

UDS

Antología

NOMBRE DE LA MATERIA: ANTROPOLOGIA MEDICA II

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEGUNDO

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta

alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Formar a médicos con capacidades resolutivas de índole humana, ambiental, social y ética, con base en criterios de calidad y excelencia establecidos tanto en su proceso de enseñanza como en sus programas académicos, con amplio espíritu de servicio y con necesidad de actualización continua de sus conocimientos.

VISIÓN

Ser una de las mejores instituciones de educación en salud en la región y en cada uno de los lugares donde se poseione, reconocida por sus procesos de calidad y gestión contribuyendo en la asistencia, docencia e investigación a favor de la sociedad.

VALORES

- Ética
- Humanismo
- Justicia
- Autonomía
- Profesionalismo

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

ANTROPOLOGIA MEDICA II:

Objetivo de la materia: El alumno comprenderá, analizará y criticará los conceptos de la Antropología que integran el aprendizaje y el estudio de la medicina, interrelacionando los aspectos sobresalientes de la historia y la filosofía de la medicina, con finalidad de obtener las bases para ubicar al ser humano, en un contexto natural y cultural que sustente el futuro ejercicio de un buen antropólogo con conocimientos de la Antropología Médica para poder hacer o tomar decisiones en cuanto a esta rama de la medicina o de la antropología.

Contenido temático:

UNIDAD I

1. Introducción a la antropología médica. Conceptos y definiciones referentes a la antropología médica.
 - 1.1 Orígenes de la antropología.
 - 1.2 El Mito y el Rito en la medicina.

UNIDAD II

2. Los modelos médicos en México.
 - 2.1 Los modelos médicos en México.
 - 2.2 Medicina Náhuatl.
 - 2.3 La medicina tradicional mexicana (MTM).

UNIDAD III

3. La salud y la enfermedad
 - 3.1 Enfoque antropológico
 - 3.2 Salud
 - 3.3 Normalidad
 - 3.4 Enfermedad

3.5 Enfermabilidad.

3.6 Relativismo antropológico.

3.7 Las medicinas alternativas: Med Trad China MTCH, la medicina tradicional hindú (Ayurvédica) MTHA. Y otras medicinas (algunas) de Asia se emplean en millones de personas.

UNIDAD IV

4. Antropología clínica y médica.

4.1 La Medicina tradicional hindú (Ayurvédica).

4.2 Medicinas que llegan a México.

4.3 La alimentación, la sexualidad y los ritos de paso.

4.4 Antropología Clínica.

4.5 Terapia de encarnizamiento médico.

4.6 Antropología de la muerte.

4.7 La tanatología los límites del tratamiento.

ÍNDICE PAGINADO

Contenido

ÍNDICE PAGINADO	8
INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA.	9
CONCEPTOS Y DEFINICIONES Y CONCEPTOS REFERENTES A LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA.....	17
EL MITO Y EL RITO EN LA MEDICINA	22
LOS MODELOS MÉDICOS EN MÉXICO	31
MEDICINA NÁHUATL	56
LA MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA	66
LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	75
ENFOQUE ANTROPOLÓGICO.....	87
SALUD.....	95
NORMALIDAD.....	98
ENFERMEDAD.....	101
ENFERMABILIDAD	101
RELATIVISMO ANTROPOLÓGICO.....	102
LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS. MEDICINA TRADICIONAL CHINA, HINDÚ, ASIÁTICA Y OTRAS.....	106
ANTROPOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICA.....	111
LA MEDICINA TRADICIONAL HINDÚ (AYURVÉDICA).....	112
MEDICINAS QUE LLEGAN A MÉXICO	114
LA ALIMENTACIÓN, LA SEXUALIDAD Y RITOS DE PASO.....	117
ANTROPOLOGÍA CLÍNICA.....	120
TERAPIA DE ENCARNIZAMIENTO MEDICO	120
ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE	123
LA TANATOLOGÍA LOS LÍMITES DEL TRATAMIENTO	125
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	128

INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA.

Las relaciones disciplinares entre la Antropología, la Medicina y la práctica médica pueden documentarse de antiguo. La mirada naturalista en Medicina, introducida por los Tratados Hipocráticos desarrolló una teoría de la causalidad de la enfermedad relacionada con el medio y una metodología que incluía el estudio de casos clínicos - por ejemplo, en el Tratado Epidemias, junto a metodologías de naturaleza etnográfica - en el Tratado Aires, Aguas y Lugares-. La influencia de los escritos hipocráticos explica que la Medicina utilizase hasta fines del siglo XIX, técnicas de campo cualitativas, practicase la observación participante y produjese un enorme volumen de escritos etnográficos -etnografía-, puesto que ésta formaba también parte de su práctica.



La Antropología general ocupaba una posición relevante en las ciencias médicas básicas (que corresponde a las asignaturas comúnmente llamadas hoy pre-clínicas). A medida que la medicina fue encerrando la educación médica en el hospital y adoptó una actitud reticente frente al empirismo de los médicos en su práctica cotidiana entre la gente y asumía la medicina experimental en el hospital y el laboratorio como su fuente básica de conocimiento, los médicos fueron dejando la etnografía en desuso.

Este abandono se efectúa cuando la Antropología social adopta la etnografía como una de sus señas de identidad profesionales y fue abandonando el proyecto inicial de Antropología general. La divergencia entre la Antropología profesional y la 2 Medicina no significó jamás, una escisión completa entre ambas. Durante el siglo XX son constantes las relaciones

interdisciplinarias entre ambas disciplinas hasta la constitución de la antropología médica durante los años sesenta y setenta del siglo XX.

La antropología médica es un subcampo de la Antropología social o cultural. Es la traducción al castellano del término medical anthropology que sirve, desde 1963, de etiqueta identificativa para la investigación empírica y la producción de teoría por parte de los antropólogos sobre los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención o asistencia y su relación. En México se han utilizado, además, términos tales como "antropología de la medicina", "antropología de la salud" o "antropología de la enfermedad".

En Europa, el término "antropología médica" fue utilizado, ocasionalmente, durante el siglo XX para designar los estudios filosóficos sobre salud y enfermedad. Fue la adaptación castellana del término neerlandés "medische anthropologie" acuñado en el siglo XIX, realizada por el historiador y filósofo Pedro Laín Entralgo en distintas obras. Sin embargo, en la literatura científica en castellano, catalán, gallego o euskera el término antropología médica designa hoy a la Antropología médica, una etiqueta indiscutida en la literatura internacional.

Durante buena parte del siglo XX, médicos y antropólogos han compartido la noción de medicina popular, tradicional o folk - en inglés folk medicine-. Con este concepto coincidían en describir los recursos que el campesinado europeo o latinoamericano empleaba para resolver sus problemas de salud al margen de los profesionales de la salud, o las prácticas de salud de los aborígenes en distintas partes del mundo con un especial énfasis en sus conocimientos etnobotánicos.

Estos últimos, son fundamentales para aislar alcaloides y principios activos farmacológicos. Además, el estudio de las dimensiones rituales de las terapéuticas populares que servían para discutir, en Occidente, tanto las relaciones entre ciencia y religión, como las categorías psicopatológicas. Los médicos no pretendían con el concepto de medicina popular construir un concepto antropológico, sino un concepto médico que les fuese útil para establecer, con bases científicas, los límites culturales de la biomedicina.

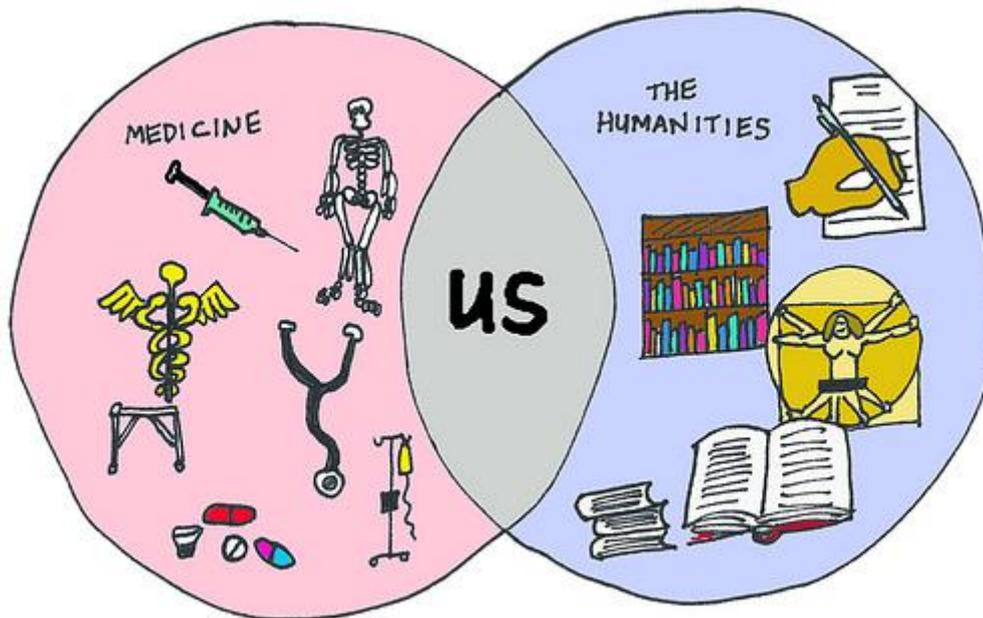
Al mismo tiempo, durante todo el siglo XX, la sociología empírica, inicialmente en Estados Unidos y Canadá, y desde los años sesenta en Europa, desarrolló investigaciones basadas en la observación etnográfica, tanto en organizaciones relacionadas con la salud como en el

ámbito de la sociología de las profesiones sanitarias, que han sido fundamentales para la constitución de subcampos de la sociología como, de la sociología de las organizaciones y de las profesiones. El proyecto de la antropología médica (y en parte de la sociología médica cualitativa) ha permitido el debate con la enfermería, la medicina, la psiquiatría, y otras ciencias de la salud en torno a algunas cuestiones fundamentales:

- 1) El debate en torno a la influencia relativa de los factores genéticos y fenotípicos en relación con la personalidad y determinadas formas de patología: especialmente psiquiátrica y psicósomática.
- 2) La discusión sobre la influencia de la cultura en lo que se considera normal, patológico o anormal.
- 3) La verificación en distintas culturas de la universalidad de las categorías nosológicas de la biomedicina y de la psiquiatría.
- 4) La identificación y descripción de enfermedades propias de culturas específicas previamente no descritas por la clínica: denominadas trastornos étnicos (ethnic disorders), y más recientemente síndromes delimitados culturalmente (culture bound syndroms), como el mal de ojo o el tarantismo, en el campesinado europeo, la posesión y los estados de trance en muchas culturas, y los nervios, o el síndrome premenstrual en las sociedades occidentales.
- 5) Los efectos de la diversidad cultural -entre otras la del género y la etnia- sobre aquellas prácticas del cuerpo que tienen efectos directos sobre los procesos salud / enfermedad / atención, como pueden ser las prácticas sexuales, las prácticas alimentarias, las técnicas del cuerpo o la influencia de las variables de género o la diversidad cultural.
- 6) El análisis de las prácticas relacionadas con el proceso salud / enfermedad / atención que incluye por un lado las prácticas de autocuidado, así como las prácticas y culturas profesionales e institucionales que están vinculadas. Si hace medio siglo el objetivo de buena parte de la investigación sociosanitaria hacía referencia al primer punto, en la actualidad el espacio de investigación de la antropología médica es el conjunto del dispositivo de salud.

La antropología y la sociología médica aplicada En Estados Unidos, Canadá, México y Brasil la colaboración entre la Antropología y la Medicina, tuvo que ver inicialmente con el despliegue de los programas de salud comunitaria en minorías étnicas y culturales y con la

evaluación etnográfica y cualitativas de instituciones sanitarias - hospitales, manicomios, y servicios de atención primaria.



En el primer caso se trataba de resolver los problemas de implantación de la oferta de servicios a un mosaico de grupos étnicos complejo; en el segundo, al análisis de los conflictos interestamentales dentro de las instituciones: especialmente entre médicos, personal de enfermería, personal auxiliar y personal de administraciones que tenían efectos indeseables en su reorganización administrativa y en sus objetivos institucionales.

Los reportes etnográficos demostraron que las crisis interestamentales tenían efectos directos en los criterios terapéuticos y en la atención a los enfermos. También aportaron nuevos criterios metodológicos para evaluar las nuevas instituciones producto de las reformas y experimentos asistenciales como las comunidades terapéuticas. La evidencia etnográfica sustentó las críticas al custodialismo institucional y contribuyó de manera decisiva a las políticas de desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica y social en general.

En algunos países, como en Italia a un replanteamiento de las directrices en educación y promoción para la salud. Las respuestas empíricas a estas cuestiones motivaron la incorporación de antropólogos en programas de salud comunitaria e internacional en países en vías de desarrollo, en la evaluación de la influencia de variables sociales y culturales en la epidemiología de ciertas formas de patología psiquiátrica (psiquiatría transcultural), en

estudios sobre las resistencias culturales a la implantación de innovaciones terapéuticas y asistenciales; en estudios sobre curadores tradicionales, curanderos y parteras empíricas (comadronas) susceptibles de ser reciclados como agentes de salud (los llamados médicos descalzos).

También desde los años sesenta, en los países desarrollados, la biomedicina se ve confrontada a una serie de problemas que exigen revisar los mal llamados factores predisponentes de 4 naturaleza social o cultural, reducidos a meras variables en protocolos cuantitativos, y subordinados a interpretaciones causales de matriz biológica o genética. Entre estos deben destacarse:

- a) La transición entre un patrón dominante de patología infecto contagiosa aguda a un patrón de patología basado en enfermedades crónico degenerativas sin una terapéutica etiológica específica.
- b) La emergencia de la necesidad de desarrollar dispositivos y estrategias de cuidados de larga duración, frente a intervenciones terapéuticas incisivas.
- c) La influencia de conceptos como calidad de vida en relación a los criterios terapéuticos clásicos en biomedicina.

A eso se asocian los problemas asociados al despliegue de dispositivos sanitarios comunitarios que evolucionan, desde una primera fase en que son percibidos como instrumentos de lucha contra las desigualdades de acceso a los servicios de salud a una nueva situación en la que una vez desplegada una oferta integral a la población emergen problemas derivados de las diferencias étnicas, culturales, religiosas, de grupos de edad, género o clase social.

Si lo primero se asocia al despliegue de los dispositivos de atención comunitaria, otro efecto se produce cuando se plantea el desmantelamiento de los mismos con la devolución a los particulares de competencias al respecto. En todos estos ámbitos investigaciones etnográficas de carácter cualitativo y local son indispensables para comprender el modo como los pacientes y sus redes sociales incorporan el conocimiento sobre salud y enfermedad en un contexto en el que su experiencia está matizada por influencias culturales complejas derivadas de las características de las relaciones sociales en las sociedades

avanzadas y del peso de los medios de comunicación social, muy especialmente de los audiovisuales y de la publicidad.

La aportación de la Sociología en el estudio de la salud y la medicina radica en el estudio del papel que juegan los factores sociales en la determinación de la salud de los individuos, de los grupos y de la sociedad en su conjunto. Variables como clase social, género, ocupación, origen étnico explican no sólo la posibilidad de disfrute o no de la salud y la enfermedad, sino que influyen también en los procesos que mejoran o no la prevención de las enfermedades, así como el mantenimiento de un buen estado de salud. Así, sabemos que el estado de salud guarda relación con la desigualdad social de forma que la organización social influye en el tipo y la distribución de las enfermedades.

En concreto, numerosos estudios han puesto de manifiesto que las enfermedades no se distribuyen aleatoriamente entre la población, sino que se observa que están relacionadas con la estructura social y que la reacción de los individuos frente a las enfermedades también es diferente según su posición dentro de esta estructura. La victoria sobre las enfermedades infecciosas ha demostrado que los factores sociales juegan un destacado papel en la terapéutica.

En el caso de las enfermedades crónicas, con gran impacto social y 5 familiar, los factores sociales juegan un papel crucial también en su etiología: las causas de éstas proceden directamente del tipo de vida y costumbres de la sociedad industrial moderna, es el caso de enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y todo un abanico de problemas de salud actuales como la enfermedad de Alzheimer, el ictus, la enfermedad de Parkinson y otros como la esclerosis múltiple, accidentes de tráfico, drogadicción, etc.

Esta realidad ha generado que la manera necesaria de abordar tales problemas sea integral o multidisciplinar. Además, en las sociedades modernas se ha institucionalizado la lucha contra las enfermedades a través de organizaciones y pautas sociales. Conocer el funcionamiento de las organizaciones y de las pautas sociales se hace necesario para garantizar el éxito contra las enfermedades.

Es así que los principales campos de investigación en sociología de la medicina incluyen los aspectos sociales de salud y enfermedad, la conducta social del personal de asistencia sanitaria y los usuarios, las funciones sociales de las organizaciones e instituciones de la

salud, los patrones o modelos sociales de los servicios de salud y la relación de los sistemas de asistencia sanitaria con otros sistemas con que interacciona.

La contribución de la Historia, en el proyecto MARC debe ser, sin duda, una contribución fundamental y axial del grupo de investigación interdisciplinar. En primer lugar, por la propia evolución de la disciplina histórica, la cual, desde la tercera generación de la *École de Annales*, ha planteado múltiples y enriquecedoras vías de interrelación con el resto de Ciencias Sociales, particularmente con la Antropología y la Sociología, como preconizaban los fundadores de dicha escuela. Referido, sobre todo, al nacimiento de la llamada historia de las mentalidades, una visión de la historia desde el sujeto, entroncada desde el inicio con la antropología histórica británica, síntesis entre la historia social y la antropología (EP Thompson, EJ Hobsbawm, G. Rude...) y la psicohistoria.

La historia de las mentalidades entendida como el análisis de las formas de sentir y de pensar (M. Bloch) y de imaginar la realidad; es decir: pensamiento racional, emociones e imaginario, a los que deberíamos añadir los modos de actuar, tanto el comportamiento consciente como el inconsciente. Si incluimos el factor inconsciente, nos da cinco componentes de la mentalidad, los cuales se superponen y comparten elementos comunes.

Esta idea de los cinco componentes - pensamiento racional, emociones, imaginario, comportamiento y inconsciente- constituye el elemento básico y la guía para enfrentarse a la documentación histórica con el fin de construir historia de las mentalidades, la cual es la más adecuada hacia la interconexión con la Antropología médica y la Sociología de la salud. A la hora de estudiar las mentalidades complejas nos encontramos, por supuesto, con combinaciones de estos cinco componentes, o de algunos de ellos, y empleamos metodologías específicas, distintas de las usadas para la historiografía de la economía o la política, y diferente también de la característica de los antropólogos, sociólogos y psicólogos, que suelen observar, interrogar y experimentar con individuos y colectivos vivos, propia del método etnográfico.

La innovación de la historia de las mentalidades ha consistido, pues, en recoger toda una serie de conceptos, técnicas y enseñanzas de la antropología y la psicología (principalmente) y ser capaz de llevar a cabo investigaciones empíricas de las sociedades históricas. De esta corriente historiográfica, las mentalidades, han derivado historias del cuerpo, del sexo, de la familia, de la vida cotidiana, de las mujeres, de los modelos sociales

y de los comportamientos sexuales, de la alimentación... Todas ellas susceptibles de ampliar los parámetros y perspectivas de la Historia de la Medicina clásica, además de renovar la tradicional Historia Social.

Otro acercamiento epistemológico de singular importancia será, obviamente, la antropología histórica, vinculada estrechamente a la historia de las mentalidades. El método diferencia entre el presente físico-biológico, el presente sociocultural y los respectivos pasados, siendo la Antropología histórica la ciencia que estudia las culturas y sociedades pasadas, utilizando para este objetivo la metodología y los conceptos básicos de la investigación histórica.

Se diferencia de la Antropología social o de la Antropología médica en que el objeto de análisis no se puede presenciar en vivo, sino que hay que ir a buscarlo en la documentación de archivos, restos materiales, literatura o artes. Para sustentar muchas de las investigaciones históricas, desde el llamado giro lingüístico, se hace indispensable recurrir al análisis crítico del discurso. Al proponer el concepto de discurso como práctica social imbricada en otras prácticas sociales que interaccionan constantemente con ellas, estos estudios ofrecen herramientas para acercarse de forma fructífera en la relación texto contexto.

En este marco se enfoca el corpus discursivo de la investigación como una secuencia dentro de la producción discursiva global de una sociedad en un momento histórico determinado. En nuestro caso, también debe entenderse como un tipo de discurso caracterizado por una práctica social particular: la práctica discursiva de la sociedad médica. Al ser un discurso de una élite con poder social, se pondrá el énfasis también sobre el papel del lenguaje en la producción y reproducción del poder (TA Van Dijk).

Por otra parte, el análisis crítico del discurso permite operar dentro de un marco de análisis que recoge igualmente los elementos perturbadores de la producción y circulación de un discurso, particular en el orden social discursivo, y revelar los retos, las transgresiones, las contradicciones y fisuras que este orden conlleva. Consideramos relevante, además, las aportaciones del feminismo a la Historia de la medicina, aspecto a resaltar por las conexiones transdisciplinarias entre medicina, Historia de la Ciencia e Historia de las mujeres, avances que el proyecto MARC debe tener en cuenta.

Y esto por dos elementos: el primero es el propósito de conocer y construir un conocimiento sobre el pasado con el objeto de cambiar el presente, por lo tanto, desde un doble objetivo, historiográfico y político. El segundo es la existencia de una convergencia o de una afinidad de personas y grupos que, desde la medicina, la historia de la medicina, la historia de las mujeres y el movimiento feminista (y sobre todo los grupos para la salud de las mujeres) persiguen este objetivo dual en transformar la ciencia concretamente las disciplinas históricas y médicas y las condiciones de trabajo y salud de las mujeres.

En este sentido, la historia de la medicina no androcéntrica ha desarrollado un singular papel como legitimadora de las prácticas de las mujeres en el campo de la salud y como introductora, o traductora, de nuevos recursos teóricos elaborados por el pensamiento feminista. Así las ciencias sociales contribuyen fundamentalmente a la medicina en tres áreas: a) El estudio de los sistemas sanitarios y su impacto en la salud de las poblaciones e individuos.

b) El análisis de la calidad de vida del paciente.

c) La valoración y medida de influencia en las dimensiones sociales (familia, redes, asociaciones, servicios sociosanitarios, etc.) en el desarrollo de las enfermedades.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES Y CONCEPTOS REFERENTES A LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA.

La antropología: es una ciencia social que se dedica al estudio de todos los aspectos de la naturaleza humana. Es un término de origen griego, compuesto por las palabras *anthropos*, que quiere decir 'hombre' o 'humano', y *logos*, que quiere decir conocimiento o ciencia. Es, por tanto, la ciencia que coloca en el centro de sus investigaciones al ser humano.

La antropología estudia todos los fenómenos humanos, por lo que su campo de estudio son las sociedades, tanto las antiguas como las presentes. Esta ciencia toma en cuenta los cambios que han afectado a la especie humana a lo largo del tiempo. Analiza la diversidad étnica, la diversidad cultural, las costumbres sociales, las creencias, los procesos de transformación, etc.

Ramas de la antropología



Como ciencia social, la antropología está abierta a la integración de varias disciplinas que reflexionan sobre las dimensiones biológicas, sociales y culturales. Sus principales áreas son:

Antropología física o biológica:

Estudia los aspectos genéticos y biológicos del hombre tomando en cuenta la perspectiva evolutiva y de adaptación de la especie al medio ambiente. Dentro de esta disciplina se pueden distinguir especialidades como la antropología genética, la antropología forense, la paleoantropología, entre otras.

Antropología social, antropología cultural o etnología:

Analiza el comportamiento del ser humano en la sociedad. Estudia la organización social y política, tanto las relaciones sociales, como las instituciones. Investiga las culturas a lo largo del tiempo y en su propio espacio. Las costumbres, los mitos, los valores, las creencias, los rituales, y la religión son objeto de estudio de la antropología.

Antropología lingüística:

Se centra en el estudio y comprensión de los lenguajes humanos en tanto sistemas de representación simbólica.

El concepto de cultura es central para la disciplina antropológica:

En el primer tema ya se han adelantado algunas de las características fundamentales de éste por tratarse del objeto de estudio de la antropología social. A continuación, se recogen de nuevo de manera resumida para posteriormente, seguir avanzando en el conocimiento de este término.

La interpretación científica del concepto cultura nada tiene que ver con aquella visión popular del término que lo concibe como sinónimo de civilización y de excelencia estética. De hecho, a la antropología social no le interesa esta particular concepción de la cultura entendida como refinamiento o desarrollo racional. En realidad, la cultura, desde la concepción antropológica del término, está en todas partes.

Este hecho conlleva importantes implicaciones metodológicas ya que implica que se puede conocer una determinada comunidad o colectivo analizando aspectos relacionados con su vida cotidiana. Como consecuencia de esta idea se ha producido una definición de cultura que, aunque simple, resulta a su vez bastante concisa: la cultura es el modo de vida de un pueblo.

El término enculturación: se refiere al proceso mediante el cual las personas integramos la tradición cultural de nuestro grupo. Volviendo a lo dicho hasta ahora, la enculturación es la transmisión de generación a generación de la propia cultura la cual se efectúa gracias a un proceso de aprendizaje tanto consciente como inconsciente. En este sentido, el valor de la cultura es indiscutible para poder conocer y valorar tanto las propias actitudes, acciones y sentimientos, así como los ajenos.

La globalización: es concebida popularmente como el proceso de homogeneización de todos los aspectos de la vida social. Como resultado de este proceso, la humanidad se dirige inevitablemente hacia la 'aldea global', por lo menos en teoría. El concepto de 'aldea global' proviene del de 'tribu planetaria' acuñado por primera vez por el sociólogo Marshall McLuhan en la década de 1960. Con 'tribu planetaria', McLuhan ante todo quiso constatar

que la nueva organización mundial surgida por el uso de las nuevas tecnologías quedaba superpuesta a las tradicionales fronteras políticas. La aldea global es una realidad virtual que, en teoría, se sobrepone a la realidad empírica.

Diversidad cultural: Según la misma, las culturas representan la concreción histórica de la Cultura. La diversidad cultural surge, por lo tanto, como resultado de la tradición histórica de cada grupo social en cada contexto determinado. Por ello, el desarrollo cultural ha producido diferentes realidades en distintos espacios y momentos históricos.

Símbolo: es una cosa que está en lugar de otra, sustituyéndola, y con 'cosa' nos referimos a cualquier idea, objeto, concepto, gesto, etc. Los sistemas simbólicos, por su parte, consisten en conjuntos de significantes que representan a conjuntos de significados. Es decir, el conjunto de símbolos de una cultura constituye un sistema simbólico y cada símbolo particular debe ser interpretado siempre dentro de su sistema correspondiente. Todo lo anterior sólo es posible gracias a la preexistencia del pensamiento simbólico el cual permite a las personas comunicarse con otras personas con las que comparten una misma cultura.

Etnocentrismo: es el nombre científico que la antropología social otorgó a partir de la primera mitad del siglo XX a una actitud y creencia personal de carácter universal. Esta tendencia, tanto individual como colectiva, consiste en ubicarnos siempre en el centro de la realidad y otorgar un valor superior a todo lo que nos representa. El etnocentrismo es creer que nuestro sistema de valores, nuestros hábitos y costumbres, en definitiva, nuestra cultura es la correcta y representa el modelo ideal.

El relativismo cultural es la estrategia actitudinal y metodológica que propone la antropología social como forma de combatir los prejuicios derivados de los análisis culturales etnocéntricos. El antropólogo norteamericano Franz Boas (1858-1942), tras realizar abundante trabajo etnográfico sobre las culturas nativas americanas, creó por primera vez este concepto para referirse a la estrategia metodológica con la que la antropología debía estudiar al 'Otro' y así hacer frente al etnocentrismo.

Mito:

Narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico. La existencia del mito se justifica porque contribuye a

generar explicaciones acerca de la existencia de los grupos humanos y de las creencias y los valores de éstos, a la vez que fortalece la identidad del grupo. Los mitos también encierran modelos morales, al tiempo que tratan de aleccionar didácticamente. Aunque los aspectos religiosos ocupan un lugar sobresaliente en los mitos, también los políticos, por ejemplo, debidamente mitificados, sirven para alimentar y fomentar todo tipo de ideologías. La ideología crea mitos que fomentan la identidad y las aspiraciones de los grupos sociales.

Rito: El rito se inscribe en manifestaciones sociales tales como la fiesta, la celebración, la ceremonia conmemorativa, ya sea coincidiendo con ellas o frecuentemente como su momento principal. Constituye, ante todo, una práctica, un mecanismo simbólico de la vida social, que, a escala general o sectorial, contribuye a la regeneración permanente o periódica de esa vida, a lo largo de las generaciones, mediante su repetición. La acción ritual suele estar muy elaborada: articula gestos, y en ocasiones palabras o cantos, realizados por personas cualificadas, en lugares y tiempos predeterminados y consagrados a tal fin, utilizando objetos y parafernalias a veces muy sofisticados. Se trata de una actuación preprogramada, estereotipada, codificada. No se actúa al azar ni cabe la improvisación; al contrario, cristaliza una jugada privilegiada, que tiene garantizado el éxito.

El ritual: es algo específicamente humano, no desarrollado en las sociedades animales, por más que allí observemos comportamientos que se dirían ritualizados. De hecho, son comportamientos seudorrituales, inscritos en su sistema neurocerebral, de forma rígida y común a cada especie. En los animales, los ciclos y procesos naturales se reproducen sin desdoblarse en una representación cifrada de su estructura. Sólo los ritos humanos son verdaderamente ritos, creados por la cultura y con un significado histórico (incluso en los casos en que sirven para degradar a la gente del plano de la humanidad razonable, como ocurre con los ritos que alimentan el fanatismo y desencadenan efectos destructivos).

La salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La enfermedad: La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".

La normalidad, en su sentido más general se define culturalmente. Es un término para el segmento socialmente elaborado del comportamiento humano en cualquier cultura; en tanto la anormalidad es un término para el segmento que una civilización en particular no usa. Como nuestra cultura es una creación compleja existen distintos niveles de “normalidad o anormalidad a pequeña escala.

EL MITO Y EL RITO EN LA MEDICINA

Hablando del rito en la medicina y la antropología.



En las líneas anteriores se ha adelantado que los ritos sirven para confirmar la estructura social y para reforzar la solidaridad, aparte de otras funciones. Parece que este funcionalismo es común a todas las sociedades, incluidas las modernas occidentales. Se considera que el rito es una de las expresiones más características de la identidad de los grupos sociales. Tanto es así que, a imitación de los ritos religiosos, han nacido ritos sociales ajenos a la religión que tratan de lograr análogos objetivos.

La característica fundamental de los ritos es que se remiten a actos formales, repetitivos y pautados, que históricamente han sido referidos al ámbito religioso. En el funcionalismo inglés, el rito es de carácter religioso, si bien Malinowski incluye también los actos propios de la magia. Se trata de actos que encierran un profundo simbolismo. En ocasiones, se ha dicho que son irracionales, aunque esto es más discutible, dado que la cultura de los seres humanos es simbólica por definición, y racional, por tanto.

El rito se asocia también con un lenguaje característico que, por lo regular complementa el gesto y que se enmarca, asimismo, en lo repetitivo. Simbolismo y expresión dan vida a una representación de carácter místico y trascendente. En la religión, y cuando los actos son públicos, el ritual y su lenguaje alcanzan una singular solemnidad que exige la intervención de uno o varios especialistas religiosos. El rito, por todo ello, tiene un carácter tradicional, en el que se atenúan las posibles innovaciones.

La explicación del rito se halla en su potencial eficacia. Realizado el mismo, de acuerdo con la pauta, puede generar las consecuencias que se esperan de él. Admitido que el objetivo de un rito, como el mismo rito, se encuadra en una cultura, se deduce la obligatoriedad del mismo. La vulneración del cumplimiento atenta contra la eficacia, de lo que se sigue la coacción del rito que puso de relieve Durkheim.

En ocasiones, a la suma de ritos se la denomina ceremonia o, incluso, ritual. Para ello, tenemos que admitir que la ceremonia entrañaría un cierto número de ritos conectados entre sí, y ajustados en su desarrollo a un tiempo e, incluso, frecuentemente, a un espacio. Una de las expresiones del rito no religioso es el político, de manera que este último generalmente se inspira en el primero. El ceremonial de la coronación de los reyes en Europa surgió a imitación de las del Papado, y todavía en ellos es perceptible en nuestros días la presencia de elementos civiles y religiosos que se entrecruzan. La coronación de los emperadores constituye, históricamente, en Europa, la mejor imitación.

A pesar del interés que la antropología social ha tenido en el estudio de los ritos, su clasificación ha sido muy discutida, sin duda debido a que algunos ritos cumplen con funciones tan diversas que complican la clasificación. Sin embargo, poco a poco algunos grupos de ritos se han convertido en auténticos taxones de una posible clasificación. Por lo general, su sentido religioso incluye como función definida la búsqueda de una eficacia social.

Un grupo de ritos son conocidos con el nombre de ritos de pasaje, desde que Van Geneep introdujera a través del título de su obra la citada denominación (Van Geneep, Los ritos de paso, 1909). Todas las sociedades solemnizan los momentos de tránsito de sus miembros. Así sucede con el ingreso (ceremonias bautismales), la adolescencia (ceremonias de iniciación), el matrimonio, el deceso (ceremonias mortuorias), etc. Los funcionalistas ingleses incluyeron a estos ritos de paso en el grupo de ritos de confirmación, en tanto que

son actos de reafirmación del nuevo status. A través de la ceremonia de defunción el fallecido alcanza el status de ancestro o antepasado.



En cualquiera de estos ritos la participación de la comunidad refrenda el hecho y acentúa la solidaridad y la identidad grupal. En todas las sociedades los caracteres fundamentales son coincidentes. En algunas, determinados ritos presentan rasgos de singularidad, como la “pequeña ceremonia” de los apaches para celebrar la pubertad de sus miembros.

En la antropología inglesa, autores como E. E. Evans-Pritchard reconocen otro grupo de ritos con fuerte personalidad en muchas sociedades, generalmente de pequeña escala, a los que denominan expiatorios. Son ritos propios de sociedades en los que el azar de la enfermedad o de la muerte es interpretado como la consecuencia de la ofensa infringida por los humanos a las fuerzas o seres sobrenaturales. Los individuos sólo son castigados cuando lo merecen. En consecuencia, la manera de redimir la falta es el ritual propiciatorio o expiatorio que se encuadra en los ritos expiatorios

Además de los ritos señalados, todas las sociedades tienen ritos ordinarios, de reunión periódica de la comunidad para venerar a los seres sobrenaturales, que se complementan con otros extraordinarios de carácter festivo que tienen un fuerte componente identitario para el grupo social. Como he dicho más atrás, la marcada funcionalidad de estos ritos hace que existan ritos análogos de carácter civil.

Cuando la ciencia antropológica en México empieza a dar sus primeros pasos a principios del siglo xx, las prácticas rituales de los indígenas eran consideradas las expresiones empíricas del atraso y la enajenación de la población nativa de México. Andrés Molina Enríquez, por ejemplo, preocupado por los grandes problemas nacionales (título de su obra principal publicada en 1909), no dudó en incluir a la “semidolatría” y a las supersticiones de los indígenas como los principales obstáculos de su desarrollo e inclusión del resto de la nación.

Los textos de este abogado y escritor prolijo sintetizan muy bien la perspectiva que prevaleció durante los primeros años del siglo xx en torno al estudio de los rituales indígenas en México. La tónica común era negar o denostar las llamadas “supersticiones” e “idolatrías” del mundo religioso de los indígenas, pues resultaban contrarias a los principios rectores de esta filosofía positivista. Para Molina Enríquez el ideal de un México moderno y desarrollado se conseguiría por medio de la unidad de los mexicanos, no solamente en cuestiones.

Económicas y políticas sino también religiosas. Hacer desaparecer “toda diferencia religiosa en el país, o consumando, mejor dicho, la unidad religiosa que nos importa tanto, ya que esa unidad tiene que ser uno de los más activos factores de la constitución de nuestra nacionalidad, y una de las causas determinantes de la consolidación de ésta para el futuro”. Toda vez que los rituales eran considerados los síntomas de una enajenación, su estudio era concebido parte de una metodología para identificar los problemas que se intentaban extirpar. Así, la “investigación folklórica”, donde por supuesto se encontraban incluidos los rituales indígenas, era pertinente, según Manuel Gamio.

Este primer acercamiento a los rituales indígenas, poco fructífero en términos generales, fue cambiando conforme se realizaban trabajos etnográficos más profundos y conforme las teorías antropológicas procedentes de Estados Unidos y de Europa iban llegando a México. Como resultado de este acercamiento teórico, es posible identificar, a lo largo del siglo xx y principios del xxi, al menos tres diferentes perspectivas en torno a los rituales indígenas. La primera no podía sino surgir de la preocupación por el tránsito de las sociedades tradicionales (folk) a las urbanas.

Este enfoque sobre el ritual indígena, que llamo comparativista, estaba en realidad subordinado a la preocupación por el cambio cultural de lo pagano a lo cristiano, de tal suerte que la identificación y la clasificación de los rituales bajo estos rubros terminaría por convertirse en un debate sobre el sincretismo religioso. El segundo gran enfoque sobre los rituales indígenas, el instrumentalista, 2 se deriva del estudio de los “sistemas de cargos”, tema ampliamente discutido y debatido en los términos del estructural-funcionalismo difundido en México por la Escuela de Chicago.

Finalmente, la tercera perspectiva da inicio una vez que se reconoce la existencia de significados preexistentes y ocultos en las acciones rituales. La complejidad de esta última etapa es resultado de la confluencia de teorías antagónicas pero regidas bajo el supuesto de que los actos rituales son los portadores de significados en tanto que forman parte de un sistema de signos verbales y no verbales. Así, mientras que aquellos más cercanos a la antropología interpretativa se avocan al desciframiento de sistemas locales, los estructuralistas y con ellos los defensores de una cosmovisión mesoamericana intentan armar, con las expresiones rituales, modelos regionales y macro regionales.

Aun cuando proceden de manera diferente para armar los sistemas de signos, estas propuestas las ubico dentro del enfoque semiótico del ritual debido al presupuesto compartido de la existencia de signos portadores de significados que requieren de interpretación. Adelantándome a las futuras críticas de aquellos antropólogos dedicados a la afanosa labor de realizar historias meticulosas de la antropología realizada en México, advierto que este trabajo no intenta hacer una revisión exhaustiva de cada uno de los trabajos etnográficos que se hayan escrito hasta ahora sobre el ritual indígena. De hecho, intenta identificar algunos de los debates presentados a lo largo del siglo xx y principios del siglo xxi. Es una propuesta que no sigue el común de las historias sobre la antropología en México marcando etapas previas y sucesiones de ideas y autores; de manera arbitraria, como todo recuento, se trata de delimitar discontinuidades en el discurso antropológico que podrían estar confluyendo en tiempo y espacio real.

Los ritos y su pertinencia social El sistema de cargos ha sido una de las vetas más aprovechadas por la antropología realizada en México para entender no sólo los aspectos normativos de las organizaciones comunitarias (economía y política) sino también para

acercarse a los aspectos relacionados con la cosmovisión y la ritualidad indígena. Es probable que esto se deba a que el sistema de cargos fue considerado, desde la década de los treinta del siglo xx, una especie de hecho social total: la economía, la política y la religión parecían estar reguladas por este sistema, comparable con instituciones como el potlatch y con los grupos de filiación unilineales de las sociedades africanas, que permitían la adscripción de los individuos a una colectividad determinada.

Aunque fueron diversos enfoques teóricos los que permitieron el análisis del sistema de cargos en México, la perspectiva sincrónica del funcionalismo predominó durante varias décadas. Así, a riesgo de simplificar demasiado, me parece que la discusión respecto al papel que cumplían las festividades donde participan obligatoriamente los cargueros y los mayordomos, se centraba en explicar el dispendio económico que contrastaba con la austeridad y pobreza de la vida cotidiana.

Frank Cancian en su libro *Economics and Prestige in a Maya Community. The Religious Cargo System in Zinacantan*, publicado en 1965, analiza el sistema religioso de una comunidad desde una perspectiva evidentemente funcionalista. Consideraba que los cargos religiosos permitían la integración y la cohesión de los integrantes de la comunidad, así como su mantenimiento como sociedad tradicional. El sistema representaba, además, una institución que lograba reunir a muchos pueblos en un solo centro ceremonial, puesto que inducía, a partir de un “ritual común” y de “símbolos comunes”, el fortalecimiento de los lazos de interdependencia entre los zinacantecos.

Si ocupar un cargo en el sistema civil o religioso resultaba un dispendio económico para los pocos indígenas que lograban llegar a los principales cargos, los individuos eran recompensados con el prestigio y el estatus tan valorados en dichas sociedades. Los valores sociales se reforzaban al participar en dicho sistema permitiendo la integración de la comunidad. Efectivamente, se consideraba que era una institución homeostática, organizada y equilibrada que permitía la integración (interdependencia y compromiso) de los miembros de una sociedad, a pesar de la estratificación que representaba que unos cuantos mantuvieran un prestigio mucho mayor que otros, cuando se mantenían en el sistema y acaparaban los distintos cargos de mayor importancia.

Y en esta integración los rituales eran decisivos: “el propósito explícito de la jerarquía religiosa es garantizar la realización de rituales para los santos de las iglesias católicas locales. La tradición establece que se lleven a cabo estos rituales, y se tiene la creencia de que la comunidad que no los efectúe sufrirá consecuencias perjudiciales”.

Hablando del mito en la medicina y la antropología.

Las sociedades humanas cuentan con narraciones idealizadas, en las que lo real y lo imaginario se entrelazan para dar lugar a relatos correspondientes a temporalidades distintas de la real que se transmiten de generación en generación, en aras de una sacralización eternizada a la cual denominamos mito. Las creencias se amparan en mitos que se conservan gracias a la tradición, igual que los cuentos populares y al igual que cualquiera otra forma de literatura oral.



La existencia del mito se justifica porque contribuye a generar explicaciones acerca de la existencia de los grupos humanos y de las creencias y los valores de éstos, a la vez que fortalece la identidad del grupo. Los mitos también encierran modelos morales, al tiempo que tratan de aleccionar didácticamente. Aunque los aspectos religiosos ocupan un lugar sobresaliente en los mitos, también los políticos, por ejemplo, debidamente mitificados, sirven para alimentar y fomentar todo tipo de ideologías. La ideología crea mitos que fomentan la identidad y las aspiraciones de los grupos sociales.

El estudio del mito en antropología es tan viejo como la propia ciencia. Los primeros evolucionistas se ocuparon del tema con intensidad, por cuanto creyeron ver en él los orígenes de la mente o, si se quiere, de la mente “salvaje” como decían Tylor, Frazer y Lang.

En realidad, ellos acomodaron el análisis del mito a su paradigma, forzando su análisis. Una vez más, hay que decir que, aunque las conclusiones fueron muchas veces erróneas, estimularon el interés por el tema.

Durkheim percibió que la función del mito era similar y complementaria con la del rito, en el sentido de que son dos fuentes inagotables de solidaridad y de identidad grupal. Esta visión de Durkheim es alternativa a la que, posteriormente, incorporó B. Malinowski, cuando insistió en el carácter legitimador que el mito tiene en relación con el grupo social. El mito es una leyenda fundacional, encargada de atenuar las contradicciones reales, y de contribuir a explicar la existencia de las instituciones.

Otra de las aportaciones relevantes al conocimiento del mito fue la de los psicoanalistas, con Freud a la cabeza, pero también gracias a C. Jung. De acuerdo con la teoría freudiana de los sueños, si éstos son la expresión de los deseos insatisfechos del individuo, el mito cumple un papel análogo a nivel colectivo. Constituye el relato de los deseos idealizados, y no realizados, del grupo. El recreo que la sociedad encuentra en el mito constituye una auténtica necesidad, lo cual explica la permanencia del mito en el tiempo.

Jung introdujo novedades en este análisis. El mito es universal, igual que el inconsciente colectivo, y se revela en forma de arquetipos expresivos que se manifiestan con sus propias peculiaridades en todos los pueblos de la Tierra. El mito constituye la expresión de la energía liberadora que precisan los mismos, pero su contenido es similar, aun perteneciendo a tiempo y espacios diversos.

La obra de M. Eliade, *Mito y realidad* (1968), constituye una excelente exploración del mito a través del conocimiento comparado de las culturas. También C. Lévi-Strauss y otros han desvelado el significado de la estructura interna de los mitos. Este último, como el propio M. Eliade, descubrió las muchas similitudes existentes entre los mitos de las distintas sociedades, como prueba, sin duda, de la universalidad de un único cerebro que se ha valido de análogos procedimientos e, incluso, de similares narraciones.

En efecto, el estructuralismo supuso un notable avance en el conocimiento del mito. Las *Mitológicas* de C. Lévi-Strauss aportan muchas de las claves para entender su significado. Los mitos tienen vida propia y lógica interna (*La estructura de los mitos*, 1973),

de modo que valiéndose de un metalenguaje transmiten una filosofía que es expresión del funcionamiento de la mente humana. El estructuralismo aporta una extraordinaria novedad en el enfoque: el funcionamiento de la mente en el mito es muy lógico, y no prelógico como creyeron ver algunos evolucionistas e, incluso, L. Lévi-Bruhl, compañero de viaje de E. Durkheim.

La esencia del mito consiste en el constante establecimiento de analogías que permitan entrever mensajes de orden social, moral, sobrenatural, etc. Lo humano y lo divino conforman dos pares de opuestos sempiternos en toda mitología, igual que el día y la noche, el cielo y el infierno, ángeles y demonios y toda una larga serie de oposiciones binarias. El ser humano, como explica M. Eliade, queda de esta manera integrado en el mundo, en el cosmos, en la vida, junto a otros iguales que él. El ser humano se siente así miembro de un grupo con un destino común.

Mythos (relato, narración) y logos (pensamiento, conocimiento, razón) no se oponen cuando dan vida a la palabra mitología, sino que se complementan. Ambos términos expresan las dos formas características que tiene el cerebro humano de percibir el mundo: el pensamiento salvaje en forma de ensueño y el pensamiento domesticado de la razón, tal como explica C. Lévi-Strauss en *El pensamiento salvaje*, 1962.

Dicho con otras palabras, la mitología es la expresión misma de una manera de ver el mundo que es propia de los seres humanos, la forma mítico-mágica, frente a otra forma de contemplar el mundo que es, igualmente, característica de los humanos: la forma empírico-racional que anida en la ciencia. Una y otra, como se han dicho son lógicas, pero su argumentación se desarrolla en dimensiones distintas.

Tal es la fuerza de los mitos para correr a través de la literatura oral de los pueblos que, aun siendo la esencia de la literatura oral en los pueblos ágrafos, no deja de estar presente en pueblos con escritura, en los cuales el mito se refuerza, persistiendo en su variante oral y metamorfoseándose en lenguaje escrito. Las partes o mitemas que forman el mito son las piezas inseparables que articulan un complejo mecanismo de sorprendente funcionamiento armónico.

El sentido último del mito es establecer un lazo entre el mundo real y el sobrenatural, el profano con el sagrado, dando lugar así a un ámbito inaccesible del sobrenatural-sagrado mediante de la utilización de símbolos cuya referencia pertenece al ámbito inmediato del mundo real-profano. Pero para que un mito llegue a ser tal, es fundamental, es necesario que la anécdota lo confirme: probablemente, mito y rito tienen un nacimiento simultáneo porque la emoción de narrar el mito, debería plasmarse en diferentes gestos (parte esencial de la comunicación, más aún en fases tempranas de la cultura, con lo cual, lo ritual y lo mítico estarían en estrecha relación.

LOS MODELOS MÉDICOS EN MÉXICO

Los problemas de salud que afectan a los individuos se convierten en elementos estructurales de todas las sociedades, cuyo comportamiento es diferencial, conformándose en ideas y prácticas encaminadas a solucionar dichas problemáticas. Para conseguirlo constituyen curadores que organizan, transmiten y aplican las estrategias de atención respecto de los padecimientos específicos. La antropología médica como disciplina que estudia el proceso salud-enfermedad-atención en su contexto social y cultural, como hoy se practica, puede dedicarse a estudiar sistemas médicos globales o problemas específicos, que pueden ir desde las prácticas curativas populares hasta el control médico o chamánico, pasando por problemas de enfermedad laboral, la descripción de nosologías médicas étnicas o la epidemiología social del cáncer, del “susto” o del alcoholismo.

Tradicionalmente la antropología médica se ha planteado el estudio de la llamada medicina popular o tradicional, entendida como la serie de prácticas mixtas que realizan los conjuntos sociales, las cuales incluyen prácticas y saberes que provienen de diversas fuentes, prehispánicas o coloniales, así como elementos de la biomedicina, de manera sincrética y dinámica. En las últimas décadas ha incursionado en el ámbito de la medicina moderna, y en ese momento se diversifica su campo de acción y no se limita a abordar los síndromes o padecimientos delimitados culturalmente (como el empacho, el mal de ojo o el susto, entre otros), sino que también enfoca su atención en las enfermedades biomédicas, como el padecimiento que nos ocupa en este trabajo, el dolor crónico en la neuralgia posherpética.

Las formas en que los grupos sociales utilizan los diversos recursos de atención para resolver o atenuar el problema del dolor, se reconstruyen a partir del concepto de carrera moral del paciente de Irving Goffman (1961) y que en antropología médica se conceptualiza

como “carrera del enfermo”, “carrera curativa” o “trayectoria de atención”, es decir, la sucesión encadenada de hechos prácticos encaminados a la terapéutica para encarar la enfermedad. Estas estrategias buscan la curación o el alivio parcial de la enfermedad utilizando diversas estructuras de atención, que no son excluyentes, sino que reflejan la combinación de unas y otras, estén ellas conformadas en el modelo médico hegemónico, en el modelo médico alternativo o con la práctica de autoatención.

Las prácticas sociales son el conjunto organizado de conductas y acciones, rutinarias o eventuales, que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social; por ello la investigación que aquí presentamos se desarrolla a partir de la sistematización de la carrera curativa, a partir del análisis de las representaciones y prácticas durante el desarrollo del padecimiento de dolor crónico, en la neuralgia posherpética. El sufrimiento de las personas que padecen dolor crónico es el aspecto fundamental que repercute en la calidad de vida, y a partir de dicho sufrimiento los individuos ven trastocado todo su mundo, puesto que la eficacia relativa de la atención médica y la incapacidad de comunicar su sufrimiento interfieren poco a poco en la personalidad y la forma de vida de las personas que padecen dolor.

A partir del análisis bibliográfico de investigaciones anglosajonas y europeas se distinguen las tendencias actuales de la experiencia dolorosa como fenómeno social: el dolor crónico predomina en las mujeres de todos los grupos estudiados y en general se observa una tendencia hacia la homogeneización de las creencias y prácticas sobre el dolor, influenciadas directamente por la difusión del discurso biomédico. En general las sociedades consideran deseable, técnicamente posible y justo luchar contra el dolor, a la vez que se reconoce una creciente medicalización del mismo. Las conductas estoicas o de resignación ya no son valoradas como ideales culturalmente, la búsqueda de ayuda y la lucha contra el dolor predominan en la mayoría de los grupos sociales en los que se ha estudiado este fenómeno.

La construcción de instrumentos metodológicos, como los “modelos médicos”, nos permiten explicar la dinámica de las distintas estrategias de atención a la enfermedad a las que recurren los grupos sociales; “modelo médico” es un concepto entendido como: aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y

socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.

Este autor reconoce tres modelos básicos:

- a) Modelo médico hegemónico
- b) Modelo médico alternativo subordinado
- c) Modelo médico basado en la autoatención

El modelo médico hegemónico supone a su vez tres modelos médicos: individual privado, corporativo público y corporativo privado. Los tres comparten los siguientes rasgos estructurales: biologicismo, una concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la eficacia pragmática, percibir la salud como mercancía, una relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los consumidores de la salud, profesionalización formalizada, la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos, la tendencia al control social e ideológico y la tendencia inductora al consumo médico, entre otros.



En el modelo médico alternativo subordinado se integran las prácticas conocidas como ‘tradicionales’. Además de incluir prácticas médicas no occidentales como la herbolaria china y la acupuntura, comprende también la medicina curanderil urbana, las prácticas espiritistas, etcétera. Los rasgos estructurales de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, la tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, la asimetría en la relación curador-paciente, con la participación subordinada de los consumidores, la legitimación comunal de las actividades

curativas, identificación de una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión de los otros de su saber y prácticas curativas, así como la tendencia a la mercantilización.



El modelo médico basado en la autoatención consiste en el diagnóstico y atención que llevan a cabo la propia persona enferma o las personas cercanas a ella, pertenecientes a su grupo parental o comunal, donde no actúa directamente un curador profesional. En este modelo se agrupan las acciones conscientes encaminadas a la cura. Este modelo es estructural en todas las sociedades y supone el primer nivel real de atención. Se caracteriza por conceptuar la salud como bien de uso, la tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, la participación simétrica y homogeneizante, la legitimidad grupal y comunal, una concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.



El MMH constituye una construcción teórica que maneja en varios niveles de abstracción. En esta ponencia y por las razones señaladas me manejaré en un nivel de alta generalidad, sin referirme a situaciones históricamente determinadas, salvo en términos de ejemplificación. La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos.

Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. De estos rasgos seleccionare algunos, no sólo para observar en particular la estructuración del modelo, sino también para aportar elementos que permitan ulteriormente evidenciar la relación problemática que se establece entre este modelo y la estrategia de atención primaria (AP).

El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional.

El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

El biologismo del MMH se expresa no sólo en la práctica clínica, sino y esto es de notable relevancia en la práctica epidemiológica. Considero que dado que esta práctica, así como el enfoque preventivista en general, debe tener como unidad de trabajo a los conjuntos sociales, es donde con mayor significación puede destacarse la dominancia de este rasgo. El biologismo puede ser encontrado en la globalidad del trabajo epidemiológico, pero se manifiesta a través de dos características que me interesa destacar.

La primera y que luego retomaré se expresa en que la investigación epidemiológica se maneja con series históricas de corta duración, ignorando en los hechos la mediana y larga duración histórica. La segunda característica refiere II que la epidemiología utiliza como

principales variables a aquellas que más fácilmente puede referir a procesos biologizados: sexo y edad. Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingresos o estratificación, sino que lo que estoy concluyendo es primero que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso y que respecto de las otras existe en la mayoría de los casos sólo una propuesta descriptiva en la cual se pierdo el contenido dinámico social de las mismas.

Esto ocurre no sólo con la localización, sino que ha ocurrido de varias maneras con la "variable" estratificación social. Así la epidemiología norteamericana usó y todavía utiliza con mayor frecuencia indicadores raciales que indicadores sociales para referirse a estratificación social. Pero además la estratificación social no sólo ha sido la "variable" de menor uso comparativo, sino que cuando se la usa se la reduce a mera posición. Al proponer esto no ignoro la urgencia epidemiológica de detectar grupos de riesgo para poder actuar eficazmente. Lo que quiero subrayar es que la naturalización de los procesos tiende a simplificarlos y a opacar parte de las determinaciones.

Como un ejemplo relativamente reciente de lo que estoy señalando, tenemos al concepto "estilo de vida" generado a partir de las ciencias sociales como un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto.

Poniendo como un concepto global, el trabajo epidemiológico lo fue reduciendo a simple indicador de grupo de riesgo, eliminando la capacidad explicativa del concepto. No es casual que el modelo preventivista, que con algunas modificaciones domina tanto en la práctica médica de países capitalistas como de los socialistas de estado, sea el de Leavell y Clark, es decir la propuesta de Historia Natural de la Enfermedad. Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia.

Otro de los rasgos estructurales del MMH es justamente la ahistoricidad del mismo. Ya señalé que la epidemiología trabaja con series históricas de corta duración, se dice que esta modalidad es producto de la desconfianza en la veracidad de los datos y de la necesidad de explicar los procesos actuales y solucionarlos Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, creo que el trabajo con series históricas cortas evidencia el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia; es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales.

La vigencia de este enfoque evita justamente poder verificar la importancia de los procesos no biológicos. Así tanto este rasgo como la ahistoricidad conducen a una epidemiología recurrentemente coyuntural. La ignorancia de las series históricas largas, impide articular los procesos históricos que operan y que no pueden agotarse en la coyuntura por más urgente que esta sea, en su necesidad de encontrar soluciones.

Lo que estoy afirmando puede observarse en las explicaciones epidemiológicas y demográficas dominantes respecto de la tendencia de la mortalidad en América Latina. En la mayoría de los países latinoamericanos la mortalidad general y la mortalidad infantil descendieron en forma acelerada durante las décadas de 1940 y 1950. Las interpretaciones dominantes hallan la causalidad de ese descenso básicamente en la aplicación de tecnología médico-sanitaria.

Debe subrayarse que no existen investigaciones epidemiológicas que demuestren esta causalidad, y lo que sí existe es un discurso reiterado que no puede referir sus fuentes documentales, ni menos las investigaciones que avalan dicha conclusión. La carencia de un análisis histórico facilita suponer que fue la eficacia médica la determinante en dicho proceso. El biologismo, la ahistoricidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la asociabilidad. Debo recordar que al manejarme con el instrumento modelo, el comentario de cada uno de sus rasgos debe ser aceptado en términos pedagógicos, en la medida que es el efecto de la estructura el que da su capacidad explicativa al modelo, y al análisis particular de cada rasgo. Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad puede aparecer como paradójal, en la medida que durante los 60 y los 70 ha habido un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo "social" con su incorporación real al aprendizaje y la práctica médicas.

Si bien han existido en América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Inclusive experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación. El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir en un nivel, que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica.

Hechos tan evidentes como que gran parte de la automedicación con fármacos, la población la ha aprendido del equipo de salud y en particular del médico, tienden a ser ignorados o negados. Gran parte del uso erróneo de los fármacos los conjuntos sociales lo aprendieron de los propios médicos. Luego al generarse modificaciones en la práctica médica, tanto en función de nuevas investigaciones como de observar la resistencia del agente o del huésped, dichas modificaciones no fueron comunicadas como equivocación o cambio por parte del médico, sino que fueron transmitidas como error popular. Este es un proceso que considero interminable.

La problemática de la burocracia y de la irresponsabilidad aparece estrechamente relacionada con la creciente crítica al Estado, y a la necesidad de reducir su expansión y sus funciones. En el sector salud esta crítica ha entrado desde hace años en el terreno de la práctica política, a través de las propuestas de descentralización de servicios. Así medicina estatal, aparece asimilada a centralización, burocracia, irresponsabilidad, ineficiencia, altos costos, etc.... A estos se opondría la descentralización, asimilada a la responsabilidad, la eficacia, la reducción de costos, la delegación de funciones, etc. Debo indicar que a la base de esta última propuesta, la delegación de funciones aparece estrechamente ligada total o parcialmente a la delegación de la responsabilidad social por parte del Estado. Lo cual suele omitirse pese al fenomenal decremento de las inversiones en salud en la mayoría de los países Latinoamericanos.

La crisis sostenida que soporta Latinoamérica, ha sido en parte relacionada con la crisis financiera de un Estado que necesita reducir su gasto y en particular, su gasto social. La opción neoliberal aparece como la opción frente al estado burocrático. Considero que esta forma de plantear el problema se articula con varios de los caracteres del MMH, que justamente asumen la desigualdad social, la responsabilidad individual, la mercantilización directa o indirecta de la enfermedad.

La solución está basada en una descentralización que tenderá a repartir aún más desigualmente los costos y las pérdidas, y a basar la potencialidad de mejores condiciones de atención a la enfermedad no sólo en la responsabilidad, sino en las fuerzas económicas y sociales de los conjuntos. Desde esta perspectiva los sectores más débiles de la sociedad deberán asumir sus propios costos con expectativas limitadas en términos generales y radicalmente desiguales en términos comparativos.

Desde finales de la década de 1960, he venido proponiendo la existencia de un MMH caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación. También he subrayado las críticas y las situaciones complejas atravesadas por la biomedicina y las orientaciones que han dominado su trayectoria. Pero pese a ello, la biomedicina sigue expandiéndose debido, sobre todo, a su eficacia comparativa, a su pragmatismo, al incremento de la demanda, a su papel cada vez mayor en la reproducción del capital, y a su rol como legitimador de las fuerzas sociales dominantes.

Respecto de las características y funciones del MMH, durante todo el siglo XX se fueron generando cambios, críticas, y proponiendo modificaciones. Algunas de las principales críticas han sido hacia su mercantilización, al constante incremento del costo de atención de la enfermedad y, más recientemente, del costo de la salud. Desde por lo menos la década de 1960, se ha denunciado la existencia de un complejo médico-empresarial paralelo al complejo político-militar industrial dominante en EEUU, que no solo fue señalado por tendencias críticas de la medicina social, sino por el sector académico defensor del MMH.

Como sabemos, una expresión actual de estas tendencias se observa, especialmente, a través de la medicina llamada personalizada que, en términos muy simples, propone adecuar el tratamiento médico a las características individuales del paciente; es decir, buscar en el código genético del sujeto sus posibles enfermedades, así como el tipo de fármaco que puede ayudar a curarlo en términos específicos.

De esta manera, según sus impulsores, las pruebas genéticas permitirían que los médicos vuelvan a tratar a los pacientes como personas y no como individuos. Más aún, actualmente se creó la posibilidad de que, a través de test genéticos, se pueda establecer qué fármacos son eficaces y cuáles no, así como reducir o aumentar las dosis en función de la tolerancia y de la eficacia específica, e incluso establecer qué fármacos pueden tener consecuencias adversas para ciertas personas.

Esto supondría, además de una mayor eficacia, una fuerte reducción de costos, dada la especificidad del fármaco y la eliminación de las consecuencias adversas. Y, si bien existen todas estas posibilidades, han dado lugar a tempranas críticas, dada sus orientaciones mercantilizadas.

Por supuesto que esta tecnología no solo opera en términos de atención, sino en términos preventivos, especialmente para las primeras causas de mortalidad, como son las cardiovasculares y las cancerígenas. Pero hay que subrayar que, en términos de diagnóstico y de atención, se está aplicando también a problemas de salud mental, tratando de establecer la eficacia específica de los medicamentos para esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, epilepsia, autismo y trastornos de atención tratados como enfermedades de origen genético.

Más aún, la soledad tendría también origen biológico, dado que científicos del Instituto Tecnológico de Massachusetts localizaron una región del cerebro conocida como núcleo dorsal del rafe (NDR), que generaría el sentimiento de soledad, mientras que investigadores de la Universidad de Chicago relacionaron la soledad con la presencia de mayores niveles de cortisol, una hormona relacionada con el estrés.

La revisión de los últimos cinco años de la publicación profesional permite observar, en todos los números, referencias no solo al origen genético de la psicosis y de cada vez más neurosis, sino a los respectivos tratamientos basados en fármacos.

Uno de los límites de ciertos tipos de tratamientos genéticos son sus altos costos, que son prohibitivos para gran parte de la población mundial, así como su desarrollo puede incrementar aún más las industrias de la enfermedad y de la salud. Y este aspecto necesita ser analizado y discutido, no para caer en una suerte de melancolía por la falta de ética médica y empresarial, sino para tratar de ver cómo se modifica esta orientación mercantilista, y cómo hacer para que los beneficios lleguen a todos los que los necesitan, y no solo a quienes pueden pagarlos, por supuesto que a partir de asumir el poder de las dos industrias señaladas y de cuestionar el invento y expansión de “enfermedades” como los trastornos de atención.

La seguridad social es una institución nacida de la solidaridad humana, que se manifiesta en la reacción de ayudar a personas o grupos en estado de necesidad.

En el siglo VIII, en Europa se dictaminó que cada parroquia debía sostener a sus personas pobres, adultas mayores, enfermas sin trabajo, a las y los niños en situación de orfandad, cuando no contaban con ayuda familiar. En Inglaterra en el año de 1601 se estableció un

impuesto obligatorio nacional para cubrir esta clase de asistencia parroquial y más tarde Suecia y Dinamarca adoptaron medidas similares.

En México el movimiento revolucionario de 1910-1917, exigía la protección a las clases más vulnerables, principalmente a personas campesinas y obreras, surgiendo con él los servicios médicos como la Cruz Blanca y la Cruz Roja.

La promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1917, de contenido social avanzado, sirvió como eje de la Seguridad Social.

El 19 de enero de 1943 se emitió la Ley del Seguro Social, creándose así el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia (que garanticen la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia) y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

La Seguridad Social es un término que se refiere al bienestar de las y los ciudadanos, integrantes de una comunidad.

La Organización Internacional de Trabajo la define como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos e hijas.

La seguridad social se encuentra encaminada a la protección y mejoramiento de los niveles de bienestar de las personas trabajadoras y sus familias.

A partir de la reforma constitucional del 10 junio del año 2011, la seguridad social como derecho humano, se encuentra protegido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en términos de su artículo 1° que señala:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.” Por su parte el artículo 123 de la Constitución establece el derecho humano a la seguridad social.

Aunado a que la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 22, que señala: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

¿Quién tiene a cargo la seguridad social?

En la actualidad México cuenta con varios sistemas de seguridad social, de los cuales destacan dos instituciones públicas que proveen seguridad social:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

De forma obligatoria para las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo, las y los socios de sociedades cooperativas, y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo.

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

De forma obligatoria para las personas trabajadoras de los Poderes de la Unión (Ejecutivo, Legislativo, Judicial e Institutos Autónomos), en materia Federal, así como para la Ciudad de México.

Para las personas trabajadoras de los Estados, siempre y cuando exista convenio entre el estos y el ISSSTE.

¿Qué seguros ampara la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado?

- Riesgos de trabajo (accidente o enfermedad de trabajo);
- Enfermedades y maternidad; (atención médica y pago de incapacidades);
- Invalidez (enfermedad general que le impida laboral);
- Vida (muerte del asegurado);
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (pensión por edad y años cotizados); y
- Guarderías y prestaciones sociales.

Además, la Ley del ISSSTE señala para las personas trabajadoras que se encuentran trabajando antes del 2007 y escogieron la aplicación del artículo decimo transitorio, los seguros de:

- Jubilación;
- Retiro por edad y tiempo de servicios.

Modelo de la autoatención:

Las enfermedades, como es obvio, operan en toda sociedad conocida, por lo tanto, todas las sociedades han generado formas específicas de atención y prevención para abatir, reducir o convivir con los padecimientos que reconocen como tales. En las sociedades latinoamericanas actuales, incluida gran parte de los pueblos originarios, coexisten formas de atención a las enfermedades en las que la biomedicina no sólo constituye la forma hegemónica, sino la que está en constante proceso de expansión.

Esta afirmación implica cuestionar la mirada antropológica dominante en nuestros países hasta hace pocos años pues, salvo algunas excepciones, la mayoría de los estudios antropológicos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención desarrollados en las comunidades indígenas latinoamericanas se reducía a describir las enfermedades y los curadores tradicionales, y excluía de sus etnografías a las instituciones y saberes biomédicos. Esos textos no incluían la forma de atención de los padecimientos que se estaba convirtiendo en hegemónica y pasaba a ser parte de los usos y costumbres cotidianos de la mayoría de los pueblos originarios, por lo menos en México.

Una serie de estudios ha puesto en evidencia las transacciones entre las formas de atención de los padecimientos, en las que los sujetos y micro grupos son los principales actores sociales de este proceso interactivo. Si bien pueden intervenir varios tipos de curadores,

dicho proceso es llevado a cabo básicamente por la población como parte normalizada de su vida cotidiana. No obstante, gran parte del trabajo antropológico, sobre todo referido a determinados procesos, se ha concentrado en los curadores tradicionales, ya sean chamanes, herbolarios o parteras, y ha dejado en un lugar secundario a la población, de manera que su etnografía no registra los procesos interactivos generados en torno a los padecimientos por los sujetos y micro grupos, sino sólo los que operan los curadores tradicionales. Esto no demerita la calidad de muchos de estos trabajos, sólo señala sus limitaciones y ausencias.

Éstas y otras tendencias han generado una antropología de los procesos en las comunidades indígenas y no indígenas, que ha tendido a ignorar tanto el creciente papel directo e indirecto de la biomedicina, como algunos de los principales procesos de producción y reproducción biocultural, por ejemplo, el que se desarrolla por medio de las formas de autoatención de los padecimientos.

Comprendemos los objetivos que causaron esa orientación, que en parte tienen que ver con el énfasis puesto en la “diferencia” y el empoderamiento indígena como mecanismos de su rehabilitación social y cultural, así como con la búsqueda de vinculación de lo tradicional actual con las cosmologías ancestrales, como evidencia de una continuidad cultural que legitime las demandas de las comunidades nativas. Sin embargo, esta orientación se ha alejado cada vez más de lo que acontece en realidad en las comunidades en términos de los procesos de Esta tendencia expresa sobre todo la “interpretación” de una parte de los antropólogos o los deseos de una parte de los líderes e intelectuales indianistas, pero no lo que ocurre en la vida cotidiana de los sectores sociales subalternos, incluidos los pueblos indígenas.

Autoatención como estructura y proceso

Si los antropólogos no sólo preguntaran en las comunidades por el susto, el empacho o el mal de ojo, y dejaran de entrevistar sólo a parteras, herbolarios o chamanes, e interrogaran también a la población sobre el cáncer, el VIH-sida, la diabetes mellitus y la atención biomédica, se hubieran enterado de que por lo menos una parte de la población nativa incluidos los curadores tradicionales reconoce que dichas enfermedades afectan a una

porción de la población y que además, para enfrentarlas, recurre a sus formas tradicionales de atención y también a la atención biomédica, o como mínimo, a los productos biomédicos.

Tal vez esto los llevaría a reflexionar sobre algunos de sus supuestos teóricos, sobre todo ideológicos, por ejemplo, el de las incompatibilidades que, según ellos, existen entre las concepciones, cosmovisiones, tradicionales de los padecimientos y su sanación, y las concepciones biomédicas de las enfermedades y su curación, y tratarían de entender por qué los sujetos y micro grupos de los pueblos originarios no parecen tener problemas en utilizar con frecuencia y de manera simultánea la diversidad de formas de atención de los padecimientos que, según estas tendencias, corresponderían a cosmovisiones diferentes. Justamente, la autoatención sintetiza, o por lo menos articula, las diferentes formas de atención en apariencia incompatibles.

Es decir, lo observado en la vida cotidiana de los sujetos y micro grupos contrasta con las propuestas de incompatibilidad no sólo de antropólogos sociales, sino de intelectuales indianistas, y en menor medida, de sus líderes políticos, sobre todo cuando éstos tienen una cuota de poder y son parte del gobierno, incluidos los progresistas y proindígenas.

Por ejemplo, durante la gestión presidencial de Evo Morales en Bolivia, se creó un Subministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural con un presupuesto mínimo, mientras casi toda la inversión en salud se destina a la biomedicina, en especial a ciertos programas biomédicos que intentan reducir las altas tasas de muertes evitables que inciden en la población en general y en la indígena en particular, ante las cuales la medicina tradicional ha mostrado poca eficacia.

Esto no supone una exclusión y menos una desvaloración de la medicina tradicional por parte del gobierno boliviano, pero encarna una decisión política que impulsa y financia el tipo de medicina más eficaz para reducir los problemas más graves e inmediatos, al mismo tiempo que reconoce los usos simultáneos no la incompatibilidad de la biomedicina y la medicina tradicional por parte de la población indígena y no indígena.

Lo señalado no niega los usos y eficacias específicos de la medicina ni de los curadores tradicionales, cuyo papel principal es la comprensión y explicación de los padecimientos, para que las comunidades y sujetos convivan en términos interpretativos y prácticos con

ellos, y generen eficacias simbólicas y no simbólicas para atender las enfermedades que reconocen. Además, aclaro, no se propone tampoco que sólo la biomedicina reduce las tasas de mortalidad generales y de los pueblos originarios en particular.

Lo que se cuestiona es la manera en que antropólogos e intelectuales indianistas buscan y usan las cosmovisiones que fundamentarían las medicinas tradicionales como si fueran realidades esenciales, al proponer no sólo incompatibilidades sino una suerte de quietismo ahistórico que poco tiene que ver con los procesos socioculturales, económicos y políticos actuales.

Ahora bien, lo que me interesa señalar en este texto pues tiene que ver con los trabajos presentados en este número de Desacatos es el papel de la autoatención en los procesos y su potencialidad social, ideológica, y en menor medida, política. La autoatención no sólo tiene un papel decisivo en la síntesis, articulación o mezcla que los sujetos y micro grupos generan entre las formas de atención que operan en su vida cotidiana, sino que constituye la forma de atención de los padecimientos y enfermedades más frecuente y constante.

La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y micro grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. Así, la autoatención implica decidir la auto prescripción y el uso de tratamientos de manera total o relativamente autónoma, incluso si ya han sido indicados por curadores de las distintas formas de atención. Estas auto prescripciones, en función de cada padecimiento y de las condiciones socioeconómicas y situación de los sujetos y micro grupos, conducen a que una parte del proceso de prescripción y uso de terapéuticas adquiera autonomía, por lo menos en términos relativos.

La autoatención puede pensarse en dos niveles. El primero abarca todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y micro grupos, en especial del grupo doméstico. Estas formas se utilizan a partir de los objetivos y normas establecidos por la cultura del grupo. Desde esta perspectiva, podemos incluir las actividades de preparación, distribución y consumo de alimentos; el aseo del

cuerpo, el hogar y el medio ambiente inmediato; la obtención y uso del agua, la eliminación de excrementos y un largo etcétera que contempla, por ejemplo, hacer frente a la muerte, los muertos y los deudos en los términos prescritos por cada cultura.

El segundo nivel se refiere a los procesos, sobre los que desarrollaremos nuestro análisis, sin dejar de apuntar que es difícil establecer un corte claro entre los dos niveles. En ambos, aun cuando la autoatención aparezca de manera fenoménica en individuos, siempre alude a micro grupos y grupos, en particular a los que más inciden en los procesos de reproducción biosocial, que incluyen al grupo familiar en un lugar protagónico, pero también al grupo de trabajo, de escolares, amigos, etcétera.

El proceso de autoatención de los padecimientos se fundamenta en varios hechos, sobre todo en dos. Por una parte, en la gran frecuencia, recurrencia y continuidad de padecimientos, daños o problemas de salud que afectan cada día a los sujetos pertenecientes a los grupos primarios desde que nacen hasta que mueren.

Los padecimientos son algunos de los hechos más constantes de nuestra vida cotidiana, ya sea en su forma aguda o crónica. Por esto, los procesos constituyen uno de los campos para algunos el principal en los que las sociedades crean el mayor número de representaciones y prácticas sociales. Además, en el caso de las discapacidades y las enfermedades crónicas o cronificadas, como el VIH-sida, el padecimiento pasa, cada vez más, a formar parte de la identidad de los sujetos y a veces de los grupos sociales.

Al respecto, necesitamos asumir que, en todas las sociedades conocidas, la enfermedad, y no la salud, ha constituido el estado “normal” de los sujetos. Esto se ha reforzado en las sociedades actuales, dado el notable incremento de la esperanza de vida. Por ejemplo, en los países europeos más desarrollados la esperanza de vida a mediados del siglo xix era de 30 a 40 años y ahora está cerca de los 80. La prolongación de la esperanza de vida se basa en varios procesos, en especial en la reducción de la mortalidad por enfermedades que hasta hace pocos años eran letales para la mayoría de la población.

Entonces, cuando nos enteramos de que 30% de la población mundial tiene insomnio; 12% padece migraña; y, según la Organización Mundial de la Salud, en 2050 la mitad de la población tendrá algún tipo de cáncer, eso no sólo implica que alguna enfermedad es parte

de nuestro estado normal de vida, sino que los sujetos y sus micro grupos necesitan desarrollar comportamientos en su mayoría, de autoatención para convivir con padecimientos que ya son parte de su identidad y subjetividad en la trayectoria de su vida.

En función de esta presencia cotidiana, el segundo hecho refiere a que los sujetos y sus micro grupos de todas las clases y sectores sociales necesitan realizar acciones inmediatas y permanentes para solucionar de manera radical o provisional los problemas de salud que los aquejan o amenazan. Lo hacen desde la detección y durante todo el lapso que dure el padecer mediante la autoatención. Una serie de investigaciones ha puesto en evidencia que la demanda de consulta médica es reducida en relación con el número de episodios de enfermedad que ocurren en la población, dado que la mayoría son atendidos, o desatendidos, por los propios sujetos y micro grupos, sobre todo por el grupo familiar.

Dadas estas condiciones, la mayoría de los micro grupos, en particular el doméstico, necesita generar saberes para explicar, atender, contener y resolver las situaciones cotidianas de enfermedad, incluida la decisión de consultar a un curador profesional o no atenderse. Así, en toda sociedad, la autoatención constituye el primer nivel real de atención, prevención y comprensión.

La autoatención es una estructura permanente que los micro grupos generan en toda sociedad para atender sus padecimientos, que se caracteriza por un proceso constante de cambio, al igual que las otras formas de atención, incluida la denominada medicina tradicional. La carrera del enfermo y la trayectoria de enfermedad tienen como punto de partida y llegada la autoatención. La autoatención es casi siempre la primera actividad que el sujeto y el micro grupo ejecutan respecto a los padeceres detectados.

Esa actividad, en principio, no incluye ningún curador profesional, incluso si se consultan vecinos, compañeros de trabajo o amigos, porque no se desempeñan como curadores profesionales. Además, la autoatención “acompaña” todo tratamiento propuesto por curadores profesionales en una trayectoria en la que la mayoría de los sujetos trata de autonomizar los tratamientos. Cabe señalar que algunos sujetos y micro grupos deciden no atender al menos una parte de sus padecimientos debido a causas diversas, lo que también es parte de la autoatención.

Toda consulta a curadores profesionales se hace desde los saberes y experiencias individuales y colectivos. Por ello, el sujeto y sus micro grupos son los que están al tanto de toda la carrera del enfermo, mientras la mayoría de los curadores profesionales, que representan las otras formas de atención, permanece casi siempre ignorante al respecto, y sobre todo, de la articulación que los sujetos y sus micro grupos establecen entre las diferentes formas de atención, con el objetivo de hallar una solución a sus problemas de salud.

A partir de lo que acontece en la autoatención y en la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones socioeconómicas y culturales, incluidas las formas de atención a las que tienen acceso, el sujeto y su micro grupo deciden consultar o no a curadores profesionales de algunas de las formas de atención que reconocen y aceptan, a las que pueden acceder en términos económicos, socioculturales y geográficos.

La decisión de consultar a un curador profesional y algunas de las actividades que se realizan luego de la consulta también son parte del proceso de autoatención, en la medida en que se autonomicen y en función de que casi siempre habrá diferencias entre lo recomendado por el profesional y lo que el paciente y su micro grupo hagan. La autoatención no sólo es estructural, sino que siempre es un proceso en relación con otras formas de atención. Uno de los problemas metodológicos es la tendencia a reducir la autoatención a estructura y no verla como proceso, lo que limita o impide comprender el papel decisivo de la autoatención en la reproducción biosocial de los micro grupos y en el desarrollo de posibilidades contrahegemónicas.

Considerarla proceso posibilita observar una serie de hechos que, por ejemplo, cuestionan las interpretaciones médicas o ponen en evidencia los cambios constantes que operan en los saberes populares. La autoatención, por lo tanto, debe estudiarse como estructura y como proceso, no sólo por las razones señaladas, sino porque implica, desde la perspectiva de los sectores sociales subalternos, la acción más racional en términos socioculturales y de costo-beneficio, no sólo económico, sino también del uso del tiempo.

La autoatención opera por medio de las relaciones que se establecen por supuesto, entre sujetos y micro grupos de manera directa e indirecta con las otras formas de atención, y trata de apropiarse de sus aspectos más accesibles, para convertirlos en partes de la

autoatención. Esta apropiación se concentra en los saberes y productos más eficaces y de efectos más inmediatos, por lo cual la mayoría de las apropiaciones en la actualidad suceden respecto a los fármacos biomédicos.

Esto no sólo supone un proceso de retroalimentación permanente, sino de cambios. Sociólogos británicos plantearon desde la década de 1980 el surgimiento de un nuevo tipo de paciente, llamado “paciente bien informado”, que no sólo se caracteriza por estar preocupado por la enfermedad que lo aqueja, sino por saber todo lo posible sobre ella. Así, cuando asiste al médico, además de que reconoce positivamente lo que éste le diagnostica y prescribe, discute la eficacia que el fármaco prescrito y la dosis recomendada pueden tener, dado que analiza sus efectos tanto en la bibliografía médica como en los mensajes en internet, pero sobre todo en su propio cuerpo; por lo tanto, el paciente reduce o aumenta la dosis en función de lo que le pasa como sujeto, sin acatar lo recomendado por el médico. No lo hace por oponerse o rechazar la prescripción médica ni por ignorancia respecto a la necesidad de aplicar y completar la dosis recomendada, sino justamente por un análisis de su experiencia de la enfermedad basado en el saber biomédico.

Es decir, estamos ante un tipo de relación que hace evidente el desarrollo articulado de procesos de atención profesional y de autoatención, que contradice las nociones dominantes de atención biomédica y autoatención por la tendencia a pensar en la autoatención como algo negativo y sobre todo por concebir los modelos de atención de manera escindida, en lugar de ver su funcionamiento complementario en la vida cotidiana. Para esto, necesitamos observar la vida cotidiana desde la perspectiva de la población, no sólo de los curadores.

Tenemos que ver en la cotidianidad de la vida de los sujetos y micro grupos cómo permanecen, desaparecen y cambian las representaciones y prácticas sociales, incluso las “instituciones” referidas a los procesos y cómo esos cambios se desarrollan a partir de los recursos de los sujetos y sus micro grupos, sintetizados en los procesos de autoatención.

Lo bueno, lo malo y lo posible de la autoatención

En términos específicos, lo más rescatable de la autoatención es la capacidad de los sujetos y micro grupos de intervenir con autonomía total o relativa en los padecimientos que los

aquejan y hacerlo con determinado nivel de eficacia e inmediatez. Esto ha sido negado históricamente por la biomedicina, dado que subraya con frecuencia las consecuencias negativas de la autoatención, pensada en términos de automedicación con fármacos.

Es correcto reconocer las consecuencias negativas de la autoatención, así como que los sujetos y micro grupos generan padeceres, desde enfermedades mentales hasta violaciones sexuales, pasando por homicidios y suicidios cometidos por los miembros en el interior de los micro grupos, pero no por eso debemos pensar en la autoatención sólo en términos negativos, sino que necesitamos asumir que es parte de la estructura y función de los sujetos y los pequeños grupos, y que cumple funciones positivas además de que puede dar lugar, incluso de manera simultánea, a procesos y consecuencias negativos y positivos como parte de su desarrollo y funcionamiento.

La biomedicina ha subrayado de manera permanente ciertos aspectos negativos de la autoatención, pero desde fechas tempranas también ha reconocido aspectos positivos, como en el caso de la convalecencia, aunque no la considera parte de la autoatención. Por lo tanto, en la biomedicina y la profesión médica dominan visiones críticas y estigmatizantes de la automedicación, en gran medida debido a que los sujetos se han apropiado de uno de sus principales instrumentos curativos o paliativos identificado con los médicos, es decir, los medicamentos.

La biomedicina y el Sector Salud han desarrollado una mirada contradictoria, mejor dicho, dicotómica de la autoatención, pues junto a la crítica proponen el autocuidado, los clubes de diabéticos y el papel del sujeto en el diagnóstico de sus propios problemas, siempre y cuando el ejercicio de medicación quede sólo en manos de los médicos. De ahí su ataque constante a la automedicación, a la que separa, o por lo menos no relaciona, con el autocuidado y los grupos de autoayuda. De esa manera, la biomedicina propicia una visión esquizoide de la autoatención, en la que ciertos comportamientos del sujeto, como auto medirse la glucosa, correr por los parques o preparar soluciones de rehidratación oral, son considerados positivos, mientras automedicarse con fármacos se estigmatiza.

Es decir, la mirada médica fractura la estructura y función de los saberes de los sujetos y micro grupos, y los lleva a automedicarse ante todo padecimiento. Esto conduce de manera casi inevitable a que la biomedicina elabore propuestas y acciones de control y prohibición

de la compra “libre” de determinados medicamentos para evitar la automedicación. Recordemos que esta actitud prohibicionista de la biomedicina respecto a la automedicación convive tanto con los mensajes biomédicos constantes que impulsan determinadas formas de autoatención, incluida la automedicación, como con la inducción directa e indirecta de la industria químico-farmacéutica a automedicarse.

La biomedicina ha visto y sigue viendo en la automedicación un fuerte competidor profesional, en lugar de asumirla como la forma de atención con la cual tendría que articularse de manera intencional, por ejemplo, al enseñar a la gente a auto atenderse y automedicarse bien. No sólo saber auto aplicarse insulina o palparse los senos para detectar nódulos posiblemente cancerosos, sino respecto a todo padecimiento. Tendría que enseñar a la gente a automedicarse bien, porque además casi todos los sujetos tienden a hacerlo y a apropiarse del saber médico y los otros saberes sanadores. Esa inevitabilidad tiene que ver con procesos muy diversos, que van desde los factores económicos, pasando por los estilos de vida, hasta el uso del tiempo.

El Sector Salud y los médicos, por lo menos en los países latinoamericanos, parten del supuesto de que la población se automedica, y en general, se automedica mal, lo que provoca problemas tanto individuales como colectivos. Con frecuencia se utiliza el ejemplo de los antibióticos, como evidencia de que el mal uso popular ha conducido a generar cada vez más resistencia biológica hacia ellos, pero se omite que la población aprendió gran parte del mal uso de los antibióticos de los propios médicos. Desde la década de 1950, reiteradas investigaciones realizadas en Estados Unidos señalan que los médicos, en especial los pediatras, recetan demasiados antibióticos a los niños que atienden. El último estudio que conocemos encuentra que los pediatras recetan dos veces más antibióticos de los que en realidad requieren los niños con infecciones de oído y garganta, y sostiene que más de 11 millones de recetas de antibióticos emitidas cada año para niños y adolescentes podrían ser innecesarias.

La biomedicina necesita establecer un corte esquizoide respecto de la automedicación con fármacos debido en gran medida a que los sujetos y grupos han aprendido de los médicos los reiterados malos usos. La historia farmacológica del saber médico, en cierta medida, es la historia de los fármacos recetados por médicos durante años, que luego de un periodo

de aplicación resulta que son inoperantes, nocivos o que han generado resistencias. Por ejemplo, tomó 75 años llegar a saber que la fenacetina provoca nefropatías, 30 años para conocer que la amidopirina causa agranulocitosis y diez años para descubrir que la tetraciclina trastorna el desarrollo óseo. El destilbene, que se aplicó desde finales de la década de 1950 a mujeres embarazadas, se retiró del mercado 20 años después al descubrirse sus consecuencias cancerígenas y que alteraba seriamente el ciclo reproductivo.

Toda una serie de fármacos considerados hoy restringidos y con consecuencias negativas fueron recetados sin restricción durante muchos años. La población no decidió por sí misma usar antibióticos para diversos tipos de diarrea, lo aprendió de los médicos. En 1946, pocos años después de difundirse el uso de la penicilina, dos investigadores mexicanos concluían:

El éxito alcanzado en el tratamiento de determinadas infecciones bacterianas por aplicación de penicilina ha conducido a un empleo anárquico y desmedido de la droga. Este antibiótico ha sido empleado no sólo en cualquier afección con gérmenes, sino hasta en entidades clínicas que no tienen por causa microorganismos.

Lo mismo ocurrió con drogas recetadas contra el paludismo o en relación con problemas de salud mental en las décadas de 1950 y 1960. Lo preocupante es que esto sigue ocurriendo en la actualidad con consecuencias similares, como en el caso de la crisis de las drogas opiáceas recetadas por médicos en Estados Unidos, que se ha convertido en uno de los más graves problemas de salud pública en ese país.

Considero que no hay duda acerca de que la población utiliza mal los medicamentos, pero también pienso que una parte de la población los utiliza bien, aunque no lo sabemos “científicamente” porque eso no ha sido estudiado por el Sector Salud ni por la academia científica. No conozco investigaciones sobre Latinoamérica que estudien sujetos y grupos para observar tanto el mal uso como el uso correcto y eficaz de los medicamentos en términos de autoatención, pese a que determinadas experiencias demuestran que la población, incluida la de menor formación educacional, puede hacer uso correcto y eficaz de los medicamentos.

Por ejemplo, en la evaluación de los resultados de un proyecto de investigación/acción aplicada en una zona palúdica ecuatoriana en la que reside población amerindia, los

investigadores compararon el autodiagnóstico parte sustantiva de la autoatención de las personas que habían tenido malaria con el diagnóstico profesional y encontraron una coincidencia de 80% de los casos, por lo que concluyeron que el autodiagnóstico tiene un buen valor predictivo. Este proyecto impulsó el autotratamiento contra la malaria basado en fármacos biomédicos, completado con plantas medicinales.

Por supuesto, contamos con estudios en diferentes países que reiteran, por ejemplo, que una parte de los enfermos crónicos no cumplen con sus tratamientos y que una parte de los padecimientos agudos son tratados de manera incorrecta. Pero también contamos con trabajos que analizan y demuestran la eficacia de los sueros de rehidratación oral utilizados por los grupos familiares para reducir la mortalidad infantil por diarreas. Más aún, desde hace décadas se ha planteado que no sólo se ha simplificado el uso de muchos fármacos, sino que:

Con los rápidos progresos de la ciencia médica y el extraordinario interés de los descubrimientos que los acompañan, apenas se ha advertido que el control de los padecimientos más básicos de las poblaciones se ha convertido en un problema bastante sencillo. El mayor cambio estriba en que ya no se necesita una tecnología superior ni extensos conocimientos (médicos) para brindar atención eficaz para la mayor parte de las enfermedades básicas. Pero se requieren cambios en los primeros eslabones de la cadena de referencia. Esto significa más responsabilidad a nivel familiar e individual, y más conocimiento de lo que se debe hacer y cómo hacerlo.

Lo que señalaba Backett hace casi 40 años es aún más vigente en la actualidad. Por ello, y por las razones expuestas en este texto, considero como he mencionado que una de las tareas básicas del Sector Salud debería ser enseñar a los sujetos y micro grupos no sólo a prevenirse sino a auto atenderse, en especial, a automedicarse mejor.

Ahora bien, los procesos de autoatención, incluida la automedicación y los grupos de autoayuda, implican potenciales ejercicios de autonomía y decisiones propias de los sujetos y micro grupos. Estos procesos conllevan la existencia de sujetos activos, a veces agentes, que pueden operar con los recursos materiales y no materiales con los que cuentan. Los procesos de autoatención expresan el pragmatismo permanente de los sectores sociales subalternos y también su capacidad de apropiación y aprendizaje de los saberes que

consideran eficaces y pueden servirles. Es decir, la autoatención no sólo puede ser eficaz para tratar padecimientos, sino que a partir de ello puede constituirse como un lugar de resistencia, de ejercicio de empoderamiento y a veces de contrahegemonía.

Al mismo tiempo, la autoatención es uno de los principales procesos por medio de los cuales la biomedicina y la industria químico-farmacéutica ejercen su hegemonía, mientras los sectores sociales subalternos generan estrategias de “aguante” para sobrevivir, a la vez que favorecen la hegemonía, no sólo biomédica, sino de los sectores sociales dominantes en términos económicos y políticos. Más aún, la autoatención puede ser apoyada de manera directa, pero sobre todo indirecta, por el Sector Salud, para que los propios sujetos y micro grupos se hagan cargo de sus padecimientos, y descargarse de esa responsabilidad social. Esto explicaría, al menos en parte, el hecho de que Estados Unidos haya sido y siga siendo el país que ha creado el mayor número y variedad de grupos de autoayuda, dado que entre de los países más desarrollados es el que menos ha impulsado una cobertura de salud universal gratuita o parcialmente gratuita.

Pero esta condición lo subrayo sólo explica en parte, si es que lo explica, lo que ocurre en la sociedad estadounidense, por lo que necesitamos buscar propuestas más complejas e inclusivas, como las desarrolladas por. Apunto a lo mismo respecto del interés de la industria químico-farmacéutica por impulsar la automedicación como uno de sus principales objetivos económicos, pues ese impulso implica una erosión constante del poder y saber biomédico.

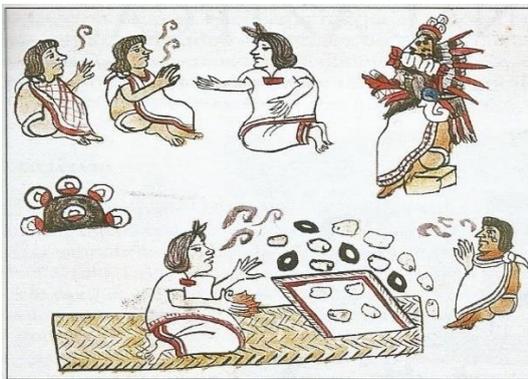
Debemos admitir que la mayoría de los procesos que vivimos son complejos, contradictorios y ambivalentes, y que pese a ello gran parte de nuestras explicaciones suelen ser simplificadoras como ocurre con el concepto de biopoder foucaultiano, y lo que es más grave, pensamos en la realidad en términos unilineales, manifiestos y arrelacionales. Así, los procesos de autoatención pueden constituir para algunos la principal expresión de la sumisión de los sujetos y micro grupos subalternos respecto de los sectores dominantes y hegemónicos, mientras para otros es una de las principales expresiones de su autonomía, agencia y empoderamiento.

En lo personal, me interesan los procesos de autoatención por varias razones, en especial porque son una de las principales estrategias de supervivencia de los sectores sociales

subalternos y porque presentan posibilidades de autonomía, empoderamiento y contrahegemonía planteados en términos de autogestión política, pero, reitero, necesitamos observar esas posibilidades en las situaciones concretas sin caer en los esencialismos ideológicos que hoy dominan los discursos teoricistas en Latinoamérica.

MEDICINA NÁHUATL

La medicina que encontraron los españoles a su llegada a México en 1519 era un sistema médico integral, que resumía el saber en cuanto a las enfermedades y sus tratamientos, que se había acumulado a lo largo de por lo menos dos milenios y medio. Los mexicas habían hecho suyos ese conocimiento y prácticas y habían contribuido a su desarrollo, lo que hacía patente la vigencia de ese trasfondo cultural que conocemos como Mesoamérica.



El relato de los vaivenes que tuvo la relación entre la medicina de los conquistadores y la de los indígenas ha sido objeto de numerosos estudios, en los que se ha puesto de manifiesto la carencia de médicos de tradición europea al menos durante los 50 años posteriores a la conquista, la vigencia de los titici indígenas en el manejo de las enfermedades de la mayor parte de la población novohispana, la conversión de su medicina en curanderismo y su sobrevivencia manejando un sinnúmero de estrategias que la enlazan con las medicinas tradicionales contemporáneas.

Presentamos en las siguientes páginas algunas facetas de particular importancia de esa historia, ya sea por ofrecer una nosología que pudo ser contrastada y entrar en la dinámica de un proceso de aculturación y resignificación con la medicina hegemónica en ese entonces hipocrático galénica ya sea por constituir novedades en cuanto al conocimiento de enfermedades y sus tratamientos, o ya sea por su impacto sobre el diagnóstico y manejo de enfermedades ya conocidas. Veamos algunos de esos casos.

Una medicina que cuenta con una teoría general de la enfermedad

Las medicinas prehispánicas compartían una visión del mundo acorde con el concepto que tenían del cuerpo. La medicina náhuatl no fue la excepción. El universo era concebido como una serie de planos horizontales dispuestos a diferentes alturas de un eje vertical, un eje retorcido que recordaba al malinalli (*Epicampes macroura*), gramínea cuyo delgado tallo, erecto y retorcido, está constituido por dos filamentos torcidos sobre su propio eje y entrecruzados. Entre los pueblos mayas el malinalli era sustituido por una ceiba, el gran árbol de ramas extendidas horizontalmente. Paralelamente, el cuerpo humano contaba por igual con un eje vertical equivalente: la columna vertebral.

Exactamente a la mitad del universo se ubicaba a la superficie terrestre, en tanto que el diafragma era la parte correspondiente del cuerpo. Por arriba de la Tierra se situaban los nueve pisos celestes que correspondían en el cuerpo a los órganos torácicos y la cabeza con su contenido, culminando esta última en el remolino de cabellos de la coronilla, sitio por donde se creía era establecida la relación del ser humano con los planos superiores del universo. La cavidad abdominal representaba los inframundos que se ubicaban debajo de la superficie de la tierra, y el piso pélvico y las plantas de los pies eran considerados el límite inferior de ese cuerpo microcósmico.

De tal manera, la estructura del cuerpo humano era una representación sumamente pequeña del universo, un microcosmos. Pero las semejanzas conceptuales no terminaban ahí. La dinámica del cuerpo era también concebida como un reflejo de los movimientos de los demás cuerpos del universo, en particular de los planetas, así como de las fuerzas cósmicas que les daban vida y les hacían trasladarse en las órbitas que tenían establecidas y salir de ellas, como es el caso de las estrellas fugaces y la aparición al parecer caprichosa de los cometas.

La imagen de un corazón, el sol dentro del cuerpo, que le da y distribuye vida, que late y se desplaza, esto último al menos simbólicamente, permite establecer semejanzas entre su ubicación en el lado izquierdo del cuerpo y el trayecto solar siempre a la izquierda de la línea media del cielo. La presencia del hígado, del lado derecho y abajo del diafragma, es similar a la manera en que el sol se desplazaría por las entrañas de la Tierra para surgir por

el oriente y elevarse siempre “caminando” con una cierta tendencia hacia la izquierda, hacia el sur.

Esta visión del cuerpo no fue aceptada ni entendida por los médicos españoles que vinieron a la Nueva España, pero ha continuado vigente entre las poblaciones indígenas hasta nuestros días. Resulta curioso que esto tampoco influyó en la introducción y aceptación de la teoría de la circulación de la sangre enunciada por Harvey en 1628, misma que solamente fue tomada en cuenta aquí hasta finalizar el siglo XVII.

Lo que sí permitió un intercambio fructífero de ideas fue la descripción de las estructuras del cuerpo en un orden que va de cabeza a pies, empleado paralelamente por los anatomistas europeos de tradición galénica y luego vesaliana, y por los médicos indígenas de tradición prehispánica, en la que la descripción de las imágenes de los dioses se hacía de la misma manera. Sin embargo, esta forma de ordenar conceptos no se limitó a la anatomía, cuyo desarrollo en Nueva España fue muy limitado, y aún más si consideramos que en la medicina indígena realmente no permeó esta visión y el conocimiento de estructuras y partes del cuerpo fue mantenido en el mismo nivel que se tenía antes de la llegada de los españoles, es decir, en el de descripciones someras y el conocimiento de estructuras que podían ser reparadas en caso de lesiones accesibles de manera externa, y de traumatismos y heridas.

Aportaciones al conocimiento clínico

La afirmación de algunos de los conquistadores acerca de que los médicos indígenas eran hábiles en el arte de curar fue un lugar común hasta mediados del siglo XVI. Cortés y Antonio de Mendoza recurrieron a médicos indígenas para tratar sus dolencias. Poco más tarde, Nicolás Monardes, desde Sevilla, expresaba la opinión de que, en los mercados mexicanos, hablando con curanderos y yerberos se podían conocer muchas novedades sobre medicina y terapéutica en particular. Fue más tarde, en los setenta del siglo XX, cuando se comenzó a desacreditar a los médicos indígenas al tildarlos de ignorantes.

El comentario inicial de Francisco Hernández, el protomédico enviado por Felipe II para estudiar los recursos medicinales de sus dominios en el Nuevo Mundo, al decir despectivamente que los médicos indígenas no sabían medicina, pues desconocían las

teorías hipocrático-galénicas, tuvo que ser modificado al darse cuenta de que esos médicos que considerara ignorantes, diagnosticaban y curaban.

La Medicina Náhuatl se desarrolló paralelamente y guiada a la vez por la mística y las necesidades del pueblo Azteca. Naturalmente su cultura recibió gran influencia teotihuacana y tolteca manifestado en el arte del diagnóstico y terapéutica médica pero principalmente en la interpretación que este pueblo dio al proceso salud-enfermedad. Hasta cuando el padecimiento era algo tan natural como una fractura durante el ascenso de una montaña, los aztecas lo relacionaban con una causa divina, pues sabían que era precisamente en los sitios más peligrosos de la montaña en donde moraban los chaneques y otros espíritus malignos, expertos en empujones y zancadillas.

Con frecuencia el azteca enfermo no tenía conciencia de haber violado alguna ley ó mandamiento religioso, o no sabía bien cuál era la deidad que había ofendido con su comportamiento, y entonces la consulta con el médico o Tisitl (chamán, doctor) incluía no solo el diagnóstico y tratamiento sino también la identificación del dios enojado. Esto era muy importante porque los ritos, sacrificios y exorcismos eran diferentes para los distintos dioses lo cual nos hace compararlos con la diferente terminología médica y auxiliar de diagnóstico diferentes dependiendo de la enfermedad actualmente diagnosticada y que conlleva en sí muchas de las veces su respectivo medicamento y en su caso un placebo terapéutico.

Además de los rezos y ceremonias religiosas correspondientes, el Tisitl, también empleaban medios terapéuticos naturales, entre ellos principalmente la herbolaria que entre los Aztecas era extremadamente rica y variada, trascendió esta cultura de la medicina hasta nuestros días, ya que todavía hoy se siguen usando una amplia lista de recursos herbolarios terapéuticos en el hogar de los mexicanos (M. Santillana).

En el Códice Florentino o Historia General de las Cosas de la Nueva España se describen los nombres y usos de múltiples plantas medicinales y materiales de origen animal utilizados por los indígenas para el tratamiento de diversas enfermedades.

A continuación se describe una lista de enfermedades y sus tratamientos: Curación de dolor de cabeza: Tallos de Xiuhehecapahtli, íztac ocoxóchitl, tematstli (vapor de agua) y piedras

preciosas tetláhuilt, íztac tlalli, éztetl, temamatlatzin, agua fría. Todo molido y aplicado tres veces al día. Furúnculos: Hojas de la hierba tlatlancuaye, raíz de tlahuéhuetl, tlayapaloni y chipáhuac xíhuatl Caspa/Alopecia: Se lava la cabeza con lejía furfurácea, se aplica el jugo de hierbas silvestres agrias. Fractura de cabeza: Se deben untar en la fractura hierbas de verano con rocío natural; esmeraldas perlas, cristal, tlacalhuatzin y gusanos de tierra triturados en clara de huevo. Calor: Bañar cara con el jugo de las plantas ocoxóchitl, huacalxóchitl, matlalxóchitl y izquiioxóchitl. Ojos inyectados de sangre: Se cura al rociarlos con excremento humano pulverizado. Glaucoma: Cortar la punta de la carnosidad que nace en los ojos y extraerla, aplicar excremento humano quemado. Pérdida o interrupción del sueño: Se trata con tlazopahtli y en la frente y huihuitzyo cochizxihuitl en todo el cuerpo.

La medicina náhuatl tenía un notable desarrollo en la Mesoamérica prehispánica. El concepto de salud y enfermedad era diferente al que en el siglo XVI prevalecía en Europa e incluía conceptos de magia, religión, empleo de recursos físicos, de animales, de minerales y, muy destacadamente, de la herbolaria. El médico nahua (ticitl) no utilizaba estos recursos en forma aislada sino de manera complementaria de acuerdo con las características de cada paciente. Los médicos compartían conocimientos generales comunes, pero había diferencias entre los que vivían en las zonas rurales, los de la ciudad y los médicos-sacerdotes.

En los años que siguieron a las guerras de conquista se hicieron esfuerzos para recopilar las características de la medicina en Mesoamérica. Algunos de estos trabajos, no los únicos, son el Códice De la Cruz-Badiano, el Códice Florentino o Historia general de las cosas de la Nueva España y el Códice Francisco Hernández. Se llevó a cabo una revisión de estos códices y de la literatura reciente referente a la práctica médica náhuatl con énfasis en la herbolaria como recurso terapéutico para los padecimientos reumatológicos en el siglo XVI, en los territorios que ahora conocemos como México.

Cuando describían enfermedades, los médicos nahuas las veían como resultado de cambios dinámicos que se presentaban en el organismo del paciente, ya que para ellos la salud era consecuencia del equilibrio y, cuando este se perdía, el resultante era la enfermedad. De esta manera, las enfermedades eran consideradas un proceso dinámico en el que intervenían las condiciones del individuo, la agresividad de los agentes externos y el entorno del

enfermo. Individualizaban cada caso haciendo énfasis tanto en las causas naturales como en las sobrenaturales.

En términos generales, dividían las enfermedades en aquellas en las que un ser u objeto extraño se introduce en el cuerpo del paciente y aquellas en las que el enfermo pierde o ve disminuidas sus capacidades anímicas. En los niños era importante para el pronóstico de vida saber si tenían o no su tonalli dentro del cuerpo, y había quienes enfermaban de espanto. Por otra parte, los astros también tenían influencia en el desarrollo de las enfermedades y para predecir la buena o mala ventura de una persona.

Los ticitl conocían la magia aplicada a la medicina, pero en la práctica no la utilizaban sola, como lo ilustra la siguiente receta: para asistir a una parturienta, después de encomendarse a la deidad correspondiente, se daba a la mujer una medicina hecha a partir de cihuapatli, que tiene propiedades oxicíticas; cuauhalábuac, árbol resbaloso, para facilitar la salida del producto por el canal del parto, y cola de tlacuache, un animal que da a luz fácilmente, y, por último, utilizaban éztetl, que funcionaba para detener el sangrado.

El primer libro escrito por indígenas y elaborado en la Nueva España es el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (Tratado sobre las hierbas medicinales indígenas), que, como su nombre indica, trata sobre plantas curativas en el territorio que actualmente conocemos como México. El libro se escribió en el Colegio de la Santa Cruz en Tlatelolco, entonces a las afueras de la actual Ciudad de México. En este colegio estudiaban los hijos de la nobleza mexicana y era dirigido por el fraile Jacobo de Grado, quien con los datos de herbolaria local buscaba financiamiento de la corona española. Martín de la Cruz fue un ticitl de prestigio por su experiencia y amplios conocimientos, aun sin contar con educación formal, radicado en Santiago Tlatelolco. Laboraba en el colegio atendiendo a los estudiantes enfermos.

A él se encargó la redacción de un texto sobre remedios locales; dicho manuscrito fue redactado muy probablemente en náhuatl. Juan Badiano, originario de Xochimilco, en el sur de la Ciudad de México, tenía también conocimientos de la medicina tradicional indígena y poseía educación formal en latín y español, por lo que colaboró con De la Cruz en la traducción del documento al latín y, probablemente, lo modificó para que fuera comprensible a los lectores españoles.

Los artistas nativos, tlacuilos, realizaron los dibujos de las plantas que ilustran la obra, y los estudiantes del colegio, que recibían educación en español, griego y latín, seguramente participaron en la elaboración del Libellus. Estuvo en la biblioteca real de El Escorial; al parecer, alrededor de 1625 fue trasladado a Italia por el cardenal Barberini; posteriormente se transfirió al Vaticano y de ahí pasó a México, donde se encuentra desde 1990.

El Códice De la Cruz-Badiano consta de la descripción de 224 plantas con 185 ilustraciones. Se ha propuesto la identificación taxonómica de aproximadamente la mitad de las plantas aquí descritas, así como de su nombre indígena, y su probable aplicación médica del Instituto de Biología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que aproximadamente el 60% de las plantas identificadas en el código crecen de forma espontánea en la cuenca de México.

El código se compone de 13 capítulos y se describe cada uno, en general, con una secuencia anatómica. De esta manera, el capítulo primero se refiere a enfermedades de la cabeza, el segundo a padecimientos de los ojos, el tercero a los oídos, el cuarto a la nariz, etc. En el capítulo octavo se incluyen, entre otras enfermedades, la podagra, el dolor poplíteo y la contracción incipiente de las rodillas y en el capítulo noveno, las enfermedades de las articulaciones.

Muchas de las plantas consignadas inicialmente, para lo que podemos inferir que son enfermedades reumáticas, no se han identificado o en la actualidad no continúa el uso indicado en el código. Solo mencionaré algunas cuyo uso sigue vigente como tratamiento de enfermedades reumáticas. Sin embargo, me parece conveniente empezar, como ejemplo de las descripciones que se hacen en el código, con una planta muy conocida y empleada en la actualidad, aunque no específicamente para enfermedades reumáticas: el cacao.

El nombre científico es *Theobroma cacao*, de la familia botánica Malvaceae. El nombre nahua es tlapalcacahuatl y el nombre común actual es precisamente cacao. Se describe como un árbol pequeño con hojas oblongas, de flores con pétalos rosados. El uso consignado en el código contra la fatiga del que administra la república y desempeña cargo público, obviamente, se ha modificado, si bien el cacao sigue empleándose como un estimulante y como bebida que se toma por gusto en casi todo el mundo. En aquella época estaba restringido a la nobleza.

Este es el tipo de descripciones que se emplean a lo largo del Libellus, si bien más amplias y con varios de los vocablos indígenas que las definían. Para esta revisión solo mencionaré algunas de las características descritas en el código con los criterios arriba mencionados: se utilizaban para enfermedades reumáticas (o para dolores que en la actualidad podríamos atribuir a enfermedades reumáticas), están identificadas y su empleo sigue vigente con indicaciones similares.

El texochitl yamanqui tiene el nombre científico de *Selaginella lepidophylla*, de la familia Selaginellaceae; su nombre actual es flor de peña o doradilla. El uso consignado en el código es para la contracción de las rodillas, pero el empleo actual es para los reumas.

Tzitzicton, nombre científico *Gymnosperma glutinosum*, de la familia botánica Asteraceae. Su nombre común actual es tatalencho o escobilla. El uso consignado en el código también es para la contracción incipiente de las rodillas y en cierta forma se ha mantenido, ya que en la actualidad se toma y se frota el cocimiento de la hierba para aliviar el dolor de las articulaciones.

Quauhtzitzicatzli, nombre científico *Urera martiniana*, de la familia botánica Urticaceae. El nombre común actual es chichicatzli. El uso consignado en el código para la enfermedad articular ha continuado. Tetzitzicatzli, nombre científico *Cnidioscolus*, familia botánica Euphorbiaceae. Nombre común actual chichicatzli, mala mujer u ortiga. El uso consignado en el código para pacientes con enfermedad articular ha continuado.

Elocapolin, nombre científico *Prunus serotina*, de la familia botánica Rosaceae. El nombre común actual es capulín. En el código se indica para enfermedad articular. Actualmente se emplea de manera más general en el sistema mioarticular masajeando todo el cuerpo, incluyendo las articulaciones, dentro del baño de temazcal (baño tradicional de vapor empleado entonces y aún vigente).

Los médicos

Es notable la visión y el arduo trabajo de muchos personajes llegados de España con espíritu científico y visión humanista que, apenas terminadas las guerras de conquista, iniciaron el análisis de la cultura prevaleciente en las tierras recién descubiertas, entre otras situaciones,

la relativa al saber médico. Para ello, el mecanismo más comúnmente empleado era la entrevista con los médicos indígenas, los ticitl (plural de ticitl), que conocían y utilizaban entre 100 y 200 plantas medicinales. Los médicos nahuas no eran un grupo homogéneo.

Fuera de las grandes ciudades prevalecían los curanderos con formación empírica transmitida de generación en generación. Otro grupo lo componían los médicos nahuas que vivían en los núcleos grandes de población y, por tanto, tenían la ventaja del intercambio de opiniones y de una cierta institucionalización de la práctica médica. Ambos grupos médicos compartían el conocimiento de las creencias, los rituales, las causas y manifestaciones de los padecimientos, así como sobre las plantas y otros recursos medicinales.

Sin embargo, pertenecer a este segundo grupo exigía la pertenencia a unas cuantas familias en las cuales el conocimiento era transmitido de padres a hijas o hijos. La profesión del padre era determinante para la actividad del hijo como ticitl y se puede afirmar que la enseñanza era tutorial y en el hogar, al menos durante los primeros años. Como artesanos bien definidos, vivían en barrios especiales para ellos.

Un tercer grupo era el de los médicos-sacerdotes. Estos cursaban un riguroso aprendizaje en centros llamados calmecac, generalmente reservados a la nobleza. No sabemos con certeza si en estos centros se enseñaba medicina. Sin embargo, podemos suponer que aprenderían cuál era la relación entre algunos dioses y ciertos padecimientos que estaban relacionados con ellos, incluyendo la elaboración de ciertas medicinas que no eran accesibles para otros médicos.

Los sacerdotes debían saber diagnosticar y tratar los males provocados por la divinidad a la que servían en particular. Por ejemplo, los sacerdotes de Ehécatl se encargaban de atender a quienes padecían enfermedades reumáticas, enfriamientos y tortícolis. Otros dioses eran causantes de otro tipo de enfermedades y los sacerdotes dedicados a esa deidad debían conocer las enfermedades específicamente asociadas a ellos. Su preparación y conocimientos eran, por tanto, más especializados y tenían más relación con su función de sacerdotes.

Conclusión

La revisión de la medicina náhuatl desde el punto de vista de las enfermedades reumatológicas y de su tratamiento en la Mesoamérica prehispánica tiene el sesgo de la especialidad a que nos dedicamos. Sin embargo, es una forma de asomarnos al conocimiento de las culturas prevaecientes en Mesoamérica en el siglo XVI y de los mecanismos del sincretismo cultural que se dieron con los europeos.

Varios de esos recursos terapéuticos son aún empleados en México y ameritan de mayor descripción y análisis por quienes, sin ser historiadores ni antropólogos, algo podemos aportar al tema por el conocimiento que tenemos de la reumatología. De esta manera, la presente revisión nos permite asomarnos a la medicina náhuatl y reconocer en ella a una manifestación cultural de primera magnitud y, por tanto, fuente para futuros estudios.

Salud y Enfermedad Entre los Nahuas Los nahuas de esta región tradicionalmente han visto a la enfermedad y a la salud como cambios dinámicos en el cuerpo. La salud se mantiene cuando el cuerpo está en equilibrio, y la enfermedad llega cuando se pierde este equilibrio (Ortiz de Montellano 1987; Sandstrom 1991; Signorini y Lupo 1989; Viesca Treviño 1986). Las más comunes causas de enfermedad para los actuales nahuas son los espíritus llamados ehecatl. Estos espíritus pueden meterse al cuerpo de una persona y traer mala fortuna, enfermedad o hasta la muerte. Este concepto etiológico puede asociarse fácilmente con la causa popular de "malos aires" encontrada en buena parte de Mesoamérica.

El tratamiento para la enfermedad entre los nahuas consiste en una serie de técnicas para sacar al espíritu ofensivo del cuerpo del paciente, incluyendo complejos rituales donde se usa una combinación de oraciones, invocaciones, plantas medicinales y figuras antropomorfas hechas de papel recortado. Una parte importante del ritual es la "barrida" o limpieza ritual, por medio de la cual el cuerpo es limpiado de los espíritus que causan la enfermedad. El especialista en la curación restaura el balance quitando al espíritu del cuerpo de la persona. Se hacen ofrendas a los espíritus ofensivos, quienes son persuadidos a salir y exhortados a dejar el cuerpo.

LA MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA

El estudio y reconocimiento de la medicina tradicional en el mundo occidental han cobrado notable interés en el último decenio, y los ejemplos comparativos entre una u otra cultura médica popular han servido para establecer más las semejanzas que las diferencias existentes entre las numerosas manifestaciones médico culturales de los pueblos que las practican. En el caso de América Latina y en especial de México, la medicina tradicional es un fenómeno vigente de la cultura nacional que podría definirse más bien como un legado de recursos y prácticas curativas, que como un cuerpo teórico-práctico de conocimientos estructurados en torno a una escuela del pensamiento médico con una concepción unívoca del hombre y la enfermedad.

Características de la medicina tradicional en México La medicina tradicional mexicana es un mosaico de piezas procedentes de culturas diferentes que han determinado históricamente el desarrollo de la cultura nacional. En sus aspectos médicos estas culturas, o partes de ellas, forman un rompecabezas con elementos muchas veces contradictorios entre sí, lo que dificulta encontrar un marco único, generalizador y orgánico para su interpretación. La cultura del México actual proviene del sincretismo que se produjo entre las culturas prehispánica y española fusionadas desde fines del siglo XVI. El proceso de aculturación no se ha detenido y continúa.

en la medida en que sobreviven dos medicinas dos culturas interaccionando entre si A lo largo de 10s siglos se ha generado en México una medicina popular híbrida donde pueden encontrarse recursos, prácticas nosologías provenientes de distintos episodios de una interculturación forzada. Un curandero mexicano de los grupos indígenas del sureste o del desierto nortero se referirá como propios de su cultura a padecimientos originarios de la medicina europea del medioevo (mal de ojo) o a enfermedades de raigambre autóctona (pérdida del tonalli), y empleará recursos mezclados tales como ruda, boldo, hinojo y llantén (plantas introducidas en América).

Que sustituyen, a veces, a hierbas locales de uso medicinal de origen náhuatl. Pero, además, a toda esta visión médica del mundo se agregarán la curación del cáncer o de la diabetes, recursos para resolver la hipertensión arterial, el uso de penicilina, aspirina o ungüentos de salicilatos, masajes, baños termales, espiritualismo y espiritismo, rezos cristianos, aromas

de productos asiáticos y, recientemente, extractos de Yen-shen y aerosoles contra el susto y la artritis.

La dificultad que existe para definir orígenes o deslindar atributos de la práctica médica popular en México. La población mexicana, depositaria de todo el proceso, con frecuencia desvinculada de los “centros” que diseñan la medicina del país, no establece una. Preferencia tajante entre el mundo occidental y científico y sus prácticas médicas populares: son los “centros de la cultura universitaria” los que establecen la diferencia y alimentan la discriminación de dos mundos culturales.

Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), consciente de la trascendencia que tiene una adecuada interacción con la medicina tradicional mexicana en el diseño de acciones de salud más acordes con la realidad social y cultural del país, sobre todo en las zonas rurales, creó la Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria (UMTH) con el objetivo fundamental de buscar, diseñar y poner en práctica programas de investigación y desarrollo, que permitan a mediano plazo establecer una colaboración entre la medicina tradicional e institucional, y desarrollar un proceso de estudio continuo mediante el cual pueda rescatarse el bagaje médico cultural que durante siglos ha sido preservado por la medicina tradicional.

Las tareas de investigación biomédica, etnobotánica y antropología médica se combinan con las de servicio y apoyo a Otros sectores del IMSS, en particular con el Programa de Solidaridad Social IMSSCOPLAMAR. La información de campo Y bibliográfica acerca de los recursos humanos, las nosologías y las terapias populares constituyen el punto de partida para el diseño de las tareas interdisciplinarias que desarrolla la Unidad. Las áreas de interés prioritario son: captura y análisis de la información de campo que se destina al banco de datos computadorizados. herbario de plantas medicinales y al acervo de información bibliográfica, y verificación experimental de las propiedades biodinámicas de las plantas empleadas popularmente en afecciones que exigen atención prioritaria, desde la elección de los modelos experimentales de farmacología básica hasta el diseño de ensayos clínicos.

Programas de interrelación Los programas de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS, en las zonas rurales, se iniciaron en noviembre de 1981 con la

aplicación del primer proyecto piloto realizado a nivel regional en el estado de Chiapas. En la primera etapa (1981-1983), se diseñaron acciones específicas dirigidas a los 321 médicos en servicio social responsables de las actividades de las unidades médicas rurales del Instituto en ese estado, a los 20 asesores médicos que supervisan sus actividades y a los 321 auxiliares médicos indígenas que laboran en la unidad médica rural en colaboración con el médico. A través de conferencias, visitas, talleres de discusión, materiales bibliográficos sobre medicina tradicional y tareas de encuesta en la comunidad, este personal conoció por primera vez la dimensión, características y trascendencia del fenómeno tradicional en su área de trabajo.

Programas de investigación Los proyectos de investigación experimental que lleva a cabo la Unidad comprenden, exclusivamente, el estudio de las propiedades de las plantas mexicanas usadas en la medicina tradicional del País. Junto con la creación de un banco de datos sobre información etnobotánica se ha organizado un herbario medicinal de referencia, cuyo acervo en especímenes ya es de varios miles de ejemplares medicinales.

El estudio botánico, químico y farmacológico de las plantas se restringe por ahora a cuatro áreas de investigación: a) Plantas con atribuida eficacia en el tratamiento de la hipertensión; b) plantas con acción hipoglucémica; c) plantas con propiedades de tipo anticonceptivo, y d) plantas con probable acción antibiótica (gastrointestinal y dermatológica). Las investigaciones de carácter experimental químico farmacológico se realizan en los laboratorios de la propia Unidad, buscando una indispensable interacción multidisciplinaria de los especialistas involucrados en este tipo de trabajo. La diferencia sustancial de las actividades de investigación de los recursos herbarios respecto a la investigación.

La medicina tradicional de México es un fenómeno de la cultura nacional que tiene características propias, cuyo desconocimiento por parte de las instituciones de salud determina, en buena medida, la eficacia y alcance de los programas estatales tendientes a mejorar la salud y elevar el nivel de vida de sus habitantes. Por consiguiente, es indispensable conocer con precisión la dinámica de este fenómeno de la cultura popular, así como su extensión y trascendencia social, médica y cultural, ya la vez valorar la eficacia de numerosos recursos que, aunque avalados por una práctica ancestral, han sido ignorados y menospreciados por la cultura médica dominante.

Los programas de atención de salud que contemplan la búsqueda de la interacción con la medicina tradicional resultan, a la luz de las experiencias desarrolladas, más congruentes con la realidad sociocultural de las comunidades en México; esto trae como consecuencia no solo una aceptación de políticas y estrategias para mejorar las condiciones de salud de la población, sino un enfoque diferente que recupera para la medicina nacional su identidad cultural.

La Medicina Tradicional Mexicana tiene sus raíces en profundos conocimientos que los distintos pueblos indígenas de nuestro país han acumulado a través de su historia sobre la salud y la enfermedad. Son eficientes sistemas de atención, con terapeutas, métodos de diagnóstico y curativos que se explican desde una forma de entender el mundo de origen indígena, (Cosmovisión) incorporando y ordenando elementos de otras culturas y poblaciones a su forma de explicación. Se considera que el ser humano es un todo en el que no se puede separar el cuerpo de la mente y el espíritu.

Cada una de las partes del cuerpo tiene que ver con todas las demás y está conectado y en íntima relación con los demás seres humanos; con las plantas, animales, objetos; y con los demás elementos de la “naturaleza”: el aire, el agua, la tierra, las divinidades, los planetas y todo el cosmos en general, los cuales poseen vida y son sagrados. La salud es un estado de equilibrio interno entre el cuerpo, la mente y el espíritu, que está en armonía externa o equilibrio con los demás seres humanos, la naturaleza y el cosmos en general. La enfermedad es la consecuencia de la ruptura de ese estado de equilibrio.

Todas las causas de enfermedad pueden ser originadas por el propio organismo. Realizar acciones contrarias o de falta de respeto contra la familia, la comunidad, la naturaleza y las divinidades, rompiendo el equilibrio puede revertir en su contra generando fuerzas nocivas que a su vez lo afectan a él, a su familia y comunidad. La atención a la salud que realizan los terapeutas tradicionales y parteras, es fiel reflejo de esta forma de medicina; todos son un poco médicos, siquiátras y sacerdotes.

En México fruto de la diversidad cultural existen diferentes grupos de población con distintas concepciones de la salud y enfermedad y maneras de atenderlas. Cada concepción y visión sobre la salud y la enfermedad, se traduce en formas concretas para prevenir la enfermedad, restituir la salud, aliviar o mitigar el dolor y enfrentar la muerte. Esto explica

en parte, por qué los programas de salud diseñados con una sola visión de la realidad, tienen un impacto limitado. Por ello, es necesario ofrecer al personal de salud herramientas interculturales, que le permitan desarrollar un proceso comunicativo suficiente entre formas de comunicación con grupos culturales diferentes a fin de lograr: Establecer un diagnóstico certero.

Explicar adecuadamente las indicaciones médicas. El seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas, Establecer una relación del personal de salud y paciente respetuosa y cercana. Superar relaciones de conflicto y choque cultural que, en algunos casos, han llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes, en especial en zonas indígenas.

La interculturalidad, es una forma de actuar cuando existen grupos humanos diferentes, que reconocen también diferentes formas de entender y explicar la realidad, en la que todas ellas, incluyendo las diferentes formas de medicinas se consideran productos que cambian siempre con su propia historia. Cada Medicina (Como la medicina institucional) posee elementos enriquecedores y otros cuestionables, pero que se pueden complementar y enriquecer entre sí, en la relación con otras. Con el enfoque intercultural en salud, se pretende favorecer un proceso de respeto y comprensión mutua de la forma de entender la realidad y el mundo, entre las personas y grupos de diferentes culturas y formas de practicar la medicina. De esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo y que, en el caso de la medicina tradicional, además la reconoce como un derecho cultural.

La persistencia de prácticas cotidianas, creencias y costumbres sobre el uso de la medicina tradicional, forma parte de la identidad cultural de los pueblos indígenas, a la cual acude una parte de la población, ya que además está al alcance de sus posibilidades económicas.

De ella surgen terapeutas tradicionales, personas que producen, mantienen, renuevan, exponen y analizan los componentes espirituales y materiales del ritual de curación, llamados curanderos, rezanderos, hierberos, parteras o comadronas, quienes dividen las enfermedades en dos grupos: las naturales y las sobrenaturales; las primeras son producto de fenómenos de la naturaleza tales como el viento, el frío, el polvo, la lluvia, el sol o ciertos

alimentos que producen un mal y las últimas se encuentran relacionadas con hechos mágicos o de hechicería.

La medicina tradicional que practican los pueblos indígenas del Estado de México (mazahua, otomí, nahua, tlahuica y matlatzinca), mantiene su eficacia y legitimidad social en un amplio sector de la población, misma que se encuentra en constante movimiento y transformación, puesto que ha adoptado y aplicado nuevas técnicas y recursos naturales originarios de otras culturas.

En todo el mundo millones de seres humanos recurren a la medicina tradicional, fundamentalmente porque es el pilar principal para contar con la atención a la salud o para complementarla. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional tiene una larga historia y constituye la suma de conocimientos, capacidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias de diferentes culturas, sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas, mentales o de cosmovisión.

En México las expresiones empleadas para designar a la medicina tradicional son abundantes, por ejemplo, se usan términos como medicina tradicional indígena, medicina popular, medicina paralela, medicina indígena, medicina natural, medicina herbolaria o etnomedicina, para referirse a ella, entre otros. La medicina tradicional mexicana es un mosaico de piezas procedentes de culturas diferentes que han determinado históricamente el desarrollo de la cultura nacional. En sus aspectos médicos esas culturas, o partes de ellas, forman un rompecabezas con elementos muchas veces contradictorios entre sí, lo que dificulta encontrar un marco único, generalizador y orgánico para su interpretación.

La cultura del México actual proviene del sincretismo que se produjo entre las culturas antiguas, española y africana, fusionadas desde fines del siglo XVI. El proceso de aculturación no se ha detenido y continúa en la medida en que sobreviven tres medicinas-tres culturas-interaccionando entre sí. A lo largo de los siglos se ha generado en México una medicina popular híbrida donde pueden encontrarse recursos, prácticas o nosologías provenientes de distintos episodios de una interculturación forzada.

A nivel nacional la tradición medicinal se ve reflejada en terapeutas especializados, por ejemplo, parteras, hierberos, hueseros, curanderos, como en las formas de curación o tratamiento, sanaciones o rituales por mencionar algunos están los masajes, sobadas, infusiones, cataplasmas, baños, barridas, limpias, así como en las plantas o animales y finalmente en elementos minerales o símbolos religiosos.

En cada región de nuestro país los anteriores componentes de la medicina tradicional confluyen para diagnosticar, curar o mantener la salud física, emocional o espiritual, ya sea de forma individual, colectiva o comunitaria, tomando en cuenta que la enfermedad generalmente es el resultado de las relaciones que los seres humanos establecen entre sí y con su entorno, el mundo de la naturaleza y el mundo de las divinidades.

Es importante destacar que la medicina tradicional es una opción que sigue practicándose en muchas comunidades indígenas del país. Por ello, su protección, conservación, revitalización y reconocimiento resultan relevantes, así como también el conocimiento y el uso sustentable de la riqueza biológica usada.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, el 90% de la población mexicana ha optado por alguna de las 4,500 plantas medicinales de México por lo menos una vez en su vida, comenta Roberto Campos Navarro, académico de la Facultad de Medicina de la UNAM, y recuerda que nuestro país ocupa el segundo lugar mundial en este tipo de flora documentada.

La botánica ha sido la medicina más accesible y eficaz para pueblos y comunidades de México. El prehispánico Códice De la Cruz-Badiano, crónicas y otros documentos de la Colonia e infinidad de modernas investigaciones exhaustivas desarrolladas por prestigias universidades y otros centros de conocimiento nacionales y extranjeros, dan cuenta del conocimiento de las plantas medicinales y su uso en pueblos y ciudades.

Por ejemplo, la Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (Conabio) menciona el registro del Instituto Mexicano del Seguro Social de 3,000 especies de plantas con atributos medicinales, de las 4,000 que se calcula que existen en México, y que representan el 15% del total de la flora mexicana. Precisa que sólo se ha hecho análisis farmacológico del 5% del total de esas plantas. De ese universo, 250 se

comercializan de manera cotidiana, el 85% son extraídas del medio silvestre sin planes de manejo sustentable, y el 80% de la población mexicana ha hecho uso de ella.

Machacadas para emplastos, maceradas en alguna bebida espirituosa para tónicos, en cocimiento para vaporizaciones o preparadas en tés e infusiones, raíces, cortezas, frutos, semillas, bulbos y cáscaras ofrecen remedios para aliviar, curar o mantener la salud física, emocional, mental o espiritual, mejorar nuestra calidad de vida a menor costo, e incluso procurarse gran longevidad. También es muy cierto que los principios activos o compuestos químicos de las especies vegetales constituyen los ingredientes primarios que la industria farmacéutica utiliza en sus medicamentos comerciales patentados.

Veamos una pequeñísima muestra de los conocimientos desarrollados principalmente por pueblos y comunidades indígenas, y transmitidos de generación en generación sobre algunas de las plantas medicinales más comúnmente utilizadas:

Bugambilia: Esta pequeña y hermosa flor blanca a la que dan vistosisidad y colorido sus hojas modificadas o brácteas de variados colores, crece en racimos de una planta trepadora y es utilizada, principalmente la de color fucsia, magenta y roja, como antitusígeno, antipirético y expectorante, es decir, que combate la tos seca, reduce la fiebre y ayuda a eliminar la mucosidad de las vías respiratorias altas. Mejora el sistema respiratorio pues propicia el correcto funcionamiento de los pulmones y la oxigenación del cuerpo. Su uso medicinal tradicional es muy extendido en los estados del centro y sur del territorio mexicano, en casos de infecciones respiratorias como tos, asma, bronquitis y gripa.

Las hojas de esta planta causan estreñimiento y sus raíces poseen propiedades laxantes. Pero también son antisépticas y aplicadas en la piel ayudan a combatir el acné, las infecciones y la descamación, además de acelerar la cicatrización de las heridas si se aplican en infusión fría.

Momo, acuyo, tlanepa o yerba santa: *Piper auritum* es una planta aromática de uso comestible, que también ayuda a disminuir la fiebre, es relajante, ayuda al buen funcionamiento intestinal y reducir el dolor estomacal. Desde la época prehispánica se

conocían sus usos medicinales y, durante la Colonia, los sacerdotes españoles le llamaron Santa al maravillarse con sus propiedades curativas. Sus virtudes antiinflamatorias ayudan a reducir la inflamación vaginal y estomacal. En té alivia la tos y la congestión respiratoria. Además, mantiene los niveles adecuados de glucosa en la sangre, aporta vitamina C y previene enfermedades respiratorias como asma, así como el reumatismo y la irritación ocular.

Muitle, muicle o hierba de la Virgen: Este arbusto es un potente regenerador de la sangre. Preparado en infusión libera un color rojizo al que se atribuyen sus magníficas cualidades. Se le adiciona fruta para elaborar un tónico que elimina la anemia. Se usa para combatir la diabetes y las diarreas de diferentes orígenes, y es desintoxicante, digestivo, antipirético y antibiótico. En tratamientos contra la depresión y la ansiedad disminuye los síntomas de abatimiento y desesperanza si se usa de manera regular, según un estudio del Centro Universitario de los Lagos. Se atienden también con muicle síntomas emocionales asociados con la menopausia, como malhumor, tristeza e irritabilidad. Sus extractos tienen eficacia en los enjuagues bucales; favorece la desinfección de heridas y estimula el funcionamiento del sistema inmunológico. Sus hojas poseen propiedades fluidificantes que favorecen la secreción de mucosidad producida en el sistema respiratorio por bacterias o virus, y es sumamente efectivo para despejar las vías respiratorias mediante vaporizaciones.

Tomillo: Yerba aromática de uso alimenticio, es también excelente antibiótico, antibacteriana, antivírica, antiinflamatoria, expectorante, digestiva, mucolítica, hipotensiva, antioxidante, carminativa, analgésica, antiséptica, antifúngica, demulcente (protector de las mucosas digestivas), antitusiva y diurética. De sus pequeñas hojas se obtiene un aceite esencial útil para fortalecer las vías respiratorias aplicado en pecho, garganta.

Cebolla: Este bulbo de color blanco o morado, además de utilizarse ampliamente en la cocina, es un excelente antibiótico. Atrae a los microbios, por lo que si alguien enferma en casa se recomienda purificar el ambiente colocando en cada esquina de la habitación del o la paciente una cebolla partida en cuatro para que atraiga los microorganismos nocivos; se debe tirar cada día y colocar una nueva. Es común su uso en los velorios para evitar alguna contaminación.

Vaporub: En la medicina popular se emplea contra vómito, náusea, infecciones del oído, dolor de muelas o garganta, quemaduras, dermatitis y como antiséptico. Descongestionante de las vías respiratorias, combate la tos seca y disminuye síntomas de resfriado. Se puede cultivar fácilmente en macetas o jardines al aire libre, donde crece rápidamente. Posee propiedades antiinflamatorias, antidiabéticas, descongestionantes y anti ansiedad. Se recomienda tomarla caliente o como agua de tiempo en cuadros de enfermedades respiratorias.

Guayaba: Las hojas del guayabo son ampliamente curativas. Son antisépticas ya que se utilizan para combatir la diarrea, el acné y las espinillas; impide los daños ocasionados en la piel por los radicales libres y la protege de la foto envejecimiento; por sus propiedades diuréticas y su alto contenido de potasio, la hoja de guayaba es ideal para evitar la retención de líquidos que provoca inflamación. Sus hojas masticadas ayudan a eliminar dolor de muelas y úlceras bucales. Además, ayuda a eliminar la sensación de hambre por lo que colabora en mantener el peso ideal. Ayuda asimismo a evitar enfermedades respiratorias por su alto contenido de vitamina C que previene gripes, resfriados, tos y dolor de garganta.

La herbolaria es un recurso básico de la medicina popular, pero nuestro conocimiento de ella es escaso e impreciso. Estamos lejos de asegurar un rescate apropiado de este flanco de la cultura, indica el estudio Conocimiento y uso de las plantas medicinales en la zona metropolitana de Guadalajara.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

El estudio antropológico sobre otras sociedades y culturas siempre se confrontó con la cuestión del enfermar y el atender la enfermedad y la muerte, en su relación con normas sociales, moralidades o procesos culturales. Sea con el nombre de infortunio (Evans-Prichard) o aflicción (Turner), el análisis de estos eventos y situaciones ha sido parte de diversos desarrollos históricos del conocimiento antropológico.

La antropología de la salud tiene por objeto de estudio los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados, en su anclaje en el mundo social, cultural y político, buscando mostrar las formas sociales de producción, construcción y distribución de la salud y la enfermedad. Aborda las respuestas sociales frente al sufrimiento, malestares, padecimientos y enfermedades, que requieren de personas y grupos, el desarrollo de estrategias de

protección para afrontar, resistir o modificar las condiciones de vulnerabilidad y para construir elementos de cuidado y de apoyo.

En estas estrategias, se procesan y sintetizan la mayor cantidad de actividades de atención de las enfermedades incluida la relación con los servicios médicos, las instituciones del estado y distintas modalidades de demanda/atención, incluidos distintos tipos de curadores. La antropología de la salud desarrolla estudios centrados en las dimensiones del poder, tanto en el abordaje de la producción social de las formas y distribución de la enfermedad y del carácter social, cultural y político de los saberes y prácticas médicos; abordajes críticos sobre la visión médica de la enfermedad como entidad fundamentalmente biológica separada de sujetos, grupos y contextos; estudios sobre los procesos históricos.

Las modalidades de institucionalización de saberes y prácticas profesionales en salud y la biomedicina como productora de enfermedad y su rol normativo y moralizador con relación a las prácticas sociales; estudios sobre los procesos de medicalización, desmedicalización, biomedicalización y farmacologización; estudios sobre el uso de tecnologías aplicadas a la salud y al cuerpo; sobre nuevas lógicas de gobierno productoras de distintas formas de biocapital que configuran ciudadanos biológicos y biosocialidades; estudios sobre la vida con enfermedades crónicas, el padecimiento, la experiencia de enfermedad, el cuerpo, la vida cotidiana, la atención a formas de sufrimiento social.

Así en este curso exploraremos un conjunto de categorías analíticas que permiten una visión histórico-social de los problemas de salud y enfermedad y una reflexión sobre la universalidad y variabilidad de los mismos. Desplegaremos las propuestas que definen la enfermedad como experiencia (colectiva e individual) y nos adentraremos en los procesos de medicalización y control social que delimitan los fenómenos de la normalidad y la anormalidad, desviación y diferencia. Finalmente, y sobre la base de las experiencias de investigación y transferencia académica, profundizaremos en el análisis de distintos problemas involucrados en el campo de la salud, priorizando el aporte de las herramientas requeridas en el terreno de la investigación cualitativa con énfasis en el enfoque etnográfico.

Tal vez parezca dislocado abordar el tema de la cultura en una revista dedicada a las Ciencias de la Salud, así como darse cuenta de cómo el concepto de cultura puede ser útil para profesionales de esta área. Todos saben lo que significa “cultura” en su sentido común. Que una persona “tiene cultura” cuando tiene formación escolar avanzada, se origina de una

familia de alto nivel socioeconómico o conoce las artes y la filosofía. Es usual afirmar que un “buen paciente” es aquel que “posee cultura”, cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el “sin cultura”, considerado un paciente más “difícil”, que actúa equivocadamente por “ignorancia” o guiado por “supersticiones”.

En este artículo, discurriremos sobre otro tipo de cultura, cultura como concepto de base de la Antropología, así como un concepto instrumental para cualquier profesional de la salud que actúe o haga investigaciones no solamente en áreas rurales o entre poblaciones indígenas, pero también en el contexto urbano caracterizado por la presencia de pacientes pertenecientes a diferentes clases sociales, religiones, regiones o hasta mismo a grupos étnicos.

Estos pacientes presentan comportamientos y pensamientos singulares en cuanto a la experiencia de la enfermedad, así como nociones particulares sobre salud y terapéutica. Estas particularidades no provienen de las diferencias biológicas, pero sí de las diferencias socioculturales. En suma, partimos del concepto de que todos tienen cultura, y de que es la cultura que determina estas particularidades. Igualmente sustentamos que las cuestiones inherentes a la salud y a la enfermedad deben ser pensadas a partir de los contextos socioculturales específicos en los cuales los mismos ocurren.

Tal suposición no es exclusividad del campo y saber antropológicos, ya que han sido utilizados por teóricos, investigadores y profesionales del área de la salud en especial de las áreas de la medicina y enfermería desde la segunda mitad de la década. Estos también sustentan que la biomedicina es un sistema cultural y que las realidades de la clínica médica deben ser analizadas a partir de una perspectiva transcultural.

De la misma forma, llaman la atención para la relevancia del empleo de métodos y técnicas cualitativas en las investigaciones en salud, en especial, del método etnográfico. A estas, se suman reflexiones acerca de las suposiciones teórico filosóficas presentes en la intersección entre salud y cultura, entre los imponderables observados en la intervención práctica del profesional de la salud frente a las teorías de la cultura, entre relativismo cultural y derechos humanos universales, entre la naturaleza de una profesión y el espacio más teórico y reflexivo de la antropología.

Esta temática ha sido abordada en la Revista Latino Americana de Enfermería a través de la publicación de resultados de estudios e investigaciones en salud conducidos por profesionales y teóricos del área. A partir del empleo del método etnográfico y del análisis interpretativo, esos estudios apuntan para la centralidad de la construcción del significado de las enfermedades por parte de los pacientes, la cual se sobrepone a la causalidad y racionalidad biomédicas. Por ejemplo, en un estudio conducido con pacientes oncológicos, se observó que la simbología de la radioterapia bajo la perspectiva de los pacientes, construida a lo largo de la experiencia de la enfermedad y tratamiento.

se mostró como poderoso reorganizador y reordenador delante de las rupturas causadas por la enfermedad y terapéutica. De igual manera, se ha observado la influencia de la creencia religiosa en la sobrevivencia de pacientes laringectomizados, los cuales son cercados por redes sociales afectivas religiosas que los acompañan y desean su cura. Por otro lado, estos estudios enfrentan los desafíos y paradojas inherentes al método etnográfico el cual requiere, concomitantemente, la inmersión del investigador en el universo sociocultural cotidiano del grupo (de pacientes) a ser investigado y un distanciamiento para que el primero no asuma posturas etnocéntricas.

También se cuestiona la factibilidad entre el uso del interpretativismo, que tiende a la subjetividad hermenéutica, y la construcción de conocimiento que condice con la objetividad científica.

Un concepto instrumental de cultura El universo que abarca la definición conceptual de cultura es extremadamente complejo y diverso, divisor de las varias corrientes analítico teóricas y formador de campos epistemológicos y metodológicos propios. Debido a la finalidad del presente artículo, nos limitaremos a discurrir sobre algunos aspectos esenciales e instrumentales ligados al concepto de cultura, que, a su vez, serán utilizados en la construcción tipológica y analítica propuestas.

La cultura puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos.

La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas. A partir de esta definición, tres aspectos deben ser resaltados para que podamos comprender el significado de la actividad sociocultural. La cultura es aprendida, compartida, y estandarizada. Al afirmar que la cultura es aprendida, se afirma que no podemos explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada. Sin negar su destacado papel, la perspectiva culturalista afirma que la cultura modela las necesidades y características biológicas y corporales. De esta forma, la biología ofrece un paño de fondo para el comportamiento, así como fornece las potencialidades de la formación y desarrollo humano.

Sin embargo, es la cultura compartida por los individuos formadores de una sociedad que torna estas potencialidades en actividades específicas, diferenciadas y simbólicamente inteligibles y comunicables. Partiendo de esta prerrogativa, ser hombre o mujer, brasileño o chino no depende de sus respectivas composiciones genéticas, pero si, como éste, a través y en razón de su cultura, irá a comportarse o pensar. Algunos estudios etnográficos sobre patrones de comportamiento sexual según el género han indicado que existe grandes variaciones de comportamiento de los sexos y que estas variaciones tienen base en lo que las personas han aprendido en su cultura sobre lo que es ser hombre o mujer. La cultura es compartida y estandarizada, ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados a partir de interacciones sociales.

concretas de los individuos, así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales. A pesar de que el contenido y formas inherentes a cada cultura puedan ser aprendidos y replicados individualmente confiriendo a la cultura un carácter de experiencia personal internalizada e incorporada concierne a la antropología, identificar los patrones culturales repartidos por los colectivos de individuos; inferir sobre lo que existe en común en las acciones, atribuciones de sentido, significados y simbolismo proyectados por los individuos sobre el mundo material y “natural” ponderar sobre la experiencia de vivir en sociedad, sobre enfermarse y cuidarse, definiéndola como experiencia eminentemente intersubjetiva y relacional, mediada por el fenómeno cultural.

A fin de ilustrar nuestro argumento, observemos los diferentes patrones culturales frente a los tipos de comida y alimentación. En Brasil, la combinación del arroz con los frijoles es

fundamental para que la comida sea considerada completa. Sin esta, mismo habiendo carne, muchos afirman no satisfacer su hambre. Otros, siempre precisan de un plato de carne para sentirse alimentados. Estos pueden hasta “salir de la mesa con hambre”, después de comer un abundante plato de comida china lleno de legumbres mezclados con un poco de carne. Ya el chino, se siente completamente satisfecho con este tipo de comida. No sólo el comer es determinado de manera particular por la cultura, pero también el cuándo comer también lo es.

La mayoría de los brasileños tiene que comer la mayor comida del día, al medio día, para “digerir bien la comida” y quedar “bien alimentado para el trabajo” hasta el final de la tarde. Es común la afirmación de que comer mucho en la noche, sobre todo comer “comidas pesadas”, hace mal para el estómago. A su vez, el norteamericano, que no siente falta de frijoles, en general come poco al medio día e ingiere gran cantidad de alimento “pesado” (en la perspectiva de los brasileños) antes de dormir; para ellos, la comida en abundancia al medio día hace mal y estorba el trabajo en la parte de la tarde.

En esta perspectiva, es la cultura que define los patrones sociales sobre lo qué y cuándo comer, así como la relación entre tipos de alimentos que deben ser combinados o no, y, por consiguiente, la experiencia de saciar el hambre es socialmente y biológicamente determinada. Cabe a la biología, indicar la necesidad de nutrición y evidenciar ciertas limitaciones en cuanto a los alimentos considerados tóxicos.

Al afirmar que la cultura está ligada a cualquier actividad física o mental, no estamos refiriéndonos a ella como una colcha de retazos compuesta de pedazos de supersticiones o comportamientos desprovistos de coherencia y lógica intrínseca. Fundamentalmente, la cultura organiza el mundo de cada grupo social, según su lógica propia. Se trata de una experiencia integradora y total, de pertenecer y, consecuentemente, formadora y mantenedora de grupos sociales que comparten, comunican y replican sus formas, instituciones, principios y valores culturales.

Dado su carácter dinámico y sus características político-ideológicas intrínsecas, la cultura y los elementos que la caracteriza, son fuentes mediadoras de transformaciones sociales, altamente politizadas, apropiadas, alteradas y manipuladas por grupos sociales a lo largo de la historia de las sociedades, según directrices trazadas por los actores sociales que las usan para establecer nuevos patrones socio-culturales y modelos de sociedades.

Además, cada grupo interactúa con un ambiente físico determinado, y su cultura define como sobrevivir en ese ambiente. Debido al carácter creativo y transformador inherente a las culturas humanas sobre el medio físico, podemos encontrar dentro de un mismo tipo de ambiente, varias soluciones particulares que responden por la sobrevivencia de las sociedades. El ser humano tiene capacidad de participar en cualquier cultura, aprender cualquier idioma, y desempeñar cualquier tarea. Sin embargo, es la cultura específica en la que él nace y/o crece que determina los idiomas que hablará, cuales actividades deberá desempeñar, cuál será su movilidad social y posición jerárquica en la estructura social.

Todas ellas son regidas según su edad, sexo, y demás variables, los cuales determinarán cuales técnicas corporales y patrones estéticos adoptará, cabiendo también desempeñar papeles sociales de acuerdo con tipos ideales proyectados por el sistema de parentesco y demás inserciones según instituciones vigentes en cada sociedad, y finalmente, con las cuales dialogará tanto como su sujeto y su objeto. Esto sucede, a lo largo de la vida, los individuos son gradualmente socializados por los patrones culturales vigentes en su sociedad, contruidos a través de la interacción social cotidiana, así como a través de procesos rituales y filiaciones institucionales.

Estos son responsables por la transformación de los individuos en personas, en miembros de determinado grupo que mutuamente se reconocen. De individuos transformados en personas, aprenden y replican principios que orientan patrones ideales acerca de los tipos valorados y calificados de acción, de cómo se comportar, de vestir, de comer, y de técnicas sobre como diagnosticar y tratar las enfermedades. Sobre todo, la socialización de los individuos es responsable por la transmisión de los sentidos acerca del porqué hacer.

Por qué hacer tiene especial importancia, ya que nos permite entender la integración y la lógica de una cultura. La cultura, antes de todo, nos ofrece una visión del mundo, esto es, una explicación sobre cómo el mundo está organizado, de cómo actuar en el mundo que gana sentido y es valorado a través de la cultura. De esa manera, conforme discurrido anteriormente, es la cultura de un grupo la que provee a los actores sociales de un sistema clasificatorio y valorativo de aquellos alimentos considerados comestibles o no, define las técnicas y ambientes donde el alimento podrá ser encontrado, clasifica, organiza y valora los alimentos en varios tipos de comida, tales como: “buena”, “débil”, “fuerte”, “ligera.

Tomemos otro ejemplo: el concepto de limpieza y de higiene, categorías fundamentales presentes todas las culturas. Cada cultura establece las categorías de las cosas, clasificándolas como “limpias y puras” o “sucias e impuras”, así como determina cuales son las prácticas y conocimientos ligados a estas categorías que tienen por objetivo su mantención, clasificación y distinción. Entretanto, las definiciones acerca de lo que es considerado “limpio” o “sucio”, “puro” o “impuro” son tan variadas cuanto la multiplicidad de culturas humanas encontradas en el mundo. Tal variación expresa una aserción fundamental en la construcción del campo de conocimiento antropológico: la constatación, paradójal, de la diversidad y unidad englobadas por el fenómeno cultural, que es, al mismo tiempo, uno y universal y diverso y particular.

Entre los indios Barasana de la selva amazónica colombiana, además de comer hormigas con casava (pan de mandioca), la dieta consiste en carne o pescado obtenidos por los hombres que es comido junto con casava preparado por las mujeres. Cuando un cazador tiene suerte en la caza, en su retorno a la maloca (conjunto de chozas), entrega la mayor porción de carne para el hombre más anciano de su extensa familia. Su esposa o esposas cocinan la carne en una olla grande y la colocan en el suelo en el centro de la casa. Entonces, el hombre anciano llama primero a los hombres para comer siguiendo reglas jerárquicas basadas en intervalos de edad y de prestigio. En seguida, llama a las mujeres

pero no siempre a todas. Los niños nunca son llamados para comer cuando la olla tiene carne o pescado de tamaño grande. Además de las reglas sociales con base en la jerarquía y distribución de poder que regulan la alimentación y todos los alimentos, las personas que los manipulan y los ingieren, son regulados por principios culturales de limpieza y pureza, denominados por los Barasana como witsioga. Witsioga consiste en una substancia presente en la comida, especialmente en la carne, que hace mal a los niños pequeños, personas de ciertos intervalos de edad o en estados umbrales tales como las que están entrando en la pubertad o que están siendo iniciadas en la magia, mujeres que recién dieron a luz, y las personas enfermas.

Además de eso, el pan es considerado un alimento “puro” y pero, si se come carne y en seguida se lo manipula, lo contamina. Los Barasana tienen una clasificación compleja de los animales y pescados que son witsioga. Ella los clasifica según el tamaño, comportamiento, etc. Hay también principios que regulan una serie de prácticas y acciones que pueden y no

pueden ser desempeñadas después de ingerir carne, además de prácticas higiénicas para retirar esa sustancia de las personas que comen tipos de carne que contienen witsioga.

El Witsioga también regula el diagnóstico, origen y etiología de las enfermedades, que a su vez está ligada a la cosmología de los indios. El mundo es controlado por seres (“espíritus”), y el witsioga atrae los espíritus malos que atacan a las personas que son clasificadas como debilitadas o vulnerables. Este ejemplo ilustra que, al encontrarnos con las costumbres presentes en otras culturas, debemos tratar de entender el porqué. De esta forma, evitamos una comprensión etnocéntrica a su respecto, o sea: juzgar a la cultura de los Barasana según nuestros propios valores y clasificaciones del mundo, y no según los que son propios de su cultura.

Al citar que estos indios se alimentan de hormigas, que comen en la misma olla, usando pan para agarrar la comida, que varias personas comparten una sola taza para beber, tal vez cause un poco de repulsión, ya que la “hormiga no es comida”, “retirar la comida de la olla que está en el suelo es sucio”. También, se puede pensar que la categoría witsioga es “superstición” y que ese procedimiento es opuesto al que comprendemos por “salud” y “limpieza”, según la racionalidad biomédica. La perspectiva antropológica requiere que, al encontrarnos con culturas diferentes, no hagamos juzgamientos de valor con base en nuestro propio sistema cultural y pasemos a percibir a las otras culturas.

Según sus propios valores y conocimientos a través de los cuales expresan una visión de mundo propia, que orienta sus prácticas, conocimientos y actitudes. A este procedimiento denominamos relativismo cultural. Es el que nos permite comprender el porqué de las actividades y los sentidos atribuidos a ellas de forma lógica, sin jerarquizarlos o juzgarlos, pero solamente, y, sobre todo, ¡reconociéndolos como diferentes! Varios otros ejemplos también podrían ser extraídos de las investigaciones de orden etnográfico conducidas por profesionales de la salud citadas en este artículo.

Todos ellos nos llevan a reflexionar sobre las cuestiones relativas a hábitos de salud, rituales, técnicas de atención y cuidado, restricciones sobre uso de terapias (por ejemplo, transfusión de sangre o trasplante de órganos, o mismo el aborto); todos ellos mediados por sistemas culturales distantes, y hasta mismo opuestos, a los patrones culturales sobre los cuales el sistema biomédico es construido y los profesionales de salud entrenados.

Utilizamos ejemplos extraídos de una sociedad provista de cultura con la cual raramente tenemos contacto, también denominada sociedad simple.

Sin embargo, delante de una sociedad compleja como la brasileña, que además de ser estratificada por clases sociales, es formada por numerosos grupos étnicos, segmentos poblacionales de las más diversas confesiones religiosas y costumbres regionales peculiares, encontramos diferencias culturales internas, con variaciones intergrupales. A pesar de que estos grupos comparten aspectos de la cultura general, abrigados bajo lo que, como convención, se llama “cultura brasileña”, reconocemos que estos grupos formadores de la población brasileña, detiene diferentes visiones del mundo y perciben la realidad de manera peculiar, generando un complejo y entrelazado mosaico sociocultural.

Esta complejidad es paño de fondo del contexto que articula salud, cultura y sociedad, y en él sucede la inserción del profesional e investigador del campo de la salud. Cultura, sociedad y salud Partiendo del concepto de que la cultura es un fenómeno total y que, por lo tanto, provee una visión de mundo a las personas que la comparten, orientando, de esta forma, sus conocimientos, prácticas y actitudes, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y praxis social. La enfermedad y las preocupaciones con la salud

son universales en la vida humana, presentes en todas las sociedades. Cada grupo se organiza colectivamente a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos. Con este intuición, cada y todas las sociedades desarrollan conocimientos, prácticas e instituciones particulares que podemos denominar sistema de atención a la salud.

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este “escenario”. A estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del “estado de salud”. Este sistema es amparado por esquemas de símbolos que se expresan a través de las prácticas, interacciones e instituciones; todos condicen con la cultura general del grupo, que, a su vez,

sirven para definir, clasificar y explicar los fenómenos percibidos y clasificados como “enfermedad”.

De esta manera el sistema de atención a la salud no está desacoplado de otros aspectos generales de la cultura, así como un sistema social no está disociado de la organización social de un grupo. Consecuentemente, la manera a través de la cual un determinado grupo social piensa y se organiza para mantener la salud y enfrentar episodios de enfermedad, no está disociado de la visión de mundo y de la experiencia general que este tiene al respecto de los demás aspectos y dimensiones socioculturales informadas. Será solamente a partir de la comprensión de esta totalidad, que se aprenderán los conocimientos y prácticas ligados a la salud de los sujetos formadores de una sociedad portadora de un sistema o cultura propia.

De esta forma, caso desconozcamos que la categoría witsioga, entre los Barasana, está ligada a su cosmología, a las clasificaciones de los alimentos y a los estados/status de las personas, no comprenderemos la importancia dada por ellos a las maneras tenidas como correctas y “puras” de cómo preparar y comer los alimentos. También sería difícil comprender la importancia de este concepto dentro de sus preocupaciones con la salud, o convencerlos de que, en un ambiente con pocos recursos de proteína, prohibiciones de carne, para niños pequeños y mujeres amamantando, pueden afectar su crecimiento si no disponen de otro recurso proteico adecuado.

Conceptual y analítico, no una realidad en si para los grupos sociales con los cuales convivimos o estudiamos. Sin embargo, este auxilia la sistematización y comprensión de un complejo conjunto de elementos y factores experimentados en lo cotidiano de manera fragmentada y subjetiva, sea en nuestra propia sociedad y cultura o delante de otras no familiares. Cabe resaltar que, en una sociedad compleja, como la brasileña, existen varios sistemas de atención a la salud operando concomitantemente, sistemas estos que representan la diversidad de grupos y culturas que la constituyen. Aquí, a pesar de que el sistema médico estatal sea el biomédico, que ofrece servicios de salud vía Sistema Único de Salud (SUS), la población, cuando se enferma, recurre a varios otros sistemas. Muchos grupos no buscan biomédicos, pero utilizan la medicina popular, otros utilizan sistemas médicos religiosos, otros también recorren a varios sistemas a lo largo del proceso de

enfermedad y cura. Pensar el sistema de atención a la salud como un sistema cultural de salud nos ayuda comprender estos múltiples comportamientos.

El sistema cultural de salud El sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable. Poseen también clasificaciones acerca de las enfermedades, y estas son organizadas según criterios de síntomas, gravedad, y otros.

Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas. Por ejemplo, arca caída (anomalía del apéndice xifoideo), (dermatosis, herpes zoster), quebranto (estado de debilidad) y mal de ojo son consideradas enfermedades para varios grupos brasileños, entre tanto no son reconocidas o tratadas por los (bio) médicos. Las clasificaciones de estas enfermedades son organizadas según criterios propios los cuales guían los diagnósticos y terapias, cuyos especialistas tienen elementos y materiales para tratarlas y reconocerlas si están curadas.

De esta forma, la cultura ofrece teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de determinado grupo, las cuales, frecuentemente, apuntan causas múltiples para las enfermedades, que pueden ser, por ejemplo: “místicas” y/o “no místicas”. Entre las causas “no místicas” (“no religiosas”, “no somáticas”, entre otras) encontramos teorías y percepciones sobre el cuerpo y su (mal) funcionamiento frente a la ingestión no adecuada de determinados alimentos, clima, relaciones sociales y de trabajo tenso. Estas, a su vez, se combinan para ofrecer una medicina preventiva ligada al comportamiento y a la higiene, así como elementos ligados a una medicina curativa. En cuanto a las causas “místicas” estas, frecuentemente, se combinan con las “no místicas” y pueden indicar más de un tipo de tratamiento necesario; por ejemplo: uno para curar el cuerpo físico y otro para curar el cuerpo o estado espiritual o social.

Teorías etiológicas que incluyen “causas naturales” también están presentes en sistemas etnos médicos, o sea, no biomédicos. Para las “causas naturales” de las enfermedades, los sistemas etnos médicos cuentan con tratamientos basados en el conocimiento de yerbas y técnicas de manipulación corporal, y su eficacia evidencia el etnocentrismo bio científico, muchas veces presente, delante de los demás sistemas culturales de atención a la salud.

El sistema social de salud El sistema de atención a la salud es tanto un sistema cultural como un sistema social de salud. Definimos el sistema social de salud como aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas a la salud, a la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a este. Comúnmente, esta dimensión del sistema de atención a la salud también incluye especialistas no reconocidos por la biomedicina, tales como: actos de bendición, curanderos, brujos, hechiceros, meso terapeutas, padres de santo, pastores y curas, entre otros.

En el universo de cada grupo social, los especialistas tienen un papel específico que desempeñar frente al tratamiento de determinada enfermedad, y los pacientes tiene ciertas expectativas sobre como ese papel será desempeñado, cuales enfermedades el especialista puede curar, así como una idea general acerca de los métodos terapéuticos que serán empleados. En las sociedades complejas, además de los tradicionales, se encuentran especialistas chinos y orientales en general.

En los últimos diez años, hemos visto también la búsqueda creciente por especialistas y terapeutas que pertenecen a lo que se ha denominado de “nueva era”. Dentro de una misma ciudad, existen especialistas detentores de varios métodos terapéuticos alternativos (parte de los sistemas culturales de atención a la salud), siendo factores determinantes para su elección o rechazo: principios religiosos, económicos, familiares, sociales, entre otros factores de orden política y/o legal (por ejemplo, la persecución por parte del Estado de determinada terapéutica no oficial)

ENFOQUE ANTROPOLÓGICO

La edición del texto Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina, es una atinada invitación a la reflexión interdisciplinaria sobre temas de los que frecuentemente hablamos de manera superficial, dando por supuesto que quienes estamos interesados en el campo de la cultura médica definimos de la misma forma los factores culturales. Un segundo acierto de la obra es la recopilación bibliográfica de antropología de la medicina en España, la cual permite acercar a un público hispano los textos que se han venido trabajando desde esta disciplina. El libro puede ser de gran utilidad a un público diverso que comprende a profesionales interesados en la salud pública, científicos sociales, estudiantes universitarios

y de postgrado, y en general a quienes estén interesados en discutir elementos y conceptos que permitan una mejor comprensión de los procesos de salud, enfermedad y atención.

En el proemio, los editores narran cómo nace la idea del escrito a consecuencia de la conformación de la maestría en Antropología de la Medicina, que se inició el bienio 1994-1996, en el Departamento de Antropología Social y Filosofía de la Universitat Rovira i Virgili, gracias a la iniciativa de Josep Ma. Comelles. La mayoría de los capítulos son reelaboraciones de ponencias presentadas durante las Jornadas de Clausura del II Master de Antropología de la Medicina, en junio de 1998. El tema del congreso fue: ¿de qué hablamos cuando analizamos los factores culturales en materia salud y enfermedad?

Los autores son profesionales que cuentan con una amplia trayectoria en investigación y docencia. En síntesis, el libro busca aclarar de qué hablamos cuando nos referimos a factores culturales desde disciplinas tan variadas como la demografía, la epidemiología histórica, la medicina o las ciencias sociales. La primera parte de la obra incluye seis trabajos de profesionales de la medicina que posteriormente se especializaron en ciencias sociales. Una segunda parte del libro contiene investigaciones de antropólogos que se desempeñan en el campo de la medicina.

El autor señala cómo la antropología se ha dedicado al estudio de otros modelos médicos, dejando fuera el estudio de la biomedicina. En la actualidad, la ampliación del campo de investigación ha iniciado su abordaje como uno más de los sistemas médicos; un sistema que se basa en los avances científicos pero que al mismo tiempo es una institución social, estructura de poder y aparato ideológico-cultural. Se considera a la biomedicina, en tanto producto histórico, como objeto posible de la investigación antropológica.

Considerando el peso creciente de patologías de larga duración, aborda la necesidad de ajustar la práctica de los servicios sanitarios a la cultura de la red de usuarios y confiar en aspectos relevantes de los estilos de vida, sobre todo preventivos. Frente a esta necesidad, al revisar el proceso de institucionalización de la antropología de la medicina, el autor juzga su atraso en las estructuras universitarias y servicios sanitarios, entre otros motivos, por resistencias de diverso tipo arraigadas en los programas de formación universitaria, tales como los mecanismos de reconocimiento de prestigio en la práctica profesional, el saber y

la lógica sobre la que se rigen los sistemas médicos como instituciones y sus relaciones con la economía y el poder.

Sin embargo, el autor ve una creciente demanda de los trabajos de esta disciplina, principalmente desde las actividades de cooperación internacional ante la diversidad cultural que conlleva un alto porcentaje de población migrante, la cual requiere de servicios de salud que den respuestas a culturas distintas. Termina su trabajo resaltando la necesidad de aproximar la tradición de estudios desde antropología médica a la educación sanitaria, para establecer en torno a estos vínculos los nuevos marcos de investigación e intervención.

El trabajo de Elena Robles, Enrique Perdiguero y Josep Bernabeu analiza cómo se utiliza el concepto de factores culturales desde la demografía y la epidemiología históricas. Parte del concepto de transición demográfica, definida como el proceso de transformación del comportamiento de las poblaciones en el terreno de la fecundidad y la mortalidad hacia tasas bajas, así como del concepto de transición sanitaria, para aproximarse al estudio de los determinantes de la supervivencia infantil. Los autores enfocaron su atención en tres factores de riesgo: 1) el nacimiento del niño (embarazo, parto y puerperio), 2) su alimentación y nutrición, y 3) la atención al niño en la familia y la comunidad. A partir de estos elementos, elaboraron un modelo para señalar los principales determinantes de la morbi-mortalidad infantil y dejaron lo cultural enmarcado dentro de un esquema generador de hipótesis explicativas.

Al hablar de factores culturales se hace referencia a la aplicación de todo un conjunto de costumbres relacionadas con la crianza y el cuidado de los niños y de sus problemas de salud, pero los autores señalan la complejidad de estos estudios debido a que se trata de procesos cambiantes en tiempo y espacio. De ahí que sea necesario el cuestionamiento constante sobre lo que se está entendiendo por factores culturales, para no esconder en este concepto la incapacidad de explicar los fenómenos que son objeto de estudio.

Xavier Alluè, por su parte, analiza las definiciones de los factores culturales de un grupo de pediatras de Tarragona, para quienes los factores más reconocidos son, entre otros, la higiene y la alimentación, seguidos por la influencia de los medios de comunicación sobre la salud, la imagen del cuerpo y la religión.

En la segunda parte del capítulo el autor presenta la investigación de su tesis doctoral, en la cual se estudia la "costumbre" de acudir a "Urgencias", enfocándose en la relación médico-paciente. Para ello retoma el concepto de competencia cultural elaborado por pediatras norteamericanos ante los problemas que se dan en esta relación, mismos que se hacen evidentes cuando se trata de la atención a extranjeros o inmigrantes.

Jon Arrizabalaga, en el capítulo "Cultura e historia de la enfermedad", señala que en el ámbito de estudios históricos sobre la enfermedad, al igual que en otros campos, no tiene una respuesta sencilla y única. Cuando se habla de "factores culturales" puede hacerse referencia a muchas y muy diferentes cosas, en función de cómo se define la enfermedad y del método de estudio. Analiza lo que suele entenderse por este concepto desde los acercamientos construccionistas de la historia de la enfermedad: todos aquellos factores que no son estrictamente biológicos.

En el capítulo "Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial", de Joseba Atxotegui, se estudian los aspectos psicológicos y psicosociales como parte fundamental de la cultura de la salud y la enfermedad en la migración y la interculturalidad. Parte de la definición del duelo como el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto, y propone que a través de este concepto es posible establecer, desde la perspectiva psicológica y psicosocial, una interrelación sumamente fructífera entre aspectos médicos y culturales de la migración e interculturalidad.

Jesús Armando Haro, en el capítulo "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", nos presenta un tema que ha sido subestimado, excluido y/o negado por los sistemas de salud: el de la atención no profesional en este campo. Su objetivo es señalar elementos centrales que intervienen en la definición y estudio del cuidado lego o profano de la salud, así como proponer el uso de conceptos pertinentes y señalar algunas dificultades metodológicas. La construcción del modelo sobre el sistema de atención médica en las sociedades actuales es de gran utilidad al lector para introducir la discusión sobre la complejidad de la definición del tema que propone.

El trabajo parte de una amplia revisión de la bibliografía e investigación y ofrece un panorama sobre los cuidados profanos, considerando las nociones de autoatención, autocuidado y

autoayuda. En un segundo apartado se refiere a los cambios de enfoque de científicos médicos y sociales sobre esta problemática y discute los aportes y cuestiones relacionados con la pertinencia del cuidado lego de la salud en las sociedades occidentales actuales. Posteriormente revisa algunos avances de investigación sobre el tema y analiza la importancia de los cuidados profanos para la redefinición del modelo de atención a la salud.

El autor señala que las contribuciones de las ciencias sociales residen principalmente en constatar la necesidad de incorporar las representaciones culturales de la enfermedad, sus dimensiones subjetivas y emocionales, su articulación con el sistema de prácticas sociales y de discursos en el contexto histórico, político y económico, al análisis clínico y epidemiológico.

La segunda parte del libro se inicia con un excelente trabajo de Eduardo L. Menéndez, "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos", en el que plantea la necesidad de examinar el papel que desempeñan los factores culturales, y cuestiona que a partir del análisis sobre cómo se les define no es posible resolver el problema del significado de este concepto, debido a que las definiciones expresan el deber ser de las categorías y no su uso real, por lo que sugiere que la búsqueda del significado de este concepto (y tal vez de cualquier otro) se realice en la descripción, análisis, interpretación y/o intervención de procesos específicos, en donde encontraríamos los factores culturales realmente utilizados y no sólo definidos.

El autor nos presenta un ejercicio de este tipo, y revisa de qué manera se utiliza el concepto de factores culturales, respecto del proceso salud/enfermedad/atención en los estudios antropológicos de América Latina, según el cual, en la mayoría de los países los estudios se refieren casi exclusivamente a los "síndromes culturalmente delimitados" (SCD), por lo que hay una escasa producción antropológica referida a las enfermedades de nosología biomédica.

Algo similar ocurre respecto de los saberes. Lo que se ha estudiado más es el saber de los conjuntos sociales y de los curadores reconocidos como "tradicionales", excluyendo con ello el estudio sobre los curadores biomédicos. Los estudios se concentran sobre grupos indígenas y sectores rurales. Son escasos los trabajos en poblaciones urbanas y en particular sobre determinados estratos y grupos sociales. La antropología parece reconocer lo

cultural más en unos factores y procesos que en otros y deja en un lugar secundario el estudio de los factores de tipo político, y/o sobre todo de tipo económico en los trabajos referidos al proceso salud/enfermedad/atención.

El estudio del macro poder, por lo general queda fuera o suele referirse a determinadas problemáticas como la relación curadora/paciente y el saber local sobre el proceso salud/enfermedad/atención, reduciendo el nivel de análisis a lo sociológico y excluyendo o haciendo sólo referencias al nivel macrosocial. Después de plantear sus propuestas, el autor concluye que es necesario considerar cómo en la selección de factores y técnicas para el estudio e intervención de problemas de salud/enfermedad/atención, se mezclan diversos procesos tales como la orientación de los proyectos, el tiempo en el que se esperan resultados eficaces, la existencia o no de capacidades técnicas y profesionales en la gestión de estos factores, la hegemonía del modelo biomédico, y las limitaciones propias del trabajo antropológico.

El trabajo de José M. Uribe Oyarbide reflexiona sobre el papel de la antropología de la medicina, con el objeto de debatir qué aporta esta disciplina en torno a la gestión de la salud/enfermedad. En opinión del autor, se trata de marcar la pertinencia de ciertos puntos de partida que justifiquen la razón de apelar a procesos culturales para ampliar la comprensión de fenómenos y/o procesos sociales, para lo cual desarrolla cuatro focos a considerar: 1) la necesidad de explicitar un marco operativo de cultura; 2) la conveniencia de consensuar conceptos para el diálogo, desde salud y enfermedad hasta los de ciudadanía sanitaria y calidad de vida; 3) la pertinencia de complementar otros enfoques teóricos; 4) la relevancia del carácter construido de los modelos científicos (médicos y antropológicos).

El trabajo de Mari Luz Esteban comprende un análisis crítico de las explicaciones que ha dado la medicina occidental hegemónica en relación con la maternidad, sobre la cual, los ámbitos médicos y psicológicos tienen un protagonismo fundamental en la generación de discursos y en la proyección de una idea naturalizada e intocable de la maternidad. En el trabajo se argumenta que el concepto de maternidad se encuentra inscrito en un determinado sistema de género y forma parte de las reacciones que están en contra de los avances de las mujeres. En una primera parte se da una visión general de las fases de revitalización de esta ideología en los dos últimos siglos; posteriormente se analizan dos

temas que adquieren relevancia especial en la época actual: la importancia dada al cuidado materno frente al cuidado en las guarderías y la promoción de la lactancia materna. La autora propone que estas prácticas sean analizadas desde una perspectiva dinámica que incluya representaciones, valores, vivencias concretas de sus protagonistas, así como el contexto en los que éstas surgen y las consecuencias de las mismas.

El trabajo de Rosario Otegui aborda el problema del dolor, desde su construcción social y su significado. Reflexiona sobre la importancia de introducir al análisis epidemiológico variables socioculturales para lo que retoma la propuesta conceptual de la epidemiología sociocultural. Considerando estos conceptos, intenta comprender y examinar los procesos socioculturales en el servicio de reumatología del Hospital Ramón y Cajal, y posteriormente analiza las prácticas médicas alrededor del momento del parto.

El trabajo de Ángel Martínez aborda un tema polémico relacionado con la práctica psiquiátrica; señala la tendencia a la biologización y tecnificación de esta disciplina, a la par del abandono del interés por el papel de los factores culturales y sociales en la enfermedad psíquica. Debido al desarrollo de la biología molecular que abre nuevas posibilidades para el conocimiento de los procesos biológicos de los trastornos mentales y al auge de la psicofarmacología. Refiere cómo el kraepelinismo es la corriente en boga en la psiquiatría norteamericana que ha logrado permear la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, a través de la aceptación del Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV). El autor juzga que después de las críticas que surgieron hacia esta clasificación, se han hecho modificaciones que en realidad no cambian los contenidos de la misma. Por otro lado, llama la atención sobre la fragilidad de los criterios y la manera en que se utilizan y señala que se dificulta una comprensión e interpretación de las expresiones del paciente al ser reconstruidas en un formato de manifestaciones biológicas. El problema más importante de estas taxonomías es cómo se cierra la interpretación de los fenómenos, suprimiendo con ello la autorreflexión y autocrítica sobre las propias categorías diagnósticas.

El trabajo de José Fernández-Rufete es un estudio de los espacios clínicos desde la antropología. El autor señala que es en la relación con la medicina aplicada y particularmente

hospitalaria donde los agentes sociales tienen acceso al saber médico, a partir de condiciones de subordinación, en relaciones asimétricas. El trabajo busca conocer la forma de codificación vinculada al SIDA en torno al eje salud/enfermedad. La construcción de un habitus lingüístico, es decir, un sistema de disposiciones socialmente constituidas que implica una propensión a "hablar" de salud y enfermedad de cierta manera y la competencia para utilizar el lenguaje se puede analizar como intercambio lingüístico que implica un acto de poder. Una vez que analiza los criterios de clasificación y la importancia del saber en su contexto, el autor se detiene en las estructuras de poder y autoridad médica tal y como se activan dentro del servicio.

El trabajo de Josep Ma. Comelles analiza los servicios de medicina desde una posición distinta a la del trabajo previo, desde la experiencia de ser paciente en un primer momento y posteriormente como acompañante y familiar en los servicios médicos. Con una excelente narrativa retoma su experiencia en los servicios para quemados, a raíz de un accidente familiar que se convierte más tarde en fuente de catarsis, información y estudio sobre las prácticas médicas. La unidad de quemados es equiparada con el infierno, pues allí se vive el horror de ver a los seres queridos como vivos muertos. El autor examina cómo el personal médico puede escaparse a ese dolor, ya que está presente en el diagnóstico y determinación del tratamiento, pero delega los cuidados cotidianos al personal paramédico, que en ocasiones puede ser más sensible a la necesidad del apoyo de los conocidos y familiares hacia los enfermos para devolverlos a la vida. El autor narra la incertidumbre, las esperanzas en un curso incierto, el manejo de estas situaciones, el lenguaje que descarga la responsabilidad del fracaso sobre el enfermo, la impotencia como médico y psiquiatra es analizada con su mirada de antropólogo.

El libro concluye con la presentación del trabajo de Enrique Perdiguero, Josep Ma. Comelles y Antón Erkoreka de una revisión bibliográfica con más de mil textos de antropología de la medicina en España (1960-2000). Este esfuerzo es muy importante en el contexto actual en el que la bibliografía en inglés predomina y deja fuera al público hispanohablante. Este esfuerzo servirá para acercar los trabajos de investigación y reflexiones desde la antropología de la medicina en España.

El texto Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina es un buen ejemplo de discusión interdisciplinaria del que podemos retomar no sólo los contenidos, sino también la inquietud de mantener un diálogo sobre temas comunes que puedan fortalecer el campo de investigación y formación académica para la antropología médica.

SALUD

La Antropología Médica es una disciplina cuyo objeto ha estado cercano a la práctica médica desde la antigüedad, y que con la actual globalización y la mayor visibilidad de la cultura adquiere una renovada importancia, especialmente para la salud pública, pese a lo cual es prácticamente desconocida para amplios sectores de la medicina contemporánea. Sus antecedentes podemos remontarlos a las observaciones sobre el comportamiento de los diversos pueblos y cómo se relacionaban con la salud de esas poblaciones en los tratados hipocráticos, y los podemos seguir cómo notas importantes en autores tan diversos como Paracelso y su reclamo a la medicina de su época para adquirir la experiencia necesaria observando las distintas formas de enfermedad y como eran tratadas por los más diversos pueblos. A lo largo de los últimos 2000 años, y hasta un periodo muy reciente la mirada médica hacia la sociedad ha tenido por exclusivo objeto conocer mejor las circunstancias que rodean la percepción de la enfermedad y como es enfrentada, por una sociedad determinada.

La moderna Antropología Médica comienza alrededor de los años 60 del siglo XX, a partir del desarrollo de la antropología cultural norteamericana, en sus primeras etapas, como señala Menéndez tuvo una especial dedicación a las medicinas tradicionales. Su desarrollo posterior, sin embargo, ha estado signado por al menos dos tendencias, la primera afincada en la práctica clínica y la segunda en una perspectiva desde la antropología general. La primera de estas tendencias es la que tiene mayores antecedentes desde campos como la medicina folclórica y el estudio de los sistemas médicos populares, y es en esta forma como surge la disciplina en los países latinoamericanos, incluyendo el Perú; mientras que la segunda ha tenido un mayor desarrollo especialmente en países anglosajones, llegando, incluso, a objetar que la antropología médica se vincule con la medicina y hasta a proponer cambiar el nombre hacia Antropología de la Salud para alejarse de una supuesta innecesaria medicalización de la disciplina.

En el presente número de la revista, dedicado en su simposio a esta amplia disciplina, participan tanto médicos y personal de salud como antropólogos, reunidos alrededor de una visión conjunta de aplicación de la antropología en la salud pública o de un mayor conocimiento de los procesos que deben ser tomados en cuenta para una práctica médica. Esta orientación es coherente con la perspectiva general de la revista que tiene entre sus objetivos el tratar temas que se vinculen directamente con la salud pública y no solo debates teóricos. Claro está que esta elección no desestima en absoluto una visión más teórica de la antropología médica, pero es coherente con el desarrollo latinoamericano de la disciplina; somos un subcontinente en el que la diversidad cultural y por tanto su vínculo con la salud no es un tópico que debe buscarse en lugares alejados, sino que está presente en las urbes y permea toda la sociedad.

Este acercamiento a la antropología médica es coherente con los antecedentes y cultivadores clásicos de esta disciplina en el Perú, que incluye a eminentes médicos como Hermilio Valdizán quien junto con Ángel Maldonado reunió un repertorio valioso de prácticas tradicionales en su célebre "La medicina popular peruana", pero también incluye a otros médicos, psiquiatras en su mayoría, que practicaron lo que entendían era el estudio de la medicina folklórica, encontramos allí los estudios de Federico Sal y Rosas y sus estudios sobre el síndrome cultural del "susto" y la terapia tradicional para su tratamiento; están también los trabajos de Monge y los de Carlos Alberto Seguí así como los de Gutiérrez Noriega sobre el cocainismo.

Entre los trabajos dedicados al tema de la antropología médica en el presente número de la RPMESP destacan, Bernal et al. con "Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en México, artículo en el que abre un debate sobre la migración internacional y los retos que implica para el trabajador de salud, uno de los cuales es enfrentarse al componente cultural de la población foránea, para lo cual no cuenta con las herramientas necesarias en su formación profesional. Este tema se enmarca en una perspectiva mucho más amplia que incluye las migraciones internas, lo que es una constante que ha cambiado la composición social de nuestras ciudades y constituye uno de los temas que la antropología médica tiene como pendiente.

Los estudios sobre poblaciones indígenas y mestizas y su riesgo en salud desde una perspectiva antropológica y social son abordados por Yeckting en "Situación de riesgo y salud de los adolescentes en el valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro en México". La zona abordada corresponde a una región en la cual la migración andina de raíces quechuas básicamente, como consecuencia de fenómenos económicos complejos, se ha encontrado con una población indígena amazónica, los asháninka. Nos muestra así la complejidad de la interculturalidad que no se refiere solo a la de la cultura hegemónica enfrentada a una población nativa sino a culturas marginadas obligadas a integrarse entre sí, frente a un estado ajeno a ambas culturas. Otro de los múltiples temas en los que una perspectiva antropológica es imprescindible.

Murillo con "Entre la aclimatación a la altura, la antropología médica y la utopía civilizatoria. Cartografía de la evolución del pensamiento de Carlos Monge Medrano sobre el proceso de salud-enfermedad de poblaciones andinas, describe prolijamente, a través de un científico, inicialmente solo orientado hacia la biomedicina, la evolución de un pensamiento no solo individual sino social sobre el indígena. Nos muestra cómo del debate médico y fisiológico se genera una nueva perspectiva, también científica, que intenta superar el debate entre indigenistas e hispanistas en la primera mitad del siglo XX. Pinilla, por su parte, con "Hospital San Juan de Dios: actor y víctima de las políticas públicas en Colombia" asume las herramientas metodológicas de la antropología para mostrar un conflicto contemporáneo del sector salud, consecuencia de políticas públicas que rompen un modelo institucionalizado a través de un largo proceso social.

La complejidad de la creación de sentidos sociales y su relación con un entorno histórico-social, es el tema que aborda Castillo *et al.* en "Salud intercultural. El ciclo vital en los Andes", su análisis a partir de fuentes documentales y etnográficas nos brinda una mirada a algunos comportamientos sociales que suelen ser interpretados etnocéntricamente por la medicina moderna.

Las edades y los grupos etarios dependen también de la cultura y no solo de factores biológicos que suponemos inmovibles. Finalmente, Santa María en "Taki Onqoy: Epidemia de intoxicación por exposición al mercurio en Huamanga del siglo XVI" nos recuerda, desde una perspectiva histórica, el conflicto de culturas que signó la relación con

los conquistadores, quienes impusieron un cambio en la estructura económica, pasando de una economía agraria a una extractiva y provocando así no solo cambios sociales y culturales sino sanitarios que impactaron profundamente en el imaginario social de la población originaria, recreando en ella nuevas formas explicativas de una realidad inicialmente incomprensible.

Con formas y actores diferentes, el drama de los entornos intervenidos por la modernidad en su búsqueda de nuevas riquezas continúa siendo la fuente más importante de conflictos sociales y sigue con una fuerte impronta de conflicto cultural entre dos modelos de desarrollo que pueden parecer incompatibles

El conjunto de artículos mencionados solo puede reflejar, como ya se anticipó, una pequeña muestra de la diversidad de perspectivas que abre la antropología médica, pero también nos confronta con la necesidad de incentivar que esta disciplina se incorpore a la academia, un estudio realizado con el auspicio del Organismo Andino de Salud muestra la desoladora realidad: solo un puñado de las escuelas formadoras de personal de salud de la región andina incluye temas, no digamos asignaturas, formativas en antropología médica.

En muy pocas Escuelas de Medicina se incluye una asignatura de Antropología General y usualmente solo se pueden encontrar algunas asignaturas electivas de Antropología Médica en algún programa de maestría y doctorado en antropología general. Un reciente Simposio de antropología médica en el Perú, paradójicamente, convocó a muchos académicos, lo que refleja un bullente interés por el tema, pero que parte de la Antropología general y cultural. Desde las ciencias de la salud, hegemónicamente dominadas por un sistema de salud biomédico, recuperativo y centrado en hospitales, hay aún mucho por recorrer.

NORMALIDAD

Normalidad es la cualidad o condición de normal (que se ajusta a las normas o que se halla en su estado natural). En un sentido general, la normalidad hace referencia a aquel o aquello que se ajusta a valores medios.

Utilizamos con mucha facilidad la palabra normal. La referimos con soltura a personas, situaciones o cosas. Y en estos meses de desconcierto su uso se ha vuelto todavía más frecuente, ya porque la gente desea una “vuelta a la normalidad”, ya porque se anuncia una supuesta “nueva normalidad”.

Habrán quienes sean más cautos y traten de evitar la palabra. Tal vez lo logren. Pero difícilmente podrán vencer la tentación de sus antónimos, que evidentemente la validan: alguna cosa les parecerá rara, un acontecimiento anormal, una conducta patológica, una persona excéntrica. ¡Qué difícil es sustraerse de la idea de normalidad!

Pero, no obstante, la sencillez de su significado, basta que nos detengamos un poco en la palabra para tantear la complejidad de su sentido: el alcance que tiene en nuestro mundo cotidiano de la vida. ¿Qué es la normalidad? ¿A qué nos referimos, en el fondo, cuando decimos que algo es normal? Y, a propósito de la coyuntura actual: aquella forma en que vivíamos hace unos meses, ¿era la normal?

Digámoslo directamente: para la realidad humana no hay tal cosa como una normalidad. Los humanos somos seres incompletos, que no sabemos cómo vivir, que no tenemos una norma impuesta por nuestra biología. Acaso por eso abundan los mitos de una expulsión del Paraíso. En efecto: somos los desterrados, los extravagantes, los que vagamos fuera de la imposición normativa.

Tratamos de evitar esa dificultad de nuestra condición construyendo nuestras propias normas porque tampoco podríamos vivir sin ellas. A eso se le llama cultura. Pero es sólo un remiendo; diseñamos nuestras normalidades, las inventamos. El humano encarna esa paradoja: no tenemos normalidad, pero necesitamos construirlas.

El antropólogo francés estudia casos de personas que crecieron al margen de una colectividad humana: niños y niñas criados por animales. La evidencia no deja mucho espacio a la duda: incluso nuestro cuerpo y nuestras emociones son construcciones culturales. La vulnerabilidad inicial de nuestra vida, nuestra apertura biológica, abre inabarcables posibilidades de construirnos como humanos. No hay un modo normal de ser.

Entendemos a la discapacidad como una producción social e histórica moderna y colonial, inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Es decir, comprendemos que la misma se halla enmarcada en un sistema de clasificación de sujetos inventado y reproductor de un orden hegemónico basado en relaciones de asimetría y

desigualdad. Esta conceptualización nos implica advertir los lazos / componentes ideológicos que transversalizan su devenir, en tanto se conjugan las implicancias históricas que fueron dando sustancia a formas y contenidos de cómo disputar la “diferencia” en los distintos espacios sociales.

Las formas de nombrar a la discapacidad se estructuran en las condiciones discursivas, socioculturales, políticas y económicas de una modernidad colonial, donde las líneas demarcatorias entre “normal/anormal” trazan caminos en cómo ser, estar y quedar reconocido en y por cada sujeto en sociedad. Esta manera de apropiarnos de la discapacidad como constructo teórico y potente nos supone, también, la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural y naturalizado, por lo que “hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal” del cuerpo Uno (único)”.

La normativa actual, aun cuando se encuentra enmarcada en un enfoque de derechos humanos, sostendrá su versión de una lectura de las experiencias en el mundo, de las personas y sus existencias, sobre el postulado explícito e implícito de la normalidad, a partir de la cual se vuelve necesaria tanto la clasificación, como el ordenamiento y jerarquización legitimante de las características de quien se alojarán bajo el paraguas identificador de la discapacidad. Los marcos normativos darán elementos para definir ¿qué es la discapacidad y quién es persona con discapacidad? Las lecturas científico biologicistas, las vidas y sus expresiones, buscan organizar algunas diferencias en deficiencias y asignarles casilleros: físicas, sensoriales, mentales y/o intelectuales (ONU, 2006).

En el camino de deconstruir los precedentes que configuran y dan fundamento a este punto de vista cristalizado, una alternativa la constituye analizar los marcos normativos internacionales a comienzos del siglo XX. Como indicamos en la introducción nuestro interés se centra en lo referido al trabajo y a la educación, ya que entendemos que en estas dos categorías es donde se despliegan con mayor claridad los argumentos que sostenemos. Bregain (2017) lleva adelante un devenir de la producción de la discapacidad, específicamente en torno al trabajo, desde los marcos normativos internacionales a comienzos del siglo XX.

ENFERMEDAD

En el mundo nahua, el diagnóstico médico a veces incluía procedimientos adivinatorios. De uso común y bien documentado fue la lectura de granos de maíz que se ilustra aquí, en el que un paciente (a derecha) se sienta frente a un curandero (a izquierda), cada uno de un mantel. El curandero, que contaba con un puñado de granos de maíz bien formados, elegía unos cuantos y los lanzaba al aire. Al caer sobre el mantel, los granos creaban patrones que revelaban la gravedad de la enfermedad, la efectividad del tratamiento elegido y otros resultados de importancia médica. Esta forma de diagnóstico por adivinación continúa siendo practicada por curanderos nahuas modernos.

Los nahuas atribuyeron enfermedades a dioses y otras entidades sobrenaturales, especialmente al impredecible dios Titlacahuan quien, según los informantes de Bernardino de Sahagún, causaba pobreza, miseria, o enfermedad entre aquellos que no cumplían con sus votos y penitencias. El dios era considerado imperceptible. Una de sus encarnaciones visibles era el dios creador Tezcatlipoca, representado aquí e identificado en el texto que acompaña la imagen como “el más grande de sus dioses” (Magliabecchiano fol). En aquel entonces, los europeos también creían que las enfermedades provenían de las deidades. La sífilis, en sus primeros brotes, se consideraba un castigo divino contra la blasfemia y otros pecados.

El tratamiento para la enfermedad entre los nahuas consiste en una serie de técnicas para sacar al espíritu ofensivo del cuerpo del paciente, incluyendo complejos rituales donde se usa una combinación de oraciones, invocaciones, plantas medicinales y figuras antropomorfas hechas de papel recortado. Una parte importante del ritual es la barrida o limpieza ritual, por medio de la cual el cuerpo es limpiado de los espíritus que causan la enfermedad. El especialista en la curación restaura el balance quitando al espíritu del cuerpo de la persona. Se hacen ofrendas a los espíritus ofensivos, quienes son persuadidos a salir y exhortados a dejar el cuerpo.

ENFERMABILIDAD

La "Enfermabilidad", según Pedro Laín Entralgo, es «una nota esencial de la salud». Nuestra salud es siempre «Enfermable», aunque no sea necesariamente «enfermiza». El adjetivo "enfermizo", en su primera acepción, significa «que tiene poca salud, que enferma con

frecuencia», según el Diccionario de la Real Academia Española. En cualquier caso, hay que entender siempre la enfermedad desde la salud, de la cual es una anomalía. Primordialmente, asegura Laín, «la enfermedad es un grito que el cuerpo lanza al yo personal para que se ocupe de él». Laín denomina a este fenómeno «succión del cuerpo». Lo explica así: «Quiéralo yo o no, mi cuerpo, cuando enferma, se me enajena, me llama hacia sí con voz insólita y doliente; se subleva contra mí como un personaje en busca de autor». Y comenta o glosa Pedro Soler: «Lo cual me obliga a vivir pendiente de mi cuerpo».

RELATIVISMO ANTROPOLÓGICO

El relativismo cultural es una corriente de pensamiento que postula la idea de que cada cultura debe entenderse dentro de sus propios términos y subraya la imposibilidad de establecer un punto de vista único y universal en la interpretación de las culturas. En la posición contraria, se sitúa el universalismo cultural de cariz positivista que afirma la existencia de valores, juicios morales y comportamientos con valor absoluto y, además, aplicables a toda la humanidad.

Esta nueva corriente, que se presenta como «particularismo cultural», surge en el contexto antipositivista que reacciona contra la ideología imperante en las últimas décadas del s. XIX. El anti positivismo incorpora los principios de contexto, sistema y estructura; al principio de sustancia defendido por el positivismo (considerar cada hecho por lo que es y no por su función o finalidad), opone los de función y forma; prefiere los estudios sincrónicos o descriptivos a los diacrónicos del evolucionismo; distingue las ciencias de la naturaleza de las ciencias de la cultura, frente a la consideración de la ciencia natural como modelo de toda ciencia con sus principios de causalidad y necesidad propia del pensamiento positivista.

El relativismo cultural influyó significativamente en las teorías lingüísticas, dando lugar al relativismo lingüístico. La visión romántica de la lengua como indisociable de la cultura promovida por los estudiosos alemanes J. Herder y W. von Humboldt en el siglo XVIII dio gran importancia a la consideración de la diversidad lingüística y cultural. Herder y von Humboldt afirmaban que las personas hablan de forma diferente porque piensan de forma diferente y esto es así porque las lenguas ofrecen diversas maneras de representar el mundo. Este pensamiento fue defendido en Estados Unidos por el lingüista F. Boas, a quien

habían impresionado las muy diferentes formas que tenían las lenguas de clasificar el mundo y la experiencia humana.

La visión de la cultura de Kant (1789), como capacidad de establecer fines arbitrarios (no naturales), tuvo influencia sobre Boas, quien utilizó sus conocimientos sobre las lenguas amerindias para demostrar que la relación entre la estructura de una lengua y la visión del mundo de la cultura que habla esa lengua es arbitraria. Así, lo que en una lengua puede ser representado a través de diferentes palabras, en otra puede hacerse con una única palabra o con derivados del mismo término. Para Boas, la aparición de distinciones léxicas respondía a una motivación cultural.

El relativismo cultural es una corriente de pensamiento que postula la idea de que cada cultura debe entenderse dentro de sus propios términos y subraya la imposibilidad de establecer un punto de vista único y universal en la interpretación de las culturas. En la posición contraria, se sitúa el universalismo cultural de cariz positivista que afirma la existencia de valores, juicios morales y comportamientos con valor absoluto y, además, aplicables a toda la humanidad.

Esta nueva corriente, que se presenta como «particularismo cultural», surge en el contexto antipositivista que reacciona contra la ideología imperante en las últimas décadas del s. XIX. El anti positivismo incorpora los principios de contexto, sistema y estructura; al principio de sustancia defendido por el positivismo (considerar cada hecho por lo que es y no por su función o finalidad), opone los de función y forma; prefiere los estudios sincrónicos o descriptivos a los diacrónicos del evolucionismo; distingue las ciencias de la naturaleza de las ciencias de la cultura, frente a la consideración de la ciencia natural como modelo de toda ciencia con sus principios de causalidad y necesidad propia del pensamiento positivista.

El relativismo cultural influyó significativamente en las teorías lingüísticas, dando lugar al relativismo lingüístico. La visión romántica de la lengua como indisociable de la cultura promovida por los estudiosos alemanes J. Herder y W. von Humboldt en el siglo XVIII dio gran importancia a la consideración de la diversidad lingüística y cultural. Herder y von Humboldt afirmaban que las personas hablan de forma diferente porque piensan de forma diferente y esto es así porque las lenguas ofrecen diversas maneras de representar el mundo. Este pensamiento fue defendido en Estados Unidos por el lingüista F. Boas, a quien

habían impresionado las muy diferentes formas que tenían las lenguas de clasificar el mundo y la experiencia humana.

La visión de la cultura de Kant (1789), como capacidad de establecer fines arbitrarios (no naturales), tuvo influencia sobre Boas, quien utilizó sus conocimientos sobre las lenguas amerindias para demostrar que la relación entre la estructura de una lengua y la visión del mundo de la cultura que habla esa lengua es arbitraria. Así, lo que en una lengua puede ser representado a través de diferentes palabras, en otra puede hacerse con una única palabra o con derivados del mismo término. Para Boas, la aparición de distinciones léxicas respondía a una motivación cultural.

El relativismo cultural es una corriente de pensamiento que postula la idea de que cada cultura debe entenderse dentro de sus propios términos y subraya la imposibilidad de establecer un punto de vista único y universal en la interpretación de las culturas. En la posición contraria, se sitúa el universalismo cultural de cariz positivista que afirma la existencia de valores, juicios morales y comportamientos con valor absoluto y, además, aplicables a toda la humanidad.

Esta nueva corriente, que se presenta como «particularismo cultural», surge en el contexto antipositivista que reacciona contra la ideología imperante en las últimas décadas del s. XIX. El anti positivismo incorpora los principios de contexto, sistema y estructura; al principio de sustancia defendido por el positivismo (considerar cada hecho por lo que es y no por su función o finalidad), opone los de función y forma; prefiere los estudios sincrónicos o descriptivos a los diacrónicos del evolucionismo; distingue las ciencias de la naturaleza de las ciencias de la cultura, frente a la consideración de la ciencia natural como modelo de toda ciencia con sus principios de causalidad y necesidad propia del pensamiento positivista.

El relativismo cultural es una corriente de pensamiento que postula la idea de que cada cultura debe entenderse dentro de sus propios términos y subraya la imposibilidad de establecer un punto de vista único y universal en la interpretación de las culturas. En la posición contraria, se sitúa el universalismo cultural de cariz positivista que afirma la existencia de valores, juicios morales y comportamientos con valor absoluto y, además, aplicables a toda la humanidad.

Esta nueva corriente, que se presenta como «particularismo cultural», surge en el contexto antipositivista que reacciona contra la ideología imperante en las últimas décadas del s. XIX. El anti positivismo incorpora los principios de contexto, sistema y estructura; al principio de sustancia defendido por el positivismo (considerar cada hecho por lo que es y no por su función o finalidad), opone los de función y forma; prefiere los estudios sincrónicos o descriptivos a los diacrónicos del evolucionismo; distingue las ciencias de la naturaleza de las ciencias de la cultura, frente a la consideración de la ciencia natural como modelo de toda ciencia con sus principios de causalidad y necesidad propia del pensamiento positivista.

El relativismo cultural influyó significativamente en las teorías lingüísticas, dando lugar al relativismo lingüístico. La visión romántica de la lengua como indisoluble de la cultura promovida por los estudiosos alemanes J. Herder y W. von Humboldt en el siglo XVIII dio gran importancia a la consideración de la diversidad lingüística y cultural. Herder y von Humboldt afirmaban que las personas hablan de forma diferente porque piensan de forma diferente y esto es así porque las lenguas ofrecen diversas maneras de representar el mundo. Este pensamiento fue defendido en Estados Unidos por el lingüista F. Boas, a quien habían impresionado las muy diferentes formas que tenían las lenguas de clasificar el mundo y la experiencia humana.

La visión de la cultura de Kant (1789), como capacidad de establecer fines arbitrarios (no naturales), tuvo influencia sobre Boas, quien utilizó sus conocimientos sobre las lenguas amerindias para demostrar que la relación entre la estructura de una lengua y la visión del mundo de la cultura que habla esa lengua es arbitraria. Así, lo que en una lengua puede ser representado a través de diferentes palabras, en otra puede hacerse con una única palabra o con derivados del mismo término. Para Boas, la aparición de distinciones léxicas respondía a una motivación cultural.

El relativismo cultural es una corriente de pensamiento que postula la idea de que cada cultura debe entenderse dentro de sus propios términos y subraya la imposibilidad de establecer un punto de vista único y universal en la interpretación de las culturas. En la posición contraria, se sitúa el universalismo cultural de cariz positivista que afirma la existencia de valores, juicios morales y comportamientos con valor absoluto y, además, aplicables a toda la humanidad.

LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS. MEDICINA TRADICIONAL CHINA, HINDÚ, ASIÁTICA Y OTRAS

Las terapias consideradas como componentes de la medicina alternativa, también llamada complementaria o marginal, han existido paralelamente a la medicina alopática o convencional a lo largo de su desarrollo, coexistiendo en una relación de lucha feroz, hasta que recientemente se ha dado, si no un franco acercamiento, sí una tolerancia; ha surgido incluso un interés de ambas por conocer más de cerca sus fortalezas y debilidades. Lo contradictorio, sólo en apariencia, es que esta tregua aparezca justamente durante el periodo que abarca los mayores avances de la ciencia y la tecnología médicas, o sea, durante este siglo, sobre todo en los últimos 60 años.

Hasta hace pocos años, numerosas prácticas con intenciones curativas eran consideradas como espacio de excentricidad, curanderismo, charlatanería, etc., y descalificadas de inmediato como prácticas no racionales, no serias o ilegales. Sin embargo, desde los ochentas, consistentemente han venido ganando respetabilidad, adquiriendo un lugar dentro de las artes de sanar y curar. Esto pareciera deberse a sus efectos positivos en el tratamiento de pacientes en quienes la medicina convencional, alopática, ha fallado.

En México la medicina alternativa ha estado presente como terapia complementaria para la atención de la población. Se han llevado a cabo muchos estudios sobre la participación de la medicina tradicional en el conjunto de recursos con que cuenta el sistema nacional de salud en extenso. Muy poco sin embargo es lo que se ha escrito, y se carece de una fuente organizada de datos basales sistematizados y completos.

Entre muchos investigadores destacan Manuel Barquín Calderón, Rolando Collado Ardón, y Jorge Miranda Pelayo, de la Facultad de Medicina de la UNAM; Luis Vargas y Jaime Litvak, del Instituto de Investigaciones Antropológicas; Francisco Gómez Jara, del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, y Fernando Mora, de la UAM Xochimilco. Un capítulo especial corresponde al programa de investigación sobre las terapias alternativas a cargo del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, donde Carlos Viesca desarrolla avances para un enriquecimiento del currículum del pregrado de la carrera de Medicina. En el Instituto Nacional de Salud Pública, el doctor Gustavo Nigenda dirige un proyecto de investigaciones sobre la medicina alternativa en nuestro país.

La Secretaría de Salud ha echado a andar desde los tempranos noventas hospitales rurales mixtos que ofrecen atención médica convencional alopática con Medicina tradicional indígena, en los estados de Nayarit y Chiapas. Por el tiempo que llevan funcionando, será muy útil que en breve se continúen publicando los resultados de las evaluaciones formales en las que sería deseable que estén representadas las academias de Medicina y Cirugía, las universidades y los colegios médicos. La Escuela Nacional de Homeopatía, dependiente del Instituto Politécnico Nacional, de alrededor de 60 años de existencia, cuenta con la aceptación del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Educación Superior.

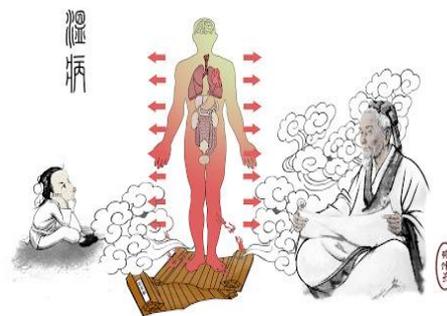
En cuanto al ejercicio de la medicina se desconoce el peso ponderal que las terapias alternativas tienen en la prestación de atención a la población, no obstante, es evidente el crecimiento que estas terapias han tenido en los últimos decenios. Puede afirmarse que están compitiendo y complementando a la medicina convencional en la oferta de servicios de atención a la salud con una tendencia a crecer. Por todo lo anterior las escuelas de medicina tienen una tarea pendiente, informar a los estudiantes de los hechos fundamentales y de las bases ideológicas y teóricas que sostienen dichas prácticas, así como de investigar sobre los efectos de tales alternativas a fin de orientar a la población médica y a los pacientes a su cuidado, con el propósito de lograr una atención integrativa que los ubique ventajosamente en un contexto sociocultural cambiante.

Medicina tradicional china: La medicina china tiene tanto que ofrecer, no sólo para explicar las causas, sino también para sugerir un tratamiento, tanto para estas enfermedades como para otras que la medicina occidental consideraba incurables, que esto me inspiró para comenzar a escribir este libro. Los escasos textos sobre medicina china que existían en inglés entonces, e incluso ahora, resultaban totalmente inadecuados y se podrían clasificar en dos tipos. En primer lugar, estaban los libros escritos por especialistas occidentales que, a pesar de ser expertos en sus respectivos campos, apenas conocían la cultura, la lengua y la filosofía médica de los chinos.

Por lo tanto, sus libros eran superficiales, en el mejor de los casos, y por desgracia confusos la mayoría de las veces. Casi todos estos textos trataban de acupuntura y fitoterapia y mencionaban casi siempre listas de puntos de energía y plantas medicinales, con una breve descripción de lo que se suponía curaban, lo cual daba a menudo la impresión de que, para curar, los chinos o bien clavaban agujas en lugares insólitos del cuerpo de sus pacientes, o

bien les hacían beber mezclas de hierbas y cortezas hervidas. La expresión «yin y yang» se mencionaba siempre, pero no se explicaba jamás, salvo para decir que el yin se refería a lo femenino, oscuro, frío y demás, mientras que el yang era todo lo contrario, aumentando de este modo el desconcierto del lector.

Los libros menos precisos calificaban incluso la práctica médica en China de supersticiosa y metafísica, o decían que se basaba en sistemas sociopolíticos anticuados. El segundo grupo de libros en inglés sobre medicina china, que apareció después del primero, incluye los que fueron escritos o traducidos a partir de los textos clásicos por autores que sabían mucho de medicina china, pero, lamentablemente, no poseían la capacidad lingüística suficiente para presentar el material de una forma que resultara comprensible para el lector occidental.



Existen cuatro métodos diagnósticos en la MTC: la observación, la audición y olfacción, el interrogatorio y la palpación. Dependiendo del diagnóstico, el médico va a recetar una terapia según las dolencias del paciente. Entre las diferentes terapias, en la MTC existen: la acupuntura, la moxibustión, la ventosaterapia, la fitoterapia, la tuina y el taijiquan o qigong. Para no ir más allá del alcance de este artículo, aquí sólo se analiza brevemente cada terapia.

La acupuntura Según la medicina tradicional china, la actividad vital está soportada por un "soplo" o energía, como ya mencionado anteriormente, llamado en chino qi. El qi recorre todo el organismo a través de unos "canales" que, como no son visibles, se denominan también "meridianos". Las agujas metálicas se insertan en puntos especiales de la piel, que corresponden a los llamados canales o meridianos, por donde circula sangre y energía. Las teorías antiguas hacen referencia a los vasos y a los nervios. Las teorías clásicas van dando paso a nuevos hallazgos a la luz de la moderna neurociencia.



La moxibustión Consiste en aplicar calor a los puntos de acupuntura. En algunos casos se cauteriza el punto de acupuntura, pero en la mayoría de las ocasiones sólo se aplica calor. El método de la moxibustión permite activar los receptores térmicos de la piel, y de esta forma provocar estímulos que compiten con los sistemas de modulación del dolor a nivel de asta posterior medular, y controlar procesos de dolor, sobre todo osteoarticular. Para calentar los puntos de acupuntura, se pueden emplear cigarrillos de polvo de la planta *Artemisia sinensis* (ajenjo), conos de moxa, y otros sistemas de aplicación indirecta de la moxa con intermedio de plantas.



La ventosaterapia También llamada “ventosas chinas” es un tipo de tratamiento natural en el cual son usadas unas ventosas para mejorar la circulación sanguínea en una región del cuerpo. Para esto, las ventosas crean un efecto de vacío que succiona la piel, aumentando el diámetro de los vasos sanguíneos en la región. Como resultado, existe una mayor oxigenación de estos tejidos, permitiendo la liberación de toxinas de la sangre y del músculo con más facilidad. La ventosaterapia es también muy utilizada para combatir el dolor muscular, ya que la diferencia de presión causada por el vacío despega el músculo y aumenta la cantidad de sangre proporcionando una sensación de relajación.



Fitoterapia o medicina herbal La fitoterapia China es una de las modalidades de tratamiento adoptadas por la MTC. A pesar de que el término chino será entendido en general como fitoterapia o medicina herbal, en esta forma de tratamiento también se utilizan ingredientes de origen animal o mineral en la elaboración de sus fórmulas. Los diversos ingredientes que componen cada receta indicada por un terapeuta o médico de la MTC, son combinados en proporciones que maximizan sus efectos e inhiben posibles efectos colaterales. El conocimiento de estas combinaciones y proporciones es fruto de millares de años de experimentación e investigación. La fitoterapia es tradicionalmente una de las modalidades más importantes utilizadas dentro de la medicina china. Cada prescripción herbaria de la medicina es un cóctel de muchas hierbas adaptadas al individuo (paciente).



Es el masaje más conocido por los terapeutas en la medicina china, significa empujar y agarrar; es un masaje terapéutico que trata primordialmente las patologías músculo esqueléticas. Las técnicas que se utilizan en Tuina son conocidas como “técnicas manuales” las cuales se basan en una gran variedad de movimientos que se realizan sobre la superficie corporal, en zonas muy específicas como puede ser el recorrido de los canales de energía o en puntos muy precisos como pueden ser los puntos de acupuntura o puntos de dolor. Taijiquan y qigong El taijiquan es conocido por las secuencias de movimientos que realizan sus practicantes y que se caracterizan por la unión de la conciencia y el movimiento corporal, la lentitud, la flexibilidad, la circularidad, la continuidad, la suavidad, la firmeza, y el sentimiento de armonía que transmiten. Este Arte Marcial se ha popularizado por los beneficios higiénicos que se atribuyen a su práctica y a que es accesible a un estrato muy amplio de población, sea cual fuere su condición física.

Los practicantes de taijiquan atribuyen estos beneficios para la salud a las características de esta disciplina relacionadas con la Medicina Tradicional China. Estudios médicos recientes han prestado atención al taijiquan. Hoy en día, el taijiquan es considerado una disciplina para el desarrollo de la integración cuerpo/mente y el equilibrio personal, sin que por ello se haya abandonado la relación forma/función que establece su naturaleza de arte marcial. Qi se refiere al "aliento vital" a la energía que anima a todo el universo y en particular al hombre. Gong se refiere al "trabajo". Qigong significa el trabajo sobre la energía vital.



El qigong deriva de técnicas más antiguas conocidas como dao yin. El término qigong es relativamente reciente, no fue empleado en su sentido actual hasta el pasado siglo XX. En un principio designó su utilización marcial. No es hasta 1936 que se utiliza para designar su aplicación terapéutica. En diciembre de 1955, el ministerio chino de la salud reconoció oficialmente el interés terapéutico del qigong y recomendó su práctica. En la actualidad se utiliza el término qigong para referirse a múltiples ejercicios destinados a desarrollar fuerza (física, energética, mental o espiritual) o a fines terapéuticos, mediante la movilización de la energía humana (qi).

ANTROPOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICA

La antropología médica, es la subdisciplina que entiende la salud en el ámbito de la cultura, comprende el trinomio salud-enfermedad-atención, como universal, frente al cual cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica, lo que le otorga suficiente variabilidad. Estudia las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven la salud y sus problemas de salud. Tiene como objeto de estudio y análisis, los distintos sistemas, creencias y prácticas respecto a la salud y al proceso salud-enfermedad- atención en cualquier tipo de sociedad.

Si bien al inicio, la antropología médica le hizo el juego al paradigma positivista propio de las ciencias biológicas, poco a poco fue contribuyendo a mostrar la construcción cultural de la corporeidad humana, y la variabilidad cultural de la universalidad del proceso salud-enfermedad-atención. Por otro lado, fue transformando su interés sobre las “concepciones compartidas” hacia las prácticas en salud y sus ejecutores, como expresiones concretas de dichas concepciones. La antropología médica resultó una ciencia armonizadora que ha podido funcionar como interlocutora entre sistemas y modos diversos de entender y conseguir el bienestar humano.

Los enfoques más comunes de la antropología médica (el etnomédico y médico-crítico) han venido a complementarse con una dimensión aplicada en la solución de problemas socioculturales concretos, la llamada antropología médica aplicada a la salud, la que ha experimentado un notable desarrollo a partir de la Segunda Guerra Mundial en la creación y aplicación de programas de desarrollo en salud pública. Es cuando la antropología médica comienza a asumir un rol aplicado, y logra perfilarse como una disciplina tanto teórica como práctica. La antropología aplicada propone soluciones e intervenciones, y en el contexto cubano contemporáneo se dispone cuanto menos, de dos tesis doctorales donde se expresa lo anterior.

Dicha dimensión pragmática anclada en la antropología médica, permite analizar cualquier fenómeno biocultural, desde el relato de lo vivido de sus protagonistas con interés en los sentidos y los valores, con la “mirada” que sabe hacer extraño lo cotidiano y ve más allá de los acontecimientos, para así explicarlo de una manera más amplia, lo que ayudaría a mostrar los problemas que pudieran subyacer.

LA MEDICINA TRADICIONAL HINDÚ (AYURVÉDICA)

El Ayurveda o «ciencia de la vida» es el sistema médico tradicional practicado en la India desde hace más de cuatro milenios. Al igual que la medicina tradicional china, el Ayurveda es una ciencia holística que considera al ser humano en su totalidad (cuerpo, mente y espíritu). El Ayurveda combina el empleo de plantas, una nutrición apropiada, una purificación y, ante todo, una forma de vida positiva para mantener la armonía y el equilibrio entre la mente y el cuerpo. Es decir, pone especial énfasis en la prevención de la enfermedad más que en la curación de los síntomas específicos.

Los doshas: las tres constituciones

Según la filosofía ayurvédica estamos compuestos de tres energías vitales primarias denominadas doshas. Los nombres en sánscrito de los doshas son vata, pitta y kapha.

Cada persona tiene una constitución diferente que viene determinada por los diferentes grados de cada dosha si bien en la mayoría de las personas predominan uno o dos de los doshas. Los doshas determinan nuestra personalidad, el aspecto físico, las habilidades innatas, la tendencia de nuestros pensamientos y emociones, etc.

Todos nacemos con el nivel de cada dosha adecuado para nosotros. Cuando nuestros doshas se desequilibran debido a malos hábitos (p. ej., dieta inadecuada o estrés), se desarrollan las enfermedades.

El tipo de piel y los doshas

El Ayurveda distingue diez tipos de piel: los tres tipos básicos (vata, pitta y kapha) y las combinaciones de éstos. Los tres doshas están presentes en alguna proporción en todo ser humano, pero en la mayoría de las personas predomina un determinado tipo.

Según el Ayurveda, los problemas de la piel aparecen por un desequilibrio de los doshas. Los factores causantes pueden ser físicos, psicológicos o espirituales. Entre los factores físicos están el exceso de trabajo, la alimentación inadecuada, la mala respiración, la falta de descanso y la exposición a la contaminación ambiental. Entre los factores psicológicos causantes del desequilibrio de los doshas figuran las crisis personales, los conflictos personales y los comportamientos negativos. Entre los factores espirituales se pueden citar la desesperación y la confusión.

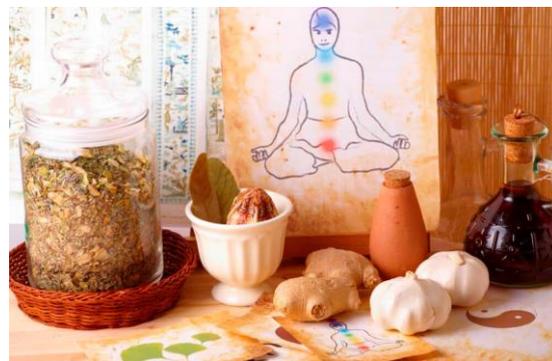
Estas emociones influyen directamente en la liberación de las hormonas, mensajeros bioquímicos que regulan nuestras funciones biológicas y nuestro sistema inmunitario. La investigación científica ha demostrado que la liberación constante de hormonas del estrés (drenalina, cortisol) inactiva parcialmente el sistema inmunológico, lo que comporta que el organismo se vuelva más propenso a la aparición de enfermedades y alteraciones, incluidas las cutáneas.

Cuidado ayurvédico de la piel

Para restablecer el equilibrio de los doshas en el organismo, el Ayurveda combina los cuidados cosméticos con el tratamiento dietético, la fitoterapia, el masaje, la meditación y los cambios en el estilo de vida. En consecuencia, la cosmética representa sólo una pequeña parte del cuidado integral del organismo que propugna el Ayurveda. Para obtener unos resultados idóneos, el cuidado externo de la piel se debe completar con el cuidado interno de la piel que ofrecen los restantes tratamientos.

Los cosméticos formulados según la filosofía ayurvédica son más «naturales» que los cosméticos occidentales; es decir, son más restrictivos en la inclusión de colorantes, conservantes, perfumes y otras sustancias químicas sintéticas

Los cosméticos formulados según la filosofía ayurvédica son más «naturales» que los cosméticos occidentales; es decir, son más restrictivos en la inclusión de colorantes, conservantes, perfumes y otras sustancias químicas sintéticas. Los principios activos son extractos de plantas, verduras y frutas, así como aceites vegetales puros y aceites esenciales.



MEDICINAS QUE LLEGAN A MÉXICO

Tipos de medicina complementaria alternativa

Todos los días los científicos aprenden sobre las terapias de medicina complementaria y alternativa (MCA), pero aún queda más que aprender. En esta lista se ofrece información general sobre los tipos de MCA en uso; no significa que tengan nuestro respaldo. Algunas de las terapias que se describen a continuación se deben investigar más para comprobar que son útiles. Si tiene cáncer, converse con su médico acerca de cómo piensa usarlas antes

de comenzar cualquier terapia. Las personas usan términos como “natural”, “holístico”, “remedio casero” o “medicina oriental” para describir las terapias de MCA. Pero los expertos en general las agrupan en cinco categorías. Aquí se describen con ejemplos.

Terapias para la mente y el cuerpo (técnicas mente-cuerpo)

Estas terapias combinan la concentración mental, la respiración y el movimiento del cuerpo para relajar el cuerpo y la mente. Por ejemplo:

Meditación: respiración de concentración o repetición de palabras o frases para calmar la mente y disminuir los pensamientos y sentimientos que causan estrés.

Biorretroalimentación: uso de máquinas especiales para que el paciente aprenda a controlar ciertas funciones del cuerpo de las que no suele estar consciente, como la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Hipnosis: estado similar al trance en el que una persona se vuelve más consciente y se enfoca en ciertos sentimientos, pensamientos, imágenes, sensaciones o comportamientos. La persona quizás se sienta más tranquila y dispuesta a aceptar sugerencias que podrían ayudar en la curación.

Yoga: antiguo sistema de prácticas que se usa para equilibrar la mente y el cuerpo por medio de estiramientos y posturas, meditación y respiración controlada.

Tai chi: forma de ejercicio suave y meditación en la que se usan conjuntos de movimientos corporales lentos y respiración controlada.

Imágenes guiadas: técnica en la que usan imágenes mentales positivas, como al concentrarse en escenas, imágenes o experiencias para ayudar al cuerpo a sanar. También se llama imaginería.

Expresiones creativas: actividades como el arte, la música o la danza.

Prácticas de manipulación corporal

Estas se basan en trabajar con una o más partes del cuerpo. Por ejemplo:

Terapia de masaje: terapia en la que se amasan, frotan, golpean y acarician los tejidos blandos del cuerpo

Terapia quiropráctica: tipo de manipulación de la columna vertebral, las articulaciones y el sistema esquelético

Reflexología: tipo de masaje en el que se aplica presión en puntos específicos de los pies o las manos, que se cree que coinciden con ciertas partes del cuerpo

Energía curativa

La energía curativa se basa en la creencia de que una energía vital fluye a través del cuerpo. El objetivo es equilibrar el flujo de energía en el paciente. No hay suficientes pruebas para apoyar la existencia de campos de energía. Sin embargo, no hay efectos dañinos en el uso de estos enfoques. Por ejemplo:

Reiki: técnica por la que se colocan las manos de forma ligera sobre la persona o cerca de esta con el objetivo de guiar la energía para ayudar a la propia respuesta curativa de la persona

Toque terapéutico: técnica por la que se mueven las manos sobre los campos de energía del cuerpo o se toca con suavidad el cuerpo de una persona

Estos son sistemas y creencias de sanación que evolucionaron a lo largo del tiempo en distintas culturas y partes del mundo. Por ejemplo:

Medicina ayurvédica: sistema de la India cuyo objetivo es limpiar el cuerpo y restaurar el equilibrio del cuerpo, la mente y el espíritu. Incluye dietas, hierbas medicinales, ejercicios, meditación, respiración, fisioterapia y otros métodos.

Medicina tradicional china: sistema que se basa en la creencia de que el qi (la energía vital del cuerpo) fluye a lo largo de los meridianos (canales) del cuerpo y mantiene en equilibrio la salud espiritual, emocional, mental y física de una persona. El objetivo es restaurar el equilibrio del cuerpo entre dos fuerzas llamadas el yin y el yang.

Medicina naturopática: sistema que evita las drogas y la cirugía. Se basa en el uso de elementos naturales como el aire, el agua, la luz, el calor y el masaje para ayudar al cuerpo a curarse. A veces también se usan productos a base de hierbas, la nutrición, la acupuntura y la aromaterapia.

LA ALIMENTACIÓN, LA SEXUALIDAD Y RITOS DE PASO

Cuando el hombre se enfrenta a su medio natural y social, tiene tantas dificultades cognitivas que se genera una reacción de trascendencia. Esto es parte de una inadecuación e insatisfacción, de modo que se buscan cosas más allá de lo material para componer la situación de falta de sentido; de hecho, algunos antropólogos señalan que el origen de la cultura está relacionado con el origen de la creencia religiosa, reforzando la idea de que la experiencia religiosa es primigenia.

Pero en algunas sociedades la ideología económica es la que dicta cómo se han de hacer las cosas, como parece ser el caso de nuestra sociedad, gobernada por principios económicos. En suma, la religión es la que proporciona trascendencia e integración en la sociedad, aunque la gente tiene más fe en la lotería o el juego (es azar, hay fe... es un hecho religioso construido por la economía) que en la plegaria. Desde esta visión, la función de la religión es mantener el equilibrio entre la anomia y el altruismo, a lo Durkheim 1993, o en todo caso servir más al altruismo, a la integración.

La religión es cohesionadora porque proporciona al individuo el recurso ideológico y emocional para integrarse a la sociedad. Durkheim no considera a la religión como un instrumento de clase, como algo que se manipula, como señalaba Marx, sino que le otorga una función social: alejar la anomia, evitar una sociedad absurda. La religión ha de procurar una moral y hacer que parezca que existe una integración; si no es así, la sociedad se desintegra. La carencia de integración individual corresponde a una carencia de integración social.

No importa qué religión sea, lo importante es la función integradora del individuo dentro de la sociedad. En efecto, la religión consiste en inquietarse frente a un mundo que no se entiende y los comportamientos que se creen seguros; en suma, hacerse preguntas y llevar a cabo acciones que no estaban planeadas de antemano. Sin duda, la muerte y el cambio de estatus son hechos dramáticos que suscitan conflictos e inadecuación y a raíz de ello el hombre genera el lenguaje de las emociones religiosas.

Los primeros sentimientos frente a la inadaptación son de inquietud e inseguridad; de aquí que el hombre se dirija hacia el ritual, el cual constituye una forma de comunicación simbólica compleja que muestra principios muy importantes para la sociedad que, de otra manera, serían difícilmente comunicables. Es decir, mediante el ritual se expresan cosas

“que se pueden mostrar”. Frente a unos hechos actuamos según un comportamiento ceremonial, en ocasiones espontáneo, en otras elaborado; la ceremonia constituye la propia fuerza de la dramatización, aportando expresividad a la experiencia de una emoción, sentimiento o idea. Por ello, la ceremonia comporta ritual y viceversa. El aprendizaje mediante el ritual supone una imitación: hacer una cosa no espontánea, una cosa exacta, reconocida.

A los ritos de paso en las sociedades occidentales y entre los pueblos primitivos, cuyo derecho no está escrito. Dichos ritos de paso tienen que ver con tránsitos en la vida de la persona; el más importante es el de la pubertad que consiste en la integración en el mundo de los adultos. La función del ritual es la de permitir las transiciones entre territorios, tiempos o situaciones sociales diferentes. Las fronteras son lugares de riesgo que exigen una alta ritualización. Algunos antropólogos piensan que las sociedades se han definido socialmente por los rituales de iniciación, por ejemplo, la educación, la escuela, el servicio militar son rituales complementarios para acceder a otros campos de la vida social.

Los antropólogos norteamericanos piensan que el hombre reproduce los rituales de iniciación en la época adulta como la jubilación o el desempleo; esto, para los ingleses, es una experiencia fuerte, estresante, es una ruptura dramática. Para algunos, los rituales de iniciación son el origen de la política: una comunidad adulta decide una serie de disciplinas para imponer a los demás y conseguir la integración social. Los rituales de iniciación poseen componentes como una división política, ya que hay conductores y pacientes. Normalmente, la iniciación nunca explica de manera clara y objetiva en qué consiste el ritual y hasta dónde llega, puesto que hay unos valores implícitos que otorgan un misterio. Hasta hace pocos años dominaba la idea de que el ritual era propio de los primitivos “atrasados”.

En realidad todos somos esclavos de las tradiciones y las costumbres, pero si bien los rituales en sociedades de pequeña escala implican a comunidades enteras y poseen dimensiones religiosas, económicas y estéticas, en las sociedades complejas, en cambio, existe una mayor especialización institucional o esferas separadas de actividad y los rituales raramente envuelven a la sociedad en su conjunto. El ritual de iniciación posee tres funciones simbólicas: 1) la revelación, una parte de los misterios son revelados; 2) el misterio, y 3) una forma de comportamiento para antes y después del ritual. El ritual de la pubertad en Australia, por ejemplo, posee una serie de disciplinas definidas por el propio

ritual, un comportamiento a veces terrorífico. El miedo es muy importante en los rituales de iniciación, se hace sentir miedo para cambiar la mentalidad

Mitos de la sexualidad: Hace más de 500 años se conoce que ya la mujer era considerada como pertenencia personal, destinada a propiciar placer sexual y a funciones de reproducción, mientras que los hombres tenían derecho a practicar relaciones sexuales con varias mujeres y el sexo para ellos era considerado como una realidad más de la vida cotidiana. Con la aparición del judaísmo (en el antiguo testamento, fuente originaria de la ley judía) se prohíbe el adulterio, la homosexualidad, etc, aunque en la antigua Grecia había tolerancia a ciertas formas de homosexualidad, pero las mujeres seguían siendo consideradas ciudadanas de segunda categoría. En Atenas, por ejemplo, estas carecían de derechos legales y políticos en la misma medida que los esclavos, eran consideradas las portadoras de hijos. Con el surgimiento del cristianismo la Iglesia manifiesta también sus negativas posiciones en torno al sexo.

En algunas culturas orientales (china e india) se toma una posición más positiva en torno a la sexualidad, pues el sexo no era un hecho que inspiraba terror, ni se conceptualizaba de pecaminoso, se estimaba como un acto culto y de veneración.

Con estas raíces como influencia se van formando los géneros (construcción social que conceptualizaba lo masculino y lo femenino), y a punto de partida de ello se le asignan roles a cada sexo, que es lo que se espera socialmente que cada sexo haga. De igual manera empiezan a surgir los estereotipos sexuales (mandatos de obligatorio cumplimiento en torno a la sexualidad).

De igual forma, y desde lo social con raíces en el pasado, se empiezan a formar mitos, fábulas, ficción alegórica a un tema y tabúes -algo que no se puede hacer o lograr- en torno a la sexualidad y al desempeño sexual de cada sexo, los cuales llegan aún hoy a nuestros días y mediatizan de forma negativa el disfrute de la sexualidad y marcan definitivamente el comportamiento sexual humano.

Analícemos por separado a hombres y mujeres, pues hay diferencias en los mitos y tabúes encontrados según el sexo y consideramos que aún antes del nacimiento ya se empiezan a gestar. A la mujer desde que está en el vientre de su madre se le coloca en el famoso mundo

rosado, los colores de asignación femeninos son los suaves y tonos pasteles; de ella se espera sea dulce, cariñosa, afable, suave, pasiva y todo ello marca hasta sus juegos infantiles y profesiones futuras. Por definición se constituyen los mitos femeninos:

- Mujer es igual a madre (primera y suprema aspiración femenina).
- El amor femenino debe ser romántico.
- Debe tener una pasividad erótica (no debe tomar nunca ella la iniciativa, parte activa en los lances amorosos).

Todo esto marca desfavorablemente la expresión de su sexualidad, pues se le expropia de espacios vitales femeninos, se le oculta y marca la sexualidad desde la cuna (del sexo no se habla, el sexo es sucio, no se le acarician ni se le celebran los genitales como al varón), y todo esto marca desfavorablemente la sexualidad femenina desde muy temprano en la vida.

ANTROPOLOGÍA CLÍNICA

El enfoque abierto de la antropología médico-clínica, al no excluir ningún enfoque teórico ni profesional de la salud y de lo social, nos permite evitar dicha trampa. Sin querer ser la antropóloga de todas las culturas, nos permite descentrarnos de nuestros propios referentes culturales, dejar a un lado algunas de nuestras certidumbres, evitar patologizar aquello que es cultural o culturizar aquello que es patológico.

Al igual que la clínica transcultural, la intervención social transcultural integra el hecho migratorio y las representaciones culturales para ofrecer una mejor comprensión y ayuda. No se trata de poner a la cultura en el lugar del cuidado o de la intervención social, más bien se trata de usar la cultura como un elemento de la gestión sanitaria y social, sin jamás estigmatizar al paciente o usuario o a los profesionales de la salud bajo la mira de lo exótico.

TERAPIA DE ENCARNIZAMIENTO MEDICO

El Diccionario del uso del español de María Moliner define el encarnizamiento como furia, apasionamiento o crueldad con la que se insiste en un daño, por lo que la expresión es poco afortunada, peyorativa y ofensiva, ya que en los actos terapéuticos del médico y del cirujano, a pesar de que en ocasiones pueden ser molestos o peligrosos, no existe la intención de causar daño. El cirujano y el equipo de salud siempre tratan de ayudar al

enfermo, curarlo, aliviarlo o consolarlo, por lo que la palabra encarnizamiento está fuera de lugar.

Por lo antes expuesto se prefieren las expresiones “obstinación terapéutica” o “empecinamiento terapéutico” que indican persistencia o terquedad en la aplicación de medidas terapéuticas extraordinarias, las cuales pueden beneficiar a algunos enfermos, pero en otros son “fútiles” al no proporcionar ningún beneficio. Por lo que en cada paciente en particular se debe valorar el costo-beneficio de los procedimientos y medicamentos aplicados, no dejar de usar lo estrictamente necesario y las medidas ordinarias de la medicina paliativa, encaminadas a suprimir el dolor y el sufrimiento, pero tampoco empecinarse en la realización de todos los procedimientos que la ciencia y la tecnología pone a nuestra disposición, en la aplicación de todos los medicamentos de la farmacopea actual, cuando la valoración clínica y los índices pronósticos sugieren que en nada ayudan al enfermo. Con ello se evita el mal llamado encarnizamiento terapéutico, del que poco se puede esperar, en contraste con el costo, molestias y peligro para el enfermo.



En el enfermo terminal, con un pronóstico de sobrevivencia no mayor de seis meses, como consecuencia de una enfermedad neoplásica, progresión de una enfermedad crónico-degenerativa o complicaciones de un padecimiento agudo, la aplicación de medidas extraordinarias o desproporcionadas se conoce como “distanasia”, neologismo que indica desviación de la muerte natural o esperada, según la historia natural del padecimiento. El evitar el empecinamiento terapéutico en estos enfermos corresponde a la “adistanasia” en la que se suprimen las medidas desproporcionadas, con ello tácitamente se está aceptando una eutanasia pasiva, en la cual se dejan de aplicar medidas fútiles y el enfermo fallece como consecuencia de la enfermedad o complicaciones que sufre.

Procedimientos como la intubación endotraqueal, respiración asistida, nutrición parenteral, aplicación de múltiples medicamentos, antibióticos y la misma cirugía, en muchos enfermos evitan una muerte prematura, ayudan a la recuperación de la salud y la rehabilitación del enfermo; sin embargo, en aquellos enfermos con un tumor maligno avanzado, con importante deterioro como consecuencia de una enfermedad crónico-degenerativa, complicaciones de una intervención quirúrgica que lo han llevado a insuficiencia órgano funcional múltiple resistente al tratamiento instituido, en quienes la valoración clínica y los índices pronósticos indican que el enfermo no es recuperable, el persistir en la realización de procedimientos invasores y aplicación de muchos medicamentos, que en nada benefician al paciente, llevan a la obstinación terapéutica que más que evitar una muerte prolongan una agonía.

Después de una valoración clínica completa se debe elegir el manejo más apropiado para cada enfermo en particular, continuar con las medidas ordinarias o proporcionadas orientadas a suprimir el dolor, síntomas molestos y el sufrimiento, como son: acompañamiento, aseo, movilización, hidratación, curación de heridas y estomas, pero suspender los procedimientos de los que ya no se espera ningún beneficio, como pueden ser: quimioterapia, radioterapia y la misma cirugía en enfermos con neoplasias malignas avanzadas y metástasis múltiples, al igual que medidas de sostén respiratorio, nutricional, cardiovascular, renal o hematológico en enfermos con padecimientos benignos con complicaciones quirúrgicas o de la misma enfermedad, que los han llevado a un estado de deterioro severo, con insuficiencia órgano funcional resistente al tratamiento instituido.

Es común la crítica a un médico o un cirujano que se empeña en utilizar todos los medios a su alcance para “salvar” a un enfermo moribundo, que no reconoce que el paciente ha llegado al final de su ciclo vital, lo que hace por apasionamiento en su profesión, por soberbia al luchar obstinadamente con una muerte inevitable, por su desmedido interés en las actividades asistenciales, académicas, de investigación y en raras ocasiones por interés económico, olvidándose que lo más importante siempre es el enfermo. Corresponde al médico y al cirujano la decisión de continuar o no con un tratamiento intensivo, lo que también es motivo de crítica, si lo suspende se le acusa de abandonar al enfermo y si lo continúa sin razón cae en el empecinamiento terapéutico. El médico decide si continúa o no con las medidas de sostén, sobre la vida y posible muerte del enfermo a su cargo, por

lo que no es raro que se diga que “Está jugando a ser Dios”, por lo que todas las decisiones se deben tomar de acuerdo con los deseos del paciente, la opinión de la familia o la persona responsable y en algunas ocasiones del Comité de Bioética Hospitalario.

El mal llamado encarnizamiento terapéutico debe evitarse, es un terreno resbaloso que no tiene límites precisos, por lo que se requiere una valoración integral del enfermo, las consultas necesarias y, en caso de requerirlo, una decisión colegiada para aplicar en cada enfermo en particular el manejo más adecuado, siempre con solidaridad y un sentido humanista.

ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE

Los valores del cuidado cultural y las creencias están enraizados en las dimensiones religiosa, familiar, social, política, cultural, económica e histórica de la estructura social, del lenguaje y del contexto del medio ambiente. Pero en el cuidado tenemos que tener en cuenta que cuando hay que hacer frente a situaciones de enfermedades graves y de enfermedades terminales, va a priorizar en el universo simbólico a nivel de las creencias de nuestros pacientes alguna de estas tres dimensiones que englobo en “la esencia religiosa” y que son inherentes a todo ser humano: la creencia religiosa, creencia científica, o bien la simbiosis religiosa-científica. Estos tres aspectos los vamos a desarrollar a continuación.

En nuestra práctica profesional en estos inicios del siglo veintiuno, es ya muy difícil que encontremos en nuestros pacientes aquellos que se sustentan únicamente de la creencia religiosa en el diálogo del final de la vida. Una de las características más importantes de toda religión es que maneja el mundo de las creencias, y da respuestas concretas que permiten un diálogo ante diversas situaciones de la vida, y, por supuesto, también ante su final o puesta en peligro de ésta. No obstante, ya desde el siglo XIX, a nivel intergeneracional ha ido permeando el aspecto de la creencia científica en el diálogo ante la enfermedad grave y el final de la vida.

Hasta tal punto, que hemos llegado con la globalización de los medios de comunicación a que la creencia científica se extienda a lo largo de toda la diversidad cultural existente. Si bien a lo largo de la historia siempre han existido personas o grupos que no se han identificado con ningún credo religioso, a partir del siglo XIX, los agnósticos y los ateos, por poner los ejemplos más conocidos, ocupan un espacio visible en nuestras sociedades.

No obstante, ello no quiere decir que no vivan el “hecho religioso” ya que esto es inherente al anthropos. Este “hecho religioso”, puede estar apoyado en elementos puramente científicos, lo que le permite a la persona un diálogo dentro de la creencia científica.

Casi diariamente a través de los medios de comunicación entran en nuestros hogares, y conviven en nuestras conversaciones de la cotidianidad, los avances científicos en el campo de la medicina, biología o física, entre otros. Esta realidad se extiende en una auténtica globalización y universalismo a nivel intercultural, gestándose y desarrollándose día a día, cada vez con mayor fuerza la simbiosis entre la creencia religiosa/creencia científica.

En cuanto al aspecto social de la muerte, actualmente, ante una primera mirada, en cualquier ciudad europea y, por lo tanto, en mis propios contextos investigados (bien sea el vasco o el gallego), parece “no existir la muerte”; la manifestación externa, de la expresión estética del luto, como forma de duelo consensuada por el grupo social, es en nuestros días muy reducida. Respecto a la muerte en nuestras sociedades el antropólogo Philippe Ariès reflexiona.

Para el autor, la muerte de un individuo no afecta a la continuidad del ritmo social, y todo sigue como si nada hubiera ocurrido. Esto no es la realidad que me muestran mis informantes, ellos son testigos de que la pérdida de un miembro del grupo social lleva a la reorganización del mismo. Además, Ariès sigue exponiendo que en la ciudad está “sigue como si nadie muriese” y, en efecto, esa es la visión general que nos proporciona la misma.

No obstante, siempre se estará negociando el duelo en las relaciones interpersonales de sus habitantes, lo cual es inevitable mientras la muerte exista en la especie humana. Lo que ha cambiado ha sido que si bien hasta la mitad del siglo veinte en las zonas urbanas el duelo se dialogaba en el colectivo, poco a poco este diálogo pasó a ser entre individuos y este proceso también se ha extendido a las zonas rurales. Actualmente, sí existe diariamente un diálogo con la muerte a nivel colectivo y es el diálogo con la muerte virtual. Ésta se presenta en nuestros hogares mediante los medios de comunicación mostrándonos guerras, hambrunas, accidentes, muertes violentas, sin embargo, en los hogares no se le da un amplio espacio al diálogo de la muerte de vecinos, amigos, familiares, sino que más bien tiende a silenciarse.

Vamos a entrar en el diálogo que se establece con la muerte desde el nivel individual, partiendo del testimonio de dos informantes: uno correspondiente al contexto cultural

vasco y el otro al contexto cultural gallego. en los dos testimonios que nuestro realizador realizará una mirada sobre algunos elementos de los mismos. sin embargo, el pilar de esta exposición lo constituyen los testimonios mismos de los informantes, puesto que a partir de éstos podemos entrar en un variado crisol de miradas. ambos casos nos demuestran que ante nuestra propia muerte “estamos solos”, ya que “solos” tendremos que “coger la barca que atraviesa el río”, pero en realidad no estamos solos, ya que la “barca” la cogemos llevando con nosotros nuestro mundo de creencias y representaciones mentales y con éstas pactamos hasta el último momento.

LA TANATOLOGÍA LOS LÍMITES DEL TRATAMIENTO

Los grupos humanos se ven inevitablemente atrapados en diversos momentos de su vida a enfrentar el problema de la muerte, ya sea de un familiar, un amigo o la de uno mismo. En las diversas culturas, una muerte puede ser considerada buena o mala dependiendo de los parámetros culturales que los individuos establecen para con el difunto. Sin embargo, toda muerte se establece no sólo en el ritual que la acompaña, sino también en el pensamiento simbólico que se recrea, ya sea para incorporar al difunto dentro de los antepasados, o que este quede destinado al olvido. En el presente texto se presenta una cronología sobre cómo la antropología ha estudiado el tema de la muerte, los diferentes autores, enfoque y períodos.

El estudio de la muerte siempre ha estado ligado a la antropología desde sus inicios. La relación entre hombres, dioses y espíritus fue entendida inicialmente desde el plano de lo sobrenatural, en la relación que existe entre el mundo en que vivimos y el que se encuentra más allá de las estrellas. De esta forma, entender qué es lo que el hombre hace en vida, es a la vez entender también el proceso de su muerte.

De esta forma, desde la antropología, el estudio de la muerte puede situarse en tres grandes periodos. El primero de ellos comprende las percepciones y teorías evolucionistas de finales del siglo XX e inicios del siglo XXI hasta antes de la expansión teórica del estructuralismo lévi-straussiano a mitades del siglo pasado. El segundo periodo, un poco más corto que el anterior se ubica desde el estructuralismo hasta el gran apogeo de la antropología simbólica encabezada por Clifford Geertz. Y finalmente, un tercer y último periodo, que se enmarca en los años 90's y hasta la actualidad caracterizada por la interdisciplinariedad y

transdisciplinariedad de las ciencias sociales y humanas sobre la muerte como objeto de estudio y la modernidad como espacio de reflexión.

Décadas más tarde, Freud entendería que la muerte no es un proceso de transferencia del espíritu, sino más bien que, el proceso de comprensión de la muerte (o pulsión de muerte) es un punto central para entender por qué sólo pensamos en la muerte cuando se hace visible en primera persona. En su texto, "De guerra y muerte. Temas de actualidad" (1915), Freud sostiene que, "mientras que cuando la muerte se nos es ajena, el sentido de inmortalidad nos permite entender según Freud que el mundo gira a nuestro alrededor, y que la muerte es un acto cotidiano pero impersonal ya que "nuestro inconsciente no conoce absolutamente nada negativo y por consiguiente tampoco conoce la propia muerte, a la que sólo podemos darle un contenido negativo. Entonces, nada pulsional en nosotros solicita a la creencia en la muerte".

De estas dos primeras posturas antropológicas sobre la muerte se desprende una tercera perspectiva que sitúa a la muerte como parte de un proceso funcional (normativo, parental y legal) donde los actores sociales comparten roles para institucionalizar a la muerte como un ritual social. Esta perspectiva funcionalista de la muerte, planteada por Malinowski en su libro "Crime and custom in savagesociety" de 1926, subraya que aquella es un elemento constitutivo de la vida humana, que permite generar no sólo prácticas de acompañamiento ritual, sino también, permite entender que la muerte es también una necesidad básica que todos los seres humanos debemos satisfacer con respecto al grupo al que pertenecemos. Esta institucionalización de la muerte está regida por un conjunto de normas sociales que permiten no sólo determinar el tipo de ritual, sino a su vez, clasificar el estatus e importancia del sujeto a quien el ritual mortuario acompaña, así como de las respectivas funciones y otorgamientos de los familiares y deudos.

Años más tarde, a principios de los años 40's, la idea de que la muerte está acompañada por un status clasificatorio y por ciertas normas sociales que sitúan la importancia del individuo dentro del grupo se consolida con los aportes de Evans-Pritchard en su clásico libro de 1940 "The Nuer: A description of the modes of livelihood and political institutions of a Nilotic people". Para este autor, la muerte tiene un significado muy importante dentro de la vida social, organizativa y política de todo grupo, pues es el acto de sucesión de poder

(del jefe o gobernante muerto) quien determina el futuro del grupo y territorio, la eliminación de individuos y la posibilidad de generar o deslindar alianzas.

Y en este punto la religión se torna como eje central para comprender la importancia de los dioses dentro de la política y el parentesco, puesto que "la religión puede quizás explicarse mejor como la proyección de la subordinación a los gobernantes en la propiciación de sus dobles después de la muerte". En tal sentido, el temor a la muerte está acompañado por el temor a los dioses, quienes castigarán el buen o mal comportamiento de los hombres.

Como hemos podido observar, el estudio antropológico de la muerte inicia prácticamente con los primeros grandes estudios de las llamadas sociedades primitivas, poniendo énfasis inicialmente en su relación con el alma o espíritu. Posteriormente, se otorga una importancia al significado social que ésta tiene dentro de la organización y la estructura sociales. Luego, se la observa desde sus aspectos dentro de la ecología y demografía, dentro del mundo de los significados y de la relación entre vivos y muertos. Seguidamente, se incluye el tema de las emociones, la modernidad como elemento transformador, y finalmente, se la observa desde el plano de la memoria y el olvido.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Bonte, P. & Izard, M. (Coautor). Diccionario de etnología y antropología. Akal; Madrid, 1996

Buxó, M.A. (1982). Cultura. En Agirre, A. (Ed.), Los 60 conceptos clave de la antropología cultural. Daimon: Barcelona (149-150)

Hannerz, U. (1998). Cuando la cultura está en todas partes. En Hannerz, U. Conexiones transnacionales. Madrid: Cátedra.

Harris, M. (1986). Introducción a la Antropología General. Madrid: Alianza Universidad

Kottak, C. P. (1997). La cultura. En Kottak, C.P. Antropología Cultural. Espejo para la humanidad. Madrid: McGrawHill (17-31).

Avendaño Reyes, Sergio 1994 "El Conocimiento de la Flora U'til: Una Base para Conservar los Recursos Vegetales." In Problemática Ambiental en el Estado de Veracruz: Los Recursos Vegetales. Gonzalo Castillo-Campos and María T. Mejía-Saulés, eds. pp. 59-67. Xalapa, México: Universidad Veracruzana

Hernández, Francisco 1942 [1572] Historia de las Plantas de Nueva España. Tome I. México City: Imprenta Universitaria.

Augé, Marc (1998) *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*, Segunda edición, Barcelona, Editorial Gedisa.

Freud, Sigmund (1979) [1915] *De guerra y muerte. Temas de actualidad*, en *Obras completas*, volumen 2, Buenos Aires, Amorrortu.

Goody, Jack (1998) *El hombre, la escritura y la muerte. Conversación con Pierre-Emmanuel Dauzat*, Barcelona, Ediciones Península.

Ackerknecht, Edwin H, 1985,: *Medicina y antropología social*. Edit. Akal, Madrid.

Chambres, Iain, 1994,: *Migración, cultura, identidad*. Edit. Amorrortu. Buenos Aires.

Simposio Cultura y Política. Actas del IX Congreso de Antropología. Barcelona, 2003

García-Orellán, Rosa, 2001: *Hacia el encuentro de mi anthropos: la muerte dínamo estructural de la vida*.

La medicina mexicana en el contexto cultural antropológico. La UNAM. Goya. 2012.

Los Ritos de paso. Arnold Van. 2011.

Secretaria de salud y la secretaria de salud del estado de puebla pagina oficial. 2022

Harris, M. (2011). *Antropología cultural* (3a ed. --.). Madrid: Alianza.