

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Antropológicas
Facultad de Filosofía y Letras

Tesis para obtener el grado en
Maestría en Antropología
**“Propuesta de un modelo de análisis teórico-
metodológico: la construcción social de las
enfermedades infectocontagiosas y epidémicas”**

Por Erika Gretchen Almady Sánchez

Director de Tesis
Dr. Carlos Serrano Sánchez

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Propuesta de un modelo de análisis
teórico-metodológico:
la construcción social de las enfermedades
infecto-contagiosas y epidémicas.**

Índice

Introducción	3
Capítulo I. La propuesta	15
Capítulo II. Primer eje de análisis: realidad patológica	30
Capítulo III. Segundo eje de análisis: el discurso médico	43
Capítulo IV. Tercer eje de análisis: el cuerpo enfermo	96
Capítulo V. Ejemplo: la sífilis venérea en el siglo XVI	119
Capítulo VI. Discusión y comentarios finales	137
Bibliografía	144

Introducción

Las enfermedades de origen infeccioso, contagiosas y epidémicas han sido ampliamente estudiadas desde diferentes ángulos: la sociología, la historia, la antropología física, la antropología médica, la filosofía, la demografía histórica, etcétera, en donde cada disciplina ha aportado enfoques diferentes que han servido para reconstruir y dar sentido a sus efectos que a lo largo de la historia.

Por otro lado, las enfermedades infeccioso, contagiosas y epidémicas han representado para la historia de la humanidad un problema constante que ha sido entendido desde diferentes perspectivas según sea el caso particular de la sociedad y del momento histórico en el que éstas se presentan, cada una ha tenido implicaciones a escala individual, de grupo, económicas, políticas, demográficas y sociales, las cuales han influido para el desarrollo de sistemas explicativos que les dan sentido dentro de las estructuras cognitivas propias de dinámicas sociales particulares.

La importancia del estudio de este tipo de enfermedades radica, por un lado, en sus características propias, es decir surgen sin alguna explicación aparentemente evidente, son causadas por agentes externos al cuerpo y son transmitidas de un individuo a otro por diversas vías, generando manifestaciones claras de su presencia sobre el cuerpo humano que desencadenan respuestas a nivel social que en la mayoría de los casos

llevan a la estigmatización del individuo. Por otro lado, estas enfermedades se explican bajo los parámetros del discurso médico que es vigente en ese momento, en donde se puede ver la influencia de la política, la economía y las creencias religiosas en dichas explicaciones. Además son enfermedades que se han caracterizado, a lo largo de la historia por su alta morbilidad y mortalidad, lo que casi siempre se ha explicado como el castigo para un mal comportamiento.

Ahora bien, la humanidad siempre se ha preocupado y ocupado por encontrar las causas que generan las enfermedades que padece así como sus remedios. Al hacer referencia a la búsqueda de causas, éstas siempre se han desarrollado junto con las estructuras de pensamiento que a su vez van ligadas a formas particulares de entender y explicar los fenómenos del mundo que los rodea, que a través de un discurso que avale dichas explicaciones pueden generarse teorías que tienen como finalidad fundamental explicar y entender la realidad. Lo mismo sucede con eventos como el nacimiento o la muerte, sólo que éstos son irremediables, en cambio, la enfermedad es algo que resulta más o menos reversible y se busca “luchar” contra ella.

El Diccionario de la Real Academia Española define a la enfermedad como la “alteración más o menos grave de la salud”, o en otras palabras, la enfermedad es la ausencia de la salud, pero dicho proceso no puede explicarse sólo mediante el sentido de la ausencia, tampoco es sólo un hecho biológico que se expresa sobre un organismo vivo, la enfermedad se inscribe en el cuerpo humano, pero su naturaleza por sí sola no da cuenta del contenido de ella en la persona que la padece ni en las representaciones sociales que se involucran, la enfermedad es siempre un constructo social; de hecho, un aspecto de gran importancia para entender este fenómeno es que el cuerpo humano es una estructura orgánica, fisiológica, simbólica, cultural y social. En palabras de Le Breton (1992) la existencia del hombre es corporal, lo que implica que las manifestaciones de una enfermedad sobre el cuerpo tengan que ser significadas, simbolizadas y así representadas en los términos que resulten coherentes para una sociedad

en particular, por lo tanto, considero que el fenómeno hay que abordarlo desde una visión holística¹.

Con las ideas expuestas, en este trabajo se parte de que la enfermedad es, en un primer momento un fenómeno biológico y que a partir su expresión, por medio de signos y síntomas sobre el cuerpo deja de ser una realidad en sí misma y se convierte en una construcción social. Para ello se utiliza, como base teórica de análisis el proceso salud-enfermedad, el constructivismo social y la fenomenología de la percepción. Con esto pretendo dar cuenta de que la enfermedad en el hombre es un proceso de simbolización que tiene su origen en una serie de eventos fisiológicos que son explicados, significados y percibidos a partir de la forma en la que cada sociedad entiende la realidad.

Marco teórico

En este trabajo de investigación se propone un modelo de análisis de la enfermedad, cuyos ejes fundamentales son la *realidad patológica*, *el discurso médico* y *el cuerpo enfermo*, estos ejes son, en primera instancia, los que generan las ideas “básicas” de la construcción social de una enfermedad, ya que a partir de este nivel es que se emiten las estructuras sobre las cuales una afección infecto-contagiosa será entendida y explicada socialmente y, a su vez, regresada al individuo enfermo cargada de significados (permeadas por ideas políticas, económicas, religiosas, etcétera) que lo colocarán dentro de la categoría de “persona enferma”.

En este sentido cabe mencionar que cada enfermedad se comporta, bajo esta explicación, de manera diferente dadas las complejas y distintas percepciones que se construyen a partir de una patología, en donde no se puede pensar que las construcciones sociales de todas las enfermedades en general son las mismas, es decir, no representa lo mismo en términos

¹ El holismo busca analizar los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; además supone que las propiedades de un sistema no pueden ser explicadas como la suma de sus componentes sino en función de cómo éstos se estructuran.

sociales padecer gripe que SIDA, lepra que tuberculosis ya que sus características propias generan explicaciones y percepciones diferentes, es, en este proceso en donde una enfermedad se convierte en un padecimiento.

Así, este trabajo de investigación se enmarca en tres posturas teóricas ya que cada eje de análisis aborda el problema de diferente forma, pero que a la vez se interrelacionan una con las otras: para explicar el eje de la realidad patológica se utilizan bases de la infectología y el proceso salud-enfermedad; el segundo eje, que trata sobre el discurso médico se plantea en función de la historia de la ciencia y la construcción social de la realidad expuestas por Berger y Luckmann; y finalmente, el tercer eje de análisis, que explica las nociones de cuerpo enfermo se fundamenta a través de la fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty.

Si el problema de salud es, en primera instancia, un fenómeno biológico, es importante entender que el cuerpo humano, como cualquier organismo vivo, está constantemente expuesto a diferentes elementos que existen en el ambiente que lo rodea y que pueden afectarlo directa o indirectamente, por ejemplo la contaminación ambiental, factores climáticos, microorganismos, etcétera, en el caso particular de este trabajo nos enfocaremos a aquellos elementos que provocan enfermedades infecto-contagiosas, como lo son virus, bacterias, hongos, entre otros.

Cuando un microorganismo penetra al cuerpo humano se generan una serie de reacciones en forma de respuestas para combatirlos y de esta forma lograr recuperara el equilibrio interno del cuerpo u homeostasis. El “actor principal” de este proceso es el sistema inmunológico del individuo. Si el sistema inmunológico es lo suficientemente eficiente el organismo recuperará la homeostasis, si no es así, el sistema tenderá al colapso y subsecuentemente morirá (Lagunas y Hernández 2009). El sistema inmunológico del hombre sirve como medio de amortiguación biológico ante los agentes agresores del medio ambiente.

Ahora bien, uno de los mas grandes intereses del hombre es poder combatir los problemas de salud que interpreta como enfermedades, para ello la cultura juega un papel primordial, ya que funciona como medio de amortiguación, ya no biológico sino social, que actúa sobre el impacto causado por ellas; la cultura forma parte del ambiente en el que se encuentra inmerso el hombre, procurándole que el estrés fisiológico no lo afecte tanto. Así, el hombre a lo largo de su evolución ha ido desarrollando estrategias culturales de adaptación al medio ambiente, como es el caso de la tecnología, los medicamentos, etcétera, para su supervivencia. A la vez y de manera opuesta, la cultura puede ser causante de estrés y generar enfermedades, por ejemplo, la urbanización, la alta densidad de población, la falta de higiene, la contaminación, etc.

Goodman y Martin (2002) plantean que la cultura amortigua los efectos del medio ambiente al aportar recursos necesarios para aminorar los efectos que los agentes agresores ambientales, también llamados estresores², provocan al cuerpo humano. Los agentes agresores generan una disrupción fisiológica en el hombre, pero éstos pueden ser amortiguados por la cultura (o bien inducidos) y se crean factores de resistencia y resiliencia que se manifiestan como una respuesta fisiológica, cuando estos factores de resistencia no son lo suficientemente eficaces se produce la disrupción fisiológica, la cual genera alteraciones en el crecimiento, enfermedad o la muerte en caso de que el organismo no se adapte a la presencia de estresores. En el caso contrario, si el organismo produce una respuesta adecuada es que se logra la adecuación o ajuste.

El estrés puede ser entendido como un estado de alteración fisiológica cuantificable que es el producto de tres factores básicos:

1. Las limitaciones ambientales: el ambiente genera presiones sobre el organismo que pueden alterar su equilibrio.
2. Los sistemas culturales: la cultura genera amortiguadores o inductores de estrés.

3. La resistencia del individuo: el individuo puede tener cierta susceptibilidad de acuerdo a la genética, la edad, el sexo, salud y resistencia física.

En este planteamiento teórico se pone un énfasis especial en el ambiente como proveedor de recursos necesarios para la subsistencia de una población, pero a la vez genera estresores que lo afectan, así, la cultura amortigua los estresores al crear estrategias para la supervivencia, lo cual no garantiza que éstos sean eliminados, cuando esto sucede se crea una respuesta a la agresión, en consecuencia puede ocurrir la adecuación o la muerte (Goodman y Martin 1993).

Cabe señalar que los procesos adaptativos son muy lentos, es decir, para que se desarrolle una resistencia biológica a la enfermedad necesita pasar mucho tiempo, mientras que el desarrollo de estrategias culturales para enfrentar las enfermedades son mucho más rápidas y por lo tanto mucho más eficaces.

En el caso específico de esta investigación, los estresores son todos aquellos microorganismos que penetran en el cuerpo humano y provocan en él una serie de reacciones fisiológicas mórbidas. Los amortiguadores generados culturalmente son los diferentes sistemas terapéuticos que sirven para curar las enfermedades, éstos se encuentran enmarcados dentro de un discurso médico que los dota de validez en términos de explicaciones coherentes en función de los sistemas cognitivos específicos de cada cultura y su contexto temporal y espacial.

Ahora bien, el segundo eje de análisis se aborda de acuerdo al constructivismo social, el cual parte de la idea de que la realidad se construye socialmente y lo que hay que analizar son los procesos por los cuales esto se produce. Ahora surge la necesidad de definir dos conceptos alrededor de los

² Los estresores son variables ambientales y culturales que influyen en la aparición de enfermedades.

cuales gira esta teoría: “realidad” y “conocimiento”. Berger y Luckmann (2001:13) definen la “realidad” como una

cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición

es decir, que no podemos hacerlos desaparecer; por otra parte los mismos autores definen “conocimiento” como

la certidumbre de que los fenómenos son reales y que poseen características específicas (Berger y Luckmann 2001:13)

ambos conceptos tienen también la cualidad de la relatividad social, es decir, varían de una sociedad a otra y pertenecen a contextos sociales específicos. Las personas viven en un mundo que es “real” y saben, con diferentes grados de certeza, que ese mundo tiene ciertas características, este conocimiento de la realidad se da como establecido en el grupo y dicha realidad cambia de una sociedad a otra.

Partiendo de lo anterior surge una interrogante, ¿cómo es que un cuerpo de conocimientos queda establecido socialmente como una realidad?; tal es el caso del discurso médico, ya que el conjunto de conocimientos que lo han conformado en diferentes etapas de su historia, siempre han tendido a establecerse como la realidad (entendida al modo de Berger y Luckmann (2001)) que explica el fenómeno de la enfermedad, pero también el del nacimiento y el de la muerte.

Lo anterior se aplica al hecho de que la enfermedad como realidad, si bien, existe, y es clara para la conformación de la noción de la enfermedad, la realidad patológica de la que se parte es el cimiento para su construcción social; lo que existe en la realidad son los problemas de salud y las enfermedades son construcciones mentales que con frecuencia son socializadas. La postura que aquí se maneja no es tan radical como para pensar que nada existe si no es a través de los ojos del conocimiento, sino que es a partir de la realidad que se construye el mundo, en otras palabras,

es a través de la *realidad patológica* que se construye la enfermedad, como parte de la realidad del mundo.

En cuanto al tercer eje de análisis, el planteamiento para entender la noción de cuerpo enfermo se basa en la fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty (1994), visión que, en términos generales, enmarca al cuerpo humano como una experiencia y lo define como el medio que permite poseer un mundo. El cuerpo, sin que intervenga la experiencia, es un cuerpo objetivo, el cual “no es más que un momento en la constitución de un objeto, el cuerpo, al retirarse del mundo objetivo, arrastrará los hilos intencionales que lo vinculan a su contexto inmediato y nos revelará, finalmente, tanto al sujeto perceptor como al mundo percibido” (Merleau-Ponty 1994:91).

Para Merleau-Ponty el mundo nos llega a través de la conciencia perceptiva, es decir, el lugar que ocupa nuestro cuerpo en el mundo, hace hincapié en el hecho de que la mente está en el cuerpo y llega a conocer el mundo a través de lo que denomina el “esquema postural o corpóreo”, es decir, captamos el espacio externo, las relaciones entre los objetos y nuestra relación con ellos mediante nuestro lugar en el mundo y nuestro paso por él.

Por el énfasis que Merleau-Ponty pone en la percepción y la experiencia, es posible notar que para el autor los sujetos son entendidos como seres temporales y espaciales; en lugar de ser “un objeto en el mundo”, el cuerpo forma nuestro “punto de vista sobre el mismo” (1994). Así, llegamos a entender nuestra relación con el mundo a través de la situación de nuestros cuerpos física e históricamente en el espacio, en donde “lejos de ser meramente un instrumento u objeto en el mundo, nuestros cuerpos son los que nos dan nuestra expresión en el mismo, la forma visible de nuestras intenciones” (1994:5). El cuerpo no es sólo el lugar desde el cual llegamos a experimentar el mundo, sino que a través del cuerpo llegamos a ser vistos en él. El cuerpo forma la envoltura de nuestra existencia en el mundo; el yo procede de esta ubicación en el cuerpo. De esta forma, para Merleau-Ponty, la subjetividad no es esencial ni trascendental: el yo está ubicado en el cuerpo, que a su vez está ubicado en el tiempo y en el espacio. La noción del

espacio es determinante para la experiencia vivida según Merleau-Ponty, ya que el movimiento de los cuerpos es una característica importante de la percepción que las personas tienen sobre el mundo y su relación con los demás y con los objetos que hay en él.

Las enfermedades además de formar parte de una compleja red social, son también experiencias, el enfermo vive la enfermedad y ésta es percibida tanto por él como por la sociedad, la cual la califica, la significa, regresándola al individuo enfermo, en la mayoría de las veces, de una forma nociva: el rechazo y la estigmatización.

La enfermedad, considerada como un evento traumático para el enfermo, no es concebida para él en calidad de representación o como un modo de consciencia objetiva, el enfermo vive su propia enfermedad como un estilo de ser porque el mundo del no-enfermo pierde su sustancia y acaba por no ser más que cierta angustia; la experiencia de no-enfermo termina siendo un recuerdo para ubicarse así de nuevo en un ser-del-mundo³, no en calidad de no-enfermo sino como enfermo, ya que el nuevo evento de padecer la enfermedad se tiene que integrar como una forma de ser de vida.

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar un modelo de análisis de las enfermedades infecto-contagiosas y epidémicas

Objetivos específicos

- Definir los tres ejes de análisis que conforman el modelo propuesto: realidad patológica, discurso médico y cuerpo enfermo
- Analizar el desarrollo del pensamiento médico, así como la terapéutica para entender cómo es que a partir de la ciencia se han ido construyendo modelos corporales

³ Se define ser-del-mundo como el reconocimiento que se le da al cuerpo como fundante del conocimiento

- Analizar el discurso filosófico y antropológico en torno al cuerpo para lograr construir uno sobre el cuerpo enfermo
- Aplicar el modelo propuesto a un ejemplo específico, en este caso la sífilis venérea en el siglo XVI

Hipótesis

El modelo teórico – metodológico que se propone es viable para analizar, desde la Antropología Física el problema de la enfermedad, la cual es entendida como un proceso fisiológico que ocurre sobre el cuerpo humano, y a partir de la forma de expresión sobre el cuerpo la enfermedad es percibida y simbolizada, este proceso que establece las vías de unión entre los mecanismos fisiológicos de respuesta a la enfermedad y la construcción social es explicado en un primer momento a través del discurso médico, encargado de establecer bajo sistemas cognitivos particulares de cada sociedad y momento histórico, la significación tanto de la enfermedad como del enfermo.

La intención primordial de este enfoque primero es que sea posible aplicarlo tanto a las enfermedades que afectaron a poblaciones del pasado como actuales; segundo, que resalte la importancia de generar un discurso que considere al cuerpo como base de la construcción social de la enfermedad; y tercero, que complemente otros análisis de la enfermedad con el fin de entender el fenómeno de forma integral.

Esta propuesta pretende abordar el fenómeno de la enfermedad desde sus bases biológicas, considerando al cuerpo, en su primer plano de existencia como un organismo vivo, y a partir de ello se traslade el fenómeno al plano simbólico para así entretelar el significado de una enfermedad.

Se pone especial énfasis en el discurso médico, no necesariamente hegemónico occidental, debido a que considero que es el que provee a la sociedad de modelos explicativos coherentes y socialmente avalados sobre

el fenómeno de la enfermedad, sin dejar de lado la importancia de otros enfoques.

Desarrollo del trabajo de investigación

Como se ha mencionado, este trabajo de investigación tiene como principal propósito elaborar un modelo teórico-metodológico para analizar la construcción social de las enfermedades infecto-contagiosas, su desarrollo se ha estructurado en cuatro capítulos que explican la propuesta y uno más en el que se aborda un caso particular que ejemplifica el uso del modelo expuesto.

Así, el primer capítulo, llamado “*La propuesta*” está dedicado a desarrollar teóricamente el modelo. En él se presentan diferentes marcos teóricos desde los cuales se analiza el fenómeno de la enfermedad, tal es caso de la Antropología Física, la Medicina, la Historia de la Ciencia, la Sociología de la enfermedad y la Antropología Médica; esto con la finalidad de entender las bases así como la necesidad que surgió de presentar un nuevo modelo de análisis. Después explica el planteamiento del problema, es decir, se describe el camino que se llevó para la construcción del presente modelo. Y finalmente, se presenta y explica la propuesta.

Los capítulos siguientes están dedicados a desarrollar los ejes de análisis.

En el capítulo II se desarrolla el primer eje, ***la realidad patológica***, donde se describen las generalidades de las enfermedades infecto-contagiosas y se establece como categoría de análisis el concepto de realidad patológica con base al marco teórico planteado: el proceso salud-enfermedad y, finalmente se presenta un pequeño apartado sobre la medicina evolutiva, perspectiva que brinda una explicación sobre el desarrollo y prevalencia de las enfermedades infecto-contagiosas desde una visión poco abordada en los estudios sobre este tema.

En el capítulo III se trata el segundo eje de análisis, **el discurso médico**, en donde por un lado se expone el desarrollo del sistema médico hegemónico occidental, y por el otro se explica la relación que existe entre el discurso médico y la construcción de la noción de cuerpo humano, así como la importancia de la terapéutica como forma de manipulación corporal.

En el capítulo IV se desarrolla el tercer eje de análisis: **el cuerpo enfermo** en el cual se explican las principales posturas filosóficas que se han elaborado en torno a la noción de cuerpo humano, así como la forma en que la antropología en general y la antropología física en particular lo han abordado para, finalmente construir un discurso en torno al “cuerpo enfermo” como categoría de análisis.

Finalmente, en el capítulo V, se pone a prueba el modelo propuesto con un ejemplo específico: **la sífilis venérea en el siglo XVI**, en donde se expone cómo a partir de un fenómeno biológico se generan una serie de visiones que se validan principalmente a través del discurso médico y que es éste el que da la pauta en la forma de entender la enfermedad porque le otorga un sentido de validez social.

Capítulo I

La propuesta del modelo de análisis

Como se mencionó en la Introducción, el principal propósito de este trabajo es construir un modelo de análisis para entender la construcción social de las enfermedades infecto-contagiosas y epidémicas con una vertiente centrada en tres categorías fundamentales: la realidad patológica, el discurso médico y el cuerpo enfermo. La finalidad es tratar de tener un acercamiento al fenómeno de la enfermedad desde una perspectiva corporal, para lo cual se parte de la premisa de que el cuerpo enfermo representa el primer plano de la construcción social de una enfermedad en particular, y de ahí se extiende dicha construcción a partir de las interpretaciones hacia el exterior, traduciéndose de esta forma, en una enorme gama de representaciones que parten de una realidad patológica para dar origen a una realidad construida.

Explicar el concepto de enfermedad a través de una definición única que logre abarcar todos sus aspectos posibles resulta difícil, no sólo por las múltiples concepciones que existen en torno a este fenómeno de acuerdo con la disciplina desde la que se analice, sino también debido a la multiplicidad de marcos teóricos desde los cuales puede abordarse; por otro lado, existe una relación entre la concepción que un enfermo tiene sobre su

propia enfermedad y la que se puede establecer a partir del discurso médico (occidental y hegemónico) en cualquier momento histórico en el que se considere, a la vez dicha relación se ve permeada por la percepción propia del individuo y de la cultura dentro de la cual éste se encuentra inserto.

Por otra parte, es pertinente reflexionar que el enfermo no sólo presenta diferentes alteraciones orgánicas, propias de un proceso patológico particular, las cuales se transforman en experiencias que el sujeto asimilará y expresará de manera personal, sino que también éste deberá asumir el rol que su propia sociedad le asignará en calidad de “persona enferma”. Es esta visión subjetiva la responsable directa de la construcción de metáforas de la enfermedad la cual influye directamente en la evolución del concepto y la forma en la que se planteen los diferentes discursos que giren en torno a una enfermedad (religioso, médico, mágico, político, etcétera).

Antecedentes. Los diferentes modelos de análisis

Como se mencionó, existe una gran variedad de marcos teóricos y disciplinas que estudian el fenómeno de la enfermedad desde diferentes perspectivas, a continuación mencionaré algunas posturas que ejemplifican los múltiples enfoques y que he considerado importantes para el desarrollo de este trabajo.

Por mi propia formación, pongo en primer lugar a la Antropología Física que puede abordar el problema de la enfermedad desde varios ángulos, por tradición enuncio primero a la Paleopatología, la cual estudia las enfermedades que pueden ser detectadas por medio de restos humanos antiguos, ya sea en cuerpos momificados o esqueletos, así como representaciones artísticas o documentos históricos (Lagunas y Hernández 2009). En la actualidad, uno de los modelos de análisis más importante es el propuesto por Frenk *et. al.* (1991, en Márquez y Hernández 2006) y ampliado por Goodman y Martin (1993, en Márquez y Hernández 2006) en el cual se pone especial interés por los aspectos no sólo biológicos, del medio físico y demográficos de la enfermedad, sino también la organización social

y las estructuras económicas de aquellos que las padecieron, es decir, se trata de reconstruir las condiciones de vida¹ de las poblaciones del pasado.

La paleoepidemiología es un enfoque de los análisis antes mencionados que se centra en las enfermedades epidémicas del pasado, el concepto de epidemia hace referencia a una enfermedad que afecta a una población en un momento determinado, siendo su principal característica que afecta a un número elevado de sujetos, ya sea lenta o violentamente. A pesar de que las enfermedades han acompañado al hombre desde su pasado más remoto, las enfermedades epidémicas son las que más han llamado la atención por su trascendencia, efecto, y sobretodo por la alta morbilidad y mortalidad que puede producir. Cada época ha estado impregnada por el temor a ella, tal es el caso de la viruela, la peste, el tifo, el cólera, la sífilis, la lepra, o en la actualidad el SIDA. Para entender de manera más amplia los efectos de una epidemia en el pasado se recurre a la paleodemografía, la cual realiza análisis demográficos a las poblaciones que se están estudiando.

Por otro lado se encuentra la Medicina, ciencia que por excelencia y tradición se ha encargado del estudio del fenómeno de la enfermedad, ella presenta un marco teórico-metodológico propio y característico, el cual se concentra casi exclusivamente en combatir las enfermedades, entendiendo a éstas como fenómenos naturales que ocurren a seres naturales (personas); por otro lado busca también promover la salud en cualquier tiempo y lugar. Para López Piñero y García (1974) el saber médico, en sentido estricto, se centra en la Patología, definida como la rama de la Medicina que estudia al hombre enfermo y las enfermedades.

Ahora bien, la Medicina ha jugado un papel muy importante a nivel histórico para entender al cuerpo, es decir, el desarrollo de esta ciencia ha cambiado la forma en la que éste a sido considerado espacio temporalmente, por ejemplo, los inicios de la anatomía hacia los siglos XV y XVI y la necesidad que había de conocer la estructura interna del hombre condujo a realizar

¹ Entendiendo condiciones de vida como las condiciones materiales de existencia y el estilo de vida,

disecciones a cadáveres humanos lo cual generó un cambio en las ideas que se tenían sobre el cuerpo, y dejó de ser un microcosmos pues la significación del cuerpo ya no remitía a otra cosa mas que sólo un cuerpo: una máquina. Estas ideas, originadas por el desarrollo de la medicina terminaron por fragmentar al sujeto, de esto se hablará en un capítulo posterior, pero es importante señalar aunque someramente en estas líneas las grandes repercusiones ideológicas que la historia de la medicina nos presenta.

De esta forma, la Historia de la Ciencia en general y la Historia de la Medicina en particular, también aportan análisis significativos y de gran importancia para el entendimiento de las enfermedades en el pasado, en este campo se parte de la premisa de que la realidad y el conocimiento se caracterizan por su relatividad social, es decir, no son iguales en todas las sociedades y pertenecen a contextos sociales específicos, para lo cual existen varias formas de reconstruir la historia de una ciencia. Mayr (1998) por ejemplo, dice que la forma depende del interés de quien la escribe, pero que en términos generales se tratan de mostrar los logros en el conocimiento científico, así como los cambios en las interpretaciones de conceptos. Este autor clasifica los diferentes tipos de historia de la siguiente forma:

- Historias lexicográficas. Son historias descriptivas que responden a las preguntas ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿cuáles fueron los aportes principales?, etc. El defecto de estas historias es que pueden restringirse sólo a una parte de la historia y no abarca su totalidad.
- Historias cronológicas. Este tipo de historias consideran secuencias temporales y bajo ellas se organizan.
- Historias biográficas. Estas historias explican los avances de la historia mediante la vida de científicos sobresalientes de una ciencia en particular.
- Historias culturales y sociales. Se basan en considerar el ambiente cultural e intelectual en el que se desarrolla una ciencia.

- Historias problemáticas. Estas historias ponen énfasis en los intentos, fallidos o certeros por resolver problemas científicos para así entender su desarrollo y su estado actual.

Considero que estas formas de hacer historia no son excluyentes una de las otras. Tal vez sería conveniente agregar, como lo hace Mayr (1998), las historias hechas por historiadores y las historias hechas por los científicos sobre su propia disciplina, ya que analizan la historia de la ciencia de forma diferente puesto que no parten de puntos de vista similares, unos pueden tender a hacer historias para justificar el por qué la ciencia es lo que es en la actualidad, mientras que otros pueden enfocarse sólo a los procesos y no a los hechos que hacen que una ciencia se desarrolle.

Siguiendo a Bachelard (en Calgüihem 1986:IX) “toda ciencia particular produce, en cada momento de su historia, sus normas de verdad” y no pueden ser juzgadas sólo bajo la mirada del estado actual en el que se encuentre, sino que hay que considerar las ideas y principios propias de cada momento que se estudie.

Sobre el mismo eje, para Canguilhem (1986) hablar del objeto de una ciencia significa hablar de un problema que primero debe de ser planteado y luego debe de ser resuelto, y hablar de la historia de una ciencia significa mostrar la manera o por qué motivo, teórico o práctico, una ciencia particular “se las arregló” para plantear y resolver dicho problema. A diferencia de lo que plantea Mayr (1998), para Canguilhem (1986:XIX), la función del historiador consiste en analizar sus fases y, lejos de limitarse a hacer un balance de sus victorias y sus derrotas, tiene que ser capaz de proporcionar una explicación racional de los repentinos cambios de terreno, de los repliegues imprevistos y de los ataques por sorpresa, es decir, tiene que estar en condiciones de analizar la sucesión de las coyunturas teóricas y prácticas que “constituyen” la ciencia.

En términos generales, el enfoque de la Historia de la Medicina considera a la enfermedad como un proceso biológico acontecido en sujetos

determinados, busca los orígenes, manifestaciones, número y tipo de los padecimientos. En esta concepción destacan los fenómenos que enfatizan la dicotomía entre el ser biológico y el ser social. Este tipo de estudios generalmente hace referencia a los medios con los que ha contado la medicina en su enfrentamiento con la enfermedad: tecnologías, avances médicos, descubrimientos, descubridores. Los modelos pueden incluir cuadros generales de las especies mórbidas, en donde el enfermo y el médico no estaban involucrados (Foucault 1986).

La sociología de la enfermedad es otro modelo desde el cual se puede analizar la enfermedad, considerándola desde el plano socioeconómico y político, se trata de vincular al individuo con la sociedad dentro del problema que la teoría plantea sobre ella. En este planteamiento se ha tratado de incorporar categorías que permitan entender la presencia de las enfermedades en diferentes sociedades, y generalmente se relaciona con datos demográficos; así en este tipo de análisis se evalúa el papel de las instituciones sanitarias, los procesos de marginación y segregación de los enfermos pobres, asimismo, aspectos socioeconómicos, desempleo y hambre, tipos de viviendas, servicios públicos, el consumo de alimentos, etcétera.

En la sociología de la enfermedad puede insertarse el modelo propuesto por Sheldon Watts en 1997, en donde el autor plantea que en toda sociedad las enfermedades y epidemias influyen sobre las relaciones de poder entre una minoría dominante y la mayoría dominada, siendo la elite la que determina la respuesta oficial a la enfermedad, de esta forma, se establecen las percepciones que son el producto de complejos filtros culturales; las respuestas oficiales son las que determinan qué se puede hacer y qué no en el intento de limitar la transmisión de la enfermedad. En esta propuesta, el autor pone gran énfasis en las instituciones como las encargadas de controlar las enfermedades, darles un sentido y un significado social, de esta forma, para entender la construcción de la enfermedad es necesario conocer tanto las instituciones como las relaciones de poder antes mencionadas.

Otro marco teórico es el análisis de la enfermedad a través del enfermo (o paciente), esta es una corriente muy frecuente entre historiadores. Como su nombre lo indica, intenta estudiar la enfermedad pero a partir del enfermo (o paciente), es decir, pretende describir la vivencia del sujeto para el cual la enfermedad adquiere un sentido. Esta visión trata de “hacer hablar al enfermo”, es decir, dejar expresar al hombre que ha sido víctima de un padecimiento; ahora bien, esta corriente va un poco en contra del discurso médico ya que éste sólo considera el cuerpo del sujeto como objeto de estudio científico y no como un sujeto activo dentro de una sociedad.

De acuerdo con Herzlich y Pierret (1984 en Márquez 1994) en cada época es el individuo el que está enfermo, sin embargo, lo está a los ojos de la sociedad, en función de ella y dentro de las relaciones sociales del individuo. Este tipo de análisis busca ir mas allá de las relaciones estadísticas entre fenómenos biológicos y condiciones sociales, las ubica como categorías que explican la presencia de una enfermedad.

La Antropología Médica es una rama de la antropología que se enfoca básicamente a estudiar los males, las enfermedades y las lesiones sufridas por el hombre desde que existe, además, estudia las técnicas utilizadas para enfrentarse al problema del dolor, la enfermedad y el sufrimiento; utiliza como sujeto de estudio a quienes se dedican a curar, los medios que se han empleado para mitigar el sufrimiento y la ansiedad. Desde una perspectiva histórica analiza el tipo de enfermedades que ha padecido la humanidad desde sus orígenes hasta la actualidad y cómo ha evolucionado desde las sociedades primitivas a las industriales; así, la Antropología Médica puede representar un puente que relaciona a la Antropología Física y la Antropología Social.

Dentro de la Antropología Médica se ha distinguido la Antropología de la Medicina, en donde la Medicina es considerada un producto más de las sociedades humanas y de su cultura, al igual que la religión, la comida, etcétera. Así, la Antropología fortalece su enfoque y teoría mediante el estudio de un producto concreto de la actividad humana; la Antropología de

la Medicina busca mejorar la práctica de la Medicina mediante aportaciones teóricas y metodológicas de la Antropología (comunicación personal con el Dr. Luis Vargas).

El problema

Ante esta gama de posibilidades de análisis del fenómeno de la enfermedad me he enfrentado a la problemática, muy importante a considerar, de que su historia ha sido escrita muchas veces desde una visión occidental y moderna de la Medicina, asumiendo que el discurso de esta ciencia era similar al actual, por lo tanto considero que es necesario ajustar el estado de la Medicina al discurso que se está construyendo; ahora bien, no es posible abordar a las enfermedades y su historia sólo considerando a la medicina y su desarrollo como eje central de análisis debido a que intervienen otros factores a considerar como lo es el propio cuerpo como portador de la enfermedad, ya que parto de la idea de que la construcción de la enfermedad tiene su punto de partida en el cuerpo del enfermo y de ahí se desplaza a todos los puntos que la definen; a su vez, para entender al cuerpo enfermo es necesario analizar otras categorías.

De esta forma, al iniciar mi trabajo de investigación pretendía aplicar el modelo, ya mencionado de Sheldom Watts, para el concreto caso de la sífilis venérea en los habitantes de la Nueva España, ya que por los resultados obtenidos en mi trabajo de tesis de la licenciatura llegué a la conclusión de que durante la época colonial la sífilis venérea se convirtió en una enfermedad epidémica y con el tiempo, sin dejar su carácter epidémico se volvió crónica (en Almady 2007).

Al analizar los datos, la referencias, la amplia bibliografía que me podía aportar información sobre relaciones de poder entre clases dominantes y los dominados, que en el caso de la Nueva España eran claras las relaciones jerarquizantes, así como las instituciones mas importantes, como lo son la familia, la religión, entre otras, me di cuenta de que hacía falta un momento de análisis previo a este enfoque, es decir, el lugar en donde surgen las

representaciones primordiales de la enfermedad y hasta ahora estoy convencida de que éstas emergen del cuerpo, del cuerpo enfermo, llagado, deforme, ulcerado.

Al tener ya la idea del punto sobre el cual debía partir para el análisis que planteaba pensé formalizarlo como un modelo, el cual sirviera, no sólo para explicar una enfermedad sino todas aquellas de origen infecto-contagioso, un modelo teórico - metodológico que partiera de la enfermedad como fenómeno biológico para convertirse en una construcción social. De esta forma, no pretendo invalidar otros modelos de análisis, ni siquiera el que originó este interés, sino que esta propuesta busca complementar el análisis de un complejo fenómeno que toca todas las esferas de la vida de la personas, de la historia de las culturas, de nuestro presente y del futuro.

Por otro lado, me enfrenté también un problema metodológico, ya que al revisar la literatura noté que muchos escritos sobre historia de las enfermedades son historias que se han construido de acuerdo a las conceptualizaciones actuales de la patología y no asumiendo que las nociones prebacteriológicas planteaban diferentes aspectos a los entendidos en la actualidad, obviando de esta forma, conceptos que en el pasado eran utilizados para definir a un conjunto de afecciones; como ejemplo de esto mencionaré el caso de la peste negra (peste bubónica).

La peste bubónica es una zoonosis causada por *Yersinia pestis*, el reservorio de esta bacteria se encuentra en las pulgas de algunos roedores, sobretodo de la rata *Xenopsylla cheopis*. Esta es una enfermedad muy antigua que tuvo efectos demográficos importantes sobre todo en Europa.

La peste era una enfermedad temida por los estragos a nivel poblacional que las epidemias generaban sobretodo durante la Edad Media, se ha estimado que entre los años 1346 y 1350, Europa se vio sometida a una de las peores epidemias de peste en donde murieron entre 15 y 25 mil personas (se calcula 1/3 de la población total de Europa), existen referencias que Francia

contaba con 200 000 habitantes y después de la epidemia su población disminuyó a 50 000 habitantes (Aufderheide y Rodríguez-Martín 1998).

Ahora bien, considero que se ha pasado por alto en muchas investigaciones que cuando se recurren a documentos escritos, tales como la Biblia o los registros de defunción en archivos, el concepto de “peste” no era utilizado sólo para designar una sola enfermedad, sino que el término es una construcción intelectual, que designaba posiblemente a diferentes enfermedades con características similares pero no forzosamente la misma, es decir, existen términos como *pestis* o *pestilencia*, muy frecuentes en fuentes históricas y médicas que se han relacionado con la entidad específica que la medicina científica occidental reconoce actualmente como Peste (aquella producida por *Yersenia pestis*).

Sin embargo, antes de la era bacteriológica, los médicos aplicaban estos términos de forma indistinta a cualquier enfermedad epidémica; por esta razón resulta difícil identificar las caracterizaciones prebacteriológicas a la que en la actualidad se tiene de la peste, al tratarse de conceptos inconmensurables por responder a criterios definitorios diferentes (Arrizabalaga 1998).

De esta forma se puede observar cómo más allá de presentar problemas metodológicos, este tipo de concepciones representan también una serie de dificultades para entender el fenómeno de la enfermedad, en donde, se ha dejado de lado al sujeto enfermo y el rol que desempeña dentro de una sociedad concreta, que presenta ciertos parámetros que definen lo que es bueno o lo que es malo, que estigmatizan de acuerdo a consideraciones que le son propias pero que nacen de un cuerpo que lleva la carga de una acción por la cual se padece. Es a través de ese cuerpo que se establecen límites tajantes, al que se le castiga, el que juega el papel de receptáculo de una serie de ideas sobre la base de un fenómeno biológico.

El modelo

Dada la complejidad para el estudio del fenómeno de la enfermedad en el pasado y la revisión de diferentes planteamientos para abordar dicho tema, en este trabajo de investigación propongo un modelo de análisis teórico-metodológico que permite entender, desde otra perspectiva la construcción social de la enfermedad, desde una perspectiva que he considerado como la base para todas esas interpretaciones que se hacen sobre un padecimiento.

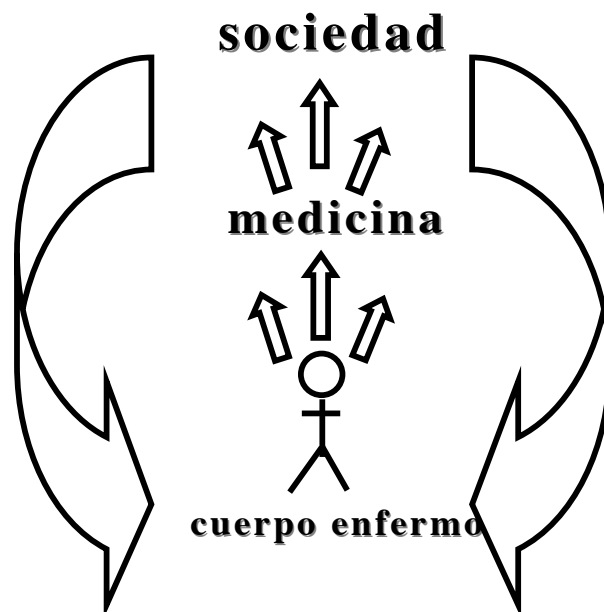
Recordemos que para esta investigación se ha definido a la enfermedad como un fenómeno biológico que adquiere significado a través de la cultura, en donde el individuo y la sociedad son los que la determinan, la valoran, la simbolizan, dando como resultado una construcción social, en donde a partir de las cualidades específicas de cada enfermedad las personas la interpretan y moldean sus conductas en relación al enfermo y como enfermo mismo.

Este modelo teórico – metodológico tiene cuatro ejes básicos de análisis. Primero se presenta lo que he llamado, de acuerdo con Hays (1993), la realidad patológica o entidad nosológica, es decir, la forma en la que se manifiesta una enfermedad en el cuerpo humano, su etiología, su historia natural; esto me parece importante porque parte de la premisa de que para entender una enfermedad hay que conocer la forma en la que ésta daña al cuerpo, ya que es a partir de lo que se ve sobre él, cómo lo afecta, la forma en la que se trasmite, lo que genera el primer plano de interpretación, es decir, se parte de lo que se ve en el cuerpo.

El segundo eje de análisis es el discurso médico, ya que él ha sido el responsable directo de tratar de brindar a la sociedad una explicación a las enfermedades y, por otro lado, éste discurso es el que le ha otorgado legitimidad a las ideas relacionadas con el cuerpo humano y, por lo tanto, de sus enfermedades, brindando una explicación coherente a un determinado sistema cognitivo que lo valida, porque lo explica a un nivel sociocultural.

El tercer eje de análisis es el cuerpo enfermo el cual es el receptor de una serie de interpretaciones, que tienen su origen en el discurso médico que explica su enfermedad, y que en términos sociales es el portador, el protagonista de los rechazos que provoca un cuerpo enfermo. Esta construcción se basa primero en lo que para un contexto temporal y espacial, significa el cuerpo, el cuerpo sano, en plenitud, para después poder entenderlo como un cuerpo enfermo que se escapa de lo que se debe ser o cómo se debe estar, porque deja de conservar la armonía con el exterior, con la naturaleza, con la sociedad, con el medio ambiente.

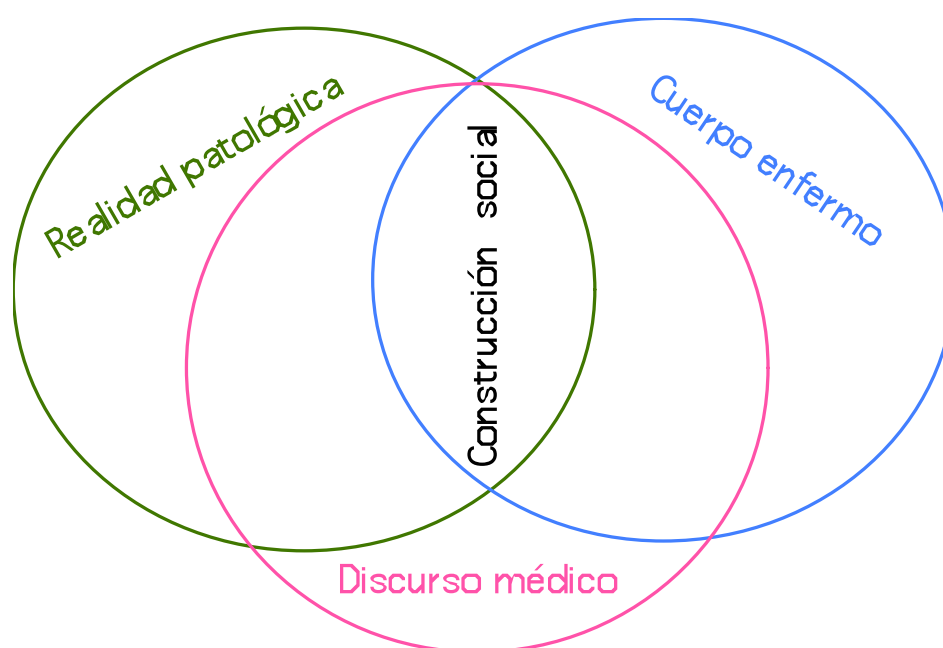
En el siguiente esquema se muestra el sistema del que se parte para entender la enfermedad desde este modelo



En un primer momento el agente patógeno entra al cuerpo humano y provoca una disrupción fisiológica que genera la enfermedad y da como resultado una serie de signos y síntomas que convierten al cuerpo en un cuerpo enfermo. Ante esta serie de síntomas de enfermedad el discurso médico plantea una explicación, que es legítima en términos sociales, de ahí, la sociedad regresa una respuesta que califica a la enfermedad en términos específicos y califica de esta forma también al portador de ese cuerpo enfermo, en donde no sólo es un cuerpo, es la "persona enferma".

Ahora bien, estos ejes de análisis funcionan a manera de esferas que se encuentran en movimiento constante, con un direccionalidad específica que además una se explica en función de las otras porque van unidas; en su conjunto, dichos ejes son los que permiten explorar las construcciones sociales de una enfermedad, reinterpretarlas con los elementos mínimos para entender el fenómeno en su contexto.

En el siguiente esquema se muestra cómo los tres ejes de análisis propuestos confluyen dando sentido y explicación a la construcción social de la enfermedad.



La construcción social de una enfermedad es en este contexto, entendida a partir del modelo propuesto por Sheldon Watts (1997), quien explica que en toda sociedad las enfermedades, sobre todo epidémicas, influyen en las relaciones de poder entre una minoría dominante y la mayoría dominada, en dónde esta última es la que determina la respuesta oficial a la enfermedad, de esta forma, se establecen las percepciones e interpretaciones; las respuestas oficiales son las que determinan qué se puede hacer y qué no en el intento por limitar la transmisión de la enfermedad. Considero que, en este

sentido, la medicina es, en gran medida, la encargada de establecer, bajo un discurso coherente, sistemático y científico dicha respuesta oficial.

Conceptos clave

Imagen corporal

La imagen corporal, de acuerdo con Aguado (2004:49), es una estructura tridimensional que permite la conciencia del sí-mismo integrando los aspectos físicos, estructurales y fisiológicos en relación con el movimiento, por lo que incluye el tiempo; es una estructura que integra las sensaciones, las emociones y la percepción, por lo que es la base de la experiencia en la que se integra el significado cultural. Así, la imagen corporal es la estructura simbólica en la que la cultura recrea los mensajes centrales para que el sujeto pertenezca a determinada cultura, esta red se entiende a partir del significado del cuerpo humano.

Además, la imagen corporal no es estática, sino que se encuentra modificándose continuamente a través de la experiencia. Cada individuo tiene su imagen corporal, cuando éste enferma y su cuerpo presenta lesiones producidas por una enfermedad específica, hay una ruptura entre la imagen corporal que se tienen de uno mismo y el nuevo sí-mismo, hay dolor, hay modificaciones fisiológicas a lo que la persona sabe de sí, la imagen corporal tiene que modificar su estructura de acuerdo al nuevo ser que es el sí-mismo.

Cuerpo

El concepto de cuerpo es muy variable debido a la complejidad de la categoría, por consiguiente resulta necesario definirlo para acotar el universo de análisis. Así el cuerpo es un organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica, capaz de producir y reproducir significados (Aguado 2004:25), es decir, el cuerpo humano es un organismo que cumple con las funciones que lo mantienen vivo, pero a la vez es una estructura simbólica producto de la cultura y de la historia, así el cuerpo es significado,

en donde, como dice Aguado (2004:46) se tejen de forma compleja los procesos fisiológicos y simbólicos que le dan vida y lugar.

Experiencia corporal

Merleau-Ponty (1976) habla de la fenomenología entendida como la experiencia del cuerpo vivido, en donde inscribe la experiencia de la corporeidad en el marco de la subjetividad caracterizada como la proyección de acciones posibles, es decir, el cuerpo se aprehende por su acción en el mundo y el mundo se conoce por el movimiento del cuerpo.

El cuerpo humano se construye a través de la experiencia, en donde la experiencia se ha definido como la producción de significado del cuerpo y de su forma significativa (Pérez Cortés 1991 cfr. Huicochea 2009). Así, la experiencia corporal forma parte del proceso de conocerse a sí mismo. La sexualidad, el dolor, la identidad, la muerte son algunos temas que giran alrededor de la experiencia que llamamos cuerpo (Huicochea 2009:31).

En esta línea, Huicochea (2009:38) reflexiona que el cuerpo se construye de muchas formas, como experiencias y vivencias que están en constante cambio, y a este conjunto de aspectos se le reconoce como experiencia corporal. El desarrollo de la experiencia corporal se gesta a medida que madura el sistema nervioso, de forma progresiva, y va abriendo posibilidades de conducta, sensibilidad y experiencia del sujeto al condicionar una secuencia inicial de transformaciones del comportamiento.

Percepción

Para Merleau-Ponty (1975) la percepción es el trasfondo sobre el que se destacan todos los actos y que todos los actos presuponen. Dicho trasfondo no es de ningún modo absoluto, existe una infinidad de percepciones sobre un mismo objeto ya que el objeto en sí mismo no es absoluto, dichas percepciones son las que definen y le dan forma al objeto.

Por otra parte, la percepción también puede ser entendida como un receptor de estímulos ambientales, en donde el sujeto no sólo da existencia a los

estímulos sino que también participa activamente en la captación de los factores estimulantes, siendo a través de la conducta el medio por el cual el individuo busca, toma, selecciona y procesa culturalmente los elementos estimulantes del ambiente (Huicochea 2009).

Capítulo II

Primer eje de análisis: realidad patológica

Existen muchas enfermedades que pueden afectar al hombre en el transcurso de su vida, las hay leves, agudas, crónicas, contagiosas, cada una presenta características diferentes y formas particulares de desarrollo y afección al organismo humano, así, las enfermedades pueden ser divididas en diferentes grupos de acuerdo a su etiología:

- Enfermedades genéticas: afecciones originadas por alteraciones en los genes y pueden dividirse en aneuploidia cromosómica, es decir, existe una cantidad superior o inferior de cromosomas a lo normal, provocando enfermedades como trisomía 21 o síndrome de Turner; en delección cromosómica, en donde hace falta parte de un cromosoma o parte del código de ADN, por ejemplo el síndrome delección 22q13; en inversión cromosómica, que ocurre cuando un cromosoma se rompe y la parte del cromosoma que se desprende se invierte y se vuelve a insertar; en translocación cromosómica en donde hay un rearrreglo del segmento de un cromosoma de una ubicación a otra, ya sea dentro del mismo cromosoma o en uno diferente; y en mosaicismo cromosómico, que se caracteriza por la presencia de dos o más patrones cromosómicos en las células de un individuo, que

origina dos o más líneas celulares (por ejemplo, algunas con 46 cromosomas y otras con 47).

- Enfermedades congénitas: son aquellas que se presentan durante el desarrollo intrauterino o al momento del nacimiento y que no están relacionadas a desórdenes genéticos. Por ejemplo las dislocaciones de cadera cuando el infante pasa por el canal de parto y la sífilis congénita.
- Enfermedades crónicas: enfermedades que están presentes durante largos periodos de tiempo o que son recurrentes. Por ejemplo la arteriosclerosis.
- Enfermedades agudas: enfermedades que presentan síntomas severos y son de desarrollo rápido, debido a su misma severidad. Por ejemplo el infarto agudo al miocardio.
- Enfermedades degenerativas: se caracterizan por el deterioro de un órgano o de una estructura y que generalmente son progresivas. Por ejemplo la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante.
- Enfermedades infecciosas: son aquellas enfermedades que son provocadas por microorganismos, éstos pueden ser bacterias, virus y hongos principalmente, pero a veces también pueden ser generadas por protozoos y priones¹
- Enfermedades infecto-contagiosas: estas son el resultado de la presencia de microorganismos que invaden el organismo y son transmitidas de un organismo a otro de la misma especie, aunque existen excepciones a ello, por ejemplo la gripe aviar o la gripe porcina. Los medios de contagio son múltiples, puede ser vía aérea (tuberculosis), por contacto directo de persona a persona (algunos tipos de hongos, mal de pinto), vía sexual (SIDA, gonorrea), por medio de vectores que funcionan a manera de vehículos (enfermedad de Chagas, malaria), etcétera.

¹ Agregados supramoleculares o glucoproteínas patógenas que producen enfermedades en el sistema nervioso central como las encefalopatías espongiiformes transmisibles

El concepto de enfermedad infecto-contagiosa

Como ya se mencionó, el modelo que se propone está enfocado en la construcción social de la enfermedad infecto-contagiosa, por ello se mencionará *a grosso modo* su mecanismo.

Las enfermedades infecto-contagiosas son una forma de enfermedad que presenta dos características principales, primero que es infecciosa y segundo que tiene el potencial de ser transmitida, en donde el término infeccioso hace referencia al hecho de que es causada por microorganismos o patógenos que pueden auto-reproducirse dentro del cuerpo y multiplicarse hasta un número considerable si no son “destruidos” por el sistema inmunológico del cuerpo.

Una enfermedad infecciosa transmisible representa la reacción del cuerpo humano ante la invasión exitosa en sus tejidos de patógenos bajo tales condiciones que les permitan multiplicar y perjudicar al huésped. Los patógenos son microorganismos o sustancias capaces de producir una enfermedad. Estos microorganismos necesitan un ambiente para su desarrollo, tal es el caso de un huésped, el cual es aquel organismo del cual el parásito obtiene su nutrimento. El huésped del cual el agente infeccioso depende para sobrevivir sirve como el reservorio.

Diferentes agentes vivos pueden inducir una enfermedad infecto-contagiosa, entre éstos se encuentran virus, bacterias, protozoos, hongos, vermes o helmintios y artrópodos.

Los virus son elementos infecciosos microscópicos que viven dentro de otras células, las cuales transmiten enfermedades tales como el resfriado común, influenza, varicela, viruela, SIDA, etcétera. Las bacterias son agentes infecciosos unicelulares microscópicos que causan enfermedades como difteria, tuberculosis, sífilis entre otras. Las rickettsias son microorganismos que se pueden clasificar como aquellos ubicados entre las bacterias y los

virus que requieren la demanda de células vivas, estos crecen en los tractos intestinales de los insectos que los transmiten, a los cuales se les conocen como vectores. Algunas de las enfermedades que inducen las rickettsias son el tifo, la fiebre de las Montañas Rocosas. Los protozoos son patógenos unicelulares microscópicos que transmiten enfermedades como la malaria. El grupo de los hongos producen enfermedades tales como tiña, pie de atleta, entre otros. Los vermes o helmintos representan animales multicelulares en forma de gusanos que causan enfermedades como solitaria y biliarzia. Finalmente, están los artrópodos, que son insectos como las pulgas, los piojos, garrapatas, mosquitos y moscas que son portadores del agente causal de la enfermedad o que causan daño directamente, por ejemplo la sarna, la pediculosis, etcétera.

Los agentes infecciosos pueden llegar al huésped mediante difusión aérea (aire), digestiva (oro-fecal o hidro-alimentaria), inoculación o por contacto físico directo principalmente. En el aire se diseminan patógenos por medio de las gotitas de saliva (al hablar, toser, estornudar), el polvo y la tierra. La vía oro-fecal o hidro-alimentaria incluye las heces fecales, orina o alimentos, agua contaminada. El contagio por inoculación puede ocurrir mediante la picadura de insecto, una inyección infectada o herida. La contaminación por patógenos a través del contacto físico directo incluye el contacto sexual, el beso, las infecciones de la madre transmitidas vía placentaria al feto, escamas de desprendimiento cutáneo, así como mordidas de animales. Los fómites son vehículos inanimados contaminados como lencería, toallas, pomos de puertas, teléfonos, vajillas, ropa, ropa blanca, libros, juguetes, pasamanos y objetos similares.

Las fases o etapas de las enfermedades infecto-contagiosas se desarrollan a través de cinco fases generales

- **Período de incubación:** este período abarca el tiempo transcurrido entre el comienzo de la infección y la primera aparición de síntomas. El agente infeccioso ya está en el organismo del huésped, pero aún no le ocasiona signos ni síntomas de enfermedad. Estos períodos varían según sea la enfermedad/patógeno que adquiera el huésped.

Por ejemplo, el resfriado común puede poseer un período de incubación de aproximadamente veinticuatro horas, mientras que la gonorrea tiene un período de tres a cinco días.

- **Período prodromal:** consiste en el tiempo que transcurre cuando el cuerpo comienza a reaccionar al patógeno, este período es característicamente corto e incluye síntomas, tales como dolor de cabeza, fiebre, secreciones nasales, indisposición/malestar, irritabilidad y molestias. En el período prodromal aún no se manifiestan los síntomas que caracterizan la enfermedad pero durante este período la enfermedad suele ser altamente contagiosa.
- **Período clínico:** el período clínico se refiere al tiempo en el cual aparecen las manifestaciones clínicas (signos y síntomas) que caracterizan a la enfermedad, es decir, la reacción del organismo ante el patógeno es aparente. Durante dicha fase, el inicio de los síntomas de la enfermedad ocurren de forma brusca o paulatina.
- **Período de convalecencia:** incluye el período de tiempo en el cual los síntomas de la enfermedad comienzan a desaparecer. En este período el organismo elimina los patógenos y se reparan los deterioros sufridos. La persona afectada puede sentirse lo suficientemente bien para regresar a su actividad normal, sin embargo es durante este período que se pueden presentar recaídas de la enfermedad.
- **Período de recuperación:** este período consiste en el tiempo donde la evidencia de la enfermedad desaparece y el cuerpo regresa a su funcionamiento normal. Sin embargo, aún la enfermedad puede ser contagiosa. Existen casos en los cuales no existe tal recuperación y el organismo muere.

Realidad Patológica

El concepto de realidad patológica es utilizado para definir una esfera de lo que hemos entendido por enfermedad, en el ser humano, la enfermedad es un fenómeno mucho mas complejo que el solo hecho de desarrollar una

serie de signos y síntomas sobre su cuerpo, pero a la vez es una parte que no se puede dejar de lado, debido a que es a partir de su expresión sobre el cuerpo que el hombre construye los significados de una enfermedad. En este contexto, la realidad patológica se refiere al dicho desarrollo de cambios que se presentan en el organismo, cambios que se expresan en forma de signos y síntomas, en donde la “enfermedad” es el concepto que sirve para explicar dichas modificaciones patológicas corporales.

Todas las enfermedades infecto-contagiosas pueden ser consideradas, en un primer momento, como cambios físicos, químicos y fisiológicos que ocurren dentro del organismo humano como respuesta a la presencia de algún tipo específico de agente patógeno sobre todo de virus, bacterias u hongos, y que el sistema inmunológico de cada individuo no puede contrarrestar sus efectos. De lo anterior surgen dos posibilidades: por un lado, el sistema responde favorablemente ante los efectos de la presencia del agente patógeno y se restablece el equilibrio dentro del organismo; y por otro lado, el sistema no logra responder de una forma adecuada o con la suficiente efectividad y el organismo muere. Esta es la forma en la que se ha definido el concepto de realidad patológica, es decir, la enfermedad como la manifestación de un desequilibrio orgánico que se expresa en el cuerpo humano, sin que se consideren las representaciones y significados socialmente atribuidos a ella. En este sentido Fabrega (1981) afirma que el desorden en el sistema orgánico transforma las funciones del cuerpo, y dicha transformación es causada por la naturaleza misma del sistema.

Ahora bien, la realidad patológica de una enfermedad no puede ser considerada como una entidad estática, por el contrario resulta ser dinámica, es decir, las manifestaciones biológicas de las enfermedades tienden a cambiar en una dimensión temporal y espacial, dado que los microorganismos evolucionan, lo que puede generar que los signos y síntomas de alguna enfermedad cambien y que se hagan más o menos severos, ya que el medio ambiente crea o inhibe factores de resistencia, así como el mismo cuerpo humano. De esta forma, las entidades nosológicas lejos de ser intemporales hay que considerarlas dentro de un marco de fases

históricas y trayectorias condicionadas por factores ecológicos e inmunológicos, mutaciones, microevoluciones, etcétera, en donde cada enfermedad puede adoptar formas distintas a consecuencia de los cambios que diferentes condiciones ambientales e incluso culturales producen en la relación que existe entre un agente patógeno y el cuerpo humano. Cabe señalar que no es posible asegurar que la evolución biológica de todos los organismos sea igual a la del hombre debido a que las presiones ambientales no actúan de igual manera para todos los seres vivos.

Como se señaló anteriormente, los signos de una enfermedad son cambios provocados por la reacción del organismo, éstos pueden presentarse en algún lugar específico del cuerpo o en su totalidad, dichos signos pueden ser cambios visibles en la superficie del organismo humano, por ejemplo la piel; cambios que involucran la salida de algún tipo de excreción por los orificios del cuerpo; cambios que provocan desordenes funcionales específicos o generales; etcétera. Así, los efectos de una enfermedad produce dos tipos de fenómenos, por un lado las modificaciones en las sensaciones del cuerpo y por otro, las percepciones que se tienen de él; en este sentido, las condiciones de la enfermedad provocan cambios en las valoraciones propias de cada individuo sobre sí mismo o sobre su vida, en respuesta al medio ambiente que le rodea.

Las percepciones corporales son subjetivas, en muchos casos privadas, porque corresponden a las experiencias individuales. De esta forma las percepciones corporales son expresadas con un tipo de lenguaje específico, sobretodo a través de las metáforas, las cuales van ligadas directamente a las formas en las que se construye el mundo y la realidad de cada cultura. En términos generales, es posible afirmar que los sistemas cognitivos individuales reflejan uniformidades de sistemas perceptuales y de organización dentro de un sistema natural; los sistemas cognitivos también involucran patrones, regulaciones y ordenamientos que dirigen las percepciones personales en un eje físico y social. Las formas de entender una enfermedad, a través de dichos sistemas cognitivos están directamente

relacionadas con las teorías médicas que las explican, las cuales también son particulares de cada cultura.

En el hombre, la enfermedad está relacionada con los caminos que toma en el desarrollo humano dentro de un contexto cultural y socioeconómico, que interactúa con las condiciones medioambientales y producen o prevén las enfermedades a las que son susceptibles las personas. Esto es lo que constituye la etiología o la evolución causal de la salud y de la enfermedad. Además, dentro de las poblaciones, existen varios factores que influyen para el desarrollo de las enfermedades dentro del organismo humano, tales son la genética (en función de la predisposición a desarrollar algunas enfermedades), la fisiología o el estado inmunológico y nutricional, los cuales son importantes para el desarrollo del proceso de la enfermedad. Incluso una perspectiva geográfica es importante dadas las interacciones resultantes de una situación espacial determinada.

En este sentido, los geógrafos han estudiado la naturaleza de territorios específicos, la movilidad y la composición de las poblaciones que los habitan, así como los determinantes económicos de las localidades y sus respectivas tecnologías, a lo anterior algunos autores como Meade y Earickson (2000) han definido como geografía médica, rama de la geografía que tiene como principal interés la ecología de las enfermedades, para lo cual pone especial énfasis en los espacios geográficos y su relación directa con el ser humano, ya que en ellos existen insectos, vegetación, animales, fuentes de abastecimiento de agua, tipos de casas habitacionales, así como formas de vestimenta que interfieren, todas ellas en el desarrollo de ciertas enfermedades, la movilidad de las personas (migraciones) también es importante ya que ello determina en buena medida su exposición y transmisión en sistemas como el humano que por definición son sistemas abiertos.

En otro orden de ideas, las enfermedades infecto-contagiosas son causadas por agentes patógenos que producen la enfermedad. Estos agentes pueden ser virus, bacterias, hongos, protozoarios o gusanos; los cambios en el

estado de salud de un individuo pueden causar una relación benigna normal que dependiendo de cada caso particular puede resultar en una reacción patogénica

Sobre los conceptos

Henry Sigerist (1943 cfr. Hays 2003) define la enfermedad (a lo que él llama “*disease*” o que el propio Hays llama “*sick*” y que en el presente estudio se caracteriza como “realidad patológica”) es definido como un proceso biológico que no es más que la suma del total de reacciones anormales del organismo, es decir, el grupo de síntomas físicos reconocibles que provocan en el organismo incapacidad, fallas orgánicas, malformaciones, etcétera, que son provocados por agentes patógenos.

La definición anterior lleva a notar por lo menos dos implicaciones de lo que se ha llamado realidad patológica:

- Los agentes patógenos han existido antes de que el *Homo sapiens* apareciera, esto se puede ver en diferentes tipos de organismos vivos, así que, siguiendo la idea de Sigerist, la realidad patológica está presente en todos los seres vivos al momento de que se presentan una serie de eventos físicos que ponen en riesgo el equilibrio orgánico de cada ser.
- La realidad patológica es el producto de ciertos estímulos externos, en donde el o los agentes patógenos existen aun fuera de los organismos. Cabe anotar que las implicaciones mencionadas sólo corresponden a enfermedades del tipo infecto-contagiosas, ya sean de orden vírico, bacteriano, fúngico, etcétera, y no aplica a enfermedades degenerativas, metabólicas, congénitas, genéticas, entre otras.

En la literatura hay autores que manejan indistintamente ciertos términos que para evitar confusiones metodológicas es importante aclarar desde el inicio de un trabajo de investigación, dichos términos son “*disease*”,

“*illness*”, “*enfermedad*”, “*padecimiento*”. Por ejemplo, Claudine Herzlich y Janine Pierret definen “*illness*” como la construcción social que hace el hombre de sus enfermedades, y “*disease*” como el hecho biológico de esa misma enfermedad (en Hays 2003).

Robert Hudson, al contrario, afirma que “*disease*” es una construcción social mutable y dinámica de la enfermedad, e “*illness*” es el término que utiliza para definir el consenso médico que determina una enfermedad (en Hays 2003). En el español estos términos se utilizan de manera indistinta, con una tendencia mas clara a definir el “*padecimiento*” como la construcción social, pero “*enfermedad*” también lo aplica, es por ello que en este trabajo se maneja el término de “*realidad patológica*” para hacer referencia al hecho biológico o conjunto de signos y síntomas que determinan una enfermedad en el organismo humano, mientras que la “*enfermedad*” es entendida como la interpretación social de un proceso biológico, es por ello que la historia de las enfermedades están directamente relacionadas con los procesos sociales, por lo que se puede hablar de cierto relativismo cultural al abordar el tema de la historia de las enfermedades.

Proceso salud – enfermedad

El organismo humano y el de otros animales, sufre de manera constante diferentes cambios a lo largo de la vida, que son el resultado tanto de las funciones que lo mantienen vivo como de aquellas que son el producto de la interacción con el medio ambiente. Estos cambios afectan de manera directa la estabilidad dinámica del sistema, a lo que se le ha llamado homeostasis, y el organismo produce respuestas que tienden a restablecer el equilibrio (Lagunas y Hernández 2009).

A veces, los cambios internos o externos son lo suficientemente intensos como para alterar la homeostasis del cuerpo y aparece la enfermedad. En otros casos, se producen respuestas no específicas y generalizadas que se engloban dentro de lo que se ha llamado *síndrome general de adaptación*, el

cual es el resultado de las agresiones generales e inespecíficas del ambiente, lo cual se define como estrés. Es por ello que en la actualidad se habla de estrés al hacer referencia a los cambios ocurridos por una diversidad de agresiones del ambiente sobre las personas (Lagunas y Hernández 2009).

En el cuerpo humano se distinguen dos componentes de dichas alteraciones en el proceso salud-enfermedad. La primera, es la enfermedad, la cual se manifiesta a través de síntomas, que son todos aquellos cambios subjetivos del organismo como por ejemplo el dolor, y signos, que son cambios objetivos, como tumores, llagas, deformaciones, etcétera. A través del tiempo, el hombre ha identificado esos síntomas y signos y los ha nombrado. El segundo componente es el padecimiento, que se refiere al padecer una enfermedad, es decir, la forma en la que cada persona vive una enfermedad de acuerdo con su naturaleza biológica y relaciones con el ambiente (Lagunas y Hernández 2009).

Finalmente, cabe señalar que la mayor parte de los seres vivos llevan en su interior o en el exterior de su cuerpo microorganismos con los que conviven en paz (simbiosis), y la patogenicidad de algunos llega a manifestarse en condiciones excepcionales.

El enfoque evolutivo: la medicina darwiniana

No hace mucho que esta emergiendo lo que se ha denominado medicina evolutiva o darwiniana, que intenta proporcionar a esta ciencia un enfoque evolutivo. Ya que el hombre, al igual que el resto de organismos, es el resultado de los procesos evolutivos ocurridos en relación con el ambiente y presiones selectivas que rodearon a nuestros ancestros y en el que actualmente nos desenvolvemos, el pensamiento evolutivo ha empezado a estar presente en la medicina actual y a ser considerado por muchos médicos. Es quizá en las enfermedades infecciosas, en las genéticas y en las degenerativas no infecciosas (sobre todo las relacionadas con procesos de envejecimiento y el cáncer), donde la aproximación evolutiva promete una

gran mejora del conocimiento y, por tanto, tratamiento de estas enfermedades. Veamos algunos ejemplos en los que el pensamiento evolutivo ha sido muy beneficioso para comprender las enfermedades (Cereijido 2002).

Actualmente se tiende a pensar que muchos de los síntomas relacionados con las enfermedades infecciosas son adaptaciones en la lucha contra los patógenos, ya que la mayoría de estos síntomas son iniciados por nuestro organismo, y no directamente por los patógenos. Muchos de estos síntomas causan malestar y preferimos eliminarlos. Sin embargo, desde un punto de vista evolutivo, estos síntomas deben tener una explicación evolutiva y pueden formar parte de las defensas que hemos desarrollado durante miles de años de coevolución con nuestros patógenos. Por ejemplo, la fiebre (o un incremento de la temperatura corporal) es un síntoma que aparece en taxones muy distintos como son algunos invertebrados, peces, reptiles y mamíferos. Varios experimentos han demostrado que un aumento de la temperatura corporal es una defensa eficaz frente a muchas infecciones, ya que se inhibe la reproducción de muchos virus y bacterias. Pero no siempre la fiebre tiene que constituir una defensa frente a cualquier patógeno, ya que incluso algunos se pueden beneficiar de ella. Sin embargo, si tenemos en cuenta que el contacto con patógenos es constante y que las infecciones múltiples son muy comunes, intentar reducir por norma la fiebre haría más vulnerable al organismo frente a otros muchos microorganismos, aunque en algunos casos no sea así (Cereijido 2002).

Algo parecido ocurre con las deficiencias de hierro o las anemias. Hasta muy recientemente, la deficiencia del hierro se interpretaba como una patología y era corregida con un aporte extra de hierro. Pero actualmente los médicos dudan en corregirla siempre, pues se ha demostrado que en muchos casos un aporte extra de hierro no produce una mejoría, ya que una disminución del hierro en sangre es una estrategia de nuestro organismo para reducir la disponibilidad de hierro del parásito y así impedir su proliferación. Esta perspectiva se empezó a considerar cuando se observó que en las zonas subsaharianas con elevado riesgo de contraer malaria y tuberculosis, los

individuos procedentes de Europa occidental y Estados Unidos de América, que tenían altos niveles de hierro, sufrían una mayor incidencia de estas enfermedades que los habitantes nómadas que basan su alimentación en la leche, un alimento con muy poco contenido en hierro (Cereijido 2002).

También la pérdida de apetito y la baja actividad que experimentamos durante una enfermedad infecciosa se podría interpretar como una defensa frente a los patógenos, ya que se reducen los recursos que los patógenos necesitan para sobrevivir y reproducirse. Sin embargo, es importante decir que muchos de los síntomas pueden favorecer a algunos patógenos, a parte de que los síntomas pueden imponer unos costos enormes al enfermo en función de su estado de salud y, por tanto, deben ser los médicos los que determinen cuando combatir o no los síntomas (Cereijido 2002).

Capítulo III

Segundo eje de análisis: el discurso médico

Introducción

Por definición, todos los seres vivos son susceptibles a la invasión de agentes patógenos que alteren su homeostasis. Las enfermedades, producto de dichos agentes, se manifiestan de formas específicas, agudas o graves, generan en los organismos una serie de alteraciones que los afectan en menor o mayor medida y que en algunos casos puede llevar a su muerte.

El hombre no es la excepción, como organismo vivo, siempre ha estado expuesto a la presencia de agentes patógenos y se ha visto en la necesidad de mantener su homeostasis para evitar la muerte. A la vez, al considerar que la enfermedad en el hombre no se reduce sólo a la presencia de un agente patógeno en el organismo o a una serie de alteraciones, sino que implica una compleja gama de construcciones por su carga simbólica, característica de la especie humana, en donde las enfermedades se representan y significan, y a lo largo de la historia estas representaciones han jugado papeles importantes dentro de las dinámicas sociales.

Así pues, partiendo de la trillada frase “desde que el hombre es hombre”, se ha buscado la forma de combatir estos procesos naturales, “desde que el

hombre es hombre” ha existido el afán de “curar” los desórdenes fisiológicos que presenta el cuerpo a través de su “manipulación”, pero además “desde que el hombre es hombre” dichos desórdenes han tenido un nombre, han significado cosas, se ha tratado de explicar su origen muchas veces mitificándolo, su presencia y sus formas de propagación han sido objetos de poemas, leyendas, cuentos fantásticos, obras pictóricas, etcétera. De esta forma, la historia de la medicina representa el saber, alguna manera oficial, sobre el cuerpo.

Por último es importante señalar que la enfermedad es, en una época determinada y una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado.

Partiendo de esto, cabe mencionar que durante mucho tiempo la historia de la medicina ha sido una cronología de los descubrimientos, en dónde se cuenta cómo la razón o la observación han triunfado sobre otras creencias. De esta forma, Foucault (1996:22), propone que es necesario captar no sólo la forma mediante la cual se utiliza el saber científico, sino también el modo en el que son delimitados los ámbitos que este saber científico domina, así como el proceso de formación de sus objetos de conocimiento y el ritmo de creación de sus conceptos; es decir, desde una perspectiva social hay que analizar el proceso mediante el cual se constituye un “saber”, entendiendo éste como el espacio de las cosas a conocer, la suma de los conocimientos efectivos y los instrumentos materiales o teóricos que lo perpetúa.

Por otro lado, Claude Bernard (en Canguilhem1986:43) considera a la medicina como la ciencia de las enfermedades y la fisiología como la ciencia de la vida, siendo la teoría la que esclarece y domina la práctica. Es por ello que a continuación se hace un breve relato del desarrollo del pensamiento médico, sobre todo de sus teorías porque, como lo dice Bernard, la teoría domina la práctica, y si se parte del supuesto de que la medicina legitima el saber del cuerpo, entonces también puede brindar valiosa información sobre él.

Los orígenes de las enfermedades

Todo parece indicar que el hombre siempre ha tenido la necesidad de cuestionar sus orígenes, todas las culturas han elaborado interpretaciones, de carácter mítico o racional, acerca del origen del hombre y de todo lo que le rodea, tal vez sólo en busca de explicaciones que le permitan entender el mundo, tal vez como parte del proceso identitario, dándole un lugar en el espacio.

Esto sucede también con las enfermedades, López Piñero (2002) divide las explicaciones en torno al origen de las enfermedades en tres maneras fundamentales: en forma de mitos, mediante la especulación ingeniosa pero sin fundamento, o con métodos propios de la ciencia, siendo la paleopatología, la epidemiología histórica, la demografía histórica algunas de las principales disciplinas que estudian los orígenes de las enfermedades.

El desarrollo del pensamiento médico y científico

Todas las sociedades han tenido que enfrentarse con los problemas que plantean la presencia de problemas de salud, que son fenómenos inseparables de la vida en general y del ser humano en concreto. La medicina es, en este orden de ideas, el resultado de dicho enfrentamiento, es decir, el conjunto de actividades destinadas a luchar contra ellas, intentando curarlas, prevenir su aparición y favorecer la salud. Con esta

definición general de la medicina con la intención de no reducirla a la medicina científica moderna, que en las sociedades actuales es la hegemónica, pero no la única, en la actualidad existe también la medicina homeopática, la acupuntura, el yoga, el magnetismo, entre otras. Las actividades que integran o han integrado cada una de estos sistemas médicos pueden ser estudiadas como un conjunto de relaciones o interrelaciones sociales, es decir, como un sistema social, o bien, como un conjunto de pautas de comportamiento, entendiéndolas como sistemas culturales.

La medicina occidental obedece, en parte, a distintos tipos de conocimiento científico utilizados como fundamento, que pueden reducirse a dos posibilidades: por un lado, se apoya en una interpretación racional de la realidad elaborada con un método básicamente especulativo, esta medicina se ha desarrollado en diferentes culturas, en especial la griega clásica, la hindú, la china, entre otras; por otro, se apoya en una explicación científica que se atiene a los datos de la observación y la experimentación, es decir, la ciencia moderna, medicina que se ha desarrollado casi exclusivamente en la cultura europea y de ahí se ha difundido a todo el mundo (López Piñero y García 1974).

No sólo la medicina occidental debe de ser considerada como la única “científica” y “racional”, sino que otras culturas han creado formas de medicina basadas en un método científico, ellas son las llamadas medicinas clásicas asiáticas, que, con sus respectivos desarrollos siguen vigentes, por ejemplo en China. Las medicinas clásicas hindú y china presentan rasgos esenciales en común, los cuales se mencionarán mas adelante, pero que a grandes rasgos son complejos sistemas teóricos que incluyen un material de observación empírica, muchas veces de gran finura y que están insertados en explicaciones filosóficas.

Por otro lado, la medicina racional occidental tuvo su origen en la Grecia de los siglos VI y V a.C., en donde principalmente se desarrolla una explicación de la enfermedad que descarta los recursos mágico-religiosos y elabora

materiales empíricos dentro de un marco doctrinal. Su desarrollo da lugar a la llamada medicina científica moderna en la cual hay una importante preocupación por el método, este proceso inició tras la preocupación de eliminar la especulación como base metodológica, sustituyéndola por los supuestos de la ciencia moderna.

Medicina del antiguo Egipto

La medicina antigua egipcia esta vinculada con la magia y la religión, y su práctica con los sacerdotes, quienes eran los encargados de dirigir la enseñanza en las “casas de la vida” (*per anch*). Por otro lado, los sacerdotes eran visitados por personas enfermas, las cuales explicaban sus padecimientos y los remedios que utilizaban permitiéndoseles elegir el remedio que mas les gustara, toda la información era registrada y, por medio de la observación así como del ensayo y error la ciencia médica se desarrolló. De esta forma, los sacerdotes dirigían las observaciones, se apoderaron del ejercicio del arte, y con el gran número de datos reunidos formaron un código médico o “libro sagrado” del cual no se les permitía apartarse (Barquín 1980).

El conocimiento que se tiene de la medicina en el antiguo Egipto, en su mayoría, proviene de las traducciones de los papiros médicos que se han ido encontrando en las excavaciones arqueológicas, éstos documentos escritos han arrojado abundantes datos que han servido para la reconstrucción de su historia. Es muy importante considerar que dicha historia abarca un gran periodo de tiempo, aproximadamente tres milenios. A continuación se presenta un cuadro en el que de manera breve se explica el contenido de dichos papiros.

Cuadro 1
Papiros egipcios

Nombre	Fecha	Contenido
Papiros de Ramesseum	1900 a.C.	Recetas y fórmulas mágicas de

		contenido médico y acerca de la relajación de los miembros rígidos.
Papiro de Kahoum	1850 a.C.	Ginecología médica, obstetricia, veterinaria y aritmética.
Papiro de Ebers	1550 a.C.	Recetas y descripciones clínicas.
Papiro Edwin Smith	1550 a.C.	Contenido principalmente quirúrgico, es muy preciso en sus descripciones y prescripciones, tales como la dieta, fisioterapia y drogas. Contiene datos sobre la importancia del pulso, la parálisis y la sordera, los tres atribuidos a una misma causa: la herida cefálica. Incluye la descripción de diferentes tipos de fracturas, luxaciones, heridas, parálisis de vejiga e intestino, lesiones en columna vertebral, funciones del cerebro y meninges.
Papiro Hearst	1550 a.C.	Descripciones médico quirúrgicas y fórmulas terapéuticas.
Papiro de Londres	1350 a.C.	Desordenado conjunto de recetas médicas y fórmulas mágicas.
Papiro de Berlín	1300 a.C.	El mismo contenido que el papiro de Ebers pero mejora sus descripciones angiológicas (Libro del corazón)
Papiro Chester Beatty	1300 a.C.	Recetas y fórmulas mágicas de contenido variado.
Papiro Carlsberg	1200 a.C.	Enfermedades de ojos y pronósticos obstétricos.

Fuente: Barquín (1980) y Lain (2004)

En el antiguo Egipto existían tres tipos diferentes de sanadores: los sacerdotes de Sekhmet, quienes eran los mediadores entre los pacientes y la diosa Sekhmet, ellos ejecutaban ceremonias rituales en las cuales administraban las drogas a los enfermos; los médicos laicos o *snwn*, también conocidos como escribas; y los magos, quienes eran expertos en prácticas preternaturales y tenían la virtud de hacerlas eficaces. El cuerpo médico se

encontraba asistido por los ayudantes o *wf*, quienes trabajaban junto con los sanadores, estos últimos eran altamente especializados, es decir, había médicos que se especializaban en una sola enfermedad (Laín 2004).

La medicina y los médicos se hallaban bajo la protección de diferentes dioses: Thot, dios del saber; Sekhmet, primero leona, luego diosa de la misericordia y de la salud; Dwaw y Horus, patronos de los ocultistas; Ta-urt, Heget y Neith que ayudaban en el trance del parto (Laín 2004).

A pesar de que los egipcios practicaban el embalsamamiento que precedía a la preparación de las momias, el conocimiento anatómico era escaso, de hecho los embalsamadores no eran médicos, pero estas prácticas generalmente eran presenciadas por sacerdotes lo que les brindaba información sobre las partes que podían ver del cuerpo, de esta forma, el ofrecimiento oral del cuerpo muerto a los dioses, era una práctica ritual en la que los sacerdotes utilizaban un léxico anatómico, describiendo las partes y a veces su supuesta función, los cuales en su mayor parte precedían a la imaginación y se basaban en la observación (Laín 2004).

No se contaba con una teoría general, racional y coherente de la enfermedad, su concepción de ella era en función del azar, que sin culpa de quien la sufre puede sucederle a cualquier hombre y su interpretación iba en función del castigo divino, pues en términos generales el hombre era visto como una persona social y religiosamente impura. Pero existía una incipiente racionalización del pensamiento médico egipcio, ya que a pesar de que el tratamiento de las enfermedades era mágico-religioso se atendía de acuerdo a los datos observados (Laín 2004).

Aunque sin una ordenación sistemática y precisa, la patología especial ocupa un amplio espacio en los papiros médicos; son nombrados y descritos las enfermedades del corazón y los vasos, del aparato digestivo, de los pulmones, del sistema nervioso y óseo, así como del aparato urinario y reproductor, también se describen ampliamente el tratamiento y clasificación de heridas, fracturas, luxaciones, quemaduras, abscesos y

tumores, afecciones obstétricas y ginecológicas fueron cuidadosamente tratadas (Laín 2004).

En los papiros médicos aparecen íntimamente unidos la patología y la terapéutica, la enfermedad no es mas que un nombre seguido de las siguientes prescripciones; la farmacoterapia se desarrolló ampliamente, se han encontrado cerca de setecientos nombres de medicamentos, hechos a base de vegetales, animales y minerales. El empirismo, la magia y la imaginación se mezclaron de diferentes formas en su procedencia y su empleo, de hecho se piensa que junto con los sanadores trabajaban también especialistas en la preparación de remedios medicamentosos (Laín 2004).

Es importante mencionar finalmente que con la caída del antiguo Egipto, al islamizarse, la cultura no se extinguió totalmente porque la medicina sobrevivió, los médicos griegos, sobretodo los hipocráticos, los alejandrinos, los egipcios cristianizados e incluso los árabes retomaron el saber terapéutico de los sanadores.

La medicina clásica de la India

Las excavaciones arqueológicas en las antiguas ciudades de Mohenjo-Daro y Harappa han dado a conocer la cultura del Indo que estuvo en relación directa con la Mesopotámica. El aspecto de mayor interés desde el punto de vista médico fue el elevado desarrollo de las instalaciones sanitarias que se puede apreciar en la frecuencia de baños en las casas habitacionales, así como un excelente sistema de abastecimiento y evacuación de aguas.

La enfermedad, para la cultura clásica hindú, era la consecuencia del pecado, con demonios como causas y dioses como sanadores; la terapéutica se enfocaba a la oración y a la penitencia con rituales mágicos y remedios empíricos; el conocimiento del cuerpo humano era mas bien limitado y en sus funciones se insinúa la importancia de la bilis, la flema y el aliento (López Piñero 2000).

El fundamento teórico general es la composición del universo o macrocosmos por cinco elementos: éter o vacío, aire, agua, tierra y fuego; tres de ellos fundamentales para la salud y las enfermedades del organismo humano o microcosmos, encarnándose el aire en el aliento (*prana*), el fuego en la bilis (*pitta*) y el agua en la flema (*kapha*), cada una de estas partes tiene “cualidades” específicas y se divide en cinco “variables”, por ejemplo, el *prana* es seco, frío, ligero, claro y crudo, mas o menos como la medicina griega, como se verá mas adelante. Sus “variedades” residen en diferentes zonas somáticas y son fuente de las siguientes funciones orgánicas: en la garganta y el pecho, la palabra articulada; en el estómago y los intestinos, la digestión; en el abdomen bajo, las excreciones; y en la sangre, el movimiento sanguíneo (Laín 2004).

Hay, además, como en la medicina griega también, siete elementos secundarios, que podrían compararse con las “partes similares”: jugo orgánico o quilo, sangre, carne, grasa, hueso, médula y esperma. La anatomía estaba basada en la inspección de cadáveres humanos aunque no los disecaban sino que sólo los observaban después de una preparación especial. La embriología era especulativa, tenían la misma idea que los griegos, en donde interpretaban la concepción como el producto de la acción del semen sobre la sangre menstrual retenida (López Piñero 2000; Laín 2004).

Las enfermedades dependían del desequilibrio o predominio relativo de los elementos, que los convierte en elementos alterados (*dosha*); sus principales causas son por la dieta, factores ambientales y por el género de vida, sin descartar, ya que siempre estaba presente, el castigo divino (López Piñero 2000).

La farmacoterapia utilizaba productos naturales, especialmente plantas medicinales mismas que más adelante se difundieron por Europa. La cirugía tuvo un elevado nivel, contaban con un amplio repertorio instrumental: diferentes tipos de bisturíes, pinzas, sondas, cauterios, espéculos vaginales

y rectales; existía también un esbozo de cirugía química, por ejemplo para el tratamiento de tumores se utilizaba el bisturí y el cauterio, pero además sales de arsénico. Finalmente para la anestesia se utilizaba opio, marihuana y, sobretodo, la sugestión hipnótica, todos muy útiles para la medicina hindú se caracteriza sobretodo por la cirugía plástica: rinoplastia y queiloplastia, aplicadas a narices y labios cercenados (López Piñero 2000; Laín 2004).

La medicina clásica China

La medicina clásica china se encuentra estrechamente relacionada con las dos corrientes filosóficas, el confucionismo y el taoísmo. La filosofía de Confucio era de orden racionalista, opuesta a la religión y centrada en cuestiones sociales con un interés secundario por el mundo físico, el confucianismo fue un modelo asociado a cultos por los antepasados y a las divinidades de la naturaleza. Por otro lado, el taoísmo se interesa por los procesos naturales, entre ellos los biológicos, sobre la base del concepto de *tao* (“vía” general del orden dinámico del universo). A su vez, se incorporaron otras escuelas, como la “naturalista”.

Las doctrinas médicas se basan en la relación con el universo como macrocosmos y el cuerpo humano como microcosmos, los cuales dependen de dos principios opuestos: el *yang*, que se refiere a lo positivo, lo cálido, lo seco, lo luminoso, etcétera; y el *yin*, referente a lo negativo, lo frío, lo húmedo, lo oscuro, etcétera. Ambos se distribuyen por el cuerpo a través de conductos especiales (*jin*), distintos de los vasos y de los nervios. Las enfermedades son producidas por las alteraciones en su flujo y distribución, debidas a causas externas o internas en donde se incluyen factores ambientales, dietéticos y emocionales (Laín 2004; López Piñero 2000).

Por otra parte, el universo y el cuerpo humano se componen de elementos como el agua, la tierra, el fuego, la madera y el metal, esta teoría proviene de la escuela “naturalista”, cuya numerología en torno al número 5 también se aplica a la especulación anatómica; de forma paralela a 5 zonas celestes,

planetas, estaciones del año y colores fundamentales, hay 5 órganos principales o “vísceras”: corazón, pulmón, hígado, bazo y riñón, y 5 órganos secundarios o “entrañas”: estómago, vesícula biliar, intestino delgado, intestina grueso y vejiga (López Piñero 2000).

La práctica clínica incluye la anamnesis, el examen minucioso del cuerpo del paciente, oír la respiración y la voz, la palpación del abdomen, y sobretodo, el pulso, que se toma en once puntos diferentes del cuerpo y de acuerdo a su fuerza, frecuencia y ubicación se establece el estado de la vida y de la muerte.

La farmacoterapia se basa principalmente en plantas medicinales como la canela, el anís estrella, el ginseng, entre muchos otros; también son utilizados remedios minerales derivados principalmente del arsénico y el mercurio (enfermedades cutáneas), hierro (anemias), sulfato sódico (purgante), etcétera; y la acupuntura, con la cual se buscaba restablecer el equilibrio del *yin* y el *yang* mediante la introducción de finas agujas en los puntos correspondientes a los conductos por medio de los cuales se distribuyen estas fuerzas. La utilización y desarrollo de la cirugía es escaso (López Piñero 2000), lo cual está directamente relacionado con la noción de cuerpo que ha tenido la cultura china a lo largo de su historia.

La medicina china se basaba en el pulso, que mediante su palpación era posible diagnosticar las enfermedades de todos los órganos del cuerpo; cabe mencionar que esta práctica no se puede comparar con la toma del pulso practicada por parte de los médicos occidentales actuales e incluso de los médicos de la Grecia clásica. Para los chinos, cada punto que se palpaba indicaba una parte diferente del cuerpo, mientras que para los griegos la idea de comparar sistemáticamente lugares alternativos no afloró nunca ya que todas las arterias brotan del corazón, razón por la cual la intensidad del pulso era el mismo en todo el cuerpo y sólo indicaba problemas del corazón. De esta forma la importancia de la palpación en la medicina china radicaba principalmente en el lugar (Kuriyama 2005).

Medicina en la Grecia antigua

Antes del siglo VI a.C. no existía un saber médico entre los griegos al cual pudiera llamarse “técnico”, pero después de esa fecha la medicina griega tuvo un desarrollo muy particular que al final la llevó a configurarse como la primera medicina técnica, racional y científica, y que además es la principal influyente de la medicina actual. Para Pedro Laín Entralgo (2004:45) existieron cuatro rasgos que condicionaron que el hombre griego llegara a desarrollar el “arte de curar” con la sutileza y rigor con que se hizo: primero, la curiosidad y la agudeza ante el espectáculo del mundo; segundo, el gusto por la expresión verbal de lo observado; tercero, la concepción “naturalista” de la divinidad; y por último, una actitud inéditamente suelta y libre frente a los dioses a los que se les ofrecía culto. De esta forma, el hombre griego se caracterizó por la agudeza extrema y la curiosidad en la observación del mundo, la narración de lo visto, el naturalismo en la concepción de la divinidad y su naturalidad en las relaciones con los dioses, esto llevó a que los griegos desarrollaran una visión del mundo, de la naturaleza, del hombre mismo, que los llevó a generar, entre otras cosas un arte que hasta la fecha en occidente fascina y una medicina que sobre la cual se basa la actual.

El conocimiento que se tiene de la medicina clásica griega proviene básicamente de dos textos: la primera es la colección de tratados compuestos entre los años 450 y 350 a.C. atribuidos a Hipócrates de Cos; las segundas son las obras de Galeno de Pérgamo (129-200 d.C.).

Medicina hipocrática

Los autores de la *Colección Hipocrática* fueron griegos coloniales que vivieron la crisis social y cultural helénica del siglo IV a.C., lo cual se vio reflejado directamente en sus ideas. Por encima de su diversidad compartieron una actitud venerativa de la *physis* o naturaleza apenas complicada por la especulación, una visión de la *tékhnê* en la que predominaba el carácter artesanal sobre el científico y una concepción del método basada en el “buen sentido”; aun así, existe una diversidad doctrinal

en los textos hipocráticos que expresa diferentes orientaciones fisiológicas que son el resultado de las distintas vías de influencia del pensamiento presocrático. Sobre ello, Laín Entralgo (2004) distingue tres grupos de tratados:

- De tendencia especulativa que, partiendo de una determinada teoría de la naturaleza, construye una doctrina médica a la que se subordinan los hechos
- Predominio del planteamiento empírico que interpreta la realidad del enfermo, uniendo fenómenos observados e imaginados
- Asocia la experiencia clínica con el *logos* o razón del médico, en cuanto expresión del *logos* de la naturaleza

Ahora bien, los textos hipocráticos estudian al cuerpo sin utilizar una distinción entre forma y función, los conocimientos anatómicos son mas bien dispersos y asistemáticos, proceden de las observaciones ocasionales o de razonamientos analógicos y carecen de una terminología precisa. Las funciones se interpretan a partir de la idea de que la *physis* o naturaleza de cada ser vivo en particular es una manifestación de la naturaleza en su conjunto. Las doctrinas acerca de los elementos constitutivos de la naturaleza del hombre y de los principios vitales que los ponen en movimiento varían según la corriente presocrática adoptada como fundamento. De este modo, hay tratados que se basan en los cuatro elementos de Empédocles (*Sobre las carnes*) o solamente en el agua y en el fuego (*Sobre la dieta*) y otros (*Sobre la medicina antigua*) que sitúan en primer plano las cualidades, interpretadas como “potencias” (*dynámeis*): lo seco, lo húmedo, lo frío, lo cálido, lo dulce, lo amargo, lo salado etcétera (López Piñero 2000).

En prácticamente todos los textos hipocráticos, junto con el concepto de “elemento” y de *dynamis* se utiliza el de “humor” como elemento secundario del organismo; los “humores” consisten en mezclas en diferentes proporciones de los cuatro elementos de Empédocles. Uno de los más importantes es el tratado *Sobre la naturaleza del hombre*, escrito durante la segunda mitad del siglo IV a.C. y atribuido a Pólipo, yerno de Hipócrates, en

donde expone una doctrina que asocia cuatro humores elementales a cuatro pares de cualidades opuestas, la importancia de dicho texto radica en que mas adelante Galeno lo retoma como parte de su discurso: la sangre como caliente y húmeda, la pituita o flema como fría y húmeda, la bilis amarilla como caliente y seca, y la bilis negra o melancolía como fría y seca (López Piñero 2000).

La vida biológica del hombre era, para los hipocráticos, un continuo cambio de su naturaleza, desde su nacimiento hasta su muerte, basado en la *krasis* o mezcla de las cualidades primarias y en la *sympháteia* o conexión de las distintas partes del cuerpo, en donde el mantenimiento de ambas es obra de un agente interno: el calor innato, el cual se encuentra en el ventrículo izquierdo del corazón, y depende del alimento y de la *pneuma*. Este último es el “aire” fuera del cuerpo y el “soplo” dentro de él, que penetra al organismo por la boca, la nariz y por toda la superficie corporal, desempeñando las funciones de vivificar y refrigerar, de hecho es, en muchos tratados el principio vital (López Piñero 2000; Laín 2004).

De esta forma, la medicina griega hipocrática concibió la enfermedad como una alteración de la armonía orgánica que, de acuerdo con sus diversas orientaciones fisiológicas, se formula como un desequilibrio de las cualidades, un mal flujo del *pneuma* o una inadecuada *krasis* o mezcla de las cualidades y de los humores. Así, se presenta una concepción no ontológica sino dinámica de la enfermedad, no localizacionista sino totalizante, en donde la naturaleza (*physis*), tanto en el hombre como fuera de él, es armonía y equilibrio, y la enfermedad es la perturbación de ese equilibrio y de esa armonía; de esta forma se puede entender por qué la enfermedad no se encuentra en alguna parte del hombre sino que está en todo el hombre y le pertenece, la circunstancias son ocasiones y no causas. Lo que se encuentra en equilibrio en el hombre son los cuatro humores, cuya fluidez es capaz de soportar variaciones y oscilaciones, y cuyas cualidades se agrupan en pares opuestos: cálido, frío, húmedo, seco (López Piñero 2000; Laín 2004).

El principio básico para la terapéutica hipocrática es plenamente coherente con los fundamentos conceptuales que se han mencionado: la *physis* o naturaleza es la que cura y el médico se limita a ser un servidor. Ahora bien, la mayoría de los tratados recomendaban el tratamiento de los trastornos patológicos mediante remedios de cualidades contrarias a la del desequilibrio que los produce.

Los recursos terapéuticos eran la dieta, los medicamentos y la cirugía. La dieta no hacía referencia a la alimentación exclusivamente, sino como señala Laín (2004) era el régimen de vida, el modo en como el hombre mediante su actividad se halla en relación viviente y constante con el mundo que lo rodea, de ahí que la primera medida terapéutica fuera el establecimiento de un régimen de vida adecuado a la anómala que el enfermo se veía obligado a soportar, y favorecedor del esfuerzo curativo de la naturaleza. En este orden de ideas, la dieta era muy importante, ya que era considerada como la medida necesaria para preservar la salud, en donde la salud fue entendida como el equilibrio de la *physis* o naturaleza del hombre, de esta forma estaba ligada a la alimentación, al ejercicio, al sexo, a la edad, a los aires y lugares, etcétera (López Piñero 2000).

En los tratados que componen la *Colección Hipocrática* o *Corpus Hippocraticum* es utilizado el vocablo *phármakon*, algunos lo utilizan sólo para referirse a la alimentación, otros lo utilizan sólo para los purgantes, debido a la importancia que se le daba a la purga como medio de “purificación” (*kathársis*) del cuerpo y sus humores alterados. Los medicamentos eran principalmente vegetales, pero en los tratados no se menciona ninguna descripción botánica, sólo su nombre. También era muy utilizada la miel y remedios diuréticos (López Piñero 2000; Laín 2004).

Finalmente, la cirugía fue uno de los aspectos más brillantes de la *Colección Hipocrática*; la cirugía se centraba básicamente en la restauración de heridas, úlceras, fracturas y luxaciones, así como evacuante de abscesos y otras formaciones patológicas. El tratado Sobre las heridas de la cabeza es muy descriptiva, tanto de las diferentes formas de fracturas craneales o

hundimientos, pero sobretodo incluye una descripción de los síntomas neurológicos que las heridas en la cabeza provocan, por ejemplo las convulsiones (López Piñero 2000).

La influencia de Aristóteles

Aristóteles tuvo gran influencia en la medicina del siglo IV a.C. en dos ejes: uno relativo a los fundamentos filosóficos-naturales, lógicos y éticos; el otro corresponde a sus obras biológicas.

De la filosofía natural de Aristóteles proceden los conceptos de naturaleza, causa y movimiento o cambio, que se convirtieron en supuestos básicos de la corriente médica hegemónica durante dos mil años. De igual forma, su obra lógica llegó a ser la clave del método, sobretodo desde que Galeno, en el siglo II, consagró como “instrumento” (*órganon*), y su doctrina ética del “término medio”, base de la dietética como norma de la vida humana.

Por otro lado, Aristóteles dio inicio a la anatomía estructural con su planteamiento sobre los modos de composición de los seres vivos. Asumió las teorías de los elementos y de las cualidades opuestas e introdujo el concepto de “partes anatómicas” como unidades morfológicas observables por su contenido homogéneo o por su contorno. En el primer caso, llamó “partes similares” a la sangre, la grasa, los huesos, cartílagos, etcétera, noción que antecedió directamente a los “tejidos” en la actualidad; el segundo caso, “partes disimilares”, que vendrían siendo “instrumentales” u órganos cuando desempeñan una función determinada (López Piñero 2000).

Aristóteles también fue pionero en estudios de zoología y embriología. En cuanto a sus observaciones zoológicas estableció como fundamentos metodológicos las diferencias entre “analogía¹” y “homología²”; asoció la anatomía comparada y la zoología descriptiva como base de la ordenación de los animales en una serie de niveles cada vez más complicados, formando una “escala de la naturaleza” en cuyo punto más alto posicionó al

¹ Término que aplicó a las partes que tuvieran la misma función y posición relativa

hombre. En embriología escribió *Sobre la generación de los animales*, en donde definió al desarrollo embrionario como un proceso de configuración (epigénesis), doctrina que pudo exponer sin plantearse el problema de encontrar la fuerza configuradora (tarea que los embriólogos modernos realizaron), ya que los griegos concebían la naturaleza o *physis* como el principio dinámico generador de todos los cambios de la realidad, además la epigénesis era coherente con su teoría de la generación espontánea, conforme a la cual en cualquier sustancia de descomposición la fuerza configuradora de la naturaleza puede generar gusanos, larvas y otros seres inferiores (López Piñero 2000). Cabe mencionar que las ideas de Aristóteles sobre la “escala de la naturaleza”, la epigénesis y la generación espontánea fueron vigentes hasta la Revolución Científica del siglo XVII.

Helenismo alejandrino

En el siglo III a.C. la medicina de la Grecia clásica se extendió, al igual que toda su cultura, a la gran zona geográfica que comprendía el imperio de Alejandro Magno y el centro intelectual mas importante de la época fue Alejandría, lugar en donde se cultivaban ciencias como las matemáticas, la astronomía, la física, la medicina, entre otras (Laín 2004).

La importancia de Alejandría radica principalmente que fue el lugar en donde confluyeron la tradición egipcia, ideas y materiales del Mediterráneo, del Oriente próximo y de otros lugares mas alejados, como la India, todo ello asimilado desde los planteamientos helénicos.

Un personaje notable de esta época fue Herófilo quien criticó las doctrinas hipocráticas y aristotélicas. Su obra anatómica significó una profunda renovación. Mediante disecciones a cadáveres humanos e investigaciones en animales estudió estructuras a las que antes de utilizar esta técnica ningún médico griego había explorado como el encéfalo. En el terreno de la patología y la clínica su mentalidad lo condujo a rechazar la interpretación finalista de la *physis* y destacó la importancia de la observación precisa de

² Término que hace referencia a las semejanzas estructurales y de origen de diferentes partes

los síntomas y de las causas próximas a las enfermedades (López Piñero 2000). ¿Qué sucedió en la mentalidad de los griegos que transgredieron el cuerpo por primera vez?

Por otro lado, Herófilo fue un gran defensor de los medicamentos, a los que llamó poéticamente “manos de los dioses”, recurría a un gran número de vegetales, animales y minerales que el contexto de la época le proporcionaron, con una tendencia a la utilización de medicamentos compuestos. Sus ideas no tuvieron continuidad, pero brindaron la base a diferentes “escuelas” que perduraron varios siglos, pero de clara orientación escolástica. Esta trayectoria se inserta en los que algunos autores han llamado “miedo a la libertad intelectual”, que frustró lo que hubiera podido ser una verdadera evolución progresiva de la ciencia y la medicina helenística (Laín 2004).

Entre los siglos III y II a.C. se produjo una fuerte reacción en contra de los fundamentos de la práctica médica en la anatomía y otros saberes científicos, en este contexto surge la escuela empírica, la cual defendía que la medicina se basara solamente en la experiencia clínica, sus integrantes se opusieron a la disección de cadáveres humanos, acto que presentaron como repugnante y envilecedor, a la vez trataban de invalidarla como método, afirmando que sus condiciones eran totalmente diferentes a las de los cuerpos vivos, rechazaban además, todas las explicaciones causales. Ya en el siglo II a.C. Glaucias de Tarento cifró los métodos válidos de la escuela empírica: la observación directa (*téresis*) de los enfermos; la tradición de las observaciones reunidas por los médicos anteriores (*historía*); y, como única concesión, la inferencia por analogía (*metábasis*) de fenómenos semejantes en caso de enfermedades o remedios desconocidos (Laín 2004).

Helenismo romano

En el siglo I a.C. los romanos ocuparon Egipto, tras anexionarse Grecia y los demás territorios del Mediterráneo oriental a los que se había extendido la cultura griega. La medicina romana era un sistema primitivo, por lo que la superioridad de la griega no tardó en imponerse (Babini 2000; López Piñero

2000), de hecho, no puede hablarse propiamente de una medicina romana porque hasta finales de la Antigüedad, casi todos los médicos siguieron siendo de procedencia helénica y el idioma griego era el utilizado para la medicina y otras ciencias (Laín 2004).

En Roma, la capital del imperio, se triunfaba económica y socialmente, pero los principales centros médicos continuaron siendo en las ciudades griegas del Mediterráneo oriental, la más importante aun era Alejandría que mantuvo su posición privilegiada hasta que fue conquistada por los árabes en el año 642 (López Piñero 2000).

El primer médico griego de importancia que tuvo su residencia en Roma fue Asclepiades, en el año 91 a.C. , quien se opuso abiertamente al humoralismo y a los planteamientos empíricos; su pensamiento se vio influenciado por la física de Estratón, el escepticismo de Enesidemo y por la filosofía de Epicuro, de éste último Asclepiades asimiló el atomismo aplicándolo a la medicina, formulando una concepción mecanicista del cuerpo humano y una interpretación de sus enfermedades basada en la alteración de las partes sólidas (López Piñero 2000).

Para Asclepiades, el cuerpo humano se compone de “átomos” entrelazados que integran sus partes sólidas, siendo los *póroi* (canales orgánicos) por los cuales se mueven los humores y el *pneuma*, compuesto también por átomos muy simples; todos los átomos se mueven por sí mismos, por lo cual se destaca la acción de la *physis* y su finalidad. La enfermedad entonces, sería una perturbación mecánica del movimiento de los átomos y el objetivo de la terapéutica consistía en restablecer su normalidad mediante la dieta, la cirugía y métodos mecánicos como los masajes, la gimnasia y la hidroterapia; de acuerdo con estas ideas, negó la “fuerza curativa de la naturaleza” y se negó a la utilización de sangrías y purgantes. De los fundamentos que brinda Asclepiades surge la “escuela metódica”. (López Piñero 2000; Laín 2004).

Ateneo de Atalea fundó, en el siglo I a.C. la “escuela neumática”, la segunda más importante durante el helenismo romano, esta escuela tenía como fundamento el *pneuma*. Ateneo asumió la existencia del paralelismo constante entre macrocosmos y microcosmos regido por la correspondencia mutua (*sympátheia*) de todos sus fenómenos, asimismo destacó la función del corazón como sede fundamental del *pneuma* y del “calor innato”, considerándolo el paralelo microcósmico del sol (López Piñero 2000).

Para esta escuela, la enfermedad era considerada como un trastorno de la cuatro “cualidades” que conducen a la alteración del *pneuma* y su fundador, Ateneo, elaboró un modelo conceptual de la patología general que, a través del galenismo, continuó hasta comienzos de la medicina moderna.

Galeno de Pérgamo

La obra de Galeno no solo constituye la culminación del saber médico en la Antigüedad clásica, sino también la sistematización del mismo que permaneció vigente durante los mil quinientos años posteriores, hasta ser desplazada por la medicina moderna, después de la Revolución Científica del siglo XVII.

García Ballester (1972) distinguió cuatro elementos integrantes de la obra de Galeno: la tradición hipocrática, el pensamiento de Platón y Aristóteles asimilado a través del sincretismo estoico de Posidonio, los enfoques enfrentados de las distintas escuelas médicas (algunas de las cuales criticó severamente), y sus propias contribuciones originales como clínico e investigador. En cuanto al método fue defensor de la lógica, entendida al modo aristotélico, como el instrumento necesario para dotar de rigor científico a la medicina y destacó también la importancia de la filosofía natural y de la ética para ser un médico y no sólo un recetador.

En sus tratados, Galeno expone la anatomía sin distinguirla de la fisiología, pues aspiraba a describir el cuerpo humano en pleno funcionamiento; aunque disecó algunos cadáveres humanos, las fuentes de sus conocimientos anatómicos fueron casi exclusivamente el estudio de

esqueletos y la inferencia por analogía de lo observado en disecciones animales, sobretodo de monos. Asumió las “partes similares” y “disimilares” de la anatomía estructural de Aristóteles y los planteamientos básicos de su embriología, pero no su anatomía comparada, manteniendo el enfoque iatrocéntrico subordinado a la práctica médica; convirtió en canónica la doctrina que integraba los cuatro elementos de Empédocles, los cuatro humores cardinales y los cuatro pares de cualidades opuestas (García Ballester 1972).

Los supuestos básicos de la fisiología galénica fueron las ideas aristotélicas de naturaleza, movimiento, causa y finalidad; consideró el alma (*psykhé*) como principio vital, distinguiendo, de acuerdo con el esquema tripartita de Platón, entre un “alma concupiscible” con sede en el hígado y principio de las funciones de generación y reproducción, un “alma irascible” localizada en el corazón y responsable de las funciones de relación, y un “alma racional” con sede en el cerebro (Laín 2004).

Para Galeno, el alma es el principio operativo que se expresa en sus “facultades” (*dynámeis*); por una parte en sus “facultades principales”: la natural, la vital y la animal, que en su presencia el cuerpo realiza sus funciones vegetativas, cardio respiratorias y nerviosas; por otra parte, en las “facultades secundarias”: atractiva, retentiva, excretiva y conversiva, mediante las cuales actúan las principales (López Piñero 2000).

La fisiología galénica incorporó también el concepto de *pneuma*, entendido como principio exterior necesario para que se pongan en ejercicio las actividades específicas de las partes orgánicas, otro concepto que utilizó fue el de “calor innato” con sede en el corazón. Como base del funcionamiento del organismo, Galeno suponía cuatro transformaciones sustanciales: la primera es la alimento en quilo, en el estómago; la segunda, la conversión del quilo en el hígado en sangre venosa, que se distribuye a través de las venas a todas las partes orgánicas; la tercera, la transformación de la sangre venosa en las sustancias de cada una; tras mezclarse la sangre con el *pneuma* procedente de los pulmones en la parte izquierda del corazón, se

produce la cuarta transformación sustancial, formada por las arterias en la base del cerebro. Todo esto conduce a la transformación del *pneuma psykhikón* o “espíritu animal”, principio material, aunque sutilísimo, responsable de las funciones de la vida de relación (García Ballester 1972).

Sobre las enfermedades, tratamiento y prevención, es decir, las doctrinas patológicas de Galeno, fueron esencialistas y deductivas; mantuvo la división estoica de las causas de las enfermedades en interna, externa e inmediatas. Entre las internas incluyó la herencia biológica y la constitución del individuo, que tipificó de acuerdo a la mezcla de las cualidades primaria o *krasis*, término que los galenistas europeos medievales traducirían como *temperamentum*. Las causas externas estaban agrupadas dentro de las llamadas “cosas no naturales”, que se referían al aire y el ambiente, la comida y la bebida, el sueño y la vigilia, el trabajo y el descanso, excreciones y secreciones, etcétera, que podían actuar sobre las “cosas naturales”, es decir, el cuerpo, sus partes y sus facultades, convirtiéndolas en “cosas preternaturales”, que corresponden a las enfermedades, sus causas y sus síntomas. La conjunción de las causas internas y externas conduce, de acuerdo a Galeno, a los trastornos de la *krasis* o *temperamentum*, a las cuales llama “causas inmediatas” por ser las más próximas en un orden causal al padecimiento de las funciones orgánicas (*páthos*); los síntomas serían las manifestaciones o señales a través de las cuales el médico es capaz de conocer la esencia de la enfermedad (García Ballester 1972).

En cuanto al tratamiento, Galeno formalizó la doctrina de la fuerza curativa de la naturaleza mediante el análisis de las facultades en las que se expresa. Formuló la teoría de la acción medicamentosa basada en la intensidad de las cualidades primarias de cada remedio, medida en una escala de cuatro grados que también aplicó a la dieta, entendida como una regulación curativa de todos los aspectos de la vida humana (García Ballester 1972).

El cuerpo humano para Galeno era la unidad que forman la anatomía y la fisiología como manifestaciones de la *physis* del hombre y por lo tanto de la

physis del universo, es decir el universo está representado en el cuerpo, el cuerpo será conocido y entendido en la medida en que se conozca y se entienda al universo.

Muchas de las ideas mencionadas sobre el desarrollo de la medicina en la Grecia clásica son de gran importancia porque fueron las que sentaron las bases para el posterior desarrollo de la ciencia, además es importante reiterar que no es sino hasta el siglo XVII y la Revolución Científica, que la ciencia da un giro, pero la permanencia e importancia para la solidificación de la medicina occidental se debe al pensamiento griego, sus principios y sus doctrinas. Ideas de Hipócrates, Aristóteles y Galeno aun en la actualidad son importantes, somos hijos de las teorías hipocrático-galénicas, segmento de nuestra historia médica y corporal que no se puede negar.

La medicina en la Baja Edad Media

La Edad Media comprende un largo periodo de tiempo, aproximadamente del año 476 hasta el Renacimiento. La principal característica de la medicina durante esta época es que coexistió la herencia racional de la medicina grecorromana con las creencias mágico religiosas, en donde los cambiantes condicionamientos socioeconómicos, políticos y culturales de Bizancio, el mundo islámico y la Europa occidental fueron determinando el rumbo que tomó la historia.

La actividad médica, en el sentido de la producción literaria y de la investigación, se presenta en Oriente y en Occidente con rasgos muy distintos. Mientras que en Occidente dicha actividad va decreciendo hasta llegar, en la primera mitad del siglo VIII a un largo periodo de estancamiento, en Oriente se advierte un desarrollo creciente del saber médico con grandes producciones de traducción y obras originales, hasta que a finales del periodo se dejan ver las primeras influencias del saber oriental sobre el mundo cristiano occidental (Babini 2000).

El espacio geográfico del imperio Romano se modificó al desaparecer la parte Occidental como entidad política a consecuencia de las invasiones de los pueblos germánicos, mientras que la parte oriental, conocida como Bizancio se conservó hasta la conquista de Constantinopla por parte de los turcos en 1453. En este contexto, existió cierta continuidad de la cultura griega en su conjunto y la transición de un periodo a otro se produjo de forma gradual.

Durante el siglo III la escuela médica de mayor importancia aun era la metódica, pero ya hacia el siglo IV Zenón de Chipre y sus discípulos la desplazan e imponen el sistema de galénico. Oribasio de Pérgamo compila los textos de Galeno y de otros autores y, por otro lado resume su enciclopedia médica, ambas síntesis han sido consideradas por diferentes historiadores como el punto de partida del galenismo medieval, que tuvo su auge primero en Bizancio y luego, tras las versiones del griego al árabe, en el mundo islámico y, por último, en Europa occidental, cuando todos los textos son traducidos del árabe al latín (López Piñero 2000).

El periodo de mayor altura de la medicina en Bizancio coincide con el de su máximo periodo político y militar, sobretodo durante el reinado de Justiniano, del año 527 al 565. Durante este periodo se realizan escritos a modo de monografías, de las cuales la que se considera la mas importante es la escrita por Alejandro de Tralles, sobre las lombrices intestinales, él las clasifica y realiza el planteamiento para un diagnóstico diferencial de las enfermedades que las ascárides, los oxiuros y las tenias producían (López Piñero 2000). Es importante notar que durante el siglo V, si bien las ideas que en este periodo se van formulando tienen sus bases muy sólidas en la medicina hipocrática y galénica, los estudios son mas profundos y detallados, es decir, no hay un estancamiento del conocimiento por retomar las viejas escuelas, sino que se agregan nuevos descubrimientos, mismos que son producto de la expansión colonialista de diferentes grupos como los germánicos o los árabes.

A partir del siglo VII la medicina entra a un periodo de decadencia ya que Bizancio se encontraba en una etapa crítica de fragmentación política ante las constantes invasiones por parte de los turcos; las compilaciones escolásticas no se mantienen sino que, por el contrario se empobrecen, la medicina se enclaustra, se encierra en los conventos, y durante varios siglos se asocia a la religión sobre la base de una concepción propia de la salud y de la enfermedad, en donde para el cristianismo occidental sólo el alma y sus enfermedades interesan, si se atiende el cuerpo es solo porque éste es el depositario del alma, que es lo único por lo que la religión se interesa, el médico y los medicamentos utilizados eran auxiliares secundarios, en donde la Iglesia era el hospital que cuida y acoge a los enfermos y las plegarias eran el medicamento más eficaz.

Aun en este contexto, el galenismo siguió siendo el sistema médico hegemónico. Personajes importantes que le dieron seguimiento a dicho sistema fueron Teófilo Protospatario quien redactó resúmenes de diferentes obras de Galeno; además realizó un escrito basado en la semiología de la orina. Pablo de Egina, quien vivía en Alejandría cuando ésta fue conquistada por los árabes durante el año 642, ordenó los saberes médicos en siete libros, aunque con un conocimiento menor de ciertos puntos muy desarrollados en la antigüedad, siendo que estos fueron los textos que se transmitieron al mundo islámico y a la Europa occidental, por ejemplo en el campo de la cirugía y la obstetricia, en donde se omiten las descripciones del útero y aquellas en donde hablaba de las posiciones del feto. Esta serie de omisiones representan cierto retroceso en el saber médico del cuerpo (López Piñero 2000; Laín 2004).

El empobrecimiento al que llegaron las compilaciones escolásticas del saber médico se acrecentó debido a que los escritos se hacían de fuentes indirectas, aunado ello a las traducciones a otros idiomas que se hacían, en donde también se perdía importante información.

Ahora bien, las aportaciones a la farmacoterapia se pueden explicar por la posición geográfica de Bizancio, sus conexiones culturales y su actividad

comercial, sobretodo con Asia, en contraste con el retroceso quirúrgico de las síntesis que se realizaban. Por ejemplo, Egina dedicó un libro a los medicamentos simples, incorporó numerosas plantas medicinales de Oriente Próximo y de la India.

El Islam medieval

En el año 622 los árabes comenzaron su expansión bajo los principios de la nueva religión islámica predicada por Mahoma. A inicios del siglo VII ya habían conquistado el Imperio persa y toda la parte de Siria, Palestina y Egipto, y cien años después su expansión había se extendía por Occidente hasta la península ibérica, y por Oriente hasta Turquía y Afganistán (Lain 2004).

El mundo islámico fue el escenario central del cultivo de la medicina durante la mayor parte de la Edad Media. En la etapa inicial, que comprende del siglo VIII al IX se asimiló el saber de origen griego, combinado con aspectos importantes de la medicina clásica hindú. A partir del siglo X, se enriqueció con aportaciones en casi todos los campos y se ordenó sistemáticamente de modo riguroso, primero en el Islam oriental y mas tarde en el al-Andalus, el Magreb y Egipto.

El fundamento histórico de la medicina, así como de la cultura islámica en general, fue asimilar e integrar la compleja serie de elementos existentes en el Asia occidental. Durante la “deshelenización” de la parte siria y palestina del imperio bizantino desde le siglo V hizo renacer como vehículos culturales las lenguas semíticas, sobre todo el siríaco. En este contexto, el texto mas importante que se conserva es una recopilación en ese idioma basada en Galeno, del cual el nombre del autor se desconoce; después de este escrito, siguieron otros mas de destacada importancia todos ellos basados principalmente en las corrientes galénicas (López Piñero 2000). Lo destacado de lo anterior es que la producción en investigación médica es escasa, y los textos que se conservan son las traducciones de las corrientes hipocrático-galénicas.

De esta forma, los textos antiguos sobrevivían a través de las traducciones que se realizaban, existía a través del mundo árabe una asimilación de las medicinas clásicas griega e hindú, lo cual se refleja en un mestizaje cultural del Islam. Hasta el siglo X, Bagdad fue el centro de la actividad médica pero nunca se reglamentó la titulación ni la enseñanza del saber médico, así como tampoco fue considerada la medicina como una profesión en un sentido estricto. Solamente existían exámenes que autorizaban el ejercicio en una ciudad o territorio determinados y las personas que acreditaban dichos exámenes trabajaban para médicos de prestigio (López Piñero 2000; Laín 2004).

Como se mencionó a partir del siglo X Bagdad dejó de ser el centro de actividad médica, ya que pasó a las capitales de los diferentes territorios que se estaban independizando. En este contexto y con la inestabilidad política del mundo islámico, aparece Avicena (980-1037).

Avicena era un médico dedicado a la filosofía natural, la lógica y a las matemáticas, fue seguidor de Aristóteles en el eje de sus planteamientos neoplatónicos y a la lógica estoica, y una de sus características fue que defendió la concordia entre la razón y las creencias religiosas. Uno de sus aportes mas importantes en el saber médico fue *Qanun* (canon, regla, modelo), en el cual, como su nombre lo indica, Avicena tuvo a bien codificar las reglas generales y particulares de la medicina; este escrito está conformado por cinco libros, el primero trata sobre las cuestiones generales de la medicina con una parte teórica y una práctica; el segundo, está enfocado a los principios generales de los medicamentos simples, integrado por un estudio detallado de aproximadamente ochocientos de ellos procedentes de las farmacoterapias helenística e hindú, así como algunas de China; el tercero trata de las diferentes enfermedades que pueden aparecer en los distintos órganos del cuerpo humano; el cuarto agrupa diferentes temas como las fiebres, intoxicaciones, enfermedades de la piel, síntomas y pronósticos, junto con una exposición de problemas quirúrgicos; finalmente el quinto libro, es un “antidotario” de medicamentos compuestos. De esta forma, el trabajo de Avicena puede ser visto como una construcción

teórica del sistema galénico en forma de jerarquía deductiva y esencialista de principios ilustrados con fenómenos (Laín 2004).

Según López Piñero (2000), el *Canon* fue el tratado médico de mayor autoridad en el mundo islámico durante casi mil años y también en Europa, a través de su traducción al latín, hasta que fue desplazado por el galenismo renacentista.

El galenismo “arabizado” estuvo vigente en Europa hasta el Renacimiento, incluso en el siglo XVII, en plena Revolución Científica, en donde habían universidades que aun daban cátedras de Avicena, sin embargo, a partir del siglo XIV prácticamente cesaron las traducciones de los textos médicos desde el árabe, lo cual significó que no fueran conocidas en Europa algunas aportaciones importantes que se realizaron después.

Medicina en la Alta Edad Media

Durante los siglos III a VII, se consolidaron en Europa el judaísmo y el cristianismo, las creencias que hacían aceptable un orden social desigual eran necesarias; el cristianismo primitivo expresó su antagonismo contra la cultura helénica. El primer intento por dotar al cristianismo de una filosofía moral fue Agustín de Hipona, quien desarrolló la idea que los seres humanos son esencialmente almas que usan sus cuerpos como medios para conseguir sus objetivos espirituales, y el fin último era la felicidad, la cual era representada por la unión del alma con Dios, que se lleva a cabo con la muerte del cuerpo. Debido a su preocupación por la existencia del alma después de la muerte y el inminente fin de éste, el cristianismo primitivo no promovió el interés por conocer la razón de las dolencia físicas (punto de partida de cualquier sistema médico) y regresó a la antigua noción de que las enfermedades eran un castigo divino por el pecado cometido, en donde se esperaba que el enfermo respondiera a su padecimiento con la aceptación silenciosa del dolor, pues a mayor sufrimiento más grande sería el gozo en el “otro mundo” (Ortiz 2004).

En una sociedad teocéntrica, como la de la Edad Media, el cuerpo era considerado una envoltura efímera, intrascendente, que guardaba el verdadero motivo que daba razón de ser al individuo: el alma. Desde el siglo VI al X, la medicina fue una labor reservada, especialmente, a los sacerdotes. Éstos no estudiaban la naturaleza y la sintomatología del cuerpo con el rigor científico incipiente que se había desarrollado tiempo antes, sino que todo obedecía a la voluntad divina: la enfermedad, la curación o la agravación de ésta, respondían a los designios de Dios. Los religiosos fueron, ante todo, médicos del alma. De esta forma, durante el medioevo, la medicina no fue formalmente técnica, como lo había sido el sistema hipocrático-galénico y como a partir del siglo VIII comenzó a serlo el árabe, sin embargo, tampoco es posible afirmar que fuera empírica o empírico-mágica o pretécnica, ya que si perduraron algunos restos de la ciencia helénica. Esto se puede ver en los extractos de compilaciones latinas del Bajo Imperio y traducciones al latín de varios escritos hipocráticos y galénicos.

Es importante mencionar que los historiadores asumen que durante la Edad Media hubo un retroceso cultural respecto al período clásico, éste fue de orden político, económico, social, lingüístico y, sobre todo, de mentalidad: reticencias de algunos eclesiásticos, desinterés de Roma por la medicina, desorganización social y económica tras la invasión de los bárbaros, etc. Sin embargo, la incorporación del saber médico clásico de origen griego y de su desarrollo a través de los árabes llegó al Occidente medieval, en donde a partir del siglo XI, fueron apareciendo los primeros signos evidentes de un proceso que desde entonces ya no se interrumpió: la tecnificación de la medicina medieval, la conversión de ésta en una verdadera *ars medica*.

A partir del siglo VI, como ya se mencionó la actividad médica se desarrolla dentro de los monasterios y durante el siguiente siglo en la ciudad de Salerno se levantó un monasterio benedictino en donde se atendían enfermos, algunos historiadores como López Piñero (2000), Babini (2000), Laín Entralgo (2004), entre otros suponen que de dicho monasterio salieron

algunos médicos laicos y que se organizaron para poner una escuela en donde podían practicar, enseñar y escribir sus observaciones, dándole de esta forma, un carácter profesional que las escuelas de las catedrales no tenían, esta escuela fue la escuela de Salerno (Babini 2000).

Los primeros escritos producidos en Salerno son extractos de obras bizantinas, griegas o latinas que no presentan mayor influencia árabe, la cual hacia la segunda mitad del siglo XI sería determinante. Una figura importante fue Constantino el Africano, quien al conocer la escuela decide estudiar medicina y llevar a Salerno una gran cantidad de textos árabes, ya convertido al cristianismo se refugia en Montecassino, lugar en donde se dedica a la traducción de importantes obras del árabe al latín. Esto hace que la escuela de Salerno se convierta en uno de los ejes conductores a través del cual se produjo el contacto entre el mundo oriental y el mundo occidental, es decir, entre el saber árabe y el saber cristiano, que en el campo científico representó para occidente la adquisición de gran parte del pensamiento griego, complementado con el árabe e hindú, logrado con las traducciones al latín de los textos árabes.

Otras escuelas médicas importantes que se fueron desarrollando en Europa fueron las de Bolonia, París, Oxford, Salamanca, Cambridge, Nápoles, Tolosa, Padua, Viena, etcétera, a lo largo de los siglos XIII y XIV, las cuales se caracterizaron por compartir el mismo método para cultivar y enseñar la medicina: el espíritu y método escolásticos. Los referentes principales de este nuevo sistema fueron Aristóteles y Galeno, cuyas máximas llevaron a los círculos intelectuales europeos latinos a abordar racionalmente el mundo de la naturaleza y de los fenómenos naturales, entre ellos la salud y la enfermedad, preguntándose por primera vez sobre sus causas naturales. La instalación del médico en el plano de la causalidad aristotélica fue fundamental porque logró estructurar el saber hacia una vertiente más científica.

Así, la característica principal del desarrollo de la medicina durante la Edad Media es lo anteriormente señalado y que además continuaron influyendo

autores griegos como Hipócrates, Ptolomeo o Dioscórides, asimismo, la presencia de un considerable número de médicos y filósofos naturales árabes y judíos, como Avicena, Averroes, Albumasar, Alkindi o Isaac Israelí. Con todo, hemos de advertir que las deslumbrantes ciencias griega y árabe no se asimilaron tal cual, sino tras un proceso de cristianización. Empresa ésta a un tiempo teológica, filosófica y científica, que fue llevada a cabo por médicos como Tadeo Alderotti, Pietro de Abano y Arnau de Vilanova. Este último fue uno de los más importantes ya que, por medio de la alquimia y la astrología compuso una gran cantidad de obras sobre metodología y deontología de la medicina, fisiología, clínica, farmacología, toxicología, higiene y dietética, alquimia, teología alegórica y profética. En su saber se combinaban el hipocratismo, el galenismo, el saber salernitano, el arabismo y la experiencia personal. Su gran tratado médico *Speculum medicinae* es una verdadera suma de los fundamentos médicos de la Edad Media.

En cuanto a la práctica de la medicina, durante el período medieval, como en el griego, la relación entre la ciencia del médico y su praxis poseía una estructura de círculo. Teniendo presente esta consideración, podemos acercarnos a lo que en la segunda mitad de este período fue la praxis médica. A través de los documentos se ha observado que continuaron siendo tratadas las mismas dolencias que en la Antigüedad clásica. Entre otras, enfermedades venéreas, padecimientos oculares, tisis, neumonías, disenterías, cólicos, fiebres diversas, viruela, sarampión, lepra, fuego de San Antonio o ergotismo, trastornos psíquicos y males que exigían la intervención del cirujano. Aunque el crecimiento demográfico de los siglos XII y XIII y el desarrollo urbano, así como la afluencia creciente a las grandes ferias y la multiplicación de corrientes comerciales, las navegaciones de altura, estimuladas por los descubrimientos del timón y de la brújula, abrieron a los gérmenes pestilentes caminos más amplios.

La terapéutica medieval conservaba muchos aspectos de los sistemas hipocrático-galénicos, en donde la dieta era considerado uno de los aspectos mas importantes; seguido por la farmacoterapia, la cual no añadió demasiado a la herencia que recibió de la medicina greco árabe; y por

último, la cirugía, la cual tuvo dos fuentes principales: una griega, en Guy de Chauliac, y otra árabe, en Abulqasim. Dentro de esta última, se practicaba la anestesia mediante una "esponja soporífera", previamente impregnada de una mezcla líquida de opio, beleño, mandrágora, jugo de moras, euforbio, hiedra y semillas de lechuga. En el tratamiento de las heridas, existían los partidarios de la provocación del pus y los que abogaban por una cura no purulenta: limpieza con vino caliente, sutura y vendaje. El último campo de acción de la terapéutica medieval lo fue la sangría, que planteaba el discutido problema de la elección de la vena.

Hasta ahora se ha hablado sobre la forma en la que se desarrolló la ciencia médica durante la Edad Media, pero también es importante mencionar que durante este periodo la magia tenía gran peso dentro de la vida de las personas, sobre todo si de curar enfermedades se trataba, aquellos que recurrían a la magia como técnica de sanación, creían que las enfermedades se generaban, entre otras causas, por la trasgresión de un tabú, las ofensas a la divinidad, la pérdida del alma, la posesión de un espíritu diabólico, la intrusión de un cuerpo extraño o la maldición mágica. Para lograr la curación, el enfermo debía descubrir la causa exacta de su padecimiento. Con este fin, acudía a una persona, con cualidades especiales, que dialogaba con los espíritus hasta alcanzar la certeza acerca de la causa del mal. Dependiendo del caso, la persona sanaba mediante conjuros, hechizos, amuletos o rituales de purificación en los que se combinaban el poder de la palabra y numerosos elementos, sobre todo, del mundo natural y animal.

Un papel importante, en las prácticas mágicas de este período, fue el ocupado por la lapidaria, los lapidarios medievales, depositarios de las viejas tradiciones del antiguo Egipto o de las civilizaciones asirio-babilónica, exaltaban todas las virtudes de las gemas o piedras preciosas, basándose en un proceso de analogía, estas virtudes se ligaban a los signos del Zodíaco y así se complementaba el procedimiento.

Los motivos por los que se establecieron estas conexiones fueron de carácter mitológico, físico o astronómico y filosófico o especulativo. Su

fundamento científico lo proporcionó la filosofía griega, esencialmente el estoicismo, que importó algunos de estos principios de la cultura mesopotámica. En definitiva, la Astrología ocupó un papel central dentro de la prácticas curativas medievales. Condicionó la manera en la que la gente de este período histórico se acercó al mundo de la salud y de la enfermedad. Y cuando decimos gente, nos referimos a personas cultas y no letradas, a individuos de cualquier condición.

Por último, los que creían en el milagro o en un tratamiento mágico-religioso, como método de sanación, consideraban que el origen de las enfermedades se encontraba en el pecado, de modo que era preciso purificar el alma. Ninguna instancia humana podía resolver los problemas, aliviar el dolor o curar las dolencias. El hombre dependía de fuerzas superiores lo cual implicaba que sólo Dios, de manera directa o a través de algún intermediario, podía restaurar y ordenar la vida humana. Así, se atribuía una actividad milagrosa a numerosos santos: San Valentino curaba la epilepsia; San Cristóbal, las enfermedades de la garganta; San Eutropio, la Hidropesía; San Ovidio, la sordera; San Gervasio, el reumatismo; San Apolonio, el dolor de muelas; etcétera. A su vez, existía una profunda veneración hacia las reliquias de los mártires cristianos, los cabellos, los dientes, las prendas y todo cuanto se relacionaba con estos seres ejemplares se utilizaba como un poderoso instrumento de sanación (López Piñero 2000; Le Bretón 1990; Laín 2004).

Así se puede apreciar que la medicina, la magia y el milagro mantuvieron, a lo largo de la época, numerosas conexiones, pero las relaciones nunca fueron de igualdad. La medicina estuvo sometida a la tutela de la teología, en donde los consejos de los Padres de la Iglesia prevalecieron, siempre, sobre los de los médicos; éstos, jamás pudieron prescribir nada al paciente que atentara contra la integridad de su alma, la difícil conciliación entre la teología y la ciencia fue competencia de la autoridad religiosa. En cuanto a la magia fue una práctica prohibida; así que tuvo que refugiarse en los ritos nocturnos, el folklore o revestirse de una capa cristiana.

Finalmente, un punto importante para reflexionar es el lugar que se le daba en la Edad Media al dolor, en la Biblia, libro obligado en la época, el sufrimiento corporal aparece como una manifestación de la cólera de Dios ante la desobediencia humana y como un instrumento purgatorio, de redención. En base a esto, en la Antigüedad se consideró que mitigar el dolor era ir contra la voluntad divina, pero el cristianismo, con su mensaje de caridad y amor introdujo modificaciones en la situación social del enfermo. Las primitivas comunidades cristianas consideraron que la ayuda al doliente era una obligación moral, una exigencia de caridad. Esta actitud genuina del cristianismo siguió vigente a lo largo de la Edad Media; aunque tales preceptos se quedaron muchas veces en la pura teoría. Sólo así se puede explicar la actitud ante determinadas enfermedades como la lepra, que convirtió a sus portadores en auténticos desheredados de su entorno social.

El Renacimiento

Este periodo puede caracterizarse como la transición entre la medicina medieval y la propiamente moderna. En cuanto a las doctrinas continuó vigente el galenismo, aunque con algunos planteamientos enfrentados con su orientación arabizada bajomedieval, desde el nuevo enfoque de los médicos seguidores del humanismo³ renacentista. Por otro lado, las universidades facilitaron e impulsaron la formación de médicos y sobre todo se contribuyó de forma considerable a atenuar el enciclopedismo medieval pero sin llegar a la especialización, en donde filósofos, humanistas, astrónomos también eran médicos (Babini 2000).

Como la mayoría de las tendencias renacentistas, la nueva vertiente del galenismo, el galenismo humanista, comenzó en Italia a mediados del siglo XV; sus seguidores atacaron duramente, llamándoles *barbari*, a los que continuaban adheridos al galenismo arabizado, ya que manejaban las doctrinas médicas clásicas a través de sus traducciones medievales

³ Movimiento que intenta recuperar plenamente los saberes médicos de la Antigüedad clásica, conectando de forma directa con los textos originales, libres de las incorrecciones que contenían las versiones bajomedievales (López Piñero 2000:175)

indirectas. Desplazaron el *Canon* de Avicena y se centraron en las obras originales de Galeno a las que les dedicaron amplias series de nuevos comentarios, es decir, no se limitaron a recuperar los textos médicos antiguos sino que plantearon la necesidad de entenderlos directamente⁴ (López Piñero 2000).

Con la intención de ver ejemplificadas las doctrinas clásicas, se comenzó a relacionar su contenido con los fenómenos observados en el cuerpo sano y enfermo, ambas formas insertadas en un contexto ambiental; la consecuencia de esto tuvo mucho alcance ya que la comprobación de algunas ideas y los errores que fueron surgiendo originaron un proceso que condujo a la crisis del criterio de autoridad como base del saber médico.

Ya desde el siglo XVI algunos seguidores del galenismo humanista le dieron mucha importancia a la observación, lo que trajo como resultado un cambio radical en la forma de ver y concebir al cuerpo, esto se traduce en un cambio sustancial en la anatomía, convirtiéndose ahora en descriptiva, el representante de este movimiento fue Vesalio, quien impuso un conocimiento morfológico basado en la observación mediante la disección de cadáveres humanos, práctica que, como se ha visto, no era común, y en los momentos en donde se empezó a utilizar fue tachada de “repugnante”. También comenzó a ocupar un lugar importante la observación clínica y epidemiológica; las historias clínicas y las concepciones ambientalistas de los hipocráticos se convirtieron en modelos y pasaron a un primer plano en sus tratados (corriente conocida como galenismo hipocratista), además asimilaron la nueva anatomía y la aplicaron a las teorías de las localizaciones de las enfermedades y a las necropsias como método aclaratorio de casos clínicos concretos (López Piñero 2000; Babini 2000; Laín 2004).

Ya hacia el último tercio del siglo XVI, la medicina académica europea se encontró en un “callejón sin salida”, ya que entre las personas y los grupos

⁴ La imprenta facilitó a los médicos renacentistas la difusión de los textos

mas importantes existió una gran desilusión al ver que el programa de renacimiento de la ciencia médica a través del humanismo no estaba floreciendo como lo esperaban. Esta crisis llevó a dos posturas opuestas, una favorable y otra en contra de la renovación científica. La primera no se limitó a incorporar los avances de la nueva anatomía, las observaciones de necropsias, así como las rectificaciones parciales que se estaban haciendo de la teoría galénica, sino que también asimiló elementos del paracelsismo que fue el sistema que, durante el siglo XVI, planteó una ruptura completa con la medicina tradicional, llegando a lo que se conoce como “galenismo ecléctico”. Por el contrario, la otra postura, se escudó en la contrarreforma católica que les brindó el marco adecuado para el galenismo opuesta a las novedades, el retorno a las doctrinas tradicionales, etcétera. Hasta la Revolución Científica del siglo XVII los enfrentamientos entre los grupos “antiguos” y “modernos” se desarrolló en función de las polémicas entre los partidarios del galenismo intransigente y el ecléctico (López Piñero 2000).

La anatomía de Vesalio

Antes de la aparición en escena de Vesalio hubo personas que, siguiendo el galenismo humanista, trataron de difundir la práctica de la disección como parte de la enseñanza de la anatomía, que hasta entonces aun era sobre el eje utilizado en la baja Edad Media. Los médicos humanistas importantes de la época defendían la necesidad de la práctica personal de la disección y no de la forma tradicional, en donde el profesor leía los textos de Galeno desde la “cátedra”.

Las aportaciones centrales del movimiento vesaliano fueron la ruptura abierta con la autoridad de Galeno sobre morfología y la fundamentación exclusiva de la enseñanza e investigación anatómicas en la disección de cadáveres. Vesalio (1514-1564) al ser nombrado profesor de anatomía y cirugía en la universidad de Padua decidió dejar el lugar del catedrático y bajó a diseccionar él mismo un cadáver para mostrarlo a los alumnos. En 1538 publica la primera edición de su tratado anatómico, en el cuyo prefacio hace una crítica al sistema de enseñanza médico de la época:

Cuando los médicos pensaron que únicamente les importaba la curación de las enfermedades internas, consideraron que bastaba el mero conocimiento de las vísceras y descuidaron, como carente de importancia el de la estructura de los huesos y de los músculos, así como la de los nervios, venas y arterias que se extienden por ellos. Y todavía mas, cuando la práctica de todas las operaciones manuales fue confiada a los barberos, no sólo olvidaron los médicos el verdadero conocimiento de las vísceras, sino que de pronto desapareció la práctica de la disección, sin duda porque los médicos no intentaban operar, mientras que a quienes se había confiado la práctica manual eran demasiado ignorantes para leer las obras de los maestros de la anatomía. Para esta clase de personas es completamente imposible, en efecto, conservar un arte tan difícil que han aprendido de forma puramente mecánica. También es deplorable que esta separación del arte de curar haya introducido en nuestras escuelas el procedimiento ahora habitual de que una persona realice la disección del cuerpo humano y otra exponga la descripción de las partes. Esta última encaramada en la cátedra como una corneja, recita con notable aire de desdén noticias sobre hechos que nunca ha visto directamente, sino que ha aprendido de memoria en los libros ajenos o lee en descripciones que tiene ante los ojos. La primera tiene tan pocos conocimientos idiomáticos que es incapaz de explicar sus disecciones a los estudiantes. Por ello, destroza lo que debiera mostrar, siguiendo las instrucciones del médico, que nunca interviene en la disección y se limita a gobernar el barco con manos ajenas, como suele decirse. De esta forma, todo se enseña mal, se pierden los días en cuestiones absurdas y en la confusión que ofrece a los estudiantes menos de lo que un carnicero puede enseñar a los médicos en su establo [...] (Vesalio 1543 cfr. López Piñero 2000:178-179).

Laín (2004) sitúa la innovación de Vesalio en el cambio radical que introdujo en el estilo anatómico, con una idea descriptiva estática y arquitectural, condicionada por la visión renacentista, que concebía al cuerpo humano como una máquina, como el nombre de su tratado lo indica *De humani corporis fabrica* o Sobre la máquina del cuerpo humano. En consecuencia describió solamente formas, en lugar de estudiarlas en cuanto a sus funciones, tal y como lo hizo Galeno. El orden descriptivo de Vesalio comienza con las partes que sostienen al cuerpo: huesos, ligamentos y

músculos; sigue con las unitivas: venas, arterias y nervios; y termina con los órganos contenidos en el cuerpo. Esta idea condujo a la constitución de la anatomía como una disciplina independiente, de acuerdo con uno de los ejes básicos de la ciencia médica moderna, en donde hay una clara distinción entre forma y función.

Sus ideas no fueron fácil y abiertamente aceptadas, sus propios profesores lo atacaron calificándolo de calumniador, ignorante y desvergonzado, pero Vesalio dejó a varios discípulos que continuaron con sus ideas y las desarrollaron mas ampliamente, lo que permitió que hacia finales del siglo XVI y principios de XVII hubiera trabajos de gran innovación sobre los estudios comparados, embriológicos y estructurales del cuerpo humano.

Paracelso: la ruptura total con el galenismo y sus fundamentos.

La obra de Paracelso ha sido integrada en la tradición de la alquimia de la Edad Media como la primera que criticó de manera global la medicina académica galénica tradicional.

Theophrastus Bombastus von Hohenheim Paracelso (1493-1541) estudió medicina en la Universidad de Ferrara y fue profesor en la Universidad de Basilea, en donde se ganó el odio de varios colegas al quemar los libros clásicos en una hoguera. Criticó abiertamente los fundamentos del galenismo, basándose sobre todo en las doctrinas procedentes de la alquimia; desplazó a un segundo plano la teoría de los cuatro elementos de Empédocles y la de los cuatro humores cardinales de los galenistas y convirtió las tres sustancias alquímicas en el centro de su visión del cuerpo humano y sus enfermedades. Paracelso afirmaba que todos los seres, vivos o inanimados, estaban integrados por la combinación, en proporciones variables, de *mercurius*, *sulphur* y *sal*, que eran al mismo tiempo elementos y modos de comportarse de la materia. Al quemarse un cuerpo, el *mercurius* sería lo volátil, que se escapa en forma de humo; el *sulphur*, lo combustible, que produce la llama; y la *sal*, lo resistente al fuego, que queda en las cenizas; y la diferencia que hay entre las cosas vivas y las inanimadas es la vida misma (López Piñero 2000; Laín 2004).

En el caso del cuerpo humano, aseguraba que estaba conformado por los tres elementos, de los cuales depende su salud, sus enfermedades y todo lo que lo afecta, y como sólo hay tres sustancias es en ellas en donde se originan todas las enfermedades (y no en los cuatro humores o cualidades, según la tradición hipocrático-galénica). Paracelso suponía que la ordenación de dichas sustancias en el cuerpo humano se debía a una fuerza vital específica a la que llamaba *arqueo*; si su acción era insuficiente, se producían depósitos semicristalinos (López Piñero 2000; Laín 2004).

Además, Paracelso ordena la etiología de las enfermedades en cuatro: *ens astrale*, en donde se refiere a los influjos del ambiente y del cosmos; *ens veneni*, aquellas causadas por los alimentos y otras sustancias que entran al organismo; *ens naturale*, que abarca la disposición constitucional; y *ens spirituale*, que eran las acciones patógenas del pensamiento y de la voluntad (López Piñero 2000).

Con esta noción diferente del cuerpo, la salud y las enfermedades, Paracelso también se enfrentó a la farmacoterapia del galenismo, que se basaba principalmente en remedios naturales, entonces él explicaba que en la naturaleza existe *aracana*, es decir, principios curativos específicos para cada enfermedad, que el médico debe de aislar mediante las prácticas alquímicas; ello condujo al perfeccionamiento de la técnica farmacéutica y a la introducción de preparados químicos minerales, que fueron los primeros medicamentos de carácter artificial. Aparte del mercurio, no sólo en ungüentos, sino también por vía oral, utilizaba preparados de azufre, plomo, cobre, hierro, oro, plata y el antimonio (López Piñero 2000; Laín 2004).

Mas adelante, hacia inicios del siglo XVII, los paracelsistas dejaron de utilizar el término alquimia para sustituirlo por “arte separatoria”, es decir, ya no se hablaba de alquimia en el sentido de transmutación activa de los metales, sino se hacía referencia al arte separatoria que descubre las propiedades ocultas, separando lo puro de lo impuro (López Piñero 2000; Laín 2004).

Además, se comienza a notar a nivel general, entre los médicos, la importancia de la química, tanto desde el punto de vista práctico como teórico, primero, consideran a la química como una técnica que permite obtener medicamentos más eficaces que los tradicionales; segundo, se estaba consagrando como un método para investigar la naturaleza desde supuestos muy diferentes a los clásicos.

De esta forma, el paracelsismo fue la única ruptura total con el sistema galénico formulada durante el Renacimiento, ya que los nuevos supuestos brindaban explicaciones coherentes con fundamentos, si bien no clásicos, sí antiguos, y que además estas ideas surgen en un periodo de cambios intelectuales sobre la base del galenismo, con planteamientos sólidos que ofrecían respuestas a la nueva visión del cuerpo y que finalmente, resultó de gran importancia en el eje de la forma de curar las enfermedades.

La incipiente medicina moderna

El punto de partida de la medicina moderna puede situarse en el siglo XVII, que es cuando se da la Revolución Científica. El desarrollo de ésta ciencia no se da en el mismo lapso de tiempo en todos sus aspectos, es decir, durante el siglo XVII la medicina y su práctica se desarrollan a partir de nuevos fundamentos, pero los planteamientos renovadores y la ruptura con los métodos tradicionales no sucede sino hasta el siguiente siglo, ese fue el caso de la cirugía y la higiene pública, que su “revolución” no llega hasta la Ilustración; o la farmacología que su “revolución” llega hasta la primera mitad del siglo XIX.

La primera medicina moderna comprende todos aquellos procesos de renovación, claramente distinguibles del estado en el que la medicina se encontraba durante el Renacimiento. La característica más general del cambio a la medicina moderna es que por primera vez admite solamente un conocimiento limitado de los fenómenos y sus interrelaciones, descartando un saber sobre la esencia de la realidad, de validez absoluta y definitiva.

La anatomía descriptiva del cuerpo humano: Vesalio

Durante los siglos XVII y XVIII se continuó la indagación morfológica del cuerpo hasta terminar con la descripción macroscópica de sus formas; a la vez se desarrolló la ilustración anatómica realista que acompañaba los nuevos escritos, contribución fundamental de Vesalio.

Primero se realizaron descripciones del esqueleto en donde se consideraba a los huesos como estructuras estáticas, de la misma forma que durante el Renacimiento; esta abstracción se superó con la interpretación de los movimientos que las formas óseas determinan, lo que mas adelante sería la anatomía funcional; otra línea que se desarrolló fue la “osteología fresca” la cual se refiere al estudio de las inserciones de los ligamentos, el acoplamiento de los cartílagos, la inervación y vascularización ósea, etcétera; ya con la inminente aparición del enfoque funcional, los músculos fueron estudiados por los seguidores de la iatromecánica, movimiento que aplicó al cuerpo el modelo físico matemático de Galileo (Laín 2004).

Durante el siglo XVIII continuaron las indagaciones macroscópicas hasta dejar prácticamente completa la anatomía descriptiva del cuerpo humano, lo que permitió que durante la Ilustración, el programa de Vesalio se cumpliera, es decir, se logró una descripción sistemática del cuerpo basada en lo observado en cadáveres humanos, abstrayendo las funciones.

Durante la Revolución Científica, el estudio de las funciones orgánicas y de las enfermedades tuvo dos tendencias fundamentales, una basada en los modelos físico matemáticos (iatromecánica), y la otra basada en los planteamientos quemiátricos procedentes del paracelsismo (iatroquímica).

Los sistemas médicos

Entre los siglos XVI y XVIII surgieron numerosos nombres de escuelas y teorías cuya existencia fue efímera, sin embargo, por lo menos tres teorías generales tuvieron la fuerza suficiente para, de una u otra forma, proyectarse

hasta nuestros días: la iatroquímica, la iatromecánica y el vitalismo o animismo.

Durante la primera mitad del siglo XVII, algunos médicos pertenecientes a diferentes universidades asimilaron plenamente las interpretaciones químicas de los procesos fisiológicos y patológicos, así como los nuevos medicamentos artificiales y la explicación química de su mecanismo de acción; todo ello no lo incorporaron a las doctrinas tradicionales, sino que lo integraron en un nuevo sistema médico nuevo abiertamente enfrentado con el galenismo en todos sus campos; dicho sistema incluía, además los resultados de otras corrientes innovadoras como la anatomía descriptiva y microscópica, la teoría de la circulación de la sangre y otros avances. De esta forma, la iatroquímica fue el primer sistema médico moderno que aspiró a integrar todas las novedades que desde el Renacimiento habían ido demostrando aspectos determinados del saber tradicional. Los iatroquímicos fueron en gran medida continuadores de los eclécticos y de los paracelsistas, pero al mismo tiempo eran seguidores de los métodos inductivos, del atomismo y del pensamiento cartesiano (Laín 2004).

La iatroquímica se desarrolló principalmente en la Alemania protestante, y en prácticamente toda Europa se negó este movimiento como una lucha en contra de los medicamentos químicos, publicando varios decretos que prohibían su uso, sobretodo de los preparados de antimonio.

Poco después surgió la iatromecánica, la cual compara el cuerpo humano con una máquina y explica su funcionamiento sobre bases físicas. Se considera precursor de esta escuela a Santero Santorio y como miembro prominente a Alfonso Borelli. A pesar de que los seguidores de esta escuela gozaron de gran prestigio en su época, perdieron la hegemonía en el pensamiento médico al enfrentarse al animismo o vitalismo, una de las escuelas más dogmáticas y difíciles de combatir racionalmente.

La iatromecánica se desarrolló en la Universidad de Padua y uno de sus más importantes representantes fue William Harvey y su teoría sobre la

circulación de la sangre, de la cual, para estos fines, lo más destacado de su contribución fue que además de asumir la circulación pulmonar y demostrar la circulación mayor, utilizó el método comparado y la medición.

Frente a la doctrina galénica, aun vigente, comprobó que la cantidad de sangre que diariamente pasa del corazón a las arterias es muy superior al alimento ingerido (como lo expuso Galeno) y que si estos datos fueran proporcionales se tendría que consumir media tonelada de alimentos por día.

La teoría circulatoria fue, junto a los fármacos químicos, el principal tema de enfrentamiento durante el siglo XVII entre médicos “antiguos” y “modernos”. Los galenistas ortodoxos intentaron rebatirla por todos los medios, llegando a la contradicción de recurrir a métodos experimentales; y los eclécticos admitieron la teoría de Harvey como una rectificación parcial de diferente amplitud pero sin abandonar el sistema galénico, es decir, hicieron un claro intento por hacer compatible la teoría circulatoria con el galenismo (López Piñero 2000).

Finalmente, el concepto central del animismo o vitalismo postula que uno o más elementos inmatriciales constituyen a los seres vivos, ejercen diferentes niveles de control de sus actividades y poseen distintos grados de trascendencia y de contacto con lo divino. La idea del “ánima” representó una alternativa a los conceptos iatroquímicos y iatromecánicos de la patología y constituyó una vigorosa corriente de ideas en filosofía, religión, arte, ciencia y en la vida cotidiana de la mayoría de los individuos, quizá porque el concepto de “ánima” posee una gran influencia en el mundo occidental.

En relación con la medicina, importantes médicos que eran seguidores del concepto iatroquímico de la enfermedad lo hicieron también del animismo. Georg Ernst Stahl sobresalió en la formulación de un sistema médico – filosófico, en el que alma es el principio supremo: importante para la vida, participa en la concepción, genera el cuerpo humano como su residencia y lo

protege da la desintegración que ocurre cuando lo abandona y sobreviene la muerte. Stahl tuvo muchos seguidores, entre los más importantes estuvieron Francois Boisser de Sauvages, Theophile de Bordeau y Paul J. Barthez.

Francois Boissier de Sauvages retomó algunos aspectos de las ideas de Thomas Sydenham, para quien era indispensable clasificar y dar una descripción justa de las enfermedades, ya que su meta era mejorar el tratamiento de los enfermos a través de la distinción clara de éstas. Sauvages elaboró una enumeración de síntomas (hasta entonces no se habían establecido con claridad las diferencias entre el síntoma y la enfermedad) en la que quizá se mezclaron el criterio de localización anatómica y el de origen de la enfermedad.

Inspirado en la idea de Stahl, Bathez propuso el principio *vital* entendido como la causa de los fenómenos de la vida en el cuerpo humano, dotado de movimiento y de sensibilidad. Esta se encuentra distribuida en cada parte del organismo y no puede funcionar de manera aislada en ninguna de ellas, ya que se generaliza por medio de afinidades existentes entre los distintos órganos.

Dentro de esta corriente de pensamiento destacó el francés Xavier Bichat, para quien mediante el estudio de las alteraciones en las propiedades vitales de tejidos específicos (la contractilidad y la sensibilidad) debía entenderse a la enfermedad, su argumento central era que la vida era irreducible a las leyes de la física y de la química. Él llenó una de las etapas cruciales en donde el cuestionamiento mas importante sobre en dónde estaba la enfermedad no podía ser respondido, así Bichat proporcionó el fin al interés excesivo en clasificar las enfermedades al retomar la idea de Sydenham de describirlas con minuciosidad, y reforzar el concepto de que las enfermedades son “objetos” o “cosas” bien definidos, es decir, el postulado central de la ontología.

Farmacoterapia

La farmacoterapia durante este periodo se caracteriza por dos procesos: la incorporación de medicamentos naturales a la medicina científica europea, principalmente plantas, de todo el mundo, que se había iniciado durante el Renacimiento; y la persistencia de las limitaciones de la ciencia y las técnicas químicas, cuya superación inicial conduciría a la llamada “revolución farmacológica” del siglo XIX (López Piñero 2000).

Desde el Renacimiento se integró al sistema terapéutico una serie de productos traídos de América y ya en el siglo XVII existían escritos detallados sobre historia natural, flora y herbolaria del nuevo continente. Uno de los más importantes fue *Historia natural de la Nueva España* realizado por Francisco Hernández, quien viajó a dicho lugar y durante tres años se dedicó a recolectar datos referentes a las plantas medicinales de los lugares a los que iba (Oaxaca, Michoacán, el Pánuco, etcétera), a experimentar los efectos terapéuticos de los medicamentos locales y a escribir; estudió también la arqueología mexicana y fue médico del Hospital Real (López Piñero 2000).

En cuanto a los medicamentos químicos que había introducido el paracelsismo se seguían utilizando y no fue sino hasta que se recurrió a los métodos rigurosamente controlados de la fisiología decimonónica que fue posible la investigación experimental de ellos en sentido estricto.

Profesionalización de los cirujanos y el origen de la técnica quirúrgica

Durante la Revolución Científica se produjo un grave retroceso tanto en la práctica como en la profesión quirúrgica; la separación tradicional entre médicos y cirujanos, que se hizo más profunda en la mayoría de los países europeos, impidió casi por completo que influyeran los avances anatómicos y fisiológicos, así como con las corrientes renovadoras de la patología y la clínica. A pesar de ello, durante la Ilustración se sitúa el punto de partida de la cirugía moderna, por dos motivos, primero porque el cirujano dejó de ser un práctico de bajo nivel social para convertirse en un técnico de prestigio

formados en centros docentes del tipo de las facultades de medicina, ya hacia el siglo XVIII cambiaron las circunstancias que originaron la separación entre médicos y cirujanos, los barberos-cirujanos, con nula o escasa formación eran incapaces de responder a las exigencias de la nueva organización. En segundo lugar, el acto quirúrgico adquirió un carácter técnico por su fundamento morfológico y varios cirujanos renacentistas encabezaron sus libros con un compendio de anatomía

La constitución de la medicina contemporánea

En los primeros años del siglo XIX la concepción del cuerpo humano y de la enfermedad cambiaron, esto tuvo su origen en la nueva visión de la sociedad y del hombre que el empirismo y el romanticismo provocaron. A la vez, se consolida la Revolución Industrial que provocó graves desórdenes sanitarios que ocasionaron algunos cambios en la práctica médica.

El siglo XIX fue la culminación del enfrentamiento dialéctico que los movimientos renovadores habían mantenido con el galenismo, su desarrollo dejó fuera las doctrinas tradicionales y las convirtió en objeto de indagación histórica a diferencia de los sistemas que habían intentado integrar los resultados de las corrientes moderna, durante el siglo XIX, el discurso médico dejó de estar a disposición de los enfoques particulares de cada médico o escuela, ya que se basaba en supuestos conceptuales y metodológicos admitidos por todos, es por ello que en este apartado puede hablarse de la constitución de la medicina contemporánea (López Piñero 2000).

En las ciencias médicas básicas se ha distinguido, de acuerdo a Laín (2004), en un hecho de gran importancia desde el eje de la renovación, es decir, el estudio anatómico del cuerpo, basado sobre todo en la teoría celular y en el evolucionismo, así como la explicación de sus funciones orgánicas con los postulados de la física y la química.

Así se desarrolla la morfología comparada y el evolucionismo darwinista. Desde los primeros años del siglo XIX la tarea de describir las formas anatómicas del cuerpo humano estaba prácticamente terminada y había alcanzado plena madurez exenta de consideraciones fisiológicas, sin embargo ello corresponde al nivel incipiente de la morfología pero para alcanzar un nivel explicativo científico fueron necesarios los estudios comparados y el fundamento doctrinal de la teoría de la evolución.

Durante la primera mitad del siglo XIX se hicieron más precisos los métodos del estudio comparado de diferentes especies, tanto actuales como extintas, con la finalidad de conocer las semejanzas y relaciones que tienen entre sí. La constitución de la morfología comparada y de la paleontología, así como la aparición de la biología como disciplina general, estuvo a cargo de personajes tales como Cuvier, Lamarck, Saint-Hilaire, entre otros. Georges Cuvier, quien estuvo a la cabeza del grupo de científicos del *Muséum d'Histoire Naturelle* partía de la idea de que la importancia del método comparado residía en que permite la formulación de teorías generales acerca de la organización animal, él expone el “principio de correlación de las partes orgánicas”, que hacía referencia a que en los seres vivos no existen todas las combinaciones de órganos que son posible en abstracto porque los órganos se influyen mutuamente al cooperar en su conjunto, dependiendo las funciones que realizan de todas las demás; con esta concepción del organismo como totalidad integrada dio uno de los fundamentos básicos mas importantes de la medicina contemporánea. Lamark, profesor del *Muséum* realizó una importante labor como botánico y expuso su teoría transformista en donde explica la evolución de las especies por la directa influencia del medio ambiente, mediante la conocida “ley del uso y desuso” y que supone la herencia de los caracteres adquiridos, esto significó reducir las categorías taxonómicas a construcciones sin realidad en la naturaleza.

Por su parte, Charles Darwin dio a conocer su teoría evolucionista en su libro *On the origin of species*. El evolucionismo darwinista tiene como primer fundamento la variación intraespecífica, que se refiere al innumerable conjunto de pequeñas variaciones y de diferencias individuales que

aparecen en los seres vivos. Darwin retomó algunos planteamientos de sus colegas, como Charles Lyell y Thomas R. Malthus, de éste último retomó la idea de que una población crece en progresión geométrica y los alimentos en progresión aritmética. Así, Darwin interpoló lo anterior al mundo de lo biológico y formuló su teoría de la selección natural, la cual se refiere a que la capacidad reproductora de los seres vivos es, en general, superior a la necesaria para conservar a la especie, pero la limitación de las subsistencias frena el crecimiento y conduce a que el número de individuos permanezca normalmente constante en un medio ambiente determinado; es decir, muchos individuos mueren en la lucha por su existencia: los que presentan variaciones desfavorables están en desventaja y son eliminados, mientras los que tienen variaciones favorables sobreviven. Las variaciones favorables se van acumulando e imponen un cambio paulatino de las especies que lleva a su mejor adaptación al medio ambiente en el que viven.

La teoría de la selección natural influyó directamente en todas las áreas del conocimiento, su apoyo fundamental fue la investigación morfológica dada su estrecha asociación con la anatomía comparada. Esta línea se desarrolló principalmente en Alemania en donde el discurso biológico estaba en pleno esplendor. Su máximo defensor fue Ernst Haeckel, quien introdujo la morfología evolucionista asimilando los conceptos básicos de la anatomía comparada y de la embriología, replanteó la noción de “paralelismo⁵” lo que le sirvió para formular la ley biogenética fundamental, la cual enuncia que el desarrollo embrionario de un individuo biológico recorre de forma resumida las fases de su origen filogenético, es decir, “la embriogenia es una recapitulación de la filogenia” (López Piñero 2000).

Hay que señalar que Matthias Schleiden y Theodor Schwann desarrollaron uno de los más importantes avances de la biología moderna: la teoría celular; pocos años después Rudolf Virchow sostuvo y defendió esta noción: todas las células provienen de otras células, esto tuvo una gran repercusión dentro de la medicina pues a partir de entonces la meta del

tratamiento médico tuvo como objetivo la célula. Otro gran logro fue el desarrollo de la fisiología experimental por parte de Claude Bernard quien por este medio trató de responder a las interrogantes sobre la función del cuerpo y de la enfermedad; Bernard propuso el término de homeostasis para desarrollar la idea de que el medio interno del organismo es constante y es capaz de resistir las alteraciones provenientes del exterior (Ortiz 2004).

A pesar de los grandes aportes que hubo en la medicina, ésta no siguió de manera integral una sola dirección pues surgieron otro tipo de medicinas, ahora llamadas alternativas, que coexistieron, y aun lo hacen en la actualidad, con la medicina tradicional, por ejemplo, en Alemania surgió la homeopatía, por parte de Samuel Hahnemann; en Estados Unidos de América la osteopatía, desarrollada por Andrew Taylor Still; la quiropráctica, fundada en 1895 por Daniel D. Palmer, también en Estados Unidos de América (Ortiz 2004).

A partir de esta serie de sucesos la medicina hegemónica de Occidente se desarrolla exponencialmente, se estudia la anatomía microscópica y se desarrolla la teoría celular; así como la fisiología y la bioquímica; la genética y la biología molecular; así como una extensa gama de técnicas como la endoscopía, la radiología, la ecografía, la resonancia magnética, entre otras. Proceso que considero el parte aguas para la transformación de la noción de cuerpo, enfermedad y cuerpo enfermo, en donde queda en segundo plano la persona enferma y la medicina se concentra en buscar la enfermedad cada vez a niveles más micros, en donde la enfermedad ya no está en el cuerpo en su totalidad.

Por otro lado, es importante notar que la vigencia en cada momento y en cada sociedad del saber médico consiste en ordenaciones globales de conocimientos y técnicas condicionadas socioculturalmente; dependen, por una parte, de las circunstancias sociales, económicas, políticas y culturales; por otra, de la visión de la naturaleza, la idea sobre el ser humano y la

⁵ Esta noción se refiere a la idea de la similitud entre las fases del desarrollo embrionario y los niveles

sociedad, así como la concepción y los métodos del conocimiento. Y dentro del condicionamiento sociocultural desempeña una importante función la ideología, que en este momento es definida como un sistema de ideas y valores que son el resultado de la racionalización de los intereses de grupos sociales determinados.

Esta recopilación de la historia de la medicina tiene como objetivo hacer notar cómo el desarrollo del pensamiento médico ha sido un parte aguas en el desarrollo de las nociones de enfermedad y de cuerpo, siendo las ideas que legitimizan el discurso en su totalidad.

Medicina – Enfermedad – Terapéutica – Cuerpo

A lo largo de la historia del pensamiento médico ha existido un cuestionamiento que de alguna forma ha sido constante: ¿en dónde está la enfermedad? Considero que esta es una de las preguntas fundamentales que los sistemas médicos a lo largo de la historia han tratado de responder.

Como se ha dejado ver en el desarrollo de este capítulo, la forma de pensar la enfermedad y de curarla está directamente relacionada a la forma en la que se entiende el cuerpo, noción que nunca ha sido estática, sino que varía de acuerdo con la misma forma de entender el mundo, en donde se entrelazan la cultura, la sociedad, el poder, la medicina, el arte, es decir, el cuerpo humano sólo puede ser definido a partir de las categorías que definen a una sociedad.

Pero, ¿qué es la enfermedad? al inicio de este trabajo se presenta una caracterización, bajo la cual se desarrolla el planteamiento del problema, pero cabe mencionar la forma en que Georges Canguilhem (1986:147) la define:

La enfermedad no es solo la desaparición de un orden fisiológico, sino también la aparición de un nuevo orden vital. [...] No hay desorden

de la “escala de la naturaleza”

sino sustitución de un orden esperado o deseado por otro orden que sólo cabe hacer o que sólo cabe sufrir.

Además especifica que

La enfermedad no es una variación en la dimensión de la salud, es una nueva dimensión de la vida (Canguilhem 1986:141)

Es decir, la enfermedad trastoca la salud pero también la vida, el cuerpo, en términos biológicos e incluso sociales, no es el mismo después de una enfermedad, y el grado de cambio radica en el tipo de enfermedad que se padezca así como la forma en la que afecta los roles sociales que desempeña un individuo. Y esto va completamente ligado a la forma en que una enfermedad en particular se construya socialmente, es decir, lo que significa padecerla.

Ahora bien, muchas son las categorías con las cuales se designa a un enfermo, un enfermo puede ser el anormal, el monstruo, el apeestado, entre otros, debido a las alteraciones orgánicas que presenta su cuerpo. A continuación se analizarán dichas categorías en relación a la enfermedad.

Durante el siglo XIX, Geoffrey Saint-Hilaire dividió las anomalías en *variedades*, *vicios de conformación*, *heterotaxias* y *monstruosidades*. Las *variedades* son anomalías simples, leves, que no obstaculizan el cumplimiento de ninguna función y no producen deformidad; los *vicios de conformación* son anomalías simples, poco graves desde el punto de vista anatómico y que imposibilitan el cumplimiento de una o varias funciones o producen alguna deformidad; las *heterotaxias* son anomalías complejas, graves en apariencia desde el punto de vista anatómico, pero que no obstaculizan ninguna función y no son perceptibles desde el exterior; por último, las *monstruosidades* son anomalías muy complejas, muy graves, que hacen imposible o difícil el cumplimiento de una o varias funciones, o producen en los individuos a quienes afecta una conformación viciosa muy diferente a la que presenta ordinariamente su especie (Canguilhem 1986).

Ahora bien la diferencia entre anomalía y enfermedad radica en que la primera se hace patente en la multiplicidad espacial, la enfermedad se hace patente en la sucesión cronológica, es decir, lo propio de la enfermedad consiste en interrumpir el curso de la vida, en ser propiamente crítica; incluso cuando la enfermedad llega a ser crónica luego de haber sido crítica, hay una añoranza por lo cual el enfermo y su círculo aun tienen nostalgia, así, no sólo se esta enfermo en relación a los otros sino con relación a uno mismo. Lo propio de la anomalía consiste en ser constitucional, congénita, incluso cuando la aparición se atrasa respecto al nacimiento y sólo es contemporánea en ejercicio de la función; por lo tanto, quien tiene una anomalía no puede ser comparado consigo mismo (Canguilhem 1986).

Todas las ideas antes expuestas se hilan al pensar en que los sistemas médicos se construyen sobre la pregunta de ¿en dónde se encuentra la enfermedad? para ello considero que es necesario tener en cuenta cuál es el significado que se le otorga al cuerpo humano en momentos y contextos específicos, ya que, como lo vimos con las sociedades que entienden al cuerpo humano como un todo o como la representación del universo, es decir, microcosmos-macrocosmos, la enfermedad se encuentra en todo él, en toda su naturaleza, y es necesario restablecer su equilibrio como una unidad, ya que el cuerpo es una unidad, unidad del cuerpo y unidad del mundo. Conforme se desarrolla la Medicina occidental y ésta va fragmentando cada vez mas al cuerpo, la enfermedad se convierte poco a poco en una entidad mas localizada, el cuerpo se segmenta, la enfermedad se puede localizar en las partes tan pequeñas como el mismo cuerpo haya fragmentado y el todo se elimina.

Capítulo IV

Tercer eje de análisis: cuerpo enfermo

En este capítulo abordo el tema del cuerpo enfermo como parte de la construcción del modelo propuesto, parto de la premisa de que para entender al cuerpo enfermo primero hay que comprender qué es y cómo se conforma la noción de cuerpo, categoría abstracta que al entenderla o tratar de definirla permite formular un discurso justificado y mas completo sobre dicho tema.

Antecedentes.

Filosofía del cuerpo

Me parece importante comenzar este apartado con algunas posturas filosóficas que abordan al cuerpo ya que es a partir de ellas que se han construido muchos de los discursos sobre el cuerpo que se utilizan en la antropología.

Uno de los primeros filósofos occidentales que trabajó el tema del cuerpo fue Gabriel Marcel, quien fue el primer pensador que trasladó el tema del cuerpo a una serie de reflexiones filosóficas; él considera al hombre como un ser encarnado, ligado esencialmente a su cuerpo como el rasgo más radical de su existencia, de esta forma Marcel encuentra en el cuerpo el punto de unión entre el objeto y el sujeto, pero no llega a afirmar la existencia de una unidad

entre la sustancia (alma) y el cuerpo, ya que esto implica su posesión, lo anterior resulta inconcebible pues si el cuerpo es el medio por el cual uno posee los objetos la sustancia está muy lejos de ser un objeto (Marcel 1964 en Rico Bovio 1990).

De hecho, para Marcel la relación entre el alma y el cuerpo no representa una problemática sino que resulta ser una relación misteriosa, rechaza y argumenta el porqué el cuerpo no puede ser un instrumento, primero dado que no es un recurso que sirve para acrecentar una facultad; segundo, porque los instrumentos son exteriores a uno, y así lo afirma: “yo no me sirvo de mi cuerpo, yo soy mi cuerpo” (Marcel 1927 en Aisenson 1981).

La tesis fundamental de Marcel se basa en la *posesión* del cuerpo, en donde la relación de posesión normal justamente coloca al cuerpo como un objeto o como algo externo al ser, de esta forma, la categoría de posesión del cuerpo mantiene un vínculo diferente pues no es poseer algo que no es propio, es decir, no es utilizada en función del tener, sino que el cuerpo propio es la condición de todo tener, así

mi cuerpo es mío en tanto no lo contemplo, en tanto no coloco entre él y yo un intervalo, en tanto no es objeto para mí, sino que soy mi cuerpo (Marcel 1952 en Aisenson 1981).

Como resulta imposible pensar en la posesión del cuerpo desde el *tener*, por las implicaciones que esta idea conlleva, se propone pensarlo dentro de la posesión pero desde la esfera del *sensus*, es decir, la percepción, y es bajo esta mirada que se puede entender. De esta forma, el cuerpo es un instrumento en la medida que experimenta una sensación y así se establece una comunicación con cosas distintas a uno mismo y es cómo el “cuerpo sentido” existe en la medida que permite sentir otros objetos como tales y es, en este orden de ideas que Marcel llega al punto de afirmar que el cuerpo es el centro del universo personal (Aisenson 1981).

Ahora bien, Marcel integra todo lo anterior en el punto en el que indica que el cuerpo es el medio por el cual el hombre se inserta en la existencia y

mediatiza su presencia en el mundo. A su vez, gracias su cuerpo el hombre es dueño de su propia historia, ya que en él se registran las experiencias de su vida. El cuerpo es el núcleo que permite organizar el universo, es el vínculo que liga al hombre a su pasado y da la individualización, y es entonces cuando se puede pensar al cuerpo como una prioridad absoluta (Marcel 1927 en Aisenson 1981).

Jean-Paul Sartre es otro filósofo que sienta las bases para la filosofía de la corporeidad. Lo mas relevante de este autor es que interpreta al hombre como un ser en situación y apunta a la corporeidad como el factor esencial de la situación humana, poniendo énfasis, de la misma forma que Marcel, en la conciencia; de esta idea se desprende la diferenciación que hace entre el “en-sí” y el “para-sí”, en donde el primero se refiere a la materia o las cosas y el segundo a la conciencia, y ambos se integran en la realidad humana (Aisenson 1981; Rico Bovio 1990).

En este juego de ideas y palabras, Sartre ha sido criticado pues lejos de aclarar la realidad humana la oscurece en el sentido de que la relación entre el en-sí y el para-sí se torna negativa cuando el para-sí nadifica al en-sí, es decir, si la materia es sólo materia, carente de una interioridad que se oponga a la exterioridad, entonces la conciencia queda fuera, se convierte en nada; en otras palabras, la postura de Sartre deja a la conciencia como un hueco del ser, pues plantea que toda conciencia es conciencia de algo, constantemente cargada de una intencionalidad y así, el para-sí de un objeto es designarlo como “lo que no es la conciencia” y es entonces cuando la conciencia sólo se afirma como no siendo el cuerpo (Aisenson 1981:41-42).

Para Sartre, el cuerpo desempeña un papel fundamental en la vida del hombre, pues “ser, para la realidad humana es estar ahí”, lo que el autor define como ser-en-el-mundo, el hombre está ahí a través de su cuerpo y la corporeidad es lo que asegura en el hombre la contingencia que sostiene al para-sí y le permite existir colocándolo en cierta posición; pero además el para-sí constituye también parte de la relación del hombre con el mundo. Además, pone especial interés en la percepción, ya que las cosas son de

acuerdo a como uno las ve, es decir, el mundo está orientado de acuerdo a un para-sí, en donde la realidad humana hace al mundo. En este orden de ideas, Sartre define al cuerpo como “la forma contingente que asume la necesidad de mi contingencia” (Sartre 1948 en Aisenson 1981).

Las explicaciones anteriores dan paso a las tres dimensiones ontológicas: el cuerpo como ser-para-sí (existe mi cuerpo), el cuerpo-para-otro (mi cuerpo es utilizado y conocido por el prójimo) y el cuerpo-para-sí (existe para mí como conocido por el otro a título de cuerpo); esta separación constituye la tesis de que la vivencia del propio cuerpo es consecutiva al encuentro con “el otro” (Aisenson 1981; Rico Bovio 1990; Aguado 2004).

El ser-para-sí se refiere directamente al cuerpo en la perspectiva de la conciencia, es decir, las cosas del mundo se ordenan desde una perspectiva personal a través del propio cuerpo; en el cuerpo-para-otro el prójimo existe primero para uno mismo y después se capta su cuerpo porque el cuerpo ajeno es una estructura secundaria; por último, el cuerpo-para-sí, categoría considerada como la mayor aportación de Sartre a la teoría de la corporeidad, va en función de que es a través de la mirada ajena que se revela el cuerpo propio, es decir, mi cuerpo se revela como tal a partir del cuerpo del otro (Rico Bovio 1990). En palabras de Aguado (2004:33) el ser-para-sí es un punto de vista inmediato y formulado desde el sujeto; el cuerpo-para-otro es un punto de vista inmediato-mediató, pero expresado desde el exterior del sujeto; y el cuerpo-para-sí es un punto de vista mediató que expresa el proceso ideológico que constituye la identidad.

Esta distinción de las tres dimensiones del cuerpo han servido para entender el desarrollo de la conciencia corporal: cuerpo vivido, el cuerpo percibido y el cuerpo interpretado.

Maurice Merleau-Ponty es otro filósofo importante para el desarrollo de la teoría de la corporeidad. La tesis principal de este autor se centra en dilucidar la dinámica de la percepción con relación al cuerpo y trata de demostrar cómo el cuerpo, tanto en el plano biológico como en su dimensión

vivencial, sentido como un cuerpo propio, es partícipe en la organización de la vida personal (Aisenson 1981; Rico Bovio 1990).

Para Merleau-Ponty, y su enfoque fenomenológico, ni la naturaleza y ni la vida pueden pensarse sin referencia a la naturaleza percibida y es el cuerpo (y no la conciencia) quien observa al mundo y a la vez es su habitante. Esto no deja al cuerpo como una categoría abstracta, sino que el cuerpo se convierte en el vehículo de ser en el mundo, el punto de vista que cada quien tiene sobre la realidad; el cuerpo, desde la filosofía de Merleau-Ponty abarca sus aspectos físicos y psíquicos, los cuales considera inseparablemente unidos y ambos dan razón a la percepción, por lo tanto no puede existir una separación entre el alma y el cuerpo (Rico Bovio 1990).

Introduce el concepto de ser-en-el-mundo, el cual se refiere básicamente al hombre como ser en situación; así mismo, el hombre tiene una estructura orgánica que contribuye a configurar su existencia, y es a través del cuerpo que se entra en contacto con el mundo por medio de la percepción, pero además, el cuerpo forma parte de ese mundo, lo integra: “las cosas son la prolongación de mi cuerpo, y mi cuerpo es la prolongación del mundo, por él el mundo me rodea” (Merleau-Ponty 1964 en Aisenson 1981).

Cabe señalar que cuando el autor hace referencia al organismo del sujeto no está hablando del cuerpo estudiado por la anatomía o la biología, sino lo que él llama el *cuerpo fenoménico*, que es el que encarna la existencia y que se vincula a los demás (cuerpos), esto se debe a que no se puede desligar la percepción de las acciones, es decir, la percepción esta íntimamente ligada a una forma particular de estar en el mundo, y en este orden de ideas, el cuerpo es un sistema de acciones posibles, cuyo lugar fenoménico está definido por su situación (Aisenson 1981).

Merleau-Ponty introduce otro concepto importante en su discurso, el esquema corporal, el cual es la representación de la vivencia de nuestro cuerpo como una estructura sensoriomotriz, lo que supone la vivencia de su postura, de sus movimientos y de su ubicación en el espacio, es la toma de

conciencia global del cuerpo, el esquema corporal le permite a la persona saber el lugar que ocupa (Aisenson 1981:88), pero además de ello es la manera de experimentar que mi cuerpo está en el mundo. Es importante señalar que Merleau-Ponty trata de superar el dualismo occidental y concibe al cuerpo como el eje del mundo.

Ahora bien, Merleau-Ponty discute el hecho de que la percepción no se construye sólo a través de un proceso en el que el sujeto sólo se limita a recibir la información del exterior, sino que la percepción es el resultado de componer los elementos integrantes de la recepción para convertirlos en objetos mentales, esto se puede ejemplificar, como lo hace Laín, con el rostro:

 Mi representación del rostro que veo resultaría de combinarse entre sí las notas sensoriales correspondientes a los varios elementos compositivos –ojos, nariz, boca, etc.- que en el objeto real visto –«este rostro»- puedan discernirse. La actividad del sujeto percipiente no pasaría de ser una construcción a posteriori (Laín 1989:269).

De esta forma, Merleau-Ponty otorga gran importancia al acto perceptivo atribuyéndola como una radical actividad del sujeto. Así, la verdadera realidad de la percepción radica en que “ver el mundo es moverse hacia el mundo para seguir actuando en él” (Laín 1989).

Este acto perceptivo está integrado por tres nociones que el filósofo propone: el sentido, el esquema corporal y el arco intencional. El primero, puede considerarse muy básico, y trata sobre que toda percepción para ser interpretada de cierta forma está cargada de *sentido*, es decir, para que algo se convierta en un objeto percibido, tiene que pasar por las notas sensoriales que le atribuyen cierto sentido al objeto y dicho sentido depende de las particularidades del objeto, del individuo y de la situación en la que la percepción se produce, de esta forma, para Merleau-Ponty, el cuerpo es “un conjunto de significaciones vividas y un nudo de significaciones vivientes”. El esquema corporal es un resumen de la experiencia corporal, un fenómeno que unifica al cuerpo haciendo de cada una de sus partes una sola cosa; es

la toma de conciencia global de mi postura en el mundo intersensorial, dinámica, la esquema corporal es una manera de expresar que mi cuerpo es y está en el mundo. Por último, el arco intencional es el que otorga unidad a todos los sentidos, es a través de él que el cuerpo da sentido a lo que percibe. Así, el cuerpo humano es un ente material que se manifiesta y realiza en un comportamiento específico, es una realidad que permite superar oposiciones como la percepción y la acción de un sujeto cognoscente y el objeto conocido, entre el alma y el cuerpo, entre la materia y el espíritu, entre el ser-en-sí y el ser-para-sí (Merleau-Ponty 1976).

Paul Ricoeur, filósofo francés que se une al abordaje del tema del cuerpo desde una visión, que si bien se puede entender a través de la tradición que lo forma, integra a su discurso la noción de que la voluntad se realiza en el cuerpo, y afirma que el acto voluntario de “yo quiero” integra tres momentos básicos: “yo me decido”, “yo muevo mi cuerpo” y “yo consiento”, en este orden, Ricoeur introduce la idea del cuerpo como agente y titular de “poderes” al decir “yo puedo”, o bien, el cuerpo como fuente de motivos para la ejecución del acto voluntario que no es una herramienta, es la mas fundamental fuente de motivos (Laín 1989).

Esta postura de Ricoeur pone en un plano nuevo al cuerpo, lo presenta como participante activo del mundo y el acto de participar está cargado de querer y de motivos, en donde la voluntad es la guía. Ahora bien, el autor relaciona lo involuntario corporal con la voluntad a través de las relaciones que hay entre el motivo y el proyecto, categorías que se relacionan de manera circular y que exigen el reconocimiento del cuerpo como ser-para-mi-querer, y mi querer como proyecto-que-se-funda-sobre-mi-cuerpo; es decir, lo involuntario es para la voluntad y la voluntad es en razón de lo involuntario, de esta forma, Ricoeur deja a un lado las explicaciones que ponen las diferentes categorías que describen al cuerpo a través de la superior y lo inferior y lo traspasa a una línea horizontal, haciendo a un lado también los prejuicios naturalistas (Laín 1989: 278-279).

Ortega y Gasset, filósofo y escritor español, es el primero en exponer de manera temática la necesidad de tomar en cuenta el sentimiento del propio cuerpo para poder entender la realidad del hombre; para ello propone llamar *carne* a lo que hemos viniendo manejando como cuerpo y, en sus palabras no vemos nunca el cuerpo del hombre como simple cuerpo, sino como carne; es decir, como una forma especial cargada, cuasi eléctricamente, de alusiones a una intimidad [...] En el cuerpo del hombre el verbo se hace carne; en rigor, toda carne encarna un verbo, un sentido (Ortega 1930 en Laín 1995:190).

Para Ortega, el cuerpo es lo único de lo cual el hombre puede tener un doble conocimiento, es conocido por fuera (extracuerpo) y por dentro (intracuerpo), se sabe cómo es su forma, cómo se ve, pero también cada quien tiene una idea de cómo es el cuerpo por dentro porque es a través de él que se percibe al mundo, el mundo se vive a través del cuerpo y se verifica con los ojos, siento cómo se mueve, a pesar de que el cuerpo interno no sea un objeto visual sí está constituido por sensaciones (Laín 1989).

Ortega advierte la gran importancia que para un conocimiento adecuado a la realidad del hombre tienen el análisis y la comprensión del sentimiento del cuerpo propio. Nombra al continente del hombre como intracuerpo, pero además propone describir qué es para todo hombre y cómo es para cada cual el cuerpo propio, si desde adentro se le siente (Laín 1989:119).

Zubiri es otro filósofo que ha trabajado el tema del cuerpo desde una postura antropológica. Para él, el cuerpo humano manifiesta de manera plena su condición específica, es decir, ser humanamente cuerpo, como *soma*. El cuerpo como *soma* se entiende por medio de sus tres funciones básicas: su función organizadora, su función configuradora y su función somática (Laín 1989).

La función organizadora del cuerpo humano se refiere a la forma en que cada una de las partes del cuerpo, desde una pequeña célula hasta estructuras más complejas, se organiza para conformar un todo, es decir, un

sistema total. La función configuradora es por la que el organismo tiene una figura, la cual se da por la organización de las partes, es decir, por la función organizadora; pero además de dar una forma contribuyen a su dinámica, es a partir de esta función que el organismo funciona como un todo. Por último, la función somática se refiere a la manifestación formal que le da el carácter de humano al cuerpo, y es en virtud de esta función que el cuerpo tiene “presencialidad física”; el organismo es cuerpo, *soma*, pues es el fundamento material de la corporeidad del sistema (Laín 1989:231).

Zuribi se basa en el concepto griego de cuerpo: *soma* para desarrollar su idea, pero no se refiere sólo a la traducción de la palabra, sino que el término *soma* hace referencia también al conjunto unitario en el que se manifiesta y se hace presente la esencia de algo. Así, el *soma* integra la expresión física del hombre, es decir, su cuerpo, pero también representa su conducta, su forma de estar en el mundo, ya que el *soma* aparece como una forma de conducta, actualiza y manifiesta todo lo que el hombre es (Laín 1989).

El cuerpo en la antropología

*El cuerpo es una construcción simbólica,
no una realidad en sí mismo
David Le Breton*

La noción de cuerpo puede ser considerado, en términos muy generales, como un fenómeno físico, social, cultural e histórico, en donde el cuerpo inserta al hombre en el campo simbólico:

Las disposiciones físicas del hombre se revelan de un conjunto de sistemas simbólicos. Los significados en los que se basa la existencia individual y colectiva nacen y se propagan del cuerpo. Él es el eje de la relación con el mundo, el lugar y el tiempo donde a través del rostro individual de un actor la existencia toma cuerpo. A través de él, el hombre se apropia de la sustancia de la vida y la traduce a los

demás/otros por medio de sistemas simbólicos que comparte con los miembros de su comunidad (Le Breton 2002:4)

Así, el cuerpo es una construcción simbólica y es en donde se interceptan significaciones sociales, culturales y científicas; de esta forma, el cuerpo no es sólo el objeto físico del hombre, sino que es a partir de él que el hombre se relaciona con el mundo, a través de una compleja red de significados que le dan una concepción específica y determinada; cada sociedad tiene una noción muy particular del cuerpo, por ejemplo, en las sociedades tradicionales el cuerpo no se distingue de la persona, mientras que en la cultura occidental, a partir del Renacimiento se presenta un proceso de individuación que implica la ruptura del sujeto con los otros, con el cosmos y consigo mismo (Le Breton 1995). Este proceso será explicado mas adelante, porque es importante enfatizar que cada época y cada contexto cultural generan diferentes pautas para comprender y usar las facultades corporales, y en términos generales las creencias populares, el arte, la religión, la ciencia e incluso la política contribuyen a entenderlo.

Por otro lado, algunos autores afirman que la existencia del hombre es corporal (Rico Bovio 1990; Le Breton 1995; Vera 2002; Aguado 2004) y por lo tanto el cuerpo es el eje de una gran variedad de reflexiones que dependen de la postura teórica o la pura tradición de pensamiento, de hecho, el cuerpo es un tema de especial importancia para el análisis antropológico ya que pertenece, por derecho propio, a la cepa de identidad del hombre (Le Breton 1995).

Sobre esta línea, Aguado define al cuerpo humano

como un organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica, que es capaz de producir y reproducir significados. Este proceso de producción de sentido implica una interacción continua del sujeto con otros cuerpos dentro de un tiempo-espacio determinado (Aguado 2004:25).

Esta definición da especial importancia y vincula al cuerpo con la identidad, en donde existe un proceso de retroalimentación que va de la capacidad de reconocimiento de sí a partir del otro y del otro a partir de sí mismo; de hecho, el autor afirma que el proceso de simbolización corporal se relaciona directamente con el contexto sociocultural y con el universo ideológico, razón por la cual el cuerpo sintetiza la comprensión del universo de una cultura.

En este orden de ideas, Rico Bovio (1990) presenta una tesis sobre la corporeidad en función a la experiencia, para ello demarca tres dimensiones del cuerpo, basadas en las propuestas de Sartre, que permiten el desarrollo de una conciencia corporal, es decir, el cuerpo no es sólo un cuerpo, un objeto, sino que es un cuerpo vivido, un cuerpo percibido y un cuerpo interpretado; el primero va desde la inconsciencia y automatismos hasta la formación de hábitos motrices que permite la acumulación de información en la memoria; el segundo va en función de la experiencia del otro semejante a uno mismo pero también diferente; el tercero, comienza desde el reconocimiento del otro como semejante hasta su alienación (Rico Bovio 1990:37).

Esta propuesta, que es una relectura de Sartre¹, pone atención a que la corporeidad se construye desde el inconsciente y en función del otro, quien es semejante pero diferente, es decir, yo soy en cuanto al otro diferente.

Vera (2002:106-107) por su parte, también propone entender al cuerpo como experiencia en donde la realidad es percibida a través del cuerpo, el cuerpo es el mediador de la existencia y de la persona y su medio, es decir, el cuerpo es un instrumento por medio del cual se da razón del mundo pero a la vez es una entidad en sí mismo, mediador y pasajero; además afirma

... a la vez que mi cuerpo me proporciona información sobre mi ser y mi estar, posibilita la toma de conciencia de la existencia del otro. En la medida que me reafirmo al decir que “yo soy”, enuncio en la misma

¹ La propuesta de Sartre también se desarrolla en tres dimensiones: Existe mi cuerpo; Mi cuerpo es utilizado y conocido por el prójimo; Existo para mí como conocido por otro a título de cuerpo (cfr. Rico Bovio1990).

frase la posibilidad de ser del otro que no es igual a mi (Vera 2002:107)

en este eje dice que el cuerpo no es sólo vía de conocimiento (a través del cuerpo conozco el mundo) sino también de acción (el cuerpo es el medio por el cual estoy en el mundo), pues en ese juego de percibir el cuerpo propio, el cuerpo del otro y la realidad, se establece una dinámica que le da sentido al ser y a la acción (Vera 2002).

O bien, en palabras de Laín Entralgo (1989:248):

antes que conocimiento del mundo en torno, lo que mi cuerpo me ofrece es la posibilidad de actuar sobre él; los sentidos corporales por los que el mundo me llega no son primariamente vías de conocimiento, son vías de acción original, no sólo de reacción, y actúan por tanto como fuentes de espontaneidad.

De esta forma, Vera (2002) propone un enfoque experiencial del cuerpo en donde pretende entender al sujeto como una unidad. Para ello, dice el autor, la noción de cuerpo propio abre paso a la noción del cuerpo como una pertenencia y como contenedor lo cual conforma el plano identitario del hombre, de esta forma, no se puede decir que yo poseo un cuerpo, sino que el cuerpo implica existencia, es decir, yo no existo sino es a través de mi cuerpo. No es posible hablar de la posesión de mi cuerpo porque mi cuerpo es una condición indispensable para ser, y sólo por tener un cuerpo es que puedo estar en el mundo. En este punto me parece que el autor trata de hacer a un lado la tradición dicotómica mente-cuerpo, pues argumenta que ésta no existe pues “yo soy mi cuerpo”.

Vera (2002) también propone que para comprender al cuerpo es necesario incluir algunas categorías que lo definirían como cuerpo experiencial, es decir, al vivir el cuerpo existen funciones como la percepción y la sensación, lo cual hace que se convierta en una representación mental. Lo más importante de esta propuesta, a mi parecer, es que Vera plantea la importancia de aplicar este enfoque a la Antropología Física, sin dejar, claro está, de lado los enfoques tradicionales, pero que si se introduce el enfoque

experiencial del cuerpo se lograrán desarrollar teorías de alto nivel explicativo.

Ahora bien, como se había dicho en líneas anteriores, históricamente, la noción de cuerpo ha contribuido a establecer una distinción entre lo material y lo no material, ejemplo de esto es el pueblo judío que no hacía ninguna diferenciación entre lo físico y lo psíquico del hombre, pero los antiguos griegos utilizaban la palabra *soma* para referirse a él oponiéndose al concepto que tenían de espíritu. También es de notar que las diferentes culturas jerarquizan el cuerpo de diferente forma, tal es el caso de occidente, en donde se le da mayor importancia a la cabeza y los centros nerviosos superiores mientras que en oriente se pone especial atención en el vientre pues es el punto donde se irradia la energía (Rico Bovio 1990:17-18).

La teoría corporal actual se dirige a apuntar que la separación entre los planos físico e inmaterial del cuerpo carece de fundamentos sólidos; el surgimiento de estas ideas, según Rico Bovio (1990:26), en el mundo material fue la conjugación de los sentidos de la vista, el tacto y los movimientos musculares, mientras que el oído y el olfato generan percepciones reales que se mantienen en un plano más etéreo e irreductible de los otros contenidos sensoriales, esto llevó a la asimilación de una realidad formada por lo visible y lo invisible.

Esto puede notarse en la muy característica visión occidental del cuerpo, la cual gira en torno a un proceso de individualización y a la teoría anatómo-fisiológica que en la actualidad explican los saberes del cuerpo y que además le dan la base a la medicina y las relaciones socio-culturales de la modernidad (Le Breton 1995).

Para entender éste proceso hay que situarnos en la Edad Media en donde la dinámica de la sociedad se desarrolla básicamente de forma dicotómica entre Dios y el hombre, entre el hombre y la mujer, entre la ciudad y el campo, entre la riqueza y la pobreza, el poder y la dependencia, entre la razón y la fe, entre la violencia y la paz, y mas importante aun, en lo que

concierno a esta investigación, la producida entre el cuerpo y el alma (Le Goff y Truong 2005).

Durante la Edad Media la construcción social del cuerpo gira en torno al pecado original, el cual es el producto de la desdicha humana, del desafío del hombre a Dios, pecado que es traducido como un pecado sexual y por lo tanto condena al cuerpo; el cuerpo es el pecador y por ello es despreciado, condenado y humillado; a partir de esto se comienza a desarrollar un discurso sobre su condición pecadora.

Hacia el siglo XIII de alguna manera cambió dicho desprecio hacia el cuerpo y principalmente los teólogos de la época comenzaron a darle cierto valor positivo, tal es el caso de San Buenaventura, quien, tal vez retomando la importancia a la cualidad que le daban los griegos clásicos, le otorgó cierta grandeza al cuerpo humano por su posición erecta pues esto permite al hombre orientar su alma a Dios²; este mismo teólogo, rompiendo con lo que el discurso cristiano decía en ese momento, le otorgó también un valor sexual al cuerpo del hombre por la perfección y la belleza que tiene como ser elegido por Dios (Le Goff y Truong 2005).

Otro personaje importante, que marca un hito en la religión cristiana desde la época medieval, incluso hasta la actualidad, es Santo Tomás de Aquino, éste teólogo concibe el placer corporal como una cualidad humana indispensable que debe regirse mediante la razón a favor de los placeres superiores del espíritu, ya que las pasiones sensibles contribuyen al dinamismo del impulso espiritual (Le Goff y Truong 2005:13).

Santo Tomás de Aquino escribe *Summa teologica* en 1265, obra en la que el autor sintetiza el pensamiento cristiano, pensamiento que rige lo referente al matrimonio, la familia y las conductas sexuales. El punto central del discurso tomista es Dios como un todo, y el hombre “quien tiene la obligación de

² Recordemos que Aristóteles dice que la principal diferencia entre los animales y el hombre es la posición erecta, pues de esta forma lo alto del cuerpo se dirige hacia lo alto del universo.

ajustar sus actos al orden divino” (Ortega Noriega 2000:33), es decir, cómo el hombre debe de comportarse ante la ley de Dios.

De esta forma se puede apreciar que a partir del siglo XIII la Iglesia es el medio para establecer ciertas normas relacionadas con la sexualidad, considerando la importancia de la condición sexuada del cuerpo, un cuerpo que no es libre de hacer lo que sus instintos le dictan, sino que tiene que acatar una serie de normas morales de comportamiento que se ligan al castigo del mismo cuerpo por su incumplimiento. El cuerpo es corrompible por sus propios instintos.

La glorificación del cuerpo tiene lugar principalmente por la idea de la encarnación de Jesús, del hijo de Dios, el cual toma un cuerpo de hombre y vence a la muerte; este discurso representa el dogma cristiano de la resurrección de los cuerpos, no hay que olvidar la importancia y fuerza sobre la vida de los hombres durante la Edad Media de la religión cristiana.

A pesar de la existencia de esta noción sobre el cuerpo glorificado me parece que el discurso dualista entre alma y cuerpo, en donde el alma es divina y el cuerpo pecador genera que éste sea despreciado, pero no todos los cuerpos son iguales, existen cuerpos sanos como los de sacerdotes, cuerpos elegidos como los de la nobleza, cuerpos de guerreros ennoblecidos por la guerra, cuerpos de trabajadores abrumados por sus respectivas labores, cuerpos pobres y cuerpos ricos, los cuales son construidos simbólicamente de manera diferente; estas diferencias en los cuerpos se traduce también en el lugar que se ocupa en el *más allá* tras la muerte y el sufrimiento producido en el Purgatorio y el Infierno.

Me parece importante de señalar lo anterior debido a que dentro del mundo medieval, en donde las dicotomías alma/cuerpo, riqueza/pobreza, etcétera, también se expresan en las construcciones sobre cuerpo noble/cuerpo pobre. La Iglesia, con su poder político y económico, perdona y glorifica el cuerpo del noble, no lo mismo que el cuerpo del comerciante, del mendigo, de la prostituta, esos son los cuerpos que por su condición no entran en el

discurso glorificador, ellos son los despreciados y condenados, los que con sufrimiento tienen que ganarse un lugar en el Paraíso, lugar que eclesiásticos y nobles tienen asegurado.

Cabe señalar que a pesar de que la dualidad alma/cuerpo existe desde los antiguos griegos y persiste durante la Edad Media, es hasta el siglo XVII cuando se da la separación más radical; durante la época medieval el hombre se entiende como compuesto por un cuerpo que es material, creado y mortal, y un alma, que es inmaterial, creada e inmortal, es decir, el cuerpo y el alma son indisociables, el cuerpo es el vector de vicios y del pecado original (convertido en sexual), pero también de la salud, pues Jesús fue un hombre. Ya para el siglo XVII la separación entre el alma y el cuerpo es atravesada por la razón clásica que será discutido más adelante.

Así pues, durante la Edad Media, el cuerpo como una construcción social, es, por un lado reprimido por el cristianismo, y por el otro, glorificado por la imagen del cuerpo sufriente de Cristo, sacralizado por la Iglesia. La sociedad medieval descansa en la idea del pecado original convertido en un pecado sexual y en la encarnación de Cristo para salvar al hombre de sus pecados; de esta forma Le Goff y Truong (2005) ponen especial énfasis en la idea de que el cuerpo, en el contexto de las prácticas populares, se rige por una noción anticorporal, que puede ser ejemplificada, de la misma forma que lo hace David Le Breton (1995), con las fiestas populares o el Carnaval y la Cuaresma, sobre todo durante el siglo XV, en donde el Carnaval es sinónimo de excesos, y la Cuaresma de la purificación. Durante la fiesta del Carnaval, dice Le Breton (1995:30-33) se transgreden las reglas, lo que hace que el hombre libere sus pulsiones reprimidas; es una fiesta comunitaria en la que el grupo tiende a la comunión, sin tensiones sociales. El cuerpo del Carnaval es un cuerpo grotesco, lleno de excesos y que satisface sus necesidades naturales, desborda vitalidad, pero sobre todo el hombre no puede ser percibido fuera de su cuerpo, de su comunidad y del cosmos; cabe señalar que estas cualidades no existen en la actualidad.

Con la llegada del Renacimiento se da un cambio en la noción de cuerpo, se dice que es el momento inaugural de la ruptura concreta entre el hombre y su cuerpo, idea que nace con los primeros anatomistas quienes al abrir cuerpos humanos, introducirse en ellos y manipularlos, transforman al cuerpo en objeto. A partir de Vesalio y sus contemporáneos, la representación médica del cuerpo deja de ser solidaria con la imagen integrada del hombre. La publicación de la obra de Vesalio *De humani corporis fabrica* en 1543 representa el momento cumbre de este cambio epistemológico que conduce a la medicina moderna (Le Breton 1995).

En las ideas de Vesalio así como en las representaciones artísticas que predominaron a partir de la publicación de su obra y hasta el siglo XVIII, el cuerpo ya no es un microcosmos, el cuerpo es sólo eso, un cuerpo, una máquina humana; es a partir de Vesalio que nace el concepto moderno de cuerpo: el hombre se separa de sí mismo, de los otros y del cosmos. La invención del cuerpo como concepto autónomo implica una mutación de la situación del hombre (Le Breton 1995).

El mundo occidental se comienza a liberar de los fundamentos religiosos y las reflexiones en torno a la naturaleza ya no son en torno a Dios, sino al hombre. Estos cambios se relacionan directamente con personajes como Copérnico, Galileo, Kepler, entre otros, quienes comienzan a brindar una explicación del mundo a parte de la religión, el mundo, por ejemplo, ya no se piensa en función de un ser todopoderoso, sino a través de leyes y fórmulas matemáticas y cuestionan a Dios como el creador; la perspectiva teológica se rompe y la máquina proporciona la fórmula para un nuevo sistema del mundo (Le Breton 1995).

Uno de los personajes más representativos de esta ruptura, que se traduce en toda una filosofía que trasciende y repercute en todo el mundo occidental es René Descartes, quien además inaugura de forma definitiva la concepción moderna del ser humano. En el *Tratado sobre las pasiones del*

alma, Descartes señala que el alma es afectada por determinadas acciones originadas en el cuerpo a las que denomina pasiones del alma; éstas son definidas como las percepciones, los sentimientos o emociones que se refieren particularmente al alma y que son causadas, sostenidas y fortificadas por algún movimiento de los espíritus. Establece de manera directa la separación entre el alma y el cuerpo, asignándole al alma las acciones propias de la razón y la voluntad vinculadas con la palabra; el resto de las experiencias las considera acciones del cuerpo y pasiones del alma, también distingue las acciones de las pasiones porque estas últimas provienen de la voluntad, es decir, las pasiones son afecciones corporales que alteran el alma. También sostiene que la relación entre el alma y el cuerpo es inmediata, es decir, concibe al alma unida a todo el cuerpo e indivisible uno del otro

hay que saber que el alma está verdaderamente unida al cuerpo, y que no se puede propiamente decir que esté en alguna de sus partes con exclusión de las demás, porque es uno en cierto modo indivisible, en razón de la disposición de sus órganos, de tal modo relacionados entre sí que, cuando uno de ellos es suprimido, ello hace defectuoso todo el cuerpo; y porque el alma es de una naturaleza que no tiene relación alguna con la extensión ni con las dimensiones o con las propiedades de la materia de que el cuerpo se compone, sino solamente con todo el conjunto de órganos, como resulta del hecho de que no se podría en modo alguno concebir la mitad o la tercera parte de un alma ni qué extensión ocupa, y de que no deviene más pequeña si se mutila alguna parte del cuerpo, sino que se separa enteramente de él cuando se disuelve el conjunto de sus órganos (Descartes en Aguado 2004).

También se puede observar que la idea de cuerpo que tiene Descartes es fundamentalmente anatómico-funcional, de ahí se entiende su visión mecanicista del organismo ya que así explica el movimiento corporal y lo desvincula de una entidad metafísica; es decir, su concepción se basa en flujos, poros que se abren y cierran, los movimientos físicos de la glándula, etcétera (Aguado 2004). Me parece importante mencionar que Descartes

hace un modelo basado en la medicina del momento, la teoría humoral, y a partir de ella construye un discurso filosófico que sentó las bases para muchas ideas que aun en la actualidad siguen vigentes, a pesar de que la teoría médica en la cual se basó ya fue rebasada.

Descartes ubica las pasiones en el cuerpo y esta postura resulta ser muy importante, ya que plantea una retroalimentación entre el alma y el cuerpo, por ejemplo, señala al corazón como el productor de las emociones alimentado a su vez por el resto del cuerpo y la “glándula” cerebral como la directamente responsable del reforzamiento de las pasiones y de dirigir las reacciones a través del flujo de los espíritus animales (que yo entiendo como instintos) que fluyen por los nervios hasta el corazón y el resto del cuerpo (Aguado 2004), es decir, el alma y el cuerpo son una dualidad que se encuentra en una constante interacción.

Descartes plantea un punto de especial importancia, diferencia claramente el adentro y el afuera del hombre, teoriza la existencia de una frontera entre el interior y el exterior, esa frontera es el cuerpo. En palabras de Aguado (2004:231), “el cuerpo es una máquina cuya función es independiente del alma y afecta al alma; el alma puede mantenerse al margen de dichas afecciones de origen somático llamadas pasiones gracias a la virtud. Así se realiza la escisión mente-cuerpo en Descartes, escisión que se conserva hasta la actualidad”.

Así, lo que Descartes aporta a una antropología del cuerpo es en realidad la distinción entre el hombre y su cuerpo, es decir, el cuerpo es una realidad aparte, accesoria al hombre y que además es despreciada, el hombre no es su cuerpo sino su pensamiento. Este razonamiento es importante, porque si bien, no es la primera vez en la historia que se hace una separación radical entre el alma y el cuerpo, es de gran importancia en función de que deja a un lado la religión y Descartes crea un discurso en el que Dios ya no explica la realidad humana, el cuerpo es ahora la representación mas fiel de la individualidad del hombre.

De esta forma, resulta el dualismo cartesiano, en donde el individuo se encuentra dividido en dos partes: el cuerpo y el alma, unidos uno del otro mediante la glándula pineal. El cuerpo ahora decepciona y es desvalorizado, sin embargo el alma queda acogida por Dios, pero, ¿de dónde viene esa decepción hacia el cuerpo? El cuerpo es una máquina y lo racional no entra como una categoría corporal. En una época en donde la razón es algo primordial, en donde la filosofía y la ciencia tienen su auge, el cuerpo sobra, es insignificante. Así en este periodo se caracteriza por la noción del cuerpo como la categoría más insignificante del hombre. Para Descartes (en Le Breton 1995), el pensamiento es totalmente independiente del cuerpo y está basado en Dios.

El dualismo cartesiano prolonga el dualismo de Vesalio, para ambos la unidad de la persona se rompe y esta fractura coloca al cuerpo como la parte indigna del pensamiento; Descartes llega al punto de afirmar:

No soy, de ningún modo, ese ajuste de miembros al que se denomina cuerpo humano (Descartes en Le Breton 1995:71)

Con la anterior referencia se puede observar una total y radical negación del cuerpo en Descartes, posicionando al cuerpo como la parte menos humana del hombre.

Ante estas posturas filosóficas radicales de depreciación al cuerpo y aprecio a la razón me surgen dos cuestiones, primero ¿de qué manera se puede integrar el pensamiento científico y filosófico en la vida cotidiana? Segundo y en función del anterior ¿el hombre realmente vive su cuerpo de este modo, o es solamente un discurso?

El cuerpo enfermo

Si el cuerpo, como dice Sartre es un ser-en –el-mundo, es decir, el hombre no está en la realidad humana sólo por su conciencia sino porque existe a través de su cuerpo, la construcción de la enfermedad en función del cuerpo

se transforma, el cuerpo enfermo sigue siendo un ser-en-el-mundo, pero con una categoría agregada que es ser el diferente, el lisiado, el monstruo, el loco, el peligroso, el pecador, el castigado, etc. de esta forma, la enfermedad posiciona al cuerpo en una alteridad

Siguiendo a Sartre se trata de posicionar al cuerpo enfermo en las tres dimensiones ontológicas que él propone vemos que:

- Existe mi cuerpo: existe mi cuerpo enfermo, el universo se ordena desde una perspectiva personal a través del propio cuerpo, pero si este cuerpo, mi cuerpo, es un cuerpo enfermo, diferente, ordeno el universo desde una perspectiva diferente, en la cual la enfermedad modifica mi estar en el mundo; el enfermo se percibe a sí mismo diferente ante la normalidad en la que el otro se desarrolla. Me parece que en esta dimensión el enfermo se convierte en una persona diferente que tiene que asumir un rol nuevo a partir de su enfermedad, o bien, será excluido del grupo social quedando al margen de la vida cotidiana.
- Mi cuerpo es utilizado y conocido por el otro: en esta dimensión, yo me construyo a partir del otro, pero si mi condición es la de persona enferma, yo soy tan diferente al otro que no me concibo como tal, y la estructura secundaria del otro pasa a ser primaria por que mi cuerpo quiere ser como el otro siendo diferente.
- Existe para mi como conocido por otro a título de cuerpo: al reconocerse el otro en mi, y yo siendo un cuerpo enfermo, el otro también marca una distancia, una separación al no reflejarse en mi y esta situación me excluye de mi normalidad, el otro no se refleja en mi porque soy diferente, el otro no se identifica conmigo.

De acuerdo con Merleau-Ponty (1975), el rechazo a la enfermedad no es una decisión deliberada porque no se da en el plano de la conciencia; la voluntad de poseer un cuerpo sano o el rechazo al cuerpo enfermo no son ideas que se formulen por sí mismas, sino es un yo empeñado en cierto

mundo físico. El rechazo a la enfermedad no es más que el reverso a nuestra inherencia a un mundo.

Al tener conciencia del mundo a través de mi cuerpo con la enfermedad no puedo unirme afectivamente a ese mundo, el enfermo conoce su caducidad en cuanto que la ignora y la ignora en cuanto que la conoce, esta es la paradoja merleau-pontiana del ser-del-mundo, en donde el cuerpo tiene dos estratos simultáneos: el cuerpo habitual y el cuerpo actual. El primero es aquel al que estoy acostumbrado (¿imagen corporal?), el segundo es el cuerpo enfermo que ahora poseo (Merleau-Ponty 1975).

Friedson (1978) reconoce a la enfermedad como una “desviación” ya que el enfermo se ve obligado a modificar sus actividades rutinarias, además distingue la existencia de dos tipos diferentes de acuerdo con la forma en la que se ven afectados los roles sociales del individuo enfermo: por un lado está la desviación primaria, que consiste en un conjunto de características indicadoras de enfermedad que pueden producir cambios en el modo de vida del enfermo, pero le permiten seguir cumpliendo su rol social cotidiano; y por otro lado está la desviación secundaria que, por el contrario, hace que el enfermo no pueda cumplir su rol social y sea insertado en uno nuevo, en calidad de persona enferma.

Sobre este mismo eje, un factor determinante es la responsabilidad que se le atribuye al enfermo de su propia enfermedad, es decir la culpabilidad. Esto se puede ejemplificar muy bien con las enfermedades venéreas, en donde el enfermo es responsable de su condición por lo que se le condena y se le estigmatiza, entendiendo al estigma como un atributo profundamente desacreditador (Goffman 1963). Cuando el individuo adquiere una enfermedad el cuerpo muchas veces se lesiona, se presentan signos visibles a los ojos del otro, cargados de significado y es durante este proceso fisiológico en el que se va construyendo una dinámica de oposición normal / anormal, que lleva consigo procesos de inclusión y exclusión haciendo percibir al enfermo como el que ataca a la sociedad. El enfermo constituye

“el otro” diferente, y conlleva a las definiciones de normalidad y anormalidad, se transfigura a partir de un prototipo real: la persona sana (Goffman 1963; Boia 1997).

El enfermo se relaciona directamente con la percepción del individuo anormal dentro de la sociedad, alteridad que pone de relieve, por un proceso de simplificación, una serie de rasgos biológicos y culturales que se inscriben dentro de lo que es ser humano, esta alteridad ordinaria se transforma de acuerdo a las connotaciones sociales dentro de las cuales la enfermedad se define de acuerdo a rasgos propios. Pero la alteridad ordinaria no es una categoría estática, se mueve dentro de lo que es anormal pero tolerable y la anormalidad que no lo es, es el monstruo al que se le quiere lejos de las ciudades, es el sifilítico que se aísla, y entre mas radical sea la alteridad mas rechazo hay por parte del grupo social (Boia 1997).

En el discurso, las “personas sanas” hacen uso de metáforas discriminatorias, realizan generalizaciones, o evitan tocar o mirar a la persona estigmatizada, incluso se considera la discriminación como el pago justo de la causa que originó el atributo estigmatizador (Goffman, 1963:15). El individuo estigmatizado es “el otro” diferente, al cual se teme, y desde esta violencia simbólica se genera la exclusión, la separación, el aislamiento. La ruptura social se da cuando se manifiesta la enfermedad.

Capítulo V

El ejemplo:

Sífilis venérea, siglo XVI

En este apartado se pretende, con un caso específico, ejemplificar la propuesta que se ha realizado. He seleccionado la sífilis venérea y su proliferación durante el siglo XVI ya que considero que esta enfermedad, dada su forma de transmisión y la manera en la que afecta al cuerpo, llevó a una clara estigmatización de aquellos que la padecieron, la medicina tuvo que ajustar su discurso a ella y la proliferación tuvo repercusiones sociales importantes.

El objetivo es analizar cómo la medicina trató encontrar y dar explicaciones a lo que se consideró durante el siglo XVI una “nueva enfermedad” y cómo su discurso repercute de forma directa en el modo en el que la enfermedad se interpretó. Así, el eje de análisis que se presenta gira en tres direcciones: la enfermedad como realidad patológica, la enfermedad en el discurso médico y el cuerpo enfermo, para comprender a la sífilis venérea como construcción social.

Sífilis venérea: realidad patológica

Como ya se ha mencionado, las enfermedades, en este caso la sífilis venérea, tienen que ser consideradas dentro de un marco de fases históricas y trayectorias condicionadas por factores ecológicos e inmunológicos, mutaciones, evoluciones, etcétera, en donde la enfermedad ha adoptado diferentes formas por los cambios que diversas condiciones ambientales producen en la relación entre el agente patógeno y el cuerpo humano. Ello implica probables cambios en las manifestaciones físicas de la enfermedad y en su “virulencia”, es decir, qué tan rápido se propaga y qué tan rápido provoca la muerte de los enfermos; para entender el proceso es importante la utilización de fuentes históricas que nos acerquen al conocimiento de los síntomas de algunas enfermedades.

En la actualidad la sífilis venérea se caracteriza por las lesiones que provoca: chancros y erupciones que afectan piel y membranas mucosas, con largos periodos latentes, además de que las lesiones que se producen en etapas avanzadas afectan piel, órganos internos, sistema nervioso central, cardiovascular y huesos en la mayoría de los casos.

El contagio de la sífilis venérea ocurre por contacto directo con exudados infectados de las lesiones primarias localizadas en la piel y membranas mucosas, y por medio de líquidos orgánicos y secreciones como la saliva, el semen, la sangre y las secreciones vaginales, es decir, principalmente por contacto sexual. También existe el contagio vía placentaria, en donde el feto es infectado y desarrolla la enfermedad en función del periodo de gestación en el que la madre adquirió la enfermedad o si ya se encontraba enferma, a lo que se conoce como sífilis congénita (Aufderheide, Rodríguez-Martín 1998).

La sífilis venérea es producida por una bacteria llamada *Treponema pallidum sp. pallidum*, la cual penetra a través de la mucosa sana o de piel erosionada y rápidamente se disemina en el organismo, lo que provoca que desde las primeras

etapas la infección sea sistémica (Aufderheide, Rodríguez-Martín 1998; Powell y Cook 2005).

Berkow y Andrew (1994), Aufderheide y Rodríguez-Martín (1998), Powell y Cook (2005), Steinbock (1976), Ortner y Putschar (1981) dividen la evolución clínica de la sífilis venérea o adquirida en cuatro periodos principalmente:

1. **Sífilis primaria:** el periodo de incubación del *T. p. Sp. pallidum* oscila entre 1 y 13 semanas, en este periodo las espiroquetas viajan a través del torrente sanguíneo y por el sistema linfático. Mientras tanto, en el lugar de contagio aparece una fístula o pápula que va erosionando hasta convertirse en una úlcera indolora. Esta lesión no sangra pero secreta un líquido seroso que contiene gran cantidad de espiroquetas, altamente contagiosa. Esta primera lesión (chancro) se cura espontáneamente después de algunas semanas de adquirida la infección.
2. **Sífilis secundaria:** aparecen erupciones cutáneas entre las 6 y 12 semanas después de contraer la infección, y alcanzan su mayor desarrollo entre los 3 y 4 meses. Algunos síntomas son lesiones mucocutáneas, trastornos linfáticos generalizados y lesiones oculares, óseas, articulares, meníngeas, renales, hepáticas y esplénicas, así como malestar general, cefalea, anorexia, náuseas, dolor óseo, fatiga, úlceras en la cavidad orofaríngea, linfadenopatía generalizada, laringitis, pérdida de peso, pérdida de cabello, etcétera.
3. **Sífilis latente:** este estadio es probablemente el mas peligroso, ya que todas las lesiones cutáneas desaparecen y el individuo puede creer que se ha curado, la enfermedad solo es detectable mediante una prueba serológica. La sífilis latente se divide en dos, en latencia precoz y tardía, de acuerdo con el tiempo que transcurre desde que inicia.

4. **Sífilis terciaria o tardía:** las lesiones que se presentan en este estadio se pueden describir clínicamente como:

- ∂ Sífilis terciaria benigna: se caracteriza por una degeneración progresiva y crónica de los centros de movimiento, debido al daño fisiológico ocasionado por la enfermedad.
- ∂ Sífilis cardiovascular: se produce la obliteración progresiva de los vasos que nutren la aorta, como consecuencia se genera una aortitis que produce un aneurisma el cual puede causar la muerte.
- ∂ Neurosífilis meníngeovascular: afecta toda la corteza cerebral y produce la inflamación de los vasos sanguíneos de las meninges, el cerebro y la espina; los síntomas clínicos son cefalea, mareos, falta de concentración, insomnio, rigidez en la nuca, visión borrosa, además hay parálisis de los pares craneales. Cuando se afecta la médula espinal se observan síntomas como debilidad e hipertrofia de músculos de brazos y hombros, paraplejia progresiva, mielitis transversa con paraplejia flácida que aparece bruscamente y pérdida de control de esfínteres.
- ∂ Neurosífilis parenquimatosa: suele llegar a los 30 años después del contagio; con ella se produce la destrucción de las células nerviosas de la corteza cerebral, lo que consecuentemente genera la llamada demencia sífilítica. Además, debido a la destrucción de las estructuras espinales se producen una serie de deficiencias locomotoras y sensoriales, por ejemplo, se pierde noción de distancia, tiempo y movimiento, impotencia, incontinencia, se pierde sensación de temperatura, parálisis general, etcétera.

Esta es, a grandes rasgos, la forma en la que actualmente se desarrolla la sífilis venérea, pero, ¿los síntomas eran los mismos durante el siglo XVI?, ¿la gente podía llegar a desarrollar la enfermedad hasta la última etapa?, por otro lado, ¿qué explicación daba la medicina ante la abrupta proliferación de la

enfermedad?, ¿cuál era la terapéutica utilizada para su cura? Estas son algunas preguntas que trataré de responder.

Sífilis venérea: discurso médico

Durante los últimos años del siglo XV y el siglo XVI, la sífilis venérea fue considerada una enfermedad “nueva”, sin abordar el tan polémico tema sobre las teorías que explican su origen, es importante mencionar que lo agudo de sus síntomas y su acelerada propagación provocaron un desconcierto total en las poblaciones tanto de la América recién descubierta como en Europa. No se sabía nada sobre sus manifestaciones y la medicina clásica nada mencionaba sobre ella. En consecuencia no se conocía cómo enfrentarla. Además esta enfermedad marca una pauta importante en el desarrollo de la ciencia médica de los siglos XVI al XVIII ya que las teorías hipocrático-galénicas¹ en boga buscaron ajustar sus principios y técnicas a entenderla y curarla. Muchos fueron los nombres que se le dieron a la sífilis: mal venéreo, mal francés, mal napolitano, mal gálico, *pox*, *pudendagra*, etcétera, los más hacían referencia al lugar de donde se atribuía su origen.

Los primeros escritos médicos sobre la sífilis sólo describían casos de enfermos, aun se encontraban lejos de insertarse en el discurso médico de la época. Uno de los primeros de los que se tiene referencia es *Tractus cum consiliis [contra] Pudendagram, seu morbum Gallicus*, publicado en 1497 por Gaspar Torella, en el que relata las observaciones que hizo a cinco víctimas de la “cruel enfermedad”.

Uno de los ellos fue Nicolas Valentius, un joven de 24 años que en agosto tuvo relaciones sexuales con una mujer que tenía *pudendagra*. Valentius se infectó y primero le brotaron úlceras en el pene, acompañadas por endurecimiento del

¹ Estas teorías se basan en la idea de que las enfermedades son causadas a partir de un desequilibrio en los humores del cuerpo (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), en donde si alguno de estos elementos es alterado, por deficiencia o exceso, se produce la enfermedad. la terapéutica correspondiente consiste en tratar de restablecer dicho equilibrio.

tejido, a los seis días las úlceras desaparecieron, pero comenzaron fuertes dolores, sobretodo por la noche, en la cabeza, cuello, hombros, brazos y piernas. Después de diez días esas áreas se llenaron de pústulas con costra, los dolores y la erupción continuaron. En cuatro meses se comenzó a recuperar. Luego aparecieron nodos en sus extremidades, mismos que sanaron después del uso de tratamientos purgantes, sangrías, sudoraciones, lavados con resinas, pastillas hechas con celidonia² y aloe (Quétel 1990:20).

En esta descripción se puede observar que el enfermo pasó por estadios muy similares a los que presentan los sifilíticos en la actualidad pero en un lapso de tiempo menor. Ahora bien, la asociación entre los tratamientos utilizados y la desaparición de los síntomas puede deberse a que el enfermo haya entrado a la segunda etapa de la enfermedad (latencia) en donde ya no hay signos y la persona puede creer que se ha curado, ya que no hay referencias que indiquen que alguno de los elementos utilizados tengan propiedades bactericidas (como podría serlo el ricino).

En 1500 Torella escribe *Dialogus de dolore, cum tractatu de ulceribus in pudendagra evenire solitis* en el cual explica que la parte de la piel que se encuentra en contacto con el pus del pudendagra es el que se contamina, siendo los órganos genitales los más afectados. Además Torella observó que los bebés que eran amamantados por mujeres sifilíticas sufrían infecciones en la boca y cara. Finalmente dice que “esta sustancia maligna, por su virulencia y poder corrupto, afecta todo lo que lo toca y lo convierte en la misma sustancia” (en Quétel 1992:20).

Juan Almenar, médico y astrónomo, en 1502 publicó un breve escrito sobre la enfermedad francesa, en el cual explica que generalmente es transmitida a través del coito, pero también por besos, por la lactancia materna y por el aire

² Hierba abundante en la península ibérica con gran contenido de alcaloides por lo que resulta altamente tóxica a la que se le han atribuido propiedades curativas.

corrompido. Almenar es de los primeros doctores que le ofrecen una explicación coherente con el discurso médico de la época, ya que al examinar la primera úlcera en el pene de un paciente, los dolores de cabeza y articulaciones que éste sentía, los explicó por medio de la teoría de los humores. Las úlceras pequeñas y amarillas eran por un exceso de bilis, los dolores por la flema y las costras ulcerosas por la bilis negra (Quétel 1990, Aufderheide y Rodríguez-Martín 1998).

Para Almenar la mejor forma de curar esta enfermedad era, siguiendo la tradición hipocrático – galénica, por medio de la dieta, una higiene adecuada y laxantes, pocos años mas tarde estaría a favor del uso del mercurio.

Poco a poco empezaron a aparecer numerosos escritos que hacían referencia a la nueva enfermedad, la literatura médica y popular proliferó, siempre enfatizando el rol del acto sexual en la infección, por lo que las primeras recomendaciones giraron en torno a ello, por ejemplo Gilino de Ferrara, en 1497, decía

la enfermedad es contagiosa, por lo que se recomienda evitar cualquier forma de contacto íntimo con una mujer que ha sido infectada por este peligroso padecimiento (en Quétel 1990:22).

Por su parte, Almenar explicaba que después del acto sexual tanto el hombre como la mujer debían de lavar meticulosamente sus genitales con agua caliente o vino usando ropa limpia, pero sobretodo había que evitar utilizar las toallas con que las prostitutas se limpiaban porque esas eran las más contaminadas, si a pesar de hacer esto aparecía una mancha en el pene se tendrían que preparar mezclas de plantas y vino para rociarlo sobre la parte afectada junto con polvos hechos a base de oro, plomo u otros (Quétel 1990).

Torella también propuso remedios para curar esta enfermedad, él decía que si el pene estaba ulcerado e infectado tenía que ser lavado con jabón, o bien, desplumar y desollar un gallo o una paloma y poner el pene ulcerado dentro de la carne tibia, si esto no era posible había que cortar un sapo vivo en dos y hacer lo

mismo. Este tipo de remedios se siguieron utilizando hasta el siglo XVIII y estaban relacionados al discurso hipocrático – galénico, ya que se pensaba que la carne sangrante de un animal tenía el calor vital suficiente para dispersar y consumir la corrupción del miembro masculino (Quétel 1992).

En los renglones anteriores se pueden notar dos puntos de gran importancia

- a) Los tratados médicos y la práctica médica estaban enfocados a curar la enfermedad en el hombre, las mujeres eran tratadas por comadronas y la medicina no las consideraba
- b) Las mujeres estaban estrictamente confinadas al rol contaminador.

De esta forma, a partir del año 1500 hubo un auge de publicaciones tanto de orden médico como popular sobre la sífilis. Una de las descripciones mas completas sobre esta enfermedad fue la realizada por Juan de Vigo en 1514, quien pone especial énfasis en el orden en que los síntomas aparecen: la enfermedad comienza con la aparición de una pústula en el área genital, la cual podía ser morada, negra o blancuzca y se encuentra rodeada por una especie de callosidad, a los pocos días esta lesión sana, pero el cuerpo se llena de verrugas y protuberancias, con lo cual el enfermo experimenta fuertes dolores en las extremidades y las articulaciones. Después de algunos meses aparecen tumores purulentos que hacen que los dolores se intensifiquen sobre todo por las noches, dichos tumores destruyen los huesos de la cara, la nariz y el paladar, mientras que los brazos y las piernas se dañan permanentemente (Cartwright y Biddis 1988; Quétel 1992).

Conforme se fue observando lo grave que era la enfermedad se fueron aplicando remedios considerados cada vez más poderosos para curarla. Tal es el caso del mercurio y el guayacán. Los tratamientos mercuriales fueron descritos por Galeno y después muy utilizados por los árabes para curar enfermedades dérmicas, principalmente la lepra, y dada la semejanza de las lesiones también fueron empleados para tratar la sífilis. Médicos como Almenar, Torella, Vigo, Pintor, que

en un primer momento eran partidarios de las sangrías, purgantes, etcétera, durante el siglo XVI utilizaron el mercurio como remedio, primero en forma de unguento y después en baños de vapor.

Juan de Vigo recomendaba primero enfocarse en la dieta, realizaba sangrías, utilizaba purgantes y algunas medicinas ingeridas, pero en casos en los que estos remedios no servían debido a que la enfermedad ya se encontraba muy avanzada, recomendaba el uso de mercurio como unguento, y si aun así no había mejora en el paciente se recurría a ponerlo frente al fuego con el cuerpo lleno de mercurio, o bien, se introducía al enfermo a un cuarto completamente cerrado y se le aplicaban baños de vapor de mercurio durante veinte o treinta días. Su resultado era el cese de los dolores, la desaparición de los tumores y úlceras (Quétel 1992; Watts 1997).

La utilización del mercurio proliferó, a los pocos años de ello, los médicos que lo utilizaban comenzaron a darse cuenta de los daños que ocasionaba: se caían los dientes al igual que el cabello, producía parálisis, intoxicación, salivación y sudoración excesiva y, muchas veces la muerte. Diferentes médicos dejaron de utilizarlo (Quétel 1992; Watts 1997), pero muchos otros continuaron aplicándolo a los pacientes, convirtiéndose el tratamiento en el castigo que había de pagar el enfermo.

Considero que la relación tratamiento/castigo fue producida por la naturaleza misma de la enfermedad: ser de transmisión sexual y afectar principalmente genitales (llamadas “partes vergonzosas”), lo cual califica al enfermo como culposo y lo posiciona dentro de los valores negativos de la sociedad.

En 1527, el médico Jacques de Béthencourt propone que se llame al mal francés la enfermedad venérea (*morbis venereus*), la cual explica que se contagia por las relaciones sexuales, siendo el primer signo las úlceras que aparecen en la región genital o en cualquier lugar en el que haya habido contacto, Béthencourt decía

que esta enfermedad altera los humores, la pituitaria y los fluidos seminales, y se caracterizaba por las erupciones cutáneas, tumores, úlceras y fuerte dolores. Además, siguiendo las teorías hipocrático – galénicas, dice que la infección se ve favorecida por algunas circunstancias particulares, un poco de calor, el coito en un momento inoportuno, el orgasmo venéreo así como el contacto entre humores impuros (Watts 1997).

En 1526, Gonzalo Fernández de Oviedo publica *Historia Natural de las Indias*, en el cual asegura que el origen de la sífilis se ubicaba en las Indias. Oviedo era español, proveniente de una buena familia aristocrática, estuvo en América donde fungió como director de minas. En 1516 se entera de que la sífilis tenía una supuesta cura: el guayacán o madera del guacayo; Oviedo no tardó en comercializar y monopolizar esta madera para curar la sífilis de europeos ricos, con lo que él y sus socios obtuvieron grandes ganancias (Quétel 1992; Watts 1997).

El guayacán es un árbol que crece principalmente en América central, la resina y la madera eran utilizadas con fines terapéuticos, ésta última era “el principio activo” del tratamiento para curar la sífilis. Cuando el mercurio tuvo su auge, el guayacán se comenzó a utilizar de la misma forma, se ponía al paciente en un cuarto caliente y se aplicaban vaporizaciones, al enfermo se le iba reduciendo gradualmente el alimento a través de una estricta dieta, además de que se le administraban purgantes. Sólo podía beber infusiones de guayacán y no podía salir de la habitación en donde se le aplicaban las vaporizaciones durante treinta o cuarenta días, después de los cuales se pensaba que la enfermedad se había ido (Quétel 1992).

Los baños de mercurio y guayacán fueron las curas principales para el mal francés durante mucho tiempo, Béthencourt consideraba que la enfermedad venérea era la consecuencia de una ofensa a Dios, por lo cual era necesario pagar por los pecados a través de la purificación del cuerpo y del alma. El

tratamiento con guayacán, que duraba cuarenta días, representaba una penitencia rápida, mientras que el mercurio representaba la purga expiatoria (Quétel 1992).

Se puede observar nuevamente cómo el remedio iba relacionado con el castigo, pero además, hacia mediados del siglo XVI, el discurso médico se ve influido por el discurso religioso, ya que enfermar implicaba una falta hacia Dios y la Iglesia jugaba un papel muy importante dentro de la sociedad.

Los remedios para curar la sífilis se incrementaron paralelamente al número de enfermos, Massa, en 1532 decía que las personas se tenían que abstener de tener relaciones sexuales con mujeres afectadas por la enfermedad, especialmente si ellas se encontraban menstruando, ya que beber o tener contacto con sangre menstruante era también causa de contagio. Pero si se estaba expuesto a contaminarse era necesario lavar los genitales con vino blanco caliente (de la misma forma que Almenar proponía en 1502), o bien, aplicar vinagre sobre el miembro masculino para fortificarlo cuando existiera una tendencia corrompida.

Una vez que Europa y sus colonias en América, principalmente la Nueva España estuvieron “contaminadas” (es decir hacia el último cuarto del siglo XVI) la gravedad de la sífilis venérea comenzó a cambiar: las fiebres fueron menos intensas, las úlceras menos frecuentes, los dolores nocturnos más tolerables, además cada vez menos gente parecía morir por la enfermedad, no por ello desaparece.

Es hasta el siglo XVIII cuando la sífilis venérea se convierte en una enfermedad “secreta”, como la llama Sheldon Watts (1997) debido a la vergüenza que provocaba padecer la enfermedad, aunque dos siglos antes ya podía serlo, pues en el transcurso del siglo XVI sus manifestaciones perdieron casi todo su carácter agudo y espectacular, y podía ocultarse fácilmente (Pérez Tamayo 1985; Quétel

1992; Watts 1997; Aufderheide y Rodríguez-Martín 1998), en otras palabras, la enfermedad fue dejando de ser tan aguda para convertirse en crónica. ¿Se puede pensar en selección natural? Considero que el cuerpo humano creó cierta resistencia a la enfermedad, adecuándose a ella sin llegar a adaptarse.

El cuerpo humano en el siglo XVI

Ya desde el siglo XV se habían venido desarrollando una serie de ideas dirigidas hacia la individualización del hombre que poco a poco, ya en el siglo XVI se traducirá en una visión dualista del hombre y su cuerpo. Este nuevo sentimiento de ser un individuo se oponía al sentir de la Edad Media, en donde el hombre antes de ser uno era miembro de su comunidad. Es justo durante el siglo XVI que este cambio de mentalidad ocurre de manera simultánea con la ciencia, ahora la medicina interviene en el cuerpo, sobretodo a través de la disección del cuerpo humano. En esta ruptura (hombre-microcosmos/universo-macrocosmos), el cuerpo se convierte en la frontera misma entre un hombre y otro; ya en el siglo XVI el cuerpo se aparta del cosmos, de los otros y de sí mismo, para ser un residuo, un obstáculo para el conocimiento del mundo (Le Breton 1990).

Así, el indicio fundamental de este cambio en la mentalidad que le da autonomía al individuo y declara una nueva forma de ver al cuerpo humano es la constitución del saber anatómico, sobretodo en Italia, en donde a partir de las primeras disecciones de cuerpos humanos se produce un momento clave en la individualización occidental. A partir de ello se posee un cuerpo, antes de ello, el hombre y su cuerpo eran uno, ahora el cuerpo es un resto (Le Breton 1990).

Durante la Edad Media las disecciones humanas eran para el común de la gente impensables, de hecho la terapéutica iba en función de estas ideas, ya que el hecho de introducir un utensilio en el cuerpo representaba una violación al ser humano, considerado fruto de la creación divina.

Si bien todas estas ideas sobre el cuerpo, que se fundamentan en la “nueva anatomía” principalmente de Andreas Vesalio, tardan en llegar a formar parte del saber común de las personas, es decir, la transformación de los marcos culturales y sociales se da de forma paulatina; la separación respecto al cuerpo dentro del mundo occidental remite a la escisión entre la cultura erudita y la cultura popular. Dentro de las ideas de esta última el cuerpo sigue ocupando un lugar central que arraiga al hombre hacia el mundo, de esta forma existen dos visiones opuestas del cuerpo opuestas: por un lado se le desprecia y se le caracteriza como la materia que encarna al hombre es decir, se posee un cuerpo; por otro lado, mantiene la idea de unidad entre cuerpo y hombre, es decir, se es cuerpo. El momento en el que se puede situar la ruptura del cuerpo dentro del saber popular se ubica hasta el siglo XVII (Le Breton 1990).

De esta forma se puede ver que el discurso médico es el que le da al cuerpo humano una visión legítima, el cuerpo en el siglo XVI se encuentra completamente dissociado del hombre, el cuerpo durante el siglo XVI es un cuerpo transgredible. La enfermedad puede considerarse como un castigo del alma. Alma y cuerpo, son consideradas como diferentes entidades.

Sífilis venérea: construcción social

Las construcciones sociales de una enfermedad se establecen de acuerdo con factores tales como la cultura y la ideología dominante, pero sobre todo se encuentran completamente inmersas dentro de un marco histórico bien definido, por ello es imposible hablar sobre una sola construcción social de la sífilis venérea, sino que ésta varía de acuerdo al momento histórico que se quiera analizar, y como lo indica Sheldon Watts (1997) en toda sociedad las epidemias influyen sobre las relaciones de poder entre una minoría dominante y la mayoría dominada. La elite determina la respuesta oficial a la enfermedad. De esta forma, se establecen las percepciones que son el producto de un complejo de filtros culturales; las respuestas oficiales son las que determinan qué se puede hacer y

qué no en el intento de limitar la transmisión de la enfermedad. Considero que la medicina es, en gran medida, la encargada de ofrecer dicha respuesta oficial.

Es importante señalar que durante el siglo XVI en Occidente, principalmente en España y por lo tanto en sus colonias, la Iglesia Católica jugaba un papel muy importante dentro de la organización política, económica, social así como en la vida cotidiana. La Iglesia, comandada por eclesiásticos, célibes por excelencia, eran los encargados de transmitir la imagen de un ser que no conoce el apetito sexual y es enemigo de los placeres de la carne. Esta imagen repercutió directamente sobre la forma en que debía ser llevada la sexualidad “correctamente” durante dicha época, haciendo del acto sexual una actividad pecaminosa, al grado de degenerar al ser humano (Ortega 2000).

Es este contexto no resulta desatinado pensar que la sexualidad fuera reprimida y el coito sin fines reproductivos representara un pecado. Paradójicamente, la prostitución era tolerable porque se creía que con ella se evitarían violaciones mayores como el incesto, el estupro, entre otros, ideas arraigadas desde el siglo XIII, por Santo Tomás de Aquino en su *Suma Teologica*, escrito que sintetiza el pensamiento religioso occidental (Ortega 2000).

Ahora bien, la proliferación de la sífilis venérea se inserta en un marco histórico en donde los preceptos morales y las normas sexuales eran muy rígidas. Se establecía a Dios como un todo y al hombre como aquel que tiene la obligación de ajustar sus actos al orden divino (Ortega 2000). Pero la realidad era otra: la gente contraía sífilis venérea justamente porque no se acataban estas normas. Las personas se enfermaban como lo muestran los estudios paleopatológicos realizados a diferentes colecciones osteológicas pertenecientes a este periodo, los cuales muestran la alta incidencia de sífilis venérea en la población novohispana y europea (Márquez 1984; Mansilla y Pijoan 1995; Jaén, Bautista y Hernández 1995; Buzhilova 1999; Del Castillo 2000; Djuric-srejjic y Roberts 2001; Almady 2007).

Como ya se mencionó, a partir del descubrimiento de América hubo una proliferación de la sífilis venérea, sobretodo en Europa, ésta fue desencadenada por el ejército de Carlos VIII, rey de Francia, durante la invasión a Italia. Sus tropas estaban conformadas por mercenarios franceses, alemanes, húngaros, polacos, portugueses y españoles, dentro de los cuales algunos regresaban de la recién descubierta América. Fue entonces cuando en Nápoles, las mujeres fueron expulsadas principalmente a Francia, y se dice que algunas de ellas tenían la “nueva” enfermedad. Poco después el ejército se retiró de esta ciudad, los soldados se esparcieron por Italia, Francia y Alemania, llevando consigo la enfermedad con ellos. Para el año 1500, toda Europa sufría los efectos epidémicos de la sífilis, pero realmente nadie sabía de dónde había venido, por lo que comenzó a ser llamada “mal napolitano”, “mal gálico”, “mal francés”, entre otros (Pérez Tamayo 1985; Baker y Armelagos 1988; Cartwright y Biddis 1988; Aufderheide y Rodríguez-Martín 1998; Watts 1997).

La retirada de las tropas de Carlos VIII de Italia no fue el único factor responsable de la epidemia de sífilis de finales del siglo XV, ya que en 1490 Inocencio VIII y en 1505 Julio II clausuraron los asilos para leprosoos o leprosarios y muchos pacientes que no tenían lepra sino sífilis se repartieron por Europa (Pérez Tamayo 1985; Baker y Armelagos 1988; Cartwright y Biddis 1988; Quérel 1990; Watts 1997).

Además de los eventos antes mencionados, que probablemente favorecieron la rapidez de la diseminación de la enfermedad, un factor importante por considerar fue la gran relajación en las costumbres sexuales de esa época, sobre todo por parte de reyes, nobles y altas autoridades (Cartwright y Biddis 1988; Quérel 1992; Watts 1997). Ejemplo de ello es cuando el papa Sixto, quien construyó la Capilla Sixtina, fundó una magnífica casa de prostitución en Roma, en donde cada mujer debía pagar cierta cantidad de dinero para poder trabajar (Quérel 1992), lo cual muestra la aprobación de la prostitución en la sociedad.

Durante los últimos años del siglo XV y principios del XVI fueron muy populares los baños públicos, sobre los cuales, en 1553, Erasmo de Róterdam dice:

Hace 25 años nada era tan favorecido por la gente como los baños públicos que ahora se encuentran sin calentar y vacíos, porque la nueva enfermedad de la piel nos enseña a que nos abstengamos de usarlos (cfr. Watts 1997:87).

A partir del momento en el que la sífilis se comienza a esparcir los sacerdotes proclamaron que se trataba de un castigo divino; los astrólogos dijeron que se debía a la confluencia de Saturno y Marte; mientras que los médicos trataron de ajustar las teorías hipocrático-galénicas para explicarla. Sin embargo Juan Almenar escribió que existían dos formas de contraer la sífilis, por medio de relaciones sexuales, por lo cual afectaba a toda la población menos a los sacerdotes, y por medio del aire, por lo cual éstos últimos eran susceptibles; explicación necesaria dada la frecuencia con la que la sífilis venérea afectaba a los miembros de la Iglesia (Quétel 1992; Watts 1997).

En el año 1530, Girolamo Fracastoro escribió una poesía inspirada en una historia de Ovidio, llamada "*Syphilis sive morbus gallicus*". En este poema, Syphilis era el nombre de un pastor considerado héroe que fue castigado por levantar altares prohibidos en una montaña y porque llevaba una vida inmoral y llena de vicios. Estas razones fueron suficientes para ser castigado con una nueva y terrible enfermedad, la sífilis. La denominación de venérea viene de Venus, la diosa griega del amor (Cartwright y Biddis 1988; Quétel 1992; Watts 1997).

Fracastoro dedicó mucho tiempo al estudio de la sífilis venérea, ya que, además de darle nombre a la enfermedad, menciona que la sífilis era una nueva enfermedad que estaba azotando a Europa por ser prácticamente incurable y extremadamente dolorosa, además menciona que la enfermedad comenzaba por

los genitales y de ahí se expandía por todo el cuerpo (Aufderheide y Rodríguez-Martín 1998).

A pesar de que la sífilis venérea fue considerada una enfermedad terrible y gran parte de la población europea estaba infectada, realmente no causó un impacto demográfico importante, como lo hizo la peste por ejemplo.

Durante el siglo XVII en las cortes de Francia, España e Inglaterra así como eclesiásticos, se llegó a considerar a la sífilis como una enfermedad “galante”, ya que este padecimiento representaba una garantía de que su portador era capaz de mantener aventuras amorosas con muchas personas y eso se traducía en prestigio social (Pérez Tamayo 1985; Quérel 1992).

De esta forma, para realizar el análisis de una enfermedad no puede dejar de lado el discurso médico que opera sobre ella. Más allá de ser una construcción social, la enfermedad es una realidad construida, y el enfermo es un personaje social. Las concepciones de una enfermedad son inseparables del desarrollo de la medicina, la enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las representaciones; a la vez, una enfermedad remite a las condiciones de vida, valores y concepciones de la existencia del momento (Márquez 1994).

Así, una enfermedad puede ser entendida a partir de tres elementos: la realidad patológica, el discurso médico, que desemboca en una realidad construida (o construcción social), ninguna de estas tres categorías se mantiene estática en una línea temporal, e incluso espacial. Es decir, los microorganismos, la ciencia y las ideas cambian.

La realidad patológica, mutable, es la base sobre la cual se construye socialmente la enfermedad, es a partir de aquello que se expresa sobre lo cual se construye socialmente, se interpreta. La construcción se hace a partir del enfermo. Al

cuerpo llagado, deforme, alterado; la medicina trata de darles una explicación coherente a los modelos cognitivos vigentes.

Así mismo, la realidad patológica y la construcción social de las enfermedades se encuentran estrechamente ligadas. Una se plantea en función de la otra, siendo el discurso médico el encargado de darle validez. A través de cómo se expresa la enfermedad en el individuo, cómo se trasmite, lo que significa padecerla y los efectos demográficos que tiene, es que se percibe, se interpreta y se vive en sí mismo y en el otro. La enfermedad por sí sola no puede ser considerada sin la mirada que la califica.

No existe una concepción homogénea de una enfermedad, la imagen corresponde, en su mayoría al producto de la ideología dominante, si se considera el discurso médico como parte importante de la ideología dominante. Esta produce, siguiendo a Bachelard, “en cada momento de su historia, sus propias normas de verdad” (cfr. Canguilhem 1984: IX); o en las propias palabras de Canguilhem (1984: XIII) cada ciencia se desarrolla en lo que llama “su marco cultural”, es decir, “el conjunto de relaciones y de valores ideológicos de la formación social en la que se inscribe”.

Considero que las construcciones sociales (o realidades construidas) de una enfermedad, en este caso de la sífilis venérea no sólo se forman a través de los grupos dominantes de una población. También se forman a través de cómo era visto socialmente el sifilítico, es decir, lo que representaba padecer sífilis dentro de determinado contexto histórico y social y cómo se vivía la enfermedad. De ésta forma, me parece importante analizar la entidad nosológica a partir también del enfermo mismo, como personaje social.

Durante el siglo XVI las diferencias de género marcaban una pauta importante para entender la enfermedad. El discurso médico nada decía sobre las mujeres. A

ellas no se les trataba o se consideraba una terapéutica no vinculada con la medicina sino a través de comadronas.

La sífilis venérea ha sido una enfermedad muy estigmatizada por ser de transmisión sexual. El sífilítico pasó de ser la víctima de la “nueva” enfermedad a ser el trasgresor que debía de recibir un castigo, siendo la terapéutica la encargada de purificar al enfermo, mas allá de procurar una sanación se buscaba el castigo.

Capítulo VI

Discusión y comentarios finales

I.

El modelo teórico-metodológico que se propone resulta útil para conocer la forma en la que a partir de un fenómeno biológico la cultura crea una serie de significaciones que pueden ser leídas y comprendida a través de los ejes que en el presente trabajo se proponen.

De acuerdo con el primer eje de análisis, la categoría a la que he llamado *realidad patológica* explica la forma en la que las enfermedades afectan al *cuerpo humano desde su plano biológico*, esto considerando la propia definición de cuerpo humano con la que he trabajado (el cuerpo es un organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica, capaz de producir y reproducir significados (Aguado 2004:25)). Es decir, la *realidad patológica* describe la enfermedad que actúa sobre el organismo del ser humano.

Ahora bien, resulta necesario recurrir a otras categorías que expliquen también la complejidad de la enfermedad, ya que evidentemente, la enfermedad en los seres humanos no se puede reducir a las afectaciones físicas que el organismo enfermo presenta. Así, el segundo eje de análisis, que hace referencia al *discurso médico* resulta de suma importancia debido a que he considerado que dentro de la cultura occidental la medicina ha sido

la que ha otorgado validez y legitimidad social a las representaciones corporales de las enfermedades en diferentes momentos históricos. Es decir, resulta imposible concebir la existencia de enfermedades que aquejan al ser humano que carezcan de una explicación válida que le de sentido en la forma en la que la realidad se vislumbra en términos socioculturales. De esta forma, el *discurso médico*, como eje de análisis, juega el papel de legitimizador de los significados que se van construyendo sobre lo que representa padecer una enfermedad.

Dicho de otra forma, la realidad patológica de una enfermedad es la forma en la que una enfermedad se expresa sobre el organismo que al afectar directamente al cuerpo genera ideas que se traducen al nivel de lo simbólico dentro de una sociedad. El discurso médico es el uno de los encargados de hacer válidas las interpretaciones que emergen de la entidad nosológica. En este contexto, el concepto de *discurso médico* no se limita al discurso de la medicina hegemónica occidental, sino que todas las culturas presentan formas específicas de entender los procesos, en este caso infecciosos, y que intervienen de manera directa en cómo se construye la enfermedad.

Ahora bien, el tercer eje de análisis, hace referencia a la categoría de la noción de *cuerpo enfermo* se construye en función de dos vertientes

- a) El significado de cuerpo, es decir, de cuerpo sano, en plenitud o equilibrio y de acuerdo a lo que en determinada cultura y momento histórico representa una afectación a él y las implicaciones que la enfermedad tiene sobre dicho cuerpo, las cuales van ligadas a factores tales como la forma de transmisión, las modificaciones corporales y las modificaciones en el plano de los roles que el enfermo adquiere a raíz de su enfermedad
- b) La noción de cuerpo enfermo se encuentra estrechamente ligada a la categoría anterior, ya que el *discurso médico* no solo valida las prácticas medicas y la forma en la que se entienden las enfermedades, también valida la construcción social del cuerpo humano, ya que dicho discurso también se ha encargado de explicar lo que se puede y lo que no se puede hacer con el cuerpo, las diferentes formas de entender su funcionamiento, qué tanto se puede acceder a él en el plano terapéutico,

ideas que validan y trabajan sobre él de acuerdo con las estructuras simbólicas de la sociedad.

Considero que la construcción social de la enfermedad se mueve a manera de un sistema de retroalimentación, en el cual actúan diferentes esferas que buscan explicar o limitar el fenómeno. Funcionan a modo de conectores entre el plano fisiológico y el plano social del cuerpo humano. Dichas explicaciones se ajustan al sistema cognitivo de la cultura que se trate, a la vez, otras esferas, por ejemplo la religiosa, la política, la económica, son las que consolidan un discurso y lo estructuran de forma coherente para que sirva de manera explicativa de la realidad.

Si bien en este modelo el discurso médico juega un papel de gran importancia, mi propuesta no pretende presentar una postura reduccionista del fenómeno de la enfermedad. Es decir, he considerado de gran relevancia para la construcción social de la enfermedad al discurso médico, justificándolo como aquel que legitima a nivel social la forma de entender este tipo de afecciones. Sin embargo, el propio desarrollo de este trabajo me ha llevado a plantear la necesidad de integrar por lo menos dos ejes de análisis mas, por un lado un análisis sobre el arte, considerando a éste como una forma de representación de la realidad, en donde es posible apreciar la presencia de la percepción sobre las enfermedades de acuerdo a los sistemas cognitivos antes mencionados.

Por otro lado, considero importante abordar un análisis sobre los discursos del poder, en donde, de acuerdo con el tipo específico de sociedades se enfoque a un análisis religioso o político, ya que estos determinan también, en gran medida, las formas de control de las enfermedades, no solo de en la forma de controles sanitarios o de salud pública, sino como el control que dichos discursos generan sobre las conductas que presentan los individuos de una sociedad.

II.

Todas las enfermedades, y en específico las enfermedades de origen infecto-contagioso y que eventualmente pueden convertirse en epidémicas, han tenido repercusiones importantes sobre el desarrollo de la historia de la humanidad, no se pueden entender algunos cambios en algunos procesos históricos sino es considerando la presencia de ciertas enfermedades y sus efectos económicos, políticos y sociales.

Ejemplo de ello es la ya mencionada peste bubónica, sobretodo en el continente europeo; o de la lepra en Europa, América y Asia, principalmente; la sífilis venérea que rápidamente se propagó por todo el mundo; la fiebre amarilla durante la conquista de América; las epidemias de cólera y tifo durante el siglo XVIII en México; la epidemia de influenza de 1918 que mató a cerca de 20 millones de personas alrededor del mundo; el SIDA, epidemia que enmarca nuestra época y que a la vez, por el desarrollo de la ciencia médica y/o tal vez por la capacidad adaptativa del hombre se ha convertido en una enfermedad crónica; y más recientemente aun, la pandemia del virus A(H1N1) que ha afectado a casi todo el mundo y que es posible entender el proceso de construcción social de la enfermedad a través de los medios masivos de comunicación, los discursos políticos que han girado en torno a la enfermedad, las implicaciones de nombrarla de una forma u otra, el miedo de la gente a contraerla y el rechazo al contacto directo entre personas incluso no enfermas .

Todas estas enfermedades han marcado la historia de la humanidad en diferentes aspectos. Un caso que vale la pena retomar es el de la peste bubónica. Para comprender su proceso es necesario considerar que para que el contexto medieval era apto para ello, es decir, la misma constitución urbana, el hacinamiento en las ciudades y la carencia de drenaje así como la recolección de basura, hicieron que estos centros se convirtieran en una especie de “incubadoras de enfermedades”. La sobrepoblación en la ciudades, la contaminación de los pozos, la falta de organización sanitaria también influyeron para que la muerte negra se volviera una enfermedad de

tipo epidémico. La alta mortalidad de las poblaciones afectadas generó una gran recesión en Europa, no sólo demográfica, sino económica y política.

Como se ha mencionado, durante la Edad Media la epidemia mató a un gran número de personas, lo cual forzosamente tuvo que haber repercutido en las esferas económicas y políticas de los diferentes países europeos que se vieron afectados, en donde se ha atribuido a las epidemias de peste (peste negra, muerte negra, entre otros) la crisis del sistema feudal, que al margen del análisis de sus causas más obvias, es decir la alta mortandad, repercutió y generó un cambio de vida a través de los efectos políticos, económicos y sociales que generó la enfermedad .

Considero que la sífilis venérea fue importante a nivel histórico porque su origen fue atribuido al descubrimiento del Nuevo Mundo. Si bien la viruela diezmo a la población indígena era una enfermedad ya conocida por los españoles que incluso fue utilizada como un arma que ayudó a la conquista, pero con la llegada de los españoles a América. La sífilis surge como tal dentro de los sistemas cognitivos de las poblaciones y se propaga, se le da una explicación específica de acuerdo con el discurso político expansionista, al discurso médico clásico y al discurso religioso. Cambia la forma de concebir la sexualidad, en donde las prostitutas fueron las culpables y la enfermedad se enmarcó en una perspectiva de género. La sífilis venérea dejó ver la laxitud de una sexualidad reprimida durante los siglos XVI y XVII principalmente, en donde los discursos religioso y político se contraponían a la práctica.

Como estos ejemplos se pueden dar muchos, la lepra, la tuberculosis, el SIDA, etcétera.

III.

En el modelo que se propone se deja al descubierto el cuerpo enfermo, en donde el enfermo, poseedor de atributos desfavorecedores, se convierte en

una amenaza para la sociedad, para la salud de los demás, se le teme y tiende a aislarse; por otro lado, los miembros de la sociedad, para protegerse convierten al enfermo en *el otro*, cuando antes era parte-de, a raíz de su nueva condición se le excluye (de acuerdo con la división de Friedson) y se convierte en objeto de legislación.

En todas las sociedades y en la historia, los pueblos han generado conceptos particulares sobre el contagio de las enfermedades sin importar si se tenía o tiene conocimiento de los mecanismos que ellas presentan. Así surgen los tabúes que se han aplicado a los enfermos. En algunas culturas antiguas la suciedad y la impureza se consideraron como condiciones primordiales de contagio, así que quien tocara a una persona “impura” se convertía a su vez en “impuro” y no se admitía hasta que se sometiera a ritos de purificación.

El rechazo por parte de la sociedad a una enfermedad no es una decisión deliberada. No se da en el plano de la consciencia que toma una posición después de haber considerado diferentes posibilidades, es decir, el rechazo no es formulado por sí-mismo. Esto se entiende mejor bajo la perspectiva merleauPontiana de ser-del-mundo, lo que en un marco socio-cultural rechaza es un Yo empeñado en un mundo físico determinado. El rechazo no es más que lo contrario a una inherencia que el hombre tiene a un mundo, a su mundo, a su realidad común y compartida con su grupo; la negación implícita de lo que se opone al movimiento natural de un mundo propio.

La historia de las enfermedades infecto-contagiosas y de carácter epidémico, llámese tuberculosis, lepra, peste, sífilis, SIDA, influenza, etcétera, dejan ver, con el modelo que propongo, que existe una constante: la estigmatización, se dice que para algunos enfermos el estigma que cargan es peor que la enfermedad que padecen, considero que principalmente el temor del enfermo radica en la pérdida de su identidad social y la discriminación.

En el ejemplo de la sífilis venérea en el siglo XVI que se enuncia en esta tesis, es de notar que por el miedo al rechazo la enfermedad se oculta, Quérel (1990) y Watts (1997) encuentran que las actas de defunción de personas enfermas de sífilis venérea, durante los siglos XVII y XVIII eran cambiadas para que el nombre de la familia no se “manchara”, pero cuando la enfermedad se oculta el mundo no deja de revelar al enfermo su padecimiento. Como dice Merleau-Ponty (1994), la consciencia del cuerpo se adquiere a través del mundo, también es cierto que la consciencia del mundo se adquiere por medio del cuerpo; en el momento en el que el mundo propio hace que un individuo se comporte de cierta forma porque sigue ciertas reglas que son establecidas por ese mundo en el que se habita, se crean ciertas intenciones o creencias, formas de percibir el mundo, a las que el enfermo no puede unirse del todo.

Lo anterior justifica que la estigmatización es un sistema de retroalimentación, en donde el sujeto enfermo es rechazado por la sociedad pero también existe un autorechazo por parte del sujeto enfermo, la enfermedad no subsiste sólo en calidad de representación o bajo un modo de consciencia objetiva.

Bibliografía

Aguado, C.

2004. **Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad**; Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Antropológicas / Facultad de Medicina. México.

Aguirre B.G.

1989. **La población negra de México. Estudio etnohistórico**. Universidad Veracruzana / Instituto Nacional Indigenista / Gobierno del Estado de Veracruz / Fondo de Cultura Económica. México

Aisenson K.A.

1981. **Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido**. Fondo de Cultura Económica; México.

Almady S.E.G. 2007. **Teorías y controversias sobre el origen de la sífilis venérea. Un análisis sobre los factores que desencadenaron la proliferación de la enfermedad en Nueva España. Siglo XVI-XIX**. Tesis de Licenciatura en Antropología Física. ENAH/INAH/SEP. México.

Arrizabalga J.

1999. Discurso y práctica médicos frente a la peste en la Europa bajomedieval y moderna. En *Revista de Historia Moderna*. No. 17; pp. 11-20.

Aufderheide, A. C., Rodríguez-Martín, C.

1998. **The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology**; Cambridge University Press; United Kingdom.

Babini, J.

2000. **Historia de la Medicina**; Editorial Gedisa; Serie CLA-DE-MA; Barcelona, España.

Berger P.L. y Luckmann T.

2001. **La construcción social de la realidad**; Amorrortu ediciones; Argentina

Berkow, R. y Fletcher A.

1994. **El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica**; Mosby / Doyma Libros; Edición Española.

Boia, L.

1997. **Entre el ángel y la bestia**; Editorial Andrés Bello. España.

Boltanski, L

1971. **Los usos sociales del cuerpo**.

Buzhilova, A.

1999 "Medieval examples of syphilis from European Russia". *International Journal of Osteoarcheology*. 9(5):271-276.

Calderón, E. y Anzures, B.

1976. **Conceptos Clínicos de Infectología**; Tercera Edición; Editorial IMAN; pp. 31-46

Campillo V. D.

2002. "Historia de la Paleopatología"; en **Paleopatología: la enfermedad no escrita**. Capítulo I. Albert Isidro y Assumpció Malgosa (eds). Editorial Masson; España.

Canguilhem, G .

1966. **Lo normal y lo patológico**. Siglo XXI Editores. México.

Cartwright, F. y Biddis, M.

1988. **Disease and History: The Influence of Disease in Shaping the Great Events of History**. Thomas Y. Crowell Company; Nueva York; Estados Unidos.

Cereijido M.

2002. *El enfoque evolucionista de la medicina*. En Revista **Arch. Argent. Pediatr.** 100 (2): 147- 151.

Copleston, F.C.

1976. **El Pensamiento de Santo Tomás**. Fondo de Cultura Económica; México.

Crosby, A. W. Jr.

1968. "The Early History of Syphilis: A Reappraisal"; *American Anthropologist*. 71: 218 – 227.

Crosby, A.

1991. **El Intercambio Transoceánico: Consecuencias Biológicas y Culturales a partir de 1492**; UNAM; México.

Del Castillo, O.
2000. **Condiciones de Vida y Salud de una Muestra Poblacional de la Ciudad de México en la Época Colonial**; Tesis de Maestría en Antropología Física; ENAH / INAH / SEP; México, D.F.

Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española.

1992. Vigésima Primera Edición. Tomo I.

Djuric-srejjic, M. y Roberts, C.

2001. "Paleopathological evidence of infectious disease in skeletal populations from later medieval Serbia". *International Journal of Osteoarcheology*. 11 (5): 311-320.

Douglas, M.

1970. **Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología.** Alianza Editorial; Madrid, España.

Escobedo Martínez, J. F.

2001. **La confesión como instrumento de occidentalización en la Nueva España.** Tesis de Licenciatura en Etnohistoria, INAH / ENAH / SEP.

Espinosa Solís, E. A.

2006. **Sexualidad y Sífilis en la Ciudad de México en el VIRREINATO: Diagnóstico diferencial de enfermedad causada por *Treponema sp* en la colección ósea del Hospital Real de San José de los Naturales (siglos XVI al XVIII).** Tesis de Licenciatura en Antropología Física, INAH / ENAH / SEP.

Fabrega H.

1981. *Culture, biology, and study of disease.* En Rothschild H. y Chapman; **Biocultural aspects of disease.** Academic Press. New York, USA.

Fabvre, L.

1985. **Erasmus, la contrarreforma y el espíritu moderno.** Editorial Orbis; Barcelona, España.

Foucault M.

1986. **El nacimiento de la clínica.** Siglo XXI; México.

1996. **La vida de los hombres infames.** Caronte Ensayos. Editorial Altamira; Argentina.

Friedson E.

1978. **La profesión médica. Antropología médica.** Ediciones Península; Barcelona, España.

Gaos, J.

1992. **Historia de nuestra idea del mundo.** Fondo de Cultura Económica / El Colegio de México. México.

García Ballester, L.
1972. **Galeno en la sociedad y en la ciencia de su tiempo**. Editorial Guadarrama; Madrid, España.

García de Cartázar, J.A y Sesma, M.J.A.
2006. **Historia de la Edad Media. Una síntesis interpretativa**. Alianza Editorial; Manuales Historia y Geografía. Cuarta edición. Madrid, España.

Goffman, E.
1963. **Estigma**. Amorrortu Editores. Argentina.

Groethuysen, B.
1985. **La formación de la conciencia burguesa en Francia durante el siglo XVIII**. Fondo de Cultura Económica, México.

Hackett, C.J.
1963. "Origin of the Human Treponematoses"; *Bulletin of the World Health Organization*; 29: 7-41.

1976. "Diagnosis Criteria of Syphilis, Yaws, and Treponarid (Treponematoses) and of some other Disease in Dry Bones". Berlin: Springer-Verlag.

Hays, J. N.
2003. **The Burdens of Disease. Epidemics and Human Response in Western History**; Rutgers University Press; New Brunswick, New Jersey and London.

Hudson, E. H.
1965. "Treponematoses and Man's Social Evolution"; *American Anthropologist*; New Series, 67(4) 885 – 901.

Huicochea G. L.
2009. **Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz**. IIA/UNAM y Colegio de la Frontera Sur. México.

Jaén M. T., Bautista, J. y Hernández O. P.
1995. "Un caso de sífilis en un entierro de la época virreinal, proveniente de la Catedral Metropolitana, México"; en: *Búsquedas y hallazgos. Estudios antropológicos en homenaje a Johanna Faulhaber*, López Alonso y Serrano Sánchez (editores). UNAM / IIA; México. Pp. 184-192.

Kuriyama, S.
2005. **La expresividad del cuerpo y la divergencia de la medicina griega y china**. Biblioteca de Ensayo Siruela; Ediciones Siruela. España

Lagunas Z. y Hernández P.
2009. **Manual de Osteología**. Escuela Nacional de Antropología e Historia; INAH; México.

Laín, E. P.

1968. **El estado de la enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica.** Sociedad de Estudios y Publicaciones. Editorial Moneda y Crédito. Madrid, España

1987. **El cuerpo humano. Oriente y Grecia antigua.** Espasa Universidad. Madrid, España.

1989. **El cuerpo humano. Teoría actual.** Editorial Espasa-Calpe. España

2004. **Historia de la medicina.** Masson. España.

Le Breton, D.

1995. **Antropología del cuerpo y modernidad.** Ediciones Nueva Visión; Buenos Aires, Argentina.

2002. **La sociologie du corps.** Presses universitaires de France. France.

Le Goff, J. y Truong N.

2005. **Una historia del cuerpo en la Edad Media.** Editorial Paidós Orígenes. Barcelona, Buenos Aires, México

López Piñero, J. M.

2002. **La Medicina en la Historia.** Editorial la esfera de los libros; Madrid, España.

López Piñero J.M. y García Ballester L.

1974. **Introducción a la medicina.** Editorial Ariel. Barcelona, España.

Major, R.H.

1936. "The worst plague of all"; en *Disease and destiny*, New York, D. Appleton Century; pp. 290-329.

Mansilla, J. y Pijoan, C.

1995. "A case of congenital syphilis during the colonial period in Mexico City". En *American Journal of Physical Anthropology*. 97 (2): 187-195.

Márquez, L.

1984. **Sociedad Colonial y Enfermedad. Un Ensayo de Osteopatología Diferencial;** Colección Científica 136; INAH; México.

1994. **La Desigualdad Social ante la Muerte.** Fondo de Cultura Económica, México.

Márquez, L. y Hernández, P.

2006. "Nuevas tendencias de estudio en la ENAH sobre salud y nutrición en poblaciones antiguas"; en: **Salud y sociedad en el México prehispánico y colonial.** Edts. Lourdes Márquez Morfín y Patricia Hernández Espinoza. INAH / ENAH / SEP.

Mauss, M.
1979. "Técnicas y movimientos corporales"; en **Marcel Mauss, Sociología y Antropología**. Editorial Tecnos; Madrid, España.

Mayr, E.
1998. "¿Cómo escribir historia de la biología?"; en **Historia y explicación en biología**; Sergio Martínez y Ana Bahorona compiladores. Pag 61-81. Ediciones Científicas Universitarias, Fondo de Cultura Económica; México.

Meade M. y Earickson R.
2000. **Medical Geography**. Second Edition. The Guilford Press; New York and London.

Merleau-Ponty M.
1994. **Fenomenología de la percepción**. Editorial Península; Barcelona, España.

Ortega Noriega, S.
1992. "De Amores y Desamores"; **Amor y Desamor. Vivencias de Pareja en la Sociedad Novohispana**; Seminario de Historia de las Mentalidades; INAH; México; pp: 9-26.

2000. "El Discurso Teológico de Santo Tomás de Aquino sobre el Matrimonio, la Familia y los Comportamientos Sexuales"; **Vida Cotidiana y Cultura en el México Virreinal**; Antología; Seminario de Historia de las Mentalidades; Colección Científica; INAH; México; pp: 27-73.

Ortner, D.J. y Putschar, W.G.J.
1985. **Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains**; Smithsonian Institution Press; Washington y London.

Pastor M.A.
1999. **Crisis y recomposición social. Nueva España en el tránsito del siglo XVI al XVII**. Fondo de Cultura Económica / Universidad Nacional Autónoma de México / Facultad de Filosofía y Letras. México.

Pérez Tamayo, R.
1992. **Enfermedades Viejas y Enfermedades Nuevas**; Editorial Siglo XXI; 2da. Edición; México.

Powell M. y Cook, D. (eds.)
2005. **The Myth of Syphilis. The Natural History of Treponematosi s in North America**; University Press of Florida; USA.

Quétel, C.
1990. **History of Syphilis**; Cambridge Polity Press; UK.

Rico Bovio, A.

1990. **Las Fronteras del Cuerpo. Crítica a la Corporeidad**; Cuadernos de Joaquín Mortiz, Grupo Editorial Planeta; México.

Steinbock, T.R.

1976. **Paleopathological Diagnosis and Interpretation. Bone Disease in Ancient Human Populations**; Charles C. Thomas Publisher; Illinois; USA.

Trabulse, E.

1994. **Historia de la Ciencia en México (versión abreviada)**. Fondo de Cultura Económica; México.

Turner, B.

2002. *Los avances recientes en la teoría del cuerpo* en **Revista digital REIS**: 68/94 pp. 11-39.

Vera C.J.L. 2002. **Las andanzas del caballero inexistente. Reflexiones en torno al cuerpo y la Antropología Física**. Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano. México.

Viveros, M.G.

2007. **Hipocratismo en México. Siglos XVI al XVIII**. UNAM, Seminario de Cultura Mexicana; México.

Watts, S.

1997. **Epidemias y Poder: Historia, Enfermedad, Imperialismo**; Editorial Andrés Bello; Barcelona, Buenos Aires, México D.F., Santiago de Chile.

Yoursenar, M.

1994. **Opus nigrum**. Alfaguara, Buenos Aires.