados de acuerdo (no sólo a su capacidad científica, sino además) a su calidad humana: “El agua para los peces, que los monos se ahogan”. Una función de gran importancia le quedaría especialmente al científico respetuoso pero insensible a lo religioso: la crítica marginal del método.

Para concluir. Mientras la maestra Rösing lleva a los académicos - médicos y psiquiatras – a presenciar y entender a los médicos kallawayas, Cáceres toma la iniciativa de la dirección invertida y lleva a sus hermanos andinos a presenciarse en el *campus* para enfrentar miradas críticas e interrogantes agnósticos y explicar este caso de *mancharisqa* remediado sin extirpaciones ni cicatrices, en prueba de la bondad del sistema de salud andino y en señal de su validez. El discurso del autor persigue la defensa y la puesta en valor de la medicina andina, demostrando con la descripción e interpretación del ritual terapéutico andino.

3.2. CONCEPTO DEL SUSTO

Existe entre las numerosas afecciones patológicas de la vida indígena, una misteriosa y maléfica enfermedad entre la población indígena típicamente aymara y quechua, se trata de "El Susto" la cual azota sin piedad repentinamente a sus víctimas. Clínicamente la afección se

presenta tanto en hombres como en mujeres de cualquier edad, pero quizás mas frecuentemente en los niños y raramente en gente anciana.

El susto. Es una enfermedad tradicional causado por una impresión fuerte en un lugar sagrado y en una hora indicada llamada mala hora. “Síndrome cultural del susto hacen referencia a la perdida o abandono del organismo por parte de una entidad anímica indiferenciada”³.



Fuente: diarioyogur.blogspot.com

Nombre: “Susto”, “Asustado”, “Asustadura”, “Jap’eqa”, “Mancharisqa”.

En el Perú lo denominan Mancharisqa (asustado), ánimo qarkusqa (pérdida del alma). En el norte le denominan espanto hani (con el ánima perdido), Pacha chari (mal de espanto).

3.2.1. Causas:

“Un algo sorpresivo que sobresalta a la persona, como un sonido fuerte, un derrumbe, reñirse o discusión con otra persona. Quedar en oscuridad total en un mal lugar, a una mala hora”. “Puede dar a cualquier edad, pero los casos más notorios pueden darse en niños”. “Encontrarse en el camino de un mal espíritu a la hora que éste va pasando”. “Es el secuestro del alma, sale el Ánimo, sale el Ajayu por espíritus malignos” (a veces estos espíritus se aparecen como

³ Cavero, 1988; Lira, 1995; Valdivia Ponce, 1975; Valdizán y Maldonado, 1985)

varones o mujeres que caminan en lugares solitarios y se acercan a una persona para quitarle su Ajayu).

“Satanás agarra el ánimo”. “Por pisar el nido de la hormiga y te empiezan a picar, te asustas y se sale el Ánimo”. “Cuando se duerme junto a lugares malignos que pueden ser rocas, árboles o lugares desconocidos, donde la gente casi no llega”. “De lo que se caen en la ladera del camino o cuando un animal como la vaca les cornea, se asustan”.

3.2.2. Señales, molestias, lesiones:

“Llanto permanente de la guagua, le da pesadillas, sobresaltos durante el sueño. Deja de tener interés por las cosas, queda como lela, que no entiende lo que sucede a su alrededor”. “A veces se ve que duermen con los ojos entreabiertos, parece que te miraran”. “Hay casos en que temen dormir por las pesadillas”. “Algunos casos se acompañan de diarreas intensas, calentura y dolor del cuerpo”. “No hay ganas de comer, no hay valor para trabajar, tristeza nomás hay”. “Se observa un decaimiento general, pierde el apetito, le duele la cabeza, le duele el estómago”. “Hay dolor de estómago, tienen ganas de trasbocar, no tienen gana de comer”.



Fuente: significadodelossuenos.name

“El pulso está débil, tiene ruphasqa (calentura), eso dicen los Qhawadores. “En los casos más graves hay incluso ataques (convulsiones)”. “Hay personas que se hinchan. En horas de la tarde se sienten mal, como sin fuerza, salen carachas en la cara”. “El enfermo o enferma se pone amarillo, su piel se ve amarillo, no tiene fuerza para trabajar, a veces da calentura”.

3.2.3. Diagnóstico:

El antecedente de un susto. “En muchos casos que no están claros se acude a un adivino que mira en coca”. “Se hace ver en naipes con el qhawiri. “Los curanderos ven en los ojos, sobre todo los Qhawadores”. “Hay curanderos que toman el pulso”. “Hay que saber si se asustó en un campo, en una peña, un río o en un cruce de caminos, eso te dice el adivino”. “Hay que hacer ver en dónde se quedó el Ánimo para poder recoger”.

3.2.4. Características del susto:

El azote maléfico se caracteriza por que el sujeto que la padece comienza a adelgazar, su semblante se vuelve cada vez mas pálido, la melancolía y la tristeza lo invaden, el apetito disminuye dramáticamente, y cada vez más la persona con este estigma va descuidando su aspecto personal. Cada día se vuelve más perezoso, busca desesperadamente la exposición a los rayos del sol, y languidece poco a poco. Al principio de la afección su temperatura es baja, pero a medida que pasan los días va subiendo hasta que en los últimos momentos de la maldición o enfermedad, le hace hasta incluso delirar. Generalmente también se producen horrorosos y espectaculares vómitos de sangre entre estertores y violentas y desenfrenadas diarreas. Por otra parte el enfermo si es un infante se vuelve tímido y miedoso y si ya es adulto el sujeto se vuelve terriblemente depresivo y asténico.

Durante el sueño el enfermo se sobresalta extrañamente y de manera violenta. Según la creencia popular esto se debe a que del mismo suelo se le envía al receptor de "el susto" los diabólicos provocando crisis de pavor horrendo que en determinadas ocasiones le hacen incluso saltar bruscamente de la cama con los ojos desorbitados, con gritos desesperados. Poco a poco la persona afectada se vuelve amarilla, su nuca se endurece y tiene una mirada melancólica y pérdida.

Generalmente esta enfermedad o diabólica maldición termina con la muerte del individuo en cuestión de la gravedad del enfermo, sino se actúa con rapidez y se consiguen los tratamientos mágicos y rituales. Hasta ahora la explicación científica de los curiosos e intrigantes síntomas,

nos dan estas características expresadas. Sin embargo la creencia popular del indígena, es totalmente diferente y se viene a explicar de boca en boca como una afección de los mas débiles en la que según la cultura tradicional de las pobladores se pone en causa la separación circunstancial del alma humana y del cuerpo.

Esta forma alegórica del "Vuelo del Alma" que esta representada con sus variantes en numerosas mitologías, posee en el caso andino un valor particular que se muestra con originalidad y diferencia. La naturaleza expresándose con toda su maldad, se aprovecha circunstancialmente de individuos débiles que ocasionalmente afectados por una sorpresa o susto, quedan en segundos débiles y expuestos a las horrendas maldades emanantes de la tierra y de la vileza y villanía errantes...

3.2.5. Tratamiento:

“Llamar el ánimo mediante rituales en las noches o en determinadas horas”. “Un pampa jampiri realiza un ritual para llamar el Ánimo o Ajayu, a cualquier edad que tenga el enfermo. También hacen esto los Alto misayoj. “Su madrina o padrino deben ir a recoger su Ánimo con campanilla al lugar donde se ha asustado (esto es para guaguas)”. “Se llama al Ánimo gritando el nombre del niño por tres veces y luego orando y al mismo tiempo haciendo sonar una campanilla. Su madrina debe hacer sonar el suelo con un chicote de cuero.” “En los niños se llama el Ánimo o muy de mañana, a medio día o en la noche antes de que duerma. Hay que quemar copal y azúcar o sino ofrecer una «mesa dulce»”.

“Se hacen limpias con hierbas olorosas por tres noches, se usa ruda o sino romero, sobre todo si ya son jóvenes o mayores”. “Se sauma con incienso donde duerme el enfermo”. “Si contratas a un curandero, sabe ofrecer una k’oada y hace matar una oveja o un gallo, que ofrecen a la tierra”. “En mi pueblo he visto que el curandero pide wira k’oa, copal, un «sullu de oveja», y eso le amarran en el lugar que duele o está caliente. Después, se juntan con la tierra que se junta detrás de la puerta, con cabellos y uñas del enfermo y eso queman, cuando hay viento botan las cenizas. Dicen que eso se lleva la enfermedad”.

3.2.6. Prevención:

“No hay que dejar solos a los niños en la oscuridad o en sitios malos”. “Las mamás no deben caminar con su guagua a la espalda en sitios malignos, porque pueden hacerla enfermar”. “Si uno se asusta, inmediatamente debe coger un poco de tierra del lugar y comerla”. “Si se está en medio de la oscuridad y uno oye que gritan su nombre no hay que darse la vuelta, no hay que responder”. “No hay que caminar por lugares deshabitados o lugares que se sabe que son «malignos»”. “No hay que caminar solo en la «mala hora» (al anochecer cuando no es día ni noche), y no hay que caminar con la boca abierta, hay que cubrirse con el poncho o con una tela negra...”.

Comentarios:

Esta es una de las patologías más corrientes en tierras andinas, al extremo que deben haber pocas personas que admitan que no tuvieron esta enfermedad en algún momento de sus vidas. Se tiene evidencia que las características descritas por distintas personas muestran un complejo síndrome, que abarca una variedad de manifestaciones que se manifiestan en todas las edades, desde la niñez hasta la ancianidad.

Si se observan con cuidado los síntomas y molestias descritos, se nota de inmediato una variedad de síntomas y signos que podrían agruparse en categorías, lo que hace suponer que Jap'eqa comprende más de un cuadro (por lo menos, cuadros reconocidos por la medicina occidental). Por esta complejidad y por el sentido etiológico que la Medicina Tradicional andina asigna al susto, se podría catalogar a Japeqa o Mancharisqa como una enfermedad cultural, que tiene sentido sólo dentro su contexto cultural. En esa forma también adquiere sentido la terapia desarrollada para “encontrar y reponer” el Ajayu o Ánima dentro del cuerpo del enfermo, y que esta terapia tenga resultados que la familia considere como efectivos.

Aunque considerando que esta enfermedad es propia sólo de Los Andes y tiene sentido para la gente que vive dentro su contexto, se puede intentar una relación de los síntomas y signos descritos con posibles cuadros de la nosología occidental. Se pueden observar probables cuadros de carácter digestivo, algunos compatibles con entidades infecciosas, otros con

complicaciones nutricionales o de mal funcionamiento hepatobiliar. Otros probables cuadros se relacionan a disturbios del sueño o sintomatología neurótica post trama psicológico.

3.3. EL YATIRI

El Yatiri es el sabio Andino, especialista ritual aymara, los Yatiris aymaras especialistas rituales y médicos originarios que tratan las enfermedades en el altiplano diferencian al comenzar la revisión del enfermo entre tipos de dolencias y de competencias terapéuticas. Acostumbran a asegurarse si la enfermedad es de la gente o del doctor. El médico Yatiri es identificado en la comunidad de Quintanilla por el personal médico SAFCI, siendo acreditado su valor y reconocido su trabajo⁴.

Necesita ser avisado prontamente, tiene que ser de los buenos y más capacitados y reconocido por la sociedad, y merced a intrincados y largos ritos y ceremonias ancestrales, conseguir el restablecimiento de la persona afectada, encontrando el lugar del cuerpo por donde el alma se ha escapado y a continuación hacerla que se reintegre de nuevo en el cuerpo humano. En algunas zonas, la tradición popular considera que el lugar dejado por el alma furtiva no queda vacante sino que penetra en el cuerpo un "Príncipe Malvado" que habrá que expulsarse primeramente antes de hacer entrar de nuevo en el alma del infeliz.

No hay lugar exacto en donde el misterioso "Susto" se pueda presentar, aunque la tradición nos habla especialmente de terrenos abruptos y accidentados, solitarios, profusión de "santuarios naturales" propios de aquellas tierras, tales como cuevas tétricas y oscuras, lagos solitarios, etc. Generalmente se considera que existen "lugares malos", sitios en donde se producido algún mal, escenarios de horriblos crímenes, de sangrientos aquelarres, que según la creencia popular son la morada de "criaturas infernales".

Tenemos también otra "tradición popular" que nos habla arcanamente de "los gentiles" y sus "espacios sagrados". Los gentiles, esos espíritus ancestros que han acrecentado su poder después de muertos y que su lugar de encuentro y residencia el llamado "huaca" puede estar en

⁴ Gerardo Fernández Juárez, En tierra extraña, reflexiones sobre inmigración y salud desde el altiplano boliviano.

cualquier lugar recóndito de las antes citadas montañas, o lagos solitarios. Es allí donde la maldad inicia su furor y se refugia en los estertores del mal, y lanza sus terribles acciones sobre los desamparados que reciben "El Susto".

Continúan las leyendas hablando de una tierra "El Collao" la cual estaba poblada de pigmeos, que vivían en la oscuridad y adoraban a la Luna y a maléficos animales como la serpiente. Y un día el Sol apareció con todo su poder y los quemó, reduciéndolos al estado de huesos calcinados, y he aquí el peligro latente de estas tumbas diseminadas en lugares ignorados, ya que si alguien penetra sin saberlo o toca algo de estas sepulturas perdidas, las denominadas "Chulpas" corre el riesgo de ser visitado por "El Susto".

En otros países se a dedicado a describir, respaldados por una muy buena preparación académica, algunas escasas sesiones curativas como base de datos de sus investigaciones, para desarrollar así sus interpretaciones teóricas del fenómeno. Sin embargo, ninguno de ellos dejó que los innumerables símbolos movilizados en el ritual curativo nos sean comunicados en su propio lenguaje. Casi no aparece la palabra y la oración del yatiri, las que son el principal nexo comunicativo con la persona del enfermo, con su historia, su medio social, natural y sobrenatural. Así se nos escapa en gran parte el sentido que tiene el ritual y sus símbolos para el enfermo y para todos los implicados en la ceremonia.

En cambio, registra y analiza el lenguaje ritual, el aparato ritual y el desarrollo ritual de las sesiones, en busca del significado que - dentro del marco cultural andino - siempre es un significado concreto y personal para los implicados y que hace que cada curación ritual sea única. parte de su visión teórica del estructuralismo simbólico. lo observa todo en la perspectiva de su visión holística 'el carácter triste y angustiado del Aymara'. parte del fenómeno total de la curación kallawayaya, registrando e interpretándola en una visión holística.

3.4. EL ALMA.

“El alma o almas. Esta parece a una aparición visible del cuerpo y habita dentro del cuerpo físico. Se explica como una unidad cuerpo y alma. El alma es la que regula las funciones del

cuerpo físico, el sueño, el trabajo, el carácter, la vitalidad, entre otros señala que si el alma sale del cuerpo este queda vacío y enfermo. El alma sale por la cabeza exactamente por la coronilla o la fontanela¹”.

La pérdida o separación del cuerpo y el alma, ocurre generalmente por una súbita impresión, quizás por accidentes, encuentros inesperados con seres sobrenaturales, fantasmas o simplemente como en el caso de los niños, cuando despiertan súbitamente con algún ruido, o sufren caídas o son atacados por los animales domésticos, como perro, vacas, cerdos y otros.

La atención en la medicina tradicional.

La nosología médica tradicional andina reconoce enfermedades como el daño, el susto, el mal de aire, mal de arcoíris, de los gentiles, la tierra, el manantial, el cerro, y el ojeado a si mismo estas enfermedades pueden causar trastornos no visibles en el cuerpo y provocando diarreas, vómitos, fiebre etc.

3.5. LOS CURANDEROS/AS.

Son personas reconocidas por la población como curanderas/ros, señalan que los enfermos que curan son; el susto en adultos y niños. Para los antiguos incas, los curanderos callawayas eran sabios y duchos médicos capaces de curar parálisis, ceguera, neumonía, heridas engangrenadas y una infinidad de males, incluyendo dolencias mentales. Los conquistadores españoles los consideraban brujos y herejes. Pero tenían que recurrir a sus conocimientos sobre los remedios que empleaban, como quina, bálsamo, genciana, copaiba y sulfatos, sin contar la coca, el anestésico tan buscado por los médicos de Europa a fines de la Edad Media.

Mucho se habló y escribió sobre los conocimientos farmacéuticos de los indios andinos, pero no hubo, una investigación bien orientada y profunda sobre esos curanderos, hasta que el Dr. Enrique Oblitas Poblete, ex – Ministro de la Suprema Corte de Bolivia, se encargara de escribir un extenso trabajo sobre las prácticas ocultistas de sus compatriotas. Por esta tarea, ganó un premio del Ministerio de Educación y Bellas Artes de su país en 1960.

3.5.1. Interculturalidad.

“Es la articulación, complementariedad y reciprocidad en base a la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos y practicas en salud que se da entre pueblos indígenas campesinos, afro bolivianos y comunidades interculturales que resultan en mutuos aprendizajes afín de contribuir al logro de de relaciones simétricas de poder. Para actuar de manera equilibrada e inclusiva en la solución de los problemas de salud” (Ministerio de salud y deportes. salud familiar comunitario intercultural, edición didáctica, prisa, La Paz, 2009, pág. 12)ⁱⁱ.

Integralidad. Es concebir la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, medio ambiente. Cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención atención y rehabilitación de las enfermedades; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpidamente e idónea, en el marco de los derechos garantizando por la constitución política del estado.

3.6. PUEBLOS INDÍGENAS EN BOLIVIA.

Siendo Bolivia un país multiétnico y puericultura el sistema nacional de salud nunca asumió la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarias, al contrario, ejerció represión y desprecio al saber ancestral, es decir a los usos y costumbres tradicionales, esta situación se constituye una de las causas de la exclusión y marginación en salud donde todo los intentos de la recuperación fueron insuficientes, por tal situación da la motivación de realizar esta investigación sobre la afección del susto que la población acude para su curación a un medico tradicional, y de esta manera como personal de salud puedo aportar con mis conocimientos y aporte de experiencias vividas del personal de salud y pobladores del área de Quintanillas.

3.6.1. Medico tradicional, curanderos.

Los médicos tradicionales se muestran temerosos ante las entrevista, debido a que eran amenazados en forma directa o indirecta por los profesionales de salud, señalando que es

brujería y que los pacientes que acuden al medico tradicional están en riesgo de perder la vida. Los curanderos manifiestan que la gente tiene desconfianza del personal de salud mas que de los curanderos por motivos que les riñen de todo, algunas veces les gritan por que están renegados, se hacen esperar mucho para la atención medica, no se dejan entender durante la explicación.

3.6.2. La percepción de la población hacia el medico tradicional.

Las personas tienen la percepción de los curanderos que quedan muy pocos y que es difícil de encontrar una persona que cure el susto en niños y adultos. Muchos aspectos de la cultura tradicional se mantienen aun vigentes en los prestatarios y usuarios que deben ser elementos que permitan afirmar los valores propios de nuestra cultura como un paso previo al proceso de integración de los sistemas de salud que la realidad impone, elimina los prejuicios culturales e institucionales y la medicina tradicional andino se ocupa de una atención integral y personalizado respetando los pensamientos y sentimientos de cada paciente. Se ha podido observar que algunos profesionales de salud tienen una valoración dual a los agentes tradicionales, la crítica es por que sienten que le hacen competencia, pero a la misma vez, lo reconoce y acuden cuando lo necesitan.

3.7. TESTIMONIO DE PERSONAS QUE SUFRIERON LA AFECCIÓN DEL SUSTO.

1. **Sra. Zulma** de 24 años profesión Lic. Enfermería un día se enfermo y presento dolor de todo el cuerpo y granos maculopapular en la piel (Jarka), se ha (japekado) no podía dormir durante la noche, fiebre, perdida de peso, ella fue al medico y con diagnostico resfrió y le receto ibuprofeno y los síntomas no sedean y su mama le llevo a una curandera mayor abuelita y ella miro la coca y dijo que ella se había asustado cuando ha orinado a un hormiguero pacha mama y es grave que si no le curamos rápido de puede morir, los materiales que le pidió son; millo, Coa, coca, romero, ropa limpia, brasa el tratamiento 6 de la noche bañarlo con hiervas medicinales y luego pis curar con Coa y se observa el lugar del susto, le llama por su nombre Zulma.. en varias oportunidades y el humo se acerca hacia la persona enferma y se sano. Su madre s sano

de su pie por que piso donde había caído un rayo y por un muchos años no se sanaba hasta que le soltó después de 3 años se sano. Para ella el susto es provocado por demonios y l alma es la propia vida.

2. **Sra. María** de 27 años se enfermo de susto cuando pasaba por una escuela de repente escucha llanto de un bebe atrás de ella y se da la vuelta para verlo solo le sopla un viento fuerte y me impresiono esta situación y se va a la casa donde manifiesta dolor de todo el cuerpo, mi estomago estaba hinchado, no tenia ganas de comer, solo lloraba de desesperación vomito y diarrea durante la noche no podía dormir. le comente a mi tía Cecilia es curandera y miro la coca y dijo que el diablo me quería muerta, quemado el cabello.

Me curaron en una tarde cuando el sol, entraba con coca, pelos quemados de chanco y caballo. Fricción por el cuerpo sin regresar hacia atrás desde la cabeza hasta los pies.

Me sane de inmediato y esa noche dormí tranquila.

3.8. BIOGRAFÍA DE UNA MEDICA TRADICIONAL ANDINA.

La señora julia de 50 años de edad nació en la ciudad de Cochabamba provincia Carrasco y muy niña sus padres se trasladaron a la ciudad de La Paz provincia inquisivi a un pueblo llamado El Valle, donde la familia se establece en el trabajo de la agricultura de maíz.

Sus padres señor Cirilo y señora Antonia que tenían solo dos hijos Julia y Julio, el señor Cirilo tenia una hermana mayor que sabia curar el susto y otros enfermedades. Cirilo le fue ayudando en las curaciones y la practica del Ayciri (una manera de llamar y comunicarse con los tíos de los cerros, con la pacha mama y con alma, espíritu).

Durante la practica de su vida pierde la vista cuando en un rio le sopla el viento y un tiempo después el rayo le llega en un rio solitario donde las marcados con cicatriz en la cabeza y le deja 7 piedras redondas y un trono de oro que le ayuda a curar y saber que decisión tomar y lo conserva durante el peregrinaje durante toda su vida. Durante las curaciones fue trasladada a diferentes lugares por que la gente la requería, y su ayudante era la hija menor julia que fue aprendiendo misteriosamente todo lo que su padre hacia las curaciones de un sabio andino.

En su adolescencia se caso con un hombre que vivió en la ciudad de La paz que no creía en los curanderos y lo llamaba que esos eran brujos y era malo para la familia. Es donde ella decide no demostrar su sabiduría y se dedica al comercio en el departamento de Santa Cruz. Cuando sus hijos se enfermaban con susto ella los trasladaba a los médicos tradicionales llamados vencedores que curaban con aceites de animales y posteriormente ella se animo a curarlos. Después los familiares se enteraron de su sabiduría y la buscaban para hacer curar a sus hijos en algunas oportunidades rechazaba por motivo de miedo a su marido.

Actualmente ella cura muchas enfermedades desconocidas que ni el medico puede curar con plantas medicinales y oraciones, también sabe cuando un niño esta asustado y lo cura y ella el lugar de donde sale el “alma, el espíritu el ajayu” que es la esencia de la vida. La señora julia maneja el secreto de la vida porque todo lo que ella quiere lograr lo logra. Tiene un carácter comprensible y te da esperanzas para continuar adelante. Ella dice “mi padre sabia muchas cosas que ni el ser humano no puede entender”.



Medicina Tradicional Andina.

Fuente: www.informativodelguaico.blogspot.com

3.9. PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO Y CURACIÓN DEL SUSTO

Siempre empieza con un ritual, pregunta al paciente o al acompañante, si le “ha agarrado el mal viento o Sajra Waira”, “si no ha estado en un lugar malo o Sajra...” después pregunta a la coda si es cierto o no. Muchas veces la persona no se dio cuenta que ha estado en un lugar malo, o en horas no indicadas, o en su caso no quiere decir donde estuvo, entonces el yatiri curandero ve en su coca y le dice este se ha asustado en tal lugar o le ha agarrado mal viento,

etc. Siempre es un su idioma, (aymara o quechua), en su casa rodeada por un familiar y este contestara las preguntas en primera instancia y después la paciente. Si la enfermedad es grave el especialista tradicional se reviste de un gran aura de misticismo ayudándose con el acullico el mismo que comparte con todos, el paciente y sus familiares, juntos le ayudan a preguntar... que tiene el paciente para el cielo, con la tierra, con los mallcus o preguntándoles a la coca, el comunica a la familia lo que tiene el paciente y que tienen que hacer. El paciente y los familiares observan una actitud de minusvalía frente al especialista, se someten, creen en lo que les dice, entran a ese mundo.

Antes de empezar con la cura se inicia con un ritual y luego con el tratamiento o cura del paciente, los especialistas curanderos son los que utilizan muy bien las plantas medicinales para el tratamiento. Si el tratamiento es ritual el curandero indicara la hora y los materiales a utilizar durante la curación del paciente. Si la cura no resulta se disculpa y mandan hacia otro especialista para su curación, en otros casos mandan al médico. En muchos casos las enfermedades son de la mitología y algo mágico, que el niño a perdido su animo su fuerza por un susto, esta enfermedad también se presenta en adultos y esta relacionado con lugares sajras que han hecho que pierda su animo que es el espíritu. La percepción de la población frente ala enfermedades desconocidas y la relaciona con la enfermedad del susto.

En la enfermedad se utiliza frecuentemente la sintomatología dela debilidad por que es indefenso y puede ser atacado por el lari lari, el débil puede presentar desnutrición por que fue orejado desde el vientre materno, el débil a perdido su fuerza su animo por el sajra se la quito. Por lo explicado los niños pequeños son bien cuidados casi nunca se quedan solos, en algunos casos ponen objetos como ajo, sal, chicote, que protejan contra el peligro del lari lari, o un agente agresor.

3.9.1. Percepción del personal de salud.

A todo los niños que están enfermos con desnutrición y bajo peso en caso de no ser tratados oportunamente es mortal, además informa muy poco a la madre dela situación del niño y muere entonces la familia dice que ellos no saben curar. En varias oportunidades escuche decir que el medico ya hizo el tratamiento y no lo sano o en casos muy extremos lo desahuciaron

pero cuando acuden a un curandero o medico tradicional realiza el ritual y su animo que estaba fuera de su cuerpo lo han regresado.

3.10. MATERIALES UTILIZADOS EN LA AFECCIÓN DEL SUSTO.

MATERIALES	Que es	Procedimiento como se utiliza
Millu	Es una piedra del cerro	Se parte en pequeñas y coloca en tres lugares del cuerpo.
K'oa y mesa blanca	Es un preparado de planta seca con tablillas de azúcar que tiene figuras de sol, luna y mariposa	Se utiliza durante llamado del nombre junto con la brasa.
Hierbas medicinales	El romero, molle, preparados	Para bañar el cuerpo.
Porra de café caliente	café	Se lava los miembros inferiores.
piedra	Piedras redondas de rayo	Para pasar por todo el cuerpo
coca	Planta sagrado de los incas	Para acullicar antes y durante la curación
singani	Bebida alcohólica	Sirve para tomar antes y durante la curación.
Grasa de pollo	La grasa de pollo	Para limpiar el cuerpo
alcohol	Bebida alcohólica	Para beber durante la curación.
chicote	Cinturón del varón	Para castigar o augentar al diablo.
cuchillo	Cuchillo de cocinar	Para atemorizar al diablo
Ropa limpia	Del paciente	Cambiarlo al paciente cuando se haya terminado de curar.
Incensó	Es una esencia de una planta de color amarillo	Sirve para colocar a la braza y atrae la armonía con su fragancia y llama al alma.
cópala	Es una tierra del cerro	para llamar el alma.

El medico tradicional analiza el contexto de la situación y la gravedad de la afección del susto mirando la coca y luego pide los recursos materiales que va ser utilizados. La aplicación de estos materiales es en tres oportunidades por que no funciona solo una vez.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. MARCO LÓGICO

4.1.1. Tipo de estudio.

La investigación es cualitativa, con estudio de casos y entrevistas de profundidad.

4.1.2. Población muestra.

Convencional no aleatoria, por las características del presente trabajo de investigación y la población en estudio se entrevisto a 10 personas que acuden a un medico tradicional para la curación de la afección del susto.

4.1.3. Instrumento de recolección de muestra

La recolección de los datos se realizo mediante una entrevista en profundidad apoyado de un instrumento estructurado y apoyado por observación directa.

4.1.4. Fuente de información

Primarias

- FERNÁNDEZ JUAREZ, Gerardo. “Salud Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud Crítica Intercultural”, Ediciones de la Universidad de Castilla – La Mancha, España, 2006.

Secundarias

- Libros, tesis, Internet, OMS - OPS, Internet.
- Mapeo

4.1.5. Recursos económicos

El financiamiento para el trabajo fue otorgado por el tesista.

4.1.6. Plan de tabulación y análisis

El análisis de la información se la hizo en el paquete estadístico Excel para las diferentes variables. Los resultados se muestran en porcentajes y frecuencias, se muestra en graficas del propio programa estadístico Excel.

CAPITULO V

5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANALISIS

Los resultados obtenidos de los cuestionario, entrevista y observación aplicados en el estudio de la afección del susto,

CUADRO N° 1

Características o sintomatología del susto.

CARACTERISTICAS	RESULTADOS
Debilidad	10
Ojos hundidos	10
Falta de apetito	7
Pensativo, thuco, tristeza.	10
Granos	3
La cabeza hacia atrás	10
Llanto nocturno	10
Lloro nocturnos cuando esta dormido	10
Dolor del oído	3
Dolor inexplicable del cuerpo	10
Sueño	10

Análisis y comentario.

Las manifestaciones psicósomáticas mas frecuentes que presentan las personas que se enferman de la afección del susto es la debilidad física difícil de explicar con signos convencionales , la expresión más cercana es un desgano sin fuerza física para realizar algún esfuerzo, donde no se puede sujetar ni la cabeza ni los miembros inferiores y superiores, dolor de todo el cuerpo y solo le dan ganas de dormir por un sueño descontrolado pero tiene sobresaltos nocturnos y duerme algunos momentos con los ojos entreabiertos, pierde el apetito lo cual lleva a la perdida de peso , también es frecuente la melancolía solo tiene ganas de llorar y desesperación y aflicción.

Esta dolencia tiene otras expresiones que no son excluyentes una actitud de “Pensativo y tristeza” que en el lenguaje cultural es el llamado thuco que es una forma de enajenación o tristeza profunda.

Esta circunstancia lleva al entorno familiar a una impotencia para resolver el problema, y cuando acuden a un medico convencional se resume a un tratamiento sintomático en base a analgésicos y antiinflamatorios, sin ni siquiera explicar la causa del problema ni mucho menos el riesgo de vida inminente de la persona que esta con susto-

CUADRO N° 2.
Procedimiento de la curación en la afección del susto

PROCEDIMIENTO	RESULTADO
Tratamiento nocturno	10
Acuden a personas mayores	10
Acuden a un Curandero(a)	10
Baños	5
Pis curada	3
Masaje todo el cuerpo	2
Llama por su nombre	10
Habla otras idiomas incomprensibles	2

Análisis y comentario.

El medico tradicional casi siempre es una persona mayor por tener la experiencia de sabio andino que realiza el tratamiento del susto lo realiza por la noche por motivo de discreción y evitar las críticas de brujerías. Depende en que lugar se asusto y quien fue el causante del susto para utilizar los procedimientos (chacra del hormiguero, el rio, el viento, la tierra pachamama, el molle phiña que quiere decir malo, el sauce llorón que es malo phiña. Cada médico tradicional tiene su estilo de curar el susto.

CUADRO N° 3

Características del médico tradicional andino que realiza la curación

CARACTERÍSTICA MEDIO-AMBIENTE	RESULTADOS
Patio de la casa	7
Dentro del cuarto o dormitorio	2
En el lugar del susto rio	1

Análisis comentario.

El medico tradicional lo realiza en el patio de la casa la braza para utilizar el incendio y luego el cuarto es donde esta el paciente y no debe salir de la casa durante el tratamiento. En algunas oportunidades se ha visto realizar en el lugar donde se desencadeno la enfermedad eso se observa en el millu y también en el humo dela brasa que solo el medico tradicional lo puede ver y explicar.

CUADRO N° 4

Las causas o factores que desencadenan la afección del susto

CAUSAS	RESULTADOS
Chacra del hormiguero	2
viento	1
rio	1
Lugares sagrados	4
Cancha de futbol	1
molle	1

Análisis y comentario.

El medico tradicional andino analiza la situación del estado de ánimo. Depende en qué lugar se asusto y quien fue el causante del susto para utilizar los procedimientos (chacra del hormiguero, el rio, el viento, la tierra pacha mama, el molle phiña que quiere decir malo, el sauce llorón que es malo phiña. Cada médico tradicional tiene su estilo de curar el susto.

5.2. DISCUSIÓN.

El medico tradicional andino analiza la situación del estado de ánimo. Depende en qué lugar se asusto y quien fue el causante del susto para utilizar los procedimientos (chacra del hormiguero, el rio, el viento, la tierra pacha mama, el molle phiña que quiere decir malo, el sauce llorón que es malo phiña.

El medico tradicional lo realiza en el patio de la casa la braza para utilizar el incienso y luego el cuarto es donde está el paciente y no debe salir de la casa durante el tratamiento.

En algunas oportunidades se ha visto realizar en el lugar donde se desencadeno la enfermedad eso se observa en el millu y también en el humo dela brasa que solo el medico tradicional lo puede ver y explicar.

La enfermedad del susto es cuando el niño ha perdido su ánimo su fuerza por un susto, esta enfermedad también se presenta en adultos y está relacionado con lugares sajras que han hecho que pierda su ánimo.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, es posible identificar la afección del susto como una manifestación psicosomática que presenta signos y síntomas en la persona que la sufre.

La enfermedad del susto es identificado como un azote maléfico de enfermedades psicosomáticas que producen la morbilidad y mortalidad en los pobladores sino se realiza el tratamiento adecuadamente con un ritual mágico por un medico tradicional.

Los pobladores del área de Quintanilla acuden a los servicios del médico tradicional sin comunicar al médico del servicio público ni privado, porque una persona mayor o sus padres le aconsejan acudir a un médico tradicional.

La articulación de las dos medicinas para curar el susto mediante el ritual sagrado, es practicado por el personal de salud.

En tal sentido podemos indicar que el estudio desarrollado ha permitido someter a prueba empírica del trabajo enunciado, concluyéndose que es suficientemente apoyado por las experiencias vividas de los pobladores de Quintanilla.

El desarrollo integral de los valores culturales de conducta y actitudes frente a la afección del susto es conocido por la población no puede ser suprimido por el personal de salud en los diferentes servicios de atención.

RECOMENDACIÓN.

1.- AL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.

Establecer y hacer respetar las políticas de salud que la atención en el sistema de salud intercultural y holística.

2.- AL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD.

Las competencias de normar y hacer cumplir la salud intercultural en todos los departamentos.

3.- AL PERSONAL DE SALUD.

El personal de salud debe aconsejar al paciente cliente que acuda a un médico tradicional y respetando la cultura que pregona sea quechua o aymara, para lo cual es fundamental realizar la referencia y contrareferencia de un médico tradicional andino.

4.- A LOS POBLADORES DEL ÁREA DE QUINTANILLA.

Los pobladores deben conservar sus creencias ancestrales para la salud de sus familiares, por que los servicios de salud estarán prestando atención integral.

ARTÍCULO 30. II DERECHOS DE LOS PUEBLOS:

9.- A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) pretende consolidar a partir de la adopción de una “nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud”, para que:

“Las personas, la familia y la comunidad tengan una atención de salud, que no sólo vea la enfermedad de la persona, sino también su armonía con ella misma, con la naturaleza; aceptando, respetando y valorando lo que sienten, conocen y practican”

BIBLIOGRAFÍA

- FERNÁNDEZ JUAREZ, Gerardo. “Salud Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud Crítica Intercultural”, Ediciones de la Universidad de Castilla – La Mancha, España, 2006.
- CACERES CHALCO, Efraín. “Susto o mancharisqa” Tesis de posgrado en la PUCP, bajo la asesoría de Alejandro Diez Hurtado. 2009
- BASTIEN, J., 1978, Mountain of the condor. Metaphor and ritual in an andean ayllu; St. Paul, West Publishing Company.
- GIRAULT, L., 1984 Kallawayas. Guérisseurs itinérants des Andes. Recherche sur les pratiques médicinales et magiques; Paris, ORSTOM.
- LIRA, J., 1985 Medicina Andina. Farmacopea y ritual; Cusco, CERA.
- OBLITAS POBLETE, E., 1969 Plantas Medicinales de Bolivia. Farmacopea Callawayas; Cochabamba-La Paz, Los Amigos del Libro.
- OTERO, G.A., 1951 La Piedra mágica. Vida y costumbres de los indios Callawayas de Bolivia; México, Inst. Indigenista Interamericano.
- RÖSING, I., 1987-1996. Mundo Ankari I-VI; Nördlingen, Franz Greno.
- SAL Y ROSAS, F. 1972 Observaciones del Folklore Psiquiátrico del Perú; en: Actas y Memorias del 39º Congreso Internacional de Americanistas; Lima, pp.249-262.
- TSCHOPIK JR., H., 1970 Magia en Chucuito. Los Aymaras del Perú; México, Instituto Indigenista Interamericano.
- VELASCO Oscar. USAID – PROCOSI. Secretaria nacional de salud proyecto conocer Bolivia 1997

- IRIARTE Gregorio O.M.I. Análisis Crítico de la realidad compendio de datos actualizados, edición 17ª, año 2010.
- MSD, Salud Familiar Comunitaria Intercultural, La Paz, 2009, p. 10.

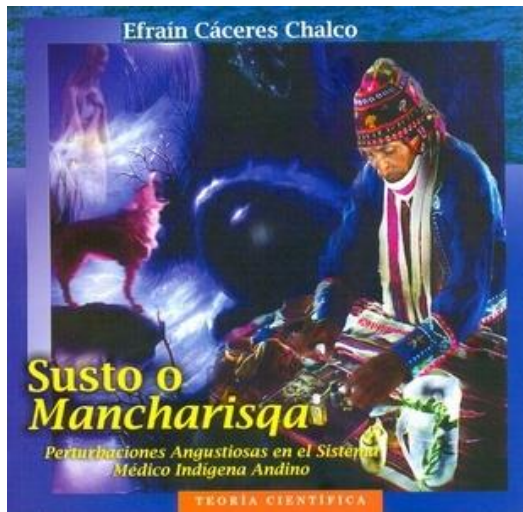
ANEXOS

ENTREVISTA Y ENCUESTA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA AFECCIÓN DEL SUSTO.

1. ¿Qué entiende por la afección del susto?
2. ¿Cómo se da cuenta que está asustado una persona?
3. ¿Con que otro nombre conoce la afección del susto?
4. ¿A dónde y a quien acude cuando se enferman del susto?
5. ¿Qué materiales le piden o utilizan en la curación del susto?
6. ¿En qué horario se cura el susto?
7. Explique cuál es el procedimiento de la curación del susto?
8. ¿experiencias vividas o testimonio de personas que se curaron del susto?
9. ¿Quién te dijo que estaba enfermo del susto?
10. ¿Qué entienden del ánimo y ajayo?

PRESENTACIÓN DE FOTOGRAFÍAS

Demostración del procedimiento en la curación del susto por un medico tradicional andino el medico tradicional se comunica con la energía del alajpacha, manca pacha.



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

EL SUSTO UN PROBLEMA DE SALUD, PRECEPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y EL PERSONAL DE SALUD

I.- Resumen Ejecutivo

Este trabajo pretende ser un documento orientador destinado para el uso del personal de enfermería y comunitario que trabajen en los servicios de salud en especial en la red Sacaba en el Hospital Solomón Klein.

La realización de este trabajo está dentro de un enfoque de intercultural que busca integrar la medicina tradicional autóctona con la medicina convencional para beneficio de la población demandante de servicios de enfermería.

II.- Planteamiento del problema

¿El personal de salud colaborará y respetará la medicina tradicional en el tratamiento de la enfermedad del susto, para mantener el equilibrio y armonía del Isca ajayu para la atención integral del individuo?

III.- Soporte teórico

Generalidades.-

Históricamente la medicina andina ha sido conocida como un patrimonio de las culturas andinas sin embargo, la práctica ha sido relegada por el sistema convencional a un segundo plano, aun mas cuando existen cuadros “patológicos” que el sistema regular o convencional no los reconoce, incluso esta fuera del Vademecun en la formación de las ciencias de la salud. Esta circunstancia ha llevado que el abordaje de estas patologías solo son posibles por intermedio de médicos tradicionales, tal el caso de el susto, que hasta la fecha no encontramos su correspondencia en la literatura médica occidental.

Para el manejo del “susto” se está perdiendo la magia y la ritualidad de nuestros ancestros por los procesos de colonización de nuestra cultura andina, solo tienen una sola posibilidad que es el recurrir a la medicina tradicional, con un componente importante respecto a la aceptación o visualización de parte de la población, con frecuencia vemos que los que demandan este servicio lo hacen a escondidas por el estigma que ha dejado el tratamiento de este problema, asumen que es una práctica de brujería todo el ritual que implica el manejo del susto, incluso en comunidades donde solo existe un “brujo” para la atención de la salud.

La medicina convencional o académica ha avanzado tecnológicamente y metodológicamente de una forma muy vertiginosa, conocemos sistemas de diagnóstico propios y con mucho éxito, los procedimientos son cada día más efectivos y ha logrado solucionar muchos de los problemas que en años pasados era impensable lograr su solución.

CONCEPTO DEL SUSTO

Existe entre las numerosas afecciones patológicas de la vida indígena, una misteriosa y maléfica enfermedad entre la población indígena típicamente aymara y quechua, se trata de "El Susto" la cual azota sin piedad repentinamente a sus víctimas. Clínicamente la afección se presenta tanto en hombres como en mujeres de cualquier edad, pero quizás más frecuentemente en los niños y raramente en gente anciana.

El susto. Es una enfermedad tradicional causada por una impresión fuerte en un lugar sagrado y en una hora indicada llamada mala hora. “Síndrome cultural del susto hacen referencia a la pérdida o abandono del organismo por parte de una entidad anímica indiferenciada”⁵.

Nombre: “Susto”, “Asustado”, “Asustadura”, “Jap’eqa”, “Mancharisqa”.

En el Perú lo denominan Mancharisqa (asustado), ánimo qarkusqa (pérdida del alma). En el norte lo denominan espanto hani (con el alma perdido), Pacha chari (mal de espanto).

⁵ Cavero, 1988; Lira, 1995; Valdivia Ponce, 1975; Valdizán y Maldonado, 1985)

“Un algo sorprendente que sobresalta a la persona, como un sonido fuerte, un derrumbe, reñirse o discusión con otra persona. Quedar en oscuridad total en un mal lugar, a una mala hora”. “Puede dar a cualquier edad, pero los casos más notorios pueden darse en niños”. “Encontrarse en el camino de un mal espíritu a la hora que éste va pasando”. “Es el secuestro del alma, sale el Ánimo, sale el Ajayu por espíritus malignos” (a veces estos espíritus se aparecen como varones o mujeres que caminan en lugares solitarios y se acercan a una persona para quitarle su Ajayu).

“Satanás agarra el ánimo”. “Por pisar el nido de la hormiga y te empiezan a picar, te asustas y se sale el Ánimo”. “Cuando se duerme junto a lugares malignos que pueden ser rocas, árboles o lugares desconocidos, donde la gente casi no llega”. “De lo que se caen en la ladera del camino o cuando un animal como la vaca les cornea, se asustan”.

Señales, molestias, lesiones:

“Llanto permanente de la guagua, le da pesadillas, sobresaltos durante el sueño. Deja de tener interés por las cosas, queda como lela, que no entiende lo que sucede a su alrededor”. “A veces se ve que duermen con los ojos entreabiertos, parece que te miraran”. “Hay casos en que temen dormir por las pesadillas”. “Algunos casos se acompañan de diarreas intensas, calentura y dolor del cuerpo”. “No hay ganas de comer, no hay valor para trabajar, tristeza nomás hay”. “Se observa un decaimiento general, pierde el apetito, le duele la cabeza, le duele el estómago”. “Hay dolor de estómago, tienen ganas de trasbocar, no tienen gana de comer”.

“El pulso está débil, tiene ruphasqa (calentura), eso dicen los Qhawadores. “En los casos más graves hay incluso ataques (convulsiones)”. “Hay personas que se hinchan. En horas de la tarde se sienten mal, como sin fuerza, salen carachas en la cara”. “El enfermo o enferma se pone amarillo, su piel se ve amarillo, no tiene fuerza para trabajar, a veces da calentura”.

Diagnóstico:

El antecedente de un susto. “En muchos casos que no están claros se acude a un adivino que mira en coca”. “Se hace ver en naipes con el qhawiri. “Los curanderos ven en los ojos, sobre todo los Qhawadores”. “Hay curanderos que toman el pulso”. “Hay que saber si se asustó en

un campo, en una peña, un río o en un cruce de caminos, eso te dice el adivino”. “Hay que hacer ver en dónde se quedó el Ánimo para poder recoger”.

Características del susto:

El azote maléfico se caracteriza por que el sujeto que la padece comienza a adelgazar, su semblante se vuelve cada vez mas pálido, la melancolía y la tristeza lo invaden, el apetito disminuye dramáticamente, y cada vez más la persona con este estigma va descuidando su aspecto personal. Cada día se vuelve más perezoso, busca desesperadamente la exposición a los rayos del sol, y languidece poco a poco. Al principio de la afección su temperatura es baja, pero a medida que pasan los días va subiendo hasta que en los últimos momentos de la maldición o enfermedad, le hace hasta incluso delirar. Generalmente también se producen horriblos y espectaculares vómitos de sangre entre estertores y violentas y desenfrenadas diarreas. Por otra parte el enfermo si es un infante se vuelve tímido y miedoso y si ya es adulto el sujeto se vuelve terriblemente depresivo y asténico.

Durante el sueño el enfermo se sobresalta extrañamente y de manera violenta. Según la creencia popular esto se debe a que del mismo suelo se le envía al receptor de "el susto" los diabólicos provocando crisis de pavor horrendo que en determinadas ocasiones le hacen incluso saltar bruscamente de la cama con los ojos desorbitados, con gritos desesperados. Poco a poco la persona afectada se vuelve amarilla, su nuca se endurece y tiene una mirada melancólica y pérdida.

Generalmente esta enfermedad o diabólica maldición termina con la muerte del individuo en cuestión de la gravedad del enfermo, sino se actúa con rapidez y se consiguen los tratamientos mágicos y rituales. Hasta ahora la explicación científica de los curiosos e intrigantes síntomas, nos dan estas características expresadas. Sin embargo la creencia popular del indígena, es totalmente diferente y se viene a explicar de boca en boca como una afección de los mas débiles en la que según la cultura tradicional de las pobladores se pone en causa la separación circunstancial del alma humana y del cuerpo. Esta forma alegórica del "Vuelo del Alma" que esta representada con sus variantes en numerosas mitologías, posee en el caso andino un valor particular que se muestra con originalidad y diferencia. La naturaleza expresándose con toda

su maldad, se aprovecha circunstancialmente de individuos débiles que ocasionalmente afectados por una sorpresa o susto, quedan en segundos débiles y expuestos a las horrendas maldades emanantes de la tierra y de la vileza y villanía errantes...

Tratamiento:

“Llamar el ánimo mediante rituales en las noches o en determinadas horas”. “Un pampa jampiri realiza un ritual para llamar el Ánimo o Ajayu, a cualquier edad que tenga el enfermo. También hacen esto los Alto misayoj. “Su madrina o padrino deben ir a recoger su Ánimo con campanilla al lugar donde se ha asustado (esto es para guaguas)”. “Se llama al Ánimo gritando el nombre del niño por tres veces y luego orando y al mismo tiempo haciendo sonar una campanilla. Su madrina debe hacer sonar el suelo con un chicote de cuero.” “En los niños se llama el Ánimo o muy de mañana, a medio día o en la noche antes de que duerma. Hay que quemar copal y azúcar o sino ofrecer una «mesa dulce»”.

“Se hacen limpias con hierbas olorosas por tres noches, se usa ruda o sino romero, sobre todo si ya son jóvenes o mayores”. “Se sauma con incienso donde duerme el enfermo”. “Si contratas a un curandero, sabe ofrecer una k’oada y hace matar una oveja o un gallo, que ofrecen a la tierra”. “En mi pueblo he visto que el curandero pide wira k’oa, copal, un «sullu de oveja», y eso le amarran en el lugar que duele o está caliente. Después, se juntan con la tierra que se junta detrás de la puerta, con cabellos y uñas del enfermo y eso queman, cuando hay viento botan las cenizas. Dicen que eso se lleva la enfermedad”.

Prevención:

“No hay que dejar solos a los niños en la oscuridad o en sitios malos”. “Las mamás no deben caminar con su guagua a la espalda en sitios malignos, porque pueden hacerla enfermar”. “Si uno se asusta, inmediatamente debe coger un poco de tierra del lugar y comerla”. “Si se está en medio de la oscuridad y uno oye que gritan su nombre no hay que darse la vuelta, no hay que responder”. “No hay que caminar por lugares deshabitados o lugares que se sabe que son «malignos»”. “No hay que caminar solo en la «mala hora» (al anochecer cuando no es día ni noche), y no hay que caminar con la boca abierta, hay que cubrirse con el poncho o con una tela negra...”.

IV.- Justificación

El Ministerio de Salud y Deportes ha establecido como política central para el abordaje de la salud la incorporación de la medicina intercultural con un fuerte reconocimiento de las tradiciones y la práctica de la medicina tradicional en todas sus expresiones, el reconocimiento de problemas tan específicos como el susto, nos dará bases para poder abordar el problema desde los servicios de salud en la práctica cotidiana.

No hay sistematizaciones de temas como el susto en el contexto boliviano, y es una consecuencia del estigma de algunas prácticas de medicina tradicional ya sea en lo cotidiano de las familias o en la práctica de los médicos tradicionales.

No hay estudios donde se establezca que el susto es un factor de riesgo para la morbilidad o la mortalidad específicas, es posible que este cuadro condicione a otros cuadros patológicos o simplemente se subsuma en otros cuadros reconocidos por el vademécum médico occidental. Es de urgente necesidad elaborar documentos basados en la evidencia y desde la perspectiva de la población la necesidad de analizar y discutir las creencias y culturas de nuestros pueblos⁶ que como prácticas milenarias deberán ser reconocidas y de esta manera reducir las barreras entre el personal de salud y la población que en su cosmovisión está inmersa en patologías no reconocidas o al menos poco tratadas. Aun más cuando el 55.6% de la población indígena reside en área urbana y el 44.4% en el área rural.

V.-Objetivos de la Propuesta de Intervención

Objetivo general:

- Proponer la referencia y contrareferencia de la enfermedad del susto, en la población de Quintanilla del Municipio Sacaba provincia Chapare departamento de Cochabamba.

⁶ La Constitución Política del Estado Plurinacional Boliviano reconoce 36 etnias o pueblos indígenas.

Objetivos específicos:

1. Elaborar una propuesta de articulación de la medicina tradicional y la medicina occidental cuyo trazador es el susto (referencia y contra referencia).
2. Elaborar un material escrito sobre las características de la enfermedad del susto, para el personal de salud.

VI.- Metodología

En el proceso, se elaboró inicialmente un listado de los problemas encontrados en el trabajo de investigación, mismos que se priorizaron, se realizó el árbol de problemas y de soluciones, además de un marco lógico.

VII.- Análisis de factibilidad

La elaboración del material consiste en un gran aporte para mejorar la calidad de atención, los resultados de la misma y fundamente de orientar al personal de salud no solo respecto al trato sino a las costumbres y tradiciones de la población atendida en nuestro centro de salud respecto al susto.

VIII.- Análisis de Viabilidad

La posibilidad de que el material impreso esté disponible aún sea simplemente fotocopiado y a mano, permitirá su uso por el personal de salud.

IX.- Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

N°	ACTIVIDAD						
		Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
1	Elaboración del perfil de tesis						
2	Revisión bibliográfica						
3	Realización de entrevistas						
4	Planteo de encuesta						
5	Ejecución de encuesta						
6	Análisis de resultados						
7	Charlas con grupo focal						
8	Resultado de grupo focal						
11	Elaboración de la propuesta de articulación de uso de la medicina tradicional en el sistema público respecto al tratamiento del susto.						

X.- Presupuesto

La investigación tuvo un costo de:

Fotocopias de Libros	Bs. 80.-
Transportes	Bs. 120.-
Fotocopias Encuesta	<u>Bs. 5.-</u>
TOTAL	Bs. 205.-

El presupuesto alcanzó un costo de Bs. 205.-, que fueron cubiertos por la tesista.

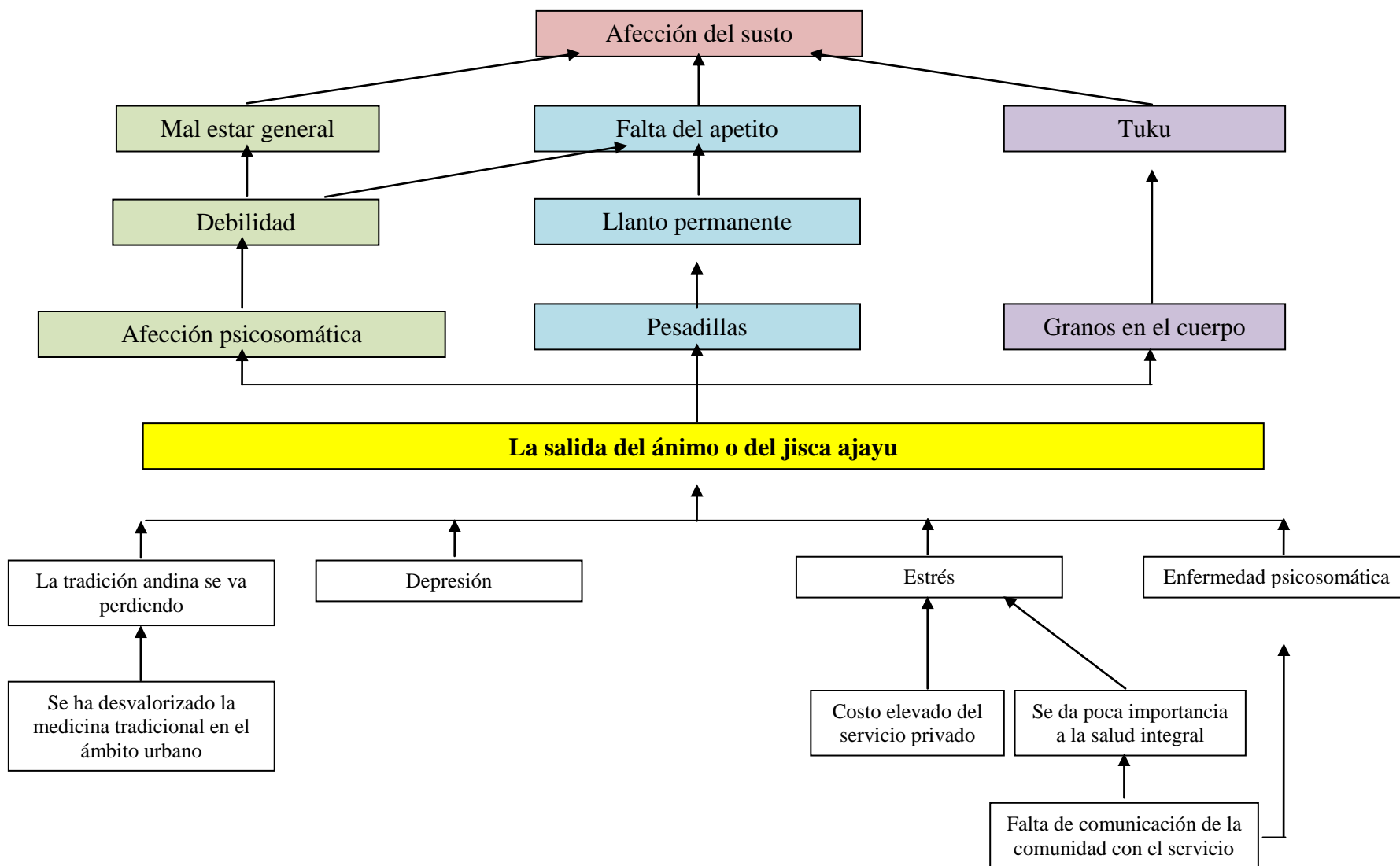
XI.- Bibliografía

- FERNÁNDEZ JUAREZ, Gerardo. “Salud Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud Crítica Intercultural”, Ediciones de la Universidad de Castilla – La Mancha, España, 2006.
- CACERES CHALCO, Efraín. “Susto o mancharisqa” Tesis de posgrado en la PUCP, bajo la asesoría de Alejandro Diez Hurtado. 2009
- GIRAULT, L., 1984 Kallawaya. Guérisseurs itinérants des Andes. Recherche sur les pratiques médicinales et magiques; Paris, ORSTOM.
- LIRA, J., 1985 Medicina Andina. Farmacopea y ritual; Cusco, CERA.
- OBLITAS POBLETE, E., 1969 Plantas Medicinales de Bolivia. Farmacopea Callawaya; Cochabamba-La Paz, Los Amigos del Libro.
- OTERO, G.A., 1951 La Piedra mágica. Vida y costumbres de los indios Callawayas de Bolivia; México, Inst. Indigenista Interamericano.
- RÖSING, I., 1987-1996. Mundo Ankari I-VI; Nördlingen, Franz Greno.
- SAL Y ROSAS, F. 1972 Observaciones del Folklore Psiquiátrico del Perú; en: Actas y Memorias del 39º Congreso Internacional de Americanistas; Lima, pp.249-262.
- VELASCO Oscar. USAID – PROCOSI. Secretaria nacional de salud proyecto conocer Bolivia 1997
- IRIARTE Gregorio O.M.I. Análisis Crítico de la realidad compendio de datos actualizados, edición 17ª, año 2010.
- MSD, Salud Familiar Comunitaria Intercultural, La Paz, 2009, p. 10.

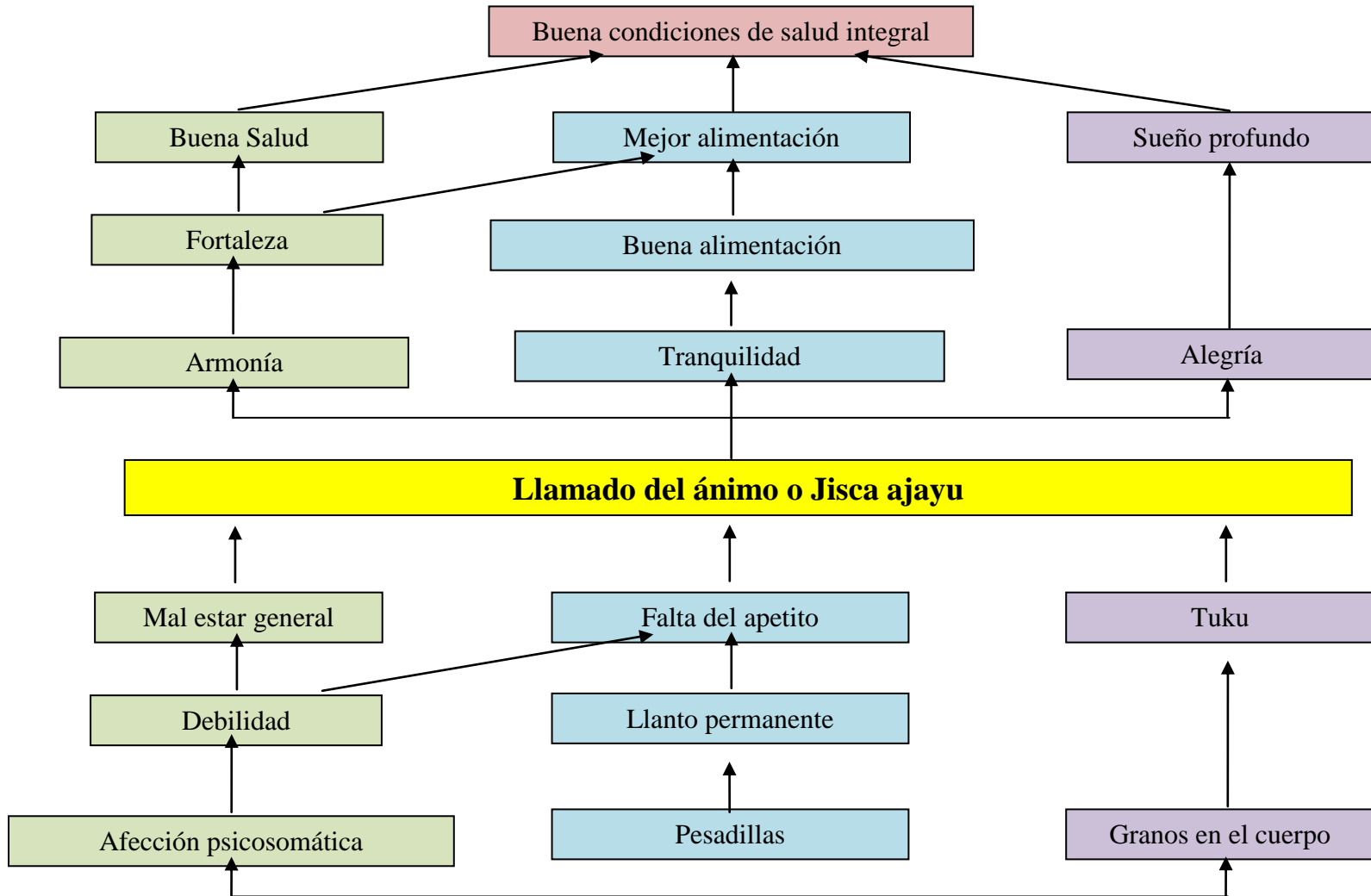
XII.- Anexos

- 1.- Árbol de Problemas
- 2.-Árbol de Objetivos
- 3.- Marco Lógico

ANEXO 1 ÁRBOL DE PROBLEMAS



ANEXO 2 ÁRBOL DE OBJETIVOS



ANEXO 3
MARCO LÓGICO

OBJETIVO GLOBAL

Contribuir a mejorar las condiciones de salud integral con medios tradicionales sobre la afección del susto por los pobladores para acudir a un medico tradicional y que la población pueda acceder basada en sus costumbres y saberes, y generar a partir de los resultados una propuesta de articulación con el sistema público en el Hospital Solomón Klein del Municipio Sacaba provincia Chapare departamento de Cochabamba en el último trimestre de la gestión 2009.

Producto final	Productos intermedios	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de verificación del logro	Responsable	Supuesto
Contribuir a mejorar las condiciones de salud integral con medios tradicionales sobre la afección del susto por los pobladores para acudir a un medico tradicional y que la población pueda acceder basada en sus costumbres y saberes, y generar a partir de los resultados una propuesta de articulación con el sistema público en el Hospital Solomón Klein del Municipio Sacaba provincia Chapare departamento de Cochabamba en el último trimestre de la gestión 2009.	Identificar las características del susto	100% de eficacia del tratamiento en forma ritual	Informe del estudio, historia clínica y datos del médico tradicional.		Lic. Jesusa Santos Lique	
