

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA



MANUAL DE:
DESARROLLO INTEGRAL DE LA COMUNIDAD

ELABORADO POR:
MAESTROS DEL DEPARTAMENTO
SALUD PUBLICA

DAD AUTÓNOMA DE NUEVO
CIÓN GENERAL DE BIBLIOTECA

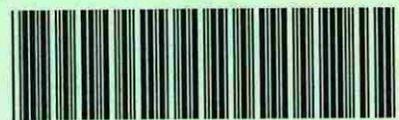
Monterrey, N.L. Septiembre de 1995

78

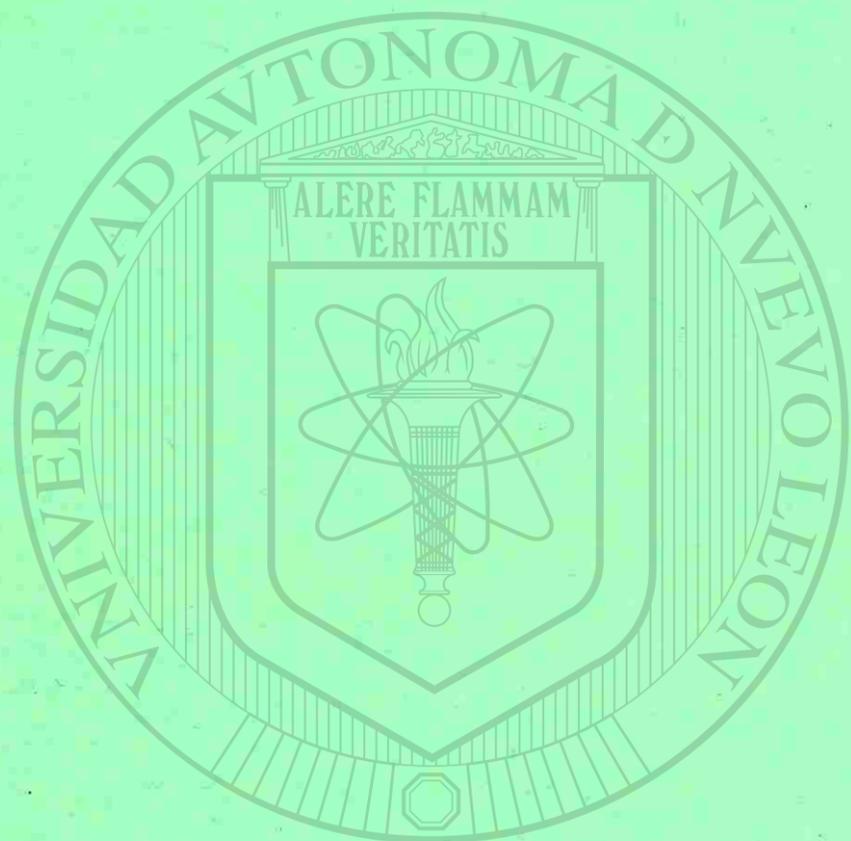
3

5

HT1
.M6
U55
199



1020121427



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



I N D I C E

Págs.

INTRODUCCION	1
LECTURA No. 1	2
- Casos reales de problemática de salud	2
- Preguntas	8
LECTURA No. 2	9
- La gente y la salud	9
. La influencia de la cultura	9
. El agua y la comunidad	14
- Preguntas	17
LECTURA No. 3	19
- La función de las creencias y costumbres en los programas de salud	19
- Preguntas	27
LECTURA No. 4	28
- Concepciones sobre salud y enfermedad de los hispano-americanos	28
. Prevención de la enfermedad	33
. Causa de enfermedad	33
. Diagnóstico de enfermedades	35
. El tratamiento de la enfermedad	36
. Sumario y conclusiones	38
- Preguntas	40
LECTURA No. 5	41
- El miedo a la envidia	41
- Preguntas	55
LECTURA No. 6	56
- La salud y el equilibrio	56
- Preguntas	66

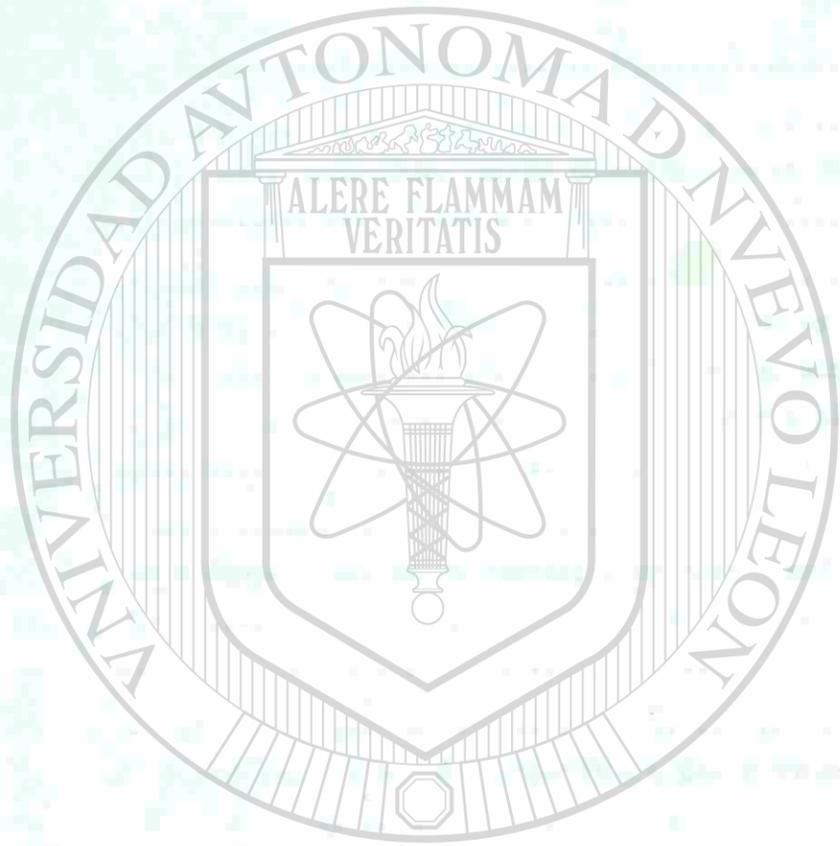
1214479

HTL78

.M6

U553

1995



INTRODUCCION

La Sociología, disciplina que aborda la problemática social presente en cualquier interrelación humana, construye su conocimiento partiendo de los hechos observables.

Con el fin de que el alumno aprenda la teoría sociológica y encuentre al mismo tiempo su aplicación en la Facultad, se ha decidido seguir la metodología de enseñar los objetos de la teoría a través de lecturas y análisis de investigaciones sociales en relación a problemas de salud, al realizar la lectura en torno a una investigación, el alumno abstraerá conceptos ligados a hechos o problemas de manera que adquiera significado, y no quede en un plano meramente teórico aislado de la realidad.

UANL

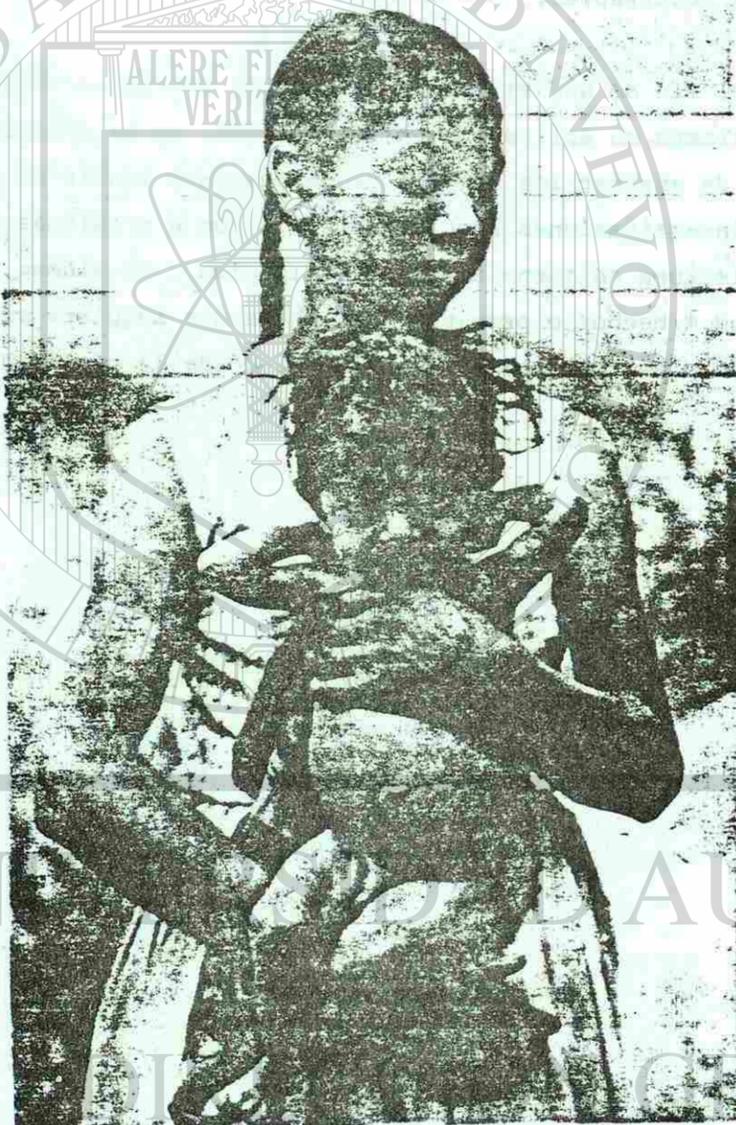
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



19- I. 07 J. N.

CASOS REALES DE PROBLEMATICA DE SALUD



de *Donde No Hay Doctor*, pág. 109



Hace 18 años, cuando yo (David Werner) empecé a trabajar en el mejoramiento de la salud con los campesinos en la Sierra Madre Occidental de México, no miraba más allá de las causas inmediatas de la mala salud. A mi manera de ver, las causas de las lombrices y la diarrea eran la falta de higiene y el agua contaminada. La causa de la desnutrición era la escasez de alimentos en una región montañosa y aislada, donde las sequías, las inundaciones y los fuertes vientos hacían difícil la agricultura e inseguras las cosechas. La alta tasa de mortalidad de los niños (34%) era resultado de una combinación de infección, mala alimentación y la lejanía de los centros de salud.

En suma, yo veía las necesidades de la gente como problemas físicos, determinados por el ambiente físico. Se podía comprender mi punto de vista miópico, ya que mi educación había sido en las ciencias naturales. Yo tenía poca conciencia social o política.

Posiblemente me hubiera quedado así, como se quedan muchos trabajadores de salud, si no hubiera convivido tanto con la gente de la sierra. Me di cuenta desde un principio que ellos tenían fuerzas, sabiduría y resistencia de los que yo carecía. Fue así que dejé que me enseñaran sobre los aspectos humanos —e inhumanos— de sus necesidades y de sus vidas. No digo que nos sentamos y me explicaron todo; más bien compartieron conmigo sus casas, sus dificultades y sus sueños. Muchas veces he luchado con ellos contra grandes obstáculos para impedir la pérdida de un niño, de una milpa o de la esperanza. A veces ganamos; a veces perdimos.

Poco a poco me di cuenta de que muchas de sus pérdidas —de niños, de tierra o de esperanza— no sólo tienen causas físicas inmediatas, sino también causas más profundas de tipo social. Es decir, que resultan de la manera en que unas personas tratan o afectan las vidas de otras. Una y otra vez, he visto ocasiones en que la muerte y el sufrimiento de niños y otras personas que yo había llegado a querer han sido el resultado directo o indirecto de la codicia humana.

En la página 109 de *Donde No Hay Doctor* hay una foto de un niño muy flaquito en los brazos de su madre desnutrida. Con el tiempo el niño murió de hambre. Su familia era —y todavía es— muy pobre. Cada año el padre tenía que pedirle maíz prestado a uno de los grandes terratenientes de la región. Por cada litro de maíz que pedía prestado para la siembra, tenía que pagar 3 litros después de la cosecha. Con estos réditos tan altos, la familia se endeudaba más y más. Por mucho que trabajara el papá, cada año tenía que entregar una parte mayor de su cosecha para pagar lo que debía al terrateniente. Cada año tenía que pedir más maíz prestado y pagar triple la cantidad. Al fin, la familia tuvo que vender sus pollos y sus puercos y finalmente hasta los frijoles que habían cultivado en las empinadas faldas de los cerros, sólo para poder comprar el maíz que necesitaban para sobrevivir.

Sin huevos ni frijoles para comer, la madre se puso más y más desnutrida. Sus pechos no podían producir leche para su bebé. Por eso lo alimentaba con la única comida que tenían: maíz remolido con agua. Con el tiempo el niño murió.

Parte del problema tal vez pudo ser también que en ocasiones el papá toma con los demás hombres. Cuando se emborracha, pierde el juicio y a veces, para comprar una ronda de copas, vende parte de la escasa provisión de maíz de la familia.

Esto es triste. Pero piense en la vida de este hombre. El trabajo tan duro que hace, sólo para tener más deudas. La muerte de su pequeño hijo que él quería y al que él siente que le falló. La desesperación de su vida. Y muchas veces su propia hambre, no sólo de alimentos sino también de una oportunidad justa para ganar algún beneficio de su propio trabajo. ¡No lo podemos culpar si de vez en cuando toma demasiado!

Quizás nadie tenga la culpa. O quizás todos la tengamos. Cuando menos, todos nosotros los que tenemos más de lo que necesitamos mientras otros pasan hambre. En todo caso, no es justo y no es humano guardar silencio en un mundo que permite que unas personas engorden con el duro trabajo de otras que sufren hambre.

El niño del retrato que se murió no es el único. En los ranchitos de la sierra que yo conozco, hay cientos de niños parecidos; algunos muertos y algunos esperando. En el mundo entero hay millones. La cuarta parte de los niños del mundo están desnutridos, la mayoría de ellos por razones parecidas a las que acabo de describir. Sus problemas no se resolverán con medicinas, ni letrinas, ni centros de nutrición, ni planificación familiar (aunque todo esto, si se trata en forma decente, puede ayudar). Lo que necesitan sus familias es una oportunidad justa de vivir de su propio trabajo, una parte justa de lo que produce la tierra.

¿Hablo claro? Permítame contar la historia de Chelo y su familia, con quienes he llegado a tener mucha amistad durante varios años. Chelo tiene tuberculosis avanzada. Antes de que hubiera un puesto de salud en su aldea, no recibía tratamiento. Sabía que tenía tuberculosis. Quería curarse. Pero no tenía con qué comprar las medicinas (los medicamentos básicos para la tuberculosis no son muy costosos de producir, pero en las boticas mexicanas se venden a casi diez tantos de su precio de mayoreo en los Estados Unidos y en otros países desarrollados). Aunque el gobierno sí provee medicamentos gratuitos como una parte de su programa de control de la tuberculosis, requiere que los afectados vayan seguidos a hacerse análisis y recibir medicamentos en uno de los centros de salud de la ciudad. Para Chelo esto quería decir un viaje de 250 kilómetros cada quince días. Simplemente no podía hacer ese gasto.

Durante años, Chelo había trabajado para el terrateniente más rico del pueblo. Este es un hombre triste y gordo quien, además de ser dueño de enormes terrenos, tiene miles de cabezas de ganado. Cuando Chelo empezó a debilitarse por su enfermedad y ya no podía trabajar tan duro como antes, el terrateniente lo despidió y le dijo que se cambiara de la casa que le había prestado.

Chelo, su esposa Soledad, y su hijastro Raúl,* hicieron una casita de adobe y se instalaron en ella. Para entonces, Chelo ya tosía sangre.

En ese tiempo se estaba iniciando el programa campesino de salud en la región, pero todavía no se había capacitado a un promotor de salud en el lugar donde vivía Chelo. Un trabajador de salud visitante le enseñó al hijastro, Raúl, que tenía 11 años, cómo inyectar a Chelo con estreptomocina y apuntar los datos para asegurarse de que tomara las otras medicinas correctamente. El muchacho lo hacía muy bien y pronto llegó a inyectar y supervisar el tratamiento de otras personas de la aldea que tenían tuberculosis. Para cuando llegó a tener 13 años, Raúl ya se había integrado al equipo central de trabajadores de salud de la región. Al mismo tiempo, todavía asistía a la escuela.

* Estas personas son reales, pero he cambiado sus nombres.

La familia de Chelo vivía en un rancho de la sierra. El rancho era un pedregal que servía de basurero. Con mucho trabajo habían construido un sencillo sistema de riego, usando zanjas y canales de palo. Al fin, tenían una huerta de legumbres que producía algo de ingresos. La salud de Chelo había mejorado, pero nunca volvería a estar fuerte. El tratamiento había comenzado demasiado tarde.

Económicamente, Chelo tuvo contratiempo tras contratiempo. Apenas había empezado a salir de sus deudas con los tenderos y terratenientes, cuando se enfermó de apendicitis. Necesitaba cirugía en un hospital, así que sus vecinos y los promotores lo llevaron 23 kilómetros en camilla hasta la carretera y de allí en camión hasta la ciudad. La cirugía (a pesar de que el cirujano rebajó sus honorarios) costó más o menos lo que gana un campesino en un año. La familia se vio obligada a pedir limosna

Lo único de valor que tenía la familia era un burro. Cuando Chelo regresó del hospital, el burro había desaparecido. Dos meses después, un vecino lo vio en el potrero de una de las familias más ricas. Un fierro nuevo —todavía sin cicatrizar— se había puesto encima del fierro viejo.

Chelo fue con las autoridades del pueblo, quienes investigaron el asunto. Decidieron a favor del ladrón rico y multaron a Chelo. Lo que más me molestó fue que cuando Chelo me contó la historia no parecía estar enojado, sólo triste. Se rió débilmente y alzó los hombros, como para decir "Así es la vida. No se puede hacer nada".

A su hijastro, Raúl, al contrario, estos abusos le molestaban mucho. El había sido un niño muy cariñoso, pero terco, con una necesidad enorme de amor. Durante su desarrollo, se hizo más y más corajudo. Muchas veces su coraje no era contra nadie ni nada en particular.

Un incidente en la escuela fue el colmo. Raúl había trabajado muy duro para terminar la escuela secundaria en un pueblo vecino. Poco antes de graduarse, el director de la escuela le dijo, delante de la clase, que no le podía dar el certificado a menos que sus padres se casaran, porque era hijo ilegítimo (esto pasó en una época en que el gobierno federal había decidido mejorar sus estadísticas. La esposa del presidente lanzó una campaña para hacer que todas las parejas con hijos se casaran. Lo de negar certificados de graduación a los hijos de padres no casados era un método de presión que usaban). Chelo y su mujer sí se casaron —lo cual costó más dinero— y Raúl sí recibió su certificado. Pero le quedó el daño hecho a su orgullo.

El joven Raúl empezó a tomar. Cuando no tomaba, se podía controlar más o menos bien. Pero tenía dificultades en su trabajo con el equipo de promotores de salud, porque veía cualquier crítica amistosa como un ataque personal. Cuando estaba borracho, a veces estallaba su coraje. Consiguió una pistola de alta potencia, con la que acostumbraba tirar al aire cuando tomaba. Una noche tomó tanto que cayó inconsciente en la calle. Algunos de los jóvenes vagos del pueblo, que también habían tomado, le robaron la pistola y los pantalones, lo pelaron y lo dejaron en cueros en la calle. Al saberlo, Chelo lo llevó en brazos a casa.

Después de eso, Raúl se escondió de vergüenza durante quince días. Por unos días no visitó a sus amigos en el puesto de salud. Temía que se rieran. No se rieron. Pero Raúl había jurado vengarse, aunque nunca estuvo seguro de quién. Unos meses después, estando borracho, balaceó y mató a un joven que acababa de llegar de otra aldea. Los dos jóvenes ni siquiera se conocían.

Para mí, esto fue una tragedia, porque Raúl estaba luchando contra fuerzas más grandes que él. Cuando tenía doce años, ya tenía responsabilidades de hombre. Había demostrado interés y cariño por los demás. Siempre había sido corajudo, pero era un buen muchacho. Y, personalmente, yo sé que todavía lo es.

Pero entonces ¿quién tiene la culpa? Quizás nadie. O quizás todos. Algo tiene que cambiar.

Después del asesinato, Raúl huyó. Esa noche, la policía judicial llegó a buscarlo. Tumbaron la puerta de la casa de Chelo, insistiendo que dijera dónde estaba Raúl. Chelo les dijo que se había ido y que él no sabía a dónde. Los policías arrastraron a Chelo a las orillas del pueblo y lo golpearon con sus rifles y pistolas. Después su esposa lo halló tirado en el suelo, tosiendo sangre y batallando para respirar.

Pasó más de un año antes de que Chelo se recuperara lo suficiente para trabajar en su huerta. Había tenido una recaída de la tuberculosis después de ser golpeado por los policías. Raúl no estaba allí para ayudar con el trabajo y la familia estaba tan pobre que otra vez tenía que pedir limosna. Muchas veces pasaban hambre.

Unos meses después, Soledad, la esposa de Chelo, comenzó con síntomas de tuberculosis y empezó a curarse en el puesto de salud del pueblo. Los promotores no le cobraban a ella ni a Chelo, aunque el puesto de salud también tenía problemas económicos. Pero la esposa de Chelo ayudaba como podía, lavando en el río la ropa de cama del puesto de salud (quizás este trabajo no haya sido lo mejor para su tuberculosis, pero fue muy bueno para su dignidad. A ella le gustaba dar algo por lo que recibía).

Han pasado unos 6 años desde que sucedió esto. Ahora Chelo y su esposa están un poco más sanos, pero todavía están tan pobres que la vida es una batalla.

Luego, hace como 3 años, surgió un problema nuevo. El terrateniente que había empleado a Chelo antes de que se enfermara decidió quitarle el terrenito donde Chelo sembraba legumbres. Cuando la parcela era un basurero sin valor, las autoridades de la aldea le habían dado los derechos del terreno a Chelo. Pero ahora que el terreno se había convertido en una huerta fértil y regada, el terrateniente la quería para sí mismo. Hizo una solicitud a las autoridades, quienes le hicieron una escritura dándole los derechos. Claro que esto no era legal, porque anteriormente le habían dado los mismos derechos a Chelo.

Chelo llevó el asunto a la Presidencia Municipal, que está en un pueblo vecino. No logró ver al Presidente, pero el secretario del Presidente le dijo a Chelo en forma brusca que no debería tratar de causar problemas. Chelo, desesperado, regresó a su casa.

Chelo hubiera perdido su terreno, que era realmente su único medio de sostenerse, si el equipo de promotores de salud no hubiera tomado medidas. Ellos habían luchado demasiado —muchas veces sacrificando una parte de sus sueldos— para poder curar a Chelo y mantenerlo vivo. Sabían bien lo que la pérdida de su terreno significaría para él.

En una junta general del pueblo, los promotores le explicaron a toda la gente lo que estaba pasando con el terreno de Chelo y cómo la pérdida de éste afectaría su salud. Presentaron pruebas de que las autoridades le habían dado los derechos a Chelo primero y pidieron justicia. Aunque generalmente los campesinos guardan silencio en las juntas y nunca votan en contra de las autoridades, esta vez hablaron y votaron a favor de Chelo.

Las autoridades de la comunidad se pusieron furiosas y también el terrateniente.

Los promotores habían tomado una medida que se puede llamar política. Pero los promotores no se consideraban a sí mismos "políticos". Tampoco se consideraban capitalistas, comunistas ni socialistas (tales calificativos no tienen ningún significado para ellos), simplemente se consideraban trabajadores de salud, pero en el sentido más amplio. Vieron que la salud, y en verdad la vida, de una persona débil estaba amenazada por la injusticia de los que se encontraban en posiciones poderosas y tuvieron valor para hablar y actuar en su defensa.

A través de ésta y de muchas otras experiencias parecidas, el equipo campesino de salud ha llegado a darse cuenta de que la salud de las personas pobres muchas veces depende de cuestiones de justicia social. Han hallado que no es probable que los cambios que más se necesitan vengan de los que tienen más de lo que les toca de tierra, riqueza o autoridad. En lugar de eso, los cambios tienen que realizarse a través de la colaboración de los que se ganan el pan de cada día con el sudor de sus frentes. ¡De sí mismos!

Después de leer el artículo, contesta estas preguntas en una hoja para entregarla.

El caso de Chelo y su familia, presenta una problemática de salud, agravada por diferentes circunstancias del medio donde vivía.

Enumera 5 elementos físicos, 3 elementos psicológicos y 3 elementos sociales, que fueron los que causaron que la enfermedad de Chelo avanzará.

Físicos

Psicológicos

Sociales

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Qué necesitaba esta familia para no enfermarse?
3. Qué necesitas tu saber y hacer para mantenerte sano?

La gente y la salud

E. H. O. Parry

La influencia de la cultura

La actitud de una sociedad ante la salud y la enfermedad está estrechamente relacionada con su cultura. Ahora bien, una cultura casi nunca es estática y, por lo general, puede dar cabida a nuevas ideas, a condición de que no le planteen amenazas aparentes. Es normal que los agentes de salud introduzcan innovaciones, pero siempre habrán de ajustar sus actividades al medio cultural en el que desempeñen su labor.

Si los agentes profesionales de salud debieran dar un ejemplo de la vinculación entre cultura y salud, muchos de ellos mencionarían la persistencia de procedimientos médicos tradicionales en alguna sociedad rural sencilla. Sin embargo, respecto de la salud y la enfermedad es probable que la cultura determine las actitudes y respuestas de cualquier sociedad, por compleja que sea. Es indispensable conocer las diferentes modalidades de este fenómeno, no sólo para promover la salud en la comunidad sino también para comprender los procesos de la enfermedad. Por consiguiente, todos los integrantes de los equipos sanitarios han de estudiar ese aspecto de la cultura para poder superar los obstáculos que se oponen a la consecución de la meta de «la salud para todos en el año 2000».

¿Qué es la cultura?

Es más fácil tener una noción de lo que es la cultura que dar expresión a sus ideas. Se dice que la cultura de una sociedad denota rasgos que comparten muchos individuos y que se transmiten en el seno de esa sociedad, de una generación a otra por medio de la enseñanza y el aprendizaje (1). Sin embargo, en esta definición no se tienen en cuenta las posi-

bles variaciones biológicas de los integrantes de una sociedad determinada y la forma en que éstas alteran la cultura bajo influencias nocivas o la embestida de modificaciones tecnológicas o biológicas externas. En cualquier sociedad, los hábitos fomentados por la cultura prevaleciente o, en menor medida, por el medio ambiente pueden exponer directamente a los miembros de esa sociedad al riesgo de enfermedades graves.

Muchos piensan que la cultura de una comunidad agrícola se limita a hábitos y costumbres tradicionales relativos, sobre todo, a la salud y al ciclo de cultivo, precisamente porque la supervivencia de la población depende de su capacidad para trabajar la tierra. También es corriente que la cultura en un país industrial se equipare con la afición por las bellas artes. Ambas nociones son erróneas. La cultura tiene que ver con la estructura general y el desarrollo de una sociedad y no se puede circunscribir tan estrechamente. Cuando se trata de realidades culturales el agente de salud tiene que habérselas con un tema que rebasa determinados hábitos tradicionales referentes a las enfermedades (2).

Vinculación entre cultura y salud

En las sociedades más sencillas, los hábitos evolucionan a partir de la necesidad de preser-

El Profesor Parry es Decano de la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad de Ciencia y Tecnología, Kumasi (Ghana).



Después de leer el artículo, contesta estas preguntas en una hoja para entregarla.

El caso de Chelo y su familia, presenta una problemática de salud, agravada por diferentes circunstancias del medio donde vivía.

Enumera 5 elementos físicos, 3 elementos psicológicos y 3 elementos sociales, que fueron los que causaron que la enfermedad de Chelo avanzará.

Físicos

Psicológicos

Sociales

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Qué necesitaba esta familia para no enfermarse?
3. Qué necesitas tu saber y hacer para mantenerte sano?

La gente y la salud

E. H. O. Parry

La influencia de la cultura

La actitud de una sociedad ante la salud y la enfermedad está estrechamente relacionada con su cultura. Ahora bien, una cultura casi nunca es estática y, por lo general, puede dar cabida a nuevas ideas, a condición de que no le planteen amenazas aparentes. Es normal que los agentes de salud introduzcan innovaciones, pero siempre habrán de ajustar sus actividades al medio cultural en el que desempeñen su labor.

Si los agentes profesionales de salud debieran dar un ejemplo de la vinculación entre cultura y salud, muchos de ellos mencionarían la persistencia de procedimientos médicos tradicionales en alguna sociedad rural sencilla. Sin embargo, respecto de la salud y la enfermedad es probable que la cultura determine las actitudes y respuestas de cualquier sociedad, por compleja que sea. Es indispensable conocer las diferentes modalidades de este fenómeno, no sólo para promover la salud en la comunidad sino también para comprender los procesos de la enfermedad. Por consiguiente, todos los integrantes de los equipos sanitarios han de estudiar ese aspecto de la cultura para poder superar los obstáculos que se oponen a la consecución de la meta de «la salud para todos en el año 2000».

¿Qué es la cultura?

Es más fácil tener una noción de lo que es la cultura que dar expresión a sus ideas. Se dice que la cultura de una sociedad denota rasgos que comparten muchos individuos y que se transmiten en el seno de esa sociedad, de una generación a otra por medio de la enseñanza y el aprendizaje (1). Sin embargo, en esta definición no se tienen en cuenta las posi-

bles variaciones biológicas de los integrantes de una sociedad determinada y la forma en que éstas alteran la cultura bajo influencias nocivas o la embestida de modificaciones tecnológicas o biológicas externas. En cualquier sociedad, los hábitos fomentados por la cultura prevaleciente o, en menor medida, por el medio ambiente pueden exponer directamente a los miembros de esa sociedad al riesgo de enfermedades graves.

Muchos piensan que la cultura de una comunidad agrícola se limita a hábitos y costumbres tradicionales relativos, sobre todo, a la salud y al ciclo de cultivo, precisamente porque la supervivencia de la población depende de su capacidad para trabajar la tierra. También es corriente que la cultura en un país industrial se equipare con la afición por las bellas artes. Ambas nociones son erróneas. La cultura tiene que ver con la estructura general y el desarrollo de una sociedad y no se puede circunscribir tan estrechamente. Cuando se trata de realidades culturales el agente de salud tiene que habérselas con un tema que rebasa determinados hábitos tradicionales referentes a las enfermedades (2).

Vinculación entre cultura y salud

En las sociedades más sencillas, los hábitos evolucionan a partir de la necesidad de preser-

El Profesor Parry es Decano de la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad de Ciencia y Tecnología, Kumasi (Ghana).



vacación, tanto individual como colectiva. Por lo tanto, es probable que el embarazo, el nacimiento y el destete vayan acompañados de diversas costumbres cuya finalidad consiste en garantizar la reproducción y proteger la vida de la madre y el niño. Desde una perspectiva científica moderna, sin embargo, no se considera que todas estas costumbres sean útiles; es más, algunas de ellas son verdaderamente nocivas.

Los largos periodos de lactancia natural que se observan en algunas sociedades constituyen quizá el mejor ejemplo de un hábito cultural que tal vez sirva para proteger a los niños, puesto que el destete prematuro puede conducir a una subnutrición tan aguda que el índice de mortalidad llegue a amenazar el futuro de la sociedad en cuestión. Sin embargo, si la madre ya no es joven o si tiene poca leche, esta tradición cultural le puede plantear un grave problema: lucha por alimentar a su niño y, no obstante, fracasa. Si, como suele ocurrir, la familia desconoce las exigencias del destete prematuro y no sabe qué alimentos son nutritivos y necesarios, el niño sufre entonces una grave malnutrición proteinoenergética y es muy vulnerable a las infecciones.

La enfermedad introduce una dimensión totalmente nueva en cualquier sociedad. Es una intrusa inoportuna que amenaza a la población y que puede causar la muerte. Las actitudes y prácticas de una sociedad en relación con los enfermos ponen de manifiesto su comprensión e interpretación de las causas de las enfermedades. Algunas colectividades tienen la costumbre de aislar a los enfermos y privarlos de toda atención. Esta práctica se debía, probablemente, a la presencia de infecciones como la viruela o la tuberculosis pulmonar, que a menudo se transmitían a los familiares del paciente o a otras personas con quienes compartía la vivienda. La renuencia que prevalece en muchas sociedades a acercarse a los enfermos puede afectar el comportamiento de los agentes de salud, que propenden a descuidar a sus pacientes.

Dejando de lado esos casos extremos, la forma de tratamiento que recibe el paciente se deriva, por lo general, de las nociones vigentes en su entorno sobre la supuesta causa de la enfermedad. Si se considera que ésta se debe a

fuerzas sobrenaturales o mágicas, se recurre a métodos tradicionales; en cambio, si se estima que la causa radica en fuerzas naturales, se puede optar por una forma moderna de atención.

Es probable que algunas de las prácticas elegidas se opongan a los conceptos médicos establecidos y susciten conflictos entre los agentes de salud y las sociedades tradicionales a las que tratan de servir.

Los sistemas culturales, en su mayoría, disponen de medios para tratar a los enfermos, aunque esos medios puedan dar origen, desgraciadamente, a otras enfermedades. No hay que olvidar, sin embargo, que las enfermedades iatrogénicas constituyen ante todo un problema de la sociedad tecnológica y de la cultura urbana en el mundo industrializado. Esta cultura exige una atención terapéutica muy compleja, no obstante lo cual los hospitales

Cuando se trata de realidades culturales, el agente de salud tiene que habérselas con un tema que rebasa determinados hábitos tradicionales referentes a las enfermedades.

donde se presta esa atención pueden llegar a ser el lugar ideal donde los microbios resistentes a los antibióticos infectan a personas hasta entonces sanas.

Cultura y cambio

Es indudable que la cultura no es estática, aunque quizá lo sea en pequeñas colectividades aisladas. En ninguna región tiene mayor dinamismo que en las nuevas sociedades urbanas de Africa. Sin embargo, aunque una cultura sufra transformaciones, es probable que los cambios se limiten a las creencias y prácticas periféricas en tanto que las fundamentales se conservan tenazmente. Cualquier programa sanitario podrá fracasar, por provechoso que parezca, si se considera que plantea un reto a las creencias o prácticas culturales fundamentales de una sociedad determinada.

Por lo general, la vinculación entre cultura y salud se ha estudiado en sociedades aisladas en que el estilo de vida no se ha alterado durante varias generaciones. Es evidente que esas colectividades van desapareciendo y, a pesar de que proporcionan importantes datos biológicos y modelos antropológicos valiosos, es mucho mejor que hoy en día se reflexione

Cuando se trata de analizar los cambios culturales, uno de los problemas que se presentan es la imposibilidad de medir los factores culturales, a pesar de que sí sean mensurables sus efectos.

acerca de la manera en que se transforman la sociedad y la cultura. El ritmo del cambio se acelera en muchos países, especialmente en los del Tercer Mundo, donde una sociedad urbana se desarrolla en el seno de una economía predominantemente rural (3).

Los conceptos tradicionales, que se transmitían de una generación a otra, se modifican actualmente en virtud de nuevas experiencias y de conocimientos nuevos. Han desaparecido en gran medida las actitudes predominantes en la generación anterior respecto de las enfermedades y a los jóvenes les sigue atrayendo la idea de abandonar su hogar tradicional para sumarse a la expansión de los centros urbanos. Se ha debilitado la antigua sociedad rural, y el medio social duro e indisciplinado del inmigrante urbano, en el que reina a menudo la inseguridad, ha dado origen a su propia cultura desarraigada. Ya se ha hecho notar que los hábitos de una cultura se derivan del instinto de preservación, pero esto supone que el medio ambiente permanece estable. Las nuevas sociedades urbanas y la nueva cultura urbana son fundamentalmente inestables.

Aunque el medio ambiente de una urbe moderna esté tecnológicamente regulado, cada uno de sus habitantes está sometido a exigencias de índole social, cultural y biológica. El éxito de una sociedad para responder a estas exigencias depende de su capacidad de adaptación.

Mediante ejemplos tomados de Papua Nueva Guinea y de Nigeria, se ilustra la vinculación estrecha que existe entre la cultura y los rasgos biológicos que se pueden presentar y ser objeto de una selección genética por acción del medio ambiente.

Se llama «Pig bel» a una grave enfermedad diarreaica, en ocasiones mortal, provocada por *Clostridium perfringens* tipo C. En Papua Nueva Guinea, los habitantes del altiplano suelen comer muy poca carne y, por lo tanto, tienden a sufrir de una deficiencia de enzimas proteolíticas intestinales. En sus festines tradicionales comen grandes cantidades de carne de cerdo, pero los hornos de barro que utilizan no se calientan a la temperatura necesaria para la cocción de este tipo de carne, dando así lugar a la multiplicación de *Clostridia*. Su alimento básico, la batata, contiene una sustancia inhibidora de la tripsina que protege la toxina del microbio en lugar de destruirla y, para colmo, el microbio *Ascaris*, presente en gran parte de la población, también produce sustancias inhibidoras de la tripsina. Por lo tanto, los microbios se pueden multiplicar en la carne mal digerida y liberar sus toxinas sin cortapisa. Desde un punto de vista cultural, la situación es achacable al festín; si se tiene en cuenta el medio ambiente, los culpables son la batata y *Ascaris* y, desde un punto de vista biológico, *Clostridia*. Sin embargo, existe una interrelación entre entre todos estos factores (4).

Las mujeres Hausa que habitan en torno a Zaria en el norte de Nigeria comen tradicionalmente sal de piedra (*kanwa*) durante el puerperio, a fin de facilitar la producción de leche. Se consideran también vulnerables al frío —que, a su juicio, figura entre las causas de las enfermedades— de manera que exponen su cuerpo al calor durante 40 días, como mínimo, después del parto. El exceso de sodio en la dieta y el calor, obtenido tanto de las hogueras encendidas ex profeso como del clima tropical, producen como resultado un paro cardíaco (5). Desde el punto de vista cultural, la responsabilidad recae en la costumbre de comer sal y encender hogueras; la elevada temperatura ambiental provoca por sí sola un determinado nivel de tensión; desde un punto de vista biológico, el parto incrementa la propensión de algunas mujeres a los paros cardia-

cos. En última instancia, es la combinación de estos factores la que puede resultar mortal.

Cuando se trata de analizar los cambios culturales, uno de los problemas que se presentan es la imposibilidad de medir los factores culturales, a pesar de que sí sean mensurables sus efectos. Un ejemplo que viene a cuenta es que los habitantes de las zonas rurales que emigran a las ciudades experimentan una elevación en la tensión arterial. Aunque sea un hecho irrefutable, no se puede precisar si su causa es cultural, biológica o ambiental.

Cuando una cultura se modifica, su supervivencia y su capacidad de adaptación dependerán no sólo de factores biológicos y ambientales, sino también de la posibilidad que tenga de modificar las zonas marginales que no sean indispensables para la supervivencia de la sociedad. Si la gente deja escapar lo esencial de su cultura, su sociedad se desintegra. Para el agente de salud, las posibilidades de modificación de esas zonas marginales revisten primordial importancia porque su tarea consistirá en introducir nuevos conceptos, métodos y exigencias, para reemplazar o adaptar lo que no sea la esencia misma de la cultura.

La cultura y el sistema de atención de salud

Cuando se introduce un nuevo tipo de atención de salud en una sociedad con una cultura establecida, de inmediato se ofrece una opción que no corresponde a las ideas tradicionales sobre las enfermedades y su tratamiento. Los miembros de la sociedad pondrán de manifiesto sus creencias y deseos básicos al optar por los conceptos nuevos o por los conceptos tradicionales. Pronto aprenderán cuál de los tratamientos modernos es eficaz y cuáles no lo son en apariencia o, por lo menos, no producen resultados inmediatos. Aplicarán el nuevo sistema únicamente a una gama limitada de trastornos definidos y, en el caso de todos los demás, darán la preferencia a sus remedios y curanderos tradicionales, sobre todo porque esos métodos y remedios corresponden a las nociones fundamentales de su sociedad.

Para aplicar un sistema moderno de atención de salud hay que elegir, por lo tanto, las prácticas que no son nocivas y que a la vez guardan relación con las ideas tradicionales. El sistema debe tenerlas en cuenta, así como la función que desempeñan los curanderos y los remedios tradicionales. De nada sirve que el equipo moderno de agentes de salud deseché los métodos tradicionales para introducir en su lugar otros nuevos, desconocidos y extraños. Así se destruye la cultura popular, se suscita el resentimiento y se produce una bre-

De nada sirve que el equipo moderno de agentes de salud deseché los métodos tradicionales para introducir en su lugar otros nuevos, desconocidos y extraños.

cha imposible de colmar, que neutralizará cualquier programa de educación sanitaria o de prevención no terapéutica.

En el caso de las enfermedades mentales, es imprescindible comprender las nociones prevalentes. Por ejemplo, cuando la población piensa que una enfermedad mental es el resultado de la acción de un enemigo, la única persona que puede proporcionar alguna ayuda tendrá que ser capaz de hacer frente al maleficio de ese enemigo. En ciertos casos, la integración de los sistemas sanitarios antiguos y modernos se efectúa utilizando los servicios de los curanderos, los cuales tratan algunos trastornos mentales, previa identificación de los elementos de la cultura tradicional aplicables a la atención médica moderna.

En una sociedad tribal se considera con frecuencia que un agente de salud de otra tribu es un extraño. Ahora bien, el agente será tan ajeno a su propio pueblo si la educación y los viajes modifican gran parte de su cultura tradicional. En una sociedad industrial, donde existe una cultura urbana común, por superficial que sea, el médico es un privilegiado y puede observarse la misma distancia entre él y algunos de sus pacientes más pobres. Por lo tanto, cualquier programa de salud fracasará, aunque esté perfectamente formulado, si quie-

nes lo introducen no se esfuerzan por colmar la brecha cultural que existe entre el agente de salud adiestrado y la población a la que atiende. El alejamiento puede alcanzar proporciones impresionantes si el agente de salud adopta una actitud arbitraria, antipática o condescendiente. Ningún dirigente de un

Cualquier programa de salud fracasará, aunque esté perfectamente formulado, si quienes lo introducen no se esfuerzan por colmar la brecha cultural que existe entre el agente de salud adiestrado y la población a la que atiende.

equipo de salud puede aceptar que alguno de sus agentes no mantenga buenas relaciones con las personas para quienes se ha formulado el programa.

En materia de atención de salud, cada sociedad cuenta con sus métodos y prácticas tradicionales. Un pequeño esfuerzo para comprender el contexto cultural evitará que se trate de imponer ideas y prácticas que resultan por completo inaceptables a la gente. Hay que dirigirse en primer lugar a quienes ocupan cargos de autoridad, ya sea en la familia, en el grupo, en la aldea o en el distrito. Conviene que todos los dirigentes presten su apoyo activo al programa de atención de salud, y para ello hay que convencerles de que el cambio no constituye una amenaza para su autoridad.

No está de más repetir que la elección del tratamiento puede dar origen a serias dificul-

tades. Si la costumbre exige que se recurra en primer lugar a los remedios tradicionales, los miembros del equipo de salud se sentirán frustrados por la tardanza en obtener resultados y por las complicaciones posibles. Si la tradición prescribe que al niño enfermo se le dé un atole ligero, el agente de salud de la madre y el niño tendrá que enfrentarse con el problema de la malnutrición. Si el tratamiento tradicional consiste en aplicaciones ardientes muy dolorosas o en incisiones múltiples, al paciente no le satisface que el agente de salud le prescriba dos tabletas diarias durante tres meses. Independientemente del grado de complejidad de una sociedad, éste es el sector en que los conflictos y los fracasos se presentan con mayor frecuencia y donde las desilusiones son más desalentadoras. Con el correr de los meses y los años, no obstante, los hábitos y las ideas cambian poco a poco, a medida que se modifican, y por último se olvidan, las prácticas que no son esenciales para que la cultura subsista y que meramente se refieren a las formas de tratamiento. □

BIBLIOGRAFIA

1. ALLAND, A. Medical anthropology and the study of biological and cultural adaptation. En: Landy, D., ed. *Culture, disease and healing*. Nueva York, Macmillan, 1977.
2. LANDY, D., ED. *Culture, disease and healing*. Nueva York, Macmillan, 1977.
3. HIGGINS, C., Y HUNTER, J. M. *Social science and medicine*. 3: 443 (1970).
4. LAWRENCE, G. E. M. *Lancet*, 1: 227 (1979).
5. DAVIDSON, N. M., ET AL. *Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 51: 203 (1974).

ONOMIA DE NUEVO LEON

AL DE BIBLIOTECAS



La gente y la salud

N. Scotney

El agua y la comunidad

La gran publicidad que se ha hecho del lema «Agua para todos en el año 2000» empieza a plantear graves problemas. Son muchos los que actualmente dan por supuesto que «las autoridades» van a abastecer a todo el mundo con agua suficiente de buena calidad, sin ningún esfuerzo por parte de la comunidad.

¿Por qué son tantos los millones de habitantes del mundo en desarrollo que no disponen de agua potable en cantidad suficiente, a pesar de que es la necesidad más urgente para el ser humano, después de los alimentos? Sin agua, es imposible la vida: con agua contaminada, la vida corre peligro; todos los días mueren millares de niños víctimas de las enfermedades diarreicas. ¿Por qué existe tan deplorable situación?

En términos generales, la respuesta es bien sabida. En primer lugar, las personas afectadas no tienen el dinero necesario para pagar el agua que se suministra mediante los métodos modernos. En segundo lugar, no saben en qué consiste la potabilidad del agua e ignoran cómo puede contaminarse; muchos consiguen abastecerse de agua potable pero luego la contaminan ellos mismos. En tercer lugar, hecho quizá más importante, no tienen ni idea de cómo pueden liberarse de la miseria y el atraso en que viven.

El Sr. Scotney es consultor en ciencias sociales y antropólogo especializado en cuestiones de participación de la comunidad en programas de salud y de enseñanza. El artículo que aquí se reproduce fue presentado originalmente en forma de comunicación en un seminario sobre filtros lentos de arena que se celebró en Nairobi en noviembre de 1983, organizado por el Ministerio de Salud de Kenya y el Centro Internacional de Referencia para el Agua y el Saneamiento.

Tal vez esta descripción no sea aplicable a todos los que viven en países en desarrollo ni siquiera a los habitantes de las zonas más pobres. Existe una pequeña minoría, de la que podemos aprender mucho, y lo más importante que podemos aprender es que la falta de dinero —y, por consiguiente, la posibilidad de pagar el agua que se consume— no significa que la gente no disponga de otros recursos: por ejemplo, la habilidad y las energías necesarias para poder sobrevivir en condiciones contra las cuales nosotros seríamos incapaces de luchar. He tenido ocasión de trabajar en estrecho contacto con los habitantes del extenso distrito de Turkana, situado en la zona noroccidental de Kenya, que padece una fuerte sequía, y es mucho lo que he aprendido de ellos. Tienen tal capacidad para estudiar sus problemas que conversando con ellos se aprende continuamente. Con razón se les ha llamado «maestros de la supervivencia»: basta decir, por ejemplo, que consiguen tejer cestas que retienen el agua. No tienen dinero, ciertamente, pero poseen recursos humanos muy valiosos.

El problema fundamental que se plantea a los agentes de salud consiste en ayudar a la gente a resolver sus dificultades utilizando los recursos de que ya disponen. Con frecuencia debemos enseñarle los rudimentos de la técnica y a veces se impone la necesidad de facilitarle un poco de dinero para que pueda adqui-

rir ciertos materiales (por ejemplo, cemento) con el fin de acelerar los progresos. Pero para ayudar a la gente a mejorar su nivel de vida nuestros recursos deben ajustarse a los que ya posee y a sus necesidades. Lo malo es que con frecuencia no ocurre así. Lemas como el de «Agua para todos en el año 2000» pueden hacer creer a las personas de mentalidad elemental que les bastará esperar y un grifo aparecerá en cada vivienda.

¿Por qué nuestros recursos no se ajustan a las necesidades de las poblaciones pobres? Lo que sabemos sobre abastecimiento de agua lo hemos aprendido sobre todo de los ingenieros de los países desarrollados y ricos. Nada nos han dicho de los campesinos y aldeanos de las zonas rurales que siguen sacando agua del río

La gente se resiste en general a creer que puede contaminar su propio abastecimiento de agua. Aunque esta resistencia tiende a disminuir en las zonas afectadas por el cólera, sigue siendo casi general en los pequeños asentamientos tradicionales.

o de un pozo. Este sistema de abastecimiento de agua no les interesa. Adiestrados para construir sistemas de abastecimiento de agua en las zonas urbanas, basados en el cobro del agua suministrada, nos han impuesto este enfoque, apoyándolo con fondos y recursos técnicos de sus propios países. Ha llegado el momento de cambiar esa mentalidad y de orientarnos hacia el desarrollo de los recursos de la misma población, ayudándola a ayudarse a sí misma. Para ello son necesarias dos cosas:

- que la población reconozca la importancia de la calidad del agua, y
- que sea la misma comunidad la que se encargue de la gestión de sus recursos hídricos.

En una aldea del Nilo occidental (Uganda), el comité escolar y el director de la escuela me invitaron a echar una ojeada a su sistema de abastecimiento de agua. Tomaban el agua de unas filtraciones —ni siquiera se las habrba

podido considerar como una fuente que brotaban de la ladera de una colina. En lo alto de esa colina, exactamente, había varias viviendas sin letrinas. Les señalé que, a mi juicio, el agua debía estar contaminada, que era probable que esa contaminación fuese en aumento y que podría producirse una epidemia de diarrea. Una de las mujeres presentes no se mostró de acuerdo conmigo. Levantó en alto una botella de agua y, mirándola a contraluz, dijo en lugbara: «Mire qué clara está el agua. Y sabe muy bien. Enséñeme dónde está la enfermedad en este agua». Siguió una larga discusión. La reunión era muy concurrida, y la mayoría de los presentes no se dejaron convencer por nada de lo que les dije. Dejé al comité escolar con su problema sin resolver.

Más tarde he tenido muchas ocasiones de comprobar que la gente se resiste en general a creer que puede contaminar su propio abastecimiento de agua. Aunque esta resistencia tiende a disminuir en las zonas afectadas por el cólera, sigue siendo casi general en los pequeños asentamientos tradicionales. En el pasado, esta creencia estaba justificada hasta cierto punto. El hecho de que la higiene de los habitantes fuese tan rudimentaria y de que vivieran tan juntos hacía que compartieran los mismos gérmenes patógenos. En aquel entonces, la contaminación se manifestaba cuando un forastero llegaba de visita o cuando un miembro de la familia había regresado de un viaje. Quizá esto explique la necesidad que se observa en muchas culturas de una ceremonia de purificación.

No es fácil poner en evidencia la cadena de transmisión de la enfermedad por conducto del agua, aunque en algunas zonas la experiencia del cólera ha simplificado el problema. Pienso que en otros lugares las enfermedades diarreicas de los niños —en particular cuando se producen varios casos graves al mismo tiempo— pueden ofrecer una oportunidad.

En otra aldea del Nilo occidental, una mujer nos invitó a entrar en su choza para contarlos, sin que los vecinos la oyeran, que tres de sus hijos habían muerto, uno de ellos de diarrea. Le pregunté si en aquella ocasión había hecho algo que normalmente no hacía. Me contó que la muerte de su hija se había producido en

la estación de las lluvias y que, viendo que había charcas de agua en las proximidades, no se habían tomado la molestia de ir a buscar agua al pozo. Por mi parte, yo había observado que la vivienda carecía de letrina. Aunque procuré evitar que se sintiera culpable, creo que comprendió que fue el agua contaminada lo que mató a su hija.

Ayudar a la gente a comprender en qué consiste la calidad del agua es importante, quizá fundamental. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario ayudarles a comprender en qué consiste la contaminación. En los últimos tiempos ha aumentado el interés por el tratamiento de rehidratación oral contra las enfermedades diarreicas. Este tratamiento puede salvar las vidas de muchos niños, pero la difusión de los conocimientos elementales sobre la calidad del agua puede salvar más vidas todavía.

La gestión de los recursos hídricos es, inevitablemente, un problema comunitario. Dejando aparte los sistemas de recogida de aguas pluviales de los tejados y los pozos familiares, las fuentes de agua suelen ser públicas. La falta de dinero en metálico aúna a la gente y hace que deba recurrir con más frecuencia al trueque, al intercambio de bienes y de ideas y al trabajo en cooperación. En Africa se han construido muchos millares de escuelas con mano de obra comunitaria y fondos recogidos

por la misma comunidad. El mismo tipo de cooperación puede permitir a la población mejorar el sistema de abastecimiento de agua y su calidad, protegiendo las corrientes de agua, excavando pozos y aplicando ciertas técnicas como el uso de filtros lentos de arena.

Si podemos conseguir que la gente comprenda la necesidad de disponer de agua de buena calidad y los peligros y las causas de la contaminación será posible obtener una mejora. Podemos promover sistemáticamente el empleo de filtros lentos de arena y otros métodos que han de permitir a los aldeanos disponer de agua suficiente y accesible gracias a su propio esfuerzo. Pero la iniciativa debe permanecer en las manos de la comunidad.

El término «participación» no da una idea clara del papel fundamental de la comunidad. Es necesario que desde el primer momento exista una organización de la comunidad eficaz, una voluntad comunitaria resuelta y un deseo de establecer un plan de acción viable, de desplegar los esfuerzos necesarios y de aportar el trabajo personal a la realización del proyecto. También desde el comienzo debe quedar claro que el proyecto pertenece a la comunidad y que ésta deberá encargarse de vigilar, conservar y renovar las instalaciones. De esta manera el programa no solamente será eficaz sino que se ejecutará por el costo mínimo posible.

Un seguro de enfermedad tradicional

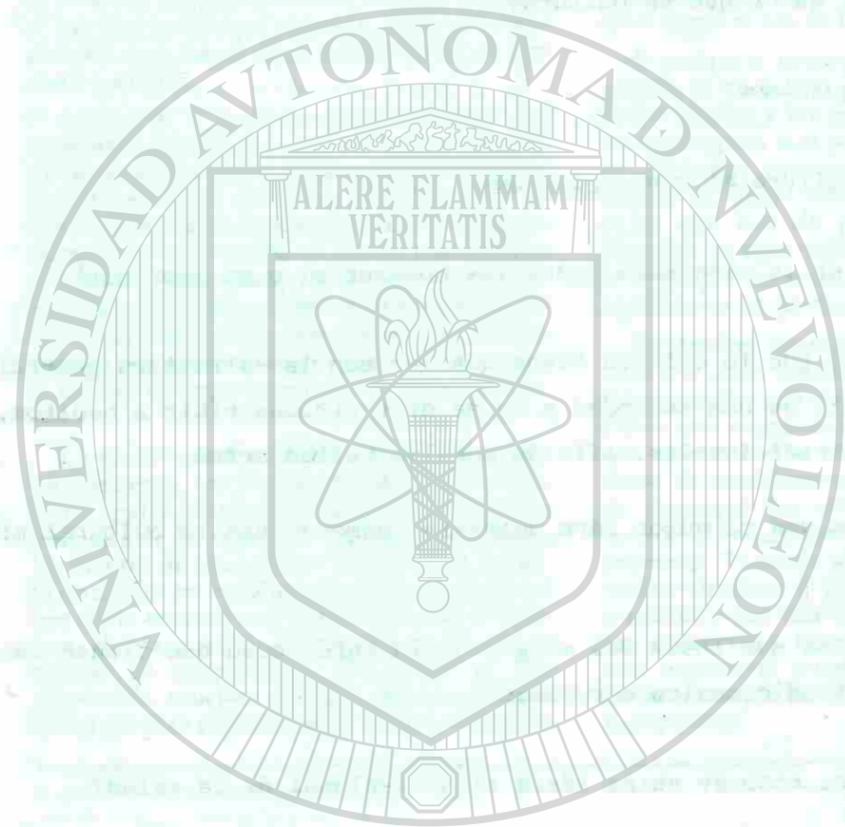
Son muy pocos los curanderos cuya posición económica es privilegiada y no son por lo general más prósperos que cualquier vecino suyo de la aldea... Pocas veces reclaman inmediatamente la remuneración que corresponde a sus servicios. En las zonas rurales especialmente, se les paga a menudo en especie (chat, cereales, etc.). Puede también verse en las aldeas como el curandero recibe una pequeña porción de la cosecha de cada familia en la época de la recolección, tanto si algún miembro de la familia le ha consultado durante la época anterior como si no. Esta forma de seguro de enfermedad se denomina "sadaka".

— W. F. L. Buschkens y L. J. Slikkerveer. *Health care in East Africa*, Assen, Van Gorcum, 1982.

Después de leer el artículo, contesta estas preguntas en una hoja para entregar al iniciar la clase.

1. Qué dice el autor que es cultura?
2. Cómo la adquirimos?
3. Cambia ña cultura si o no, ¿por qué?
4. La cultura es la mism para todos los hombres si o no ¿por qué?
5. Por qué dice que la cultura tiene que ver con la estructura general y el desarrollo de una sociedad y no se debe circunscribir a hábitos, - costumbres tradicionales, afición por las bellas artes.
6. Qué ejemplos usa el autor para demostrar como un hábito cultural afecta la salud?
7. Cuáles son las dos ideas del origen de la enfermedad que tienen las - sociedades tradicionales o rurales?
8. Para qué debe conocer estas ideas el profesional de la salud?
9. Qué debe tomar en cuenta el profesional de la salud antes de introducir un cambio en su comunidad de trabajo?
10. Qué piensas de la crítica que se hace el tema, agua para todos en el año 2,000?
11. Por qué la gente debe conocer la importancia de la calidad del agua?
12. Por qué la comunidad debe ser la que busque la forma de conseguir el agua de calidad?

- 13. En Kenya proponen los filtros lentos de arena para potabilizar el agua. Qué piensas de esa medida a pesar de que existe otra tecnología. La medida propuesta es adecuada o atrasada, por qué?



LA FUNCION DE LAS CREENCIAS Y COSTUMBRES EN LOS PROGRAMAS DE SALUD

BENJAMIN D. PAUL PHD

El hombre es un animal biológico y social y también es un animal cultural. Pertenece a una cultura particular que regula su sociedad, no por un instinto ciego o fuera de la razón, sino más bien, por un conjunto de ideas y habilidades transmitidos socialmente de una generación a otra, que lo mantienen unido con todos los miembros de su grupo social. La cultura es un proyecto representativo de la vida social. El hombre reside en un doble medio ambiente, un medio externo el clima, terreno y recursos técnicos; y un medio interno el campo de la cultura que mediatiza entre el hombre y el mundo que lo rodea. Al aplicar los conocimientos que le llegan como parte de su cultura heredada, el hombre transforma su medio ambiente físico para mejorar su bienestar y promover su salud, también interpreta su medio ambiente, asignándole significado y valor a sus distintos aspectos de acuerdo con la norma de su cultura particular. Entre otras cosas, la cultura actúa selectivamente para percibir y entender al mundo externo, debido a que la cultura cambia de un grupo a otro, la interpretación del medio ambiente físico también cambia.

Generalmente la gente no se percata que la cultura influye en sus ideas y costumbres. Ellos creen que su modo de ser natural, interactúan con otros en su sociedad, con quienes comparte su cultura, los hace ignorar que la cultura es un determinante de su conducta. Un ingeniero puede construir algo que mejore la salud en su hogar, sin preocuparse mucho acerca de las características culturales de sus vecinos que lo vayan a utilizar. Ya que sus hábitos y creencias de este ingeniero son semejantes a las de ellos. Pero en otro País con otra cultura, esto podrá no ser aceptado como bueno. En Latinoamérica algunos pacientes de maternidad de clase media, desean un cuarto privado en el Hospital, con un lugar para acomodar a un sirviente o pariente que lo este atendiendo todo el tiempo. En algunos lugares rurales de la India, los hospitales deben de construir una serie de cocinetas donde los familiares de los pacientes puedan prepararles la comida, en vista de que la cultura de ellos prohíbe que los alimentos sean preparados por miembros de otras castas. Por lo tanto, el

efecto de las diferentes culturas determina que donde haya que construir un servicio de salud, este debe estar de acuerdo con los sistemas habituales de la gente, cualquiera que este sea.

Alguien acostumbra en la implementación de los programas de asistencia técnica, reconoce la diferencia de comportamiento que he mencionado. Existen tres clases de malas interpretaciones que son muy comunes. La primera es suponer que "ellos tienen muchas creencias y hábitos raros y que nosotros los promotores, tenemos menos que ellos, tendemos a verlos como cautivos de costumbres ciegas, cegados por las costumbres y a nosotros relativamente libres de las peculiaridades culturales". El hecho es que todos los hombres somos el resultado de nuestra cultura con la inevitable mezcla de elementos culturales racionales y no racionales. Las diferencias culturales y el grado del cambio cultural difieren, pero la gente no aprecia el grado en el cual sus acciones están influidas por su propia cultura, nosotros estamos prestos para utilizar el término "supersticioso" o el epíteto costumbre tradicional de los otros pero no de igual manera cuando nos referimos a nuestras ideas y comportamiento. Rechazamos la costumbre de comer perros domesticados y también somos impacientes con la gente que prefiere tener hambre a comerse sus reces. A los americanos les molesta el olor a abono animal que tienen las comunidades de Korea y otros pueblos del este de Asia, sin embargo, un caballero coreano fue interrogado por un amigo cuando este hizo su primera visita a Nueva York sobre cómo le había parecido la gran ciudad? a lo que contestó: "muy bien, pero los olores son molestos". Medido por los estándares de una cultura, las manifestaciones de otros queda limitado y resulta arbitrario o bizarro, necesitamos reconocer que tenemos una cultura y que nuestras costumbres pueden ser vistas tan diferentes por otros como nosotros vemos las de ellos.

De allí que nuestra conducta, así también, como nuestros comportamientos, imprimen un sello a nuestra cultura. Una segunda suposición es la de "que nuestros modos e ideas están más avanzadas que los de otras y que ellos nos tienen que alcanzar". La dificultad con esto estriba en que representa parcialmente la verdad; algunos aspectos de la cultura, principalmente el conocimiento científico y las habilidades técnicas, realmente

están sujetas a lo tangible y a una valoración relativa. Sin embargo, el conocimiento no es sabiduría, y muchos aspectos de la cultura incluyendo el idioma, la estética, los valores morales y códigos religiosos, están más allá de una evaluación objetiva por carecer de un estándar de medición que este libre de la cultura. Es un error e insulto asumir, como a veces lo hacemos, que debido a que algunas partes del mundo están técnicamente subdesarrolladas, sus gentes o sus culturas también están subdesarrolladas.

Una tercera y muy común presunción de nuestro conocimiento de las diferencias culturales, es una tendencia a visualizar costumbres y creencias como elementos aislados en vez de considerarlos como partes de un sistema o de un patrón. Los vínculos entre los componentes culturales, pueden o no ser estrechos y no ser siempre muy aparentes en un primer acercamiento, pero resulta frecuente que las personas se adhieren a modos concretos de actuar o de creencias no sólo porque es conocido o tradicional, sino también porque está ligado a otros elementos de la cultura. Un cambio efectuado en un campo de la cultura, puede acarrear cambios inesperados en otras áreas, o resultar una desadaptación como la siguiente ilustración.

En la Isla de Palau, en el Pacífico Occidental, el patrón de vida demanda grandes y frecuentes reuniones de personas para celebrar o solemnizar eventos sociales específicos. En los viejos tiempos, las viviendas Palauanas eran suficientemente amplias para hospedar muchas personas. No había muros divisorios, y era posible que cada hombre que participará en una celebración recibiera sus alimentos en función de su rango y sentarse de tal manera que no ofendiera a otros dándoles la espalda. Después de la guerra, la mayoría de los isleños residen en pequeñas casas de 2 ó 3 habitaciones muy a la manera de estilo japonés o americano. Ellos tratan de mantener sus viejas costumbres, pero se les dificulta. las visitas hacinan la pequeña vivienda como si fueran cigarros. Ahora sufrir el insulto de tener que ver las espaldas de sus vecinos y tomar sus alimentos en el orden. Los palauanos son masticadores y escupidores de ciertas raíces. Las antiguas casas tenían varias puertas y numerosas rendijas

para facilitar las escupidas. Las nuevas edificaciones, especialmente las casas creadas para la vivienda de los jefes y cámaras consejales donde se reúnen han causado crisis menores. Las 2 puertas estan bien ubicadas, los nudos de los pisos de triplay son muy escasos para facilitar el hábito de la mayoría de masticadores. Se están usando como escupideras las latas vacias, sin embargo, no son suficientes.

Las costumbres de vivienda y de atención de hospitalidad anteriormente bien relacionadas, hoy están en relación tensa. Entre paréntesis diremos que los comportamientos sociales o culturales no son necesariamente buenos o malos por si mismos; dependiendo del caso pueden provocar un aumento de la desorganización cultural o una eventual reorganización de un sistema sociocultural con nuevas bases.

En algunos casos, la gente aspira a prevenir el cambio cultural resistiendo mejoras sanitarias del medio ambiente. En la India rural, la contaminación fecal de alimentos y agua por contacto directo o por moscas o roedores, constituye una problemática difícil, el origen del problema es el patrón de comportamiento manifestado por la costumbre de defecar a campo abierto. El uso de letrinas ayudaría a solucionar el problema. Ingenieros de Salud Pública y otros que trabajan en la India, han diseñado tipos especiales de letrinas adaptadas a la costumbre local de defecar en cuclillas y están diseñadas para conformarse a las condiciones de clima, suelo y fuentes de agua. Se han instalado numerosas letrinas, pero estudios de seguimiento han demostrado que sólo una pequeña porción de la población las emplea regularmente, las que menos las utilizan son principalmente las mujeres, porque todas las mañanas y tardes, las mujeres acuden en grupos al campo, no sólo para defecar, sino también para platicar, dándose tiempo para distraerse de su muy ocupada rutina doméstica. También intercambian consejos acerca de los maridos y las suegras, y aprovechan para bañarse con agua depositada en tanques en los campos. Los hábitos vinculados de ir al campo para socializar y actividades de aseo y defecación, juntan una necesidad fuertemente sentida de la vida cotidiana y facilita el relajamiento de las tareas diarias. Desde el punto de vista de las mujeres, la costumbre de defecación esta íntimamente ligada

a otras costumbres. Desde el punto de vista del especialista sanitario, esta costumbre esta dañinamente ligada a un ciclo de contaminación y enfermedades intestinales. Para interrumpir el ciclo de contaminación, se les pide a las mujeres que usen las nuevas letrinas, sin embargo, se escabuyen pundorosamente de este consejo parcialmente porque al hacerlo interrumpirían un conjunto de costumbres que ellas preferirían mantener intactas y parcialmente porque su cultura les ha brindado pocas bases para comprender la conexión entre heces y enfermedades entéricas.

La cultura mediatiza entre el hombre y su entorno material. En un artículo donde se analizaba el resultado de un programa de sanidad rural en una pequeña aldea peruana, el autor explica de que manera las percepciones de un elemento tan común del medio ambiente como es el agua, esta culturalmente tamizadas:

- Un trabajador de la salud entrenado puede percibir la "contaminación" en el agua, porque sus percepciones están vinculadas a ciertos conocimientos científicos que le permiten ver al agua de una manera especialmente condicionada. Los aldeanos peruanos también visualizan el agua de una manera especialmente condicionada. Entre él y el agua que observa su cultura "desfiltra" las bacterias e "infiltra" lo frío y caliente y otras cualidades que son tan significativas para él, de la misma manera que carecen de significado para un foráneo.

Una parte importante de la cultura local es un sistema complejo de distinciones de lo frío y caliente. Muchas cosas de la naturaleza, incluyendo alimentos, líquidos, medicinas, estados corporales y enfermedades, están clasificados como esencialmente "frío" o "caliente" o algún estadio intermedio sin considerar la temperatura actual. Personas enfermas deben evitar ingerir alimentos que son culturalmente fríos, tales como el puerco. El agua "cruda" es fría y adecuada para las personas sanas: agua hervida es caliente y adecuada para el enfermo. Las horas del día cuando el agua se puede proveer están sesgadas por las limitaciones de tiempo y combustible (leña) y restringida aún más por las consideraciones de lo que es "frío y caliente". El agua se consume principalmente cerca de medio día, pero aquella agua

hervida y serenada posteriormente se torna peligrosamente "fría" y debe ser rehervida en la mañana. De tal manera que es inútil hervir el agua a cualquier otra hora que no sea en la mañana. Los esfuerzos pacientes de un trabajador de salud para convencer a las amas de casa a que descontaminen su agua potable hirviéndola, tuvo éxito muy limitado, en vista de estas convicciones culturales.

Es importante señalar que el sistema de ideas de "frío" y "caliente" ampliamente empleado en América Latina, aparentemente se remonta muchos siglos a la teoría humoral de enfermedad expuesta por Hipócrates y Galeno y transmitido por los árabes a España y por los españoles al nuevo mundo, donde retuvo su lugar en la enseñanza formal médica hasta el siglo XVIII. Las teorías de la medicina Folk en la India rural contemporánea y en otras partes de Asia nos indican que la teoría humoral también existe allí aunque no tuvo su origen en Asia. En el curso de su devenir la teoría humoral sufrió modificaciones de tal manera que, como se presenta actualmente en Asia no es idéntica a la de América Latina. Es de notar que en los complejos culturales persisten tal como el sistema de la idea frío y caliente. Perduran aunque sufran modificaciones a través de largos períodos de tiempo.

Visto objetivamente, el cosmos y todos sus contenidos, son moralmente neutros; nada es bueno o malo por sí mismo, simplemente es. Sin embargo, el hombre envuelve su cosmo en una capa moral. Lo evalúa, manteniendo algunas cosas como buenas y otras como perjudiciales. Los valores, que son las bases fundamentales para elegir entre acciones disyuntivas, son una parte central y pertinente de cualquier cultura. Los valores difieren, pero estas diferencias son menos aparentes que las diferencias del idioma, vestido, postura, reglas de etiqueta o de otros elementos visibles de la cultura. Debido a que los valores generalmente permanecen bajo el nivel de una percepción, estamos inclinados a imponer nuestros propios valores sobre otros con la suposición inocente de que meramente estamos ayudando a que logren una mejor salud. Miembros de nuestra propia clase media tienden a consebir como una virtud la organización, independientemente de su implicación posible en la salud. La limpieza es tanto una medida de salud

como un valor cultural. Esta distinción se puede apreciar al repasar la historia, analizando el cambio del valor asignado al baño y limpieza corporal desde los tiempos de los antiguos griegos. Tal análisis nos ayudará a entender la influencia de los elementos culturales.

Los griegos, aunque no edificaron grandes baños (baños públicos), valoraron los deportes atléticos y desaprobaban a los persas por su falsa modestia de mantener aropado el cuerpo. Los romanos retomaron mucho del culto corporal de los griegos y coonstruyeron enormes termas donde los hombres acomodados pasaban muchas horas diariamente. Los primeros cristianos se opusieron a la religión pagana establecida y también contra muchas de las actitudes y amenidades inherentes de la cultura romana. Se consebía a los baños como instrumentos de paganismo y vicio, como mecanismos que relajaban y suavizaban al cuerpo en vez de salvar el alma. No tardó mucho para consebir que los standares mínimos de limpieza es el camino a la perdición. El santo eséptico fue indiferente a la suciedad, su preocupación para su aseo personal especialmente en su virilidad, incurrió en la sospecha que probablemente no sería muy buen cristiano.

El bañarse ocupó un lugar importante en la vida de los europeos de los tiempos medievales. Siendo el contenedor o receptáculo del alma el cuerpo requería ser conservado. Los monasterios de la edad media, contaban con cuartos de baños para los frailes y peregrinos. En el siglo XIII casas de baños públicos fueron populares en las ciudades y proporcionaban: baños de agua, de vapor, peluquerías y cirugía menor. Sin embargo, la presencia de alimentos, bebidas, chicos y música, rápidamente los convierte en lugares de esparcimiento, obteniendo el repudio del clero. Es más, estos lugares se convirtieron en focos de infección cuando a fines del siglo XV una plaga de sífilis se extendió en toda Europa. Los baños municipales desaparecieron de la escena urbana, las casas particulares carecían de ellos y la costumbre de bañarse fue condenada en razón de la moralidad y salud.

El interés en el aseo corporal se revivió en el siglo XVIII, casi con advenimiento de la civilización con el idealismo, el incremento de satis-

factor que brindaban confort, el refinamiento de modales sociales y el surgimiento de la burguesía. Esta directriz se tomó en Países donde las recientes clases medias pudientes fueron influyentes, he de allí la actividad de cepillar la entrada de la casa de los holandeses y la aparición del inglés con su baño portátil. Hoy en día en los E.U., la prosperidad, democracia y frecuencia de bañarse son valores vinculados. Los americanos dicen que la limpieza sigue sólo a la deidad, es una muestra que bañarse y la limpieza, son valores agregados e inmersos en la cultura contemporánea de las clases medias y también como un medio de lograr mejor salud. Sin embargo, en los E.U., el bañarse ni es tan antiguo, ni tan difundido, como se puede creer. Ackerknecht nos recuerda que el presidente Fillmore fue vilependiado por comprar una tina de baño para la casa Blanca en 1951, de la misma manera, como el presidente Truman fue atacado por haber construido balcones en la Casa Blanca. Suponemos un mayor éxito en nuestras expectativas de nuestros recursos técnicos para mejorar la salud del mundo si tan solo pudieramos manejar estos medios como los valores y entrapar y acomodar sus usos no sólo en América en E.U., sino también en un contexto cultural extranjero.

Para esto requerimos estar preparados para percibir nuestro propio contorno cultural y el de aquellos a los que pretendemos ayudar. Esta es una de las razones por las cuales debemos introducir la enseñanza de la Antropología Cultural y las otras ciencias sociales en las escuelas de los profesionales de la salud.

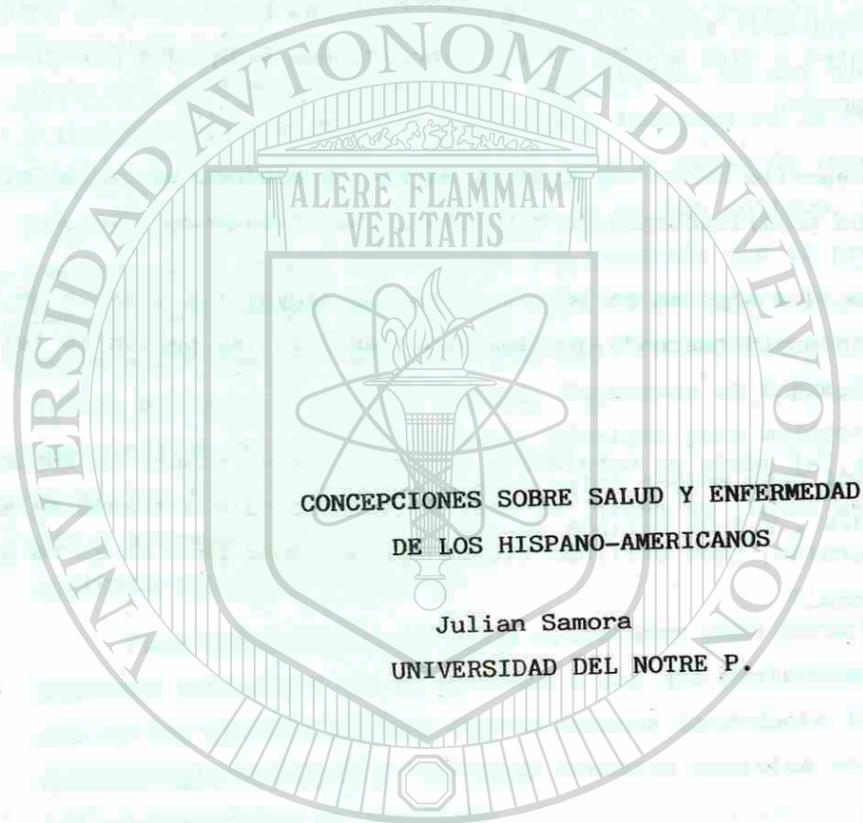
BIBLIOGRAFIA

1. Moose J. Robert. Village Life in Korea, 1911.
2. Barnett. H. G. Innovation: The Basic of Cultural Change. New York: McGraw Hill, 1953, p.91
3. Mimeographed material distributed by the Reseandcum-Action Project in Environmental Sanitation. Gnermment of India Ministry of Health.
4. Wellin, Edward. "Water Bolling in a Pefuvias Town". In Health, Culture and Community, Reactions to Health Programs (Benjamín D. P. Ed.) New York: Russell Sage Foundation, 1955.
5. Foster, George M. Use of Anthropological M. and Data in Planning and Operation. Pub. Health Rep., 68:848, 1953.
6. Ackerknecht. Erwin H. Personal communication.

Dr. Paul is associate professor of anthropology in the Harvard University School of Public Health, Boston, Mass.

1. Qué funciones cumple la cultura en la sociedad?
2. De las tres malas interpretaciones que según el autor son muy frecuentes en la relación entre el promotor de salud y el usuario. Usted, algunas o alguna vez ha interpretado mal o alguien? Describa brevemente el hecho vivido por Usted y diga a cuál de las suposiciones señaladas por el autor corresponde.
3. Del ejemplo descrito sobre las costumbres de los pobladores de la Isla de Palau; hubo modificaciones de su cultura? Describe cómo.
4. Qué piensas de que algunas partes de India construyan los cuartos de los hospitales con cocinetas para que los familiares de los pacientes les preparen su comida.
5. Para el autor, el mundo es moralmente neutro; pero el hombre lo envuelve en una capa de moral, es decir, el crea lo bueno o malo a través de sus valores culturales. ¿Qué utilidad piensas puede tener para ti en tu práctica profesional?

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

MONTERREY, N. L. JULIO DE 1987

RESUMEN:

A continuación se presentan algunas concepciones sobre la salud, la enfermedad percibidas por pobladores hispano-americanos. Esto es un intento de proporcionar una estructura que pueda ser usada al considerar la prevención de enfermedades, su causa, diagnóstico, tratamiento; la orientación general sobre la salud de los hispano-americanos. Se puso énfasis en los factores sobrehumanos implicados en estas concepciones de salud. Se sugiere que un componente religioso importante es el tema central que debe ser considerado al discutir factores etiológicos, medidas preventivas, percepciones diagnósticas y procedimientos terapéuticos percibidos por esta población.

Estudios publicados en años recientes han descrito en detalle varios aspectos sobre las conductas y percepciones relacionadas con la salud, tal como es percibido por los hispano-americanos y los mexico-americanos en los Estados Unidos. Pocos de estos estudios han sido señalados como estudiosos de los factores sobrehumanos de los conceptos de salud y la enfermedad de estas poblaciones; y si estos factores han sido mencionados, solamente ha sido en relación a actitudes específicas, conductas o situaciones sin intención de colocar a dichos factores en una perspectiva más amplia.

Este es un intento de describir algunas concepciones sobre la salud y la enfermedad observados por pobladores de un pueblo hispano-americano típico. Se espera que esta discusión pueda proveer una estructura útil a través de la cual se pueda observar los conceptos de esta gente. Se discutirá la prevención de enfermedades, su causa, diagnóstico, tratamiento y la orientación general hacia la salud.

Este pueblo es cristiano, católico y europeo. Aunque esta población con una herencia cristiana Europea de un pasado tan distante se estableció en un ambiente muy duro y aislado de su cultura de origen. A pesar de que su herencia católica, en muchos casos, ellos no tuvieron un sacerdote de su religión por lo que ocurrieron una serie de cambios en su cul-

to religioso. Estuvieron en contacto cercano con los indios americanos y posteriormente aunque en menor escala con americanos, contacto que se volvió más y más importante con el paso de los años. Entonces, esta gente culturalmente hablando, es una combinación de diversas influencias y se ha constituido en un estilo de vida donde lo cristiano, católico, europeo, indio y americano se puede identificar, pero muy distintos de cualquiera de los factores de los que provienen.

La salud como un estado, ya sea, estar enfermo o estar bien, es el valor más importante en la vida de la gente. Aparece con regularidad en todos los contextos institucionales. En particular aquellas creencias y actitudes relacionadas con patrones religiosos, familiares y conductas económicas manifiestan en una variedad de formas, la importancia de la salud. Existe un fuerte afecto asociado con los polos de la salud sano o enfermo. Las formas culturales asociadas con la salud son muy elaboradas. La idea de salud es implicada por la cultura. El saludo convencional "cómo está usted?" tiene un significado real de salud; la respuesta puede dar cuenta del estado del que contesta y de sus allegados.

Orientadores culturales de los hispano-americanos: cualquier intento de entender las concepciones de salud y enfermedad de esta población, tiene que considerar las orientaciones gruesas de su estilo de vida. Para los hispano-americanos, Dios, el creador del Universo es Omnipotente. El destino de la vida personal de uno está sujeta a Su Juicio y Justicia. Por el pecado original la naturaleza del hombre es básicamente mala; el proceso de vivir su vida, entonces se vuelve difícil, porque las penalidades y sufrimientos son el destino del hombre. La recompensa, si hubiera alguna, por vivir esta vida debe ser encontrada, no en esta tierra, que es una existencia temporal, sino en una existencia eterna. Para obtener esta recompensa, uno debe conservar su alma inmortal. Uno puede lograr esto cambiando su naturaleza mala a una naturaleza buena. Tal cambio puede ser siguiendo los mandamientos de Dios; sujetando su vida a sus deseos; por un amor personal a Dios (este amor a Dios puede ser ligeramente ensombrecido por amor igual o mayor a los santos) que trasciende todo el amor.

Si uno se sujeta a la voluntad de Dios, la vida es buena. Vivir como El quiera es difícil, debido a las penas y sufrimientos inevitables. Pero la vida es buena en el sentido en que uno vive por el amor de Dios; entonces uno hace su voluntad y El personalmente se encargará de uno a través de las alegrías y penas de la vida.

Si uno hace la voluntad de Dios, el secreto de hacer la vida soportable, es de sumisión y de aceptación. Esta es una concepción fatalista de la vida, pero se ha convertido en más que eso llamada concepción derrotista, sugiriendo de que hay poco o nada de lo que uno puede hacer sobre el curso de su vida. Aunque puede haber pocos intentos conscientes para cambiar el curso de la vida. Tales intentos pueden ser interpretados para frustrar la voluntad de Dios o en el extremo de jugar el rol de Dios. Tal concepción de vida es altamente resistente para activar, conscientemente los intentos de cambiar el estilo de vida, porque uno acepta la vida tal como es y la ajusta en lo general, y a las situaciones específicas en particular.

Aunque la vida de uno está en manos de Dios, pocos esperan llevar una vida santa (hacerlo sería algo presuntuoso) y la mayoría del tiempo la vida no es vivida bien, abundan las ocasiones de tentaciones y pecado, pero siempre habrá penitencia para reparación del pecado. Ambos: el pecado y el sufrimiento son inevitables. Mucho de los sufrimientos de uno son el resultado del pecado y, por lo tanto, viene el castigo por desobedecer las leyes de Dios. Mucho de los eventos que ocurren en la vida de uno se perciben como castigos sobrenaturales, y tales castigos pueden ser de varios tipos.

1. La frustración de lo que uno desea, la incapacidad de cumplir con los planes particulares o promesas hechas, y simplemente mala suerte en general, puede ser interpretada como castigo.
2. El hacer acusaciones serias sobre otros. Alguien puede tener una reputación de acusar a otros de chismosos, enfermizos, hipocondríacos o inmorales. El castigo para tal conducta, si hay alguna, es de que él

mismo o sus hijos se conviertan en lo que él acusa a los otros; o el individuo pueda casarse con una persona de ese tipo. Los hijos de esta persona pueden nacer con malformaciones físicas o pueden comportarse en forma socialmente desviada. Tales eventos pueden ser considerados como castigos según las circunstancias.

3. Cuando un individuo carece de caridad por ejemplo: hacer burla de individuos desafortunados, por ejemplo: de un epiléptico; su castigo puede ser que él o algún miembro de su familia inmediata puede ser afectada por el mismo mal.

4. Muchas enfermedades, particularmente las serias o crónicas, pueden ser interpretadas como castigos. Estar enfermo, no siempre es un castigo por haber pecado, pero puede ser un sufrimiento impuesto por Dios para sufrir. El sufrimiento en este mundo es el pago del hombre y puede tomar varias formas: enfermedades, pobreza, separación de los seres queridos, hijos delincuentes, ser alcohólico, tener un marido pobre y desconsiderado, hijos con un mal matrimonio, muerte en la familia y tener mala suerte.

El criterio para determinar si un evento es un castigo sobrenatural puede ser muy vago y sujeto a la interpretación individual. Si por otro lado, las circunstancias bajo las que ocurre el evento se conocen, el etiquetar el evento como una sanción sobrenatural se vuelve fácil y habrá acuerdo al respecto.

Cuando alguien esta enfermo, ya sea que se considere como castigo o sufrimiento y/o pena, se piensa que depende de la mano de Dios. Esto es a pesar de que se conozca la causa de la enfermedad como resultado de un accidente, el trabajo de una bruja, etc.

El sufrimiento y la enfermedad puede ser una sanción favorable que ha restringido la vida de uno, salvado de la perdición; cambiando el curso de su vida y por lo tanto, ponerlo en vía de salvación de su alma.

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD

La prevención de las enfermedades, vista desde la medicina científica moderna, no puede ser entendida por los hispano-americanos, se preguntan cómo puede uno prevenir algún evento o actividad o de que surja una situación cuando tal fenómeno es una ocurrencia natural como lluvia, truenos o relámpagos, bajo el control de fuerzas humanas y en cierto sentido no pre-visibles?

Se pueden tomar precauciones, pero no se perciben como actos de prevención. Uno puede rezar por una buena salud, aunque eso no es tanto, como es para tener paciencia, fortaleza, fuerza para aguantar lo que venga y aceptarlo conforme.

Uno puede llevar una vida buena y conformarse y someterse a las leyes y deseos de Dios y así evitarse algunas sanciones que de otra forma vendrían. Uno puede cuidarse mediante actos de omisión o comisión relacionados con comida, bebida, condiciones de trabajo, recreación y sueño. Una persona también puede inyectarse por ejemplo: vacunarse, esta medida es percibida por ellos, no como preventiva, sino sólo precuatoria.

CAUSA DE ENFERMEDAD

A pesar de sus creencias sobre la salud y enfermedad; reconocen otros factores etiológicos cualquiera que sea el agente en acción; la explicación de por qué le sucedió a ese individuo particular y en ese tiempo específico, se piensa que es del dominio sobrehumano. Se mencionaron castigos impuestos por lo sobrenatural y viniendo el castigo de Dios es esencialmente fuente benévola. La fuente malvada con o sin la intermediación de seres malos es la forma de brujas (vástagos del diablo). La fuente última de enfermedad es Dios, ya que el pone la enfermedad y todas las otras cosas sobre la Tierra. Foster considera para los hispano-americanos, ideas de causalidad de enfermedades basadas en fenómenos naturales; concep

tos sobrenaturales o conceptos fisiológicos falsos, orígenes mágicos y conceptos emocionales. El estaba impresionado por el gran número de enfermedades atribuidas y mencionadas a experiencias emocionales. Considerando la medicina Folk mexicana Saunders, enlista 3 tipos de causas: empírico, mágico y psicológico. Clark en su estudio de mexico-americanos en California, discute la teoría de la enfermedad de esta población en términos de las siguientes categorías: enfermedades de desequilibrio de caliente y frío; dislocación de órganos internos; enfermedades de origen mágico, origen emocional, otras enfermedades folk definidas y enfermedades científicas estandard.

Para estos pobladores es posible explicar los factores etiológicos asociados a la enfermedad a dos niveles. La fuente de enfermedades en el nivel extrahumano en su forma benévola y malévola y los agentes provocadores de los que se reconocen los siguientes agentes:

1. Comida descompuesta; comida que no le gusta a uno, frutas verdes, comida dada por una bruja y ser alérgica a cierta comida.
2. Shock. Ser asustado por recibir malas noticias como la muerte de un ser querido.
3. Accidentes de varios tipos.
4. Mal funcionamiento orgánico, general o de algún órgano específico.
5. Edad. Entre más se avanza en edad, uno se vuelve más susceptible a enfermedades.
6. Abuso del cuerpo. Sobre indulgencia en comer, beber o perversión.
7. No cuidar la salud de uno, actos vagos y generales de omisión o comisión.
8. Congénito, nacer enfermo o deforme.
9. Hereditario, heredar alguna tendencia o alguna susceptibilidad para ciertas enfermedades.
10. Contacto con los elementos, corrientes de aire, mojarse los pies, sereno, asolearse.
11. Ambiental no específico, una enfermedad que anda alrededor.
12. Contacto con personas, mal de ojo, brujería, encono (este no es el sentido de causar la enfermedad, pero si de agravarla).

13. Causas ocupacionales, levantar cosas pesadas, trabajar bajo condiciones favorables: calor, humedad, frío, etc.

La teoría del gérmen no es reconocida como causa de enfermedad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES

El diagnóstico de enfermedad para los hispano-americanos, es en términos de sensaciones: entumecido, desmayado o comatoso. Excepto en el caso de niños, el diagnóstico es hecho personalmente y luego verificado por los miembros de la familia, amigos, practicantes o profesionales médicos.

El criterio empleado en el diagnóstico no es extensivo y ciertamente la distinción que la medicina científica hace entre los signos y síntomas y la entidad de la enfermedad no se hace en este estudio. Ya que el diagnóstico se hace en términos de sensaciones, los síntomas y signos son percibidos como las condiciones que en muchas instancias se etiquetan como enfermedades. Muchos de los criterios usados en el diagnóstico son subjetivos. Los individuos se sienten cansados, tienen dolores, náuseas, no se sienten bien o se sienten fríos o calientes. Otras gentes pueden utilizar criterios objetivos para establecer que el individuo esta enfermo: palidez, inapetencia, indiferente, masas, erupciones, deshechos, ojeroso, fiebre, etc. En muchos casos los criterios para nombrar enfermedades es igual para nombrar dolencias.

Como Schulman reporta el intento de establecer la causa y la exigencia de una enfermedad, esta población ve predisposiciones íntimas como edad, sexo, estatura o agentes externos.

La enfermedad se engendra por exposición o traída por un agente "animado, inanimado, espiritual, animal, humano, espíritu o Dios", que hemos llamado los agentes provocantes.

Una vez establecida la etiología es posible colocar la aflicción en

un continuum de exigencia de leve a alta.

El escritor no esta de acuerdo con Schulman's de que una persona enferma es incapaz de realizar las funciones cotidianas. Los individuos pueden estar enfermos moderada o crónicamente y funcionar en la "normalidad".

Las enfermedades mentales no se entienden en términos de entidades enfermas de neurosis o psicosis. Aunque los hispano-americanos tienen un buen número de etiquetas que la medicina moderna llamaría enfermedades mentales como: tonto, loco, simplón, inocente y sonso. Estas condiciones se caracterizan como condiciones en que el individuo carece de algo o en casos extremos "el demonio se les mete a la cabeza". A estas personas las perciben como desviadas socialmente más que como personas enfermas.

EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Cuando una persona esta enferma, su familia y amigos se juntan alrededor para darle apoyo emocional. Se puede ayudar a un individuo dándole consejos, ayuda material asistirlo en su trabajo u otras tareas que él no pueda realizar por la enfermedad como llevarlo al doctor, cuidarle a los niños.

La familia y los amigos se reúnen alrededor para vigilar que se haga lo que se tiene que hacer. Con esta estructura, las actividades relacionadas con la terapia pueden tomar varias formas. En términos gruesos la persona enferma puede recurrir a 5 fuentes de tratamiento:

1. Coherción de las causas sobrehumanas:
 - a) Una plegaria a Dios
 - b) Intercesión de los santos
 - c) Peregrinación a lugares santos
 - d) Uso de material santo como agua, tierra o medallas benditas
 - e) Intercesión de brujas

2. El uso de practicantes:
 - a) Familia
 - b) Amigos
 - c) Especialistas: 1) Médicos; 2) Curanderos; 3) Parteras; 4) Sobadores
3. El uso de remedios folk, incluyendo medicinas de patente.
4. El uso de medicina científica.
5. El uso de practicantes médico científico y sus facilidades.

La primera medida mencionada, la coherción de causas extrahumanas puede ser manejada de diferentes maneras. Siempre habrá plegarias a lo sobrenatural, ya sea, rezando a Dios o pidiendo la intercesión de los santos. En ocasiones las peregrinaciones a lugares santos. Estos lugares tienen fama bajo ciertas circunstancias y pueden tener reputación en el extranjero, por sus efectos terapéuticos.

También se puede recurrir al uso de material bendito en la forma de agua, tierra, medallas y veladoras. Si la enfermedad se juzgó como causada por una maleficiencia, se puede intentar interceder con la persona responsable de la enfermedad. Se puede consultar a un herbolario o médico brujo para que realice una cura.

Se distinguen dos categorías en la gente que hace estas prácticas. La primera de estas categorías es que la familia y sus amigos tienen conocimiento práctico del tratamiento de las enfermedades y es empleado en muchas situaciones. el segundo grupo es el que los practicantes pueden ser llamados "especialistas". La más común es la partera, mujer con mucha experiencia en traer niños. Ella puede o no cobrar una cuota fija, depende de las circunstancias. Los otros especialistas, hombres o mujeres, tienen más conocimiento en la medicina folk que el resto de la gente. Son llamados médicos o curanderos. Otro especialista es el sobador, cuya especialidad es el masaje. El último es el herbolario que se especializa en curar las enfermedades atribuidas a las brujas. A este especialista no se le atribuye una área de conocimiento bien definido. Cualquiera de los anteriores, excepto la partera, pueden desempeñar otro rol.

El último recurso para el tratamiento de las enfermedades considerado en este estudio, es el uso de remedios folk, incluyendo medicinas de patente. Los hispano-americanos desarrollaron una enorme farmacopea a la que se ha agregado las medicinas de patente encontradas en las farmacias americanas. Muchos practicantes poseen gran conocimiento sobre estos remedios, pero los especialistas son considerados con más conocimientos al respecto.

El tratamiento de la enfermedad no puede ser descrita en términos mutuamente excluyentes, al contrario, las fuentes existentes se combinan atribuyendo el éxito o el fracaso del tratamiento con un sentido empírico y pragmático.

El complejo total salud-enfermedad se ve como constituyente de múltiples diagnósticos, causas y curas.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Saunders señala correctamente que los hispanoparlantes, individuos del sudeste, toman su conocimiento de la enfermedad y su tratamiento de 4 grandes fuentes: españoles medievales, tribus indoamericanos, medicina anglo folk y médico científico.

Para una enfermedad dada se puede utilizar elementos de cualquiera o todas las fuentes. Fossier sugiere que la medicina folk en hispanoamerica (America Central; del Norte y Sur) tiene una naturaleza eclectica. En algunos casos, se ha difundido por completo de España; en otros casos sólo algunos elementos se han difundido. Todos estos se han combinado para formar un cuerpo vigoroso de medicina folk que juega una parte funcional en la vida cotidiana y que resistirá a las intromisiones de la medicina moderna y científica por muchas generaciones.

Aquí no se pretendió catalogar en detalle las diversas prácticas folk y las creencias de esta población. Mucha de esta información se encuentra

en las referencias citadas. Lo que este reporte sugiere es la naturaleza penetrante del factor religioso en materia de salud y enfermedad.

Los hispanoamericanos ponen gran énfasis en religión en sus estilos de vida y sirve para explicar muchos de los eventos cotidianos.

Esta generalización es aplicable, tanto a los católicos y protestantes fervientes, como a los de nombre. Estar sano se atribuye a los beneficios de Dios y la fuente de enfermedad al dominio de lo sobrenatural con todo se permean factores etiológicos, medidas preventivas o precautorias, percepciones diagnósticas y procedimientos terapéuticos con un importante componente religioso.

BIBLIOGRAFIA

1. Clark, Margaret, Health in the Mexican American Culture, University of California Press, Herkely, 1959
2. Curtin, L. S.M., Healing Herbs of the Upper Rio Grande, Laboratory Anthropology, Santa Fe, 1947
3. Foster, George, M. "Relationship Between Spanish and Spanish-American - Folk Medicine", Journal of American Folklore, vol. 66, July-September, 1953.
4. Saunders, Lyle, Cultural Differences and Medical Care, Russell Sage Foundation, New York, 1954.
5. Saunders, Lyle and Julian Samora. "A Medical Care Program in a Colorado Country", in Benjamin D. Paul (ed)., Health, Culture and Community, Russell Sage Foundation, New York, 1955.
6. Schuman, Sam. "Rural Healthways in New México," Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 84, Article 17, 1960.
7. Van der Eerden, Sister M. Lucia. Maternity Care in a Spanish-American - Community of New México, Catholie University of America, Anthropological Serie 13, Catholic University of America Press, Washington, 1948.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON DE BIBLIOTECAS

1. La población estudiada tiene un pasado de mezcla cultural de cristianos católicos, europeos, indios y americanos.
 - 1.1 Describe cómo explica el autor de este artículo los conceptos que esta población tienen sobre la salud y la enfermedad.
 - 1.2 Señala qué factores reconoce esta gente como agentes provocantes de enfermedad.
 - 1.2.1 Estos agentes reconocidos por la población estudiada son productos de qué? o en qué tienen sus bases?
 - 1.3 Cuando una persona de este estudio se enferma, describe qué conductas sigue para su curación.
 - 1.3.1 A qué crees que se debe que una misma persona, para tratarse un mal o enfermedad recurre a varias fuentes de tratamiento como mágico religioso, empírico y/o hasta científico (contéstalo según el artículo).
2. En tu familia o vecinos, encuentras algunas formas semejantes a lo que describe el artículo para curarse?
 - 2.1 Relata qué pasos siguen para tratarse una enfermedad.
 - 2.2 Lo descrito anteriormente crees que es lo mejor para su salud, por qué Si o por qué no?

TZINTZUNTZAN

G.M. Foster *

VII. EL MIEDO A LA ENVIDIA

La prevalencia de la envidia

EN LAS COMUNIDADES pequeñas y pobres, reguladas por la Imagen de la Limitación de lo Bueno, en donde la seguridad descansa en el mantenimiento de la distribución tradicional de las cosas buenas de la vida, aun las más pequeñas mejoras con respecto a las cosas deseadas se habrán de notar con rapidez. Y aunque el acceso de alguien a lo Bueno no necesita ser inevitablemente atribuido al despojo de otro, la mejora en la posición de uno es muy probable que despierte la envidia de quienes se consideran menos afortunados. Allí donde la gente tiene tan poco y donde la vida es tan incierta, la buena suerte de los con-ciudadanos parece destinada a despertar la envidia. En Tzintzuntzan, lo mismo que en la Italia y la India descritas por Banfield y Dube, la envidia es una nota dominante en el carácter de la gente. Ver que otros conquistan una ventaja, le recuerda a uno los limitados recursos propios, las esperanzas fallidas y su habitual mala suerte. "Todos los hijos de Pascual han llegado a ser profesores ¿no es así?" La alabanza implícita en mi pregunta, apenas está encubierta. Ah, sí, pero Pascual ha sido el custodio de la escuela por veinticinco años; ha sido amigo de los inspectores que vienen de Morelia. Les da de comer cuando vienen a la villa y mediante esas amistades, ha conseguido becas de estudio para sus hijos. "Mis hijos pudieron haber sido mejores maestros" dice Macaria, "pero no tuvimos la oportunidad que tuvo Pascual."

Cuando la gente es envidiosa, es enteramente natural que ella misma tema las consecuencias de la envidia de los demás. En un nivel este temor se maneja en una forma directa y simple: los tzintzuntzeños sencillamente intentan ocultar aquellas cosas que sospechan o que saben que van a despertar la envidia de otros. Por esta razón una buena cantidad de personas, en materia de vestido o de comodidades domésticas, viven muy por abajo de lo que se pueden permitir. Dando la apariencia de que no son más acomodados que sus vecinos más pobres, confían en ahorrarse la envidia y sus consecuencias. Wigberto Paz, aunque no es un líder del pueblo, tiene un buen sentido de la responsabilidad —dadas las normas locales— y siempre contribuye a las empresas comunitarias. Sin embargo, nunca va más allá de las comodidades mínimas al arreglar su casa y, sus vestidos son tan harapientos como los de cualquier otro. Tiene electricidad y agua, tal como

* George M. Foster es antropólogo social de gran renombre y autor de varios libros publicados por el F.C.E. En el presente estudio fue asistido por Gabriel Ospina, antropólogo colombiano formado en México.

1. La población estudiada tiene un pasado de mezcla cultural de cristianos católicos, europeos, indios y americanos.
 - 1.1 Describe cómo explica el autor de este artículo los conceptos que esta población tienen sobre la salud y la enfermedad.
 - 1.2 Señala qué factores reconoce esta gente como agentes provocantes de enfermedad.
 - 1.2.1 Estos agentes reconocidos por la población estudiada son productos de qué? o en qué tienen sus bases?
 - 1.3 Cuando una persona de este estudio se enferma, describe qué conductas sigue para su curación.
 - 1.3.1 A qué crees que se debe que una misma persona, para tratarse un mal o enfermedad recurre a varias fuentes de tratamiento como mágico religioso, empírico y/o hasta científico (contéstalo según el artículo).
2. En tu familia o vecinos, encuentras algunas formas semejantes a lo que describe el artículo para curarse?
 - 2.1 Relata qué pasos siguen para tratarse una enfermedad.
 - 2.2 Lo descrito anteriormente crees que es lo mejor para su salud, por qué Si o por qué no?

TZINTZUNTZAN

G.M. Foster *

VII. EL MIEDO A LA ENVIDIA

La prevalencia de la envidia

EN LAS COMUNIDADES pequeñas y pobres, reguladas por la Imagen de la Limitación de lo Bueno, en donde la seguridad descansa en el mantenimiento de la distribución tradicional de las cosas buenas de la vida, aun las más pequeñas mejoras con respecto a las cosas deseadas se habrán de notar con rapidez. Y aunque el acceso de alguien a lo Bueno no necesita ser inevitablemente atribuido al despojo de otro, la mejora en la posición de uno es muy probable que despierte la envidia de quienes se consideran menos afortunados. Allí donde la gente tiene tan poco y donde la vida es tan incierta, la buena suerte de los ciudadanos parece destinada a despertar la envidia. En Tzintzuntzan, lo mismo que en la Italia y la India descritas por Banfield y Dube, la envidia es una nota dominante en el carácter de la gente. Ver que otros conquistan una ventaja, le recuerda a uno los limitados recursos propios, las esperanzas fallidas y su habitual mala suerte. "Todos los hijos de Pascual han llegado a ser profesores ¿no es así?" La alabanza implícita en mi pregunta, apenas está encubierta. Ah, sí, pero Pascual ha sido el custodio de la escuela por veinticinco años; ha sido amigo de los inspectores que vienen de Morelia. Les da de comer cuando vienen a la villa y mediante esas amistades, ha conseguido becas de estudio para sus hijos. "Mis hijos pudieron haber sido mejores maestros" dice Macaria, "pero no tuvimos la oportunidad que tuvo Pascual."

Cuando la gente es envidiosa, es enteramente natural que ella misma tema las consecuencias de la envidia de los demás. En un nivel este temor se maneja en una forma directa y simple: los tzintzuntzeños sencillamente intentan ocultar aquellas cosas que sospechan o que saben que van a despertar la envidia de otros. Por esta razón una buena cantidad de personas, en materia de vestido o de comodidades domésticas, viven muy por abajo de lo que se pueden permitir. Dando la apariencia de que no son más acomodados que sus vecinos más pobres, confían en ahorrarse la envidia y sus consecuencias. Wigberto Paz, aunque no es un líder del pueblo, tiene un buen sentido de la responsabilidad —dadas las normas locales— y siempre contribuye a las empresas comunitarias. Sin embargo, nunca va más allá de las comodidades mínimas al arreglar su casa y, sus vestidos son tan harapientos como los de cualquier otro. Tiene electricidad y agua, tal como

* George M. Foster es antropólogo social de gran renombre y autor de varios libros publicados por el F.C.E. En el presente estudio fue asistido por Gabriel Ospina, antropólogo colombiano formado en México.

las tienen la mitad de las familias del pueblo, pero se rehúsa a poner en su casa un piso de cemento o de mosaico o a abrir ventanas para iluminar el interior. Está francamente temeroso de que la gente lo pueda envidiar y trata de protegerse con el viejo truco campesino de simular la pobreza.

La mayoría de las casas tienen ventanas que dan a la calle y tienen cristales. Pero hasta hace unos pocos años, en las casas con ventanas los postigos se mantenían cerrados casi todo el tiempo; su única función era, aparentemente, permitir que se echara un vistazo rápido y furtivo a la calle. Melesio, el marido de Daniela, se oponía mucho a poner cristales en las ventanas de la primera habitación moderna que tuvo en su casa. El temor a ser robado era una de sus razones —creía que una casa firmemente cerrada era más segura—, pero aun más importante era su idea de que "sin ventanas, la gente no puede ver el interior, darse cuenta de lo que tenemos y desearlo". Para Melesio, los cristales de las ventanas eran brechas en sus defensas personales y una invitación a la envidia.

Aunque algunas mujeres, las quinceañeras en particular, visten ahora ropas ciudadanas para las fiestas, para las visitas a los amigos o para pasear en la plaza, ninguna mujer en traje de faena para su trabajo cotidiano, es capaz de salir a la calle sin su rebozo. Por supuesto que, a menudo, el rebozo se usa para cargar a los niños y también para transportar las compras menores. También es una buena protección contra los elementos. Es, en suma, una prenda de vestir altamente utilitaria. Pero al menos tan importante como cualquiera de estas razones es el hecho de que sirve para ocultar cualquier objeto que una persona puede ir cargando por la calle. Las compras hechas en el mercado de Pátzcuaro o en las tiendas locales; los obsequios de comida que vienen o que van a la casa de una comadre o amiga; una prenda hecha en la casa de una costurera; cualquier cosa que lleve una persona, se oculta mejor así de los ojos indiscretos que, a la vista del objeto, se pueden llenar de envidia. El rebozo, a causa de que ofrece protección psicológica a las mujeres del pueblo, continuará siendo una parte del atuendo hasta mucho después de que ya no llene sus actuales necesidades utilitarias.

La expresión simbólica de la envidia

Naturalmente que la envidia es una emoción que se encuentra en toda sociedad y, puesto que refleja sentimientos de hostilidad, y algunas veces un peligro implícito de agresión, amenaza la estabilidad de la

vida del grupo, a menos que pueda ser controlada. Las sociedades grandes y complejas parecen ser capaces de absorber cantidades más grandes de envidia en comparación con las sociedades campesinas, sin que aquéllas peligren; sin embargo ellas, también, requieren mecanismos para hacer frente a la amenaza siempre presente de la envidia desenfrenada. En las sociedades complejas una buena cantidad de la envidia se controla permitiendo sus expresiones en una forma simbólica: cumplimientos y expresiones de admiración. No todos los cumplimientos reflejan envidia, por supuesto, pero entre iguales, o iguales en potencia, tal sentimiento está presente mucho más a menudo de lo que la gente quiere admitir.

En las sociedades comerciales e industriales —pero no en las campesinas— hacer un cumplimiento o expresar la admiración son, probablemente, las únicas maneras corteses en que esos fuertes y rencorosos sentimientos se pueden dirigir abiertamente hacia alguien. Los verdaderos sentimientos, cuando positivamente se apoyan en la envidia, se disimulan y endulzan, pero para toda la gente educada, sólo rara vez pasan inadvertidos. Al menos subconscientemente reconocen que esos cumplimientos pueden velar sentimientos de envidia, y la persona cumplimentada sospecha que puede ser vulnerable a alguna forma de agresión, tal como los chismes despiadados que se propalan a su espalda, pues lo que en realidad se le ha dicho es que tiene cosas como una propiedad, una capacidad o un talento que a otros les gustaría tener. Ésta es la razón por la que —yo creo— en la sociedad norteamericana contemporánea, en que la capacidad para cumplimentar es la marca de una persona bien nacida, el recipiendario a menudo experimenta algún desconcierto e incomodidad y falla en su intento de responder precisamente en la manera correcta y algunas veces hace el gesto de negar que realmente él merece elogio.

En Tzintzuntzan, a diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos, rara vez se oyen los cumplimientos y los elogios. Esta norma de conducta no se debe al egoísmo o las malas maneras, como me incliné a creer durante largo tiempo. Más bien, en el contexto del modelo de lo Bueno Limitado, es evidente que esta conducta habitual tiene sentido completo. La persona que cumplimenta es, de hecho, culpable de agresión; está significando que el otro tiene algún rasgo, cualidad o posesión que le gustaría tener él mismo (evocando así el espectro de la envidia); o está diciendo a la persona que cumplimenta que se ha levantado por encima de su nivel adecuado y que su conducta puede ser blanco de sanciones. La conducta que se considera merecedora de cumplimientos en algunas otras sociedades es, precisa-

mente, la que el aldeano considera como amenazadora, y que él desea desalentar.

Si los recursos simbólicos para neutralizar el peligro representado por la envidia son esenciales en las sociedades grandes e impersonales, son mucho más necesarios en las comunidades pequeñas y delicadamente equilibradas como Tzintzuntzan. Los recursos manifiestos que se acaban de describir, y sobre todo la ocultación y el secreto, aunque útiles, por sí mismos no son adecuados para proteger del peligro a una persona; también se necesitan actos simbólicos en el arsenal. Los actos y las palabras simbólicas que dicen a una persona sospechosa de estar albergando sentimientos de envidia que no tiene razón para estar envidioso, o que puede participar en la buena suerte, son, consecuentemente, funcionales en alto grado. De esta manera se mantiene la ilusión del absoluto equilibrio; con un acceso igual a lo Bueno o con una participación en lo Bueno disponible, nadie necesita sentirse envidioso de los demás.

Una lógica inversa, pero complementaria, se aplica a aquellos casos en que los individuos o las familias han sufrido alguna pérdida. La igualdad deseada se ha destruido y las personas afligidas se vuelven una amenaza por razón de su envidia de los otros, que no han sufrido ninguna pérdida. Por consiguiente, se evalúa altamente la conducta que se considera apta para neutralizar las posibles consecuencias de esta envidia enmendando la desigualdad.

El remojo

En Tzintzuntzan hay varios actos simbólicos y otras formas de conducta habitual que parecen mejor explicados dentro del contexto anterior: proteger a la gente de las posibles consecuencias de la envidia que se les tiene. Estos actos se notan más frecuentemente en situaciones en las que se halla que las personas tienen algo nuevo y deseable, en que tienen gran cantidad de cosas que ordinariamente son escasas, y en las que las familias han sido privadas súbitamente de algún Bien altamente estimado. Por ejemplo, cuando los amigos advierten que alguien tiene una nueva propiedad, tal como prendas de ropa, un utensilio de cocina, muebles para la casa o un lechón, suelen pedir el "remojo", lo que significa: "Usted debe darnos algo para compartir la nueva posesión que ha alcanzado." Por lo general no se espera ninguna correspondencia, pero el propietario tiene buen cuidado de reconocer la petición, diciendo: "A sus órdenes", con lo que pone, simbólicamente, el objeto a la disposición de los que piden el re-

mojo, quienes, entonces, ya no tienen razón para sentirse envidiosos. Para adquisiciones más sonadas, los propietarios pueden prevenir la acción ofreciendo algo antes de que sea pedido. Cuando José Calvo amplió su tienda y aumentó sus existencias, dio a sus mejores clientes pequeños regalos, asegurándoles, sonriente, que era el remojo debido a ellos. Posiblemente las ocasionales fiestas para celebrar el estreno de una casa puedan también considerarse como un remojo¹ para hacer frente a una posible envidia.

En otras ocasiones los amigos pueden admirar algo sin pedir el remojo. El propietario responde, característicamente, con algo así como "¿Verdad? Yo lo veo muy feo." Sugiere por este medio que el admirador está equivocado en su apreciación, y que no tiene una verdadera razón para envidiar. Y, posiblemente, la costumbre de usar una prenda nueva en público por primera vez, en una fiesta importante, cuando mucha gente puede ir vestida de modo semejante, es un recurso protector para diluir la envidia de aquellos que no tuvieron la fortuna de estrenar vestidos.

Los animales domésticos, especialmente los de las especies mayores, representan en Tzintzuntzan valores relativamente altos, y así son, potencialmente, objetos de envidia. Aunque los informantes niegan que el mal de ojo pueda afectar a los animales, se considera que es una mala práctica el expresar una admiración extravagante por un animal, pues se cree que tal cosa le puede causar una enfermedad. Se dan casos en que algunas personas venden rápidamente un animal que ha recibido tal admiración: esto lo hacen con la esperanza puesta en recuperar su capital, antes de que se pierda por una muerte posible.

Envidia y preñez

En Tzintzuntzan, por lo general, los hijos se consideran altamente deseables, al menos hasta el cuarto o el quinto; así resulta que ambos, el niño y la madre, pueden ser objeto, consciente o inconsciente, de envidia. En una sociedad que otorga un alto valor a la masculinidad, la paternidad de un vástago saludable es la evidencia más obvia de que se posee esa cualidad. Pero la enfermedad o la muerte del niño hace dudosa la masculinidad real del padre, dado que un niño débil

¹ En su sentido ordinario el verbo "remojarse" significa "humedecer algo con agua". En sentido figurativo significa "invitar a los amigos a un trago", para celebrar el estreno de una prenda, alguna cosa que se compró, o algún otro acontecimiento feliz ocurrido al que invita. Cf. inglés *so p.*



sugiere un progenitor carente de vigor. Por estas y por otras razones se deben tomar todos los cuidados para salvar al niño del peligro que puede resultarle de la envidia de los que resienten la "nueva posesión" de los padres. Este cuidado toma la forma de la demora del momento en que se conozca, para la generalidad, la causa de la envidia. Una madre encinta trata de ocultar su condición el mayor tiempo que esto sea posible, y habla del acontecimiento que vendrá sólo cuando se le presiona para hacerlo. Que esto es un área sensitiva de la cultura, se prueba por el uso de eufemismos para hablar de la preñez. El embarazo se clasifica como una enfermedad. Así, cuando se suscita una pregunta acerca de la madre encinta, su condición puede evitarse diciendo que "está enferma". Si persisten las preguntas o los comentarios, las explicaciones toman la forma de "está enferma de la cintura": Esa forma es una corrupción de "enferma de la cinta", del latín *incineta*. La expresión es eufemística, y permite evitar la palabra "preñada". También se puede decir de la mujer que está "en estado interesante". Pero decir "Estoy preñada" o "ella está preñada", causa mucha aprensión.

El acto del nacimiento mismo se trata usando el eufemismo "aliviarse", más bien que con el uso de otros términos que sugieren directamente lo que está ocurriendo. El nacimiento mismo no recibe ninguna publicidad. Los nuevos padres evitan escrupulosamente mencionar el acontecimiento aun a sus amigos, y cuando las noticias trascienden se asegura a los preguntones que "en su casa tienen a sus señores a un nuevo servidor", lo que significa en realidad que, dado que el niño también es de ellos [de los que preguntan], no tienen razón para estar envidiosos. Además, para que no se envidie la casa del padre, ésta también debe ser puesta a la disposición de los interrogadores.

El bolo

Para el bautizo el infante debe ser llevado a la iglesia, de modo que no hay forma de ocultar su existencia. Sin embargo, la madre nunca asiste al acto, aun cuando en ocasiones se posponga hasta que pasa el periodo de reclusión de cuarenta días, conocido con el nombre de la cuarentena. Posiblemente esta costumbre —la ausencia de la madre en el bautizo— refleja el sentimiento de que es innecesariamente tonto exponerla a la vista de otras mujeres que pueden sentirse celosas de su buena suerte, antes de que haya recobrado su fuerza. Y posiblemente la institución de la cuarentena misma, durante la cual la nueva madre pretende al menos que no sale de su casa, expresa la necesidad

de haberse recuperado por completo antes de enfrentarse con los peligros de la envidia que puede dirigirse hacia ella.

Pero no hay manera de evitar la exposición del infante en su bautizo; debe ser llevado por las calles con ropas especiales, tan conspicuo como una persona pueda serlo jamás. El posible peligro se afronta con la vieja costumbre española del bolo. Cuando los padrinos salen de la iglesia después de que ha concluido la ceremonia, se encuentran rodeados de una multitud de muchachos que piden a gritos: "Déme el bolo, déme el bolo." Entonces el padrino debe arrojar al aire algunos puñaldos de monedas de baja denominación, que los muchachos se disputan vivamente. Así, simbólicamente, da algo a los demás que no han participado directamente en la buena fortuna del nacimiento. Los informantes reflexivos consideran el bolo como una forma de remojo, aunque este término no se use para describirlo.

El mal de ojo

La distribución del bolo no da una protección a largo plazo. La mayoría de las mujeres, y en particular las que no tienen hijos (e inclusive, también, los hombres) pueden envidiar a la nueva madre. El miedo a las consecuencias de esta envidia, está institucionalizado en la creencia del mal de ojo. Aunque los informantes sofisticados insisten en que en realidad no creen en el mal de ojo, una vez más somos llevados a sospechar que ésta es un área sensitiva de cultura, por los eufemismos que se usan para referirse a ella. La expresión mal de ojo sólo se escucha en raras ocasiones; en su lugar, cuando se sospecha que un niño padece esta aflicción, se dice que "su sangre está irritada". En la presencia de extraños la madre cubre a su hijo de modo que el niño no pueda ser visto —el rebozo es ideal para este caso cuando se anda por la calle— o le cuelga al cuello amuletos como el "ojo de venado", de los que se cree que tienen el poder de desviar del niño las miradas de envidia. Pero sus amigos tienen el derecho de verlo. Aun los amigos más íntimos, sin embargo, pueden, sin saberlo, "irritar su sangre" al admirarlo. Para contrarrestar esta posibilidad, la persona reflexiva, después de expresar su admiración por él, golpea el trasero del niño una o dos veces, acto conocido como darle una nalgada. Si el admirador olvida esta cortesía, una madre aprensiva dirá: "Dame una nalgada", significando, por supuesto, un golpecito en los glúteos del niño. Pero ¿por qué una persona debe golpear algo a lo que se admira, una acción que por lo general se reserva para lo que desprecia o que no gusta, o para castigar a un niño desobediente? Simbólicamente

el que golpea parece decir: "Alabo al chico, pero en realidad no quiero significar eso. El niño no es bueno. ¿Cree usted que yo puedo golpear algo que codicio y admiro?" Por este sencillo acto la envidia sospechosa o implícita resulta negada y la madre se tranquiliza.

Algunas madres deliberadamente mantienen sucios a sus hijos y los visten con harapos, con lo que esperan protegerlos de la posible admiración haciéndolos repulsivos. Esta conducta es aún más característica de las madres tarascas de los pueblos adyacentes a Tzintzuntzan.

Los favores de la prometida

Un novio formal que adquiere una novia oficial, también puede ser objeto de la envidia de sus amigos solteros. Tomando a una chica del grupo de las casaderas, reduce la provisión que se deja a los demás y adquiere de este modo el acceso a los favores que todos los demás apreciarían. Este desequilibrio se declara simbólicamente, pero se remedia en seguida. En Tzintzuntzan la mayoría de los matrimonios se inician con el rapto. El joven, ayudado por sus amigos, "se roba" a la muchacha, la lleva a la casa de un pariente o amigo, tiene relaciones sexuales con ella y después anuncia sus intenciones de casarse con ella. En la mañana siguiente al rapto, se espera que la muchacha prepare un gran jarro de atole, una bebida de maíz muy estimada en Michoacán y muy consumida, tanto en ocasiones ceremoniales como en otras. Cuando los amigos del novio vienen a la casa donde ella está alojada, les da tacitas de atole. Parece que simbólicamente dice: "No hay razón para envidiar al amigo (el futuro marido); vamos, puedo hacerles también un favor, de modo que todos ustedes son iguales." En otras ocasiones la muchacha sirve el atole a todos los conocidos que han venido a hacer las paces entre las familias de la muchacha y del muchacho. Los informantes dicen que el motivo es que la muchacha quiere demostrar que es buena cocinera y que será capaz de atender a su futuro marido. Pero en vista del primer y más importante contexto del rito, parece probable que sea un recurso simbólico por cuyo medio muchas personas pueden participar en la felicidad de la nueva pareja.

Comida y envidia

Los hábitos alimenticios también reflejan el peligro de la envidia de los demás. Comer en silencio es una virtud primaria que se imbuye

a los niños desde la edad más tierna. Se les dicen cosas como ésta: "El ángel de la guarda está en la mesa." o "Cállate, porque el ángel de la guarda te está sirviendo los alimentos." Esta forma de la educación alcanza tanto éxito que aun cuando cien o más niños se reúnan en el patio para recibir el desayuno que les proporciona el gobierno, comen en un silencio casi absoluto. También los maridos, por lo general, insisten en que haya silencio mientras comen y algunas veces prohíben a sus esposas que platicquen hasta que se concluya la comida.

Los aldeanos más sofisticados que algunas veces comen fuera de sus hogares, en pequeños restaurantes o en los puestos del mercado, también conocen la extendida costumbre mexicana (e hispanoamericana y española) por la que un comensal que ve entrar a alguien, le dice: "¿Gusta? [usted comer]", que significa: "¿No quiere usted compartir mi comida?" El que entra contesta: "Buen provecho." Es decir: "Tenga buen apetito, ojalá que la comida le agrade", con lo que le afirma al que está comiendo que no hay razón para temer su envidia y que puede comer en paz. Por supuesto que el que entra nunca acepta la invitación y parece que la cortesía tiene la única función de reconocer que la envidia puede estar presente, y al mismo tiempo, de eliminar su razón de ser.

En una sociedad en que la comida es un artículo escaso, y en la que puede ser que muchas personas no la tengan en cantidad suficiente, un nativo al que se ve comer puede, probablemente, despertar la envidia. Un comensal al que se sorprende comiendo se siente obligado a pedir al intruso que se le una y, naturalmente, la oferta de comida es una expresión importante del reconocimiento de los lazos que unen a los miembros de la familia, los amigos, los vecinos y los compadres. Sin embargo, una hospitalidad extensiva puede ser dispendiosa. Guardar silencio en la comida se presta menos a llamar la atención sobre la buena fortuna de quienes comen, y concentrándose en la comida más que en la conversación, el que come reduce el período de exposición a las visitas inesperadas que le pueden suponer gastos adicionales.

El ser visto comiendo es potencialmente peligroso, y esta amenaza se refleja en las normas de la hospitalidad. Los huéspedes son invitados formalmente a comer sólo en las ocasiones rituales tales como un matrimonio, un bautizo o en la celebración del día del santo. La lista de invitados se forma con unos pocos invitados honoríficos y con parientes cercanos. A menudo —por ejemplo, tratándose de los padrinos de un bautizo— el anfitrión debe ir a la casa del invitado o invitados y escoltarlos por las calles hasta la casa. A otros se les hace la invitación en forma más informal, no a comer, sino a "acompañarnos", de

modo que no se dicen las palabras "alimento", "comida" y "comer". Cuando se me convida a una fiesta, la invitación es un modelo de estudiado descuido; el huésped desea dar la apariencia de que ha tenido súbitamente la idea de invitarme, al darse cuenta de que pasa frente a la puerta de mi casa, y no se menciona para nada la razón por la que se hace la comida. Sólo en algunas ocasiones se me ha pedido con franqueza y con uno o dos días de anticipación que asista a una fiesta en particular.

Cuando los invitados llegan a la fiesta, encuentran que la mesa ya está dispuesta, pero siempre hay por allí tabloncitos que fácilmente se pueden convertir en más mesas, pues casi seguramente se tienen que improvisar algunos lugares adicionales. Cuando he llegado temprano, algunas veces he preguntado quiénes o cuántas personas se esperan, pero nadie conoce la respuesta, y las familias prudentes siempre preparan lo que parece ser comida suficiente para todo el pueblo. En realidad, además de la lista fundamental de huéspedes, nadie puede saber de antemano quiénes llegarán hasta que el último rezagado cruce la puerta. Mientras el anfitrión acompaña por las calles a sus huéspedes de honor, adopta una actitud muy solemne, especialmente si se trata de padrinos que llevan en brazos a su ahijado. Los amigos y los parientes se asoman a la puerta y el anfitrión se siente compelido a invitarlos "a que lo acompañen". Algunos aceptan y otros no, pero toda predicción sobre esto es imposible. La suerte es lo que determina el grupo final de invitados en toda fiesta.

Los informantes dicen que la razón de que uno nunca pueda estar seguro sobre la cantidad de personas que han de asistir, es que los invitados de honor tienen el privilegio de invitar a sus amigos. Indudablemente hay algo de cierto en esta declaración. Diversos amigos de los convidados ciertamente se agregarán. Pero parece probable que el anfitrión, al menos subconscientemente, teme que algún vecino que lo ve con los invitados de honor, se sentirá envidioso, que los posibles efectos dañinos de su envidia sólo se pueden neutralizar invitando al tal vecino a compartir la convivialidad. Lo neutro y eufemístico de la fraseología para invitar parece reflejar un deseo de encubrir o de negar que se va a celebrar una verdadera fiesta, para que no corra la noticia y no se entere demasiada gente a la que habría que acomodar.

Una vez en la mesa, el anfitrión se disculpa abundantemente por la pobre comida, por muy elaborada y copiosa que pueda ser. Simultáneamente urge a los invitados a comer "con confianza" y les recuerda que él —el anfitrión— es un hombre humilde que tiene una pobre casa, y que se le debe perdonar su incapacidad para

atender a sus deseos en la forma que merecen. Tan fuertemente está imbuido este tipo de disculpas en la conducta de la hospitalidad, que el narrador que una vez me contó la historia de don Juan Cantimplata, se vio impelido a hacer que el Diablo se disculpara —no una, sino dos veces— con el tramposo muchacho héroe del cuento, a quien se ofrece una visita guiada, por la pobreza en que encuentra al Infierno. "Tienes que perdonarme por la forma como están las cosas", dijo el Diablo. "En realidad, apenas estoy empezando a arreglar este lugar." Es claro que un visitante ¡ni siquiera al Diablo debe envidiarle su Infierno!

El secreto que rodea a la comida se refleja igualmente en la costumbre universal de cubrir con una tela o un rebozo cualquier alimento, cocinado o no, que se lleva de una casa a otra, como parte de las normas del intercambio recíproco. Algunas personas, cuando se les pregunta, dan como causa que se protege así los alimentos del polvo o de los gérmenes; pero dado que la contaminación bacteriana apenas se considera en cualquier otro contexto, parece más probable que los ojos indiscretos sean considerados como el mayor de los peligros.

Velorios

Los ejemplos mencionados son de aquellos en que el *statu quo*, el *statu quo*, está amenazado porque alguien *adquiere* o tiene algo que otros pueden desear tener, y la conducta apropiada para la ocasión expresa simbólicamente la envidia y, al mismo tiempo la forma de enfrentar el peligro. La situación complementaria, aunque inversa, es aquella en que alguien *pierde* o parece estar en peligro de perder algo deseable, lo que rompe el delicado balance exigido por la dinámica del sistema. Esta forma de peligro y su neutralización se ve mejor en las costumbres de los velorios, de acuerdo con las cuales cada doliente llega con un regalo, por ejemplo, algunos pesos, unos dos kilos de frijoles o de maíz, velas o alguna otra cosa útil.

Los amigos, parientes y vecinos se sienten fuertemente compelidos a asistir a los velorios; consideran que es una parte muy importante de la norma recíproca que caracteriza las relaciones sociales dentro del pueblo. Con los regalos parecen decir a la acongojada familia: "Han sufrido una pérdida que lamentamos; pero no necesitan sentirse envidiosos de nosotros, pues traemos presentes que compensan la pérdida del ser querido." En esta forma simbólica se restablece el *statu quo*.

¡Salud!

La muy difundida costumbre tzintzuntzeña (y mexicana y española) de desear buena salud a una persona que estornuda, también puede explicarse de esta manera. Decir ¡salud! cuando estornuda alguien que está cerca, es casi una compulsión, y si no se le desea salud, el que estornuda se sentirá sumamente incómodo. Si alguien, por cualquier razón falla en decir ¡salud!, el estornudador puede, mitad en serio y mitad en broma, recordar al incorrecto su falta de buenas maneras diciendo: "Quiera Jesús acompañarme hasta que me encuentre con cristianos", dando a entender que esa compañía que no le desca salud es menos que humana. Pero ¿por qué un estornudo ha de ser un área sensitiva de cultura? En algunos de los pueblos tribales de México el estornudo está asociado con la pérdida del alma, lo cual lleva a la enfermedad y a una muerte posible. Esta creencia no se halla en Tzintzuntzan, pero, dice Micaela, y en esto es portavoz de su pueblo, "toda enfermedad empieza con un resfrío", cuyo principio frecuentemente se revela por el estornudo. Puede suponerse entonces que una persona que estornuda está en peligro de perder su salud, lo que lo puede convertir en envidioso de quienes la conservan. Consecuentemente, decir ¡salud! se convierte en una precaución elemental, y con ella se llama la atención de quien estornuda sobre el hecho de que se le desea que se conserve en buena salud y no se desea que caiga enfermo. Una diferencia en la salud de dos personas coloca al más acomodado de los dos en una posición potencialmente vulnerable. Por la misma razón, a la gente no le gusta que se diga que se le ve bien, puesto que esto implica que puede ser envidiado. En esas raras ocasiones en que uno expresa ese cumplimiento, el que lo recibe puede recordar al hablante que él, la persona que recibe la cortesía, hace apenas una semana que estuvo a las puertas de la muerte, o precisar, de cualquier otra manera, que su salud no es, ni con mucho, tan buena como lo implica la observación que sobre ella se hizo.

El síndrome del secreto

Parece haber dos formas fundamentales por cuyo medio las sociedades pueden enfrentarse con el temor a las consecuencias de la envidia, tácita o manifiesta: las personas o grupos que sospechan que se les envidia, pueden ocultar o negar sus ventajas, esperando vivir

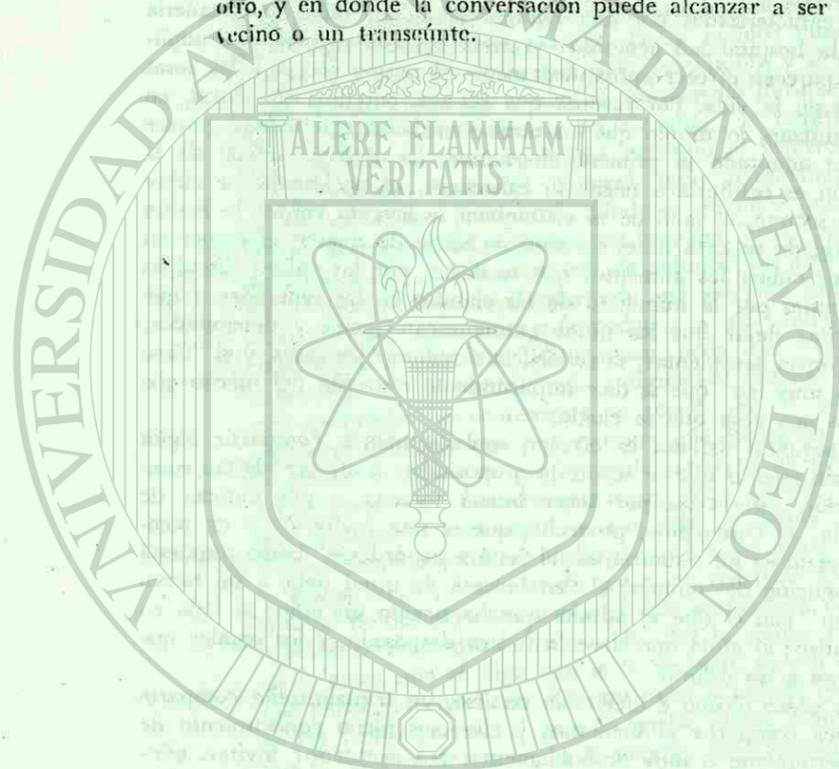
primariamente de sus propios e inmediatos recursos; o pueden compartir u ofrecer compartirlas del modo más abierto, confiando en que en virtud de la ley ordinaria aquellas situaciones favorables les serán devueltas en un monto igual al que ellas dan. En las sociedades caracterizadas por una relativa igualdad, tanto la tacañería como la hospitalidad generosa —con la correspondencia que implican— parecen ofrecer aproximadamente el mismo acceso a las cosas buenas de la vida. Por razones que no son enteramente claras, en Tzintzuntzan, lo mismo que en otras sociedades campesinas, parece haberse adoptado la primera alternativa. La defensa inicial de la posesión es ocultarla o negar su existencia: el nacimiento se cubre con el secreto, el tabú de la cuarentena se levanta contra la madre que sale de su casa antes de sentirse fuerte de nuevo; el comer en silencio; cubrir los alimentos que se llevan por las calles; disculpas abundantes por la humildad de las viandas en las reuniones a que se invita; dejar que los niños permanezcan sucios y descuidados; vestir ropas harapientas; la renuencia a mejorar las casas, y el "Creo que es muy feo" que se dice implicando la negación del mérito que merece una cosa que se elogia.

La segunda defensa es ofrecer, simbólicamente, compartir algún Bien, sin esperar que se acepte la proposición; u ofrecer alguna compensación sustanciosa por tener buena fortuna o por carecer de la mala: el Gusta-Buen provecho, que es una invitación y un reconocimiento en los restaurantes; el "está a sus órdenes" como respuesta a la petición del remojo; el "en la casa de usted tiene a un nuevo servidor" con el que se admite que ha nacido un niño; el bolo en el bautizo; el atole que sirve la futura desposada, y los regalos que se llevan a un velorio.

Sólo como último e inevitable recurso, un tzintzuntzeño comparte u ofrece compartir el bienestar, y ello con pleno conocimiento de que ciertamente o muy probablemente será aceptado: invitar, además de los huéspedes de honor (a una comida solemne) a otras personas y, en el más extravagante de los gestos, patrocinar la mayor parte de una fiesta religiosa.

En cuanto a las razones por las que Tzintzuntzan, y la mayor parte de las sociedades campesinas prefieren la primera alternativa, es claro que el síndrome del secreto es, psicológicamente, más compatible con el punto de vista de la Imagen de la Limitación de lo Bueno acerca del mundo, que la conducta no acumulativa. A mayor abundamiento, la naturaleza física del pueblo, con casas sólidas, altas paredes, y puertas y ventanas cerradas, facilitan el secreto. Hasta cierto punto, una gran cantidad de buena suerte puede ocultarse,

cosa imposible en pueblos por ejemplo, de África, en donde la forma alternativa de la conducta es muy común, en donde las chozas con techo de paja y paredes de varas están colocadas unas junto a otras, en donde los olores de la cocina pasan fácilmente de un hogar a otro, y en donde la conversación puede alcanzar a ser oída por un vecino o un transeúnte.



1. Qué diferencia hay entre la envidia de las grandes ciudades y la de los pequeños poblados como en Tzintzuntzan?
2. Qué costumbres conoces que lleva a cabo la gente en México para disminuir la envidia?
3. Qué significado cultural tiene para nuestra gente el decir en cinta en lugar de estar preñada o embarazada?
4. Por qué usamos el bolo cuando se bautiza un niño?
5. Qué es el mal de ojo para la gente del pueblo?
6. Describe brevemente cuáles son las dos costumbres culturales que las gentes tribales usan para evitar la envidia.
7. Alguna o algunas de estas costumbres se tienen en tu casa o las has visto en otra casa o lugar? Si o No, si si qué piensas de la explicación que dá el autor?

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



TZINTZUNTZAN

G.M. Foster*

IX. LA SALUD Y EL EQUILIBRIO

La teoría de la salud

EN TZINTZUNTZAN el organismo social saludable y el organismo humano saludable se consideran, ambos, como conformados a un modelo común de equilibrio. La sociedad saludable es aquella en la que hay una distribución uniforme de la riqueza y de otras formas de lo Bueno; el cuerpo saludable es aquel en el que hay una distribución uniforme del calor. En consecuencia, la riqueza y otras formas de lo Bueno sostienen la misma relación con la sociedad saludable que el calor con el cuerpo saludable. El organismo social está amenazado cuando el equilibrio que supone la salud está alterado por la excesiva concentración de lo Bueno en una parte de la sociedad, es decir, en las manos de unas pocas personas. También está amenazado aquel organismo por una excesiva pérdida de lo Bueno, como cuando una familia pierde a uno de sus miembros por la muerte. El organismo humano está amenazado cuando el equilibrio que indica salud se encuentra alterado por la excesiva concentración del calor en una de las partes del cuerpo (a menudo por razón del calor subido, condición en la cual el calor está comprimido dentro de la cabeza y la parte superior del cuerpo), y también está en peligro por la pérdida de calor, cuando una parte del cuerpo se ve invadida por el frío.

Los pasos que el hombre da para restaurar el equilibrio en una sociedad "enferma" y los que da tratándose de un organismo enfermo, son similares; eliminar el exceso de riqueza y otros Bienes, o el exceso de calor, según sea el caso; o añadir riqueza o calor u otro remedio para el desequilibrio que produce la condición enfermiza. Los mecanismos mediante los cuales se realiza esto en la sociedad ya se han descrito, y los usados en la práctica de la curación los vamos a examinar en seguida.

Orígenes de la teoría

El principal sistema al cual se conforman las ideas y las prácticas médicas en Tzintzuntzan es una variante popular de la patología humoral de los griegos, que se basa en la doctrina hipocrática que supone la existencia de cuatro humores. Elaborada por el médico

182

* George M. Foster es antropólogo social de gran renombre y autor de varios libros publicados por el F.C.E. En el presente estudio fue asistido por Gabriel Ospina, antropólogo colombiano formado en México.

IX: LA SALUD Y EL EQUILIBRIO

183

romano Galeno, más tarde fue desarrollada en el mundo árabe por hombres como Rhazes (c. 850-925) y Avicena (980-1037), y luego transmitida a España cuando este país estuvo dominado por los musulmanes. De acuerdo con este sistema cada uno de los cuatro humores tiene su "compleción", que consiste en pares de cualidades. La sangre es caliente y húmeda; la flema fría y húmeda, la bilis negra, fría y seca, y la bilis amarilla, caliente y seca. Además, y puesto que los tres órganos más importantes del cuerpo —el corazón, el cerebro y el hígado— se suponían ser respectivamente seco y caliente, húmedo y frío y húmedo y caliente; el cuerpo sano normal tenía una compleción preponderantemente caliente y húmeda. Pero este equilibrio varía con los individuos, y la compleción de una persona puede ser caliente, húmeda, fría o seca. La clasificación, en la historia natural, estaba enraizada en el concepto según el cual, además de la gente, también tenían una compleción las medicinas, los alimentos y la mayor parte de los objetos naturales, basada en pares de cualidades de temperatura y grado de humedad. Se pensaba que la enfermedad era causada por una alteración del equilibrio normal de la compleción de una persona, debida a los aumentos o disminuciones de sus humores u otras causas. De este modo, la práctica de la medicina consistía principalmente en conocer la compleción natural del paciente, en determinar la compleción de la enfermedad o de sus causas y en la restauración del equilibrio fundamental que había sido alterado. Esto se lograba con el empleo de recursos tales como la dieta, las medicinas internas, los purgantes, los vomitivos, las sangrías y las ventosas. Por ejemplo, el caldo de garbanzos, tenido por caliente y húmedo, se prescribía contra la epilepsia causada, según se creía, por un exceso de bilis negra que era fría y seca. La cebada, fría y seca, se usaba para curar la fiebre causada por un exceso de sangre, considerada como caliente y húmeda.

En los tiempos de la Conquista de América, una patología humoral extremadamente compleja constituía el cuadro teórico de la medicina científica (no popular) española. El sistema había sido llevado hasta el punto en que las compleciones se distinguían no solamente por pares de cualidades, sino que —como puntualizamos en el Capítulo I— las cualidades estaban graduadas en intensidad de acuerdo con una escala que iba del uno al cuatro. La estructura conceptual de la patología humoral en la medicina, y las compleciones de las plantas y animales, fueron traídas a las Américas en tiempo de la Conquista, y las plantas americanas, hasta entonces desconocidas en Europa, fueron rápidamente clasificadas.

Con el tiempo la patología humoral en América se infiltró hasta llegar al nivel popular, perdiendo en esta trayectoria las cualidades de sequedad y humedad, pero manteniendo la dicotomía caliente-frío, menos los grados formales de intensidad de la temperatura. Al menos en la América Hispánica, la patología humoral modificada continúa siendo dominante en la estructura conceptual no-científica, dentro de la cual la salud y la enfermedad son comprendidas por el "pueblo" y dentro de la cual se llevan a cabo las prácticas curativas. Hoy día en Tzintzuntzan los alimentos, las bebidas, las hierbas, las medicinas, los animales y los seres humanos, se caracterizan por la cualidad de "caliente" (sust. calor; adj. caliente e irritante) o de "frío" (sust. frío y adj. frío y fresco). Algunas veces se implica a las temperaturas reales, como en el caso de una persona que se ve sobrecalentada por el sol o se enfría por el contacto con el agua fría. Más a menudo los grados de calor o de frío atribuidos son características innatas, o propiedades de sustancias, igual que los refrescos norteamericanos no alcohólicos se califican como "suaves", mientras que los licores destilados son "fuertes". Aunque faltan los grados formales de la temperatura, algunas sustancias se consideran como especialmente frías o calientes. Así, el trigo, la chirimoya (*Annona cherimola*), la pulpa del coco, la higuera y los capulines son "muy calientes", pero las peras y las sandías son "muy frías". Algunas pocas sustancias como la papaya y el plátano "manzano" son neutras o "cordiales".

Los siguientes ejemplos de alimentos, bebidas y hierbas, acerca de cuyas cualidades los nativos están de acuerdo, ilustran la dicotomía:

Artículos calientes

- Carne de res
- Carne de cerdo
- Cabra
- Gallina
- Aceite
- Bebidas destiladas
- Hielo
- Miel
- Cal mineral (para tortillas)
- Trigo
- Frijoles

Artículos fríos

- Conejo
- Manteca de cerdo
- Pichón
- Aves que no sean gallinas
- Pato
- Cerveza
- Leche
- Huevos
- Sal
- Maíz
- Arroz

Artículos calientes

- Semillas de calabaza
- Semillas de melón
- Cacahuete
- Ajo
- Aguacate
- Café
- Chocolate
- Chiles (en su mayoría)
- Tabaco
- Chirimoya
- Higo
- Flor de naranjo
- Epazote (hierba)
- Ruda
- Albahaca

Artículos fríos

- Calabaza
- Melón
- Cebada
- Apio
- Tomate
- Coco
- Piña
- Patata
- Pepino
- Lima (fruto)
- Pera
- Naranja
- Malva
- Cilantro
- Artemisa

Un análisis de más de doscientos artículos revela que hay ciertos patrones. Desde el punto de vista de la curación, lo más interesante es que las hierbas calientes son dos veces más comunes que las frías. Las hortalizas son abrumadoramente frías a pesar de las excepciones comunes como el ajo y las cebollas. Las frutas indígenas mexicanas tienden a ser calientes, mientras que las europeas tienden a ser frías. Abundan las contradicciones aparentes: el cerdo es caliente, mientras que su grasa es fría; las semillas de calabaza y de melón son calientes, pero su pulpa es fría; a menudo las hojas o las flores de un árbol tienen una cualidad y sus frutos tienen otra.

Causas de la enfermedad

Del mismo modo como la idea de las cualidades de los alimentos, las bebidas y las hierbas siguen la doctrina de la patología humoral en Tzintzuntzan, así la sigue el concepto de la salud. Se considera que el cuerpo saludable está marcado por una preponderancia del calor sobre el frío, igual que en los tiempos clásicos. El calor es relativamente templado; quizá tibio sea una palabra mejor, puesto que un calor fuerte representa una enfermedad real o en potencia. Es esencial que el calor saludable esté distribuido *uniformemente* en el

cuerpo: cabeza, pecho, estómago, piernas y pies, todos ellos deben estar en equilibrio. Al cuerpo se le considera como un organismo autocorrector que se esfuerza por mantener su calor en forma uniforme, esfuerzo que generalmente es feliz, a menos que el cuerpo sea atacado desde el exterior por fuentes de calor o de frío de una intensidad tal que no las pueda resistir.

El calor puede atacar al cuerpo a renglón seguido de una exposición a una alta temperatura, tal como la del sol del medio día, de un baño muy caliente, o la radiación calórica de un horno de alfarería. El "calor" también puede atacar al cuerpo como consecuencia de experiencias emotivas intensas tales como la cólera, el susto, la envidia o la alegría (las que se clasifican como experiencias "calientes"); por la ingestión desordenada de alimentos o bebidas calientes y por las emanaciones que se cree que irradia un cadáver.

El frío ataca y entra al cuerpo en la forma de aire que "pega" en la cabeza y la parte superior del torso; por exposición al agua fría o por el hecho de caminar descalzo sobre el piso frío; por el contacto con el hierro y el acero (ambos clasificados como sustancias frías), y por usar, sin precauciones, alimentos y bebidas fríos. Ya que el estado normal del cuerpo es el estar tibio, los tzintzuntzeños creen que un frío extremo es mucho más peligroso que el calor extremo: puede producir un mayor desequilibrio. El significado de la preponderancia de las hierbas calientes sobre las frías se hace evidente en este contexto: se hacen necesarias más armas para pelear contra el frío que contra el calor.

En la condición que se llama de calor subido, que es un estado que produce enfermedad, pero que no es una enfermedad en sí mismo, ambos elementos, el frío y el calor, están implicados. El calor subido resulta cuando una persona camina con los pies descalzos sobre un piso de mosaico o de cemento o cuando se moja los pies durante la lluvia. Una mañana hablaba yo con Natividad Peña mientras trabajaba en su alfarería; sus dos pequeñas nietas jugaban alegremente por allí. Empezó a llover y Margarita, la nieta mayor, se quitó los zapatos. Nati expresó alarma y la previno que no se los quitara "para que no se te suba el calor". Algunas personas son renuentes a poner pisos duros en sus recámaras por temor al riesgo de una enfermedad. Cualquiera que sea la manera como el frío penetra en los pies, comprime el calor que éstos normalmente tienen, sobre la parte superior del cuerpo ya caliente de por sí, produciendo un exceso de calor, del mismo modo que el émbolo de un pistón comprime y calienta el aire. Este exceso de calor en la cabeza y el torso superior se manifiesta como una de tantas enfermedades.

Es claro que el cuerpo está constantemente bombardeado por el calor y el frío; por ejemplo: una señora tiene que cocinar ante un fuego abierto; su marido atiza su horno; hay corrientes de aire por dondequiera; las gentes asisten a los velorios y los pies mojados son una experiencia común. ¿Cuál es la razón de que sólo raramente una persona sucumbe a esos peligros? La respuesta no se puede dar con mayor certeza de aquella con que la ciencia moderna explica por qué una persona que continuamente está expuesta a gérmenes y virus sólo se enferma ocasionalmente. Sin embargo, los tzintzuntzeños creen que la condición del cuerpo varía, y que su capacidad para resistir los ataques del frío y del calor dependen, al menos en parte, del estado en que él mismo se encuentra. Está protegido al máximo cuando se caracteriza por la distribución normal, uniforme, del calor, según se ha dicho. Sin embargo, hay ciertas actitudes o condiciones que elevan este calor a niveles más altos. Las causas más comunes de un calor mayor que el normal son: dormir, comer, trabajar con las manos o con los ojos (la lectura y el trabajo con agujas hacen que los ojos se calienten); el bautismo, la extremaunción (ambos presumiblemente porque los santos óleos que se usan en los ritos correspondientes son calientes), y la exposición a un calor real como el del sol, el fuego de la cocina o el del horno; el planchado, el hacer tortillas, o, finalmente, el bañarse en agua caliente. También la manufactura de velas eleva el calor del cuerpo, dado que la cera de abejas es caliente. El periodo menstrual, el embarazo, el nacimiento y el periodo posterior al parto son también épocas de calor por encima de lo normal.

En todas estas situaciones no se necesita poner en práctica un remedio, puesto que con el solo transcurso del tiempo el cuerpo restablece automáticamente su equilibrio. Pero en tanto que prevalezca un calor mayor que el ordinario, una persona es particularmente susceptible a la enfermedad causada por la intromisión del frío y, en un menor grado, por la intromisión del calor. En consecuencia, deben tomarse muchas precauciones. Una persona que despierta de un sueño profundo no debe ingerir alimentos fríos durante media hora o algo así. Un hombre que vuelve a la casa con las manos sucias, "calientes" por un trabajo reciente, no debe lavárselas hasta que haya pasado algún tiempo. Durante la preñez una mujer se acerca a los alimentos fríos con una precaución superior a la normal, y durante el periodo *postpartum* se cree que lo mejor es que no cosa, teja o toque hierro o acero si no quiere arriesgarse a sufrir calambres en las manos.

Técnicas de la curación

Para la gente en estado temporal de calor excesivo, las medidas respecto de la salud son primariamente preventivas. Pero frente a enfermedades causadas por la invasión del cuerpo por cantidades anormales de calor o de frío se deben poner en práctica acciones curativas. Para dar un ejemplo: si se diagnostican deposiciones, esto es, una diarrea de mediana seriedad, causadas por el frío, se debe dar al paciente un té hecho con hierbas calientes: cinco llagas y cenicilla. Si se cree que el trastorno se debe al calor, puede tratarse con una bebida hecha de cáscaras de tomate, un pellizco de cenizas, azúcar granulada y otras sustancias frías.

Se cree que las cataplasmas calientes son útiles para extraer el exceso de frío; éstas se hacen con cebolla picada mezclada con alcohol, con chocolate, o con un aceite comercial llamado elemento, así como con una gran variedad de hierbas calientes. Desde el punto de vista de su función, la ventosa corresponde a una cataplasma caliente, dado que se usa para extraer el calor. Las cataplasmas comunes usadas para extraer el calor incluyen hierbas frías y, rara vez, el pichón partido: un tratamiento para la tifoidea y otras fiebres, en el cual se abre el ave en dos partes, y así abierta, se aplica al pecho y la espalda del paciente. El pichón es frío y, en consecuencia, extrae la fiebre que, según se dice, "cocina" al ave en media hora o menos. Un huevo de gallina (frío) se frota sobre el cuerpo de un niño que sufre el mal de ojo (caliente), para sacarle el calor de la misma manera que lo hace una cataplasma fría. Un enema de hierbas frías en agua que se usa para sacar la fiebre y las constipaciones calientes, se conforma igualmente a este patrón. Los *chipil* o *parcas*, usualmente en forma de hojas colocadas sobre las sienes para curar las jaquecas, son cataplasmas diminutas. Si se cree que el dolor de cabeza se debe al calor, se usa una hoja de limonero o de fresno, o de rosa de castilla, todos materias frías. La trementina colocada sobre papel forma un chiqueador caliente, que se usa si se cree que la jaqueca se debe al frío.

El calor subido, aunque ocasionado por el frío que entra por la parte inferior del cuerpo, se considera más bien como una causa caliente de enfermedad, dado que es la concentración del calor en la cabeza y el torso superior la que causa el daño. El calor subido se manifiesta en forma del dolor de cabeza, el dolor de oídos, los orzuelos, las inflamaciones febriles, la amigdalitis, la faringitis y las enfermedades bronquiales, que van en severidad desde ligeros

resfriados hasta la neumonía. Siguiendo la teoría de los opuestos que se atraen mutuamente, la curación de estas enfermedades es aplicar calor en los pies. Las cataplasmas calientes de cebolla picada mezclada con alcohol, o las de chocolate, se colocan en las plantas de los pies o, también, éstos se ponen en agua caliente. Puesto que el propósito del tratamiento es sacar el calor de la parte superior del cuerpo, a primera vista estos recursos parecen una violación del principio básico; sin embargo, lo que se cree que ocurre es enteramente congruente. El frío que ha sido empujado hacia arriba debe eliminarse; esto se logra con la cataplasma o el agua calientes. Tales acciones dejan un vacío de la temperatura en las partes inferiores del cuerpo que se llena cuando el calor desplazado regresa a su sitio normal. Simultáneamente, y para apresurar la curación, puede sacarse algo del calor excesivo concentrado en las regiones superiores del cuerpo. Tratándose de jaquecas esto se hace con la aplicación de chiqueadores calientes. Para la neumonía debida al calor subido, además de las cataplasmas en los pies, puede aplicarse al pecho una cataplasma de rosas, manteca de cerdo y la hierba llamada tepusa, sustancias todas frías, templadas ligeramente con la adición de la hierba caliente tequistique.

La mayor parte de los informantes creen que todas las experiencias emotivas fuertes, tales como el susto, los celos, la envidia, la cólera, el gusto, el sentirse apenado y la aflicción son calientes y pueden causar enfermedad. Las principales enfermedades que se cree que son causadas por las experiencias emotivas son: la bilis, la tiricia, la muina, el estar *chipil* y el mal de ojo. Las primeras cuatro atacan a la persona que experimenta la emoción; en la última el niño es la víctima de la envidia de alguna otra persona. La bilis es probablemente el más común de estos trastornos. Los informantes dicen que cualquiera de las experiencias emotivas antes mencionadas —con la posible excepción de la envidia y de los celos— causan que la bilis (la hiel) escurra en exceso de la vesícula biliar y entre a la sangre, haciendo así que esta "hierva". Para tratar estos trastornos se usan varias tisanas vegetales que son preponderantemente frías, excepto para el mal de ojo, que, como hemos puntualizado antes, se cura frotando el cuerpo caliente del niño con un huevo frío.

Procesos de adaptación

Varios puntos relativos a la dicotomía caliente-frío, son dignos de notarse. Uno es el sorprendente y continuo vigor de este antiguo

sistema de creencias y de prácticas médicas; en parte esto se debe, ciertamente, a su flexibilidad y a la facilidad con que se adapta a las nuevas situaciones. Aunque después de la Conquista la patología humoral perdió las propiedades de humedad y sequedad, logró un nuevo vigor incorporando las creencias médicas indígenas dentro del sistema español ya simplificado. El susto, por ejemplo, una explicación muy extendida en América de algunas enfermedades, se incorporó fácilmente dentro de esta estructura conceptual al asignársele la cualidad de ser caliente. Las otras condiciones emocionales derivadas, previamente descritas, también parecen ser principalmente de origen americano más bien que europeo, y también ellas parecen haberse adaptado a esta misma estructura.

El proceso de acomodación continúa, y hoy día muchas medicinas de patente y algunos tratamientos medicinales que aplican los doctores se interpretan de la misma manera. Por ejemplo, el Vick Vapo-Rub y la aspirina se clasifican como calientes, mientras que la leche de magnesia es fría. Cuando a María Matos se le aplicaron inyecciones de vitaminas, el doctor le dijo que se bañara cuando menos cada tercer día, justificando esta pequeña lección de educación higiénica diciéndole que era "para reducir la irritación causada por la vitamina" (irritación es sinónimo de caliente y de calor); pero de estas instrucciones María dedujo que las inyecciones de vitaminas deben ser calientes, dado que se necesita del agua refrescante para neutralizarlas.

Durante la campaña antipalúdica, los doctores enseñaron a Lola, la hija mayor de Micaela, a sacar una gota de sangre para preparar los frotis que se mandarían a Morelia para el análisis de laboratorio. Cualquier individuo, sospechoso de tener malaria, podría presentarse a Lola; ella tomaría una pequeña muestra de sangre, dándole al mismo tiempo tres píldoras que el doctor le había dejado para tales casos. Las píldoras, dice Micaela, son para prevenir que el aire entre al cuerpo por el orificio que deja el piquete de la aguja.

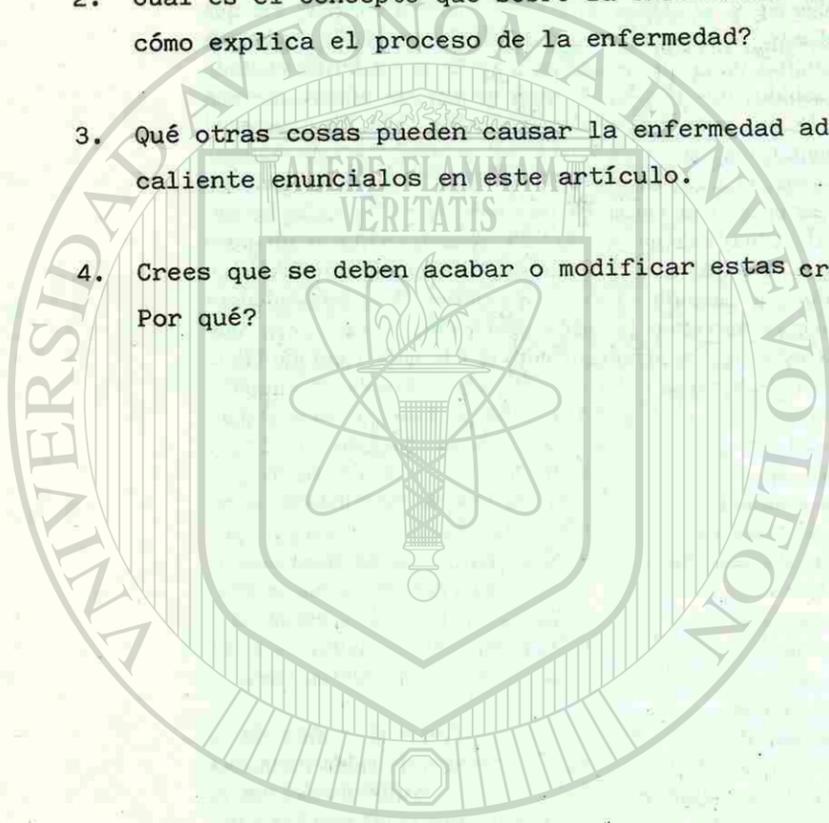
El lector puede preguntarse, tal como lo hace el antropólogo, cuántas cualidades diferentes pueden recordar los tzintzuntzeños. La respuesta es, por supuesto, que diferentes personas recuerdan diferentes números de cualidades. Pero ninguno puede simplemente recitar una lista completa de sustancias calientes y frías. Cada uno confía a la memoria una lista más o menos larga o corta, pero más allá de este límite, los artículos dudosos se clasifican mediante una lógica inversa: el informante considera la manera como una hierba o alimento en particular se usa en el tratamiento, recuerda la cualidad de la enfermedad o de sus causas y concluye que el artículo en cues-

ción debe ser caliente o frío, según lo indique la evidencia. Pregunto a Virginia Pichu: ¿Cuál es la cualidad de la cera de abejas? Ella no puede contestar inmediatamente pero raciocina: "Es buena para el reumatismo, que es causado por el frío, y al hacer velas las manos se ponen calientes y se deben mantener fuera del agua, así que debe ser caliente." Otros informantes razonan que la leche de burra debe ser fría dado que se usa para curar la tos ferina causada por el calor subido; que el sebo de buey es caliente puesto que una persona que lo usa para tratar el reumatismo debe tener especial cuidado de evitar mojarse, y la carne de tlacuache es fría, porque se da a una persona cuya sangre está "irritada": es decir, caliente.

¿Cómo se determina la causa de una enfermedad y cómo se decide clasificarla como caliente o fría? El procedimiento es un poco parecido al que se sigue para atribuir una de aquellas cualidades a un remedio dudoso. Cuando alguien cae enfermo, él y otros piensan retrospectivamente buscando la razón más probable que haya sido causante del trastorno. Ese acontecimiento es entonces aceptado como evidencia suficiente y causa del trastorno, y se prescribe la curación que esté en armonía con el diagnóstico. Una persona que sufre jaqueca considera las dos posibilidades: que le haya "pegado" el aire, y el calor subido. Si recuerda que el día anterior se mojó los pies, se decide por la segunda explicación. Si los pies se mantuvieron secos y calientes y el paciente no recuerda haber caminado descalzo por un piso frío, probablemente no tendrá dificultad en recordar que le "pegó" una corriente de aire al salir de su casa en la noche fría. Una persona con diarrea o dolor de estómago trata de recordar qué fue lo que comió. Si recuerda haber tomado más alimentos calientes que fríos, el calor es el villano; si son más los alimentos fríos, el responsable es el frío.

Unas pocas enfermedades populares tales como la "caída de la mollera", denominación muy extendida en México, la caída de la matriz, y las tensiones, esguinces y dislocaciones (lastimaduras) no se explican de acuerdo con la dicotomía frío-caliente. Pero ellas también se conforman al patrón de equilibrio que subyace en los puntos de vista sobre la salud, dado que en todos esos casos la curación consiste en volver a colocar el órgano fuera de sitio en su posición normal; esto es, la vuelta al estado firme preexistente.

1. Dónde se originó la creencia que la gente tiene sobre la enfermedad?
- 2.Cuál es el concepto que sobre la enfermedad tiene la gente, cuál y cómo explica el proceso de la enfermedad?
3. Qué otras cosas pueden causar la enfermedad además de lo frío y lo caliente enuncialos en este artículo.
4. Crees que se deben acabar o modificar estas creencias? Si o No, Por qué?



SEGUNDA PARTE

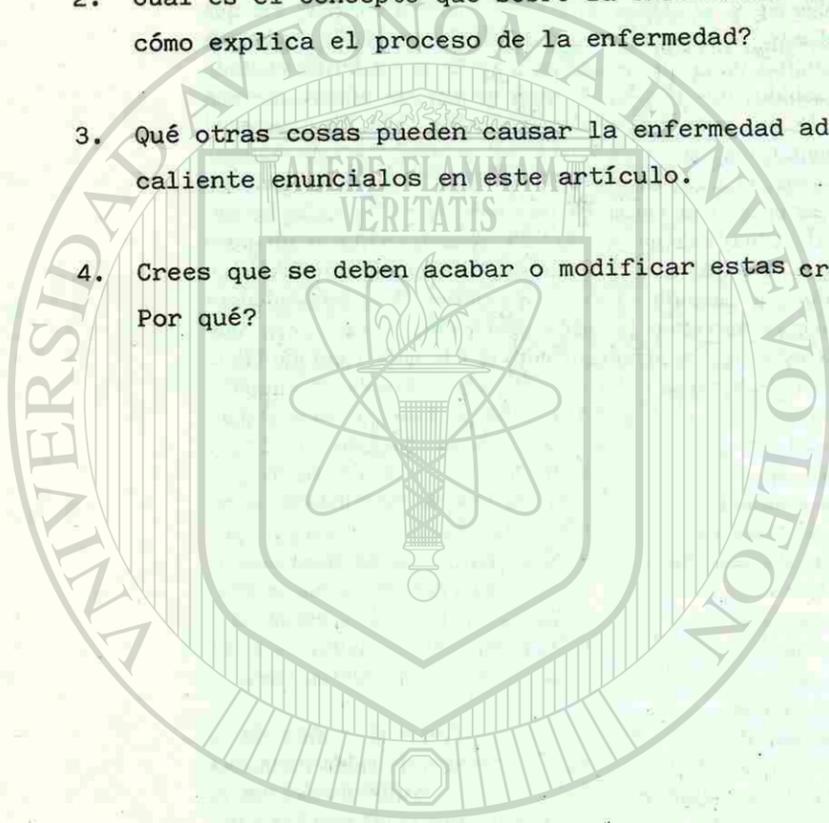
U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



1. Dónde se originó la creencia que la gente tiene sobre la enfermedad?
- 2.Cuál es el concepto que sobre la enfermedad tiene la gente, cuál y cómo explica el proceso de la enfermedad?
3. Qué otras cosas pueden causar la enfermedad además de lo frío y lo caliente enuncialos en este artículo.
4. Crees que se deben acabar o modificar estas creencias? Si o No, Por qué?



SEGUNDA PARTE

U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



I N D I C E
(SEGUNDA PARTE)

	Págs.
TEMA No. 1 La medicina tradicional en la moderna atención de salud	69
Guía de lectura No. 1	76
TEMA No. 2 ¿Es posible la fusión de la medicina tradicional con la medicina moderna?	77
Preguntas	80
TEMA No. 3 Enfermeras y curanderos se dan la mano	81
TEMA No. 4 Curanderismo y espiritismo enfoques complementarios de los servicios tradicionales de salud mental	90
Preguntas	98
TEMA No. 5 Examen global de la medicina tradicional y las personas que la ejercen en los servicios de salud	99
TEMA No. 6 Dinámica familiar, normal y patología	113
Conclusión	123
Referencias	124
TEMA No. 7 Factores socioculturales de la salud en México ..	125
Referencias	129
Guía de discusión	131
Intróducción	132
TEMA No. 8 Los usos sociales del cuerpo	138
Prólogo	138
La necesidad médica	139
La capacidad médica	146

Mesa redonda

R. H. Bannerman

La medicina tradicional en la moderna atención de salud

La gran mayoría de los habitantes de los países en desarrollo, cuando enferman, recurren a los curanderos tradicionales. Para el 80 por 100 de la población, «atención primaria de salud» es sinónimo de medicina tradicional. Aunque sólo fuera por eso, es indispensable que los profesionales de la salud conozcan a fondo la acción de ese personal que ejerce la medicina tradicional y reconozcan el lugar que ocupa en la sociedad.

El término «medicina tradicional», más bien impreciso, se aplica a las prácticas de atención de salud antiguas y vinculadas a las distintas culturas que existían antes de que se aplicara la ciencia a las cuestiones de salud. Entre otros términos utilizados con frecuencia como sinónimos cabe citar, por ejemplo, los de «medicina indígena», «no ortodoxa», «diferente», «popular», «marginal» y «no oficial», o el de «curandería». El término resulta insatisfactorio porque supone la existencia de un conjunto de principios, conocimientos y técnicas comunes a todas las variedades de medicina tradicional; y porque no distingue entre los sistemas completos y complejos de atención de salud, tales como el ayurveda y la medicina china tradicional, por una parte, y los simples remedios caseros, por otra.

La medicina tradicional forma parte integrante de toda cultura, aunque en algunos países el sistema de atención y de prevención quizá esté menos desarrollado que en China y otros países asiáticos. En todas las culturas

sigue practicándose en mayor o menor grado, y entre otros términos basados en la cultura figuran los de «medicina africana», «amerindia» y «asiática».

Resulta paradójico que, en una época en que la medicina científica moderna avanza a pasos gigantescos y goza de un prestigio sin precedentes, la medicina tradicional suscite tan gran interés, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. El fenómeno puede deberse hasta cierto punto al chauvinismo de los dirigentes de los países en desarrollo y quizá también, en mayor o menor grado, a cierto desencanto respecto de la medicina moderna, que se observa entre la población, en todos los países.

Debe señalarse, además, que la medicina tradicional sigue siendo la única fuente de atención para muchos habitantes de los países en desarrollo, y que, para ellos, «atención primaria de salud» es sinónimo de medicina tradicional. Ningún servicio de salud se inicia en el vacío absoluto: los curanderos, los habitantes y sus afecciones existen ya, y toda sociedad, desde tiempo inmemorial, ha venido reaccionando frente a las enfermedades con sus propias creencias y prácticas.

El Dr. Bannerman, de Ghana, fue Jefe del Departamento de Medicina Tradicional, de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza.

I N D I C E
(SEGUNDA PARTE)

	Págs.
TEMA No. 1 La medicina tradicional en la moderna atención de salud	69
Guía de lectura No. 1	76
TEMA No. 2 ¿Es posible la fusión de la medicina tradicional con la medicina moderna?	77
Preguntas	80
TEMA No. 3 Enfermeras y curanderos se dan la mano	81
TEMA No. 4 Curanderismo y espiritismo enfoques complementarios de los servicios tradicionales de salud mental	90
Preguntas	98
TEMA No. 5 Examen global de la medicina tradicional y las personas que la ejercen en los servicios de salud	99
TEMA No. 6 Dinámica familiar, normal y patología	113
Conclusión	123
Referencias	124
TEMA No. 7 Factores socioculturales de la salud en México ..	125
Referencias	129
Guía de discusión	131
Intróducción	132
TEMA No. 8 Los usos sociales del cuerpo	138
Prólogo	138
La necesidad médica	139
La capacidad médica	146

Mesa redonda

R. H. Bannerman

La medicina tradicional en la moderna atención de salud

La gran mayoría de los habitantes de los países en desarrollo, cuando enferman, recurren a los curanderos tradicionales. Para el 80 por 100 de la población, «atención primaria de salud» es sinónimo de medicina tradicional. Aunque sólo fuera por eso, es indispensable que los profesionales de la salud conozcan a fondo la acción de ese personal que ejerce la medicina tradicional y reconozcan el lugar que ocupa en la sociedad.

El término «medicina tradicional», más bien impreciso, se aplica a las prácticas de atención de salud antiguas y vinculadas a las distintas culturas que existían antes de que se aplicara la ciencia a las cuestiones de salud. Entre otros términos utilizados con frecuencia como sinónimos cabe citar, por ejemplo, los de «medicina indígena», «no ortodoxa», «diferente», «popular», «marginal» y «no oficial», o el de «curandería». El término resulta insatisfactorio porque supone la existencia de un conjunto de principios, conocimientos y técnicas comunes a todas las variedades de medicina tradicional; y porque no distingue entre los sistemas completos y complejos de atención de salud, tales como el ayurveda y la medicina china tradicional, por una parte, y los simples remedios caseros, por otra.

La medicina tradicional forma parte integrante de toda cultura, aunque en algunos países el sistema de atención y de prevención quizá esté menos desarrollado que en China y otros países asiáticos. En todas las culturas

sigue practicándose en mayor o menor grado, y entre otros términos basados en la cultura figuran los de «medicina africana», «amerindia» y «asiática».

Resulta paradójico que, en una época en que la medicina científica moderna avanza a pasos gigantescos y goza de un prestigio sin precedentes, la medicina tradicional suscite tan gran interés, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. El fenómeno puede deberse hasta cierto punto al chauvinismo de los dirigentes de los países en desarrollo y quizá también, en mayor o menor grado, a cierto desencanto respecto de la medicina moderna, que se observa entre la población, en todos los países.

Debe señalarse, además, que la medicina tradicional sigue siendo la única fuente de atención para muchos habitantes de los países en desarrollo, y que, para ellos, «atención primaria de salud» es sinónimo de medicina tradicional. Ningún servicio de salud se inicia en el vacío absoluto: los curanderos, los habitantes y sus afecciones existen ya, y toda sociedad, desde tiempo inmemorial, ha venido reaccionando frente a las enfermedades con sus propias creencias y prácticas.

El Dr. Bannerman, de Ghana, fue Jefe del Departamento de Medicina Tradicional, de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza.

LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA MODERNA ATENCION DE SALUD

Las sociedades tradicionales consideran la salud como un estado de equilibrio, tanto externo como interno. Se dice que ese equilibrio está basado en ciertas variaciones de las sustancias humorales y de fuerzas que tratan de compensarse y responden a las cualidades opuestas de caliente y frío, y húmedo y seco, lo que equivale de hecho al principio chino del yin y el yang.

En muchas partes del mundo las personas que ejercen la medicina tradicional definen la vida como la unión del organismo, los sentidos, la mente y el alma, y describen la salud positiva como una combinación de bienestar físico, mental, social, moral y espiritual. En esa clase de concepciones se subrayan los aspectos morales y espirituales de la vida, con lo que se da nuevas dimensiones al sistema de atención sanitaria mediante el cual el hombre mantiene su salud.

La autoridad de que goza un curandero tradicional puede derivarse exclusivamente de la competencia para prestar atención de salud que le reconoce la comunidad con la que convive, o de su capacitación dentro de un sistema oficial y elaborado tal como el ayurveda. El estilo personal de los curanderos ha impresionado vivamente a la mayoría de los observadores. Su atuendo, su actitud serena y autoritaria y otras cualidades personales, todo, en fin, contribuye al tratamiento.

Los curanderos tradicionales desempeñan una función importante en el seno de sus comunidades, sobre todo en relación con las enfermedades comunes y con los trastornos mentales, y en varias de esas comunidades los curanderos constituyen el núcleo central de agentes de atención primaria de salud.

Medicina ayurvédica y china

Las técnicas de curandería varían según el estilo y la práctica del curandero, y pueden apelar a los siguientes medios: medicación y relajación, inducción de trances y exorcismos, rituales con danzas, encantamientos y plegarias, sacrificios, y la aplicación de remedios a base de hierbas o de origen animal o mineral. Algunas de esas prácticas de curandería han venido perfeccionándose a lo largo de muchos

siglos. Típico ejemplo de ello es el yoga, cuya práctica, según se afirma, ayuda a contrarrestar las tensiones y el estrés de la vida moderna y es útil para tratar los trastornos mentales y las neurosis. Sus partidarios sostienen que los ejercicios de yoga y otras prácticas conducen a un estado físico que puede prevenir la aparición de enfermedades o aliviar sus síntomas. Se obtienen así dos tipos de funcionamiento óptimo del organismo, uno de ellos dirigido al funcionamiento eficiente de determinados órganos, y el otro al mantenimiento de las condiciones homeostáticas o de la armonía orgánica interna. Estos últimos resultados se consiguen no directamente mediante una influencia sobre las actividades de las estructuras periféricas, sino mediante cambios introducidos a través del sistema nervioso central y autonómico. Se ha demostrado que la meditación yóguica influye en el funcionamiento de los sistemas cardiovasculares y respiratorio, y aun en la temperatura corporal y el metabolismo. Por esta razón las personas que ejercen la medicina ayurvédica recomiendan ese régimen para los enfermos hipertensos y asmáticos.

Otro ejemplo de una práctica de curandería de larga data es la acupuntura. «Que una aguja hincada en el pie deba mejorar el funcionamiento del hígado de la persona es evidentemente increíble. No se puede creer, porque, según la teoría fisiológica actualmente aceptada, "no tiene el menor sentido". Dentro de nuestro sistema de explicación de los hechos no hay razón alguna para que el

Resulta paradójico que en una época en que la medicina científica avanza a pasos gigantescos y goza de un prestigio sin precedentes, la medicina tradicional suscite tan gran interés.

pinchazo de una aguja deba mejorar el funcionamiento del hígado. Por consiguiente, decimos, es imposible. Lo único malo que tiene ese argumento es que, en el plano de los hechos empíricos, así ocurre realmente.»

Estas palabras de Aldous Huxley resumen acertadamente la situación actual respecto de

MESA REDONDA

la acupuntura y subrayan el hecho innegable de que nuestros conocimientos acerca de la estructura y el funcionamiento del organismo humano no son completos. En China, la acupuntura ha venido aplicándose como técnica médica terapéutica desde hace no menos de 2000 años. Originalmente se utilizaban cuchillos de piedra y otros instrumentos aguzados. El término actualmente utilizado se deriva de las palabras latinas acu —con una aguja— y punctura —pinchazo.

Hasta mediados del presente siglo, la práctica de la acupuntura seguía limitada a las personas a las que la técnica había sido transmitida de generación en generación, juntamente con las agujas de oro que entonces se utilizaban. Esas agujas filiformes se insertan en distintas partes del cuerpo para tratar toda una serie de enfermedades que comprenden las reacciones alérgicas, las infecciones bacterianas y los trastornos degenerativos. Desde 1958, la acupuntura ha venido utilizándose eficazmente como analgésico para la cirugía mayor y menor. El fascinante descubrimiento efectuado durante el último decenio de los opioides

La medicina tradicional sigue siendo la única fuente de atención para muchos habitantes de los países en desarrollo.

endógenos (endorfinas) presentes en el cerebro de los mamíferos coincidió con un torrente de testimonios oculares y de informes anecdóticos sobre las increíbles hazañas de los anestesiólogos chinos, quienes, mediante una sola aguja de acupuntura, conseguían que sus pacientes soportaran la dura prueba de las operaciones de tórax y de cerebro.

Normalmente las agujas se dejan hincadas de quince a treinta minutos durante el tratamiento, y durante periodos mucho más largos en el caso de las operaciones quirúrgicas. Se manipulan con movimientos de rotación o bien empujándolas y tirando de ellas alternativamente, o en otros casos se activan mediante estímulos eléctricos. También puede obtenerse un efecto de acupuntura mediante una fuerte presión con el dedo, práctica que

recibe el nombre de «acupresión». Más recientemente, el estímulo de los «puntos» de acupuntura establecidos se ha conseguido también mediante ultrasones y rayos láser. Esta última práctica requiere un equipo costoso, pero permite eliminar ciertos riesgos asociados a la inserción de agujas en el cuerpo. La acupuntura es un importante método terapéutico dentro del sistema tradicional chino de práctica médica y se utiliza con frecuencia en combinación con otras medidas terapéuticas. Aparte de los usos ya mencionados, se ha utilizado en el tratamiento del uso indebido de drogas y también como medio auxiliar de diagnóstico, en conjunción con la fluoroscopia, en las enfermedades gastrointestinales. La acupuntura presenta sus riesgos, ciertamente, y no es una panacea, pero el solo peso de las pruebas clínicas que la abonan exige que sea tomada en serio como una tecnología apropiada para la salud que vale la pena seguir investigando científicamente para comprobar el fundamento de las virtudes curativas que tantos le atribuyen y fomentar su desarrollo.

Plantas y hierbas medicinales

El reino vegetal es un verdadero arsenal de posibles medicamentos, y la historia de las hierbas medicinales es realmente fascinante. La quinina, que hasta fecha reciente era el único remedio eficaz contra el paludismo; la morfina, que calma el dolor; el digital, para los trastornos cardíacos; la emetina, contra la disentería amélica; el cornezuelo, utilizado en partería; la rauwolfia, el tranquilizante que sirve de antídoto contra la locura y de agente hipotensor, eran todos bien conocidos de los curanderos y de los hierbateros y herbolarios muchos siglos antes de su introducción en la medicina moderna. Los mencionados, y, más recientemente, el curare y la penicilina, son tan sólo algunos de los numerosos productos naturales que han aliviado los sufrimientos de la humanidad de Oriente. En oncología, las podofilotoxinas, los alcaloides de la vinca, las colquicinas y algunos antibióticos se derivan también de plantas. Las personas que ejercen la medicina tradicional e indígena se basan principalmente en las plantas y las hierbas medicinales para la preparación de sustancias

LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA MODERNA ATENCION DE SALUD

terapéuticas, y, según Fletcher Hyde, «el reino vegetal, que es la fuente de los alimentos que comemos y del oxígeno que respiramos, aportará así a la humanidad la medicina del futuro» (1).

Recientemente ha resurgido el interés por las posibilidades de los productos vegetales, y algunos investigadores y fabricantes de medicamentos estudian actualmente las plantas que poseen propiedades medicinales con el fin de aislar sus elementos activos y obtener modificaciones sintéticas de los mismos, con la esperanza de obtener sustancias más eficaces que el producto natural de origen. Es lo que se ha llamado «la explotación del folklore de la práctica herbolaria sobre una base científica». En varias plantas se ha comprobado que los principios activos presentan variaciones a lo largo del día, hecho que desde hace muchos siglos conocían también los curanderos y herbolarios. Son ejemplos de ello la morfina y la atropina, cuya producción es cuatro veces mayor durante la mañana que durante la noche. En otros casos, el principio activo varía según la fase de germinación, y también se observan variaciones en los elementos constituyentes de la misma especie vegetal y en diferentes condiciones climáticas y de suelo.

Hace unos dos mil años, los chinos compilaron una enciclopedia de medicina en 18 volúmenes, con secciones sobre nutrición y dieta, higiene y más de 1 000 recetas médicas. Desde 1949 se han identificado otras 2 000 nuevas hierbas medicinales. También los vietnamitas han utilizado al máximo su sistema de medicina tradicional, incluido el cultivo generalizado de plantas medicinales. En China se considera que los mejores resultados terapéuticos se obtienen combinando la medicina china tradicional con la occidental, dando mayor importancia con frecuencia al sistema chino tradicional, pero aprovechando sin vacilar la tecnología moderna. Actualmente se combinan en una sola preparación diferentes fármacos con el fin de reducir los efectos secundarios adversos; así, por ejemplo, la estreptomomicina puede combinarse con un fármaco tradicional chino. Los principios activos de la medicina china, india, japonesa y árabe pueden combinarse también en una sola fórmula para obtener una dosis eficaz pero más reducida.

Las plantas han venido utilizándose durante muchos siglos en la medicina tradicional como abortivos, contraceptivos, lactógenos y afrodisiacos y para la regulación menstrual y de la fecundidad. Habida cuenta del uso generalizado de esas plantas y de la facilidad con que pueden obtenerse en el plano local, sobre todo en los países en desarrollo, es de suma importancia evaluarlas científicamente, puesto que algunas de ellas pueden ser tóxicas. Según los informes publicados, unas 300 especies vegetales producen efectos reguladores de la

Toda sociedad, desde tiempo inmemorial, ha venido reaccionando frente a las enfermedades con sus propias creencias y prácticas.

fecundidad, y se ha comprobado que varios elementos constituyentes de vegetales tienen uno o más tipos de actividad antigonaotrópica, aunque, al parecer, no es posible utilizar esos agentes para la regulación de la fecundidad en el ser humano.

Quizá el más misterioso de los agentes reguladores de la fecundidad que existen en el reino vegetal es un compuesto aromático simple, la 2,6-dimetilhidroquinona, aislada por primera vez del guisante común (*Pisum sativum* L.) en 1952. Es interesante señalar que los guisantes constituyen el principal alimento proteínico de la dieta en el Tibet y que la población de ese país ha permanecido prácticamente estática durante los últimos doscientos años. En cuanto a los agentes contraceptivos para los hombres, los chinos han notificado recientemente que el gossipol, un extracto de aceite de semilla de algodón, reduce considerablemente la motilidad de los espermatozoides dentro de la semana que sigue a la administración de una dosis terapéutica. Al parecer, sus efectos duran de tres a cuatro semanas. Aunque actualmente se utilizan en todo el mundo distintos métodos de regulación de la fecundidad, ninguno de ellos parece enteramente satisfactorio, y en todas partes se tropieza con limitaciones socioculturales, clínicas, prácticas y económicas. Sin embargo, para los países en desarrollo podría resultar particularmente atractiva la posibilidad de utilizar

MESA REDONDA

plantas de eficacia probada en la medicina tradicional.

Entre los distintos precursores de la cortisona y las hormonas sexuales figuran los ñames (*Dioscorea*), identificados por primera vez en México, pero comunes también en África tropical, China y la India. Los tubérculos de esos ñames son ricos en hidratos de carbono, y su consumo está muy extendido en los países tropicales. Los componentes de su hormona constituyen la base de la fabricación de la «pildora». Otras plantas de las que se extraen hormonas sexuales para la regulación de la fecundidad son la soja (*Glycine soja*) y el sisal (*Agave sisalana*). La soja se cultiva principalmente en China y crece espontáneamente en África y Asia. El sisal se cultiva en América tropical y África, donde los desechos que quedan después de retirar la fibra de las hojas se someten a fermentación para obtener los necesarios precursores de hormona sexual.

Actualmente se están investigando y comprobando las propiedades terapéuticas de varias plantas medicinales y de algunos remedios tradicionales populares. Recientemente se ha insistido con vigor en la eficacia del tratamiento que administran las personas que ejer-

El estilo personal de los curanderos ha impresionado vivamente a la mayoría de los observadores. Su actitud, su actitud serena y autoritaria y otras cualidades personales, todo en fin, contribuye al tratamiento.

cen la medicina tradicional contra la diabetes sacarina y también contra la artritis reumatoide. Es indispensable comprobar la base científica de esas afirmaciones. Algunos de los medicamentos ensayados y comprobados se han incluido ya en los suministros de fármacos destinados a los centros de atención primaria de salud de algunos países de Asia, y en los países en desarrollo va en aumento la demanda de esa clase de acción. También aumenta en los países desarrollados la demanda de medicinas a base de hierbas, y en los Estados Unidos de América se calcula que todos los años se venden medicinas de esa clase por valor de seis mil millones de dólares.

La verificación científica de los resultados terapéuticos supuestamente obtenidos en la medicina tradicional requiere un plan de investigaciones cuidadosamente estructurado. Para comprobar la realidad de las curaciones que afirman haber conseguido las personas que ejercen la medicina tradicional debe establecerse ante todo un diagnóstico científico preciso, y obtenerse de los que ejercen la medicina tradicional el mayor número posible de detalles sobre el modo de preparación de los brebajes o de los medicamentos, sobre la posología aplicada, aunque sea aproximadamente, sobre la parte o partes de las plantas utilizadas, y acerca de otros detalles relativos al tratamiento. El mero hecho de que las personas que ejercen la medicina tradicional afirmen haber obtenido resultados positivos no basta para considerar innecesario su estudio científico.

En el programa de investigaciones sobre el cáncer que está en ejecución en China se han examinado varios millares de compuestos y preparaciones a base de hierbas, y se ha seleccionado un extracto a base de N-formilсарcolisina para su empleo en el tratamiento del seminoma, así como otro extracto vegetal, la harringtonina, que se utiliza en el tratamiento de la leucemia. Por su parte, en el curso de los últimos dieciocho años, el Instituto Nacional del Cáncer, de los Estados Unidos de América, ha examinado más de 73 000 plantas en busca de propiedades anticancerosas.

Hasta el presente, sólo se han aplicado en la práctica clínica, como productos anticancerosos, las podofilatoxinas, los alcaloides de la vinca y la colquicina. El bajo rendimiento de esos estudios puede deberse en parte a nuestros conocimientos incompletos sobre la biología básica del cáncer y en parte a la índole harto azarosa de las investigaciones practicadas en busca de compuestos activos, investigaciones en las que no se ha tenido en cuenta la información etnomédica que podrían facilitar las personas que ejercen la medicina tradicional. Por difícil que resulte, el contacto con las personas que ejercen la medicina tradicional es un factor decisivo en la adquisición de información válida para poder iniciar las actividades de investigación.

LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA MODERNA ATENCION DE SALUD

Un obstáculo importante a la utilización de los medicamentos vegetales es la inexistencia de farmacopeas nacionales en muchos países. La India y China han elaborado farmacopeas con recetas de medicinas a base de plantas y hierbas, y otros países poseen antiguos manuscritos en los que se describen las plantas y sus propiedades, tales como la actividad, el sabor, el olor, sus modificaciones durante la digestión, y su acción terapéutica específica. En la mayoría de los demás países del Tercer Mundo la utilización de esas plantas medicinales se limita principalmente a la preparación local de medicamentos tradicionales.

Los ancianos y, por supuesto, las personas que ejercen la medicina tradicional en esas comunidades poseen considerables conocimientos sobre las medicinas a base de hierbas, que se aplican generalmente en el tratamiento de las afecciones comunes; y los agentes de atención primaria de salud que no demuestren poseer esos conocimientos no se ganarán la confianza de la comunidad. Es preciso que sepan algo acerca del cultivo, la recolección y la preparación de las plantas medicinales más comunes para sus aplicaciones terapéuticas. Si carecen de esos conocimientos, los agentes de salud difícilmente comprenderán el tipo de remedios que los miembros de la comunidad se administran cuando están enfermos. Esa clase de información es fundamental, por supuesto, para todos los agentes de salud.

Personas que ejercen la medicina tradicional

Las personas que ejercen la medicina tradicional pueden agruparse en cuatro categorías principales. La primera es la de los que reciben una formación plenamente integrada en los sistemas modernos y tradicional de medicina, tales como la medicina ayurvédica, la unani y la china. La segunda categoría comprende a los que han recibido formación principalmente en medicina tradicional, pero poseen además rudimentos de la medicina moderna. Esa clase de personal de salud ejerce principalmente en las pequeñas comunidades rurales, utilizando en general la medicina tradicional y algunos medicamentos alopatéticos modernos en las situaciones de urgencia. El tercer grupo está compuesto por las personas que no han recibido ningún tipo de

formación oficial, pero han obtenido diplomas, mediante cursos por correspondencia, en algún sistema tradicional particular, como, por ejemplo, el ayurveda. Esas personas ejercen únicamente la medicina tradicional. En el cuarto grupo figuran la mayoría de las personas que ejercen la medicina tradicional que no han recibido formación institucional ni diploma de ninguna clase, sino que han adquirido sus conocimientos teóricos y prácticos gracias a sus años de aprendizaje cerca de un

En China se considera que los mejores resultados se obtienen combinando la medicina china tradicional con la occidental.

curandero tradicional reconocido. Entre esas personas figuran las parteras tradicionales y algunos herbolarios.

Cuando se trata de integrar a los agentes de salud tradicionales en el sistema oficial de atención de salud, los de la primera categoría no plantean ningún problema. Quizá sean las personas ideales en una sociedad tradicional, ya que, por lo general, utilizan las mejores prácticas de ambos sistemas. Las personas que forman parte del segundo grupo son igualmente fáciles de integrar desde el punto de vista administrativo. Ejercen casi exclusivamente en las zonas rurales, y en algunos países asiáticos se les ha empleado en las clínicas estatales con resultados satisfactorios. También se han introducido prácticas integradas en algunos hospitales centrales, donde esas personas que ejercen la medicina tradicional trabajan al lado de médicos modernos y emplean remedios tradicionales, entre ellos medicinas a base de hierbas. Su función principal se centra en los aspectos curativos de la atención de salud, pero es fácil inculcarles, mediante la formación en el servicio, prácticas de prevención y de salud de la comunidad.

Los grupos tercero y cuarto, formados por personas que carecen de toda formación institucional u oficial, plantean varios problemas. Los cursos por correspondencia que han seguido los miembros del tercer grupo no ofrecen la formación práctica que es indispen-

MESA REDONDA

sable para la acción sanitaria. Además, ese personal de salud suele ejercer solamente a tiempo parcial y en muchos casos dedica la mayor parte de su tiempo a trabajar como funcionarios de la administración pública, maestros, funcionarios de agricultura, etc. Antes de poder pensar en cualquier forma de integración sería indispensable darles un curso preliminar de orientación y adiestrarles en el servicio.

Las parteras tradicionales constituyen una categoría especial. En la mayoría de los países del Tercer Mundo forman la masa principal de los agentes de atención primaria de salud en el sector de la asistencia maternoinfantil, y en algunas zonas atienden a más de un 90 % de los partos. Lo ideal sería poder sustituir gradualmente a las parteras tradicionales por parteras profesionales que ejercieran en estrecha colaboración con especialistas de obstetricia, pero, a causa de varios factores socio-culturales y económicos, ese ideal tardará sin duda muchos decenios en realizarse. La única posibilidad de extender y mejorar los servicios de maternidad en los países en desarrollo radica en dar orientación y formación a esas parteras tradicionales y enseñarles prácticas de partería inocuas e higiénicas, y en organizar su supervisión y prever un sistema para el envío de los casos difíciles. Actualmente son varios los países del Tercer Mundo que poseen una experiencia considerable en la organización y ejecución de programas de formación para parteras tradicionales. Las prácticas tradicionales útiles, tales como el apoyo psicológico y material que prestan a las pacientes durante el ciclo de la maternidad y la prontitud con que acuden cuando se solicitan sus servicios, se refuerzan durante su formación, mientras que se procura desalentar con tacto las prácticas nocivas, con la esperanza de llegar a eliminarlas. Entre estas últimas figuran el masaje violento del útero durante los dolores del parto, la administración de orina de vaca y otras pociones nocivas a las pacientes eclámpticas semicomatosas, la práctica de embadumar el cordón umbilical con estiércol seco, y otros precedimientos antihigiénicos, en particular durante los dolores del parto. Entre las prácticas nocivas aplicadas en la asistencia infantil figuran la cauterización de las encías en la creencia de que esa medida favorece la denti-

ción, la cauterización de las espaldas de los niños que padecen diarrea, la alimentación forzada y la práctica sumamente odiosa de la circuncisión femenina.

Un concienzudo estudio de las diversas prácticas tradicionales revelaría fácilmente los objetivos apropiados para todo programa de formación, en cuanto a conocimientos, técnicas y comportamiento. Los programas de formación para parteras tradicionales deberían referirse constantemente al conjunto de creencias y prácticas locales relativas a todo el ciclo de la maternidad, desde la pubertad, el embarazo, el parto y el periodo postnatal hasta el cuidado de los niños.

Las parteras tradicionales son, en general, mujeres de edad avanzada, inteligentes y muy motivadas, aunque la gran mayoría de ellas sean analfabetas. Operan en sociedades de tipo tradicional, donde la edad y la experiencia suscitan gran respeto. Por consiguiente, la selección de las instructoras-supervisoras para los programas de formación requiere cuidadosa consideración. Las parteras profesionales jóvenes y relativamente inexpertas no son adecuadas para desempeñar esa función. La instructora debe ser una enfermera-partera profesional ya mayor, con gran experiencia y con un buen conocimiento de las costumbres locales y de las prácticas tradicionales. Cuando la partera tradicional termina con éxito su curso de adiestramiento es conveniente que se le entregue, como símbolo de su nueva condición, un maletín de partería y un certificado firmado por la autoridad sanitaria. La experiencia ha demostrado que de esta manera se estimula a otras parteras tradicionales a seguir los cursos de formación.

En lo posible, conviene dar orientaciones a los profesionales de la salud sobre las prácticas tradicionales que imperan en las zonas donde deben actuar, ya que sin ese conocimiento no pueden comprender el tipo de autoasistencia que la comunidad suele aplicar y no pueden apreciar en su justo valor las intervenciones de la propia comunidad en la lucha contra las enfermedades. □

BIBLIOGRAFIA

1. HYDE, F. F. *Herbalism, traditional medicine and natural therapeutics*. Official Review of IFPNT, No 1, 1979.

2da. UNIDAD

GUIA DE LECTURA No. 1

1. Qué pretende el autor por medicina tradicional?
2. Cómo explica el autor que la medicina tradicional siga teniendo más aceptación por la mayoría de la gente, que la medicina científica a pesar de sus importantes avances?
3. Por qué considera importante el autor que todos los agentes de la salud tengan la información de los tipos de remedios que usan los miembros de la comunidad donde están trabajando?
4. Qué características debe tener el profesional de la salud que oriente al personal empírico?

Medicina tradicional

Mohammad Saleh Lashari

¿Es posible la fusión de la medicina tradicional con la medicina moderna?

En muchas regiones del mundo, la preferencia evidente por la medicina tradicional tiene hondas raíces culturales y económicas. Se afirma a veces que ese tipo de medicina debe fusionarse con la atención sanitaria moderna, pero ¿son ambas realmente compatibles?

Una tarde, estando de guardia en el hospital, me asomé por el pabellón de hombres durante las horas de visita y le pregunté a la enfermera: «¿Alguna novedad?» Por la manera de responderme «No, pero...», deduje que algo iba mal.

Entré en el pabellón y vi a un enfermo con heridas múltiples causadas por un accidente de tráfico. Había alguien a su lado, no un amigo o pariente como cabría esperar, sino un curandero que había venido para tratar al enfermo por los métodos tradicionales mientras éste se hallaba en cama en el hospital. En cuanto me vio, el «visitante» salió apresuradamente del pabellón y abandonó el hospital.

El enfermo se disculpó, pero a la mañana siguiente se dio de alta, probablemente para continuar su tratamiento con el curandero tradicional.

Aquella fue mi primera experiencia con curanderos tradicionales, pero no la última, ya que durante los últimos cinco años he tropezado con muchos de ellos. Algunos practican

El Dr. Lashari es Médico Jefe encargado del Hospital General de Oleh, Estado de Bendel (Nigeria).

214

la medicina general y se ocupan de toda clase de enfermedades, mientras que otros son conocidos como especialistas y sólo tratan determinadas dolencias, como fracturas, trastornos mentales o la esterilidad. Casi todos tienen dispensarios («herboristerías»); otros poseen además varias chozas para alojar a los enfermos en tratamiento. En Nigeria tal vez haya 12 o más curanderos tradicionales en cada ciudad o aldea, la cual puede o no tener un hospital moderno. El curandero tradicional, llamado «médico nativo» en Nigeria, es muy conocido en general y goza de gran respeto entre la población.

Medicina tradicional y medicina científica

El hecho de que la medicina tradicional sea popular no significa que sea el mejor sistema de prestación de asistencia sanitaria. En lo esencial, si la gente acude a los curanderos es por la fe que le inspira la medicina tradicional, pero si a menudo prefiere ese tipo de atención ello obedece a razones comprensibles. La medicina tradicional es una forma antigua de asistencia que se venía practicando mucho an

FORO MUNDIAL DE LA SALUD VOL. 1

MEDICINA TRADICIONAL Y MEDICINA MODERNA

tes de que la medicina científica hiciera su aparición en los países en desarrollo y forma parte de la cultura de muchos pueblos. Es además asequible incluso para quienes habitan en las zonas más alejadas y no requiere un equipo complicado.

Es tan grande el atractivo de la medicina tradicional que no es extraño ver enfermos cuyos parientes les sacan de nuestro hospital para enviarlos a los curanderos tradicionales, y hay casos en que esos enfermos son ellos mismos médicos o enfermeras.

De los inconvenientes y efectos secundarios de la medicina tradicional apenas queda constancia porque en ese sistema no se lleva registro alguno. Pero muchos enfermos vienen al hospital porque el tratamiento dispensado por los curanderos tradicionales ha provocado complicaciones o les ha defraudado por una u otra razón. De hecho, en los países en desarrollo casi todos los enfermos de las zonas rurales son atendidos al principio por curanderos tradicionales, y sólo quienes no se restablecen suficientemente acuden al hospital. Esto entraña una pérdida considerable de tiempo, de valor inapreciable, pues a veces, cuando los enfermos acuden en busca de asistencia médica moderna, ya no hay esperanza de curación y el desenlace desfavorable acentúa entonces la impopularidad de la medicina científica. A lo largo de los años he oído contar muchos «milagros» obrados por la medicina tradicional, sin que ni siquiera uno de ellos me haya sido probado.

Por ejemplo, un día ingresó en nuestro hospital un hombre de 30 años con heridas causadas por arma de fuego. La radiografía indicaba que las balas estaban alojadas en los pulmones, pero sus parientes se lo llevaron antes de que yo pudiera tomar disposiciones para la indispensable intervención quirúrgica.

Al poco tiempo vi de nuevo a ese hombre y me dijo que un curandero le había sacado todas las balas sin necesidad de intervención. Esto me pareció interesante y le pregunté si quería hacerse una radiografía para confirmarlo. Se negó firmemente, pues, según me dijo, el curandero le había advertido que moriría si se sometía a más rayos X. Se fue, dejándome con muy serias dudas en cuanto a la milagrosa desaparición de las balas.

Otro ejemplo es el de un hombre de 55 años que trabajaba en nuestro hospital y que vino a mi consultorio quejándose de dolores abdominales, pérdida de peso y de apetito. El examen parecía indicar que se trataba de un

En los países en desarrollo casi todos los enfermos de las zonas rurales son atendidos al principio por curanderos tradicionales, y sólo quienes no se restablecen suficientemente acuden al hospital.

tumor, por lo cual le dije que fuera a un hospital especializado para un reconocimiento más detenido. En vez de ello solicitó un permiso y se fue a que le tratara un curandero tradicional.

Tres semanas después le examiné con motivo de unas abrasiones lineales en el abdomen. Me dijo que el dolor se lo había ocasionado un gusano que le sacó el curandero a través de las marcas del abdomen. «¿No le aseguré que la medicina tradicional daba resultado?», me dijo. «Ya no me duele.» De nuevo intenté que fuera al hospital especializado, pero en vano. Dos meses más tarde murió, probablemente de un cáncer no confirmado.

Los adelantos de la medicina científica prueban sin lugar a dudas que ésta es en general superior a la medicina tradicional, pero no suele cumplir su función con eficacia, entre otras, por las razones siguientes.

1. Mala planificación. La capacidad de los hospitales construidos lejos de las ciudades y aldeas y de difícil acceso para la población queda en parte desaprovechada. Las instalaciones de dichos hospitales tal vez no se utilizan por falta de técnicos capacitados para atenderlas o de piezas de recambio para repararlas. Evidentemente, una planificación adecuada es de gran importancia para el éxito de toda institución médica.

2. Formación insuficiente del personal de salud. Si los médicos, enfermeras y demás personal sanitario reciben una formación mediocre e inadecuada, la medicina científica difícilmente podrá competir con la medicina tradi-

MEDICINA TRADICIONAL

cional. Solamente dotados de personal bien capacitado podrán adquirir los hospitales una buena reputación y atraer más enfermos.

3. Insuficiencia de servicios técnicos, que da lugar a una asistencia de calidad mediocre. Por buena formación que tenga, un médico no podrá trabajar bien si no dispone de ciertas instalaciones científicas como rayos X y servicios de laboratorio.

4. Costo elevado del tratamiento. El costo influye enormemente en la elección de un tratamiento, por lo que habrá que esforzarse por reducir el costo del tratamiento científico moderno, sobre todo en los países en desarrollo donde la mayoría de la gente es pobre. Los departamentos de salud y asistencia social deben hacer todo lo posible por asegurar la gratuidad de la atención de salud. Es muy necesario que haya planes de seguro médico en los países en desarrollo. También las organizaciones de beneficencia pueden desempeñar un papel importante, haciendo posible la obtención de asistencia médica sin gasto excesivo.

¿Hacia una fusión de ambos sistemas?

Actualmente se habla mucho en los círculos internacionales de la posibilidad de reconocer la medicina tradicional y fusionarla con la medicina científica. La cuestión es importante y debe estudiarse con detenimiento, pues antes de unificar ambos sistemas habrá que salvar no pocos obstáculos.

Sería de gran utilidad que la OMS convocara una reunión de expertos en medicina cien-

tífica y en medicina tradicional para ver si es posible un mayor acercamiento entre los dos sistemas.

Desde el punto de vista del enfermo, el sistema como tal carece de importancia, pues lo que le interesa es la salud, sean cuales fueren los medios existentes para conseguirla. Si para ello es necesario fusionar la medicina tradicional con la científica, habrá que tardar lo menos posible en conjugar los esfuerzos y compartir los conocimientos respectivos. Tal vez se necesite cierto grado de «asesoramiento genético» para que del «matrimonio» entre los dos sistemas nazca una descendencia sana y evitar todo equívoco u hostilidad entre ambos.

Una cosa es indudable: la medicina tradicional debe perfeccionarse. Habrá que depurar y uniformar sus remedios, determinar sus efectos secundarios y estudiar sus fármacos y procedimientos, abandonando los que sean peligrosos. Además, los curanderos tradicionales deberán recibir formación en los principios fundamentales de la medicina científica moderna durante año y medio o dos años como mínimo, antes de formar parte del equipo sanitario. Por último, todos los curanderos tradicionales deberán respetar un código de deontología médica.

Esas medidas deberían facilitar la fusión de ambos sistemas, pero la preocupación primordial habrá de consistir en alcanzar el mejor sistema posible de atención de salud, cualesquiera que sean los aspectos que han de modificarse o desecharse de los sistemas actuales. □

- 1.Cuál es tu criterio con respecto a las ventajas y desventajas de la medicina tradicional?
2. Estas de acuerdo con el autor cuando dice que la medicina científica es superior a la tradicional pero su fracaso se debe a que no cumple sus funciones? Si o No Por qué?
3. Brevemente describe cómo se da la medicina tradicional en Monterrey, (lo que tu conozcas).
4. Será posible la fusión de ambas, en tal caso, cómo podría hacerse?
5. Qué piensas del artículo enfermeros y curanderos se dan la mano?
6. Qué utilidad tiene para nosotros?

ENFERMERAS Y CURANDEROS SE DAN LA MANO

Wibur Hoff y D. Mhlavana Maseko

En Swazilandia, gracias a un proyecto piloto, se ha logrado vencer la tradicional suspicacia entre enfermeras y curanderos. En talleres mixtos se ha logrado mejorar notoriamente las actitudes de ambos grupos a la vez que se obtenía que los curanderos participaran en los esfuerzos por promover prácticas sanitarias correctas y prevenir enfermedades.

En Swazilandia existen entre 5000 y 8000 curanderos que atienden a 85% de la población (1). La razón curandero/pacientes es de 1:100, aproximadamente, mientras que la razón combinada de médicos y enfermeras (con formación moderna)/pacientes es de sólo 1:2000.

Durante largo tiempo reinó la incomprensión, el temor y la desconfianza entre enfermeras y curanderos, tanto porque leyes anticuadas prescribían la medicina tradicional como la incomunicación entre ambos grupos. Muchas enfermeras se resistían a cooperar con los curanderos y la mayoría de estos últimos no enviaban a sus pacientes a clínicas y hospitales.

Con el fin de utilizar a los curanderos para mejorar los servicios sanitarios, el Centro de Educación Sanitaria y la Sociedad de Curanderos de Swazilandia iniciaron un estudio piloto para estimular la cooperación entre los sectores moderno y tradicional. La ya citada sociedad, que fundó en 1983, cuenta con una extensa red de comités regionales y dirigentes entusiastas y dedicados. Representa actualmente a la mayoría de los curanderos de Swazilandia y tiene planeado elevar el nivel de la práctica, capacitar a sus miembros e introducir un sistema de registro. Algunos de sus representantes se reunieron con personal de educación sanitaria, enfermeras y trabajadores de la salud para formar un comité conjunto que se propuso planificar, llevar a cabo y evaluar el proyecto piloto antes mencionando.

Taller exploratorio

Con ese propósito se organizó un taller exploratorio que duró cinco

- 1.Cuál es tu criterio con respecto a las ventajas y desventajas de la medicina tradicional?
2. Estas de acuerdo con el autor cuando dice que la medicina científica es superior a la tradicional pero su fracaso se debe a que no cumple sus funciones? Si o No Por qué?
3. Brevemente describe cómo se da la medicina tradicional en Monterrey, (lo que tu conozcas).
4. Será posible la fusión de ambas, en tal caso, cómo podría hacerse?
5. Qué piensas del artículo enfermeros y curanderos se dan la mano?
6. Qué utilidad tiene para nosotros?

ENFERMERAS Y CURANDEROS SE DAN LA MANO

Wibur Hoff y D. Mhlavana Maseko

En Swazilandia, gracias a un proyecto piloto, se ha logrado vencer la tradicional suspicacia entre enfermeras y curanderos. En talleres mixtos se ha logrado mejorar notoriamente las actitudes de ambos grupos a la vez que se obtenía que los curanderos participaran en los esfuerzos por promover prácticas sanitarias correctas y prevenir enfermedades.

En Swazilandia existen entre 5000 y 8000 curanderos que atienden a 85% de la población (1). La razón curandero/pacientes es de 1:100, aproximadamente, mientras que la razón combinada de médicos y enfermeras (con formación moderna)/pacientes es de sólo 1:2000.

Durante largo tiempo reinó la incomprensión, el temor y la desconfianza entre enfermeras y curanderos, tanto porque leyes anticuadas prescribían la medicina tradicional como la incomunicación entre ambos grupos. Muchas enfermeras se resistían a cooperar con los curanderos y la mayoría de estos últimos no enviaban a sus pacientes a clínicas y hospitales.

Con el fin de utilizar a los curanderos para mejorar los servicios sanitarios, el Centro de Educación Sanitaria y la Sociedad de Curanderos de Swazilandia iniciaron un estudio piloto para estimular la cooperación entre los sectores moderno y tradicional. La ya citada sociedad, que fundó en 1983, cuenta con una extensa red de comités regionales y dirigentes entusiastas y dedicados. Representa actualmente a la mayoría de los curanderos de Swazilandia y tiene planeado elevar el nivel de la práctica, capacitar a sus miembros e introducir un sistema de registro. Algunos de sus representantes se reunieron con personal de educación sanitaria, enfermeras y trabajadores de la salud para formar un comité conjunto que se propuso planificar, llevar a cabo y evaluar el proyecto piloto antes mencionando.

Taller exploratorio

Con ese propósito se organizó un taller exploratorio que duró cinco

días y al que asistieron miembros seleccionados del personal de salud y curanderos que representaban las principales regiones del País. El objetivo básico era explorar la manera en que cabía una colaboración entre curanderos y personal de salud en la prevención y lucha contra ocho enfermedades infantiles: diarrea, sarampión, tos ferina, tétanos, difteria, polio, malnutrición y paludismo.

En vista de la desconfianza generalizada entre curanderos y enfermeras, se trató de estimular el diálogo entre los unos y los otros con el fin de desarrollar el respeto y la comprensión mutuas. Todos los participantes vivieron y trabajaron juntos en el centro de conferencias en que se llevó a cabo el taller, en un ambiente de cordialidad.

Se procuró, asimismo, adquirir experiencia e informaciones acerca de la manera en que podría mejorarse la comunicación y la comprensión entre personas con preparación muy diferente, y de discernir la mejor manera de transmitir conocimientos y destrezas a los curanderos de modo que percibieran su sentido sin menoscabo de sus valores culturales. También se promovió la cooperación entre curanderos, enfermeras y otros miembros del personal de salud.

Los dirigentes de la Sociedad eligieron a 23 curanderos para que participaran en el mencionado taller exploratorio de manera que estuvieran representadas las cuatro categorías principales que existen en el país, a saber: hierbateros, parteras, espiritistas y curanderos por la fe. Los participantes, elegidos entre los más capacitados y con experiencia docente, demostraron un vivo interés por el proyecto. Asistieron igualmente al taller cuatro enfermeras de clínicas rurales, una supervisora de enfermería de salud pública, un higienista y dos educadores sanitarios.

Los resultados del taller exploratorio fueron muy positivos. Los participantes trataron con entusiasmo de encontrar medios de colaborar. Los curanderos manifestaron gran interés por aplicar y apoyar las actividades relativas a la higiene personal, el agua potable y la higiene del hogar. Sugirieron que ellos podrían instruir a sus pacientes al respecto.

El personal de educación sanitaria ganó una valiosa experiencia y a la vez se documentó sobre la manera de diseñar y organizar talleres regionales.

Talleres regionales

Se organizaron cinco talleres en cada una de las cinco principales regiones en que vivían y ejercían los curanderos. Sobre la base de la experiencia adquirida en el taller

Equipos de atención primaria de salud, integrados por practicantes de la medicina tradicional y personal de salud enterado de los métodos modernos, constituyen un potencial enorme en los países en desarrollo.

exploratorio, el comité planificador organizó los talleres regionales como un medio de enseñar a los curanderos y al personal sanitario a colaborar entre sí para ayudar a las madres a prevenir y curar las enfermedades infantiles más frecuentes. Con este propósito se formularon las medidas siguientes:

- Los curanderos había de enviar a determinados pacientes a las clínicas
- Las enfermeras debían aceptar estos pacientes y demostrarles respeto tanto a ellas como a los curanderos.
- Los curanderos debían aprender a reconocer los síntomas de peligro relacionados con las ocho enfermedades infantiles ya citadas, como también a mezclar y a usar las sales de rehidratación oral para tratar la deshidratación causada por la diarrea.
- Tanto los curanderos como las enfermeras de clínicas deberían estimular la prevención de las enfermedades mediante el fomento de una nutrición adecuada, la utilización de agua salubre, la higiene personal, la utilización de letrinas y la inmunización.

En vista de que algunos curanderos habían asistido a la escuela durante pocos años, se utilizó preferentemente material visual, demostraciones prácticas y métodos de participación. Se emplearon diversos métodos didácticos: conversaciones en grupos pequeños, visitas a las clínicas,

demostración de la manera de preparar las sales de rehidratación oral, utilización del microscopio para observar mosquitos y parásitos, etc. Tanto las enfermeras como los curanderos participaron con gran entusiasmo en las sesiones. Al terminar el taller se distribuyeron ejemplares del material educativo, carteles y folletos para su utilización en el terreno.

Encuesta

Dos meses después de la reunión del primer taller regional, se llevó a cabo una encuesta en una región con el objetivo de conocer las

Quienes practican la medicina tradicional pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la autorresponsabilidad en materia de salud.

creencias y las prácticas de los curanderos que habían participado en el taller. Se utilizó un cuestionario previamente probado para obtener información acerca de lo que los curanderos había aprendido y de cómo estaban utilizando en su trabajo los conocimientos recién adquiridos. Las preguntas se relacionaban fundamentalmente con las prácticas utilizadas en el tratamiento y la prevención de las diarreas de los niños. Por otra parte, varios entrevistadores capacitados acopiaron datos relativos a la presencia de letrinas, de lavamanos y de material educativo exhibido en las paredes, mediante observaciones que hicieron en los consultorios de los curanderos y en el medio ambiente de las familias.

No fue posible comprobar el nivel de los conocimientos y prácticas de los curanderos antes de que participaran en el taller, de modo que se seleccionó en otra zona un grupo testigo de curanderos que no habían asistido al mismo. Ambos grupos fueron objeto de idénticas observaciones y entrevistas.

Cambio de actitudes y de prácticas

Los francos debates que tuvieron lugar en el taller en que tanto los curanderos como las enfermeras expresaron sus preocupaciones, resentimientos y problemas en torno al cuidado de los pacientes, eliminaron muchos factores de tensión y temor y permitieron establecer un ambiente de mayor

comprensión y respeto mutuo. Esto permitió que los participantes comenzaran a centrar su atención en aquellos objetivos que tenían en común y en la manera de compaginar sus actividades para mejorar la atención de salud.

Los curanderos aceptaron la idea de enviar a las clínicas, a determinados pacientes; por ejemplo: niños con diarrea aguda o que debían ser vacunados. Otro resultado importante fue la utilización progresiva de una tarjeta de referencia que los pacientes llevaban consigo cuando un curandero los enviaba a la clínica. En dicha tarjeta, se informaba a la enfermera que estaba en presencia de un caso remitido por un curandero a la vez que se consignaban informaciones relativas al paciente. Así se entablaba la colaboración entre el curandero y la enfermera respecto del tratamiento y cuidado del paciente.

Nuestra encuesta mostró que dicha colaboración era efectiva. Un 60% de los curanderos que asistieron al taller dijo haber enviado pacientes con diarrea y vómitos a una clínica en los tres meses anteriores a la encuesta. La mayoría eran niños menores de cinco años con diarrea grave. En el grupo testigo de curanderos, 38% de ellos manifestaron haber enviado pacientes con diarrea a una clínica.

Esas afirmaciones fueron corroboradas por las enfermeras de las clínicas. De las ocho que fueron entrevistadas siete declararon haber recibido enfermos remitidos por curanderos en los seis meses anteriores a esta consulta. En la mayoría de los casos se trataba de niños con diarrea y vómitos. Cinco enfermeras expresaron haber recibido tarjetas de referencia y que la información contenida en ellas les había sido útil en el tratamiento.

La creciente comunicación entre curanderos y enfermeras de clínicas, junto con las actitudes positivas prevalecientes entre ambos grupos, pareció estimular el envío de pacientes. Algunos curanderos manifestaron que enviaban con mayor facilidad a sus pacientes a aquellas clínicas en que sabían que había enfermeras interesadas en colaborar con ellos. Otros mos

traron su buena voluntad por apoyar el tratamiento prescrito por las clínicas, ayudando a los pacientes a tomar sus medicamentos.

Los curanderos que asistieron al taller estaban más enterados de la importancia de la higiene del hogar, la higiene personal y el agua salubre en la prevención de las enfermedades que los otros curanderos. Cuando se les preguntó qué consejos darían a sus pacientes para prevenir las enfermedades, todos aquellos que habían asistido al taller mencionaron una o más medidas preventivas, cómo construir una letrina, bañarse con regularidad, ingerir una dieta equilibrada y mantener los platos, la comida y la casa limpios.

Los curanderos colaboraron con entusiasmo y aceptaron responsabilidades en la promoción de prácticas sanitarias correctas y en la prevención de las enfermedades.

De los curanderos que habían recibido carteles y gráficos relativos a la salud, 75% los exhibían en las paredes de sus consultorios. En esos carteles y gráficos se promovía la higiene personal, la nutrición, el uso de letrinas y de agua salubre y las sales de rehidratación oral. Se pudo comprobar, asimismo, que los curanderos que asistieron al taller tenían mejores hábitos sanitarios que los otros.

Todos los que asistieron al taller habían construido letrinas, 48% habían puesto lavamanos en sus consultorios, mientras que en el grupo testigo, sólo 26% tenía letrinas y 4% lavamanos.

Los métodos tradicionales para tratar la diarrea varían considerablemente en Swazilandia. A veces se recurre a la adivinación para determinar la causa; es habitual usar hierbas medicinales para dar consistencia a las heces, se recomienda la inhalación de vapores terapéutico o de vacunas tradicionales y a menudo se limpia el estómago y/o los intestinos por medio de purgantes y enemas, los cuales administrados a niños pequeños, suelen aumentar la deshidratación y hasta causar la muerte. por esta razón, es-

estimulamos a los curanderos a utilizar las sales de rehidratación oral para combatir la deshidratación y para suprimir el uso de purgantes y enemas.

Existe una creencia enraizada en la cultura swazi, en el sentido de que el organismo se enferma cuando rompe su equilibrio. Basándonos en ella, elaboramos nuestras explicaciones sobre la manera de restablecer el equilibrio del organismo por medio de las sales de deshidratación oral que compensan el líquido perdido. Los curanderos lo comprendieron rápidamente. Entre los que participaron en el proyecto piloto, casi todos, es decir, 82% conocían la proporción correcta para hacer la mezcla y la cantidad adecuada de sales que había que dar a un niño pequeño.

Mucho de ellos estaban enterados de los efectos dañinos de los fuertes purgantes y enemas. Sólo 13% de los entrevistados dijeron que trataban la diarrea con enemas. Si bien resultó difícil evaluar la precisión de esta cifra, ya que muchos curanderos se mostraron reticentes en revelar sus particulares métodos de tratamiento, tanto las enfermeras como los curanderos de cierto rango informaron que estaba decayendo el uso de purgantes y enemas.

Dificultades

En vista del bajo nivel de escolaridad de los curanderos, en las sesiones del taller se dio más peso a los métodos orales, visuales y a la práctica. Para transmitir información relativa a la salud, se recurrió a demostraciones y visitas prácticas, modelos, fotografías y otro tipo de material gráfico. Se requirió mucho tiempo para organizar y preparar las sesiones del taller.

No pudimos conocer el nivel de los conocimientos, ni las actitudes ni prácticas prevalecientes antes del comienzo del taller, debido a la falta de tiempo y recursos y al hecho de que los curanderos se hallan dispersos en todo el País. En consecuencia, resultó difícil determinar la validez de los datos. Gran parte de la información acerca de los curanderos se obtuvo en forma de relato. Muchos curanderos mostraron renuencia a hablar de algunos de sus tratamientos y medicinas, y es posible que algunos hayan

querido impresionar favorablemente a los entrevistadores. Con el objeto de lograr la mayor objetividad posible, se recurrió a entrevistadores swazi muy capacitados y con gran experiencia de estudios similares y, siempre que fue posible, se acopiaron datos basados en la observación.

Por falta de tiempo tuvimos que realizar la encuesta sólo dos meses después de que se llevara a cabo el primer taller regional. Un intervalo de cuatro a seis meses nos habría permitido juzgar mejor hasta qué punto los curanderos estaban utilizando los conocimientos y las técnicas recién adquiridas.

Consecuencias

A pesar de las dificultades fue dable observar claras diferencias entre el grupo que asistió al taller y el grupo testigo. En el primero aumentó la comprensión de la importancia del agua inocua, el saneamiento ambiental, la higiene personal, la nutrición y la inmunización. Los curanderos comenzaron a usar las sales de rehidratación oral, a remitir los enfermos a las clínicas y a educar a sus pacientes.

El resultado más significativo del proyecto quizá sea el entusiasmo con que los curanderos tradicionales se comprometieron y aceptaron responsabilidades en la promoción de prácticas sanitarias correctas y en la prevención de las enfermedades. El taller abrió la comunicación entre enfermeras y curanderos. Al principio hostiles y temerosos los unos de los otros, aprendieron la comunicación mutua con respecto a sus problemas y diferencias, y comenzaron a encontrar el modo de trabajar juntos en la prevención y lucha contra las enfermedades. El proyecto demuestra que los curanderos pueden constituir una ayuda efectiva en la atención sanitaria de la comunidad, a condición de que se les facilite la capacitación y los medios pertinentes.

En los países en desarrollo, la posibilidad de combinar en un mismo equipo de atención sanitaria tanto a los practicantes de la medicina tradicional como al personal de salud enterado de los métodos modernos representa un potencial considerable. Teniendo en cuenta el prestigio que tie-

nen y la fuerte influencia que ejercen los curanderos en su medio social, no puede subestimarse el alcance de su contribución en el mejoramiento de la atención sanitaria. En las comunidades rurales, donde las necesidades son muchas y escasos los recursos, los practicantes de la medicina tradicional pueden desempeñar un papel importante en la autorresponsabilidad en materia de salud.

CURANDERISMO Y ESPIRITISMO
ENFOQUES COMPLEMENTARIOS DE LOS SERVICIOS
TRADICIONALES DE SALUD MENTAL

Dra. June Macklin¹

Introducción

Los practicantes de la medicina popular de México y los Estados Unidos—donde prosperan, tanto en las zonas urbanas como en las rurales—reconocen que la mente y el cuerpo son práctica y teóricamente inseparables. Estos sanadores, incluidos los curanderos y los médiums espiritistas o espiritualistas, constituyen una parte persistente de la cultura de los dos países, ya que comparten con sus clientes un "concepto del mundo formado culturalmente" que sirve de base, o de "patrón", como lo ha calificado Hallowell (1), para la reflexión, decisión y acción. Por esta razón, sus servicios son en ciertos aspectos más satisfactorios que los que ofrece la medicina científica occidental.

En general, la medicina occidental repudia las premisas de la medicina popular, mientras los sanadores populares tienden a construir "sistemas presuntivos" (2), eclécticos y flexibles, apropiados para el ambiente variable de sus clientes. A medida que esos clientes se van identificando más con el medio urbano, una serie de curanderos incorpora en sus recursos algunas de las técnicas de la medicina científica, al mismo tiempo que simulan otras. Otra forma, más importante, es la transformación de los curanderos en médiums espiritistas y espiritualistas, cuyo mundo de los espíritus es más variado y complejo. Sin embargo, lo que distingue a los curanderos y a los médiums del profesional de la medicina occidental es que, mientras aquellos rara vez vacilan en recomendar al paciente que consulte con el médico, este mismo médico

¹Presidente, Departamento de Antropología, Connecticut College, New London, Connecticut.

considerará con toda probabilidad al paciente que recurre a "irregulares" para la atención médica como una persona "tan poco instruida que no será capaz . . . de entender y aplicar" la "opinión y los consejos" de un "hombre educado en la medicina científica" (3).

Las profesiones antropológica y médica difieren de manera considerable en sus conocimientos y actitudes respecto al fenómeno de la curación popular, como puede revelar incluso un rápido examen de los títulos de materias del *Index Medicus*. No figuran categorías que los antropólogos consideran adecuadas: sanadores populares, personas que curan por fe, shamanistas, sanadores marginales, médiums, brujos, medicinantes o "casi-médicos". Cualquier material a este respecto está incluido en el rubro "Problemas sociales", con el subtítulo "Charlatanería".

Los cultos de curación mexicanos y mexicano-norteamericanos

Los cultos de curación que se concentran en torno del curandero y los que requieren la participación de médiums representan dos extremos del ciclo continuo de creencias y prácticas referentes a unos cultos (4), y la clientela de ambos tipos de sanadores a menudo se superpone. Muchos de los sanadores emplean una combinación de elementos tradicionales y creencias espiritistas: reciben, por ejemplo, el espíritu de santos populares católicos, como el Niño Fidencio, Don Pedrito Jaramillo y Santa Teresa; estudian las obras de Allan Kardec, el "arquitecto" francés del espiritismo del siglo XIX, y están ansiosos de que llegue el día en que sus seguidores hayan adquirido el suficiente desarrollo espiritual e intelectual

tual, para comprender las profundas verdades "científicas" de Joaquín Trincado, el argentino que, en los primeros años del presente siglo, adaptó las enseñanzas de Kardec.² Los cultos espiritualistas mexicanos encuadran perfectamente en ese ciclo continuo (5-7). En efecto, aunque muy sincréticos y variables, son compatibles con el catolicismo popular y la medicina tradicional y representativos del pluralismo religioso que se produjo en América Latina durante la segunda mitad del siglo XIX. Si bien la iglesia católica había logrado, con anterioridad, un control (por lo menos nominal) de todo el acceso a lo sobrenatural, no pudo mantener su "monopolio de la salvación" (8).

Tal vez para captar mejor la manera en que el curanderismo y el espiritismo ayudan al individuo a ajustarse al mundo en que vive convendría describir los antecedentes y procedimientos de dos personas que ejercen esas prácticas. La primera, una curandera practicante del catolicismo popular, ejerce su profesión durante una mitad de año en Indiana, Estados Unidos, y la otra mitad en México, trabajando exclusivamente con un espíritu, el del famoso taumaturgo y santo popular de Nuevo León, México, el Niño Fidencio (1898-1938); una vez poseída de ese espíritu, la curandera es capaz de diagnosticar y tratar una gran variedad de problemas físicos, emocionales y otros de carácter personal. La segunda, que es médium, ha organizado un grupo de mexicano-norteamericanos

²La autora se enteró de la existencia del espiritismo de Trincado en 1965, mientras se dedicaba a investigar la medicina popular en México, y a partir de entonces ha ido reuniendo datos para estudios del movimiento procedentes de grupos de Monterrey, México; Cabo Rojo, Puerto Rico, y San Antonio, Texas. La Dra. Joan Koss, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, facilitó sus notas tomadas sobre el terreno acerca de un grupo de seguidores de Trincado en Cataño, Puerto Rico, y también se consultaron periódicos publicados por los espiritistas de Caracas, Venezuela y México, D.F. (1966-1967); y se entrevistó a Juan Donato Trincado Riglos, en 1968, en Buenos Aires, Argentina, donde empezó el movimiento.

que viven en San Antonio, Texas, y sigue las doctrinas de Trincado, cuyos 12 libros se estudian para desarrollar los poderes de médium, tales como el don de curación. Los rituales de este grupo encierran el concepto de la reencarnación, y ofrecen apoyo y consejos a los individuos.

La curandera y el Niño Fidencio

El espíritu del Niño Fidencio ayuda a una serie de curanderos, que se extienden desde la Florida hasta California y desde Illinois hasta Guatemala, incluida la Sra. G., cuyas creencias y prácticas solo difieren en cuestiones de detalle de las de otros curanderos (9-14). Además, el estudio de un grupo espiritualista de Jalapa (5) revela semejanzas notables con lo que la autora pudo observar de los curanderos que trabajan con el Niño Fidencio.

Las vidas de Fidencio y la Sra. G. siguen una pauta fácil de predecir: ambos procedían del medio rural, eran pobres, analfabetos, con una inclinación a ayudar al prójimo, igualitarios y ambos poseían el don de curación. Fidencio creía ser el elegido de Dios para servir a la humanidad; la Sra. G. se considera como uno de los "receptáculos elegidos" del Niño Fidencio. Ambos cuando estaban enfermos, solos y desesperados, recibieron el llamado espiritual para servir, cosa que ninguno de los dos consideró posible de ignorar. Fidencio permaneció soltero y no tenía vínculos familiares que le exigieran tiempo y energía; la Sra. G. tenía solo una hija y cuando empezó a dedicarse al servicio del Niño tenía ya 40 años. Entre esos curanderos no es rara la circunstancia de que no tengan vínculos familiares (5, 15).

La Sra. G., como la mayoría de los curanderos prestigiosos, dispone de salas distintas—una en Indiana y dos en México—que sirven de templo o de centro para las sesiones de curación. En la parte exterior de la de Indiana, se encuentra la imagen de

la patrona de México, la Virgen de Guadalupe, para dar la bienvenida a los devotos. En el interior, las paredes están llenas de exvotos trabajosamente manuscritos y enmarcados, en testimonio de la eficacia del Niño Fidencio, a menudo acompañados de fotografías anteriores y posteriores a la cura. En esos testimonios se ve claramente la jerarquía del poder, pues los pacientes curados expresan sucesivamente su gratitud a Dios Todopoderoso, al Espíritu Santo, a Fidencio y, por último, a la curandera. Todos los testimonios, sin excepción, afirman que varios "médicos con título" tuvieron que renunciar a atender al enfermo, antes de que el Niño Fidencio y la curandera hicieran el milagro de curarlo, por lo cual el abajo firmante será siempre un agradecido devoto del Niño.

En el frente de la sala se encuentra un altar muy adornado, en el que se destacan las imágenes de vírgenes y santos famosos por sus curas milagrosas (la Virgen de Guadalupe, la Virgen de San Juan de los Lagos, La Purísima y San Martín de Porras). No faltan en el altar flores naturales y artificiales, así como frutas, que se utilizan en las propias ceremonias de curación. A un lado del altar está una imagen de Jesús. Sin embargo, en el altar siempre se destacan las fotografías del Niño Fidencio en diversas poses y trajes. La fotografía favorita es una de Fidencio con aspecto andrógino, que lleva una larga túnica suelta y un manto semejante al de la Virgen de Guadalupe, con rayos de luz que emanan de la cabeza y el cuerpo; erguido sobre una media luna, por encima de la cabeza de un querubín solitario, tiene la mano derecha levantada, como dando la bendición, y la izquierda en la posición característica del Sagrado Corazón de Jesús. Luego, en la fotografía se le presenta como la encarnación de una trinidad singular; la figura de Cristo, la venerada, protectora y misericordiosa Virgen de Guadalupe y el propio Niño Fidencio.

Mientras los clientes esperan que comien-

ce la sesión de curación, hablan de Fidencio. Se cuentan mitos acerca de sus proezas que reconfortan a los creyentes y despiertan la confianza a los que acuden por primera vez y a los escépticos. Los motivos de la visita varían: puede ser en agradecimiento por haber salvaguardado a los creyentes en un viaje desde Florida, Texas o México; puede ser en reconocimiento del apoyo espiritual recibido en ocasión de la enfermedad de un hijo o de la mujer, o para entregar un retablo del milagro hecho por Fidencio u otros espíritus, o bien un exvoto. Con frecuencia los pacientes agradecidos dejan ofrendas votivas (una figurilla humana o de un animal) en el altar para conmemorar la cura milagrosa que les otorgó el Niño Fidencio, de manera muy parecida a como lo hacían los antiguos griegos y romanos (17).

Cuando empieza la sesión, la Sra. G. se santigua con agua bendita, se arrodilla con todo el grupo de pacientes y todos cantan al unísono himnos de alabanza al Niño, la Virgen y Dios. La letra de los himnos de alabanza al Niño Fidencio cuenta gran parte de sus primeros años de vida, sus sufrimientos y vocación de llegar a ser el "doctor de los doctores" de Dios; se refiere a él como el hijo de José y María y el hijo de Dios; reafirma su poder de curación de los casos sin esperanza y advierte que las personas ingratas con el Niño o que dudan de su poder merecen el castigo de enfermedades.

Algunos de los creyentes reconocen el momento en que desciende el espíritu de Fidencio para posesionarse de la Sra. G., y entonces la ayudan a vestirse con una túnica blanca. A partir de ese momento, deja de ser una mujer humilde, sin instrucción ni poder, y se transforma en una curandera eficaz, poderosa y bien enterada, a quien sus clientes se dirigen como si fuera el Niño Fidencio.

Se considera a la Sra. G. muy experta en el tratamiento de padecimientos que tradicionalmente solo afectan a los mexicanos y

mexicano-norteamericanos: mal de ojo, susto, empacho y caída de la mollera. Las observaciones de la autora corroboran las conclusiones de Rubel (18) de que estos padecimientos "han quedado firmemente enclavados en la estructura sociocultural, pese a la introducción de otro sistema de creencias y a la competencia de las formas de curación". Cuando en el padecimiento están involucrados valores fundamentales mexicano-norteamericanos—como el ser objeto de envidia o no haber logrado ser una buena madre o esposa o un buen marido o hijo—la Sra. G. aborda públicamente el problema de la curación. De esta manera, en cada cura se da una lección de moral al paciente y la familia.

Si bien la Sra. G. considera que el factor primordial para lograr la cura es la fe en el Niño Fidencio, utiliza sus impresionantes conocimientos etnofarmacológicos en la prescripción de plantas medicinales. A este respecto, se habla del Niño Fidencio como de un "gran botánico" porque se le atribuye que conocía más de 200 plantas. Y sobre este particular, Kimber informa de que la medicina popular en la zona fronteriza refleja un considerable conocimiento empírico de las plantas con propiedades medicinales: "muchas veces las 'buenas' curanderas reciben este calificativo por su gran familiaridad con las plantas. Ciertos médicos de Laredo y Brownsville, en realidad, prescriben esas mismas hierbas a los pacientes que no pueden costear los medicamentos de receta" (16). En la zona fronteriza se utilizan más de 400 productos botánicos y en tanto que los que emplean estas plantas conservan el saber heredado del pasado, también experimentan con nuevas especies, cuando estas aparecen. Son "especialistas que con inclinación a experimentar no dejan de apreciar el valor de la medicina herbaria para curar y de su propia capacidad para enfrentarse con situaciones ecológicas nuevas. La posibilidad de cambiar es inherente a la medicina popular" (16).

Así pues, los casos del curanderismo se relacionan a problemas inmediatos de enfermedades específicas de mexicano-norteamericanos, crónicas y, con frecuencia, consideradas como incurables o inexistentes por los médicos. Puesto que al paciente se le encomienda que oiga misa antes de comparecer al tratamiento y se le asegura que todavía pueden ocurrir milagros en un mundo de otro modo racional, se encuentra con un ambiente colmado de figuras confortadoras, familiares y sanadoras. Para formalizar las nuevas relaciones que se han establecido, se hacen dos contratos interpersonales, uno entre el paciente y la curandera y otro entre el paciente y el Niño Fidencio. Las sesiones muestran que los participantes comparten los mismos valores, creencias, aspiraciones y problemas: "no se requiere a los asistentes discontinuidad alguna en los contactos sociales. La distancia social que separa del 'experto' a la persona afligida es muy limitada" (20). Y el propio hecho de compartir aquellos factores ofrece también la posibilidad de que el paciente se convierta en médium y de que sea llamado a servir al Niño Fidencio.

El patrón espiritista y las enseñanzas de Kardec y Trincado

Para comprender plenamente la figura del médium espiritista se requiere cierta información básica. El espiritismo, como las demás ideologías de la cura popular, ofrece a sus seguidores soluciones a los problemas de la vida cotidiana. Sin embargo, se distingue de ellas por su concentración en los problemas del habitante urbano.

Originario de Europa, el espiritismo se introdujo en América Latina en el siglo XIX, donde cayó en un vacío de compromiso espiritual que facilitó su acogida. Las experiencias y enseñanzas de dos hombres, Joaquín Trincado y Allan Kardec, determinaron el desarrollo del espiritismo en el

Nuevo Mundo. Es más, sus teorías siguen siendo aplicadas por los espiritistas mexicano-norteamericanos mientras siguen entregados a su "labor de búsqueda de la identidad" dentro de la estructura de la sociedad moderna americana (21).

Las opiniones de Kardec (22) y Trincado (23, 24) constituyeron una importante desviación de los dogmas del catolicismo, la religión oficial principal de la era moderna de América Latina. Ambos sostenían que la vida es un ciclo continuo y eterno, y que el espíritu puede reencarnarse. En la transición, o sea la muerte, el espíritu se reintroduce en los espacios de donde procede, desde los cuales pasará a una nueva existencia material: los espíritus libres pueden reencarnarse en hombres o en mujeres, de suerte que la mayoría de los seres encarnados han pertenecido o pertenecerán en algún momento al sexo contrario. Los espíritus recuerdan el pasado y a menudo predicen el futuro. Se pueden comunicar entre sí en este mundo o en otros y se mantienen "incesantemente en relación con los hombres" (25). Si bien en cierto sentido estas ideas son extrañas al conocimiento latinoamericano de lo espiritual, en otros resultan compatibles con el catolicismo popular y con sistemas culturales semejantes por cuanto permiten "un tipo de adaptación en virtud de la cual el hombre puede entender la función del ser humano en relación con un universo articulado y con sus semejantes" (26). En los primeros años del siglo XX los mexicanos de ambos lados de la frontera mexicana-estadounidense han necesitado una adaptación de esta naturaleza.

El mexicano no ha empezado todavía la búsqueda individual de su identidad ni tampoco la búsqueda colectiva de una identidad nacional (27). Los inmigrantes mexicanos llegaron a los Estados Unidos "como víctimas de la amnesia" (28) que aún no habían hallado quienes eran, y los mexicano-norteamericanos han continuado en una situación marginada en la sociedad estadounidense. Su lenguaje es distinto por

cuanto contiene vocablos españoles e ingleses, y por eso es objeto de críticas por parte de los mexicanos y angloamericanos. Católicos en un país protestante, la mayoría procedente del medio rural y, en muchos sentidos, los residentes en las ciudades manteniéndose "aldeanos urbanos", le atribuyen más importancia a la lealtad a la familia, parientes y amigos que la mayoría de los angloamericanos.

A todo ello hay que añadir que la lucha que llevó a la expansión territorial de Estados Unidos en México, en 1848, generó la antipatía mutua entre angloamericanos y mexicanos. La comprensión del angloamericano sobre el estilo de vida del mexicano y del propio mexicano no era casi nunca justa ni realista (29).

Una semblanza del espiritista médium Juan Luis Martínez (seudónimo) puede muy bien mostrar las necesidades físicas y psíquicas del mexicano-norteamericano. La historia de su vida es característica de otros inmigrantes mexicanos que cruzaron la frontera en cantidades masivas de 1910 a 1930. Nacido en el estado de Coahuila, tan castigado por la revolución, tuvo una infancia de pobreza y soledad, con menos instrucción y aptitudes que las que posee el promedio de los inmigrantes de Estados Unidos procedentes de otros países. Fijó su residencia en un *barrio* de la parte oeste de San Antonio, donde se concentraba un gran número de mexicanos y mexicano-norteamericanos desde el decenio de 1870 y donde los nombres españoles de las calles debían darles una sensación de familiaridad con el medio. El *barrio* todavía sigue allí, lo mismo que la escuela espiritista que él estableció.

Juan Luis, producto de una estructura social estática, semifeudal, encontró otra clase de discriminación y rigidez estructural en Estados Unidos, que ha persistido hasta el presente, como lo atestigua el hecho de que el 60% de la interacción social en que participan los mexicano-norteamericanos de bajos ingresos en San Antonio es exclusi-

vamente con otros mexicano-norteamericanos (29). Pese a la imposibilidad de pasar la prueba de alfabetismo en inglés y de pagar el discriminatorio impuesto por el derecho al voto, Juan Luis trató, por todos los medios, de traspasar las barreras levantadas entre su comunidad y la del grupo cultural dominante. Tanto él como la mayoría de sus compatriotas pertenecían a una de las numerosas sociedades mutuas que ofrecían prestaciones de seguro de enfermedad y de vida, para su protección y la de sus familiares³ contra los elementos desconocidos de un mundo en el que siempre sería un extraño. Se dedicó a varias actividades altruistas, ingresando en una logia masónica y colaborando en los intentos para organizar en la ciudad un sindicato de trabajadores mexicanos entre los descascaradores de la nuez americana (pacana). Un ferviente admirador de la ideología radical del anarquista mexicano Ricardo Flores Magón, cuya revista —Regeneración— ofrecía un "remedio socialista para los males de México" (31), Juan Luis y sus compañeros aprendieron los conceptos del socialismo internacional. No obstante, los esfuerzos de los mexicano-norteamericanos de San Antonio por cambiar su situación fueron anulados por miembros de la sociedad mayoritaria.

Pronto comprendió Juan Luis que las normas mexicanas tradicionales eran mucho más fructíferas que sus constantes tentativas por introducirse en las estructuras angloamericanas o tratar de modificarlas. Empezó a adquirir un considerable prestigio como sanador popular y, en 1919, ya había tenido una serie de visiones, cuyos detalles describió por escrito. Una de sus hijas preferidas, que había fallecido, se comunicaba directamente con él. En los primeros años del decenio de 1920 se había convertido en un activo y poderoso médium del Centro

³Según K. M. Gonzales, en 1928 había 10 sociedades de este tipo en San Antonio, la mayor de las cuales contaba con 1,000 miembros y un capital de \$53,000 (30).

Espiritista Kardecista. Cuando empezó a divulgarse la fama de Juan Luis, Trincado le escribió y le envió sus libros. Juan Luis llegó a la conclusión de que Trincado (quien profetizó que en 1980 el mundo entero sería una comunidad utópica donde se hablaría español) era más progresista y "científico" que Kardec, y se sintió atraído especialmente por la promesa de un sistema de igualdad y justicia, al que no habían tenido acceso los mexicano-norteamericanos mediante un esfuerzo político y social más directo. Así pues, en 1931, inició la primera escuela regional espiritista de Trincado en los Estados Unidos.⁴ Desde Argentina, el autor del sistema informó al grupo de que sus dos guías del mundo de los espíritus serían Benjamín Franklin, quien se comunicaba con regularidad con Juan Luis, compartiendo su sabiduría y consejos, y San Juan Bautista. En consecuencia, los mexicano-norteamericanos ya podían establecer relaciones muy personales y directas, por un lado, con una importante figura angloamericana y, por otro, con la de un católico poderoso y presciente.

Juan Luis abandonó la lucha contra el arrollador sistema político y social en que se encontraba y se entregó junto con sus seguidores a velar por los espíritus poderosos y protectores.

Con la urbanización, la ideología de la fe católica tradicional ya no parecía apropiada para la solución de los problemas de salud y otros afines de carácter personal, pues las funciones que debe desempeñar el individuo—en el seno de la familia, en el trabajo o como ciudadano—en una sociedad compleja y sujeta a constantes cambios están mal definidas y no pueden predecirse. Ante el vacío que esto crea, el espiritismo ofrece a los mexicanos y mexicano-norteamericanos que residen en Estados Unidos unos medios de adaptación para hacer frente a la stress

⁴La unidad más pequeña es la escuela de una ciudad; el grupo provincial es mayor, al que le sigue el regional (que a menudo representa todo un país); la "sede" está en la Escuela Central de Buenos Aires.

de la incertidumbre. Una de las personas que pertenece al grupo hace largo tiempo, se expresa en los siguientes términos:

De manera característica, se adopta la doctrina espiritista después de una considerable búsqueda. Y puesto que todos somos mexicanos, una gran parte de nuestros miembros fueron educados, como es natural, en la iglesia Católica Romana; su desilusión con esta iglesia⁵ empezó a plantearles dudas. Trataron de unirse a varios grupos protestantes, especialmente a los del pentecostalismo, pero no hallaron satisfacción alguna; muchos de ellos han estudiado también las ideas de los rosacruces antes de incorporarse a la Escuela.

Gran parte de las incertidumbres se resuelven mediante los rituales espiritistas, durante los cuales el individuo descubre su identidad:

Cuando nace un niño, se hace su presentación en una . . . fiesta infantil que se celebra todos los años en abril. En ese momento se extiende un certificado de nacimiento con los nombres del niño y se remite a Buenos Aires, donde se encuentra la Escuela Central, cuyo Director General hoy, el hijo de Trincado, actuando a través de un médium, se pone en contacto con el mundo de los espíritus. Averigua quien es el espíritu guía y el espíritu protector del niño, y se enterá también de cuál será la misión del individuo en la vida.

Los padres del niño, así como otros miembros de la comunidad espiritista, programan las relaciones del niño siguiendo los dictados del médium. "Los factores cognoscitivos y de motivación quedan inextricablemente vinculados" (32) en el proceso de socialización del niño, pues los adultos tienen la obligación de estimular y contribuir al cumplimiento de la "misión" y, más importante aún, se motiva al niño para que actúe en consecuencia. El caso de un joven que ejerce la profesión de terapéutico ocupacional en el hospital mental del estado demuestra el

⁵Por lo menos para el 90% de los mexicanos-norteamericanos, la "iglesia" quiere decir la Iglesia Católica Romana, y "desde la época de los primeros asentamientos americanos . . . la iglesia poco pudo hacer para proteger o ayudar a los mexicanos, pese a sus deseos e intenciones" (29).

profundo efecto que ejerce sobre el individuo la designación del espíritu guía y de la misión:

Mi guía es Giordano Bruno y mi protector Elías. Busco la manera en que esos espíritus pueden ayudarme y, casi de manera inconsciente, me acoplo a ellos. Bruno fue considerado hereje por los católicos, y Elías era un profeta judío que luchó contra la idolatría. Trincado dice que San Juan Bautista es el mismo espíritu que el profeta Elías, pero con más poder y sabiduría . . . sabiduría que habrá de emplearse en la lucha por el progreso humano. . . Y creo que eso guarda cierta relación con el trabajo a que me dedico.

La creencia en la reencarnación interviene en lo que parece ser el "típico" fatalismo latinoamericano, como puede observarse en el caso de una mujer de 37 años, madre de 13 hijos a quien el espiritismo le ofrece a menudo explicaciones de los malos tratos que sufre de su marido, sufrimiento que ella no podía entender:

En la imagen que se había formado de sí misma, la conducta era ejemplar: había sido una buena madre y esposa. Sin embargo, los espíritus le revelaron que en otra vida había sido un hombre, un ladrón que había entrado en la casa del que hoy era su marido, el cual lo aprehendió. En la lucha subsiguiente, ella (el ladrón) cayó a la que en aquella vida era la esposa de su actual marido. Puesto que en esta vida se había casado con el hombre contra el que había cometido un delito, comprendía que debía hacerla sufrir para expiar un crimen del que había sido autora en otra época y en otro lugar.

Los espiritistas están dispuestos a aceptar sin frustración las desigualdades inherentes al sistema social, y creen que cada persona debe conformarse con su situación presente, con las obligaciones que le acompañan. Pero no se trata de un punto de vista pesimista: el espiritista debe purgar todos los malos pasos que dio en otra vida; y con un trabajo intenso y un estudio suficiente, la próxima vez gozará de una vida mejor.

Por último, si bien tanto el curanderismo como el espiritismo contribuyen a la reconstrucción de lo que se ha denominado la "comunidad personal" de un individuo o "el grupo en el que puede confiar" (33), el

espiritismo resulta especialmente eficaz en este proceso. Los miembros del grupo espiritista reciben el tratamiento de "hermano" y "hermana" y, por consiguiente, se puede contar con su ayuda. Forman parte de la comunidad personal, como ya se ha indicado, los espíritus guías y protectores más sabios, viejos, experimentados y poderosos, quienes inspiran confianza porque se sabe que los de baja categoría no pueden asumir esas funciones. Y puesto que la vida es eterna, la comunidad personal del espiritista no disminuye con la muerte de un ser querido. El espiritista puede continuar buscando la guía y la compañía de los que han pasado esa transición, ya que simplemente se han reintegrado en los espacios de donde procedían. Por eso, "las relaciones sociales del ser, considerado en su ambiente total [son] mucho más completas de lo que normalmente se cree" (26), consideración que alivia en gran medida la sensación de soledad y enajenación del mexicano-norteamericano. Además, el individuo puede recurrir a las diferentes aptitudes y conocimientos especializados del espíritu para que le ayuden a comprender las funciones múltiples que ha de desempeñar en un mundo urbano fragmentado y complejo en el que forma parte de una cultura minoritaria.

Conclusiones

Sería difícil determinar si el número de personas que practican la medicina popular está aumentando o disminuyendo, pero no cabe duda de que su presencia en Estados Unidos y en México es cada vez más visible. Es posible que para ciertas clases de enfermedades de determinados tipos de pacientes solo pueda recurrirse a esos sanadores populares. Los curanderos y los médiums

espiritistas tratan a pacientes con grandes "esperanzas y convicciones respecto a la eficacia del método de tratamiento" (34), y a menudo el alivio que obtienen basta para reforzar esas esperanzas.

Si se pretende ofrecer una atención de salud mental más eficaz, las creencias y prácticas del curanderismo y del espiritismo deben considerarse como el producto de determinados procesos históricos, sociales y culturales, fenómeno no distinto del que caracteriza a la medicina científica occidental. El curandero y el médium espiritista persisten — pese a que, en general, su profesión se considera "ilícita" y "marginada" — porque: a) son flexibles y heterodoxos dentro de la estructura de un sistema tradicional, cuya constitución y contenido suelen conservar; b) poseen y aplican considerables conocimientos médicos empíricos; c) ofrecen soluciones pragmáticas a los problemas de salud y pobreza, así como a los generadores por la impotencia social y política, y d) tratan el caso específico de un paciente en el contexto de su familia y le ofrecen un nuevo sanador (el Niño Fidencio) y una nueva atención por parte de los "hermanos" y "hermanas".

El espiritismo no solo cuenta con los rituales de curación que posee el curanderismo sino que también crea para el inmigrante urbano una gran hermandad de espíritus encarnados y desencarnados que sustituyen a los amigos y parientes que ha dejado en el país, con lo cual reduce, hasta cierto punto, la enajenación inherente a un medio nuevo. Es innegable el hecho de que sistemas alternos de atención de la salud forman parte del futuro de los mexicano-norteamericanos y que los profesionales de la medicina occidental necesitan comprender ambos sistemas.

REFERENCIAS

- (1) Hallowell, A. I. The Objibwa world view and disease. En: *Man's Image in Medicine and Anthropology*. Galston, I. (ed.). Nueva York, International Universities Press, Inc., 1963, págs. 258-315.
- (2) Frank, J. D. *Persuasion and Healing: A*

1. Según el autor: cuál es la razón por la que la medicina popular sigue utilizándose a pesar de los avances de la medicina científica?
2. Qué piensas que debemos hacer los profesionales de la salud para lograr que el enfermo acepte y cumpla con el tratamiento médico?
3. Cómo explica el autor la conciliación entre el catolicismo, espiritismo y el curanderismo?
4. Cuáles fueron los problemas sociales, (según los ejemplos de la Sra. y Juan Luis), de los mexicanos inmigrantes en Estados Unidos que los llevaron al espiritismo?
5. Según el autor cómo el espiritismo resuelve estos problemas?

EXAMEN GLOBAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LAS PERSONAS QUE LA EJERCEN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr. Boris Velimirovic¹ y Dra. Helga Velimirovic²

Historia de una tendencia

En la evolución de la humanidad, la preocupación por las enfermedades ha formado parte de la lucha del hombre para satisfacer sus necesidades esenciales. De este esfuerzo por ganar la batalla ha nacido la práctica de la medicina. La medicina tradicional³, en sus innumerables manifestaciones, tiene una historia milenaria, mientras que la vida de la medicina científica es todavía relativamente corta. Pese al predominio de la medicina científica en la época moderna, la medicina tradicional ha seguido siendo de importancia primordial para los grupos de población rural y urbana menos privilegiados. Cuando las autoridades nacionales e internacionales se dieron cuenta de esta persistencia—muchas veces a pesar de la disponibilidad de servicios modernos de salud—iniciaron proyectos de investigación sistemática de la fuerza que posee la medicina tradicional y de las causas de su longevidad.

Uno de los resultados de esas investigaciones fue la idea de utilizar esa clase de medicina en las zonas desatendidas de todo el mundo. Si bien las autoridades de salud respaldan esta innovación, la reacción de los gobiernos varía desde el entusiasmo hasta la simple tolerancia. Por otro lado, se sabe que los médicos particulares utilizan a los sanadores tradicionales (1).

¹Jefe, Oficina de Campo de la OPS, El Paso, Texas.

²Antropóloga.

³En esta acepción de medicina tradicional está incluida la "medicina tribal" y la "medicina popular". Esta última abarca, a su vez, elementos de la medicina tribal y de la científica u oficial, y persiste respaldada por las creencias religiosas.

Los servicios de las asistentes tradicionales de partos fueron los primeros solicitados, debido a la escasez de parteras adiestradas que no permitía extender la cobertura a zonas muy apartadas. En muchos países se están ofreciendo cursillos de capacitación a esas asistentes a partos, a fin de eliminar ciertas prácticas que pueden poner en peligro la vida del recién nacido y de la madre. En conjunto, se han obtenido buenos resultados. La Organización Mundial de la Salud, reconociendo esta tendencia, convocó en Ginebra en 1972 una reunión sobre el adiestramiento y utilización de las asistentes tradicionales de partos para las actividades de planificación familiar.

Asimismo, en un estudio mixto UNICEF/OMS sobre las opciones existentes para satisfacer las necesidades básicas de los países en desarrollo se examinó el tema de la medicina tradicional, y en las esferas oficiales se consideró la posibilidad de incorporar esta medicina en los servicios primarios de salud. De manera análoga, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en 1975, tuvo en cuenta la capacitación y empleo de sanadores tradicionales y su colaboración con los sistemas de prestación de servicios de salud, como parte del tema más amplio del desarrollo de recursos humanos. Los debates se concentraron en las categorías y funciones de los sanadores tradicionales, la viabilidad de enseñarles, mediante programas, los conceptos fundamentales de la medicina científica y la posibilidad de organizar programas para familiarizar al personal del sistema moderno de salud con los métodos tradicionales. El Consejo señaló la necesidad de investigaciones y actividades prácticas que podrían ser llevadas a cabo por la OMS y los Gobiernos Miembros (2).

1. Según el autor: cuál es la razón por la que la medicina popular sigue utilizándose a pesar de los avances de la medicina científica?
2. Qué piensas que debemos hacer los profesionales de la salud para lograr que el enfermo acepte y cumpla con el tratamiento médico?
3. Cómo explica el autor la conciliación entre el catolicismo, espiritismo y el curanderismo?
4. Cuáles fueron los problemas sociales, (según los ejemplos de la Sra. y Juan Luis), de los mexicanos inmigrantes en Estados Unidos que los llevaron al espiritismo?
5. Según el autor cómo el espiritismo resuelve estos problemas?

EXAMEN GLOBAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LAS PERSONAS QUE LA EJERCEN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr. Boris Velimirovic¹ y Dra. Helga Velimirovic²

Historia de una tendencia

En la evolución de la humanidad, la preocupación por las enfermedades ha formado parte de la lucha del hombre para satisfacer sus necesidades esenciales. De este esfuerzo por ganar la batalla ha nacido la práctica de la medicina. La medicina tradicional³, en sus innumerables manifestaciones, tiene una historia milenaria, mientras que la vida de la medicina científica es todavía relativamente corta. Pese al predominio de la medicina científica en la época moderna, la medicina tradicional ha seguido siendo de importancia primordial para los grupos de población rural y urbana menos privilegiados. Cuando las autoridades nacionales e internacionales se dieron cuenta de esta persistencia—muchas veces a pesar de la disponibilidad de servicios modernos de salud—iniciaron proyectos de investigación sistemática de la fuerza que posee la medicina tradicional y de las causas de su longevidad.

Uno de los resultados de esas investigaciones fue la idea de utilizar esa clase de medicina en las zonas desatendidas de todo el mundo. Si bien las autoridades de salud respaldan esta innovación, la reacción de los gobiernos varía desde el entusiasmo hasta la simple tolerancia. Por otro lado, se sabe que los médicos particulares utilizan a los sanadores tradicionales (1).

¹Jefe, Oficina de Campo de la OPS, El Paso, Texas.

²Antropóloga.

³En esta acepción de medicina tradicional está incluida la "medicina tribal" y la "medicina popular". Esta última abarca, a su vez, elementos de la medicina tribal y de la científica u oficial, y persiste respaldada por las creencias religiosas.

Los servicios de las asistentes tradicionales de partos fueron los primeros solicitados, debido a la escasez de parteras adiestradas que no permitía extender la cobertura a zonas muy apartadas. En muchos países se están ofreciendo cursillos de capacitación a esas asistentes a partos, a fin de eliminar ciertas prácticas que pueden poner en peligro la vida del recién nacido y de la madre. En conjunto, se han obtenido buenos resultados. La Organización Mundial de la Salud, reconociendo esta tendencia, convocó en Ginebra en 1972 una reunión sobre el adiestramiento y utilización de las asistentes tradicionales de partos para las actividades de planificación familiar.

Asimismo, en un estudio mixto UNICEF/OMS sobre las opciones existentes para satisfacer las necesidades básicas de los países en desarrollo se examinó el tema de la medicina tradicional, y en las esferas oficiales se consideró la posibilidad de incorporar esta medicina en los servicios primarios de salud. De manera análoga, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en 1975, tuvo en cuenta la capacitación y empleo de sanadores tradicionales y su colaboración con los sistemas de prestación de servicios de salud, como parte del tema más amplio del desarrollo de recursos humanos. Los debates se concentraron en las categorías y funciones de los sanadores tradicionales, la viabilidad de enseñarles, mediante programas, los conceptos fundamentales de la medicina científica y la posibilidad de organizar programas para familiarizar al personal del sistema moderno de salud con los métodos tradicionales. El Consejo señaló la necesidad de investigaciones y actividades prácticas que podrían ser llevadas a cabo por la OMS y los Gobiernos Miembros (2).

Con posterioridad se celebraron una serie de conferencias sobre la medicina tradicional. Por último, en la 29ª Asamblea de la Salud, en mayo de 1976, se aprobó una resolución, con el firme apoyo de varios delegados, pidiendo que se tenga en cuenta "cuando proceda, de la reserva de personal constituida por las personas que practican la medicina tradicional" (3). Como resultado de esa resolución se organizó en la Sede de la OMS en junio de 1976, el Grupo de Trabajo sobre la Medicina Tradicional.

Las Oficinas Regionales de la Organización respaldan las actividades de la Sede de la OMS. En septiembre de 1976, el Comité Regional para África celebró una reunión en Kampala, Uganda, para examinar el tema de la medicina tradicional. El informe de la reunión sobre la medicina tradicional y su función en el desarrollo de los servicios de salud de África, preparado por la Oficina Regional para África, en Brazzaville, Congo (4), describe diversos aspectos de la medicina tradicional africana y en especial la etnobotánica y la posibilidad de emplear la farmacopea africana para el tratamiento moderno.

En la 29ª Reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental, celebrada en Srinagar, Cachemira, se demostró una vez más la pertinencia de ese tema, al dedicar atención especial a las opciones disponibles para satisfacer las necesidades básicas de atención de la salud de los pueblos.

De ese mismo modo, la Reunión Interregional de Consulta sobre el Fomento y Desarrollo del Programa de Medicina Tradicional, celebrada en Nueva Delhi, India, en octubre de 1976, permitió un provechoso intercambio de información.

Investigación y utilización de la medicina tradicional

India y Asia Sudoriental

Los conocimientos del antiguo arte de curación hindú han pasado a la posteridad

a través de los ~~escritos~~ ~~escritos~~, los Vedas, que tienen más de 6,000 años. Hacia el año 1000 A.C., ya estaba bien arraigado en la India el ayurvedismo (5).

Hoy, funcionan en la India cinco sistemas tradicionales formalizados (6), alguno de los cuales se derivan del antiguo sistema ayurvedista:

- *El ayurvedismo.* Este sistema médico reviste gran importancia no solo desde el punto de vista curativo sino también preventivo. Define la vida como "la unión del cuerpo, los sentidos, la mente y el alma" (6) y, en realidad, representa un estilo de vida y una filosofía más bien que una práctica de curación. Dan gran importancia a que en la localidad se usen productos indígenas (7). Más de 115,000 sanadores ayurvedistas practican en la India—cifra que excede de la correspondiente a los médicos con formación occidental (8)—y sus adeptos abundan en la India, Bangladés, Nepal y Sri Lanka, y en una forma ligeramente distinta en Birmania. El yoga se practica para prevenir y curar enfermedades, en particular en la India.

- *El unani-tibbi.* Este sistema, de origen grecoarábigo, goza de gran popularidad en la India y Bangladés y un poco menos en otros países de Asia Sudoriental, como Birmania, las Maldivas, Nepal y Sri Lanka. Sus teorías encierran los sistemas corporales y la función de los elementos.

- *El siddha.* Derivado del antiguo sistema ayurvedista y con posterioridad sujeto a circunstancias divergentes, este sistema se practica en las regiones meridionales de la India y en la parte septentrional de Sri Lanka.

- *El amchi.* Originario también del ayurvedismo, es muy común en los montes del Himalaya, en los sectores que están bajo la influencia cultural tibetana.

- *La medicina china tradicional.* Esta clase de medicina se practica, aparte de China, en Corea del Norte, Indonesia y Tailandia; no obstante, últimamente está cobrando importancia en la India y Sri Lanka.

En esta región, en especial en los medios rurales, los sanadores populares, herbolarios, hueseros, parteras empíricas y espiritualistas que utilizan oraciones, encantamientos y horóscopos practican la medicina tradicional, al mismo tiempo que se ejerce la medicina de los sistemas oficiales.

En Asia Sudoriental, como en otros lugares del mundo, no toda la población tiene

incluidas en los servicios oficiales de salud del país.

Los sanadores tradicionales de las Maldivas tienen que registrarse para ejercer su profesión. No se dispone de medios de adiestramiento, ni el gobierno ha instituido planes con respecto a la medicina tradicional.

Tampoco Indonesia posee instituciones para la capacitación de los sanadores tradicionales, pero con la asistencia del UNICEF, el gobierno los está adiestrando, y se proyecta ampliar estas actividades, en particular para los programas de planificación de la familia. Se estimula oficialmente el uso de la medicina tradicional, y el gobierno está preparando legislación sobre esta medicina y los medicamentos tradicionales.

El gobierno de Sri Lanka fomenta la medicina tradicional. Están funcionando tres escuelas y varios hospitales y dispensarios ayurvedistas, patrocinados por el gobierno o con la ayuda privada. El laboratorio gubernamental establece las normas para los medicamentos ayurvedistas. Se proyectan para el futuro otras actividades en ese campo.

Es muy escasa la información disponible sobre el estado de la medicina tradicional o sobre las políticas gubernamentales al respecto en la República Popular de Corea. Se informa de que se practica la medicina tradicional junto con la occidental, y que se aplica la acupuntura con el reconocimiento oficial.

En la República Soviética de Mongolia, que oficialmente pertenece a la Región de la OMS de Asia Sudoriental, el gobierno no fomenta las prácticas de la medicina tradicional (6). No obstante, en las zonas rurales continúan ejerciendo algunos sanadores populares locales.

Una de las últimas tendencias en esta región, especialmente en la India, es el resurgimiento de las filosofías y éticas de los métodos antiguos y puros del ayurvedismo, como una tentativa para desarrollarlos más. Se considera que el ayurvedismo se ajusta

mejor a las necesidades de la población que la medicina moderna occidental. Esta tendencia refleja el pensamiento de los grupos con intereses nacionalistas (8), y es característica de los países que luchan por la independencia cultural después de haber logrado la independencia política.

En la India se han suscitado discusiones vehementes entre los diversos grupos que han pasado ya del tema médico al político. Los grupos tradicionalistas, con el firme respaldo de los políticos, la población rural y los intelectuales indios, han tratado de legitimar los antiguos sistemas médicos, en especial el ayurvedismo. Si bien estos sistemas pertenecen a un período durante el cual se desarrollaron métodos científicos de investigación y tratamiento, nunca se han liberado de la "superstición, la religión y la astrología" (8). Los que propugnan el ayurvedismo puro, que se identifican con el nacionalismo, pedían el apoyo del nuevo gobierno independiente de la India. Los partidarios de la medicina occidental se oponían inflexiblemente a la propuesta. Los integracionistas, un grupo intermedio, deseaban reformar el sistema ayurvedista para que fuera más viable, combinándolo con los elementos más apropiados de la medicina occidental.

Ambos grupos partidarios del ayurvedismo—los puristas y los integracionistas—disentían con la declaración del gobierno de que "la medicina científica moderna debía seguir siendo la base" (10), si bien "en los programas estatales de salud tendrían que utilizarse a personas que practican el sistema tradicional" (11).

El sistema ayurvedista de medicina tropezó con los obstáculos de la mala calidad de los servicios médicos prestados por los que lo practicaban, la imposibilidad de establecer normas uniformes de educación y la falta de oportunidades económicas para los estudiantes ayurvedistas. Los que deseaban modernizar la medicina y los estudiantes ayurvedistas descontentos contribuyeron a agravar la controversia interna entre las

acceso a la medicina científica. Llenan ese vacío las personas que ejercen la medicina popular, así como las que abogan por el reconocimiento oficial de los sistemas médicos tradicionales.

En la India, Bangladesh, Sri Lanka, Nepal y Birmania la mayor parte de los servicios de salud están a cargo de dispensarios, hospitales, laboratorios y compañías farmacéuticas ayurvedistas. En la actualidad, se está formando una nueva generación de practicantes de este sistema, en colegios universitarios creados por el gobierno, y en los cinco países mencionados hay más de 525,000 personas que ejercen la profesión. En la India se enseñan métodos de yoga en más de 200 instituciones de esta práctica para el adiestramiento y la investigación. En Bangladesh y la India se dedican a ejercer el unani-tibbi unas 26,000 personas, que han sido adiestradas en institutos especiales que cuentan con el apoyo de los gobiernos respectivos. También se han creado dos escuelas — una en la India y otra en Sri Lanka — para la enseñanza de la práctica de siddha, y en la India se ha fundado un instituto dedicado al amchi (6).

En la mayoría de los países de la Región de Asia Sudoriental, los gobiernos apoyan de alguna manera la medicina tradicional: mediante ayuda financiera, cursos de adiestramiento, actividades de investigación o regulaciones sobre las prácticas y la prescripción de medicamentos tradicionales. A los sanadores tradicionales y a las parteras empíricas se les anima para que empleen sus propios métodos de atención primaria de la salud, sin embargo, se les enseña al mismo tiempo los métodos modernos con objeto de que mejoren su actuación o para incorporarlos en determinados proyectos de medicina moderna. A menudo se recibe asistencia de la OMS y el UNICEF para la celebración de esos cursos de capacitación.

Tailandia no dispone de instalaciones de adiestramiento general, pero los monjes budistas reciben adiestramiento en medi-

na tradicional. En 1975 el gobierno, con el apoyo de la OMS, ofreció adiestramiento en atención primaria de salud a 320 "médicos también" (o sanadores) y a 1,200 parteras empíricas, y para el futuro se proyectan otros cursos. Los cursos de adiestramiento para la formación de "comunicadores locales de salud" comprenden primeros auxilios, obstetricia, nutrición, saneamiento, control de enfermedades y planificación de la familia (9); a menudo estos "comunicadores de salud" son sanadores tradicionales elegidos por la comunidad para asistir al curso.

Un instituto ayurvedista afiliado a una universidad de Nepal ofrece cursos de tres años. En Kathmandu hay un hospital ayurvedista, y ascienden a 84 los dispensarios distribuidos por todo el país; los médicos ayurvedistas y las parteras empíricas reciben adiestramiento para incorporarse al servicio de salud pública y a proyectos de planificación familiar. Se supone que los sanadores tradicionales notifiquen inmediatamente a las autoridades de salud cualquier brote de enfermedad y que ofrezcan educación popular en materia de salud.

El gobierno de Birmania sigue una política de fomento de la medicina y farmacología indígenas. En una serie de universidades, así como en instituciones gubernamentales y farmacéuticas se están llevando a cabo proyectos de investigación de la medicina tradicional. La Escuela de Medicina Indígena ofrece cursos de tres años sobre métodos de medicina tradicional, y se proyecta establecer un hospital en el que se utilice la misma forma de medicina. Se toman las medidas necesarias para evitar la actuación de los seudosanadores.

Bangladesh cuenta con tres colegios universitarios para los diversos sistemas tradicionales de medicina y ocho para la formación de médicos homeopáticos. Sin embargo, no se ha establecido ninguna política oficial con respecto a la medicina tradicional. Las personas que la ejercen no reciben ayuda alguna del gobierno y no están

facciones tradicionales.⁴ Aunque la Asociación Médica Nacional respalda la integración, la lentitud del proceso de modernización ha mermado la posición de los puristas del ayurvedismo. Su fuerza se deriva del reconocimiento de que, en un futuro previsible, no se podrán ofrecer servicios modernos de salud a la mayoría de los habitantes rurales.⁵

La Universidad Ayurvedista Gujarat se fundó en 1966, y tres años más tarde se constituyó el Consejo Central de Investigaciones de la Medicina y la Homeopatía Indias, con 15 instituciones y 120 unidades de investigación en el país. En 1971 el Parlamento aprobó el establecimiento del Consejo Central de Medicina India, a fin de que pudieran implantarse las normas de educación en los sistemas médicos ayurvedista, unani y siddha. En la actualidad, son más de 100 las escuelas de sistemas indios de medicina, muchas de las cuales están adscritas a universidades de sus respectivos estados y otras dependen del gobierno. Hay también dos instituciones de posgrado de medicina ayurvedista, la Universidad Hindú Banares y la Gujarat, y 19 departamentos de enseñanza superior e investigación en diversos tipos de medicina india. En Jaipur, ya existe un Instituto Ayurvedista, y se está proyectando el establecimiento de instituciones para la investigación de otros sistemas de medicina. En el país, están funcionando más de 600 farmacias ayurvedistas (7).

⁴En 1967 los alumnos de las escuelas ayurvedistas no pasaban de 1,375, en comparación con 11,500 estudiantes de medicina moderna, y se consideraba que el 90% de los que estudiaban el ayurvedismo eran los que no habían podido ingresar en una escuela de medicina moderna (8).

⁵En los Estados Unidos, Canadá y Suiza, el costo de mantener a un médico por 1,000 habitantes es a razón de EUA\$5,000 al año y es menor del 1% del producto nacional bruto (PNB). En países menos desarrollados, como Tanzania, Birmania y Uganda, el costo por la misma razón representaría entre el 5 y el 8% del PNB, proporción que ninguna economía de los países en desarrollo podría aguantar (12).

Región del Pacífico Occidental

Se dispone de muy poco material de la Región del Pacífico Occidental de la OMS sobre la utilización de sanadores tradicionales o de la medicina tradicional en los servicios de salud, pero se sabe que, en sus respectivos países, estos sanadores ofrecen atención primaria de salud a la población, aunque sin autorización oficial. En los países en que residen comunidades chinas se practica de manera considerable la medicina tradicional de su lugar de origen.

La medicina herbaria, el tratamiento magicorrelioso y el procedimiento psicosomático figuran entre los tipos de curación practicados en la Región, con una gran variedad de manifestaciones, desde los sacrificios tribales en ceremonias de curación hasta las teorías de los sistemas médicos organizados (13).

Según instrucciones del Ministerio de Salud Pública de Vietnam y el Instituto de Medicina Oriental, el nuevo gobierno vietnamés aspira a "aumentar las posibilidades preventivas y curativas en la población a fin de activar el establecimiento de una estructura de medicina socialista vietnamita" (14). Cabe suponer que la medicina tradicional está participando en esta nueva estructura.

En las Filipinas se aplican varios métodos de curación, según el origen étnico y los antecedentes históricos de cada grupo. En ciertas zonas, prevalecen los herbolarios con un gran conocimiento de los remedios indígenas vegetales y animales. Emplean métodos empíricos junto con la adivinación y el encantamiento. En otros sectores, una vez que el adivino ha detectado la causa de la enfermedad, se procede a su cura mediante ceremonias de sacrificios. Algunos de los sanadores que curan por fe atraen a enfermos de otros países. Otros son verdaderos impostores. Y todavía otros curan a sus pacientes en ceremonias religiosas por medio de una especie de tratamiento psicosomático. No se dispone de información

sobre las políticas del gobierno actual respecto a los sanadores tradicionales. Por el momento parece ser que las autoridades de salud solo ofrecen adiestramiento básico oficial a las parteras empíricas. Ocasionalmente, los sanadores tradicionales colaboran con profesionales de la salud de manera privada; si estiman que no pueden tratar una enfermedad determinada, envían al paciente a los médicos con formación occidental. A cambio de ello reciben remedios sencillos, como aspirina, que los administran a los pacientes de sus comunidades; también se les venden libremente antibióticos en las farmacias provinciales (15).

En las islas Cook de Oceanía, a pesar de que existe una ley contra la práctica de la medicina tradicional, en la capital, Rarotonga, no se toma ninguna medida para evitarla. En realidad, únicamente se aplica la ley cuando el sanador causa algún daño al paciente durante el tratamiento. Los médicos con formación occidental toleran a los sanadores locales, ya que se reconoce que no existe competencia mutua. Es más, puede ocurrir que el médico utilice la medicina tradicional si no dispone de un medicamento importado o si considera que para un caso concreto el remedio maorí es más eficaz. El médico puede incluso sugerir de manera sutil que el paciente consulte con un especialista local, si bien los profesionales se resisten a reconocer su tolerancia de la medicina tradicional (16).

En Papua, Nueva Guinea se cree que la mayor parte de las enfermedades se deben a brujerías, en lo que a veces intervienen los espíritus de antepasados o de la naturaleza. El tratamiento de estas enfermedades requiere la intervención de una segunda forma de brujería. Parece ser que la medicina empírica es rudimentaria. Algunos sanadores administran masajes a los pacientes y, en determinados casos, emplean hojas o cortezas. No obstante, con frecuencia recurren a la magia para aplicarlas como, por ejemplo, cuando el sanador masca la corteza y escupe el jugo sobre el cuerpo del

paciente. La mayoría de los tratamientos consisten en prácticas mágicas para contrarrestar las actividades de los hechiceros. Los contactos entre médicos occidentales y hechiceros indígenas son raros y difíciles de establecer (17).

Región del Mediterráneo Oriental

La actitud del gobierno frente a la medicina tradicional en esta región varía con arreglo a los factores históricos, políticos y socioeconómicos. En la mayoría de esos países no está reconocida ni tampoco oficialmente prohibida la medicina tradicional.

En Pakistán los sanadores populares están reconocidos y figuran en un registro oficial, y se están llevando a cabo investigaciones sobre la medicina tradicional. Sin embargo, en la República Popular Democrática del Yemen es ilícita la práctica de esos sanadores. Algunos de los cultos tradicionales se consideran ocultistas, y las autoridades de salud no los fomentan. Uno de esos cultos, "zar", se prohíbe totalmente en Egipto y Arabia Saudita, y en el Sudán solo puede practicarse con permiso especial (18).

Durante siglos, se ha venido practicando en Irán la medicina tradicional basada en los principios del unani, pero los que la ejercen no disponen de ningún adiestramiento oficial. Tampoco se expiden autorizaciones para ejercer esas prácticas, sin embargo, en 1973 se estaba preparando legislación a este respecto. Puesto que la medicina occidental no está al alcance de las zonas rurales muy apartadas, las autoridades de salud han mostrado un gran interés en revivir el sistema unani de medicina. Con ese fin, en 1973, dos indios expertos en unani fueron invitados a evaluar el estado de la medicina tradicional en el país y la viabilidad de reactivarla. Después de una minuciosa investigación clínica y farmacológica, recomendaron la ejecución de un estudio sistemático de las plantas medicinales de Irán y el establecimiento de una nue-

va medicina iraní mediante la síntesis de la tradicional y la occidental (19).

La mayoría de los profesionales de la Región consideran anticuada a la medicina tradicional, y es muy poca la atención que ha recibido el adiestramiento y la investigación en este campo. Existe un abismo entre el personal oficial de salud y los sanadores tradicionales, excepción hecha de las parteras empíricas quienes, después de un breve adiestramiento, pueden ejercer su profesión en las zonas rurales de la mayor parte de los países de la Región.

A pesar del menosprecio oficial por la medicina tradicional, entre el 50 y el 99% de los habitantes de la Región, incluidos los enfermos mentales, depende de los servicios que ella les ofrece.

El enfoque chino

En 1950, poco después de que el gobierno comunista ocupara el poder en la República Popular de China, el Congreso Nacional de Salud sentó las directrices para reestructurar la medicina del país, una de las cuales era la siguiente: "la integración de la medicina occidental y la tradicional utilizando las mejores características de ambos sistemas" (20). Los médicos herbolarios fueron incorporados en la nueva medicina china, basada en el sistema tradicional del país y el occidental. Se impugnó una ideología de "vuelta a lo antiguo" (21), se promovió la ciencia médica (22), como también la utilización de la medicina china tradicional para extender los servicios de salud a las zonas hasta entonces desatendidas.

Con el fin de lograr la "interpenetración" deseada (22), se organizó a los profesionales de la medicina occidental de suerte que aprendieran la medicina tradicional y a los que ejercían esta medicina se le ofrecieron enseñanzas médicas occidentales. La Asociación Médica China constituyó un Comité de Intercambio de Experiencias entre los médicos con formación occidental

y los que practicaban la medicina tradicional, y se fomentaron las investigaciones sobre esta última (23). A medida que se fue apreciando el valor de la medicina tradicional como parte del patrimonio cultural, los sanadores tradicionales fueron gozando de más consideración por parte de sus colegas educados en el sistema occidental. Aumentó el número de hospitales en los que prestaban servicio ambas clases de médicos, y los casos más difíciles se trataban conjuntamente.

Poco a poco, la atención se dirigió más hacia la medicina tradicional, alejándose de los que eran sus defensores, quienes posiblemente ya habían cumplido su función de transición (23). Una de las consecuencias de la Revolución Cultural fue la creación de un nuevo tipo de personal paramédico, el médico descalzo, cuyo número se aproxima al millón y que a menudo en los países occidentales se le considera erróneamente como persona que practica la medicina popular. Los médicos descalzos de las zonas rurales y los médicos de los trabajadores de las ciudades son campesinos jóvenes u obreros elegidos por sus comunidades o fábricas para recibir adiestramiento en medicina básica durante varios meses por un período de dos o tres años, después de lo cual se reintegran a su comunidad o fábrica respectiva para prestar primeros auxilios; tratar padecimientos sencillos y comunes, y administrar remedios con los que están familiarizados (20). Los médicos y enfermeras profesionales que los visitan con regularidad les ofrecen constante adiestramiento. No prestan servicio como ayudantes del médico occidental, pero se encargan de ponerlos en contacto con sus pacientes. Incluso se ha estimulado a este personal paramédico para que, en la medida de lo posible, antes de enviar el paciente a una autoridad médica superior trascienda de lo que realmente se le ha enseñado (23). Habiendo recibido enseñanzas sobre los métodos tradicionales y científicos, practican también la acupuntura y emplean

remedios herbarios. Así pues, pueden considerarse como intermediarios entre los dos sistemas de medicina, manteniendo estrechos vínculos con los campesinos y obreros por cuanto dedican parte del tiempo a funciones de médico y parte a sus actividades originales en la agricultura o en la industria.

La medicina tradicional en la Región de Africa

Se calcula que una proporción de 70 a 80% de la población rural de Africa depende de los sanadores tradicionales para la atención de los enfermos (24). La extensión de la cobertura de los servicios de salud pública es todavía limitada, situación que ha obligado a buscar otro procedimiento.

El fenómeno de la apreciación de la medicina tradicional como valioso patrimonio cultural es relativamente reciente en los países africanos. Un elemento significativo en la campaña para extender a toda la población la atención primaria de la salud es la política adoptada por la mayor parte de los gobiernos en el sentido de reconocer la necesidad de revalidar la medicina tradicional. Esta revalidación se considera como un medio para adquirir independencia en el campo de la medicina y rehabilitar al africano y a su personalidad singular (25).

Para la consecución de esos fines se consideran varias medidas:

- Integración de los sanadores tradicionales en los grupos de salud sobre una base de igualdad con los profesionales (4);
- Creación de una asociación de personas que practican la medicina popular y elaboración de un código de ética que garantice que los sanadores tradicionales no rebasen los límites de su esfera de competencia (24);
- Iniciación de investigaciones sobre la medicina tradicional africana, incluida la investigación científica de sus aspectos metafísicos (6);
- Iniciación de investigaciones sobre las plantas medicinales africanas;
- Establecimiento de una industria farmacéutica africana (4), e
- Incorporación de elementos de la medicina

tradicional en los planes de estudio del personal de salud de las diversas categorías (4).

Puesto que la apreciación de la medicina tradicional y su utilización como otro procedimiento para satisfacer las necesidades de salud es relativamente nuevo, hay que establecer estrategias y formular definiciones. Una serie de organismos e instituciones nacionales e internacionales están llevando a cabo actividades de esta naturaleza y, al mismo tiempo, coordinando la colaboración entre los países.

A nivel nacional, los Ministerios de Salud y las universidades están creando un número creciente de centros de investigaciones científicas de la medicina y farmacología tradicionales, como lo demuestra la labor que, en este sentido, vienen realizando, entre otros países, Tanzania, Mali, Uganda y Madagascar. A continuación figuran ciertos datos referentes a 19 países tomados del Informe No. 1 AFRO/OMS, sobre el estado de la medicina tradicional en Africa (6).

- En ocho de ellos, el Ministerio de Salud contaba con una unidad dedicada a la medicina tradicional;
- En 13 se estaban llevando a cabo considerables actividades en materia de medicina tradicional bien en forma de investigaciones aplicadas o de tratamiento administrado por un médico en asociación con la medicina tradicional o bien por sanadores tradicionales incorporados en el grupo de salud o que cooperan con él en mayor o menor medida;
- 10 disponían de institutos, centros de investigación o herbarios que se dedican a cuestiones de medicina tradicional;
- seis estaban realizando investigaciones sobre ese campo en universidades;
- cinco habían designado comités nacionales para abordar los problemas de la medicina tradicional o habían celebrado simposios nacionales, reuniones de trabajo y seminarios sobre el tema;
- siete poseían asociaciones de medicina tradicional oficialmente reconocidas;
- tres habían implantado legislación para regir la medicina tradicional.

Además, en las escuelas de psiquiatría en Ibadan, Nigeria, y Dakar, Senegal, los psi-

dores populares desempeñan un importante papel en las culturas indias americanas, pero se dispone de muy poco material sobre la importancia de la medicina tradicional entre otros grupos minoritarios. Se han realizado y se realizan una serie de estudios para explorar el mecanismo de la ayuda propia, especialmente en materia de salud mental, en esos grupos.

Uno de los estudios (27), que se inició en 1966 y continuó hasta 1975, se llevó a cabo como parte integrante del "Tremont Residency Training Program" de los Servicios de Salud Mental del Hospital Lincoln (Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina Albert Einstein, South Bronx, Nueva York). Según la Dra. Vivian Garrison —la antropóloga encargada del estudio— los propósitos fueron los siguientes:

a) identificar y examinar los casos en que se cruzaban los sistemas profesional y popular de atención de los enfermos mentales en la comunidad puertorriqueña del Bronx, y

b) identificar las posibilidades de colaboración y de discrepancia y, en consecuencia, ayudar a los clínicos y planificadores a establecer modelos de un sistema global de atención de la salud mental.

El método de estudio consistía en entrevistar a 250 individuos: pacientes de los centros espiritistas, de un centro para casos de crisis en un hospital estatal y de ambas clases de centros; una muestra aleatoria de puertorriqueños en los Servicios de Salud Mental del Hospital Lincoln, y numerosos sanadores espiritistas. Se presenciaron sesiones espiritistas en dos centros. Se estableció una relación de colaboración entre una serie de terapeutas científicos y espiritistas en la que los enfermos hospitalizados eran presentados, como parte de su tratamiento, a un centro espiritista local. Si bien Garrison llegó a la conclusión de que estos experimentos "no son totalmente satisfactorios", "sirven de ilustración de que esta colaboración puede ser útil".

Se ha informado de la existencia de una cooperación entre los sanadores populares y el personal de los Servicios de Salud para los Indios y de un programa de adiestramiento de aquellos sanadores en la reservación de los navajos (28, 29). Se espera que esta cooperación aumentará a medida que se reconozcan y respalden en las reservaciones más servicios de salud ofrecidos por los indios.

La medicina tradicional de Latinoamérica contiene elementos aborígenes, españoles, portugueses y africanos, según la composición de la población de la zona de que se trate. Practican esa medicina principalmente grupos tribales indígenas, poblaciones rurales y sectores urbanos de bajos ingresos. Los sanadores populares, tales como herbolarios, masajistas, hueseros y espiritistas coexisten con los profesionales de salud, y en muchos casos ocupan su lugar. En los países latinoamericanos los servicios de la partera empírica se aprecian de manera especial.

Se han llevado a cabo estudios del mal de ojo, el susto o espanto prolongado y trastornos del equilibrio emocional o térmico (calor-frío) (30).

En Colombia se practica considerablemente la medicina popular, aunque se desconoce el número de los que la ejercen. No existe colaboración oficial alguna entre los servicios de salud y los sanadores tradicionales, pero se proyectó para 1977 la iniciación de un proyecto piloto, en una determinada zona del país, para incorporar los sanadores tradicionales previamente adiestrados (31).

En ciertas regiones andinas de Perú más del 60% de la población —y en algunos lugares hasta una proporción de 75.5 a 84%— recibe exclusivamente tratamiento de curanderos locales. En 1969 quedó oficialmente prohibida la práctica de la medicina popular, y no se dispone de información acerca de la política actual del gobierno del país respecto a esa medicina. Es revelador un caso de utilización de los curanderos, con carácter extraoficial. Con el

quiabras tradicionales y sus técnicas están logrando buenos resultados (4).

A nivel internacional, se ha solicitado que la OMS estudie la viabilidad de utilizar la medicina tradicional en la estructura de la medicina científica en grupos de población mal atendidos.

El Comité Regional de la OMS para África, en su 24ª Reunión, eligió el tema de la medicina tradicional y su función en los servicios de salud de África para las Discusiones Técnicas que se celebrarían durante su 26ª Reunión. A esta reunión, que tuvo lugar en Kampala en septiembre de 1976, asistieron sanadores tradicionales de muchos países africanos. Se examinaron sus divergencias de opinión, y se trató de llegar a un acuerdo y obtener definiciones aceptables.

En fechas recientes, se han intensificado las actividades concentradas en torno a la medicina tradicional de África. La Oficina Regional para África en Brazzaville, estableció un comité de medicina tradicional en África y dedicó a este tema el primer número de su Serie de Informes Técnicos. También el tema discutido en un grupo especial de la OMS, constituido en 1975, fue el adiestramiento y supervisión de las parteras tradicionales.

La Organización para la Unidad Africana (OUA), que igualmente respalda la revalidación de la medicina tradicional en África, encauza la atención y actividades en los diversos aspectos de la medicina tradicional por medio de su Comisión Científica, Técnica y de Investigación. En 1968 tuvo lugar en Dakar el primer simposio sobre la medicina tradicional, patrocinado por OUA y el Gobierno del Senegal. La propia Organización en 1975 convocó en el Cairo una conferencia sobre las plantas medicinales, y una de las recomendaciones de esa reunión fue el establecimiento de centros regionales de investigación en el Congo, Madagascar, Nigeria y Senegal.

Hasta estos últimos años—desde la creación de las nuevas naciones africanas—la medicina tradicional no había despertado

el interés de las autoridades de salud en el Continente. Muchos profesionales de salud africanos todavía se oponen a que se reconozca plenamente esa medicina (4). En algunos países, por extendida que pueda estar la utilización de la práctica de la medicina tradicional, en las zonas muy apartadas, no ha sido aún legalmente autorizada. En África, como en otras partes del mundo, las parteras tradicionales siempre han tropezado con menos resistencia que otras personas dedicadas a la medicina tradicional—debido a la necesidad de extender la cobertura de la atención de la salud a todos los grupos de población—y por eso fueron las primeras en recibir aceptación general entre los profesionales de salud y las autoridades gubernamentales. No obstante, una indagación efectuada sobre el estado de las parteras tradicionales en 18 países de África reveló ciertas lagunas persistentes en la tendencia general hacia la aceptación:

- solo en cinco países la asociación de parteras oficiales reconoce a las asistentes tradicionales a partos;
- 15 gobiernos no reconocen a las parteras tradicionales;
- solo en tres países están registradas estas parteras;
- en cinco países se trata de supervisarlas, y
- solo en siete países reciben adiestramiento las parteras tradicionales, y los cursos que se ofrecen suelen ser rudimentarios (26).

Una de las reservas de los africanos respecto a la integración de la medicina tradicional en el sistema de la medicina occidental es la posibilidad de una esterilización y pérdida del patrimonio cultural africano. En consecuencia, recomiendan en su lugar una estrecha colaboración en campos específicos de la medicina (6).

Las Américas⁶

Sabido es que en Estados Unidos los sana-

⁶En este trabajo monográfico no se dedica atención a la medicina tradicional de la zona fronteriza mexicano-estadounidense ni de México en general, porque el tema se estudia detenidamente en el presente volumen.

fin de introducir progresivamente la medicina moderna a la población, el jefe de los servicios médicos de un centro de salud del sur de Perú (31) decidió colaborar con los curanderos de su región invitándoles a su centro de instrucción sobre principios fundamentales de higiene y primeros auxilios. Cada uno de los participantes en esos "cursos" recibía un botiquín de primeros auxilios. Estos curanderos, al regresar a sus respectivas comunidades se convertían en educadores para la salud. Al cabo de unos años, gracias a su influencia, se había producido un cambio en el comportamiento de la población con respecto a la salud.

En Ecuador, el 67% de los partos los atienden las parteras empíricas, pero no se dispone de información sobre la política oficial frente a los curanderos en general. Debido a la elevada morbilidad y mortalidad materno-infantil que acusa el país, en 1974 el Ministerio de Salud Pública estableció un proyecto de cursos de adiestramiento para parteras tradicionales, con objeto de incorporarlas en los servicios de salud del medio rural. Con estos cursos, todavía en marcha, se aspira a mejorar el rendimiento de las parteras como asistentes a partos y ofrecerles instrucción en métodos de planificación de la familia. Se espera que estas parteras, como coordinadoras entre la población y los servicios locales de salud, fomentarán la utilización de la atención materno-infantil en las comunidades (32).

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, en un esfuerzo por ampliar la atención materno-infantil, lleva a cabo programas de adiestramiento de parteras empíricas en hospitales y centros de salud en todo el país. En 1973 con la asistencia de una asesora de la OPS/OMS en enfermería se revisó el programa existente. Se establecieron varios grupos de trabajo con el fin de mejorar las normas de adiestramiento y supervisión de las parteras empíricas. Se recomendó que se ofrecieran cursos de capacita-

ción de 18 semanas, con una sesión semanal de cuatro horas, para grupos no mayores de 15 parteras, quienes recibirían instrucción en los conceptos básicos de higiene y obstetricia y en la práctica de primeros auxilios (33).

En Cuba, hasta la revolución de 1959, una gran parte de la población recurría a los curanderos, espiritistas y parteras empíricas. Después de 1960, las autoridades de salud decidieron no utilizar la medicina tradicional, se prohibió a los curanderos que ejercieran su profesión y las parteras tradicionales se fueron integrando poco a poco en el sistema de servicios de salud en calidad de auxiliares (34).

En Guatemala está prohibido por ley la práctica de los sanadores tradicionales; sin embargo, siguen actuando tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Por el momento el Gobierno no proyecta incluir a estas personas en los servicios de salud (35). El 80% de los partos en el país los atienden las parteras empíricas quienes, a partir de 1956, reciben cierto adiestramiento (aunque no de manera sistemática). En 1974 estas parteras celebraron su primera convención (36).

Razones en pro y en contra

No cabe la menor duda de que en todo el mundo está aumentando el interés en la medicina tradicional, y la utilización de los que la ejercen dentro de la estructura de los servicios de salud es una posibilidad cada vez mayor en un creciente número de países. Por eso, deben ser objeto de seria consideración las razones de esta tendencia y los problemas que encierra.

La importancia del empleo de personas que practican la medicina tradicional y la incorporación de sus métodos obedecen a varias razones, tanto subjetivas como objetivas. Desde el punto de vista subjetivo, la medicina tradicional puede desempeñar una función esencial en la rehabilitación de un país o de un grupo étnico que ha

sufrido una humillación constante en el curso de su historia si reconoce su aportación a la civilización. Se comprende igualmente el deseo de conservar el patrimonio cultural—del que la medicina es una parte intrínseca—que ha demostrado su valor durante muchos siglos.

Por otro lado, la necesidad enorme de personal para la atención primaria de salud es un factor de carácter objetivo. Los profesionales de la medicina moderna no pueden sustituir a los sanadores tradicionales de la mayoría de los países hasta que llegue el momento en el futuro, si es que llega alguna vez. Sin embargo, es preciso extender la cobertura de la atención de la salud aun a las zonas más apartadas. El medio lógico para ello parecería ser la utilización de esos sanadores tradicionales, cuyas actividades podrían mejorarse mediante un adiestramiento médico básico y que, al mismo tiempo, reduciría al mínimo los riesgos de errores y los métodos peligrosos de curación. Puesto que por lo común los curanderos ocupan una posición de gran responsabilidad en sus respectivas comunidades, podrían servir de educadores para la salud así como de intermediarios entre los centros de salud y la población. Una vez capacitados para diagnosticar las enfermedades más comunes en el lugar, podrían notificar la manifestación de epidemias a los servicios de salud y enviar al hospital a los casos de cierta gravedad. El adiestramiento en primeros auxilios y en el tratamiento de enfermedades simples permitiría reemplazar los servicios del médico con formación occidental cuando esté demasiado alejado para consultarle o sus servicios sean más necesarios para los casos más complicados. La remuneración del sanador variará de una comunidad a otra, pero los remedios herbarios que formen parte del tratamiento no deberían ser pagados aparte.

Las razones expuestas para explicar la resistencia o la negativa a incorporar en los servicios de salud a la medicina tradicional, y las personas que la practican, resul-

tan más difíciles de comprender. En primer lugar, hay que distinguir entre la utilización de la medicina tradicional propiamente dicha y las personas que la ejercen. Cada país tomará una decisión en cuanto a la influencia que ejerce el patrimonio cultural. Parece más fácil y conveniente considerar un sistema complejo, organizado de medicina. Sin embargo, aun en un país con un sistema formalizado, transmitido de una generación a otra durante siglos, como en el caso de China, se trata de alcanzar una síntesis de los elementos antiguos y los nuevos.

Si la medicina tradicional practicada en un país no forma parte de un sistema médico formalizado, resultará casi imposible crear un sistema de esa naturaleza, porque el desarrollo orgánico de cada uno de ellos requiere siglos, si no milenios. Los individuos que practican la medicina tradicional sin formalizar no están vinculados por ningún dogma ni teoría, y rara vez cooperan. Es más, en la mayoría de los casos se observa una competencia entre unos y otros. El único denominador común que caracteriza a esos sanadores es que su percepción de las causas de enfermedades depende de la sociedad particular de la que proceden. Sus conocimientos se transmiten de una persona a otra y no se enseñan en instituciones especiales. De ahí que, para ofrecerles un adiestramiento formalizado en los principios de la medicina tradicional, se debe crear de manera artificial un cuerpo de teorías y métodos y elaborar un sistema de educación. Esto supondría un costo enorme en tiempo, personal y recursos monetarios, lo que a su vez destruiría uno de los propósitos principales de la utilización de los sanadores y la medicina tradicional: ellos representan un sustitutivo rápido, económico y provisional de los profesionales y de los métodos de medicina occidental costosos e inasequibles. Así pues, parecería mucho más aconsejable adiestrar individualmente a los sanadores tradicionales para tareas determinadas.

Una sustitución consciente de los métodos de la medicina occidental por los que emplean la medicina tradicional no parece tener una justificación científica, y sobre todo en lo concerniente al campo de la prevención de enfermedades. Las denominadas medidas preventivas, tales como la de llevar amuletos o talismanes, pueden servir de ayuda psicológica para el paciente o su familia, pero no deben considerarse como sustitutivo de la medicina preventiva científica.

Ahora bien, el procedimiento chino, a menudo mencionado como indicación de la viabilidad de una política oficial basada en la medicina tradicional para atender mejor a la población, no puede generalizarse. En primer lugar, la creación de la nueva medicina china requiere una elección selectiva de los mejores elementos de ambos sistemas. Y aun en China donde han surgido problemas, podrían haberse resuelto las primeras dificultades con la motivación política e ideológica (23). De todas maneras, las experiencias de un país no pueden aplicarse a otros: los requisitos previos no son nunca los mismos. Es necesario que cada país proceda a experimentar por su cuenta propia, con arreglo a su situación particular, sus antecedentes históricos, políticos y socioculturales.

La tentativa de incluir elementos de la medicina tradicional no formalizada en la enseñanza oficial de los profesionales de salud plantea otro problema. Naturalmente, es de suma importancia incorporar conceptos de antropología social y médica en el plan de estudios del personal de salud, y más aún en países en que estos profesionales tendrán que enfrentarse con la medicina popular. Y esto no es igual que enseñarles los detalles de los métodos de curación tradicionales. La mayoría de los profesionales de la salud con formación occidental considerarían estas medidas como un desperdicio costoso del tiempo dedicado a la educación.

También crearía dificultades incorporar, "en un plano de igualdad", a sanado-

res tradicionales en un grupo de salud con médicos de formación occidental. Esta igualdad debe interpretarse en función de una dedicación y determinación común de aliviar el sufrimiento humano.

Se plantean cuestiones considerables con respecto a la selección de sanadores tradicionales para que asistan a cursos de adiestramiento. ¿Cuáles deberían ser los criterios de selección? ¿Quién debería determinarlos? ¿Qué especialistas de medicina popular deberían incluirse? ¿Quién debería decidir sobre la integridad del sanador? ¿Debería ser decisiva la edad, el sexo, el estado civil o la recomendación de la comunidad? Muchos de los curanderos más notables son personas de edad, y aunque estén en condiciones de tratar a sus pacientes, no podrían o no querrían asistir a un curso de adiestramiento. Muchos de ellos son analfabetos o poseen muy poca escolaridad, y les resulta muy difícil considerar el adiestramiento por un período prolongado. Por añadidura, puesto que los sanadores populares casi invariablemente se dedican a la agricultura para su sustento, cabe preguntar ¿quién atendería a sus familias mientras estuvieran en período de adiestramiento? ¿Se les compensarían los gastos de transporte o de otra clase en que pudieran incurrir a consecuencia de la asistencia a los cursos? Por ejemplo, H. Velimirovic observó que en las Filipinas las mujeres se mostraban reacias a participar en los cursos de adiestramiento, a pesar de que recibían una pequeña cantidad, porque vivían demasiado lejos del centro de salud donde se ofrecían. En Indonesia a pesar de que se celebraron cursos gratuitos de adiestramiento para parteras empíricas a cierta distancia de sus comunidades respectivas solo asistió el 13% en 1970 y nada más el 31% en 1975 (6).

Al parecer, en las Américas la tarea más importante sería una evaluación por los planificadores de salud de la medida en que la población utiliza cualquier forma de medicina tradicional. A este respecto de-

bería determinarse la proporción de la demanda de servicios de salud—en las comunidades urbanas y rurales—que satisface la medicina tradicional, la paramédica o varias medicinas de manera simultánea. Los resultados de estas determinaciones servirán de indicación de las posibles medidas correctivas y soluciones de los problemas acabados de mencionar. Naturalmente, el proceso será lento.

Es obvio que la meta final debe ser la cobertura de toda la población con servicios de salud accesibles y aceptables ofrecidos

por personal de salud debidamente adiestrado. Asimismo, es evidente la necesidad de introducir otros métodos innovadores, en el entendido de que no puede copiarse ningún modelo de sociedades industrializadas o urbanizadas. Por último, aunque no fuera por otra razón que la de haber mostrado que el sistema médico moderno no ha logrado atender a la población, debería proseguir la investigación de antropología médica en las prácticas tradicionales de atención de la salud.

REFERENCIAS

- (1) Read, M. *Culture, Health, and Disease*. Londres, Tavistock Publications, 1966.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Training and utilization of traditional healers and their collaboration with health care delivery systems. WHO Document EB/57/21, addendum 2, págs. 1-6, 21 de noviembre de 1975.
- (3) Organización Mundial de la Salud, 29ª Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA29.72. *Act. Of. Org. Mund. Salud* 233. Ginebra, 3-21 de mayo de 1976, págs. 47-48.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Traditional medicine and its role in the development of health services in Africa. WHO Document AFR/RC26/TD/1. Brazzaville, Congo, 1976, págs. 1-26.
- (5) Gunaratne, H.V.T. Some aspects of the history and development of public health in Ceylon. *Transactions of the Society of Medical Officers of Health*, Colombo, Sri Lanka, 1953.
- (6) Diesh, P. Traditional Medicine and its Role in the Development of Health Services in the South-East Asia Region. WHO Document SEA/OMC/Traditional Medicine Meetings/3, págs. 1-13, Inter-Regional Consultation on Traditional Medicine Program. Nueva Delhi, 4-8 de octubre de 1976.
- (7) Kurup, P.N.V. Traditional systems of Indian medicine. New Delhi Ministry of Health and Family Planning, 4-8 de octubre de 1976.
- (8) Brass, P. R. The politics of Ayurvedic education. En: *Education and politics*. Rudolph, L. y S. (eds.). Seattle, Universidad de Washington, 1968 (en prensa).
- (9) Loftus, J. Medicine man. *World Health*, págs. 16-19, octubre de 1976.
- (10) Government of India, Ministry of Health. Report of the Committee to Assess and Evaluate the Present Status of the Ayurvedic System of Medicine. Nueva Delhi (sin fecha).
- (11) Government of India, Ministry of Health. Report of the Health Survey and Planning Committee, Nueva Delhi, 1962.
- (12) Baker, T. D. Paramedical Paradoxes—Challenges and Opportunities. En: *Teamwork for World Health*. Wolstenholme, G. y M. O'Connor (eds.). Ciba Foundation, Symposium, Churchill, Londres, 1971, págs. 129-141.
- (13) Emery, G. Traditional healers. WHO Document SEA/OMC/Traditional Medicine Meeting/6, págs. 1-4, Inter-Regional Consultation on Traditional Medicine Program. Nueva Delhi, 4-8 de octubre de 1976.
- (14) Hoang Bao Chau. Diseases treated with most success by oriental medicine. Anexo del Documento (6).
- (15) Velimirovic, H. *Krankenheilung bei zwei Philippinischen Gruppen, beim den Tagalog am Taalsee in Batangas und den Kankanai-Igorot in der Provinz Benguet auf Luzon*. Tesis doctoral, Freie Universität, Berlin Occidental, República Federal de Alemania, 1972.
- (16) Meckenzie, M. Witch doctors and Western doctors: the interaction of traditional and Western medicine in Rarotonga, Oceania. Presentado en la Reunión de la Asociación Antropológica Americana (Nueva Orleans, 29 de noviembre-3 de diciembre de 1973). Anexo del Documento (13).
- (17) Burton-Bradley, B. G. y C. Julius. Folk psychiatry of certain villages in the Central District of Papua. Anexo del Documento (13).
- (18) Baasher, T. A. Traditional medicine in

Por: Leopoldo Chagoya

Definición: ¿Qué entendemos por dinámica familiar? Siguiendo el concepto de Jackson (1), se puede decir que la dinámica familiar es aquella colección de fuerzas, positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia y hacen que la familia como unidad, funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y de presentarse a los otros que tiene cada miembro de la familia, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, o un clima de seguridad o de ansiedad o de depresión.

La familia sin problema no existe. Es humanamente imposible experimentar constantemente sentimientos positivos respecto de otra persona. La ambivalencia es una de las características por excelencia del ser humano. Por lo mismo, aún en una familia que funcione bien, es decir, en una en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante, se encontrarán siempre aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto del otro. Puesto que la familia está compuesta de varios individuos diferentes, es imposible para cada miembro satisfacer completamente las necesidades de los otros todo el tiempo. En el contexto de la terapia familiar (2,3), se considera un estado de cosas en que el equilibrio de las fuerzas familiares sea tal, que la familia pueda progresar de crisis en crisis, siendo capaz de resolverlas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia una mayor madurez, es decir, hacia una relación más cálida y más independiente. Los terapeutas de familia que comienzan a ejercitarse en este dominio, tienen a menudo el sueño de que se pueda llegar a establecer un estado en que la familia no tendrá ninguna crisis, ninguna lucha interpersonal y donde cada miembro satisfará todo el tiempo las necesidades de los otros (4), este es un sueño muy bello en efecto, pero un sueño imposible, siendo la naturaleza humana tal como es.

Pero entonces, ¿cuál es la dinámica de una familia normal? Nadie ha

bería determinarse la proporción de la demanda de servicios de salud—en las comunidades urbanas y rurales—que satisface la medicina tradicional, la paramédica o varias medicinas de manera simultánea. Los resultados de estas determinaciones servirán de indicación de las posibles medidas correctivas y soluciones de los problemas acabados de mencionar. Naturalmente, el proceso será lento.

Es obvio que la meta final debe ser la cobertura de toda la población con servicios de salud accesibles y aceptables ofrecidos

por personal de salud debidamente adiestrado. Asimismo, es evidente la necesidad de introducir otros métodos innovadores, en el entendido de que no puede copiarse ningún modelo de sociedades industrializadas o urbanizadas. Por último, aunque no fuera por otra razón que la de haber mostrado que el sistema médico moderno no ha logrado atender a la población, debería proseguir la investigación de antropología médica en las prácticas tradicionales de atención de la salud.

REFERENCIAS

- (1) Read, M. *Culture, Health, and Disease*. Londres, Tavistock Publications, 1966.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Training and utilization of traditional healers and their collaboration with health care delivery systems. WHO Document EB/57/21, addendum 2, págs. 1-6, 21 de noviembre de 1975.
- (3) Organización Mundial de la Salud, 29ª Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA29.72. *Act. Of. Org. Mund. Salud* 233. Ginebra, 3-21 de mayo de 1976, págs. 47-48.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Traditional medicine and its role in the development of health services in Africa. WHO Document AFR/RC26/TD/1. Brazzaville, Congo, 1976, págs. 1-26.
- (5) Gunaratne, H.V.T. Some aspects of the history and development of public health in Ceylon. *Transactions of the Society of Medical Officers of Health*, Colombo, Sri Lanka, 1953.
- (6) Diesh, P. Traditional Medicine and its Role in the Development of Health Services in the South-East Asia Region. WHO Document SEA/OMC/Traditional Medicine Meetings/3, págs. 1-13, Inter-Regional Consultation on Traditional Medicine Program. Nueva Delhi, 4-8 de octubre de 1976.
- (7) Kurup, P.N.V. Traditional systems of Indian medicine. New Delhi Ministry of Health and Family Planning, 4-8 de octubre de 1976.
- (8) Brass, P. R. The politics of Ayurvedic education. En: *Education and politics*. Rudolph, L. y S. (eds.). Seattle, Universidad de Washington, 1968 (en prensa).
- (9) Loftus, J. Medicine man. *World Health*, págs. 16-19, octubre de 1976.
- (10) Government of India, Ministry of Health. Report of the Committee to Assess and Evaluate the Present Status of the Ayurvedic System of Medicine. Nueva Delhi (sin fecha).
- (11) Government of India, Ministry of Health. Report of the Health Survey and Planning Committee, Nueva Delhi, 1962.
- (12) Baker, T. D. Paramedical Paradoxes—Challenges and Opportunities. En: *Teamwork for World Health*. Wolstenholme, G. y M. O'Connor (eds.). Ciba Foundation, Symposium, Churchill, Londres, 1971, págs. 129-141.
- (13) Emery, G. Traditional healers. WHO Document SEA/OMC/Traditional Medicine Meeting/6, págs. 1-4, Inter-Regional Consultation on Traditional Medicine Program. Nueva Delhi, 4-8 de octubre de 1976.
- (14) Hoang Bao Chau. Diseases treated with most success by oriental medicine. Anexo del Documento (6).
- (15) Velimirovic, H. *Krankenheilung bei zwei Philippinischen Gruppen, beim den Tagalog am Taalsee in Batangas und den Kankanai-Igorot in der Provinz Benguet auf Luzon*. Tesis doctoral, Freie Universität, Berlin Occidental, República Federal de Alemania, 1972.
- (16) Meckenzie, M. Witch doctors and Western doctors: the interaction of traditional and Western medicine in Rarotonga, Oceania. Presentado en la Reunión de la Asociación Antropológica Americana (Nueva Orleans, 29 de noviembre-3 de diciembre de 1973). Anexo del Documento (13).
- (17) Burton-Bradley, B. G. y C. Julius. Folk psychiatry of certain villages in the Central District of Papua. Anexo del Documento (13).
- (18) Baasher, T. A. Traditional medicine in

Por: Leopoldo Chagoya

Definición: ¿Qué entendemos por dinámica familiar? Siguiendo el concepto de Jackson (1), se puede decir que la dinámica familiar es aquella colección de fuerzas, positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia y hacen que la familia como unidad, funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y de presentarse a los otros que tiene cada miembro de la familia, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, o un clima de seguridad o de ansiedad o de depresión.

La familia sin problema no existe. Es humanamente imposible experimentar constantemente sentimientos positivos respecto de otra persona. La ambivalencia es una de las características por excelencia del ser humano. Por lo mismo, aún en una familia que funcione bien, es decir, en una en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante, se encontrarán siempre aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto del otro. Puesto que la familia está compuesta de varios individuos diferentes, es imposible para cada miembro satisfacer completamente las necesidades de los otros todo el tiempo. En el contexto de la terapia familiar (2,3), se considera un estado de cosas en que el equilibrio de las fuerzas familiares sea tal, que la familia pueda progresar de crisis en crisis, siendo capaz de resolverlas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia una mayor madurez, es decir, hacia una relación más cálida y más independiente. Los terapeutas de familia que comienzan a ejercitarse en este dominio, tienen a menudo el sueño de que se pueda llegar a establecer un estado en que la familia no tendrá ninguna crisis, ninguna lucha interpersonal y donde cada miembro satisfará todo el tiempo las necesidades de los otros (4), este es un sueño muy bello en efecto, pero un sueño imposible, siendo la naturaleza humana tal como es.

Pero entonces, ¿cuál es la dinámica de una familia normal? Nadie ha

logrado todavía definir satisfactoriamente para todos, lo que es la normalidad, no pretenderé pues, establecer en este artículo lo que es una familia normal. Voy más bien a atenerme a mis observaciones clínicas sobre las familias que vienen al hospital para buscar ayuda y sobre familias que he visitado en sus casas en el desarrollo de un proyecto de investigación y que no se quejaban de síntomas específicos.

En mi opinión, la dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que le dá el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros.

En las familias normales, las crisis son consideradas en grupo; cada miembro acepta un rol o papel para hacer frente a la crisis, y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias dadas. Cada miembro conoce las fuerzas positivas y las debilidades de los otros y no las explota. Cada miembro da apoyo a los seres pero también lo pide. Hay cierta igualdad en el nivel humano que permite a cada miembro cambiar constantemente para funcionar de una manera satisfactoria.

Una familia normal identifica sus problemas de una manera clara. Los miembros no dudan en expresar verbalmente su inconformidad o incomodidad cuando una situación difícil llega. Se dicen mutuamente lo que uno quiere, lo que el otro no quiere y están dispuestos a negociar o hasta a comprometerse en una batalla que tenga por meta la resolución del callejón sin salida. Al final de esta batalla habrá necesariamente uno que gana y otro que pierde en un nivel; pero los miembros estarán contentos si pueden prolongar una relación profundamente satisfactoria: esto permite a aquel que concibió o perdió la batalla, no experimentar rencores ni resentimiento exagerado (5).

Una familia patológica utiliza sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento. En una familia normal los problemas son vistos como situaciones que afectan a todo el mundo. Por ejemplo, si es el dinero

lo que hace falta, toda la familia verá ese problema como su problema: el padre obrará de manera de traer más dinero a la casa, la madre limitará sus gastos y los hijos no exigirán los beneficios de que gozan otros hijos. En este ejemplo, toda la familia colabora en la solución de una situación difícil; ningún miembro utiliza el problema del dinero para atacar, humillar o castigar a otro y la estabilidad y la compatibilidad de los miembros no está amenazada de manera grave.

Expresión de los sentimientos

a) Ternura: En una familia normal, los sentimientos positivos son expresados de manera libre. Esto incluye la ternura, el amor y el deseo de ternura y de amor (6). Entre los más grandes problemas de una familia patológica, hay incapacidad de los miembros para pedir o dar afecto o atención, de los que tienen necesidad unos y otros, (o mejor dicho, de los cuales tienen necesidad tanto unos como otros). Los miembros muestran rabia y decepción porque no reciben la ternura que quieren, pero jamás piden claramente que los otros satisfagan su sed de afecto. Por su miedo de no recibir el amor que desean se conducen de una manera de tal modo desagradable, que este amor les es rehusado. En una familia normal, cada miembro se siente capaz de satisfacer hasta cierto punto, las necesidades afectivas de los otros y siente también que merece ser amado. Si una familia patológica, la poca estima que cada miembro tiene por sí mismo lo lleva a sentirse incapaz de dar afecto o ternura y a pensar que no hay ninguna esperanza de ser amado por los otros.

b) Cólera: Cuando en una familia normal estallan cóleras y las frustraciones de la vida cotidiana invaden el ambiente familiar, los miembros permiten la expresión libre de los sentimientos de rabia y desahucio. Tienen la convicción de que nadie será destruido por un pleito temporal. En una familia patológica, por el contrario, cuando están enojados o frustrados, tratan de ocultarlo, de expresarlo de manera indirecta y esa falta de los sentimientos negativos produce un estado de tensión que aumenta progresivamente hasta que hay explosiones fuera de proporción con el estímulo que produce la frustración

inicial. En estas familias hay el temor de una destrucción total de la familia y de sus miembros si se permite la libre expresión de los sentimientos negativos.

c) Depresión: Toda familia tiene períodos de depresión, sea después de la muerte de alguien o de la partida de un miembro, o alrededor de la histerectomía de mamá, o cuando el padre tiene un fracaso en los negocios, o todavía, cuando el hijo no ha tenido éxito en sus ambiciones. El grado de salud o de patología en una familia puede verse en la manera como enfrentan los períodos depresivos. Si expresan libremente la depresión, lloran juntos y se reconfortan mutuamente, la depresión es resuelta con el tiempo y la unidad familiar es reforzada después de la crisis. Al contrario, si tratan de ocultar su depresión por temor de entristecer a los otros, si prefieren comprometerse en un pleito continuo porque toleran la cólera mejor que la depresión; o si exageran los cuidados que se dan mutuamente para impedirse expresar como se aburren o cómo sufren por el miembro perdido, tarde o temprano la tensión aumenta en la familia. La depresión queda oculta y la cantidad de defensas contra la tristeza aumenta hasta el punto de poner en peligro la unidad familiar, en la medida en que si permanecen juntos se verán forzados a experimentar la depresión que veían como una debilidad o un peligro.

d) Incertidumbre: Hay muchas situaciones en la vida que son ambiguas y donde la imperfección humana aparece. Una familia normal puede tolerar esas situaciones y los errores que un miembro u otro cometa y puede trabajar de manera unida para resolver las consecuencias de esos errores. Una familia normal puede tolerar también la incertidumbre de ciertas situaciones que no son claramente definidas. Por ejemplo: cuando el marido cambia de trabajo, o cuando el adolescente decide no hacer nada durante un año antes de decidir si va a estudiar o lo que quiere ser en la vida. La familia patológica, para evitar la ansiedad de la incertidumbre, empuja a sus miembros a obrar pronto de una manera exagerada y produce así algunas veces, trastornos de comportamiento que no habrían aparecido si la familia hubiera podido esperar.

e) Individualidad y dependencia: Los miembros de una familia normal están comprometidos unos con otros pero no hasta el punto de una dependencia absoluta. Aceptan una dependencia parcial y mutua para la satisfacción de algunas necesidades, pero fundamentalmente una familia normal reconoce que cada miembro es un individuo con necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes. Se dan un apoyo empático pero nadie sacrifica ni impone su individualidad salvo si la familia decide que eso se hace necesario temporalmente, para resolver una crisis.

En una familia normal, un individuo no se sacrifica totalmente por otro. Los mártires y los dictadores se originan en familias patológicas y producen familias patógenas.

Cada miembro tiene actividades a las cuales los otros no participan y la familia respeta ciertas zonas de autonomía a las cuales cada individuo tiene derecho. En una familia patológica, las zonas de autonomía son mal delimitadas, y son la causa de pleitos, recriminaciones y manipulaciones. Se encuentran entonces miembros que luchan por obtener una zona de autonomía que no quieren compartir con los otros (y éstos ven esas tentativas de individualidad como un acto agresivo o como una falta de amor); o bien miembros que luchan para no ser forzados a ser autónomos y que insisten para que otros participen en ciertas actividades (éstos ven esas tentativas de no individualidad como un acto agresivo o como una falta de amor). En las familias patológicas, la independencia es vista como el resultado de odio o de la cólera.

La disolución como meta. En un cierto nivel, el objetivo de una familia normal es disolverse. La finalidad de los padres es perder la presencia constante de sus hijos, en vista de que se convertirán en individuos con sus propios puntos de vista en la vida y que formarán nuevas familias de las que serán la cabeza. La familia patológica considera un futuro en que no habrá jamás separación y en que la familia inicial continuará funcionando como si los hijos fueran siempre de edad pre-escolar, y como si los padres no cambiasen en sus necesidades con la edad. Esto no quiere decir que la evolución de una familia normal sea el desprendimiento total. Pero

es inevitable que un cierto desprendimiento sea necesario para que los hijos se desarrollen como individuos. Evidentemente, para llegar a este estado de desprendimiento relativo es preciso que los miembros de la familia hayan experimentado y gozado de un compromiso afectivo empático y satisfactorio durante los años en que los hijos eran jóvenes. Cuando los hijos deben partir, el proceso se hace menos penoso si el compromiso afectivo entre el padre es suficientemente sólido. En terapia familiar, se encuentran parejas de edad media que descubren no tener ya el deseo de continuar juntos, una vez que los hijos adultos están fuera de la casa.

En una familia normal, los padres se prepararán poco a poco a la separación de los hijos a medida que crezcan. En una familia patológica, mientras más crecen los hijos, más los padres se hacen ansiosos y deprimidos ante la posibilidad de perder la compañía, el apoyo y la admiración de los hijos. Cuando la relación marido-mujer no ha sido tan satisfactoria como cada uno de los cónyuges lo quería, se vuelven hacia los hijos para encontrar en ellos las satisfacciones que les han faltado en el matrimonio. Entonces, en el momento en que los hijos comienzan a dar signos de querer abandonar la protección maternal o paternal, la ansiedad de cada uno aumenta y la lucha de los padres para preservar la dependencia y la compañía de los hijos comienza.

Comunicación. Si se examina la dinámica familiar desde el punto de vista de la comunicación entre los miembros, se verá que en toda familia hay muchos mensajes no verbales, secretos que se guardan, tabúes de los que la familia no habla y momentos en que las personas no comprenden las comunicaciones que los otros. Entonces, ¿si estas características están presentes en todas las familias, qué es lo que determina que esos rasgos sean patológicos o no? La respuesta aparece cuando se examina la manera como se utiliza la comunicación en la familia frente a las crisis. Si en el momento de calma, los mensajes entre los miembros de la familia son claros y directos pero en los momentos de crisis, cuando todos los miembros están amenazados, los mensajes se hacen enmascarados o desplazados, la familia está funcionando de una manera patológica, ¿por qué? Porque justamente es en los momentos de crisis, de frustración y de angustia cuando es absolu-

tamente necesario que los mensajes entre los miembros de la familia sean claros y directos. Una familia que tiene la capacidad de utilizar comunicación verbal clara y directa en los momentos de crisis, es una familia normal. Chagoya y Gooftman describen (7) que el miedo de perder el amor o la estimación de los otros es muy a menudo la razón por la cual un miembro de la familia emite mensajes ocultados, indirectos y desplazados. En una familia normal este temor de perder la estimación de los otros es mínimo. Los miembros confían en que el amor de las dos personas que se pelean estará allí o permanecerá después de la crisis, aún si durante los períodos de frustración se cambian palabras duras y recriminaciones.

Roles o papeles familiares. A partir del concepto de Satir (3) se puede decir que en una familia normal, los comportamientos según los roles tradicionales son bien definidos. Un padre decide cuáles son sus responsabilidades, las ejecuta y no espera que otro miembro de la familia, sea una mujer o sus hijos, asuman las características de su rol o papel para permitirle ser otra cosa diferente del padre de familia. De la misma manera, la madre decide cuál es su rol o papel en la familia, qué es lo que ella debe esperar de su marido y de sus hijos y no intenta borrar de una manera abierta o clandestina los límites entre su rol o papel de mujer y el de madre, y los roles de los otros miembros de la familia. En una familia patológica, se observan hijos que funcionan como padres, muchachos que funcionan como maridos (salvo en cuanto a las relaciones sexuales que son sublimadas en los intercambios verbales con la madre) y niñas que funcionan como madres o esposas. Los niños reciben constantemente la promesa implícita del poder contenido en el rol del adulto, pero cuando piden ese poder, son castigados y tratados "de acuerdo con su edad". Por ejemplo, verbalmente una madre dice: "eres mi hijo, sé bueno y obedéceme", mientras que de manera no verbal dice: "eres mi marido; sé fuerte y domíname" (8).

Hechas estas consideraciones, algunas veces la mejor manera de funcionar de una familia es aceptar un cambio temporal de roles. La rigidez en los roles es un signo de patología en la familia. Por ejemplo, un padre que quiere siempre ser dominante o un hijo que quiere siempre ser depen-

diente producirán necesariamente problemas en la familia. La flexibilidad en los roles es un signo de salud mental en la familia.

En toda familia la conducta de un miembro es modelada y modificada por los otros. Cuando las expectativas frente a los miembros de la familia son positivas, sirven para modelar roles adecuados, para dar apoyo en los momentos de fracaso, y como estímulo para perseguir mejores metas. Al contrario, en las familias patológicas, cuando las expectativas a propósito de un miembro son negativas, sirven para modelar roles inadecuados, para aumentar la sensación de humillación en los momentos de fracaso y como desaliento cuando el individuo rodeado de expectativas negativas de la familia, trata de realizar o perseguir fines positivos. Es en el ambiente de esas familias patológicas donde los roles idiosincrásicos aparecen. Se observa entonces a miembros de la familia que se conducen siempre de una manera enfermiza, puesto que la familia no espera más que eso. Ejemplos de los roles idiosincrásicos: la oveja negra, el chivo expiatorio (9), el débil, el buen muchacho, etc.

Límites y rebelión. Hace algunos años, se tuvo la idea de que se debería permitir a los hijos hacer todo lo que quisieran, con el temor de frustrar su desarrollo si eso no se permitía. Actualmente se sabe que hay un grado óptimo de frustraciones que permiten al hijo desarrollar sus recursos (10) y que cuando los padres imponen límites, el hijo aún si protesta y se enoja, experimenta al mismo tiempo un sentimiento de seguridad. En terapia familiar, se ven a menudo familias en las cuales por ejemplo: un hijo inteligente intimidado a los padres y éstos no se atreven a ponerle límite. La inseguridad y la ansiedad del hijo aumentan, puesto que no siente ninguna fuerza en los padres para controlarlo y protegerlo. La consistencia en la manera de controlar al hijo es igualmente importante.

¿Qué se puede decir de los límites del comportamiento que los esposos se imponen entre sí (11)? En toda familia hay zonas tabúes para cada miembro. Por ejemplo, un marido sabe muy bien que puede llegar a la casa completamente ebrio una noche; pero que es preciso que jamás se encuentre implicado con otra mujer. Una mujer sabe que si descuida la casa, su marido

no dirá nada, pero que no debe descuidar las comidas. Con mensajes verbales y no verbales, cada miembro de la pareja marca límites y zonas de libertad para el otro; y si quieren que la relación continúe, aceptarán esos límites o negociarán abiertamente sus modificaciones (5). En una familia patológica, los límites son impuestos de todas maneras, pero no son jamás claramente reconocidos. Una serie de actos de rebelión, castigos y tentativas de dominación mutua se desencadena, pero de una manera subterránea, bajo pretexto de otros problemas que parecen triviales. La familia por ejemplo, no se explica porque se pelean tanto, para saber quien tirará la basura todas las noches. No reconocen que se trata de una lucha por el poder de establecer límites.

Todo adolescente y todo hijo normal presentará rebelión contra sus padres. Si los padres no han ahogado la individualidad del hijo, no hay nada que puedan hacer para evitar la afirmación de esta individualidad en el hijo, ni la aparición del momento en que los hijos sienten que sus padres quieren imponer una identidad no satisfactoria. En una familia normal, los padres ofrecen al adolescente la convicción de que su manera de vivir es correcta. Esto no quiere decir que los hijos cuando llegan a la adolescencia, van a estar siempre de acuerdo. Pero es desde todo punto de vista, tranquilizador para él saber que está luchando contra un enemigo sólido. Problemas muy serios aparecen cuando los padres mismos no están seguros del todo de que su manera de vivir hasta ese momento, sea la mejor posible. Los padres pueden tratar entonces de pacificar al adolescente aceptando sus críticas de manera masoquista; o entonces, luchan verbalmente con él defendiendo un modo de vida en el cual ellos mismos no creen. El adolescente, más que los hijos más jóvenes o adultos, tiene necesidad de la honestidad de sus padres. Los padres que no quieren admitir sus insatisfacciones frente a su propia vida ante sus hijos adolescentes, se preparan a una lucha sin fin en la cual el adolescente pedirá continuamente que el padre admita que no es feliz en su vida. Por su parte, el padre luchará continuamente con el adolescente queriendo que sea él quien admita que su manera de vivir no es ideal.

Patología individual. Algunos rasgos de la dinámica familiar pueden ser normales aún si uno de los miembros presenta patología individual. Wesley y Epstein (12), en un estudio socio-psiquiátrico de los estudiantes sin problemas psiquiátricos graves, han encontrado que aún en las familias en donde los padres sufren enfermedades emocionales graves, si existe un equilibrio entre los roles familiares y si los padres se dan apoyo y respeto, los hijos de esta familia serán individuos suficientemente sólidos y sin patología invalidante.

Satisfacción. Para evaluar si una familia es normal o patológica, se debe considerar finalmente el grado de satisfacción que los miembros de esta familia encuentran unos con otros y si la manera de funcionar de la familia no los pone en conflicto con la sociedad. Con este punto de vista, no hay un rasgo específico que pueda ser considerado normal o anormal. Si un cierto rasgo específico que pueda ser considerado normal o anormal. Si un cierto rasgo produce satisfacción en una familia e insatisfacción en otra, ese mismo rasgo es normal para una familia y anormal para la otra. Por ejemplo, si un hombre pasivo y femenino prefiere cuidar a los niños y hacer los trabajos domésticos que trabajar fuera de casa; si una mujer masculina y dominante prefiere salir, trabajar y ser la que gana el pan de la familia, y los dos están de acuerdo con este modo de funcionamiento, no habrá razones para que esa pareja se comprometa en terapia familiar para cambiar un equilibrio que ellos encuentran satisfactorio. Naturalmente, les será necesario hacer adaptaciones cuando funcionan fuera de la casa, en la sociedad, y sobre todo, preparar a los hijos fuera de la casa, en la sociedad, y sobre todo, preparar a los hijos al hecho de que no todas las familias funcionan de esta manera.

CONCLUSION

La dinámica familiar normal y patológica es infinitamente compleja. Para cada rasgo que se examina, se podrían encontrar decenas de variaciones caldoscópias que pueden producir salud o enfermedad. En este artículo se han descrito algunos rasgos de familias que probablemente continuarán su vida sin llamar a un psiquiatra, y de familias que vienen al hospital para buscar ayuda. Arbitrariamente utilicé la palabra normal para hablar del primer grupo y la palabra patológico para hablar del segundo. ¿Pero quién puede decir que la etiqueta esté bien aplicada? Las familias que vemos en el hospital son quizás más normales que otras que sufren en silencio, sin revelar sus problemas a nadie y que aparecen ante la comunidad como ejemplos de salud familiar.

La investigación de los rasgos de la vida familiar en los dos tipos de familias, proporcionará una imagen más clara de los límites entre una familia que parece patológica y una familia que parece normal a los ojos del clínico. La relatividad, los valores culturales y las posiciones morales, entran en un juego en este dominio.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

REFERENCIAS

1. Jackson, D, F.; The study of the family, Fam proc. 4:9, 1965.
2. Ackerman, N. W.; Treating the troubled family, Basic books, N. Y., 1966.
3. Satir, V.; Conjoint family therapy, A guide to theory and technique, Science and Behavior books, Inc. Palo Alto, Calif. 1967.
4. Chagoya, L.; Difficulties in teaching family therapy; artículo presentado en el V Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 1971.
5. Ledeker, W. J. et Jackson, D.D.; The mirages of marriage; W.W. Morton & Co. Inc. New York, 1968.
6. Otto, M.A.; Criteria for assesing family strength, Fam. Proc. 2:329, 1963.
7. Chagoya, L. et Gutterf, H.; Guide pour évaluer le fonctionnement de la famille, Manuscrit non-publié., Septiembre 1971.
8. Watelawick, P.: A review of the poble bind theory, Fam Proc. 2: 132, 1963.
9. Bell N. W., and Vogel, E.F.; The emotionnally disturbed child as a family scapegoat, capítulo 30 en A modern introduction to the family, Free Press, Glencoe, 1960.
10. Millar, T. P.; Limit setting and psychological maturation, Arch gen psych 18:214, 1968.
11. Haley, J.; Marriage Therapy, Arch Gen Psych 8:213, 1963.
12. Westley, W.A., et Epstein, N.B.; The silent hajority, Jossey Bass Inc., Publishers, San Francisco, 1969.

Factores socioculturales de la salud en México

LIC. MARCO ANTONIO MICHEL¹Michel MA: *Factores socioculturales de la salud en México*. Salud Pública Méx., 1986; 28: 278-282.

Resumen: Los patrones nutricionales, la pobreza, el maltrato a los niños y otros factores que pueden ser llamados genéricamente factores socioculturales, han de ser considerados al realizar el diagnóstico situacional de salud, ya que como es sabido, muchas de las enfermedades o cau-

sas de muerte están íntimamente ligadas a ellos. La concepción de la práctica médica y, por tanto, la formación de recursos en esta área, tendrían que ser reorientados bajo estos conceptos, a fin de garantizar la salud integral accesible a todos los mexicanos.

La medicina, en sus más distintas gamas, es y será insustituible para atender las enfermedades que ya se han generado. Para decirlo de un modo puntal, puede llegar a tiempo, pero siempre llega después. En cambio, para evitar que cundan las enfermedades son, sobre todo, las políticas socioculturales de saneamiento ambiental, educación para la salud o mejoramiento de los hábitos alimenticios, las que han demostrado tener una mayor incidencia real y práctica en la evaluación de los niveles de salud de una población.

De hecho, existe una relación indisoluble

¹ Ex-Jefe de Servicios del Secretariado Técnico, Instituto Mexicano del Seguro Social. Subsecretaría de la Vivienda, Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, México.

entre los indicadores más usuales, utilizados para determinar y diagnosticar la situación de la salud y las prácticas y necesidades socioculturales de la población. Uno de los fenómenos más visibles, a partir de estos indicadores es, por ejemplo, el que se refiere al desfase existente entre la esperanza de vida al nacimiento de los varones y el de las mujeres que resulta mucho más prolongado. Además de los factores socioculturales más conocidos —como son la exposición mayor de los varones a la vida productiva, y en consecuencia, a los accidentes de trabajo y en tránsito—, sería necesario incorporar la consideración de que en México se sigue dando a la mujer, dentro de la educación familiar, una formación más consistente y exigente que la que reciben los varones, a quienes la madre —eje central de la cultura familiar

REFERENCIAS

1. Jackson, D, F.; The study of the family, Fam proc. 4:9, 1965.
2. Ackerman, N. W.; Treating the troubled family, Basic books, N. Y., 1966.
3. Satir, V.; Conjoint family therapy, A guide to theory and technique, Science and Behavior books, Inc. Palo Alto, Calif. 1967.
4. Chagoya, L.; Difficulties in teaching family therapy; artículo presentado en el V Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 1971.
5. Ledeker, W. J. et Jackson, D.D.; The mirages of marriage; W.W. Morton & Co. Inc. New York, 1968.
6. Otto, M.A.; Criteria for assesing family strength, Fam. Proc. 2:329, 1963.
7. Chagoya, L. et Gutterf, H.; Guide pour évaluer le fonctionnement de la famille, Manuscrit non-publié., Septiembre 1971.
8. Watelawick, P.: A review of the poble bind theory, Fam Proc. 2: 132, 1963.
9. Bell N. W., and Vogel, E.F.; The emotionnally disturbed child as a family scapegoat, capítulo 30 en A modern introduction to the family, Free Press, Glencoe, 1960.
10. Millar, T. P.; Limit setting and psychological maturation, Arch gen psych 18:214, 1968.
11. Haley, J.; Marriage Therapy, Arch Gen Psych 8:213, 1963.
12. Westley, W.A., et Epstein, N.B.; The silent hajority, Jossey Bass Inc., Publishers, San Francisco, 1969.

Factores socioculturales de la salud en México

LIC. MARCO ANTONIO MICHEL¹Michel MA: *Factores socioculturales de la salud en México*. Salud Pública Méx., 1986; 28: 278-282.

Resumen: Los patrones nutricionales, la pobreza, el maltrato a los niños y otros factores que pueden ser llamados genéricamente factores socioculturales, han de ser considerados al realizar el diagnóstico situacional de salud, ya que como es sabido, muchas de las enfermedades o cau-

sas de muerte están íntimamente ligadas a ellos. La concepción de la práctica médica y, por tanto, la formación de recursos en esta área, tendrían que ser reorientados bajo estos conceptos, a fin de garantizar la salud integral accesible a todos los mexicanos.

La medicina, en sus más distintas gamas, es y será insustituible para atender las enfermedades que ya se han generado. Para decirlo de un modo puntal, puede llegar a tiempo, pero siempre llega después. En cambio, para evitar que cundan las enfermedades son, sobre todo, las políticas socioculturales de saneamiento ambiental, educación para la salud o mejoramiento de los hábitos alimenticios, las que han demostrado tener una mayor incidencia real y práctica en la evaluación de los niveles de salud de una población.

De hecho, existe una relación indisoluble

¹ Ex-Jefe de Servicios del Secretariado Técnico, Instituto Mexicano del Seguro Social. Subsecretaría de la Vivienda, Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, México.

entre los indicadores más usuales, utilizados para determinar y diagnosticar la situación de la salud y las prácticas y necesidades socioculturales de la población. Uno de los fenómenos más visibles, a partir de estos indicadores es, por ejemplo, el que se refiere al desfase existente entre la esperanza de vida al nacimiento de los varones y el de las mujeres que resulta mucho más prolongado. Además de los factores socioculturales más conocidos —como son la exposición mayor de los varones a la vida productiva, y en consecuencia, a los accidentes de trabajo y en tránsito—, sería necesario incorporar la consideración de que en México se sigue dando a la mujer, dentro de la educación familiar, una formación más consistente y exigente que la que reciben los varones, a quienes la madre —eje central de la cultura familiar

mexicana— tiende a sobreproteger, facilitándose en apariencia las cosas pero, en rigor, debilitándose y colocándolos en posiciones de dependencia que se reflejan en un más bajo umbral de tolerancia al dolor y a la enfermedad. Este hecho explica, en cierta forma, una mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres de muertes derivadas del alcoholismo y los actos de violencia, causas que mantienen los primeros lugares en las tasas de mortalidad de la población en edad productiva.

Sin embargo, dentro de los factores socioculturales, la pobreza sigue siendo el más grave, determinante y difícil de trascender, para lograr una situación de salud más igualitaria dentro de la sociedad mexicana. Así, la casi totalidad de las muertes "evitables" corresponden a los estratos más pobres de la población, dándose entre estos grupos marginales, en todos los grupos de edad, un 67% de muertes más que en los otros estratos. Como lo han mostrado los trabajos de COPLAMAR, sobre la satisfacción de las necesidades esenciales de la población mexicana: "Del total de muertes por enteritis y otras enfermedades diarreicas, anemias, avitaminosis y mortalidad materna, más del 96% corresponde a este grupo de la población".⁽¹⁾

Nos encontramos, por otra parte, que del 43% de las muertes que se determinaron como "evitables" hace diez años, el 59% correspondieron a los menores de 5 años.⁽²⁾ Este dato apunta hacia un problema sociocultural de la mayor gravedad y trascendencia dentro de un diagnóstico situacional de la salud en México: la cultura mexicana se caracteriza por un clima de agresividad y desatención práctica hacia los niños. La primera agresión que reciben y que afecta su salud de un modo irreversible, es la que se refiere a la tendencia a no proporcionarles alimentos en un nivel igualitario al del conjunto familiar. Según los datos obtenidos a través de los recientemente creados Centros de Orientación Nutricional de los hospitales del programa IMSS-COPLAMAR, nos encontramos con que los niños que constantemente se reciben para su atención de emergencia han sido marginados de la ingesta de los alimentos de los que sí dispone el resto de su familia. En estos centros, por espacio de 3 ó 4 semanas, se les demuestra a las madres que sus hijos se

restablecen rápidamente con sólo proporcionarles los mismos alimentos que ingieren usualmente los jóvenes y los adultos de su familia.

Al respecto, el Instituto Nacional de la Nutrición ha revelado que la llamada "dieta mestiza" incluye alimentos que configuran una dieta balanceada, en términos nutricionales, y que resulta accesible para la casi totalidad de la población nacional: se compone de la mezcla, en el mismo alimento, de tortillas, frijoles, cebolla, jitomate y chile —para los adultos— y para los niños, además de esos mismos 5 elementos, ha de añadirse algo de leche. Esta dieta puede enriquecerse con quelites, nopales y, de ser posible, lentejas. La importancia de incluir estos datos concretos en la orientación nutricional que proporcionan los médicos y los paramédicos en las zonas rurales y suburbanas del país resulta esencial. Incluso podría afirmarse que en las familias de trabajadores y en una proporción considerable de las clases medias, una alimentación de esa índole sería mucho más nutritiva para los niños que los ingeribles "chatarra" o "basura" que se les suelen dar para llenarlos sin nutrirlos, siguiendo muchas veces la inercia del impacto que tienen en niños y en adultos la publicidad comercial de la televisión sobre ingeribles industrializados de nulo valor nutritivo.

La importancia de este factor sociocultural para la salud adquiere un relieve decisivo si se piensa que, de acuerdo con varias estimaciones, el 60% de las defunciones en niños menores de 5 años son consecuencia directa o indirecta de la desnutrición y que uno de cada 4 niños mexicanos presenta deficiencias nutricionales.⁽³⁾ El impacto de la nutrición es tal, que algunas investigaciones han demostrado que mientras los hijos de los habitantes del campo y de los núcleos suburbanos no han tenido en los últimos 50 años ningún incremento en la estatura promedio, los niños de la clase media mexicana han tenido en ese mismo periodo un aumento en el promedio de estatura de 15 cm.⁽⁴⁾

Esta actitud social y cultural de desplazamiento y marginación de los niños se revela también en que, de acuerdo con indicadores mundiales, México es uno de los países punteros en el maltrato físico y psicológico hacia los

menores de edad. Este grave conflicto acumulado repercute en el deterioro de la salud integral de la población, ya que es un hecho comprobado en múltiples estudios de tipo psicosocial, que la formación básica del carácter y de la capacidad física de un individuo se obtiene durante los primeros 7 años de vida, siendo muy escasa y decreciente su plasticidad ulterior.⁽⁵⁾

En este contexto es que adquieren su perfil de gravedad fenómenos tales como la desnutrición infantil, la falta casi absoluta de espacios de recreación para los niños en las grandes ciudades y la poca o nula atención que recibe en nuestro país la educación preescolar. De ahí la prioridad que debe darse a los programas de atención materno infantil, de guarderías y estancias infantiles, así como las acciones de educación para la salud dirigidas a los padres de familia. Los profesionales y los trabajadores para la salud debemos reconocer en este ámbito el terreno más fértil para mejorar las condiciones socioculturales que inciden de modo directo en la salud de las futuras generaciones y que hoy nos obligan a un diagnóstico crítico e inquietante al respecto.

Si bien a los factores socioculturales de la salud se sobreañaden los de carácter estructural, tales como la dependencia tecnológica tradicional en la industria farmacéutica, la sobreconcentración de los profesionales de la salud en las ciudades, la dispersión de las localidades rurales que hace difícil hacerles llegar recursos materiales y humanos, los problemas que le plantea la sociedad nacional a las instituciones de salud, tienen un peso específico importante por sí mismo. Uno de los más arraigados factores de esta índole es el que se refiere a la necesidad de una gran mayoría de mexicanos de ver y buscar en el médico a una especie de chamán milagroso, ligado de algún modo con los grupos y con los hechiceros ancestrales que todavía ejercen sus mágicos poderes en muchas comunidades indígenas y apenas mestizadas. Por esta razón es que, frente a la opción de generar un conflicto desgastante y quizás inagotable, el Programa IMSS-COPLAMAR, destinado a atender a los grupos rurales más rezagados del país, ha establecido acuerdos con las comunidades indígenas en que opera, para apoyar a los curanderos y parteros empi-

ricos, de tal manera que su llamada medicina tradicional adquiera una eficacia práctica y concreta, incorporándole elementos derivados de la bioquímica como ciencia y de la medicina como tecnología que la aplica y como arte de las relaciones humanas destinadas a curar a los individuos, a prevenir sus enfermedades y a contribuir, junto con otras profesiones, al incremento del bienestar integral de las familias y de las comunidades.

Debido, en gran parte, a la tradición que impulsa a establecer un vínculo de carácter paternal, visto desde la figura del médico, y propiciatorio de la gracia, si se le contempla desde la perspectiva del paciente, en México, es observable la absoluta prevalencia de la prestación de servicios personales de salud, lo cual hacía que, para 1980, no llegase al 3% del presupuesto federal para salud y seguridad sociales la proporción de recursos destinados a la prestación de los servicios no personales de salud, lo cual se traduce en el mantenimiento del anacrónico perfil epidemiológico característico de nuestro país.⁽⁶⁾

Por lo que hace a la correlación entre trabajadores de la salud y población en general, nos encontramos con que en 1976 había 8.0 médicos, 4.6 enfermeras y 8.2 auxiliares de enfermeras por cada diez mil habitantes, proporción que no ha hecho sino decrecer en los últimos años.⁽⁷⁾ La absoluta imposibilidad de reducir la proporción de derechohabientes y de solidariohabientes de las instituciones de salud y de seguridad social del país que le toca atender a cada trabajador de la salud, profesional y técnico, obliga a pensar en el imperativo de programas de desarrollo sociocultural destinados a prevenir las enfermedades y a generar ambientes más saludables, en vez de aferrarnos a la idea de que todos los mexicanos llegarán a contar con un médico de cabecera en un plazo no muy lejano. Esta óptica comienza a incidir en las grandes instituciones de salud y de solidaridad social, lo que obliga a invertir sus procesos tradicionales, dando énfasis en primera instancia a los programas de apoyo a la medicina preventiva, después a la medicina general y sólo en un tercer nivel, como ahora se le llama precisamente, a la medicina especializada.

Sin embargo, todavía no se refleja esta magnitud de necesidades de los programas públi-

cos de salud, en la formación de médicos generales y de médicos y profesionales con especialidades tan amplias como las definidas por la atención de un segundo nivel que exige la mayoría de las unidades hospitalarias (gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general, en la rama médica; y psicología clínica, dietología, epidemiología clínica, fisioterapia, química farmacobiológica y trabajo social, en las áreas complementarias). Menos aún se contempla todavía la prevalencia en las universidades y los tecnológicos de la formación de médicos generales que constituyen la inmensa mayoría de la oferta real de trabajo por parte de las instituciones públicas.

Es necesario detenerse aquí, en este problema, porque constituye sin duda un asunto básico de carácter sociocultural. Mientras las necesidades sociales exigen, de aquí al año 2000, que el 56% de los profesionales médicos y paramédicos tengan una formación de carácter general, que el 36% tengan una formación dentro de las grandes áreas de especialidad propias del segundo nivel y sólo el 8% cuente con una formación subespecializada, la tendencia cultural dominante es la estrictamente inversa.⁽⁸⁾ Todavía los estudiantes y los pasantes de la medicina y de las profesiones ligadas con ella, parten del supuesto, casi axiomático, de que lo prestigioso, lo útil para ellos y para los demás, será estudiar una subespecialidad. Nos encontramos así con el fenómeno de que algunos profesionales expertos de la medicina confiesan que sólo durante el 5% de su tiempo de trabajo profesional utilizan el 95% de sus conocimientos, mientras que en el 95% de los casos sólo hacen uso del 5% de su acervo científico, técnico y práctico.⁽⁹⁾ Este fenómeno cultural se agrava con la extraordinaria resistencia de trabajar en las áreas rurales y aún suburbanas.

Si hemos de buscar la aplicación práctica del

derecho constitucional a la salud, será imprescindible ajustar de inmediato los programas de estudio de las universidades nacionales, generar niveles de estudios técnicos de carácter paramédico y organizar, en forma interdisciplinaria y rigurosa, los programas nacionales del servicio social de pasantes.

De no tomarse serias y prontas medidas en la formación de los recursos humanos en el área de la salud y en la capacitación, actualización y reorientación de quienes ya laboran en este sector, sólo lograremos el incremento del desempleo profesional y subprofesional y la atención decreciente de vastos grupos sociales de mexicanos.

Las instituciones de salud y de seguridad social comienzan ya a influir, en la práctica, en una redefinición de las pautas socioculturales que han definido a los servicios de salud en México. Uno de los programas más notables en este sentido es el que se refiere a la atención de zonas marginadas a través de IMSS-COPLAMAR. Con el objeto de atender a poco más de 18 millones de mexicanos marginados tradicionalmente de los servicios de salud, se ha planteado la posibilidad, ya operativa, de intercambiar servicios públicos de salud a cambio de la realización de tareas colectivas destinadas a elevar el nivel de bienestar biopsicosocial de las propias comunidades atendidas por el programa. El ritmo de avance alcanzado ya por IMSS-COPLAMAR revela que sí existe, por parte de la población, una disposición más que favorable para trascender inercias culturales y modificar antiguos rezagos sociales.⁽¹⁰⁾ Resta ahora que los responsables de la formación y actualización de los profesionales y técnicos de la salud realicen su parte para complementar este esfuerzo destinado a garantizar la salud integral, accesible a todos los mexicanos. Y es que, sobre los factores socioculturales de la salud en México, los educadores tienen la palabra.

Michel MA: *Socio-cultural factors and health in Mexico*. Salud Pública Méx., 1986; 28: 278-282.

Summary: Poor nutrition, poverty, child abuse, and other sociocultural factors present in Mexico today have to be taken into account in the situational diagnosis of community health in, as much as these factors, are intimately related to many diseases and mortality. Medical practice

and medical education programs should be reoriented to include the study of sociocultural factors in order to plan health care services which are based on comprehensive services which be accessible to all mexicans.

REFERENCIAS

1. Coplamar: *Necesidades esenciales en México*. Salud, Editorial Siglo XXI, tomo 4: 69.
2. Ibid. pág. 65.
3. De acuerdo con un estudio de la S.S.A. sobre la situación alimentaria mexicana realizado en 1982, se estima que cerca del 60% de las defunciones en menores de 5 años son provocadas por la desnutrición, como causa básica de muerte, principalmente por el carácter sinérgico entre desnutrición e infección, lo que implica que el efecto de la infección es mayor en un organismo desnutrido porque está débil, no tiene reservas energéticas ni defensas orgánicas. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Unidades Normativas para la Educación en Nutrición, México 1982; 48.
4. Ramos Galván R: *Análisis de dos estudios de peso y talla hechos con 50 años de diferencia en niños de la ciudad de México*. En: Boletín Médico del Hospital Infantil de México 1978; 35: 441-463.
5. Cravioto J, Arrieta L: *Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje*. DIF, ONU, UNICEF, México, 1982.
6. Coplamar: op. cit. pág. 137.
7. López Acuña: *La salud desigual en México*. México: Ed. Siglo XXI 1980; 142.
8. Coplamar: op. cit. pág. 255.
9. Datos recabados de sesiones de grupos de discusión dirigido con directivos médicos del IMSS, durante el periodo 1976/1982, coordinado por la Subjefatura de Enseñanza e Investigación de la Jefatura de Enseñanza e Investigación, Centro Médico, IMSS.
10. Véase: *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*. IMSS, 1983.

MA DE NUEVO LEÓN

DE BIBLIOTECAS

Michel MA: Socio-cultural factors and health in Mexico. Salud Pública Méx., 1986; 28: 278-282.

Summary: Poor nutrition, poverty, child abuse, and other sociocultural factors present in Mexico today have to be taken into account in the situational diagnosis of community health in as much as these factors, are intimately related to many diseases and mortality. Medical practice

and medical education programs should be reoriented to include the study of sociocultural factors in order to plan health care services which are based on comprehensive services which be accessible to all Mexicans.

REFERENCIAS

1. Coplamar. *Necesidades esenciales en México*. Salud, Editorial Siglo XXI, tomo 4: 69.
2. *Ibid.* pág. 65.
3. De acuerdo con un estudio de la S.S.A. sobre la situación alimentaria mexicana realizado en 1982, se estima que cerca del 60% de las defunciones en menores de 5 años son provocadas por la desnutrición, como causa básica de muerte, principalmente por el carácter sinérgico entre desnutrición e infección, lo que implica que el efecto de la infección es mayoren un organismo desnutrido; porque está débil, no tiene reservas energéticas ni defensas orgánicas. Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Unidades Normativas para la Educación en Nutrición*. México 1982: 48.
4. Ramos Galván R. *Análisis de dos estudios de peso y talla hechos con 50 años de diferencia en niños de la*

- ciudad de México. En: *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 1978; 35: 441-463.
5. Cravioto J, Arrieta L. *Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje*. DIF, ONU, UNICEF. México. 1982.
6. Coplamar: op. cit. pág. 137.
7. López Acuña: *La salud desigual en México*. México: Ed. Siglo XXI 1980; 142.
8. Coplamar: op. cit. pág. 255.
9. Datos recabados de sesiones de grupos de discusión dirigido con directivos médicos del IMSS, durante el periodo 1976/1982, coordinado por la Subsecretaría de Enseñanza e Investigación de la Jefatura de Enseñanza e Investigación, Centro Médico. IMSS.
10. Véase: *Diagnóstico de salud en las zonas marginales rurales de México*. IMSS, 1983.

GUIA DE DISCUSION

- 1.- Qué datos apoyan la afirmación de este autor? al decir que la atención médica puede llegar a tiempo, pero casi nunca llega.
- 2.- Qué recomendaciones dice el escrito deben hacerse para evitar que cundan las enfermedades?
- 3.- A qué factores socioculturales, además de los accidentes de trabajo y viales se debe el desfase existente en México entre la esperanza de vida al nacimiento de los varones y las mujeres que es más prolongado.
- 4.- En qué se apoya el autor para decir que los factores socioculturales influyen en la aparición de la enfermedad o en la causa de la muerte de los mexicanos.
- 5.- Además de la pobreza, los patrones nutricionales y el maltrato de los niños, que factores socioculturales de tipo estructural favorecen la enfermedad y la muerte del mexicano.
- 6.- Qué programas de desarrollo sociocultural recomienda para promover la salud y evitar la enfermedad?
- 7.- Cuál debería ser la tendencia en la formación de los profesionales de la salud?
- 8.- Qué debemos hacer los profesionales de la salud para cumplir con el derecho constitucional a la salud?
- 9.- Qué opinión tiene de este artículo?

INTRODUCCION

Si fuera necesario definir el modelo con el cual se relacionan hoy la Sociología y la Etnología del cuerpo no podría, sin duda, encontrarse mejor paradigma que el del "coloquio interdisciplinario", espacio de confluencia ficticio y abstracto donde convergen momentáneamente en torno de un mismo ámbito de lo real o de un problema social, percibido y enunciado como tal por la conciencia común, especialistas provenientes de las más diversas disciplinas. Como su objeto de estudio está sólo bosquejado pero no construido sistemáticamente, la Sociología del cuerpo parece encerrarse en los debates y controversias concernientes a la definición de su campo de aplicación, contentándose a menudo con plantear, en términos que recuerdan a los del derecho y en particular, a los del derecho internacional, el problema de sus relaciones con otras disciplinas, al modo de las discusiones sobre el reparto de los terrenos conquistados o la gestión de las zonas de influencia. O incluso pretende basarse en la voluntad de sintetizar las distintas ciencias del cuerpo, solución también ligada con la lógica que rige las relaciones entre los estados y que recuerda, por su carácter utópico y por la ideología pragmática subyacente, los esfuerzos de los organismos internacionales por conciliar verbalmente (es decir borrando las diferencias artificialmente) los intereses más contrapuestos.

Los trabajos, por otra parte escasos, que explícitamente tienen por objeto la "Sociología del cuerpo" y la relación de los individuos con su cuerpo —artículos programáticos o ensayos polémicos— se ocupan menos, en realidad, de presentar estudios empíricos, por cierto casi inexistentes, o de formular los esquemas teóricos que los hicieran posibles, que de sustraer el estudio del cuerpo del área de otras disciplinas —antropología física, tecnología, dietética, sexología, biometría, etc.— para convertirlo en un objeto disponible y, como tal, apto para ser poseído por la Sociología, aunque sólo sea en forma parcial y casi clandestina. Pero, para hacer su análisis sociológico, ¿basta con la comprobación de la diversidad geográfica e histórica de los usos del cuerpo (acumulando a veces, como "pruebas" los datos más heterogéneos tomados en préstamo de sociedades muy

diversas y desvinculados de los sistemas culturales que les dan sentido), poniendo en tela de juicio los postulados naturalistas al afirmar el carácter relativamente arbitrario de los hábitos corporales o, lo que es igual, declarando que éstos también se modelan culturalmente? Ello podría aceptarse si los estudios empíricos que normalmente deberían generar los trabajos programáticos de los "fundadores" no se detuvieran, en la mayoría de los casos, en el problema de la elección de los instrumentos técnicos requeridos por la práctica de la Sociología del cuerpo. En efecto, quizá sea en el nivel de la elección de las técnicas donde se comprendan mejor las dificultades derivadas de la no construcción del objeto: cuando se trata de dar cuenta de comportamientos físicos, por ejemplo de hábitos de consumo corporal, pareciera que la Sociología del cuerpo vacilase entre el análisis econométrico, que tiende a disolver el objeto de estudio en la macro-economía y el análisis microtecnológico, que tiende a disolverlo en la anatomía o la biología, sin encontrar el tipo de aproximación que permitiría rescatar su dimensión específicamente social. Así, el análisis del consumo alimenticio parece oscilar perpetuamente entre el estudio muy general de los presupuestos familiares y el estudio excesivamente particular del contenido calórico de cada tipo de ración alimenticia. O el estudio de los gestos y del esfuerzo físico, entre un estudio de "los movimientos y los tiempos" de cuño taylorista, en el cual el objeto se diluye en el conjunto de procesos productivos, y un "análisis mecánico del movimiento" que tiende a confundirlo con el objeto de la anatomía funcional del aparato locomotor, rama particular de la anatomía descriptiva.

De ese modo, olvidando que todo método y toda técnica son un método y una técnica de construcción del objeto, la sociología del cuerpo parece condenada a reproducir el objeto de las ciencias de las cuales toma prestados sus métodos y técnicas y tiende a confundirse con las disciplinas de las que, sin embargo, pretende liberarse. En consecuencia se niega a sí misma la posibilidad de romper con las tradiciones científicas que se reparten el estudio del cuerpo. Las intenciones de ruptura periódicamente renovadas permanecerán vacías y estériles mientras no se asocien a la construcción del objeto en el esfuerzo por recuperar la lógica específica, es decir, propiamente sociológica, según la cual se organizan los comporta-

mientos corporales. Ahora bien, esta tarea de construcción no puede ser efectuada mediante la transferencia directa y la simple yuxtaposición de los esquemas teóricos y de las herramientas técnicas empleadas en otras disciplinas. En efecto, al estar constituidas en torno a determinadas exigencias sociales, las disciplinas que tienen por objeto principal el estudio del cuerpo sólo pudieron, en la mayoría de los casos, engendrar teorías parciales del cuerpo y de la relación con el cuerpo. Tomemos, por ejemplo y al azar, las ciencias de la alimentación llamadas a definir las "raciones alimenticias", el análisis mecánico del movimiento, cuyo proceso se relaciona con los de la división del trabajo y la racionalización de la producción, o bien de la racionalización de las actividades lúdicas como el deporte y la danza; la sexología, dominio compartido entre la moral y la medicina (que, por eso, fue particularmente difícil de construir en forma científica y que, al menos en su origen, parece más moral que médica); el estudio de la comunicación por gestos y expresiones faciales que se origina principalmente en el análisis psiquiátrico de los signos clínicos y, en general, el conjunto de disciplinas que se relacionan, directa o indirectamente, con lo que se ha dado en llamar "problemas de higiene y salud" —"higiene social, higiene del trabajo", o puericultura, por ejemplo— cuya aparición o desarrollo, socialmente alentados o suscitados a fines del siglo XIX, son correlativos a un esfuerzo generalizado de moralización y control de las clases populares.

Estos diversos tipos de demanda social definen por sí mismos las formas y las categorías de aprehensión del cuerpo ajeno: las problemáticas específicas de cada una de estas disciplinas particulares (que sólo suelen existir en estado implícito o semi-sistemático) tienden a reducir la totalidad del cuerpo a una y sólo una de sus propiedades o de sus dimensiones —máquina térmica para el nutricionista, sistema de palancas para el analista del movimiento, emisor involuntario de síntomas o de signos para el médico o el psiquiatra, etc.— porque las taxonomías y las categorías de percepción del cuerpo que constituyen y utilizan los especialistas de esas disciplinas surgen de la práctica específica y de la situación en que ésta se ejerce; en suma porque se basan en la necesidad práctica de dominar el cuerpo en situación, o sea, con frecuencia (y especialmente en la relación

médico-paciente), de dominar la situación.

Producidas por facultativos obligados a satisfacer una demanda social, creadas por y para la práctica, vale decir directamente adecuadas a la necesidad social de manipular el cuerpo ajeno, de guiarlo y de actuar sobre él; por ejemplo, de suministrarle una determinada cantidad de bienes especiales (productos alimenticios o farmacéuticos) o de formularle reglas de conducta, las teorías del cuerpo implícitas en la fundamentación de las disciplinas que lo tienen como principal campo de investigación, están destinadas a engendrar concepciones del cuerpo puramente funcionalistas. Este se convierte en una suerte de instrumento ajustado a fines especiales, que posee correlativamente y, en cierto modo por esencia, necesidades especiales que deben ser satisfechas para que pueda cumplir las funciones que le han sido asignadas socialmente. Ahora bien, solamente rompiendo con la relación "práctica" que supone toda situación en la que el cuerpo es objeto de una estrategia, terapéutica o ética, para ubicarse como observador en un punto en el que el cuerpo pueda aparecer con la pluralidad de sus facetas, se podrá realizar, primero la construcción del sistema de relaciones entre el conjunto de comportamientos corporales de los miembros de un mismo grupo y, segundo, del sistema de relaciones que enlazan los comportamientos corporales con las condiciones objetivas de existencia de ese grupo. Como se verá a continuación, tales relaciones sólo pueden establecerse si se realiza un análisis y una descripción de la cultura somática propia de ese grupo. En efecto, si el establecimiento del sistema de relaciones entre las distintas dimensiones del comportamiento corporal implica la ruptura de la situación práctica definida por una necesidad social, quizá exija, como cuestión previa, poner en tela de juicio la teoría de las necesidades y de las funciones naturales, ya sea que reduzca la totalidad del cuerpo a una sola de sus "necesidades" o de sus "funciones" o que proceda a la suma del conjunto de las "necesidades y funciones" atribuidas al cuerpo por la conciencia común y por las ciencias que la reflejan, la sistematizan, la informan y le confieren legitimidad.

Una vez definidos los distintos comportamientos corporales simbólicos o prácticos sociológicamente pertinentes, se puede interrogar a las demás

ciencias del cuerpo y utilizar sus resultados, sustituyendo las preguntas en función de las cuales han sido explícitamente obtenidos, por las cuestiones implícitas que pueden ser respondidas siempre y cuando sean explícitas y sistemáticamente planteadas, sin correr así el riesgo de ver desaparecer el objeto elegido —es decir, sin verlo extenderse al infinito o, lo que es igual, perderse en las minucias de todas las disciplinas que pretenden revelar la verdad—. Por cierto, el análisis secundario de un material muy diverso, recogido en función de distintas problemáticas, tropezando con una serie de obstáculos que el trabajo de reinterpretación o retraducción (que exige, en todo caso, un conjunto coherente de indicadores) no siempre permite neutralizar o reducir. El análisis secundario sólo permite que cada indicador se analice separadamente sin que puedan establecerse relaciones sistemáticas entre indicadores y, frecuentemente, no permite establecer el sistema de relaciones entre las diferentes variables ni definir el peso relativo de cada una de ellas en ese sistema y, por consiguiente, tampoco permite establecer la relación entre el sistema de relaciones entre indicadores y el sistema de relaciones entre variables. Por eso el análisis secundario, obliga a la verificación de las co-variaciones del mismo sentido o de las variaciones de sentido opuesto de los diferentes indicadores en función de cada variable tomada separadamente. Así, por ejemplo, no siempre fue posible determinar aquí el peso funcional de las variables económicas, cuya acción sólo se comprendía indirectamente, por medio de la categoría socio-profesional, en el sistema de restricciones que determinan la adopción de una conducta física determinada. Pero quizá convenga no sobreestimar las consecuencias de estos obstáculos técnicos. En efecto no hay forma más velada y completa de sucumbir al idealismo, culturalista que la de pretender distinguir a toda costa (como hacen a veces los economistas que rompen con la economía tradicional, por lo menos durante la "fase de oposición" que habitualmente sigue al descubrimiento maravillado de la "sociología") lo que, en un comportamiento dado, es imputable a la acción de "variables económicas" y la acción de "variables culturales", porque equivale a suponer implícitamente que las normas y las reglas culturales puedan ser otra cosa que la retraducción, en el orden cultural, de las coacciones económicas que pesan en los individuos y determinan hasta sus "necesidades" o sus "deseos".

Además, en última instancia, el establecimiento de una relación de causalidad entre el tipo de condiciones objetivas (ampliamente reductibles a condiciones económicas) a las que están sometidos los sujetos sociales y el tipo de comportamiento corporal que les es propio, no autoriza a omitir el análisis de sus habitus físicos (dimensión de sus hábitos de clase) en tanto "sistema de las disposiciones orgánicas o mentales y de los esquemas inconscientes de pensamiento de percepción y de acción" que permiten a los agentes generar "en la ilusión bien fundada de la creación de la novedad imprevisible y de la improvisación libre, todos los pensamientos, percepciones y acciones ajustados a regularidades objetivas..."

De este modo, las variaciones del consumo médico de las distintas clases sociales, cuyo análisis constituye el tema de este trabajo o, si se prefiere, sirve de introducción al análisis de la cultura somática de las distintas clases (al que también podría llegarse tomando como punto de partida otros accesos posibles, por ejemplo y al azar, las técnicas de los cuidados corporales, las prácticas sexuales, los gestos o las utilidades lúdicas del cuerpo) no podrían explicarse ni en un simple análisis econométrico del consumo de las diferentes clases, ni en una evaluación (sin duda imposible desde el punto de vista práctico) de las necesidades físicas de los integrantes de cada clase en materia de cuidados médicos, ni tampoco en una descripción puramente objetivista o conductista del tratamiento o del "régimen" (en el sentido en que se habla del régimen de un motor) al que es sometido cotidianamente el cuerpo en las distintas clases sociales. Tales explicaciones están condenadas a la parcialidad, porque olvidan que los determinismos sociales nunca se transmiten al cuerpo de manera inmediata a través de una acción que se ejercería directamente en el orden biológico, sino que son modificados por el orden cultural que los traduce y los transforma en reglas, obligaciones, prohibiciones, repulsiones o deseos, gustos y aversiones.

LOS USOS SOCIALES DEL CUERPO

P R O L O G O

Este trabajo, realizado con apoyo del Centre de Sociologie Européenne (Centre de Sociologie de l'Education et de la Culture), bajo la dirección de Pierre Bordieu, se basa fundamentalmente en el análisis secundario de las principales encuestas, publicadas o inéditas, realizadas desde hace diez años por organismos públicos o privados, en la mayor parte de los campos que interesan a la sociología del cuerpo: consumo médico, alimentación, alcoholismo, higiene, sexualidad, prevención de la natalidad, deporte, vacaciones, tratamientos de belleza, etc.

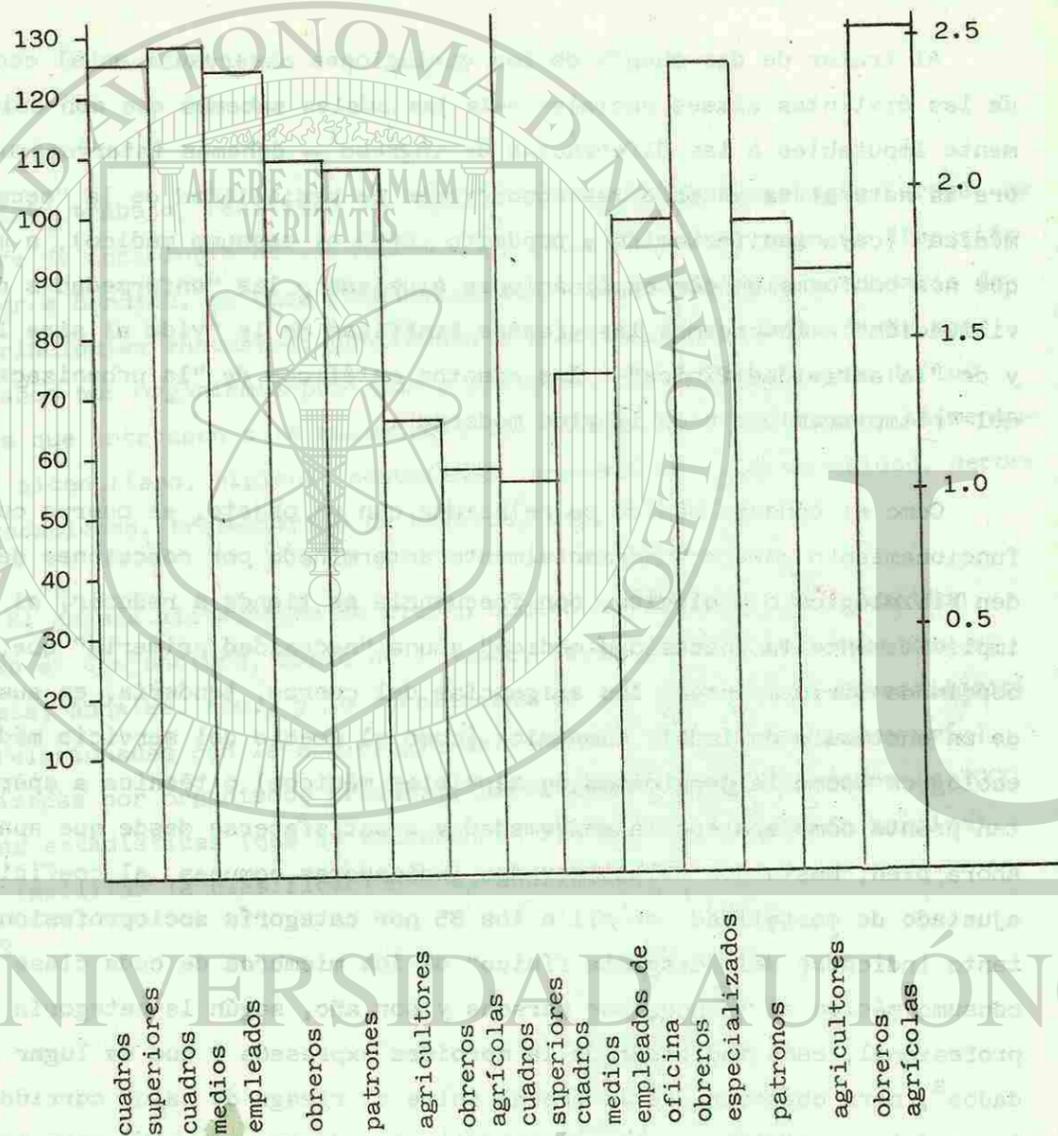
El examen sistemático de cierto número de Sondages, Consommation, Etudes et Conjoncture, Santé de l'Homme, Revue d'histoire économique et sociale, Annales, etc.) y la recolección de las principales investigaciones relacionadas con la sociología del cuerpo (inéditas en su mayoría), realizadas por organismos privados, permitieron reunir alrededor de 3000 tablas estadísticas (que se volcaron en fichas de perforación marginal, para facilitar la clasificación y el análisis).

LA NECESIDAD MEDICA

Al tratar de dar cuenta de las variaciones observadas en el consumo de las distintas clases sociales —de las cuales sabemos que son sólo levemente imputables a las diferencias de ingreso¹— debemos interrogarnos sobre la naturaleza y sobre las condiciones de posibilidad de la "necesidad médica" (cuya manifestación y producto sería el consumo médico), a menos que nos conformemos con explicaciones alusivas a las "enfermedades de civilización" e invoquemos los efectos benéficos de la "vida al aire libre" y de "la actividad física" o los efectos maléficos de "la urbanización" y del "ritmo trepidante de la vida moderna".

Como el consumo médico se relaciona con un objeto, el cuerpo cuyo funcionamiento parece fundamentalmente determinado por coacciones de orden fisiológico o biológico, con frecuencia se tiende a reducir, al menos implícitamente la "necesidad médica" a una "necesidad primaria" que, subordinada directamente a las exigencias del cuerpo, tendería, en ausencia de un obstáculo de índole económica (como el precio del servicio médico), ecológica (como la proximidad de servicios médicos) o técnica a aparecer tan pronto como aparece la enfermedad y a satisfacerse desde que aparece. Ahora bien, basta con relacionar dos indicadores comunes, el coeficiente ajustado de mortalidad por mil a los 35 por categoría socioprofesional, en tanto indicador del "desgaste físico" de los miembros de cada clase² y el consumo médico en francos por persona y por año, según la categoría socioprofesional, como indicador de la morbilidad expresada y que da lugar a cuidados^a, para observar que la brecha entre el riesgo de salud corrido por los sujetos sociales y los medios sanitarios de que se valen para prevenirse contra ese riesgo es muy desigual en las diferentes clases sociales.

I



El consumo médico según la categoría socio-profesional del jefe de familia, en francos, por persona y por año⁴.

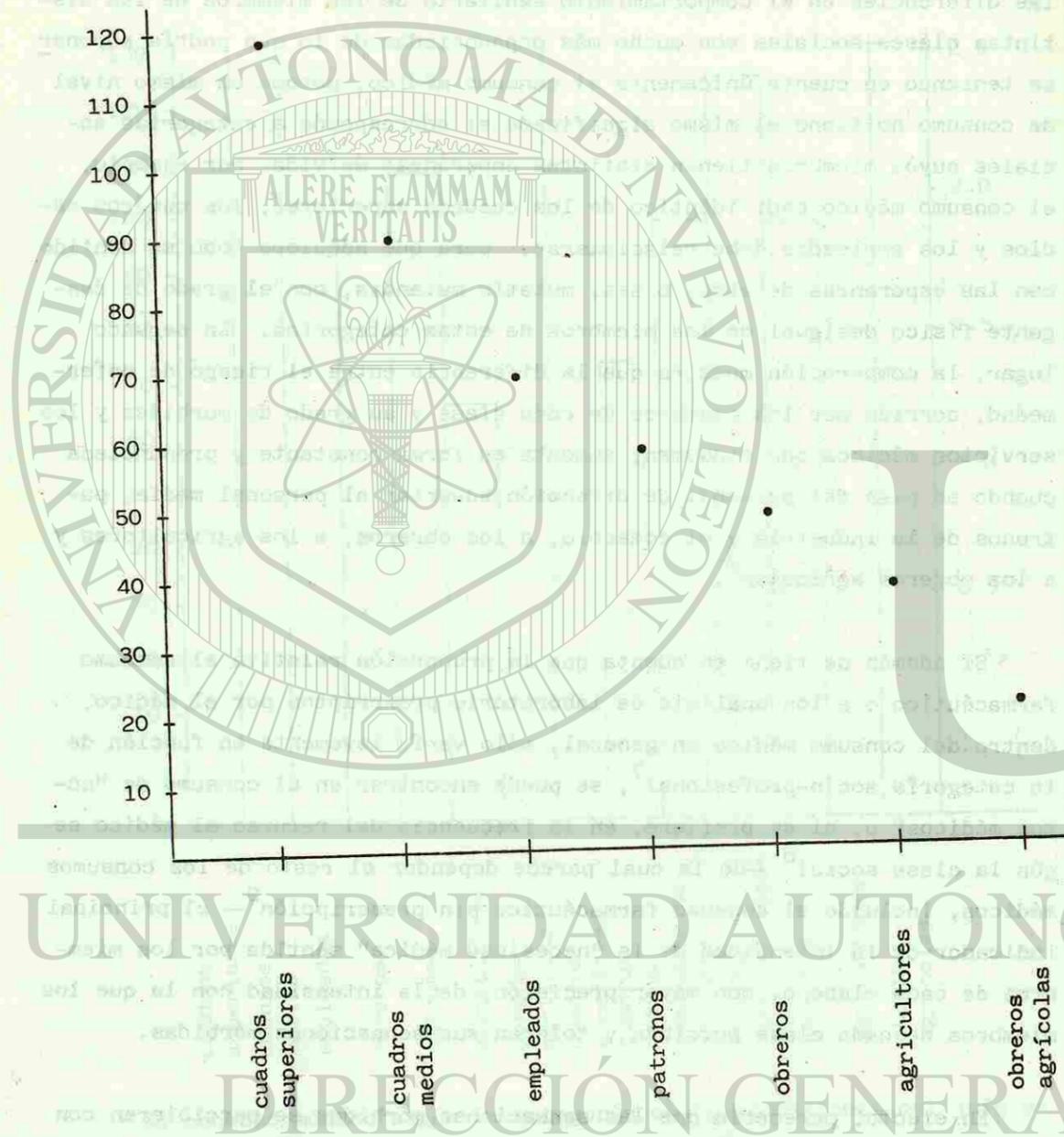
El coeficiente ajustado de mortalidad (por 1.000) a 35 años, según la categoría socio-profesional⁵.

Más precisamente, esta comparación demuestra, en primer lugar, que las diferencias en el comportamiento sanitario de los miembros de las distintas clases sociales son mucho más pronunciadas de lo que podría suponerse teniendo en cuenta únicamente el consumo médico, porque un mismo nivel de consumo no tiene el mismo significado si corresponde a categorías sociales cuyos miembros tienen distintas esperanzas de vida: por ejemplo, el consumo médico casi idéntico de los cuadros superiores, los cuadros medios y los empleados debe relacionarse, para que adquiera todo su sentido con las esperanzas de vida, o sea, mutatis mutandis, con el grado de desgaste físico desigual de los miembros de estas categorías. En segundo lugar, la comparación muestra que la diferencia entre el riesgo de enfermedad, corrido por los miembros de cada clase y su grado de morbilidad y los servicios médicos que consumen, aumenta en forma constante y pronunciada cuando se pasa del personal de dirección superior al personal medio, patronos de la industria y el comercio, a los obreros, a los agricultores y a los obreros agrícolas⁶.

Si además se tiene en cuenta que la proporción relativa al consumo farmacéutico o a los análisis de laboratorio prescritos por el médico, dentro del consumo médico en general, sólo varía levemente en función de la categoría socio-profesional⁷, se puede encontrar en el consumo de "actos médicos" o, si se prefiere, en la frecuencia del recurso al médico según la clase social⁸ —de la cual parece depender el resto de los consumos médicos, incluido el consumo farmacéutico sin prescripción⁹— el principal indicador de la intensidad de la "necesidad médica" sentida por los miembros de cada clase o, con mayor precisión, de la intensidad con la que los miembros de cada clase perciben y toleran sus sensaciones mórbidas.

En efecto, parecería que las sensaciones mórbidas se percibieran con diferente agudeza en las distintas clases sociales o que las mismas sensaciones fueran objeto de una "selección" o de una "atribución" diferente y se experimentaran con mayor o menor intensidad según la clase social de los que la sienten¹⁰. Para dar sólo un ejemplo, diremos que las sensaciones posteriores a la absorción de una comida rica en féculas y en grasas

II



Indice de consumo médico referido al coeficiente de mortalidad a los 35 años

parecen ser objeto de percepciones muy diferentes según la clase social. El sector de individuos que las seleccionan y atribuyen a la clase de sensaciones mórbidas —sensaciones de "pesadez", "mareos", "adormecimiento" y "molestia"— más que a la clase de sensaciones de euforia digestiva —sensaciones de estar "satisfecho" o "lleno", de "recobrar fuerzas", etc.— aumenta regularmente cuando se pasa de las clases populares a las clases superiores, tal como lo testimonia, por ejemplo, las opiniones sobre la digestibilidad de las grasas o de la carne:

III

La sensibilidad digestiva según la clase social (en porcentajes)

	Peones	Agricultores	Obreros	Empleados	Patronos de la Ind. y el Comercio	Cuadros Superiores
Piensen que todas las grasas son igualmente fáciles de digerir ²³ .	65	41	37	31	26	36
Las frituras les caen mal.	11		16.5	16	15	10
No consumen ciertas carnes por considerarlas "indigestas" ²³ .			10	18		23

No podría desdeñarse la sensibilidad a las impresiones digestivas si se considera que, en primer término, después de las "enfermedades agudas estacionales" (gripes, anginas, etc.), las "afecciones digestivas" constituyen el segundo motivo de consumo farmacéutico de particulares y representan el 20% del conjunto de motivos citados por los consumidores de servicios médicos¹⁴ y que, en segundo lugar, los "trastornos funcionales" afectan en la mayoría de los casos (56%) al aparato digestivo o se manifiestan a través de síntomas tales como gastralgias, trastornos dispépticos, constipaciones, diarreas, diskinesias biliares, etc.¹⁵.

La clase de las "enfermedades funcionales" o, más bien, de los "enfermos funcionales", sólo tiene una definición negativa: en el conjunto de

sujetos que tienen una morbilidad plenamente sentida y presentan los síntomas al médico: incluye a todos aquellos enfermos en los cuales no puede el médico descubrir ninguna lesión orgánica mediante sus habituales procedimientos de investigación¹⁶. Por tanto, la propensión a las "enfermedades funcionales" es principalmente el signo de una aptitud para sobreinterpretar los mensajes del cuerpo; vale decir, para observar, seleccionar y atribuir a la clase de las sensaciones mórbidas, las sensaciones que otros individuos no perciben o a las cuales no prestan atención; en suma, una aptitud para convertir la sensación en síntoma. Ahora bien, según los médicos interrogados, "los enfermos funcionales" —una importante fracción de su clientela, ya que en una muestra representativa de 235 facultativos, el 42% dijo tener entre su clientela de un 10% a un 30% de enfermos funcionales y el 58% restante, de 30% a 85%¹⁷ — cuya proporción numérica dentro del conjunto de los enfermos tratados por los médicos aumenta al parecer, rápidamente¹⁸, se encuentran principalmente entre el personal de dirección y los miembros de las profesiones intelectuales y liberales (55%) y secundariamente, entre los integrantes de las clases medias, empleados (26%) y maestros (17%). Los cuadros directivos y los empleados son también proporcionalmente más numerosos (alcanzando el 45% y el 43% respectivamente, contra el 36% de los obreros y el 33% de los agricultores) en las estadísticas referidas a quienes creyeron, en algún momento de su vida, haber sido atacados por una "enfermedad grave" (cáncer, en la mayoría de los casos)²⁰, es decir, los más numerosos en haber seleccionado, sobreinterpretado y expresado sensaciones muy diversas y muy difusas, desde la "bola que uno siente bajo la piel" o el "bulto que uno siente en la garganta" hasta los "vómitos", las "pérdidas de sangre" o los "dolores de la boca del estómago"²¹.

Como los enfermos funcionales se definen por la distancia entre los síntomas presentados al médico, es decir los síntomas expresados verbalmente y los síntomas o signos físicos, cuyo descubrimiento es el resultado de la intervención del médico y de la aplicación de técnicas específicas, la proporción de enfermos funcionales varía según la aptitud para verbalizar las sensaciones mórbidas y quizá, en general, las sensaciones corporales. Esta aptitud se distribuye en forma muy desigual en las diferentes clases

sociales. Al responder a las preguntas del encuestador, que los interroga sobre las principales enfermedades que sufrieron en el curso de los últimos años, los miembros de las clases superiores y, en menor grado, de las clases medias, presentan una descripción detallada y estructurada de las modificaciones de su estado mórbido y enumeran en orden cronológico o en orden de importancia creciente los signos cuya aparición precedió y ocasionó su consulta con el médico. En cambio, los miembros de las clases populares, poco diestros para la descripción de lo que nos figuramos ha de ser su "experiencia vivida" de la enfermedad —por ejemplo, para relatar minuciosamente las modificaciones que la enfermedad aportó a la percepción de su cuerpo—, se conforman, casi siempre, con la repetición de lo que recuerdan haberle escuchado al médico —fragmentos de palabras y de términos científicos enunciados en desorden y casi con vergüenza, desarrollando un discurso entrecortado y desprovisto de coherencia aparente— o se limitan a describir lo que el médico les hizo, las manipulaciones a las que sometió sus cuerpos enfermos, de manera exclusivamente "conductista" y sin buscar, en apariencia, desentrañar el sentido o la razón de esas manipulaciones. Del mismo modo, en presencia del médico y respondiendo a la clásica pregunta que inicia el interrogatorio médico: "¿dónde le duele?", frecuentemente los enfermos de clases populares sólo se quejan de "dolores" no localizados o de "debilidad" generalizada, como si fueran incapaces —al decir de los médicos— de "describir correctamente su estado" o de "entender las preguntas más sencillas", en suma, de presentar al médico síntomas claros, inteligibles y significativos, o sea síntomas a los cuales la medicina les atribuya sentido por haberlos reconocido, catalogado y descripto²².

LA CAPACIDAD MEDICA

La aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales varía según la capacidad para verbalizarlos y aumenta si se pasa de las clases populares a las clases superiores, porque las sensaciones mórbidas no tienen el extraordinario privilegio, que les suele atribuir frecuentemente el sentido común, de expresarse sin lenguaje. La percepción y la identificación de las sensaciones mórbidas, "acto de desciframiento que se ignora como tal"¹, exige por ello un aprendizaje específico o general, implícito o conciente. R. Melzack mostró² que el dolor no constituye una respuesta automática a los estímulos mórbidos, sino que su percepción está determinada por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y, más profundamente, por todo su aprendizaje cultural. La percepción y la identificación de sensaciones mórbidas, por lo tanto, dependen principalmente del número y de la variedad de categorías de percepción del cuerpo de que dispone el sujeto; vale decir que dependen de la riqueza y de la precisión de su vocabulario de la sensación y de su capacidad, socialmente condicionada, para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas y sintomáticas. Efectivamente, el lenguaje que sirve para expresar las sensaciones mórbidas y, en general, para hablar de la enfermedad, constituye la experiencia que los sujetos sociales tienen de la enfermedad al mismo tiempo que la expresa³. Sin embargo, lejos de pertenecer al acervo común del idioma, como las taxonomías mórbidas en sociedades sin lenguaje escrito, las taxonomías mórbidas y sintomáticas corrientes en una sociedad poseedora de una cultura científica —es decir, las taxonomías cuyo conocimiento es el único que permite la identificación, la expresión y, en buena medida, la percepción de los síntomas a los que los médicos atribuyen valor y que, acompañados, por así decir, de una sistematización descriptiva constituyen la clase de los síntomas legítimos⁴— son un producto de la medicina científica.

La memorización y manipulación de esas taxonomías exigen un aprendizaje que; aunque sólo se obtiene totalmente por medio de la enseñanza sistemática y específica procurada a los médicos por la institución escolar, puede lograrse parcial y prácticamente por medio de una familiarización

progresiva y general, con la cual los sujetos sociales adquirirán un dominio más o menos completo en la medida en que dispongan de más o menos medios materiales y culturales propios. Si, como A. Wallace⁵, diferenciamos las taxonomías populares y las científicas —las primeras, a la inversa de las segundas, son conocidas por todos los miembros de una misma sociedad y no requieren un aprendizaje especial para ser adquiridas y manejadas—, observaremos que en nuestras sociedades no existen taxonomías populares organizadas, coherentes y manejadas concientemente por los sujetos sociales (al menos en campos como la medicina, la zoología, la botánica, etc.), sino solamente taxonomías científicas "formuladas según reglas explícitas y deliberadamente utilizadas por los especialistas (zoólogos, botánicos o médicos). Los sujetos sociales poseen un conocimiento más o menos completo de estas taxonomías en función de la distancia social que los separa del mundo intelectual, es decir, en función de su nivel de instrucción. De ello se desprende que, entre otras cosas, no podrían trasponerse sin riesgos al estudio del discurso vulgar sobre la enfermedad producido por los miembros de clases sociales diferentes —en una sociedad jerarquizada y técnica— los métodos de análisis componencial utilizados en la etnociencia por los antropólogos.

La familiarización con las taxonomías mórbidas y sintomáticas de origen científico y la adquisición de nuevas categorías de percepción del cuerpo provienen de la frecuentación del médico —que hoy es el principal agente difusor del vocabulario médico— y, secundariamente, de la lectura de artículos y obras de divulgación⁶. Ahora bien, como hemos visto, la frecuencia y la intensidad de las relaciones que los enfermos mantienen con el médico y la calidad del "coloquio singular" aumentan a medida que se sube en la escala social, es decir, a medida que disminuye la distancia social entre el médico y el enfermo. De este modo, los miembros de las clases superiores que, por definición, pertenecen a la misma clase social que su médico e incluso al mismo "círculo", porque el médico familiar frecuentemente es amigo o bien miembro de ella, mantiene con él relaciones de familiaridad⁷. Esto puede constatarse a través de diversos indicadores tales como el rechazo del examen médico si lo realiza un facultativo de seguridad social, las reticencias respecto del dispensario o

del hospital, la importancia otorgada a la libre elección del médico, a quien a menudo se lo ha conocido en el grupo de relaciones personales, o, también, el conocimiento del departamento privado del médico. Pueden decir que están "perfectamente de acuerdo con sus médicos" o "que con él es fácil el diálogo", porque hablan el mismo lenguaje, tienen los mismos "hábitos mentales", utilizan categorías de pensamientos similares, en suma, estuvieron sometidos a la influencia de la misma "fuerza de formación de hábitos", constituida en este caso por el sistema educativo⁸.

Por el contrario, los miembros de las clases populares que, en su mayor parte, juzgan que el examen médico es demasiado rápido y que consagrar tiempo al enfermo es una de las cualidades más importantes de un médico⁹, que estiman que su médico no les da suficientes explicaciones o tiende a utilizar palabras incomprensibles¹⁰, que además no hablan de sus problemas personales con el médico, están separados de éste por la distancia social que, en todo caso, media entre un miembro de las clases superiores, fuertemente escolarizado y poseedor de un saber particular, y un miembro de las clases populares¹¹. Distancia social duplicada por la distancia lingüística, originada a su vez por las diferencias lexicológicas y sintácticas que separan el lenguaje de las clases cultivadas del lenguaje de las clases populares¹². Tal diferencia de clase y quizá, en especial, de nivel de instrucción, limita considerablemente la difusión del saber médico a través de la consulta médica. En efecto, en la asimetría de la relación enfermo-médico, una de las partes —el médico— tiene una ventaja estratégica porque sus funciones le otorgan la posibilidad material y el derecho legal de manejar física y moralmente al enfermo en nombre de un saber que éste ignora.

Las características específicamente técnicas de la relación terapéutica bastan para hacer que se convierta en una situación asimétrica y de dependencia, porque una de las partes, el enfermo, cumple realmente en ella el papel de objeto. El enfermo, desnudo, acostado inmóvil y en silencio, es el objeto de las manipulaciones físicas del médico, quien, vestido, de pie y libre en sus movimientos, lo ausculta o lo palpa, le ordena

IV

La relación enfermo-médico, según la clase social del enfermo¹³ (en porcentajes)

	Agricul- tores	Obreros	Emplea- dos	Comer- ciantes	Quadros Prof. liberales
Sólo aceptarían ser examinados por su médico personal.	22	16	28	31	43
Nunca van a consultar a un médico en un dispensario o en un hospital.	93	75	85	94	89
Atribuyen gran importancia al poder elegir libremente su médico.	68	63	78	79	90
Conocieron al médico en su círculo de amigos o de relaciones.	2	2	15	11	24
Conocen el domicilio privado del médico.	53	42	57	58	67
Estiman que el examen médico es demasiado rápido.	12	16	13	12	10
Sostienen que el médico no da explicaciones suficientes.	29	36	26	28	20
Estiman que el médico tiene tendencia a usar palabras incomprensibles.	49	47	36	39	29
Consideran que la cualidad más importante de un médico es dedicar tiempo al paciente.	15	17	7	4	7

sentarse, extender las piernas, detener la respiración o toser. Pero además, los médicos frecuentemente acompañan estas manipulaciones físicas con un conjunto de manipulaciones morales que, aunque ejercidas clandestinamente, recurren a técnicas de manipulación comprobadas y que apuntan a que el enfermo reconozca la autoridad del médico, despojándolo de su enfermedad y también, de algún modo, de su cuerpo y de sus sensaciones. Como ejemplo y para abreviar, podemos citar las siguientes técnicas cuya utilización pudo

observarse: sugerir al enfermo que "no sabe expresarse" respecto a sus sensaciones mórbidas, ridiculizar o poner en duda los síntomas presentados por el enfermo que "se escucha demasiado"; mostrar al "enfermo pretencioso" que utiliza términos cuyo sentido ignora; pasar bruscamente de la broma infantilizante a la brutalidad fingida; hablar en voz alta del enfermo, en su presencia, con otro miembro del personal médico, haciendo como si el enfermo estuviese ausente o fuese sordo; aparentar un interés personal en el enfermo y "personalizar" la relación enfermo-médico¹⁴.

La asimetría, crece en la medida en que aumenta la distancia social entre el médico y el enfermo y correlativamente disminuye la fuerza de la estrategia que el enfermo puede oponer al médico; vale decir, que, en esencia, es menor la fuerza del discurso que el enfermo se encuentra en condiciones de oponer al "discurso fuerte" del médico, único detentador de la autoridad de la ciencia y de la legitimidad médica. Por lo tanto, la información médica que se trasmite en el curso de la consulta es menos importante (cuantitativa y cualitativamente) cuanto más abajo esté el enfermo en la escala social, por ser menor su capacidad para comprender y manejar el lenguaje científico del médico y resultar, en consecuencia, más débiles sus medios de presión sobre él. Al sentirse dispensado de dar cuenta al enfermo de sus actos y gestos, el médico tiende a transformar la relación terapéutica en una simple relación de autoridad y a no explicar, e incluso a mantener ocultas las razones de sus preguntas, de sus actos y de sus prescripciones. Efectivamente, no debe olvidarse que la relación entre el médico y el enfermo es, en primer lugar, una transacción comercial y, por eso, una relación de fuerza. De hecho, por la naturaleza misma de la mercancía que produce, con la cual comercia y cuya característica principal es la de adquirir todo su valor (incluso en el sentido económico) del valor que se le reconoce, en suma, de la legitimidad y especialización de sus productores legítimos, el médico —que vende sus servicios, o sea sus actos y discursos, sus "consejos" y sus "prescripciones"— está obligado no sólo a hacer todo lo posible para que el enfermo reconozca el valor de sus "servicios", acepte su autoridad y acate su voluntad, sino también a limitar en lo factible el control que el enfermo estaría en condiciones de ejercer sobre sus actos; incluso para evitar el peligro de la

posible apropiación por el enfermo de una parte de su capacidad y de su discurso (por ejemplo, el conocimiento de signos clínicos, nombres de enfermedades y nombres de medicamentos) que permitirían que lo sustituyera en ciertas oportunidades y, por consiguiente, prescindiera de sus servicios al transformarse en "su propio médico"¹⁵.

En esas condiciones, puede comprenderse la actitud de una parte considerable del cuerpo médico —particularmente de los especialistas que trabajan dentro del sistema de la medicina privada— en relación con lo que se ha dado en llamar "información médica del público". Los médicos declaran, con frecuencia, que dan "la información sólo de mala gana", que prefieren "una confianza un poco ciega" o que informan "sólo aquello que puede comprenderse sin deformación" y se muestran, sobre todo, muy hostiles a la divulgación médica, considerada "malsana y peligrosa" —aunque preconicen el desarrollo de "campañas de educación sanitaria" destinadas a luchar contra "los prejuicios y las ignorancias del público"— porque la vulgarización, a menudo abandonada a quienes no son médicos o facultativos al margen de la profesión médica, pretende transmitir a los individuos rudimentos del saber medicinal —signos clínicos, tratamientos o normas de higiene— y recetas, permitiéndoles sustituir parcialmente al médico. En cambio, la educación sanitaria realizada por organismos oficiales tiene por función principal reforzar en el espíritu del público la autoridad y el prestigio del médico, inculcando la idea de que existe un saber médico y sólo uno, difundiendo el respeto por la medicina científica y sus legítimos detentadores y, de rebote, acrecentando la frecuencia de las consultas con el médico¹⁶. En suma, pareciera que los médicos y, más frecuentemente los clínicos que ejercen privadamente, se remitiesen implícita y quizá inconscientemente, tanto en su discurso como en su práctica, a una suerte de punto óptimo de la educación médica del público, capaz de asegurar el mercado más vasto posible para los servicios que brindan. Así, los sujetos sociales deberían estar lo suficientemente "educados" como para percibir sus sensaciones mórbidas y desear recurrir al médico, pero no tanto como para sustituir parcial o totalmente al médico o estar en condiciones de pedirle explicaciones o discutir sus decisiones.

Puesto que, para ejercerse plenamente, necesita un enfermo educado, es decir conforme, pero que no deje, sin embargo, de someterse y siga siendo, una vez enterado, tan modesto, tan ingenuo y tan confiado ante el facultativo como lo era en su total ignorancia, el poder médico debe recurrir, como el poder religioso, al proselitismo misionero para someter a la ley al mayor número posible de individuos y para hacerles reconocer la legitimidad del dogma y la autoridad de sus poseedores. Pero, como aquel, teme siempre encontrarse con que sus fieles, instruidos y demasiado instruidos, discutan el dogma o lo pongan en duda. por eso, sólo puede ejercerse plenamente haciendo de sus sacerdotes los detentadores de secretos inaccesibles a los profanos. Y así es como prefiere más inculcar en sus fieles "la humilde fe del carbonero" que brindarles los medios y el gusto de una "fe razonante"¹⁷.

Teniendo en cuenta que, por un lado la divulgación de información médica durante la consulta es menor cuanto más bajo esté el enfermo en la escala social y que, por otro, la capacidad del enfermo para memorizar nuevas taxonomías e incrementar su competencia médica es más fuerte cuanto más alto se encuentre ubicado en la escala social, se observa que el efecto propiamente educativo del acto médico resulta menos fuerte entre aquellos cuya formación o transformación exigiría, sin embargo, una inculcación más sistemática y más continuada. Efectivamente, cuanto mayores sean las diferencias entre el sistema de categorías utilizado por el médico y el sistema utilizado por el paciente, tanto más difícil será el "trabajo" de reinterpretación o de "reinención" que exigirá la asimilación por parte del enfermo del discurso fragmentado, hermético y cifrado del médico, que implica su "comprensión" y memorización. Porque la difusión del conocimiento médico, cuando no está racionalmente organizada por la institución escolar, se realiza según la lógica que rige en general los fenómenos de adopción cultural: un elemento tomado de sistemas integrados y coherentes sólo puede integrarse a la cultura preexistente del sujeto que lo recibe a costa de una serie de reinterpretaciones, de modo que su transmisibilidad depende esencialmente de la capacidad para sacar del contexto los "elementos amovibles", como dice Sapir, que son principalmente los que aún fuera de contexto, conservan un sentido y pueden ser reinterpretados

de distinta manera por las diferentes poblaciones receptoras¹⁸.

El discurso médico producido en situación de encuesta por los miembros de las clases populares —que consiste, principalmente, en la reproducción del discurso producido por el médico en su presencia— se basa enteramente sobre algunos términos tomados del discurso de éste, seleccionados y memorizados por el enfermo según lo que la raíz e incluso la sonoridad de las palabras evocan en el idioma común, con cuyos términos puede asociarse por medio de una falsa etimología. el uso por parte del médico del término "punción" induce al enfermo de las clases populares a explicar su enfermedad por la presencia de agua en el cuerpo. En virtud de lo que C. Bally denomina "el instinto etimológico"¹⁹ se relaciona "punción" (en francés: ponction) con "bombeo" (en francés: pompage). Se cree así que el enfermo al cual el médico le practica una punción —por ejemplo una punción lumbar— está "lleno de agua" y que con la punción se logra curarlo vaciando su cuerpo demasiado lleno de agua. De este modo, una mujer afirma: "Mi cuñado tuvo meningitis. Le hicieron punciones lumbares, en la espalda. Estuvo dos meses en el hospital. Se sentía mejor, empeoraba después y así. No estaba bien. El doctor lo vio y lo hospitalizó. Sufría. Le hicieron cuatro o cinco punciones, para el dolor, para sacar el agua. Muchas veces le dolía la cabeza, tenía escalofríos, se ponía blanco, tenía algo en la cabeza. Le hicieron las punciones. Tenía agua, lo dijo el doctor. Eso lo alivió, después andaba mejor" (F. Vervins marido albañil, 23 años).

En general, el trabajo de reinterpretación, que exige la "comprensión" y la memorización del discurso médico por el enfermo y que se torna más considerable y difícil si el enfermo carece de "capital cultural" consiste, en lo principal, en aplicar una serie de reducciones analógicas de las categorías de la medicina científica a categorías más generales que "constantemente presentes en el lenguaje sin estar necesariamente explícitas"²⁰ son "casi inseparables del funcionamiento normal del espíritu"²¹. Por ejemplo, las categorías espaciales, como alto y bajo, interior y exterior, derecha e izquierda o las de sustancia, como delgado y grueso, suave y fuerte, seco y húmedo²².

Se afirmará, en ese caso, que algunas enfermedades son causadas por un movimiento hacia arriba o hacia abajo de un órgano o de un líquido. Por ejemplo, en la meningitis, "la sangre se sube a la cabeza" y, en ciertas enfermedades del tubo digestivo, el estómago o los intestinos se desprenden y caen. También, recurriendo a las categorías de interior y exterior, se imaginará el cuerpo como si fuera una especie de saco o envoltura, con una superficie externa visible y con una profundidad, una densidad, donde se aloja la enfermedad concebida como un cuerpo extraño. De este modo, se pensará que la enfermedad debe salir del cuerpo para que el enfermo se cure. Salir, es decir, abandonar el interior y manifestarse en la exterioridad del cuerpo bajo una forma palpable, visible. Así sucede, por ejemplo, con las flemas que el acceso de tos permite desprender y arrojar. De este modo, en la tos ferina es preciso "expulsar la flema", "cambiar de aire" y "evitar la niebla" que "asfixia" e "impide" que salga lo que uno tiene adentro". Este esquema se utiliza particularmente para hablar de las enfermedades eruptivas, enfermedades que, a poco de haber comenzado, "salen y se manifiestan por último en forma visible, como "granos llenos de agua" o como "grandes placas rojas" que muestran que la curación está próxima. Porque si no "salen", si no se manifiestan externamente, quiere decir que permanecen adentro del cuerpo impidiendo la recuperación y la curación.

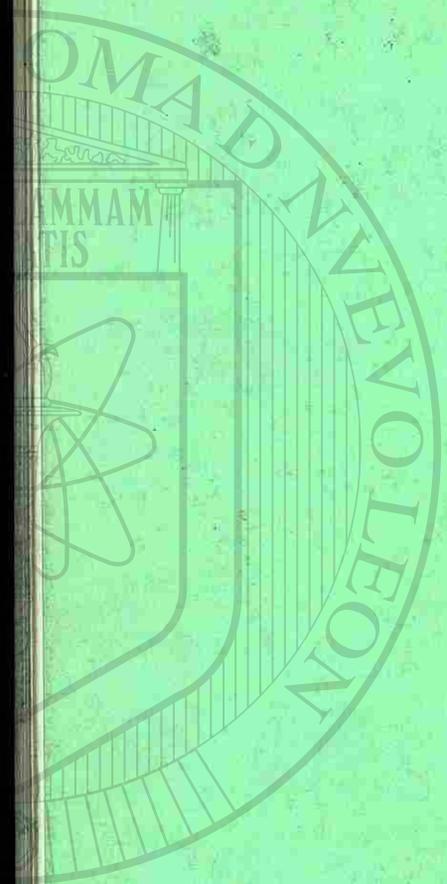
Asimismo, la idea relativamente compleja de desinfección —que para ser admitida exige un conocimiento somero de la teoría microbiana— es sustituida frecuentemente por la idea de cicatrización o incluso la de "secado", que recurre en primer término a categorías de sustancia ya existentes en el habla, seco y húmedo y que, en segundo término, sólo tiene en cuenta propiedades de carácter superficial: la herida húmeda, purulenta, se seca de a poco, cerrándose bajo los efectos del alcohol de 90°, del mercurio, cromo o de la tintura de . . . Por eso se ve en el mercurocromo un "desinfectante que seca la herida". De la misma manera y por analogía, al tratamiento de enfermedades concebidas según el modelo de la herida —ya sean externas como la úlcera varicosa o internas como la úlcera estomacal, el cáncer o la pleuresia, se lo verá a menudo como una especie de secado. Así, una mujer a quien el médico le dijo que estaba afectada por

una úlcera estomacal y a la que le aplicaron inyecciones intravenosas, afirma: "Tuve una úlcera y me la secaron con inyecciones intravenosas". También el cáncer puede ser tratado, según una informante, con la ayuda de un "polvo que seca". El mismo esquema puede ser utilizado para hablar de numerosas enfermedades diferentes como, por ejemplo, la amigdalitis. Debido a que el médico dice que las amígdalas están inflamadas o incluso "hinchadas", se las imagina llenas de líquido, de agua. De ello se deduce que la técnica de curación consiste en un secado. Se desinflama las amígdalas eliminando el agua que contienen: "Estuve en tratamiento por las amígdalas. Hice que me las secaran. Con unos comprimidos que tomaba. No sentí nada allí. Tenía las amígdalas hinchadas y se me achicaron a la mitad. Tenía un absceso en la amígdala izquierda. Fui al médico; abrió el absceso. Se olía la podredumbre". (F. Vervins, marido cartero, 29 años).

En resumen, cuanto mayor es la distancia social entre el médico y su enfermo, tanto menos servirán la memorización y la reproducción por parte del enfermo de los términos científicos empleados por el médico para modificar la imagen que el enfermo tiene de su cuerpo o para aumentar el número y la diversidad de las sensaciones corporales, porque las nuevas categorías tomadas de la ciencia, al igual que las palabras que las sustentan, se verán inmediatamente absorbidas por las categorías más antiguas y más generales, que el enfermo utiliza y que le resultan familiares.

De este modo, si bien es cierto que la necesidad médica de los sujetos sociales depende, por lo menos en parte, de la capacidad médica de los mismo, la necesidad de los sujetos con menor competencia médica aumentará más lentamente que la necesidad de los que tienen una mayor frecuentación del médico, la cual es producto a su vez de la mayor necesidad médica y, segundo, porque la frecuencia de las visitas al médico contribuye a aumentar la capacidad médica del enfermo cuanto más alta sea la categoría a la que pertenece en la escala social (siendo mayor, a su vez, su necesidad médica), pues se encuentra en mejores condiciones para pedir explicaciones al médico y para aprovecharlas, memorizarlas, integrarlas y reproducirlas.

De lo dicho se desprende que los individuos situados más abajo en la



U A N

SIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO

CCIÓN GENERAL DE BIBLIOTEC