

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 Africa, en su 24ª Reunión, eligió el tema de la medicina tradicional y su función en los servicios de salud de Africa 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 Africa. La Oficina Regional para Africa en Brazzaville, estableció un comité de medicina tradicional en Africa 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 Africa, 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 Africa, 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 Africa 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