



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**LA FORMACIÓN DE DOS MÉDICOS TRADICIONALES DE VERACRUZ:
MEDICINA TRADICIONAL, PSICOLOGÍA Y MEDICINA BASADA EN LA
EVIDENCIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

CÉSAR MANUEL RUIZ PEDRAZA

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ
COMITÉ: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING
DR. JUAN LÓPEZ MOLINA
MTRA. GLORIA MARINA MORENO BAENA
MTRO. RAFAEL PASCUAL AYALA

PAPIIT IN308611 – RR308611



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2013



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.

Se agradece el apoyo otorgado para la realización de esta tesis a los proyectos:

- UNAM-DGAPA-PAPIIT, *Comparación del impacto de la medicina tradicional entre dos comunidades de Veracruz México: Mata Clara, comunidad afromestiza y Tlaquilpa, comunidad indígena nahua*, clave: IN308611 - RR308611

- UNAM-DGAPA-PAPIIT, *El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y el Manantial, dos comunidades afromestizas de Veracruz México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista*, clave: IN 306308-3

AGRADECIMIENTOS

Después de un camino largo y difícil, es concluida con éxito una de mis más grandes y anheladas metas de mi vida, lograr un sueño que lo veía inalcanzable, recibiendo el apoyo de personas que quiero agradecerles, pues desde el fondo de mi corazón les digo que sin su ayuda no hubiera conseguido culminar este trabajo.

A **Don Pedro, Ariel y Donato**, por su generosidad, brindarme su calidez humana, paciencia, tiempo, amistad, comprensión y compartir sus vivencias; sin ellos no hubiera sido posible la realización de este proyecto.

A mis **padres**, por inculcarme a ser una mejor persona, enseñándome que los mejores valores y principios son parte fundamental para todo ser humano, por hacer que mi vida fuera fácil sin importarles lo difícil que fue para ellos, por su especial manera de darme cariño, apoyo e intachable expresión de amor, siempre incondicional, muchas gracias por darme la oportunidad de vivir.

Al **Dr. Marco Cardoso**, por haberme dado la oportunidad de participar en este proyecto; por su tiempo, su comprensión, su paciencia, así mismo por guiarme durante el desarrollo del presente trabajo, por contribuir con sus ideas, sabios consejos, gran experiencia y demostrarme la pasión por el conocimiento.

A la **Dra. Raquel Guillén**, por dedicar su tiempo a la revisión y corrección de este trabajo, por contribuir con sus aportes teóricos que permitieron mejorarlo.

Al **Dr. Juan López**, por su amabilidad y enorme contribución, que fue muy valiosa para el enriquecimiento de este trabajo.

A la **Mtra. Gloria Moreno**, por su amable colaboración en la revisión y correcciones de esta tesis.

Al **Mtro. Rafael Pascual**, por su amistad, calidez humana, paciencia y, por apoyar este trabajo encausándolo con sus acertados comentarios.

Pero sobre todo agradezco a **Dios**, por permitirme conocer a todas estas personas que contribuyeron desinteresadamente para que este trabajo se concluyera; así mismo, por ponerme en este camino y bendecirme día a día con el privilegio de vivir, gracias porque he logrado mi meta anhelada.

DEDICATORIAS

Principalmente a mi **padre**, por alentarme a la superación, por confiar, creer y sembrar en mí, el firme deseo de estudiar y alcanzar una carrera profesional, por mostrarme la sencillez, humildad, nobleza y fortaleza para sacrificarse y esforzarse en darme todo lo posible e imposible para cumplir este objetivo, sin tu apoyo no lo habiéramos logrado.

A mi **madre**, por cuidar de mí en todo momento, por orientarme al mejor camino por difícil que sea, por brindarme amor, cariño, comprensión que da confianza a mi vida, por tus palabras de aliento que dieron fuerza y valor a mis planes y metas.

A mis **hermanos**, por su peculiar manera de estar en las buenas y en las malas, aunque hay cosas que no se dicen, sabemos del cariño, amor, confianza y apoyo que existe entre nosotros:

A ti **Alma**, por confiar en mí y mostrarme la madurez necesaria para enfrentarnos a cualquier circunstancia que se nos presente.

A ti **gordo**, por enseñarme involuntariamente que con responsabilidad, constancia, perseverancia y compromiso, se pueden lograr los objetivos que nos proponemos.

A ti **Ely**, por salir adelante sin importar lo difícil que sean los obstáculos y, por recibir tu apoyo.

A ti **Rossy**, por aprender indirectamente de la fortaleza que se debe tener para enfrentarnos a las pruebas tan difíciles que nos pone la vida.

A ti **Beto**, por compartir muchas cosas juntos en diferentes etapas de mi vida, por acompañarme impensadamente a lo largo de la formación académica.

A **Liz Villa**, por creer en mí, por ser el ángel que me acompañó desde el inicio de esta tesis con su inigualable expresión del verdadero amor que nos une, siempre incondicionalmente, por tu cariño, apoyo, comprensión y paciencia; así mismo, ser el soporte emocional que da fuerza y valor para seguir adelante procurando que la vida sea menos difícil, por tu amor, palabras de aliento y motivación que coadyuvaron a cumplir este sueño.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por haberme acogido y darme la oportunidad de formarme profesionalmente, orientándome a ser mejor persona cada día.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: MEDICINA TRADICIONAL	7
¿Qué es la medicina tradicional?	8
Características generales de la medicina tradicional	9
Medicina tradicional mexicana	14
Condiciones actuales de la medicina tradicional en México	18
CAPÍTULO II: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS (MBE)	22
Definiciones generales de la MBE	22
Medicina Basada en Evidencias y Medicina Tradicional	25
Estado actual de la Medicina Basada en Evidencias	27
Psicología Basada en la Evidencia	29
CAPÍTULO III: REFLEXIONES SOBRE LA PSICOLOGÍA, MEDICINA ALÓPATA Y MEDICINA TRADICIONAL	36
¿Por qué los elementos de la MBE son útiles y podrían ayudar a la Psicología?	37
¿Medicina tradicional o medicina alópata?	40
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ELEMENTALES EN LOS INDIVIDUOS	49
Pensamiento mágico	49
Percepción	53
Subjetividad	57

Consecuencias de las creencias acerca de la salud	59
CAPÍTULO V: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	64
¿Cantidad o cualidad?	64
¿Qué es la investigación cualitativa?	66
Orígenes generales	67
Características	69
Sus métodos	72
CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA	79
Objetivos	79
Tipo de estudio	79
Diseño	79
Selección y área de la muestra	79
Método	80
Estrategias y técnicas de la obtención de información	80
Codificación y análisis de datos	81
CAPÍTULO VII: RESULTADOS	82
VERACRUZ: El contexto	83
Sierra de Zongolica, región de las Altas Montañas	83
Don Pedro: La historia de la formación de un médico tradicional	86
Yanga, región de comunidades afromexicanas	92
Ariel: La historia de la formación de un curandero afromexicano	93
Un alivio para los pacientes	98
Similitud y diferencias entre Don Pedro y Ariel	102
Donato: La historia de un indígena de Tlaquilpa que se convirtió en catedrático de la Universidad de Chapingo	105

Donato: vicisitudes de la medicina tradicional	106
CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN	111
CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

RESUMEN

En nuestros días, el tema de la salud y de la medicina ha cobrado gran importancia en el ámbito de salud pública en el país. Por un lado, la medicina institucional presenta insuficiencias por los servicios otorgados a la población, como lo es su elevado costo, atención inadecuada, deshumanización, insatisfacción de los consumidores, etc. Lo anterior lleva a la población a buscar otras alternativas para preservar su salud, optando por los servicios ofrecidos por la medicina tradicional, pues contiene elementos vitales que la medicina alópata no toma en cuenta. Un aspecto significativo en la medicina tradicional es la manera en cómo lograron su conocimiento los médicos tradicionales para curar a la gente, objetivo de esta investigación, así como vindicar el papel del médico tradicional dentro del ámbito de la medicina alópata. La muestra la componen dos médicos tradicionales de Veracruz México, que consideran tener la especialidad de huesero. El tipo de estudio fue cualitativo empleando como técnicas de recolección de datos la entrevista a profundidad, observación participante y registros observacionales. El análisis se basó en la reducción de datos, su disposición y transformación, para finalizar con la obtención y verificación de conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo, la salud es considerada un aspecto vital en el ser humano para realizar las actividades de su quehacer diario y alcanzar el bienestar de sus condiciones de vida. La OMS (2006), la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. Lo cual, debe existir un equilibrio en esos ámbitos, no obstante las condiciones de la vida en la actualidad deterioran la salud en el individuo. En consecuencia, la población busca prevenir y rehabilitar su salud recurriendo a la medicina.

Con base en lo anterior, la medicina surge para dar respuesta a los diversos problemas de salud planteados por la sociedad. Entre las existentes y la que predomina es la medicina alópata, también llamada institucional, científica, hegemónica, biomédica, convencional, etc. Ésta se destaca por poseer un cuerpo de conocimientos avalados por la ciencia basándose en el modelo biológico de la enfermedad, utiliza la más sofisticada tecnología, posee el reconocimiento por parte de instituciones oficiales y recibe subsidios económicos del gobierno. Por tanto, ostenta un poder y prestigio dentro de la sociedad.

En el mismo orden de ideas, la medicina alópata desatiende un factor importante dentro de la salud como lo es el individuo, pues la mayoría de las veces se enfocan en la enfermedad y no en quién la posee. Así mismo, se somete a cuestiones estadísticas, donde al médico sólo le importa el padecimiento, número de pacientes atendidos convirtiéndolos en expedientes, trayendo como resultado la deshumanización de la medicina. Por ende,

impiden la comunicación médico-paciente dejando de lado que el ser humano es influido por un contexto, posee una historia, así como emociones y sentimientos determinantes en la enfermedad y su comportamiento.

La necesidad de ser comprendidos para preservar la salud, el costo excesivo en los medicamentos y su intolerancia, los tratamientos largos en la enfermedad y su ineficacia, difícil acceso al servicio, incompreensión a sus necesidades, el no encontrar explicación a sus malestares de acuerdo a sus creencias, son algunas causas de la población que induce a buscar otras alternativas, como lo es la medicina tradicional. Ésta práctica ha existido durante mucho tiempo y su conservación se debe a los beneficios que brinda a la sociedad, principalmente en las áreas rurales.

La medicina tradicional (nombrada también como popular, alternativa,) ofrece diversos medios de diagnóstico y tratamientos curativos para preservar la salud, con una visión holística de la enfermedad, es decir, considera al ser humano en su totalidad (biológica, cultural, social e histórica), atención a la persona y a su entorno, enfocándose al padecer. Así mismo, los médicos tradicionales se dividen en especialidades de huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista. Para Jinich (1998), un curandero es considerado miembro de su comunidad, comparten la manera de vivir, el idioma, las costumbres, familiares y amigos, la religión, los mitos y creencias, los sistemas explicativos.

Además, la medicina tradicional es de fácil adquisición y con un costo accesible, es ambulatoria, la mayoría de sus medicamentos son inocuos, los tratamientos generalmente son cortos, lo que ayuda a las personas a incorporarse a su vida cotidiana más rápido. En consecuencia, ahí las personas encuentran solución a sus problemas de salud. Sin embargo, la medicina tradicional carece de investigaciones científicas que sustenten su aplicación,

pero eso no significa que no tengan efectividad, sino que no entra en los requerimientos pedidos por la ciencia.

La OMS pretende promover la medicina tradicional como alternativa para la atención de los problemas de la salud, pero establece como condicionante los parámetros ofrecidos por la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), y al juzgar con base en dichos parámetros, los tratamientos brindados por la medicina tradicional, le genera desmerecimiento, reduciendo su aplicabilidad en sectores más amplios de la población, puede contribuir a su desaparición (Cardoso, Pascual, Serrano & Huicochea, 2008).

El objetivo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es aumentar la efectividad terapéutica, disminuir el margen de error, reducir el autoritarismo y práctica médica, racionalización de los costos, humanización médico-paciente (Díaz & Gallego, 2004). Por un lado, los más beneficiados son los pacientes, pues recibirán una práctica sustentada empíricamente, por otro lado, el médico desarrollaría nuevas habilidades para la mejor toma de decisiones al tratar un problema clínico.

Ante ello, la MBE cuestiona ambas medicinas por los modelos en los que sustenta su práctica médica. Para manifestarse el cambio de la medicina tradicional (eje principal de ésta investigación) a la medicina basada en evidencias se justifican en los siguientes argumentos: a) la práctica de la medicina es un paradigma cambiante, b) la medicina basada en evidencias no toma en cuenta la intuición y la experiencia clínica no sistematizada, y c) la medicina basada en evidencias exige todo tipo de evidencia empírica (Cardoso, 2008).

Un aspecto significativo y de gran relevancia dentro de la medicina tradicional es la manera en cómo lograron su conocimiento dos médicos tradicionales para curar a la gente, objetivo vital de esta investigación, así como describir las vicisitudes de la medicina tradicional basándonos en el testimonio de un indígena, presentar testimonios de pacientes

tratados por el huesero y vindicar el papel del médico tradicional dentro del ámbito de la medicina alópata.

En el primer capítulo de este trabajo, se describen diversas definiciones de la medicina tradicional, así como la medicina tradicional en nuestro país y se señalan sus condiciones en la actualidad.

El segundo capítulo alude a algunos conceptos básicos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), para relacionarla con la Medicina Tradicional, así mismo ofrece un panorama actual de la MBE. Finaliza con reflexiones planteadas para la Psicología Basada en la Evidencia.

Así pues, el tercer capítulo se refiere a la importancia de trasladar los elementos básicos de la MBE a la psicología. La segunda parte, menciona las características y diferencias existentes entre la medicina alópata y tradicional.

En el cuarto capítulo, se describen aspectos que emplea el individuo para dar respuesta a los significados de su existencia individual y social, por lo que se aborda el pensamiento mágico, percepción de los individuos, subjetividad, y finalizar, con las consecuencias de las creencias acerca de la salud.

El quinto capítulo aborda la investigación cualitativa, marcando algunas diferencias básicas entre ella y la investigación cuantitativa, pasando por conocer diferentes definiciones y orígenes, así como las características que posee y sus métodos de estudio, resaltando la subjetividad y la fenomenología.

En el sexto capítulo, se describe la metodología usada para esta investigación: sus objetivos, tipo de estudio, diseño, selección y área de la muestra, método, estrategias y técnicas de obtención de información, así pues su codificación y análisis de datos.

En el capítulo séptimo, se muestran los resultados obtenidos. En él se describe el contexto de estudio, narra la historia de la formación de los dos hueseros, se describen testimonios de pacientes atendidos por ellos. Así mismo, trata la historia de un indígena que se convirtió en catedrático de la Universidad de Chapingo y sus reflexiones acerca de la medicina tradicional.

En el octavo capítulo, se explican las discusiones que se generaron a partir de los resultados.

Finalmente, en el último capítulo se dan las conclusiones del trabajo de investigación a las que se llegaron.

CAPÍTULO I:

MEDICINA TRADICIONAL

Algunos le llaman con frecuencia medicina alternativa, indígena, popular, ortodoxa, medicina no oficial, tradicional. Otros autores, citados por Ruiz-Méndez (2000), ofrecen diferentes definiciones, por ejemplo Fábregas (1984), sugiere entender a la medicina tradicional a manera de una expresión para hacer referencia a la cultura como el proceso salud-enfermedad, de la que son portadores los grupos étnicos a través de su historia.

Siguiendo a la autora, Eduardo Menéndez (1987), hace referencia a un conjunto de prácticas curativo/preventivas/enfermantes usadas por los diversos grupos sociales y reconocidas en una sociedad determinada. Así mismo, M. Antochiw (1982), afirma que lo correcto es denominarle medicina indígena, pues conserva un modelo específico de percepción e interpretación propio de las culturas indígenas.

Respecto a esta última, Anzures y Bolaños (1989), señala que “medicina tradicional” no es sinónimo de “medicina indígena”, si bien tiene raíz teórica-práctica de muchos siglos también ha evolucionado con el tiempo. Esto se debe al impacto de los medios de comunicación, movilidad social y geográfica, modernización general de la vida y de las cosmovisiones, etc.

Con base en lo anterior, es necesario plantear unas definiciones generales de medicina general.

¿Qué es la medicina tradicional?

La Organización Mundial de la Salud (2002), la define como un cúmulo de conocimientos, habilidades y prácticas fundadas en teorías, creencias y experiencias originadas de las diversas culturas, sean o no explicables, y usados para el mantenimiento de la salud, así como la prevención, diagnosis o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales.

Para Fagetti (2004), “la medicina tradicional está conformada por un conjunto de ideas, creencias, representaciones y símbolos que constituyen un saber reconocido y aplicado en prácticas y rituales terapéuticos por sus especialistas, y transmitido por tradición oral a través de las generaciones” (p. 9). En el mismo orden, “la medicina tradicional es parte de ese saber que le ha permitido a la humanidad sobrevivir, enfrentar lo que desde siempre ha amenazado la integridad física, emocional y espiritual del ser humano, el infortunio, la enfermedad y la muerte” (p. 9).

La medicina tradicional es: “una forma de práctica médica que se caracteriza por el conjunto de creencias, conceptos e ideas acerca de la enfermedad y la curación que han pasado a través de las generaciones” (Higashida & Yoshiko, 2005, p. 21).

Zolla & Zolla (2004), denominan a la medicina tradicional como un: “sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos materiales y simbólicos destinados a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes” (p. 1).

En la misma perspectiva, López & Teodoro (2006), consideran a la medicina tradicional como: “un sistema ideológico y no como una forma absoluta de determinar la realidad; no es viable entender el verdadero significado de las prácticas y creencias médicas de los grupos indígenas, si no se toma en cuenta la cosmovisión, la cual es la que da congruencia en su realidad social, y da sentido a la vida” (p. 20).

Al hablar del sistema ideológico, López Austin (1975, citado en Anzures y Bolaños, 1989), se refiere al conjunto de conocimientos que adquiere una sistematización derivada de principios teóricos, sean de naturaleza religiosa, de la cosmovisión, de procesos naturales observados, reales o de apreciación errónea, otorgando a las ideas, procedimientos y nociones la calidad del cuerpo.

Características generales de la medicina tradicional

Con base en lo anterior, la medicina tradicional comprende el contexto en que se sitúa, su cultura y la cosmovisión del grupo social que la práctica, pues no solamente es exclusiva de la herbolaria, ya que incluye otras prácticas y visiones.

Por ejemplo, Sandoval (2003), al referirse a la medicina tradicional indígena, se utiliza como herramienta el temazcal para que la persona se sienta bien, en armonía, tanto él mismo como con los demás. En consecuencia, implica estar sano mediante la integración y el equilibrio de cuerpo, mente y espíritu.

Lo anterior incluye a la enfermedad en un desequilibrio generado por una concepción holística que ubica al individuo en su relación con otros hombres, con la naturaleza y con el universo (Ortiz, 2007).

En este mismo orden de ideas, la concepción de la enfermedad se vincula a un conjunto de opiniones y creencias que conforman una imagen general del mundo que tiene una persona, época o cultura, interpretando su propia naturaleza y la de todo lo existente, es decir la cosmovisión de la localidad donde se brindan los tratamientos (Cardoso, Pascual, Serrano & Huicochea, 2008).

Por tanto, de la cosmovisión surgen las concepciones sobre la vida y la muerte, pues en el modelo médico se construyen las ideas en torno a la salud y la enfermedad, a manera

de cómo un grupo social percibe la relación entre el ser humano y el cosmos, para que éste alcance el equilibrio que le permita vivir en sintonía con su medio ambiente (Fagetti, 2003).

Bajo la misma óptica, la cosmovisión es una visión estructurada en donde los individuos de una comunidad relacionan coherentemente sus nociones acerca del medio ambiente en que viven, y el cosmos en que sitúan la vida del hombre (Broda & Báez-Jorge, 2001).

Mientras que para López Austin (López & Teodoro, 2006), pues la cosmovisión por “su carácter histórico implica su vinculación dialéctica con el todo social y, por lo tanto, implica también su constante transformación” (p.19).

Lozoya (1982), insinúa una creencia equivocada acerca de la dinámica que tiene la medicina tradicional en el ambiente social, donde hay un legado añejo procedente de culturas indígenas principalmente maya-azteca, perdura como patrimonio cultural de la sociedad sin modificarse, por tanto es un fenómeno pasivo, atribuyéndole un contexto antiguo o de reliquia. No obstante, el entorno muestra que la medicina tradicional se modifica bajo la influencia de los cambios que la propia cultura popular ha sufrido en diferentes momentos históricos.

Bajo la misma óptica, estos cambios provienen de factores internos o de su relación con factores externos, pues al entrar los pueblos en contacto sus componentes son sustituidos o adoptan nuevas formas terapéuticas, las cuáles modifican los métodos de curación y prevención.

En este sentido, varios autores coinciden en que la medicina tradicional posee las siguientes características:

-Principalmente por su pensamiento holístico del proceso salud-enfermedad, su origen focalizado en determinadas regiones geográficas y culturales, su posición más grupal

que individualista, y una menor desigualdad en la relación curador-paciente (Peña & Vázquez, 2002).

-Anzures y Bolaños (1989), menciona que en la medicina tradicional no sólo acuden por problemas de salud o corporal, sino que también del alma. El alma se remonta a la filosofía griega, alude a un principio inmaterial de vitalidad, de sensibilidad y de racionalidad (Gamboa, 2008), principio invisible que poseerían los seres vivos permitiendo un movimiento propio.

Así mismo, la medicina tradicional se apoya también en el prestigio personal del médico, por poseer el conocimiento de la cultura y psicología de su pueblo, en donde comparte su vida, el interés personal que pone en cada uno de sus pacientes el curador y un servicio a un costo accesible (Anzures y Bolaños, 1989).

- El paciente y el especialista ritual tienen la misma visión de su enfermedad, pues en él recae toda la confianza (Fagetti, 2003).

- Emplean diversos medios de diagnóstico y técnicas como la pulsación de la sangre en las coyunturas, la consulta de los granos de maíz, las velas o la baraja, y la limpia con huevo o con la botella de vidrio (Fagetti, 2003).

-Nahmad (1956), expresa que la mayoría de las veces muchos curanderos se consideran los verdaderos guías del pueblo, pues poseen el potencial de dominar los conocimientos ocultos, por su poder de acercarse y hablar con los santos y los dioses, de acuerdo a sus creencias.

- Por tanto, aludiendo al diagnóstico y origen de la enfermedad, que en ocasiones el paciente no recuerda y se remonta hasta algún suceso lejano, el terapeuta procede a la curación recurriendo al uso de diversos medios curativos: plantas medicinales, animales y minerales que contribuyen al restablecimiento del equilibrio corporal, excluyendo el

malestar gracias a sus propiedades y a sus principios activos, y utilizando técnicas como el masaje, la “sobada” o “apretada”, o los baños en el temascal (Fagetti, 2003), con el objetivo de encontrar la armonía con las fuerzas y las divinidades de la naturaleza, con el nacimiento, con el hogar y también con la salud.

En síntesis, la medicina tradicional se puede concebir como:

- ◆ El hombre como una totalidad, interconectado con el universo.
- ◆ Humanización de la medicina.
- ◆ Diversas técnicas y procedimientos para la prevención y tratamientos de la enfermedad.

Por otro lado, surgen dos vertientes dentro de la medicina: la medicina tradicional y la medicina hegemónica, a la cual se le ha denominado entre otros, medicina institucional, occidental, alópata, oficial, científica, biomédica, etc. Entre éstas nacen dos tipos diferentes de relación: el rechazo mutuo de ambas o su coexistencia.

En cuanto a su relación de coexistencia suceden dos variaciones, la positiva a la medicina tradicional, es decir en donde la medicina tradicional se sigue manteniendo y solamente añade ciertos elementos de la medicina oficial; y la que actúa en sentido negativo a ella, es decir, en donde la medicina alópata predomina sobre la medicina tradicional (Ruiz, 2008).

Siguiendo a la autora, la primera variante alude a una interacción, pues los pacientes de las medicinas antes mencionadas admiten determinados tratamientos dados por la medicina hegemónica, sin dejar de recurrir a algunas prácticas médicas que la medicina tradicional mantiene. Así, la segunda variante indica una aceptación abierta de la medicina hegemónica y al rechazo de la medicina tradicional.

No obstante, la medicina científica tiene deficiencias y desventajas, sólo señalaré algunas pues más adelante del trabajo se discutirá a profundidad.

Además, la práctica de la medicina oficial adquiere perfiles de deshumanización, en contraste con los perfiles humanísticos de la medicina tradicional. Al respecto, Hernán San Martín (1968) citado por Rojas (1983), señala que lo humano en el arte de la medicina reside esencialmente en percibir al hombre en su integridad, como unidad biológica y cultural, como ente social y ser histórico. Cuando la medicina desatiende las formas de vida, de sentir y de pensar de la sociedad en el momento histórico, ha subestimado al hombre como ser social y cultural, entonces se produce el proceso que llamamos deshumanización de la medicina.

En el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1984; citado en Ruiz-Méndez, 2000), se hallan contenidas a las prácticas médicas oficiales propias de la medicina alópata, pues la constituye un cuerpo de conocimientos que brindan respuesta de salud a países del primer mundo.

En consecuencia, la mayoría de las veces la medicina científica-biomédica conserva un enfoque lineal, mecanizado, estandarizado y homogeneizante, dejando de lado la dimensión existencial del hombre, de sus actos, de su cuerpo, de sus significados.

Peña & Vázquez (2002), manifiestan que el modelo médico hegemónico “se caracteriza por una orientación biologista (se desprecian los factores económicos y socioculturales), una concepción individualista del fenómeno salud-enfermedad, una marcada vocación mercantilista de la práctica privada, la asimetría de poder en la relación del médico con el paciente y una gran eficacia en las técnicas de diagnóstico (rayos X, ultrasonido, etc.), de prevención (inmunizaciones) y de terapia (cirugía y medicamentos de patente)” (p. 164,165).

En este sentido, Le Bretón (1995), señala lo anterior como resultado de la modernidad que se den estas escisiones, pues únicamente es en las sociedades tradicionales, de descomposición holística y comunitaria, en donde el individuo es indiscernible y el cuerpo no es objeto de una escisión, pues el hombre se confunde con el cosmos, la naturaleza y la comunidad.

Por ende, en nuestros días existe mayor apertura y acceso a otros tipos de medicina donde el proceso de individualización sea menos evidente, por tanto la medicina tradicional brinda respuesta a la necesidad de las personas de volver a un sistema integral.

Medicina tradicional mexicana

Zolla & Zolla (2004), señalan que su origen de la Medicina Tradicional Mexicana “se remonta a las culturas prehispánicas, pero que, como toda institución social, ha variado en el curso de los siglos, influida por otras culturas médicas (española, africana, moderna), por los cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones y por factores no médicos de diversa índole (económicos, ecológicos, religiosos)” (p. 1).

La Medicina Tradicional Mexicana se fue construyendo a través del tiempo de un cuerpo de creencias y prácticas náhuatl y españolas, que se ha enriquecido en los años transcurridos con otros, provenientes de la medicina popular española y de los traídos por los esclavos negros en los siglos XVI y XVII (Ruiz, 2008).

De esta manera, Peña & Vázquez (2002), expresan que en tierras del continente americano, antes de la llegada de los españoles existían poblaciones que poseían sus propias percepciones de concebir la vida y la muerte, la salud y las enfermedades, esta cosmovisión envolvía un conjunto de creencias, prácticas y saberes con respecto a las enfermedades.

Siguiendo a estos autores, los pueblos conquistados persiguieron sus conocimientos y practicas milenarias, de una manera abierta u oculta tomando ciertos elementos de la medicina popular hispánica y de la medicina tribal africana, originada por los esclavos negros traídos a la Nueva España, para auxiliar a la diezmada población india, que durante el siglo XVI había disminuido en forma dramática como efecto de la conquista y expansión de enfermedades epidémicas, como la viruela y el sarampión, desconocidas en el continente americano.

Así pues, existe evidencia de la medicina tradicional en el siglo XVI con el curanderismo, como lo refleja Ruiz-Méndez (2000), citando a varios autores, por ejemplo: en las “Cartas de Relación” Hernán Cortés refiere, cuando describe un recorrido que realizó por el mercado de Tlatelolco, en una mañana de 1521:

Hay calles de herbolarios donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en esta tierra se hallan. Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas así sean potables como ungüentos o como emplastos (citado en Ruiz-Méndez, 2000: 45).

Otro es Lozoya (1994), expresando que además de estos jardines, existían lugares de reposo y curación para los enfermos y eran los equivalentes a los hospitales y farmacias de los europeos.

Otro antecedente importante, es el trabajo realizado por Francisco Hernández, nombrado por el Rey Felipe II como Protomédico General de las Indias. Su propósito fue saber las virtudes de las plantas, animales y minerales de la Nueva España. Recorrió el centro de México, incluyendo Michoacán, la zona del Pánuco y Oaxaca, recopilando datos que comprenden aspectos teológicos, históricos, médicos, literarios, geográficos,

descriptivos, etc., para lo cual se apoyo en la experiencia de los nativos más viejos. Para Michoacán reportó plantas curativas colectadas en varias localidades, tales como Pazcuáro, Tingambato, Tancitaro, Apatzingan, Uruapan y Jiquilpan. Habla además de otras 120 especies vegetales, sin definir localidades, sólo menciona que son de Michoacán.

Por tanto, la medicina tradicional mexicana que ahora se ejerce en todo el país es la consecuencia de una mezcla de elementos europeos y africanos (Peña & Vázquez, 2002).

En nuestro país, debido a varias razones como el avance tecnológico, la religión, la economía, la política, etc., la medicina tradicional se ha sostenido hasta nuestros días.

Otros autores (citados por Saldaña, 2007), ofrecen explicaciones al respecto, por ejemplo, San Martín en 1983, indica que la medicina tradicional ejerce su rol ancestral de protectora de la salud de la comunidad, con una noción global dentro de las culturas que han seguido una evolución diferente a las de las sociedades industriales modernas; Herrasti en 1986, concluye que la medicina tradicional deriva de un concepto cuyo contenido parece redefinirse continuamente.

En este sentido, Saldaña (2007), señala que las técnicas, acciones y conocimientos de la medicina tradicional mexicana, se explican a través de la mentalidad y culturas de los grupos sociales que la generan, producen y la practican, ya que es parte de su vida, su cotidianidad, de su tiempo sagrado, histórico y real.

Para Argueta & Zolla (1994), la Medicina Tradicional Mexicana la definen “como un sistema de saberes y prácticas destinadas a la prevención y curación de la enfermedad, o a la atención de causas de desequilibrio concebidas como patológicas para el individuo y el grupo, resultado de un complejo proceso histórico en el que persisten conocimientos indígenas ancestrales, influidos por otros sistemas médicos, particularmente europeos y, en menor medida, africanos. La medicina tradicional mexicana, es ejercida por un conjunto de

terapeutas socialmente reconocidos (curanderos, parteras, hierberos y hueseros, principalmente), y su acción se extiende a la atención de procesos no patológicos, como el embarazo, el parto y el puerperio normales” (p. 17).

De acuerdo a Fagetti (2003), la medicina tradicional en México es integrada por diversas formas terapéuticas, creadas y recreadas a través del tiempo, empleadas por pueblos indígenas y campesinos, y por diversos sectores de la comunidad urbana.

El conjunto de prácticas cotidianas, creencias y costumbres sobre el empleo de la medicina tradicional en nuestro país, permanecen y constituyen parte de la identidad cultural de los pueblos indígenas, a la cual acuden una parte de la población, ya que se encuentra al alcance de sus posibilidades económicas, comprenden sus necesidades, sus creencias y eficacia. De ella nacen terapeutas tradicionales indígenas, personas que producen, mantienen, renuevan, exponen y analizan los componentes espirituales y materiales de curación, llamados curanderos, rezanderos, hierberos, parteras o comadronas (Saldaña, 2007).

La autora señala que los especialistas dividen las enfermedades en dos grupos: las naturales y las sobrenaturales. Las primeras son el resultado de fenómenos de la naturaleza tales como el viento, el frío, el polvo, la lluvia, el sol, o ciertos alimentos que producen un mal, y las segundas, se encuentran relacionadas con hechos mágicos o de hechicería.

Respecto a los recursos materiales y al conocimiento que sobre ellos se posee para el tratamiento de las enfermedades, Anzures y Bolaños (1989), señalan que las culturas indígenas, campesinas, urbanas, etc., poseen un patrimonio de plantas, animales y minerales, utilizados como recurso medicinal mediante diferentes formas. Este patrimonio es en parte ecológico y en parte cultural, o adquirido por diferentes canales de intercambios

y comercialización. Por lo que su conocimiento es integrado en la educación que se da desde su niñez a todos los integrantes del grupo.

Para Aguirre (1973), la adquisición del conocimiento de las propiedades místicas de todas las yerbas y sustancias milagrosas demandan un periodo largo y mayor, es aún el necesario para alcanzar la sabiduría, la exacta significación de las imágenes reflejadas en el agua o de la posición en que caen los granos gordos del maíz.

De esta manera, el rol desempeñado por el médico tradicional indígena va más allá de atender a sus pacientes, pues además se refiere al elemento social de la enfermedad, ya que su rol terapéutico comprende el ámbito social como el psicológico, provocando respeto.

En el mismo orden de ideas, la práctica de los médicos tradicionales indígenas no se reduce a usar la herbolaria y rituales, sino también emplean técnicas manuales como sobadas, aplicación de vilmas y cataplasmas, acomodo externo de productos fetales que están en posición transversa, empleo de enemas, entre otros. De igual manera, se enfatiza en la influencia de la medicina occidental cuando los propios médicos indígenas han adoptado algunos remedios, medicamentos de patente y no resulta extraño que receten antibióticos, jarabes, analgésicos, hipoglucemiantes orales, antiinflamatorios, anticonceptivos, vitaminas, complementos nutricionales, pomadas para humanos y para animales, etc. (Peña & Vázquez, 2002).

Condiciones actuales de la medicina tradicional en México

En México se han agrupado algunas organizaciones con la finalidad de que permanezca la medicina tradicional mexicana.

Según Saldaña (2007), algunos grupos étnicos del estado de México como los Mazahua, Otomí, Nahuatl, Tlalnca y Matlatzinca, practican la medicina tradicional

manteniendo su eficacia y legitimidad social en un extenso sector de la población, misma que se encuentra en constante movimiento de transformación, debido a que ha acogido y empleado nuevas técnicas y recursos naturales originarios de otras culturas.

Ejemplo de ello, es el caso de la Organización de Médicos Tradicionales Tzicumu (la casa), donde el señor Luis Flores Sánchez, de la comunidad de Chotejé, Municipio de San Felipe del Progreso, tiene el cargo de Secretario. El Tzicumu se fundó en Diciembre del año de 1991 en el municipio Atlacomulco, con el propósito de agrupar e identificar a los médicos tradicionales de la zona Mazahua y Otomí, para así seguir impulsando y preservando el empleo de la medicina ancestral.

En un principio iniciaron 66 médicos tradicionales, en la actualidad sólo son 46, ya que las personas que componían este grupo de la zona de Acambay optaron por formar su propia organización a la cual llamaron Ardheni.

Siguiendo a la autora, en lo que se refiere a las comunidades Otomí, en sus localidades se han constituido organizaciones como el Grupo de Promotoras Nhaht, para un Desarrollo Integral Comunitario, IAP, en el municipio de Temoaya, y el Grupo Ardheni en el municipio de Acambay, ambas con la finalidad de dar continuidad, fortalecer y difundir el uso de la medicina tradicional en nuestro país a fin de que permanezca a lo largo del tiempo.

Así mismo, en el Estado de Veracruz existe una organización llamada Grupo Regional de Apoyo a la Medicina Indígena Tradicional (GRAMIT), donde su lema es: “por el presente y el futuro de la medicina tradicional”, grupo al que se vinculó para la elaboración de la tesis, incluyendo como informante a un médico tradicional.

La organización la integran médicos tradicionales pertenecientes a las zonas de Zongolica, Huitzila, Tlaquilpa, Ixhuatlancillo y Coscomatepec. El GRAMIT es coordinado

desde 1999 por un grupo de académicos e investigadores de las carreras de Biología y Agronomía de la Universidad de Veracruz, en la Facultad de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (FCBA) de la zona Córdoba-Orizaba. Los resultados de los trabajos realizados por esta organización es plasmar en un catálogo todas las especies medicinales, conocidas y usadas por los médicos tradicionales de las comunidades mencionadas anteriormente, además de establecer un jardín etnobotánico (Escalón, 2006).

Por otra parte, Peña & Vázquez (2002), expresan que el Instituto Nacional Indigenista (INI), tiene registrados 5950 terapeutas indígenas, de los cuales 2808 están afiliados a 48 asociaciones u organizaciones de médicos indígenas tradicionales.

En un estudio del INI en estados del país donde había unidades médicas rurales del IMSS-Coplamar (hoy IMSS-Oportunidades), Zolla detectó que la relación de médico tradicional-unidad médico rural, fue de 4 a 1. El estudio más reciente fue hace 10 años, pues ejercían 13 mil médicos rurales y tres mil 25 alópatas en territorio nacional, sin contar Nuevo León, Tamaulipas y Zacatecas. No se incluyeron porque el INI no tenía entonces infraestructura en esos sitios (Zolla, 2012).

Además, los médicos tradicionales en México son los depositarios de ésta información y cuentan con la absoluta confianza de la población, debido a que hay una estrecha relación con los pacientes, al mismo tiempo de proporcionar medicinas herbolarias, les ofrecen a sus pacientes diversas terapias físicas, psicológicas y apoyo emocional, hasta el alivio completo de sus dolencias (Osuna, Tapia & Aguilar, 2005).

En nuestro país, las demandas de los pueblos indígenas lograron el fortalecimiento de la medicina tradicional, al grado que en la actualidad se reconoce en el artículo 2 de la Constitución Política como derecho cultural de los pueblos indígenas. De la misma manera forma parte de una política del gobierno federal a partir del 2001, cuando se inscribió como

parte del programa nacional de salud y nutrición para los pueblos indígenas, situación que propició la creación de una dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, que a partir del año 2003 comenzó a funcionar al interior de la dirección general de planeación y desarrollo de la secretaria de salud (Saldaña, 2007).

Existen varias causas por lo que la Medicina Tradicional Mexicana se convierte en una de las posibles alternativas para la atención a la enfermedad y salud, Lara (2000) alude a los grandes problemas de salud y seguridad social, las necesidades de la población y deficiencias de los servicios ofrecidos por la medicina institucional, la cual no está siendo enfrentadas con programas certeros, realistas, factibles, inteligentes, populares y democráticas que requieren las circunstancias presentes.

En consecuencia, Fagetti (2003), enfatiza que la medicina tradicional ha curado y sigue curando a un amplio sector de la población rural y urbana, no porque a menudo es la única opción para solucionar los problemas de salud o no haya una clínica cercana a la cual acudir, sino la gente acude a ella porque tienen la misma visión del mundo y de la vida.

CAPÍTULO II:

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS (MBE)

Dentro de la práctica médica se han presentado una variedad de cuestiones, al respecto, Díaz & Gallego (2004), expresa que los médicos científicos presentan diferentes dificultades para ejercer una práctica efectiva y apropiada, como lo son los costos asistenciales elevados, los métodos pedagógicos obsoletos, la extensión y heterogeneidad de la producción científica. Por lo que origina el surgimiento de la medicina basada en la evidencia (MBE), con el propósito de brindar explicaciones a lo antes indicado.

Definiciones generales de la MBE:

Cañedo, La O Saldívar, Montejo & Peña (2003), la definen como: proceso de búsqueda, valoración y empleo sistemático de los resultados de investigaciones contemporáneas para ser consideradas como referencia hacia la toma de decisiones clínicas. La medicina basada en evidencia formula interrogantes, busca y evalúa datos relevantes y los utiliza en la práctica clínica diaria.

Broche, Broche, García & Cañedo (2003), señalan a la MBE como el empleo concienzudo, explícito y juicioso de la excelente evidencia disponible, con el fin de tomar mejores decisiones para el cuidado de los pacientes. En consecuencia, es una combinación entre la práctica individual y la mejor evidencia clínica externa existente, procedente de una investigación sistemática.

En el mismo orden, Sackett, Stratus, Richardson, Rosenberg & Haynes (2001), la señalan como “la integración de las mejores evidencias de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente” (p.1).

Para Gómez de la Cámara (2003), “la MBE es un proceso de optimización de la información que utilizamos con el fin de tomar decisiones médicas más efectivas, y es un fenómeno que exige completar y tener consciencia de que existe un proceso y un circuito cerrado, cuyo origen es la investigación que genera información y que abre conocimiento, que continúa por la comunicación de este conocimiento, sigue con su registro y clasificación sistemática, se recicla a través de su búsqueda y su accesibilidad –que es la valoración de su calidad- y que cierra el proceso definitivo en la aplicación en la práctica” (p.20).

Varios autores coinciden que la práctica de la medicina basada en evidencia científica requiere de ciertos pasos:

1.- Establecer de una forma concisa una interrogante o varias, desde el inicio del problema clínico presentado por el enfermo. Abarca la determinación del problema fundamental del paciente, pues esas interrogantes bien planteadas deben ser adecuadas al problema que se quiere prevenir, tratar, aliviar, etc. (Broche et al. 2003).

2.- Realizar la indagación eficaz de la mejor evidencia disponible en la investigación médica para dar respuesta a las incógnitas formuladas (Zamora, 2004).

3.- Según Sackett et al. (2001), hay que “evaluar de forma crítica la validez de esa evidencia (proximidad a la verdad), impacto (tamaño del efecto) y aplicabilidad (utilidad en nuestra práctica clínica)” (p.3).

4.- El empleo de la evidencia existente en la práctica clínica. Por tanto, el conseguir una respuesta ante un determinado problema clínico se procede a efectuarla en su práctica

cotidiana, hasta donde la logística, los recursos disponibles, el tipo de paciente y el sentido común lo permitan, ya que encontrar cierta evidencia científica no necesariamente significa que deba aplicarse a todos los pacientes (López, 2001).

En este mismo orden, para Gómez de la Cámara (2003), la meta fundamental para el médico es la adquisición de aptitudes para realizar valoraciones independientes de la información científica circundante y lograr evaluar la credibilidad de los contenidos. Ellos necesitan fundamentarse, examinar regularmente la literatura científica, leer y tener la habilidad de juzgar críticamente la introducción, discusión, sección de métodos y los resultados de artículos contemporáneos, en el momento de encontrar solución al problema clínico.

Con base en lo anterior, para brindar un cuidado mejor de los pacientes y tener una adecuada toma de decisiones hay que entender el conocimiento científico subyacente a los problemas.

Según Fresno (2001), la Medicina Basada en Evidencias posee las siguientes características:

- Una decisión clínica se sustenta con la mejor evidencia clínica hallada.
- El problema clínico determina el tipo de evidencia a juzgar.
- Localizar las mejores evidencias empleando métodos de carácter epidemiológico y bioestadístico.
- Conclusiones surgidas de la identificación y entendimiento de la evidencia crítica, siendo útil si se maneja en función del paciente o en una adecuada toma de decisión en salud.
- La conducta a seguir es continuamente valorada.

Así pues, la MBE promueve una unión entre investigación médica y práctica clínica, lo que motiva en los médicos un interés por la necesidad de disponer de

información científica, utilizada como herramienta eficaz para sustentar sus decisiones clínicas, con el objetivo de estar al día con la información y obtener un aprendizaje continuo. En consecuencia, se garantizaría una mejor calidad de su desempeño asistencial.

Al referirse a las evidencias Fresno (2001), señala emplearlas de una manera sensata, frecuentemente en cada paciente donde sean relevantes. El uso juicioso requiere la incorporación de la habilidad clínica con el objetivo de establecer un equilibrio entre riesgos y beneficios, según los estudios diagnósticos y las alternativas para cada paciente.

Con lo antes dicho, se deduce que la MBE revitaliza a la medicina, implanta una nueva forma de ejercerla a partir de un pensamiento integrador, pues conscientemente se unifica la experiencia clínica individual, adquirida por el médico en su práctica cotidiana, y los hallazgos de las investigaciones relevantes registradas en la literatura científica.

Para Díaz & Gallego (2004), los objetivos principales de la MBE son:

- 1.- Evaluación de la literatura clínica.
- 2.- Disminución del margen de error.
- 3.- Sistematización de la educación continua.
- 4.- Reducción del autoritarismo en enseñanza y práctica médica.
- 5.- Racionalización de los costos.
- 6.- Humanización de la relación médico-paciente.

Medicina Basada en Evidencias y Medicina Tradicional

Pese a los logros alcanzados por la medicina tradicional se ha encontrado con una limitación importante, ésta es la insuficiente investigación científica que sustente su utilidad, en contraposición de la práctica de la medicina institucional, fundada en la aplicación de un método científico.

Al respecto, Cañedo et al. (2003), consideran que es en este ámbito donde se ganaría, pues la medicina tradicional podría imponerse o desaparecer. Para lograr una posición ante la medicina institucional es esencial sentar sus bases científicas, leyes y principios. En consecuencia, la investigación científica se convierte en la única vía para cambiar la medicina tradicional a una medicina basada en evidencias.

Lo anterior manifiesta su importancia y utilidad en la consecución del propósito de la OMS, pues esta interesada en promover la medicina tradicional como alternativa para la atención de los problemas de la salud (Cardoso, Pascual, Serrano & Huicochea, 2008).

Para Cardoso (2008), es imprescindible que la MBE destaque una serie de cambios en los modelos en los cuales descansa la práctica de la medicina tradicional vs la práctica médica de la medicina basada en evidencias. Para manifestarse el cambio de la medicina tradicional a la medicina basada en evidencias se basan en los siguientes argumentos: a) la práctica de la medicina es un paradigma cambiante, b) la medicina basada en evidencias no toma en cuenta la intuición y la experiencia clínica no sistematizada, y c) la medicina basada en evidencias exige todo tipo de evidencia empírica.

Es importante señalar que los hallazgos efectivos de la medicina tradicional no se respalden de una manera científica o que no posea una explicación cierta sobre sus mecanismos de acción, pero eso no significa no ser eficaz, sino que no entra en la medicina institucional pues no cumple con los requisitos exigidos para demostrar sus beneficios y aplicabilidad.

Al hablar de la actitud que tiene la Medicina Basada en Evidencias, Cardoso (2008), expresa que al evaluar los métodos utilizados por la medicina tradicional, le genera desaprobación, limitando su posibilidad de aplicación en sectores más amplios de la

población e inclusive ayudaría a su desaparición, no obstante existen argumentos que sustentan dicho modelo.

En este sentido, la medicina tradicional se basa en prácticas existentes desde hace mucho tiempo y en la transmisión oral de los casos tratados con éxito, pues es difícil el camino que necesita recorrer para entrar en los requisitos pedidos por la Medicina Basada en Evidencias.

Estado actual de la Medicina Basada en Evidencias

La práctica clínica se plantea como una conjunción involucrando la investigación rigurosa, una integración entre lo anecdótico y lo empírico, por tanto se valora lo qué se dice, cómo se dice y quién lo dice, apoyándose siempre en la mejor evidencia existente.

En este tiempo, la Medicina Basada en la Evidencia se vuelve una necesidad, como lo señalan Junquera, Baladrón, Albertos & Olay (2003), el paciente que asiste a consulta no sólo busca el calor humano sino además una explicación científica a sus problemas. Así pues, actualmente la MBE se considera como una herramienta adecuada para dar respuesta a esta cuestión, y su establecimiento es una obligación para el profesional de la salud, que terminará percibiendo su ejercicio profesional como algo normal.

Aunado a lo anterior, el avance tecnológico permite crear bases de datos electrónicas y una red con fácil acceso. En este ámbito, la MBE es una instrumento útil para mantenernos actualizados con la información aproximando la investigación científica a la práctica clínica, (Leterier & Moore, 2003).

Bajo la misma óptica, Jiménez & Oramas (2003), argumentan que la MBE ayuda a facilitar al profesional de la salud la toma de decisiones sobre la base de información preparada en forma sintetizada, organizada y actualizada. De esta forma, la práctica médica

plantea la indagación de hechos científicamente comprobados en fuentes seleccionadas y condensadas por expertos.

En este sentido, cualquier hecho clínico debe sustentarse en algún dato científico. Cuando es escasa la información o el conocimiento necesario, es útil el instinto o la experiencia de un médico, pero también al seguir una conducta clínica en específica hay que apoyarse en la mejor evidencia existente, con el fin de que la práctica médica se aprecie como competente desde el punto de vista profesional (Broche et al).

La MBE es un proceso útil, proporciona la organización de una práctica médica más eficaz, no obstante todavía pasa por un proceso de adaptación en el pensamiento médico, además de ser nuevo para ser evaluado en su totalidad, sin duda el tiempo y la práctica serán los evaluadores más críticos de ese proceder médico.

La Medicina Basada en Evidencias no busca suplir conceptos, sino contribuir con nuevos para completar el acto del médico, considerando aspectos básicos de la formación profesional y lo más importante, aspectos del paciente.

De esta forma, con este paradigma, para García de Hombre & Varillas (2006), se pretende involucrar una actitud vital, de indagación y actualización continua. Es indiscutible el impulso de modificaciones en el manejo de los resultados de la investigación por parte de los profesionales, así mismo de hacerlos más críticos en la consideración de la calidad de estas pruebas.

La Medicina Basada en Evidencias debido a su colaboración y manejo de la práctica clínica, forma un camino orientador y esclarecedor para las especialidades médicas, pues como lo menciona Leyva (2003), por la calidad de los artículos que se publican se sugiere a los autores ser más rigurosos al elaborar sus trabajos, y a los editores de revistas y publicaciones médicas a ser más exigentes, debido al interés de que éstos puedan ser

utilizados como referencias al momento de seleccionar evidencias comprobadas para la toma de decisiones clínicas.

Para finalizar, la MBE considerada como esquema de trabajo médico, logra institucionalizarse con el empleo inteligente de la información actual y relevante en la práctica médica. Lo que anteriormente era un compromiso moral del médico, ahora se considera requerimiento profesional e institucional, pues forma parte de su ejercicio profesional la evaluación de su acción y de sus decisiones, éstas deben desarrollarse sobre la base de las mejores evidencias halladas para la atención a un determinado problema en las condiciones particulares presentadas por el paciente. En consecuencia, hay un nuevo parámetro diferente a la experiencia y es útil para valorar el desempeño y el rendimiento clínico profesional (Broche et al).

Psicología Basada en la Evidencia

Como se mencionó anteriormente, la MBE alude que los médicos se documenten para tener una mejor toma de decisiones, analizar con frecuencia investigaciones científicas que demuestran la práctica médica, con el objetivo de dominar destrezas y habilidades para un mejor diagnóstico y tratamiento. En efecto, obtendrán un claro entendimiento del conocimiento científico subyacente a los problemas presentados por los pacientes, brindando un cuidado mejor de ellos, pues son los beneficiados.

Por lo tanto, al concebir a la Psicología como una ciencia es porque posee un método científico, el predominante es el positivista.

En Mardones (1991), la filosofía de la ciencia del positivismo propuesta por A. Comte & J. Stuart Mill se basa principalmente en los siguientes cuatro aspectos:

1. *El monismo metodológico.* Existe unidad de método y homogeneidad, pues sólo se entiende como la única y auténtica explicación científica.

2. *El modelo o canon de las ciencias naturales exactas.* El método positivo posee un ideal metodológico frente al grado de desarrollo y perfección de las ciencias.

3. *La explicación causal o Erklaren como característica de la explicación científica.* Alude a motivos fundamentales y causalistas tratando de encontrar leyes generales de la naturaleza.

4. *El interés dominador del conocimiento positivista.* Su objetivo esencial se basa en la predicación de los fenómenos, el control y dominio de la naturaleza.

Para Usher (1996; citado en Sandín 2003), las características subyacentes al positivismo son:

- La realidad es objetiva e independiente de las personas que lo conocen.
- Hay una separación entre objeto y sujeto, así como de hechos y valores.
- El mundo social es similar al mundo natural.
- El objetivo de la investigación se fundamenta en crear leyes universales y generales que expliquen al mundo.
- Las ciencias se basan en el mismo método de conocer el mundo.

En síntesis, este método científico opera dentro de un determinado paradigma, donde se pretende describir, explicar, predecir y controlar o cambiar la conducta de los individuos. Para lo anterior, necesitan realizar observaciones controladas, en condiciones

explícitamente descritas, de tal manera que pueda ser repetida por otros observadores a fin de obtener conclusiones con validez.

En efecto, el uso de este método lleva a que surjan diferencias y es necesario hacer algunas reflexiones.

En Psicología, siendo la ciencia que nos ocupa, hay que preguntarse: es posible ¿describir, explicar, predecir y controlar la conducta de los individuos?, ¿inferir aspectos basándonos en observaciones realizadas de manera rigurosa y controlada?, ¿los resultados obtenidos avalan la práctica científica?, ¿con el sólo hecho de fundamentarse en marcos teóricos se cumple con nuestro ejercicio profesional?, ¿para lograr el efecto deseado en la práctica científica basta con la aplicación de pruebas?

Por un lado, todos sabemos de la complejidad de la conducta humana, de las situaciones y variaciones determinantes en ella, no obstante, para que la Psicología sea aceptada como una ciencia, ha debido utilizar preponderantemente el método científico positivista. Muchos cuestionan ésta corriente epistemológica, pero ha funcionado y ha permitido un avance en las ciencias, es la predominante porque ha permitido que la Psicología tenga una aceptación en el mundo científico.

Por otro lado, es importante sustentarnos en un marco teórico para saber hacia dónde se dirige nuestra práctica científica, sin embargo se sugiere ir más allá, obtener resultados científicos o concretos siendo éstos una evidencia observable. En consecuencia, se debe llegar a validar los hallazgos obtenidos en la práctica y no sólo abordar el marco teórico.

Con base en lo anterior, la Psicología Basada en la Evidencia propone que se construyan criterios observables para poder valorar la práctica del psicólogo, pues es un campo en el cual no se han llevado a cabo muchas investigaciones.

La evaluación de la efectividad de las intervenciones en Psicología Clínica ha sido tema de interés en los últimos años. En la actualidad se cuenta con terapias denominadas “Apoyadas en la Evidencia” o “Terapias con Apoyo Empírico”. Las cuales cumplen con una serie de criterios mínimos que aseguran su efectividad, dentro de éstas, las terapias conductuales son las que cuentan con mayor apoyo. Vera-Villarroel, Valenzuela, Abarca & Ramos en 2005, realizaron un estudio piloto donde se evalúa una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales, señalaron que se halló un cambio estadísticamente significativo en las variables de depresión, ansiedad-estado y asertividad, mientras en las de ansiedad rasgo y optimismo no se encontraron cambios.

Vera-Villarroel & Mustaca (2006), en su artículo: Investigaciones en Psicología Clínica Basadas en la Evidencia en Chile y Argentina, reportan escasas las publicaciones existentes sobre investigaciones empíricas en psicología clínica en esos países, y las que se encuentran, en su mayoría se relacionan con el enfoque cognitivo-conductual, no obstante ninguna reúne todos los requisitos de eficacia establecidos por Chambles & Hollond (1998) & Seligman (1995).

Por otro lado, Santibáñez, Román & Vinet (2009) realizaron un estudio donde evaluaron la efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica, encontrando la evidencia de una asociación significativa entre la alianza terapéutica percibida por el paciente y el resultado de la psicoterapia, tanto en el puntaje total de la escala OQ-45.2, como en la Sub-escala de Síntomas.

Por efectividad se entiende “la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado” (wikipedia).

En el Diccionario de la real academia española la definen como “la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”.

Las investigaciones presentes en Psicología muestran la necesidad de evaluar el efecto de las intervenciones psicológicas, con el objetivo de aplicar lo que se conoce como “Intervención Apoyada en la Evidencia” o “Terapias con Apoyo Empírico”.

De esta manera, una de las preguntas esenciales para los psicólogos clínicos es: ¿tiene efecto positivo la intervención terapéutica utilizada con los pacientes? La respuesta a esta pregunta genera algunas consideraciones pertinentes y es importante reflexionar acerca de ellas.

Al respecto, se cree incuestionable porque en la mayoría de las veces se da por hecho un resultado positivo, no somos capaces de juzgar o analizar críticamente los resultados logrados, además por qué poner en duda la cuestión de la efectividad del quehacer terapéutico que realizamos. Por otro lado, el psicólogo clínico difícilmente dudará en mostrar argumentos fuertes de investigación internacional que testifique el avance considerable en este ámbito.

De lo anterior se deriva una reflexión sobre qué terapias son beneficiosas, bajo qué circunstancias y para qué tipo de problemas. El trabajo concerniente con la salud mental de las personas hace que nos preocupemos por conocer los parámetros de cuáles intervenciones son útiles, cuáles inofensivas y cuáles dañinas (Martínez & Francia, 1992). Este hecho muestra un interés por conocer y tomar una postura crítica ante las estrategias que se usan, por tanto se vuelve una necesidad ofrecer una respuesta a la reflexión, para brindarle una mejor atención al paciente.

Así pues, coincido con Martínez & Francia (1992), pues todo profesional debe tener el compromiso y la obligación de ofrecer a los pacientes un servicio de ayuda justificado clínicamente y empíricamente, no se debe limitar en tan compleja materia con meras

percepciones, ni tratar de encerrar al paciente en favoritismos teóricos, los cuales demasiadas veces no responden a la complejidad clínica.

No obstante, la historia de la ciencia y la medicina, manifiestan en la mayoría de las veces que el ser humano impone sus compromisos y prejuicios teóricos ante el empuje de nuevos resultados y conceptualizaciones, que a primera vista quebrantan los enfoques previos.

En consecuencia, la Psicología manifiesta el hecho que aún siendo psicólogos, no estamos exentos de realizar análisis crítico de los casos e inclusive desplazar del campo de la consciencia crítica todo descubrimiento que no comparta con la visión de “cómo me enseñaron que deben ser las cosas” (Martínez & Francia, 1992), imponiendo un autoritarismo.

Es necesario analizar el tema de la efectividad de la psicoterapia. Sin embargo, por un lado sería grotesco y agotador admitir que cualquier caso tratado deba ser examinado. Por otro lado, parece incuestionable y muy beneficioso para el paciente, para los psicólogos y para la credibilidad de nuestra profesión, estar al corriente de hallazgos en investigaciones científicas que avalen y evidencien nuestra práctica científica.

A pesar de los pocos estudios de investigación en la efectividad terapéutica se observa la existencia de autores que han hecho incursiones en este ámbito, no obstante los escasos datos disponibles no ofrecen un panorama alentador y me atrevería a señalarlo como una posible deficiencia de la propia psicología y conviene reflexionar sobre ello.

Es forzoso establecer criterios objetivizados, observables, que valoren la práctica del psicólogo, no se puede seguir en interpretaciones de si la terapia utilizada es efectiva por el simple hecho de que el paciente nos lo haga saber “me siento bien”, o por una escala

de valoración (pre-test y pos-test), o preguntarle a terceras personas, pues finalmente se queda en términos de lo que uno opina, pero no se demuestra.

Entonces, esa subjetividad hay que hacerla objetiva para que pueda ser autovalorable como otras disciplinas (medicina, derecho, odontología, etc.), donde se basan en evidencias empíricas y científicamente sustentadas, lo que ha llevado a ganarse un lugar reconocido en la sociedad.

Por lo tanto, en los planteamientos que hace la Psicología Basada en la Evidencia se propone que la psicología construya criterios relevantes para determinar si un tratamiento está basado en la evidencia, que cuente con estudios rigurosos e investigadores distintos, diseños experimentales que lo avalen y haber sido a prueba en una muestra de sujetos claramente identificados.

De esta manera, le serviría de mucho a nuestra profesión, pues la evaluación de la efectividad de la práctica del psicólogo se hace una prioridad, y podría considerarse como parte fundamental de la psicología basada en la evidencia, ya que no se ha trabajado y es importante subrayar que resulta relevante contar con intervenciones de efectividad probada científicamente.

CAPÍTULO III:

REFLEXIONES SOBRE LA PSICOLOGÍA, MEDICINA ALÓPATA Y MEDICINA TRADICIONAL

En la actualidad, el tema de la salud no sólo se limita al campo de la medicina, sino que forma parte de un campo multidisciplinario en donde participan diferentes disciplinas. Una de ellas es la psicología, aunada a la medicina pretenden promover, prevenir y rehabilitar la salud individual y colectiva, alcanzando el bienestar de sus condiciones de vida, esto con sus diferentes formas de abordar la salud en dichas disciplinas.

Así pues, los médicos se basan en aspectos biológicos mientras los psicólogos hacen énfasis en los afectivos, cognitivos y sociales, llegando a ser complementarios los unos de los otros, como se muestra en el concepto de salud planteado por la OMS (2006): es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

Así mismo, para mejorar la salud del individuo surgen alternativas como la llamada “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE), la cual pretende dar respuesta a los complejos problemas de salud. En el capítulo anterior se abordaron sus elementos y cómo podrían ser llevados a la Psicología, por tanto en este apartado se reflexionará sobre su importancia y utilidad, para posteriormente vincularlos a la Medicina Tradicional.

¿Por qué los elementos de la MBE son útiles y podrían ayudar a la Psicología?

En un sentido práctico, nuestra sociedad brinda mayor reconocimiento a la Medicina que a la propia Psicología. Para darse lo anterior hay varios factores: uno de ellos es la actitud de las personas hacia el profesional de la salud. La mayoría percibe al psicólogo como alguien con quien platicar para encontrar solución a sus problemas, pues eso se puede hacer con los amigos, un sacerdote, la novia, etc. ante lo cual, surgen las siguientes preguntas:

¿Es equiparable el trabajo realizado por un psicólogo con un sacerdote?, ¿porqué decide la gente acudir con él y no con nosotros?, ¿estamos empleando de manera adecuada la enseñanza promovida por la disciplina?, ¿el servicio proporcionado hacia los pacientes es efectivo? En primer lugar, es muy importante y válida la existencia de diversas opciones presentadas hacia la gente para ponerle fin a sus problemas.

En segundo lugar, no se puede comparar la labor realizada por el psicólogo y un sacerdote, aunque pareciera ocurrir un proceso llamado “catarsis” en ambas, no se realiza lo mismo y se sitúan en contextos diferentes. En este mismo orden, el 83.9% de la población en México manifiesta ser de religión católica (INEGI, 2010), por lo que es una de las causas por la cual opten asistir con un sacerdote.

Por otro lado, toca a los psicólogos salir de la especulación, pasar del sentido común o “es que me enseñaron así” a una terapia basada en la evidencia, y no caer en favoritismos teóricos e imponérselos al paciente con autoridad. En consecuencia, la formación que tenemos como profesional de la salud debe ser integral, no sólo basta saber afrontar, comprender y relacionarse con las personas, sino también estar al tanto en cómo los seres humanos se relacionan entre sí e integrarlo a su salud.

Así mismo, estar alerta de que la actitud de las personas hacia los psicólogos dependerá de la facilidad o la dificultad para establecer un diagnóstico preciso, y la instauración del tratamiento apropiado a las personas que servimos.

De igual forma, se tiene la obligación de conocer y practicar el conocimiento científico, por lo cual debe ejercerse una práctica terapéutica con antecedentes en la evidencia empírica, como lo propone la Psicología Basada en la Evidencia. Eso sólo se puede lograr con la riqueza de una base científica apoyada en la evidencia empírica, que permita la consolidación de un cuerpo de conocimientos avalados por la Psicología y se diversifiquen continuamente.

Al realizar un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz en cualquier problemática presentada por el paciente, no sólo basta la experiencia individual adquirida, sino que debe mezclarse con la mejor evidencia científica externa y como resultado brindar una práctica efectiva y apropiada, por tanto el más beneficiado será el paciente. De esa manera, recibirá un servicio de calidad pues la intervención realizada es sustentada empíricamente.

En consecuencia, aparte de “encontrar solución a sus problemas” nos permite comprender el conocimiento científico subyacente a las dificultades presentadas por los pacientes. Por ende, nos ayuda a no caer en especulaciones o “creo que es así”, pues la mayoría de las veces eso se impone.

Con base en lo anterior, los elementos de la MBE aplicados a la Psicología serán de gran utilidad, por el hecho de adquirir una base científica que ayude a una buena toma de decisiones clínicas al estar en contacto con los pacientes.

Al poder realizar una apropiada toma de decisión clínica, se consiguen importantes resultados. Uno de ellos es conocer los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica,

en consecuencia lleva a reducir el margen de error y tener una mayor probabilidad de éxito en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Bajo la misma óptica, si nuestra decisión clínica se sustenta en resultados de investigaciones relevantes, es porque cumple los requisitos necesarios pedidos por la ciencia, pues ya pasó una evaluación de su acción y puede efectuarse hasta donde las circunstancias lo permitan.

Del mismo modo, como sucede en las investigaciones científicas, en la medida de ser posible debemos documentar nuestra práctica cumpliendo los requisitos necesarios, con el fin de enriquecer la base científica y beneficiar a los profesionales en las áreas de las ciencias de la salud.

Lo anterior lleva a un aprendizaje continuo, en mantenernos al día, estar actualizados en tratamientos efectivos, pues subsiste en la disciplina los profesionales que permanecen en lo aprendido en la escuela, en lo viejo, no ven el empuje de nuevos hallazgos, nuevos conocimientos, por lo que se vuelve una necesidad hacer investigación, pues genera información y abre conocimiento hacia ciertas problemáticas de la vida cotidiana.

Por último, es importante señalar que la Psicología permite la diversidad de interpretaciones de un problema presentado por el paciente, por ello no se aplica como una receta de cocina donde se debe seguir cada paso para obtener éxito, ni mucho menos es homogénea. De esta manera una intervención ostentada empíricamente le puede servir a un paciente pero a otros no, debido a que son diferentes. Por consiguiente, al encontrar una terapia apoyada empíricamente no garantiza su aplicación a todos y debe efectuarse hasta donde las circunstancias, el paciente y el terapeuta lo permitan.

Consecuentemente, el conocimiento externo y las habilidades propias brindarán una herramienta que permita dar un servicio de calidad por el psicólogo, lo cual nos ayuda a seguir adelante para que el día de mañana nos vaya mejor y obtener un reconocimiento mayor por parte de nuestra sociedad.

Para que nuestra contribución obtenga óptimos frutos, debemos estar consientes de la urgencia de ser más críticos hacia la práctica terapéutica, para que nuestro trabajo humanista, que es lo que caracteriza nuestra profesión, se fundamente en la evidencia científica para identificar procedimientos terapéuticos confiables.

¿Medicina tradicional o medicina alópata?

Como ya se mencionó, la medicina alópata ayuda a preservar la salud y combatir la enfermedad, sin embargo han existido otras alternativas no científicas con el mismo objetivo, tal es el caso de la llamada “Medicina Tradicional”. A simple vista, la existencia de alternativas pareciera una mejora de resultados en la salud individual y colectiva valiéndose de la utilización de todos los recursos disponibles apropiados, lo cual no ocurre, debido a la existencia de diversos factores que rodean ambas medicinas y conviene reflexionar acerca de ello.

La primera reflexión proviene de la pregunta ¿podrían aplicarse los elementos de la MBE a la medicina tradicional? En teoría, deberían emplearse por el bien de ella, pues ganaría muchos adeptos y obtendría un mejor lugar que el que tiene.

Sin embargo, falta mucho camino para aplicarse, pues la ciencia moderna no la acepta porque se sustenta en juicios y conceptos calificados como falsos y ortodoxos. La medicina alópata se fundamenta en el modelo biológico de la enfermedad, haciendo a un

lado todo aquello que no entra en dicho modelo y por consiguiente, se considera predominante.

Por otro lado, su afluencia de la población hacia la medicina tradicional se debe a que ha curado a un sector amplio de la zona rural y urbana, además comparte con ellos la misma visión del mundo y la vida (Fagetti, 2003), eso la hace mantenerse vigente aún sin el reconocimiento de la medicina alópata.

Con lo anterior surge la pregunta: ¿es mejor la medicina alópata que la medicina tradicional? no se trata de tomar un favoritismo por una y menospreciar a la otra, no obstante conviene hacer un análisis de ambas con el fin de comprender su utilidad en la sociedad, y la posibilidad de ir por una vía en donde se reconozca la aplicabilidad de la medicina tradicional.

Ambas medicinas descansan en paradigmas diferentes, la hegemónica en nuestro país es la medicina alópata caracterizada por ser científica, mientras por otro lado, existe la medicina tradicional constituida principalmente por una sabiduría popular.

La científica se fundamenta en la aplicación de un modelo biológico, conduce a los médicos a pensar y actuar de manera similar, llegando a ser reduccionista y homogénea, convirtiéndose en una actividad ideologizada, como lo señala Ortiz (1997), sus profesantes la suponen como el único modelo capaz de conservar y curar la salud, pues no aceptan otra manera de pensamiento, convirtiendo el suyo en dogma.

En esta disputa, donde el saber científico lo tiene el médico alópata, el conocimiento del otro se percibe como no saber o charlatanería, de ahí que su trato con los médicos tradicionales sea diferencial.

Para Rovaletti (2000), estamos en un período donde la ciencia se ha convertido cada vez más operatoria, activa y manipuladora, es decir el saber es también poder y actuar, por lo que en la mayoría de las veces los médicos alópatas utilizan su poder y prestigio para desacreditar a los médicos tradicionales, acusándolos de charlatanes y estafadores que se aprovechan de la gente, sin embargo eso los hay en todos lados, inclusive en la medicina alópata.

Así mismo, en muchas ocasiones la desaprobación de su empleo se debe a la falta de conocimiento de la alternativa tradicional. De acuerdo a las conceptualizaciones de Menéndez (1992; citado en Uriostegui 2008), menciona que el modelo médico hegemónico posee una idea teórica evolucionista positivista, identificándose ideológicamente con la razón científica por lo cual tiene una expansión conflictiva, y pretende la eliminación ideológica de otros sistemas alternativos.

Pero, el modelo médico hegemónico presenta muchas carencias expresadas en la escasa científicidad de muchos procedimientos médicos, en la deshumanización de los profesionales practicantes de dicha disciplina, en su insatisfacción de prestadores y consumidores del servicio, la ausencia de controles de calidad en la práctica médica, su elevado costo de la medicina (Ortiz, 1997), eso conduce a que actualmente, la mayoría de los médicos proporcionen una atención inadecuada, inequitativa e ineficaz a la población.

Por esas razones se evidencia una insatisfacción cada vez más hacia el modelo hegemónico, eso lleva a un mayor consumo por parte de la población de los servicios brindados hacia la medicina tradicional, y a que el abordaje de la salud y de la medicina, sea uno de los dilemas más importantes y significativos de salud pública.

Es importante señalar que la práctica de la medicina tradicional contiene elementos vitales que la medicina científica no toma en cuenta, como los son: la visión del hombre en su totalidad integral (cultural, social e histórica), la atención a la persona y a su entorno, enfocándose al padecer y no exclusivamente a la enfermedad.

Por tanto, la insatisfacción de la gente acerca de la biomedicina se explica por un conjunto de valores que incluye: “mayor confianza en los remedios naturales o temor cuasi irracional a los medicamentos, la suscripción a una visión holística de la salud, creencias en la responsabilidad individual y deterioro general en la relación médico-paciente” (Siahpush, 1999; citado en Dipierri 2004, p.242).

Al referirse a la relación médico-paciente, en la biomedicina el paciente se reduce a la enfermedad, es decir, el sujeto se transforma en objeto, convirtiéndose en un expediente clínico, ahí el médico alópata sólo permite que se hable de la enfermedad, y la mayoría de las veces se expresan sus valores médicos.

Para Jinich (1998), en el expediente clínico no aparece la persona enferma, perjudicada por su entorno social como presiones económicas, sociales, familiares, morales, etc., además se obstaculiza cualquier intento para que el paciente sea escuchado.

Siguiendo a ese autor, al referirse a la medicina tradicional, el curandero combate el padecer y no la enfermedad, trata al paciente en su totalidad integral, como miembro de su comunidad, comparten la manera de vivir, el idioma, las costumbres, familiares y amigos, la religión, los mitos y creencias, los sistemas explicativos. El proceso curativo involucra a la familia entera, las plantas, su interpretación de lo que es salud y enfermedad, así como la concepción del mundo y la vida, por lo cual se crea un soporte social y formidable siendo aprovechado al máximo por el curandero.

De lo anterior, se deduce la existencia de un desinterés por parte del médico alópata hacia aspectos psicológicos y sociales del paciente, cumpliendo con el deber del quehacer médico. Para ellos lo más importante es actuar para la enfermedad, hacia las estadísticas, lo que predomina en ese modelo es la cantidad de pacientes atendidos, olvidándose de la calidad del servicio que brindan e involucrándose en criterios mercantiles con la salud.

Conuerdo con Ortiz (1997), referente al proceso del trabajo médico en la mayoría de las instituciones oficiales, pues el médico alópata obedece a criterios eficientistas, donde el único interés que prevalece es la cantidad de pacientes atendidos, circunstancia apoyada en una excesiva especialización convirtiendo a los hospitales en fábricas, “especialistas que se comportan como obreros calificados; y lo más importante, el médico se constituye como trabajador asalariado” (p. 10).

El reconocimiento por parte de las instituciones avala su ejercicio profesional, sin cambiar radicalmente su papel dentro de la comunidad, dándole al médico satisfacción económica y el prestigio que tiene el ser médico.

Es indudable que la medicina en México descansa en un entramado de diferentes factores, como lo son el político, económico, social, ideológico, impuestos por la salud que es reducida a valores mercantiles, donde se trata de adaptar los derechos humanos a la biomedicina y no hacer entrar a la biomedicina dentro del marco de los derechos humanos (Rovaletti, 2000).

Es evidente, este problema del consumo lleva a situaciones incomprensibles como lo plantea Mercado (1980), “las necesidades no fijan el consumo, sino que el consumo fija las necesidades (p. 63)” por ejemplo, es imposible comprar antibióticos sin la receta

médica, desde esta perspectiva la medicina tradicional se tiende a ver como la alternativa o mejor “la que no tiene otro remedio, sino para los pobres” (Morón & Jardines, 1997).

En este sentido, se establece primordialmente a “toda una estructura de la sociedad que determina que la práctica médica no se haga en función de una necesidad de salud, sino que se hace en función de necesidades económicas, sociales e ideológicas y culturales” (Mercado, 1980, p. 63).

En cambio, el interés mostrado de la población a la medicina tradicional no se limita a una clase social, área rural o regiones de bajo desarrollo económico-social, pues alcanza a todos los sectores de la sociedad (Noronha, 1991; citado en Dipierri, 2004), por lo que ha sido posible lograr que esté al alcance de todos.

Otro aspecto a considerar en la biomedicina, es que para diagnosticar y atender la enfermedad surgen nuevas tecnologías, llevando al médico a admirar esos avances e ignorando sus fundamentos científicos, creándose con ellos una confusión en su significado y en su uso.

En Rovalletti (2000), la tecno-medicina somete al hombre a una máquina sofisticada de piezas sustituibles, despojada de valor o de interés, simplemente por su utilidad práctica, renuncia a la relación íntima consigo mismo o con el prójimo, aludiendo al peligro de transformarlo en un animal desnaturalizado, convirtiéndose en mercancía para obtener una buena ganancia, por lo que la tecnología ha alcanzado éxitos en muchos casos milagrosos, esto ha elevado enormemente el costo de la medicina y la asistencia sanitaria.

Por su parte, la medicina tradicional se identifica en la utilización de todos los recursos locales disponibles que sean apropiados, sus procedimientos no requieren de instrumentos que impliquen riesgos, al contrario permite tratar a los pacientes con

enfermedades de cursos crónicos, sub-agudos o agudos (Cabrera, Rojas, Novoa & Recio, 2006). En consecuencia, normalmente son inocuos, libres de efectos secundarios y generalmente producen alivio en el paciente, mejoría o restablecimiento de muchos problemas de salud, además es un método muy económico y de fácil aplicación.

En esta línea, la medicina tradicional brinda muchas ventajas hacia el paciente y el personal de salud, debido a que su uso no requiere una estancia en el hospital, pues su aplicación es totalmente ambulatoria, de fácil dominio, reporta un gran balance económico, se aplica en diversas afecciones y no presenta reacciones secundarias importantes. Además es bien aceptada por la población al contribuir a resolver problemas de salud, y facilitar al individuo a la incorporación de su quehacer diario en un corto plazo (Cabrera et al. 2006).

Al enumerar las virtudes de una medicina y deficiencias de la otra, no se pretende un planteamiento bajo el supuesto de que una opción o la otra tiene que prevalecer, sino encaminarse por una vía donde los sectores de salud existentes en nuestro país, mejoren la eficiencia y la calidad de la atención brindada.

Sin embargo, el sector habitualmente utilizado como referencia por la población, es el denominado sector formal y su base de conceptos y prácticas son los de la biomedicina, entonces se considera el dominante debido a su vínculo al desarrollo de los sistemas de salud en instituciones, pues de ellos reciben subsidios públicos y del que en la mayoría de las veces carece la medicina tradicional.

Actualmente, aunado a los logros obtenidos por parte de la medicina tradicional se ha encontrado con barreras y limitaciones, éstas ocasionan que diversos planes y programas no cuenten con las herramientas necesarias para definir su participación de una manera adecuada. Las limitaciones hacen referencia al desconocimiento de la cantidad de los

practicantes, a la escasa información sobre las distintas especialidades de los médicos tradicionales, al tipo de población que demanda la medicina tradicional, y la más importante, la ausencia de un marco legislativo que permita la regulación de la práctica médica tradicional.

Para llegar a ese marco legislativo, es necesario su reconocimiento de ésta medicina, fundamentada en la importancia de su utilidad, el juicio entre prácticas inofensivas y peligrosas de curación, y la experiencia necesaria para lograr alcances equilibrados en su aplicación.

Para Morón & Jardines (1997), existen dos vías primordiales hacia el logro del uso de los recursos tradicionales para contribuir con la atención primaria de la salud: desarrollo paralelo o separado (no hay ningún punto de contacto de ambas medicinas), e integración o síntesis (incorporar a los sistemas de salud procedimientos tradicionales adecuadamente validados conforme al nivel científico).

Es importante resaltar, los valores de los procedimientos terapéuticos de la medicina tradicional son válidos y comprobables, sólo dentro del sistema de conocimientos en que se formaron, en efecto es muy diferente al de la medicina biomédica, por lo que al compararlo no coinciden.

Para finalizar, por una parte se sugiere que la medicina biomédica incorpore los elementos positivos de la medicina tradicional, con el propósito de recuperar un elemento implícito de la propia medicina: el alivio al sufrimiento y al padecer de la enfermedad, por lo que necesita abandonar su atención a lo biológico y enfocarse a la persona.

Por otra parte, la medicina tradicional debe sentar sus bases científicas, leyes y principios para poder lograr una posición ante la medicina dominante, es una necesidad

realizar investigaciones científicas que sustente su aplicación de una manera probada para la adquisición y la evaluación de los resultados obtenidos, de esa forma ganarían un reconocimiento mayor y a su legitimización como atención primaria de la salud.

No poner atención a los aspectos antes mencionados continuará revelando las deficiencias de los sistemas de salud, entre ellas la incapacidad de cubrir a las poblaciones más necesitadas y la calidad de los servicios que otorgan.

CAPÍTULO IV:

CONSIDERACIONES ELEMENTALES EN LOS INDIVIDUOS

Pensamiento mágico

El hombre en su constante búsqueda de concebir los fenómenos de la naturaleza y el mundo que lo rodea, ha utilizado diversos recursos para ofrecer respuesta a los significados de su existencia individual y social, entre ellos se encuentra el pensamiento mágico.

Las comunidades primitivas elaboraron el sistema de pensamiento mágico construyendo con base en él, una cosmovisión cuyas ramas sostienen la estructura y funciones de su sociedad (Eliade, 1979). Dicho sistema rebasa la mera necesidad de conformar agrupamientos sociales con creencias determinadas, apareciendo también como una cualidad intrínseca para alcanzar la trascendencia y asegurar un lugar en el mundo.

Así pues, en esas comunidades los individuos construyen una cosmovisión mágica del mundo que los rodeaba y de ella fundaron una forma de vida, la cual emerge en una modernidad pragmática y racional.

Meehl (1964, citado en Herreman, 1999), considera al pensamiento mágico como una creencia, parcial o total, o interés serio, de que ciertos sucesos están en efecto relacionados, y no tienen relación alguna de acuerdo con los principios causales de la cultura occidental.

Por otra parte, el pensamiento mágico es animista, implica que no sólo las personas y los dioses, sino también animales e incluso objetos inanimados tienen algún tipo de mente y de sus propias creencias sobre el mundo (Frazer, 1923; Tambiah, 1990; citado en Subbotsky, 2010).

Eckblad & Chapman (1983), conciben al pensamiento mágico como la creencia en un cierto número de influencias mágicas, en su Escala de Ideación Mágica indagan la interpretación que hace el sujeto respecto a sus experiencias personales más que, en una posible explicación teórica que involucre alguna participación de entidades mágicas dentro del proceso causal.

Según Piaget, en lo que respecta a los niños, el pensamiento mágico se ha visto principalmente como un subproducto del desarrollo cognitivo que se produce naturalmente en los primeros años de preescolar y de la infancia pero con el tiempo da paso al razonamiento científico (Subbotsky, 2010).

Para Odier (1961), el pensamiento mágico es parte natural del pensamiento infantil, el niño es capaz de enfrentar la angustia y al mismo tiempo desarrollar su personalidad, es decir, éste se vale del pensamiento mágico como primera herramienta que le permite combatir aquello que le provoca inseguridad, y como resultado, el niño obtendrá a cambio el fortalecimiento de seguridad.

En los adultos, las creencias en la magia han sido etiquetados como supersticiones que se desarrollan como un medio de hacer frente a las frustraciones, incertidumbres y la naturaleza impredecible de ciertas actividades humanas, por ejemplo, la creencia de usar una determinada prenda de vestir puede afectar el resultado de una competencia o un juego deportivo (Subbotsky, 2010).

Siguiendo a Odier (1961), la recurrencia al pensamiento mágico responde a la necesidad del hombre en general, independientemente de su edad, inteligencia o cultura, pues la angustia y pensamiento mágico se reproducen en la edad adulta, ya que ésta ha quedado grabada en el inconsciente que retorna, pues el adulto no renuncia enteramente a ilusiones no mediadas simbólicamente, aún cuando aparentemente el pensamiento lógico haya tomado un lugar predominante, el primero se encuentra en forma latente y regresa al detonarse la angustia.

Así pues, tanto en el desarrollo cognitivo de los niños y en el funcionamiento de la mente adulta, al igual que el pensamiento racional, el pensamiento mágico se puede utilizar tanto para el logro de los objetivos deseados y para proteger a una persona contra los peligros reales o imaginarios.

En Subbotsky (2010), se destacan dos puntos fundamentales acerca de la realidad mágica. Por un lado, en lugar de ser una serie de creencias y supersticiones equivocadas, la realidad mágica ofrece a una persona con las estrategias de afrontamiento de los problemas que están más allá del alcance del pensamiento científico. Por otro lado, la realidad mágica se abre la puerta a la manipulación de las mentes humanas a gran escala, con el fin de influencia y control. Esto hace a las personas vulnerables a las técnicas de persuasión indirecta que pueden ser de explotación y potencialmente peligroso.

Para Moral de la Rubia (2012), el pensamiento mágico alude a un tipo de razonamiento causal, no científico, que recurre a fuerzas y agentes sobrenaturales animados o con voluntad para explicarlos fenómenos naturales, sean cotidianos o extraordinarios.

En el mismo orden, se considera pensamiento mágico a todo aquello que no posee una explicación respaldada objetivamente, pero sí como una manera diferente de interpretar

la realidad, por ejemplo: atribuir a la enfermedad de otro ser humano o a espíritus y a personas ya muertas (Lámbarri, Flores & Berenzon, 2012).

El origen del pensamiento mágico se deriva de los mitos transmitidos oralmente que fundamentan rituales, los cuales son memorias o historias de los grandes sucesos del pasado. En toda sociedad fundamentada en el pensamiento mágico hay personas con poderes especiales e iniciados en los mitos y rituales que intentan intervenir sobre la voluntad de las fuerzas naturales a favor de su colectivo (Moral de la Rubia, 2012).

En la actualidad, se hace presente la vigencia del pensamiento mágico-religioso en la medicina tradicional e involucrando elementos que se expanden a la esfera de lo social y el extraordinario.

Con base en lo anterior, Lámbarri, Flores & Berenzon (2012), en su estudio *Curanderos, malestar y “daños”: una interpretación social*, obteniendo como resultado que el pensamiento mágico-religioso se evidencia en la clasificación que hacen de las enfermedades, y en ocasiones no pueden ser curados ni detectadas por los médicos alópatas. Los curanderos pueden dedicarse a la magia blanca o negra, poseen un “*don*” para curar, pueden ver en sus sueños y adivinar.

Otro estudio llevado a cabo por Sánchez, Granados & Simón en 2008, llamado *“Uso medicinal de las plantas por los Otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México”*, reportando que la mayoría de los habitantes conoce el uso medicinal de algunas plantas, los ancianos son más cultos en la sabiduría y el pensamiento mágico-religioso forma parte muy primordial en su cosmovisión.

En el estudio *“Validación de la escala de pensamiento mágico: profecías apocalípticas y afectividad negativa”*, realizado por José Moral de la Rubia en 2012, su

objetivo es validar la Escala de Pensamiento Mágico creada en México (EPM-24), obteniendo como resultado que esa escala es consistente y muestra evidencias de validez.

Con base en lo anterior, el pensamiento mágico juega un papel importante en la conducta de los individuos, permea su forma de dirigirse en su entorno, creando una realidad individual y colectiva, pues ellos determinan su funcionalidad en el grupo social.

Por otro lado, para llegar a un pensamiento racional y lógico, juegan un papel importante las percepciones, pues dan un orden de sentido a la realidad por su capacidad de procesar información y formas, a través de los cuales los hombres establecen ciertas relaciones.

Percepción

No se profundizará en analizar todos los aspectos que intervienen en el proceso de la percepción, pues no es el objetivo principal de este trabajo, sino tomarlo de manera general y como base de información, ya que la necesidad general que tiene el hombre para adaptarse a su medio y hacer frente con efectividad a las exigencias de la vida, tiene gran relevancia la forma en cómo se percibe el mundo.

La obtención de cómo el individuo adquiere conocimiento acerca de su medio para adaptarse, necesita de la extracción de la información a partir de la gran cantidad de energía física que estimula los sentidos del organismo, si los estímulos tienen trascendencia o valor, desencadenan algún tipo de reacción reactiva o adaptativa en el individuo, se le denomina información. Por tanto, la percepción es el proceso de extracción de información (Forgus & Melaned, 1989).

Por lo general, la percepción es un medio de conocimiento (Bartley, 1982). En Coren, Ward & Enns (2001), quienes estudian la percepción les interesa la manera en que

las personas forman una representación consiente del entorno externo, así como la precisión de tal representación.

La percepción es cualquier experiencia que depende de los datos de los sentidos, pero que tiene un contenido y una organización, derivadas de experiencias previas o predisposiciones (Brennan, 1999).

En el mismo orden de ideas, para Díaz (1999), la percepción se define como el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. En tal sentido, las creencias y experiencias a las que se exponen las personas, son factores que en gran medida influyen en la percepción.

De acuerdo con Ardila (1980), la percepción de un individuo es subjetiva, pues las reacciones a un mismo estímulo varían, además selectiva, como consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir, y temporal porque es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades o motivaciones de los mismos.

Para Vargas en 1994, la percepción es: una forma de conducta humana que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, limitando las capacidades biológicas y desarrollando la cualidad para la producción simbólica, que a través de la vivencia, atribuye características cualitativas a los sujetos o circunstancias, mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social. Lo anterior, permite generar evidencias sobre la realidad.

Bajo la misma óptica, la percepción es un proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen el aprendizaje, memoria y simbolización (Ramos, 2011).

De esa forma, cada individuo vive dentro de un contexto que matiza las percepciones que se van generando en torno a la realidad, y dentro de esa realidad suceden fenómenos como la salud y la enfermedad, dichas percepciones permean las decisiones que toma el individuo en la elección de diferentes prácticas de atención.

Arredondo & Meléndez (1992), refieren que en la utilización de servicios ofrecidos para la atención de la salud, juega un papel importante la percepción de la enfermedad, pues dependiendo de ella el individuo llevará a cabo acciones para satisfacer la necesidad en relación con su cultura, poder de compra y personalidad.

Así mismo, el estudio de las percepciones puede acercarnos a la explicación de cómo conceptualizan, viven y perciben la enfermedad las personas durante el proceso salud-enfermedad.

En este sentido, la percepción de la enfermedad consiste en la atención, respuesta afectiva, cognición y valoración directa de la misma y sus manifestaciones. Esta percepción se encuentra centrada directa y explícitamente en la gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con el padecer la enfermedad (Conrad, 1997).

Según Lloyd, Jacob, Patel, St Louis, Bhugra & Mann (1998), el proceso de percepción de la enfermedad en el paciente no es un proceso pasivo y estático, sino que subyace a etapas que terminan traduciéndose en una reacción activa hacia la enfermedad. Dichas etapas son: la interpretación de la misma, la traducción de éstas en comportamiento

activo, la respuesta social en reacción a tal comportamiento y la atribución de la experiencia.

Los individuos construyen modelos personales, es decir, representaciones internas, que surgen de aspectos subjetivos y significados atribuidos a la enfermedad, a partir del entendimiento de las experiencias previas, que son utilizadas para interpretar experiencias nuevas, y así poder adoptar conductas de afrontamiento efectivas (Wienman & Petrie, 1997).

Así que la importancia del conocimiento de la percepción de la enfermedad radica en que no se trata únicamente del reconocimiento y evocación de experiencias pasadas y presentes, sino además a la remisión de objetos, sucesos y significados que permiten reformular lo percibido y sus estructuras conceptuales (Huicochea, 2002).

Otro aspecto importante de la percepción de la enfermedad son las creencias sobre su causa, atribuyéndola a ideas personales basadas dentro de una visión que puede contener conocimientos científicos formales, conocimientos informales como creencias populares o incluso, ideaciones personales o ideas mágicas (Searle, 2007).

Es de esperarse que la percepción de la enfermedad, esté influenciada por diversas y muy variadas fuerzas sociales, como son el discurso médico dominante y los valores con los que los actores orientan su vida cotidiana (Castro, 2000).

Finalmente, la construcción de la noción de enfermedad, al igual que la de salud, es una producción humana dentro de unas categorías de pensamiento forjadas en el marco de una cultura (Boixareu, 2008), pero en el análisis individual, también las experiencias previas y la percepción particular de la persona dan forma a ese modelo que finalmente es una representación de la realidad que está viviendo el sujeto.

En síntesis, por un lado, el paciente percibe al mundo y su enfermedad dentro de un contexto personal, esto lo lleva a buscar atención en la elección de las diferentes prácticas de atención a la salud, y a comprender de una forma sociocultural su problema de salud.

Por otro lado, parece razonable la deficiencia del sistema médico alópata, pues suele verse confrontado, porque ha restado poca importancia a la forma subjetiva de la enfermedad y su atención, ya que se enfrenta a sujetos envueltos en un mundo en donde cultura e historia participan en la conformación de sus percepciones.

Subjetividad

Con base en lo anterior, juega un papel fundamental la perspectiva del hombre, ya que éste tiene la parte activa como generador de la realidad, y el proceso de ir y venir entre el sujeto y su entorno. Es por ello que se incluye el término de subjetividad, pues se retomara más adelante en el trabajo.

Al brindarle una importancia al individuo sobre la percepción de la realidad, Martínez (2008), alude al diálogo existente entre sujeto y objeto la participación de múltiples interlocutores, como lo son: factores biológicos, psicológicos y culturales, pues éstos influyen en la conceptualización o categorización que se haga del objeto.

Según Millan (1967), en términos filosóficos como el uso vulgar o más común, los términos subjetividad y subjetivo, pueden ser utilizados en una doble acepción.

Por un lado, de lo que verdaderamente no es real, sino pertinente o relativo, al ser en el que se dan las apariencias, en donde la ambigüedad de las palabras en cuestión es perfectamente sintomática. Por otro lado, refiere que la genuina subjetividad, la humana tiene que ser real para que lo aparente pueda darse en ella, pero ha de ser real bajo la forma según la cual se pueda dar en ella lo aparente.

Por tanto, es de vital importancia contemplar la subjetividad del individuo sobre el objeto de estudio en las investigaciones sociales, como lo manifiestan Rodríguez, Gil & García (1999), “cualquier mirada que se realiza a través de la ventana viene mediatizada, filtrada, a través de las lentes del lenguaje, del género, la clase social, la raza o la etnia. Así, no hay observaciones objetivas, sólo observaciones contextualizadas socialmente en los mundos de observador y observado” (p. 62).

Por subjetividad se entiende aquella trama de percepciones, aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos que nos impulsan y nos da una orientación para actuar en el mundo (Güel, 2001).

Para Abbagnano (1998), la subjetividad es: “el carácter de todos los fenómenos psíquicos, en cuanto fenómenos de conciencia, o sea tales que el sujeto los refiere a sí mismo y los llama míos” (p. 992).

En este sentido, la subjetividad se define en función de la existencia propia del sujeto. Para González (2000), el sujeto es visto como una entidad claramente diferenciada, pues su expresión individual cobra significación en la producción del conocimiento.

Dorsh (1991), la conceptualiza como “cualidad de lo que existe solamente para el sujeto, para la conciencia del que experimenta. Es una característica esencial de los procesos psíquicos, que sólo por el sujeto son conocidos directamente” (p. 760).

Elliot plantea la formación de la subjetividad en el curso de un proceso activo dentro del cual el sujeto actúa de forma creativa, representando un momento esencial de este proceso, pues es crucial para entender lo subjetivo (citado en González, 2002).

La subjetividad ha sido un término reservado con frecuencia para los procesos que caracterizan al mundo interno de los sujetos, sin que ese mundo interno, en su condición subjetiva, haya sido claramente elaborado a nivel teórico (González, 2000).

La subjetividad es un proceso de producción de significados que puede analizarse en el nivel individual y el social (Bourdieu, 1991; citado en De la Garza, 2001).

En síntesis, la subjetividad comprende los acontecimientos a partir de los sentidos y significados que tienen para el sujeto, le otorga un papel activo y productor en el desarrollo de su propia subjetividad, integra lo social como lo individual pues ambos se interrelacionan, de manera que al cambiar una afectaría a la otra, y ésta a su vez repercutirá en ella, además el momento y tiempo histórico, son relevantes para comprender la subjetividad del propio sujeto.

Con base en lo anterior, aproximarse a la subjetividad implica comprender los sentidos subjetivos que se presentan en el transcurso de la vida del sujeto, al entender esto será posible adentrarse a las experiencias del individuo con base a los sentidos variados que se relacionan y se agregan en otros registros ya constituidos en el plano subjetivo, además entenderla, es tomar en cuenta que la subjetividad es atravesada por la historia del sujeto y por el tiempo y momento histórico en el cual se halla inmerso.

Consecuencias de las creencias acerca de la salud

Finalmente, otro punto muy importante a considerar y se relaciona con las conceptualizaciones abordadas en este capítulo son las creencias acerca de la salud, pues en base a ellas los individuos dirigen su forma de cuidado y ejercen influencia en el comportamiento de la persona con respecto al proceso salud-enfermedad, su comprensión y su historia de atención en el sector salud.

Según Rodríguez & Zurriaga (1996), las creencias son “configuraciones cognitivas” sobre la realidad, que son moldeadas culturalmente. Al valorar alguna situación, las

creencias son las que determinan como son las cosas en el entorno, le dan un sentido y, junto con los valores y actitudes, se manifiestan en formas de comportamiento.

En la misma perspectiva, las creencias, principalmente, se forman a partir del conocimiento sobre un determinado fenómeno, la experiencia previa en relación con el mismo, normas sociales y actitudes, todos éstos moldean el significado que se les atribuye. Sin dejar de lado la influencia de variables demográficas como la edad, sexo, raza, y otras variables psicosociales como la personalidad, clase social, etc. (Amigo, Fernández & Pérez, 1998)

Según Greene & Simons-Morton (1988), señalan tres características de las creencias. Primero, otras personas pueden clasificarlas como falsas o verdaderas; segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo o lo que la persona sabe o cree saber al respecto; y tercero, las creencias tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o al grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

En resumen, las creencias se caracterizan por tener un elemento cognoscitivo y afectivo, además de ser individuales, es decir, que una persona puede tener una creencia y para otra esta es falsa.

Para Fitzpatrick, Hinton, Newman, Scambler & Thompson (1990), las creencias sobre la enfermedad dan forma a las respuestas a los síntomas, de quien las sufre y también del grupo social. Si lo que se busca es atención a la salud, las definiciones que el común de la gente tenga sobre su enfermedad, limitan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas de tratamiento.

Al referirse a las creencias de la salud, Álvarez Bermúdez (2002), manifiesta que son ideas y prácticas generalizadas, basadas en la tradición y son aceptadas habitualmente

de manera acrítica por los miembros de un grupo, comunidad o sociedad, ya que se interpretan como correctas.

Siguiendo al autor, las prácticas derivadas de las mismas son vistas como adecuadas para hacer frente al fenómeno de la enfermedad, pues son conocimientos comunes a los cuales todos los miembros de una sociedad tienen acceso en menor o mayor medida.

Llor, Abad, García & Nieto (1995), mencionan dos tipos de creencias con respecto a la enfermedad:

Creencias sobre las causas: El paciente puede sentirse culpable o culpar a otras personas de su enfermedad, a las circunstancias o al destino. Si se siente culpable puede ser un mecanismo de adaptación ya que entonces el sujeto se da cuenta que la causa de su enfermedad se deriva de comportamiento, y esto lo puede llevar a que asuma el control de su enfermedad y lo afronte de modo eficaz. En algunos casos el paciente considera que su enfermedad es un castigo divino o una prueba, lo que les lleva a aceptar resignadamente su padecimiento, sin hacer nada para resolverlo.

Creencias sobre el control: Las personas que creen que pueden controlar su enfermedad siguiendo hábitos saludables o cumpliendo con lo dicho por los especialistas, presentan mayores niveles de ajuste a los que no tienen esas creencias y al contrario, piensan que ya no pueden hacer nada por su situación.

Para Becker, la decisión de realizar una acción de tipo preventivo por el sujeto depende en última instancia de una especie de motivación a la salud que el individuo obtiene de su experiencia subjetiva, y de la influencia de las condiciones socioestructurales (Álvarez Bermúdez, 2002).

Bajo la misma óptica, dicha motivación a la salud depende del nivel de importancia que el sujeto atribuye a la salud o, por el contrario, de cuánto, cómo y por qué considera la

enfermedad un no-valor en sentido amplio, una condición de enfermo de la cual necesita salir, la importancia del sistema de creencia y prácticas, radica en la medida en que conjuntamente lleva a un estilo de vida y la percepción del propio cuerpo.

En consecuencia, se dice que las creencias desempeñan un papel importante en las conductas de salud, pues una persona decide actuar a favor de su salud dependiendo de sus valores generales de salud, sus creencias sobre su vulnerabilidad ante la enfermedad y sobre la gravedad de la misma, además de las creencias sobre la eficacia de algunas medidas concretas a utilizar (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

Por tanto, las creencias sobre la salud hacen mención sobre las percepciones que el sujeto tiene sobre la salud en función de sus conocimientos y actitudes.

Como se mencionó anteriormente, las creencias se relacionan con aspectos claves, como es la utilización de los servicios de salud, en tres vertientes: a) la necesidad de atención médica, b) los factores predisponentes, conformados por variables socio-demográficas asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, y c) los factores capacitantes que se asocian a la condición socioeconómica, ya sea en el ámbito familiar o comunitario (Sánchez-González, 1998).

En último lugar, Becker & Rosentock (1994; citado en Brannon & Feist 2001), al referirse a las creencias sobre la salud, indican que éstas contribuyen significativamente a la actitud de búsqueda de la salud, pues muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y además, esperan que los demás compartan dichas creencias.

En síntesis, de esta forma nos damos cuenta que las creencias son de diversa naturaleza y dependen del origen de cada individuo y a su vez determinan la forma en que se proporciona el cuidado. Así mismo, la respuesta a la enfermedad depende de la

interpretación que se le dé, es decir, depende de cómo piensen las personas y cuáles sean sus creencias.

Para finalizar, las creencias referentes al proceso salud-enfermedad, vienen a partir de lo que nos han dicho, de lo que hemos vivido, son maneras que creemos tener y somos, pueden moldear, influir en nuestra forma de conducirnos a la salud, éstas creencias como ya vimos provienen de diversos factores.

CAPÍTULO V:

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

¿Cantidad o cualidad?

En la búsqueda por entender los fenómenos de la naturaleza y al mundo que habita, el hombre ha empleado la religión, la filosofía y la ciencia para dar respuesta a los significados de su existencia individual y colectiva. Actualmente la ciencia es la manera hegemónica de concebir la realidad (González & Ángeles, 2006).

En ella existen paradigmas de producción de conocimiento. Orozco (2000), señala por un lado el positivista (predicción) y realista (explicación) perteneciendo al método cuantitativo. Por otro lado, el hermenéutico (interpretación) y el de interacción (asociacionista) correspondiendo al método cualitativo. En la actualidad el que ha predominado durante muchos años es el paradigma positivista, el cual posee las siguientes características (Álvarez-Gayou, 2007):

- ✓ El científico observa, descubre, explica y predice aquello que lo lleva a un conocimiento sistemático de la realidad.
- ✓ Los fenómenos se examinan en términos de cantidad, intensidad o frecuencia.
- ✓ La realidad es estática.
- ✓ Objetividad en el investigador.

- ✓ Control de las situaciones “extrañas” que afectan la observación y la objetividad del investigador.

Lo anterior alude a un conocimiento verificable, medible, cuantificable, visible, mecanicista. Dándole importancia a lo que va a suceder para posteriormente comprobarlo y verificar que realmente sucedió, los hechos se explican numéricamente y en la mayoría de las veces se generalizan.

Concuerdo con Martínez (2008), al señalar en el positivismo una realidad hecha y acabada, pues nuestro aparato cognoscitivo se considera un espejo reflejándose dentro de sí o una cámara fotográfica que copia pequeñas imágenes de la realidad externa, en consecuencia el ser objetivo es copiar bien esa realidad sin transformarla, y su verdad consiste en la fidelidad de la imagen interna a la realidad que representa.

De esa manera, se refleja una visión parcial de la realidad e inclusive distorsionándola creando una imagen falsa, yéndose por una forma mecanizada y determinista con un carácter contemplativo, dejando de lado otros aspectos del ser humano. Su estudio del ser humano es complejo, requiere de factores que se interrelacionan como lo son el biológico, el cultural, el social e histórico, por tanto existe otra forma de abordarlo en esos ámbitos, esa la investigación cualitativa.

Ésta resalta los procesos sociales, su premisa esencial es que la realidad se construye socialmente y en efecto, no es independiente de los individuos (Szasz & Lerner, 2002).

No se trata de ver qué método es mejor que otro, o cómo es el primero tiene que prevalecer o el último superó al primero, ambos permiten conocer la realidad de diferente manera ofreciendo elementos importantes, con sus límites y posibilidades. Según Orozco

(2000), “dependiendo del interés en qué es lo que se quiere conocer, por qué se lo quiero conocer, es que puede decidirse cómo conocerlos” (p. 36).

Por tanto, para la presente investigación se profundizará en el corte cualitativo, ante ello es necesario hacer unas definiciones.

¿Qué es la investigación cualitativa?

Para Ulin, Robinson & Tolley (2006), la investigación cualitativa es “la concentración teórica y metodológica en las complejas relaciones entre 1) los significados personales y sociales, 2) las practicas individuales y culturales, 3) el entorno material o contexto” (p.4).

Así pues, para Taylor & Bodgan (citado en Rodríguez, Gil & García, 1999), es “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas, y la conducta observable” (p. 33).

González (2000), la define como “un proceso permanente de producción de conocimiento, donde los resultados son momentos parciales que se integran constantemente con nuevas interrogantes y abren nuevos caminos a la producción de conocimiento” (p. 15).

En ese mismo orden de ideas WHO (1996, citado en González & Ángeles, 2006), la relaciona con la manera de expresar la perspectiva de los eventos, acciones, normas, valores de las personas que están siendo estudiadas.

Al referirse a la investigación cualitativa MacQueen (2002), menciona que se relaciona con la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo la usan para guiarse en la forma de vivir.

Mientras que Orozco (2000), alude a un proceso de búsqueda de un objeto donde el investigador realiza interpretaciones apoyándose en instrumentos y técnicas, las cuales permiten tener un mayor involucramiento para una interpretación más integral posible. Es

un proceso de indagación y exploración, teniendo como resultado un objeto siempre construido por medio de interpretaciones.

Su objetivo es “analizar el significado que los sujetos atribuyen a los hechos, relaciones y prácticas, o sea, interpretando tanto a las interpretaciones como las prácticas de los sujetos” (Deslandes & Assis, 2002; citado en Magalhaes & Mercado, 2007, p. 84).

Desde este punto de vista, la investigación cualitativa pretende una integración, incluyendo todos los elementos que contribuyan con información pertinente para alcanzar una comprensión más profunda del objeto estudiado.

De esta manera, para Rossman & Rallis (1998, en Sandín 2003), la investigación cualitativa es:

- Creíble gracias a su coherencia, intuición y utilidad instrumental.
- Se desarrolla en contextos naturales.
- Emplea diversas estrategias interactivas y humanísticas.
- Focaliza contextos de forma holística.
- Existe reflexividad, pues el investigador desarrolla sensibilidad hacia su biografía personal.
- Hay una naturaleza emergente.
- Su proceso se basa en un razonamiento sofisticado, siendo multifacético e interactivo.
- Fundamentalmente interpretativa.

Orígenes generales

Sus trabajos se remontan entre los siglos XVII y XIX, con un carácter más anecdótico que científico, en los escritos realizados por viajeros, comerciantes, exploradores y misioneros

en la época de la etnografía colonial. La investigación cualitativa nace con la antropología cultural y es identificada con el método de trabajo de campo, teniendo como objeto de investigación a las sociedades primitivas (Izcara, 2009).

A partir del siglo XIX y principios del XX se emplearon los métodos cualitativos en investigaciones sociales, estudios sobre familias y comunidades europeas. En Estados Unidos durante el periodo de 1910 a 1940, se produjeron estudios de observación participante sobre la vida urbana, historias de vida de criminales y delincuentes juveniles, estudios sobre inmigrantes y familias en Polonia y Estados Unidos basados en documentos personales, pues en ellos se utilizaron técnicas como la observación participante, entrevista en profundidad y documentos personales (Taylor & Bodgan, 1998).

Pero fue hasta finales del siglo XX cuando comienzan a utilizarse los métodos cualitativos, en la que influyeron diferentes disciplinas como la antropología, la sociología y la psicología.

Rodríguez et al. (1999), señala varios autores que dividen la historia de la investigación cualitativa en varios períodos, uno de ellos son Vidich & Lyman (1994), señalando 5 fases: etnografía primitiva, etnografía colonial, etnografía ciudadana, etnicidad y asimilación y post-modernidad; otros son Denzin & Lincoln (1994), con 5 momentos: tradicional, modernista, géneros imprecisos, crisis de la representación y post-modernidad; por último, se encuentran Bodgan & Biklen (1982), indicando 4 períodos: inicios, declive, cambio social e investigación cualitativa en educación.

En lo que se refiere a Denzin & Lincoln (1997, citado en Álvarez-Gayou, 2007), los momentos de la investigación cualitativa son:

- ◆ Fase tradicional: inicios del trabajo de campo influenciado por el positivismo.

- ◆ Fase modernista: considerada la época de oro de la investigación cualitativa, se desarrollan paradigmas interpretativos (etnometodología, teoría crítica, teoría fundamentada e interaccionismo simbólico).
- ◆ Fase de los géneros borrosos o vagos: se empiezan a desdibujarse los límites entre las disciplinas sociales y las humanidades.
- ◆ Período de la crisis de representación: caracterizada por la doble crisis, refiriéndose por un lado al cuestionamiento respecto a que el investigador realmente capture la experiencia vivida y la plasme en texto. Por otro lado, el de la legitimización refiriéndose al cuestionamiento de los criterios tradicionales para la evaluación e interpretación de la investigación cualitativa.
- ◆ El quinto momento: comienza a vislumbrarse un futuro prometedor debido a que continúa la preocupación por la representación del otro.

Características

Para González & Ángeles (2006), es más que buscar sobre el conocimiento o la medición de la conducta, por tanto la investigación cualitativa se caracteriza por encontrar significados a los eventos y comportamientos humanos desde la perspectiva de las personas que son objeto de estudio, desarrollando conceptos que permitan comprender los fenómenos sociales que les rodean enfatizando en su significados, experiencias y visión de los participantes en el estudio.

Así pues, Patton (1986, citado en Ito & Vargas, 2005), la caracteriza como una indagación de la proximidad con el sujeto, encontrando no sólo conductas observables sino

también estados internos. Se sitúa dentro de la práctica del *verstehen* (del alemán comprender), pues se enfoca en:

- a) El significado de la conducta humana
- b) El contexto de la interacción social
- c) El entendimiento empático basado en la experiencia subjetiva y en las conexiones entre estados subjetivos y conductas.

Según Taylor & Bodgan (1998), las características de la investigación cualitativa son:

1.- *La investigación cualitativa es inductiva*: desarrollan conceptos partiendo de interrogantes vagas.

2.- *En la metodología cualitativa el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística*: las personas se consideran como un todo en su contexto.

3.- *Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio*: interacción con los informantes de forma natural.

4.- *Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro de su marco de referencia*: experimentar la realidad tal como otros la experimentan.

5.- *El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones*: todo es un tema de investigación.

6.- *Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas e importantes*.

7.- *Los métodos cualitativos son humanistas*: se conoce a las personas en lo individual y se experimenta lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad.

8.- *Los investigadores cualitativos ponen en relieve la validez de su investigación*: obtienen un conocimiento directo de la vida social no filtrada por conceptos, definiciones operacionales ni escalas clasificatorias.

9.- *Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son digno de estudio*: todos los escenarios y personas son, a la vez, similares y únicos.

10.- *La investigación cualitativa es una arte*: los investigadores son flexibles, siguen directrices orientadoras, pero no reglas.

Para Ulin et al. (2006), la investigación cualitativa se caracteriza por:

- Pregunta por qué, cómo y en qué circunstancias ocurren las cosas
- Indaga una comprensión profunda
- Explora y descubre
- Emplea métodos interpretativos
- Involucra a los investigadores como participantes activos
- Es emergente, antes que preestructurada
- Es reiterativa, más que fija

En síntesis, la investigación cualitativa se define por poseer:

- a) Punto de vista holístico
- b) Aproximación inductiva
- c) Investigación naturalista

- d) Descriptiva e Interpretativa
- e) Humanista
- f) Investigador activo

Sus métodos

La metodología cualitativa hace uso de diversos métodos de investigación, entre los principales se encuentran la etnometodología, etnografía, teoría fundamentada, investigación-acción, biografía y fenomenología, los cuáles se describen a continuación:

➤ Etnometodología

Se caracteriza por mostrar un interés en el estudio de los métodos o estrategias utilizadas por las personas para construir, dar sentido y significado a su vida cotidiana (Rodríguez et al).

Álvarez-Gayou (2007), incluye dos propiedades esenciales del significado al realizar el análisis etnometodológico. Por un lado, los significados son indéxales (dependen del contexto), por otro lado, a los que no se les localiza en un contexto determinado que les dé sentido: objetos y sucesos con significado indeterminado.

➤ Etnografía

Significa la descripción (*grafé*) del estilo de vida de un grupo de personas habitadas a vivir juntas, y (*ethnos*) siendo cualquier grupo humano que constituya una entidad cuya relación esté regulada por la costumbre o derechos y obligaciones recíprocas (Martínez, 2008).

Su objetivo se centra en describir o interpretar lo que se expresa de un grupo o sistema social o cultural, se estudian los patrones de comportamiento, costumbres y estilos de vida aprendidos (Creswell, 1988; citado en Ito & Vargas, 2005).

Atkinson & Hamersley (1994, citado en Rodríguez et al.), mencionan las siguientes características de la etnografía:

- ✓ Énfasis en la exploración de la naturaleza de un fenómeno social concreto
- ✓ Inclinación a trabajar con datos no estructurados
- ✓ Investigar un pequeño número de casos
- ✓ Interpretación de los significados y funciones de las actuaciones humanas
 - Teoría fundamentada

Tiene origen en el interaccionismo simbólico, se pretende determinar qué significado simbólico tienen los artefactos, gestos y palabras para los grupos sociales y cómo interactúan los unos con los otros, su enfoque es descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos (Rodríguez et al).

Según Cresswell (1988; citado en Ito & Vargas, 2005), pretende generar un esquema analítico de un fenómeno, relacionado con una situación o momentos particulares.

En ese mismo orden de ideas, “los datos obtenidos son el elemento esencial para la elaboración de teorías. No se ajustan los datos a teorías, sino que éstas surgen precisamente de la investigación” (Álvarez-Gayou 2007, p. 99), es decir, utilizando la teoría creada para desarrollar o confirmar las explicaciones del cómo y por qué de los fenómenos.

➤ Investigación-acción

Se destaca el carácter preponderante de la acción, asumen un papel activo los sujetos que participan en la investigación. Lewin (1946, citado en Rodríguez et al), identifica cuatro fases de la investigación acción: planificar, actuar, observar y reflexionar con el fin de lograr independencia, igualdad y cooperación.

Para McKernan (citado en Álvarez-Gayou 2007), la investigación-acción considera tres aspectos esenciales:

- Los participantes que viven el problema se consideran los capacitados para abordarlo en su contexto.
- El comportamiento de las personas es influido por su entorno natural.
- La investigación cualitativa es la más pertinente para abordar el estudio de los entornos naturales, puesto que es uno de sus pilares epistemológicos.

➤ Biografía

Caracterizada principalmente por el estudio de un individuo y de sus experiencias, tal como lo narra al investigador o con base en material documental que se obtenga. Existen diferentes tipos: el estudio biográfico (el relato es escrito por otra persona), autobiografía (el autor habla de su vida), historia de vida (se relaciona la historia personal con la historia social) y la historia oral (se recogen una o más experiencias de diferentes participantes en un fenómeno social) (Cresswell, 1988; citado en Ito & Vargas, 2005).

➤ Fenomenología

La fenomenología tiene sus orígenes en la escuela de Husserl aproximadamente en 1900. Dartigues (1981), la define como: “el estudio o la ciencia del fenómeno” (p.9).

El término fenomenología según Lyotard (1989), alude al “estudio de los fenómenos, es decir, de que aparece en la conciencia, de lo dado” (p.11), explorando a lo que es dado, la cosa misma en que se piensa, de la que se habla.

En este mismo orden de ideas Rodríguez et al. (1999), destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva.

Van Manem (1990, citado por Melich, 1994), resume en los siguientes puntos el sentido de la investigación metodológica:

- ◆ Es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad.
- ◆ La explicación de los fenómenos dados a la conciencia
- ◆ La fenomenología se cuestiona por la esencia misma de los fenómenos
- ◆ Describe los significados vividos, existenciales
- ◆ Es el estudio científico humano de los fenómenos
- ◆ Es la práctica atenta de las meditaciones
- ◆ Es la exploración del significado del ser humano

En este sentido, la fenomenología pretende conocer la experiencia vivida por una persona o un grupo de personas apoyándose en la forma de entender un fenómeno determinado, por tanto se busca la esencia de la experiencia.

Así pues, la fenomenología se refiere al conocimiento de los significados que los individuos otorgan a su experiencia, su importancia radica en aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su entorno y actúa en consecuencia (Rodríguez et al).

En palabras de Wandelfels (1997), refiriendo a Husserl expresa que con su “término sube de categoría pasando de una mera etapa del saber científico, o de una variante metódica de la investigación científica, a la determinación central de una filosofía que se declara a sí misma como fenomenología” (p.15).

Para Álvarez-Gayou (2007), la fenomenología se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, así mismo descansa en cuatro conceptos clave: “la temporalidad (el

tiempo vivido), la especialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la racionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida)” (p. 85).

En resumen, se deduce que la parte fundamental de la fenomenología parte de las siguientes ideas: a) la percepción de la propia persona muestra la realidad pasando de el cómo lo piensa a cómo lo vive y, b) la importancia de los individuos de darse cuenta de algo existente (conciencia de algo), pues lo anterior involucra a las personas en su entorno y posteriormente comprenderlas en su contexto.

Aps (1991; citado en Rodríguez et al.), presenta el método fenomenológico como el desarrollo de 6 fases.

- 1) Descripción del fenómeno: se parte de la experiencia concreta y se describe de la forma más libre y rica dejando de lado las categorizaciones o clasificaciones.
- 2) Búsqueda de múltiples perspectivas: se pretende recabar distintas visiones ya sea del investigador, de los participantes o de agentes externos.
- 3) Búsqueda de la esencia y la estructura: se procura captar todas las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio.
- 4) Constitución de la significación: realizar una profundización mayor en el examen de la estructura, enfocándose en cómo se forma la estructura de un fenómeno determinado en la conciencia.
- 5) Suspensión de enjuiciamiento: se trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin los constructos teóricos o creencias que determinan una manera de percibir la realidad.

- 6) Interpretación del fenómeno: se caracteriza por sacar a luz los significados ocultos, tratar de extraer de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso.

➤ Subjetividad

Al brindarle una importancia al individuo sobre la percepción de la realidad, Martínez (2008) alude al diálogo existente entre sujeto y objeto la participación de múltiples interlocutores, como lo son: factores biológicos, psicológicos y culturales, pues éstos influyen en la conceptualización o categorización que se haga del objeto.

Es por ello que Flores (2003), toma en cuenta a la subjetividad como una categoría, pues se manifiesta como una síntesis histórico-colectiva en el espacio del sujeto individuado.

Ante eso es necesario definir la subjetividad. Dorsh (1991), la conceptualiza como “cualidad de lo que existe solamente para el sujeto, para la conciencia del que experimenta. Es una característica esencial de los procesos psíquicos, que sólo por el sujeto son conocidos directamente” (p. 760).

En su diccionario Nuñez & Ortiz (2010), es “tendencia a interpretar los datos o emitir juicios a la luz de los sentidos, las creencias o las experiencias personales” (p. 483).

Para González (2000), “la subjetividades un sistema complejo de significaciones y sentidos subjetivos producidos en la vida cultural humana” (p. 24).

La subjetividad posee sus orígenes en las obras de Freud, pues comprendían al individuo por medio de la historia personal basada en procesos universales, donde estos procesos son diferentes en cada persona y en consecuencia, dando como resultado diferencias en la expresión de las fuerzas y relación (González, 2002).

Al centrarse en la dimensión subjetiva de los individuos se privilegia el estudio interpretativo de la subjetividad de éstos, y de los productos resultantes de su interacción. Su aspecto sociológico central se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos, y la manera en que estos significados se vinculan con sus conductas (Szasz & Lerner, 2002).

Otra corriente psicológica que toma como puntos centrales de su teoría a la subjetividad es la humanista, con psicólogos europeos que se establecieron en los Estados Unidos como K. Lewin, K. Horney y otros (González, 2002).

Siguiendo al mismo autor, la subjetividad es ligada al mundo de la fenomenología y el existencialismo, ya que le brinda importancia al individuo como eje principal de sus preocupaciones y dueño de sus decisiones, siendo capaz de tomar posiciones ante situaciones que enfrenta y ejercer el derecho autodeterminado de su libertad, ya que el individuo es considerado sujeto activo y creativo.

CAPÍTULO VI:

METODOLOGÍA

Objetivos

- a) Describir la forma en cómo adquirieron su conocimiento dos médicos tradicionales para poder curar a la gente, por medio de sus testimonios con base en su cosmovisión.
- b) Vindicar el papel del médico tradicional dentro del contexto de la medicina alópata.
- c) Describir las vicisitudes de la medicina tradicional basándonos en el testimonio de un indígena catedrático de la Universidad de Chapingo.
- d) Identificar y mostrar casos de pacientes tratados por el huesero.

Tipo de estudio

- Cualitativo
- De caso

Diseño

De nivel descriptivo e interpretativo

Selección y área de la muestra

El estudio se realizó en dos lugares, la comunidad indígena nahua de Xocuapa, perteneciente al Municipio de Tlaquilpa situado en la Sierra de Zongolica. Por otro lado, en

la comunidad afromexicana de Mata Clara, perteneciente a la zona de Cuitláhuac; ambos ubicados en el Estado de Veracruz.

La área de la muestra surge del proyecto de investigación: El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y el Manantial, dos comunidades afromestizas de Veracruz México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero, naturista. (UNAM-DGAPA-PAPIIT, clave IN 306308).

La muestra la componen dos médicos tradicionales, que consideran tener la especialidad de huesero.

Método

Fenomenológico

La utilización de este método se basó en las fases planteadas por Apps (1991, en Rodríguez et al):

- 1) Descripción del fenómeno
- 2) Búsqueda de múltiples perspectivas
- 3) Búsqueda de la esencia y estructura
- 4) Constitución de la significación
- 5) Suspensión de enjuiciamiento
- 6) Interpretación del fenómeno

Estrategias y técnicas de obtención de información

- Entrevista a profundidad
- Observación participante
- Registros observacionales

Codificación y análisis de datos

La codificación y análisis de los datos se basó en los procedimientos planteados por Miles & Huberman en 1994.

- a) Reducción de datos
- b) Disposición y transformación de datos
- c) Obtención y verificación de conclusiones.

CAPÍTULO VII:

RESULTADOS

VERACRUZ: El contexto

Cuando me hablaban de realizar mi tesis en el Estado de Veracruz México, lo primero que se me vino a la mente fue de porqué hacerlo allá y aquí no, al conocerlo después comprendí que es un lugar interesante y muy rico en la investigación. Lo pude corroborar cuando asistí a la sesión “Población prehispánica y contemporánea: Genética, identidad y salud”, realizado en la Facultad de Antropología de la Universidad Veracruzana en mayo del 2010.

En dicho seminario se expusieron trabajos de investigación con perspectivas antropológicas y psicológicas, realizados en la región de Córdoba-Orizaba para obtener el grado de Licenciatura, Maestría y Doctorado.

Durante el recorrido al Estado de Veracruz, desde el inicio de la carretera se logran observar gran cantidad de paisajes, al admirar su belleza se puede respirar un ritmo de vida diferente al de la ciudad, se siente como si nada importara, el tiempo se detuviera y se percibe un ambiente tranquilo. En ese trayecto se encuentran diferentes climas, desde un ligero calor hasta un clima húmedo a frío, donde en algunas zonas se puede ver cómo la neblina baja e impide distinguir el camino a lo lejos de la carretera.

Sierra de Zongolica, región de las Altas Montañas

Se acudió a la Sierra de Zongolica localizada aproximadamente a una hora treinta minutos del centro de Orizaba. La carretera es de dos carriles y con muchas curvas, está rodeada de barrancas, diferentes árboles caracterizados por el pino y encino principalmente, es posible admirar la belleza de diversos paisajes naturales apreciando hermosas zonas boscosas y áreas extensas dedicadas a la agricultura y ganadería.

Las áreas verdes se ven muy bonitas, se percibe como si se estuviera mirando la pintura de un paisaje, en el cual se tiene todo tan cerca a la vez y se logra notar la sensación

de terciopelo, ya que permite distinguir la textura de sus árboles. ¡Es impresionante!, pues es un lugar muy diferente al de la ciudad debido a que los cerros no se encuentran tan habitados como en la ciudad de México. El clima en se encuentra templado-cálido y frío.

De acuerdo al INEGI (2010), la sierra cuenta con una población de 41,923 habitantes, divididos en diferentes municipios. Al que se acudió se llama Tlaquilpa, situado en una meseta rodeada por altas montañas. Éste pueblo se puede observar a lo lejos cuando se recorre la sierra, de la cual sobresale la iglesia localizada enfrente de las casas.



Fig¹. Sierra de Zongolica

Se encuentra ubicado en la zona centro del Estado, a una altura de 2,340 m. sobre el nivel del mar. Limita al norte con Xoxocotla y Atlahuilco, al este con Los Reyes, al sur con Astacinga y al oeste con el Estado de Puebla. Tiene una superficie de 58.40 km² (Enciclopedia de los Municipios de México, 2005).

¹Fotografía: Marco Antonio Cardoso Gómez y Rafael Pascual Ayala, 2009.

Existen en el municipio una población de 7,151 habitantes (INEGI, 2010). En esa comunidad la lengua originaria es el náhuatl, no obstante se encuentran personas que hablan el español.

Las personas satisfacen sus necesidades de abasto en el centro de Tlaquilpa, con un mercado municipal y pequeñas tienditas.

En lo que se refiere a su vestimenta los hombres usan pantalón de mezclilla o de tela con botas o huaraches de cuero, camisa de manga larga y sombrero hecho de palma o gorra. Las mujeres conservan la vestimenta tradicional usando una falda que consiste en una tela larga y negra que enrollan en su cintura sosteniéndola mediante una faja de color, huaraches de plástico, una blusa de color fuerte adornada con un encaje ancho alrededor del cuello y un rebozo.

La construcción de las casas es muy interesante, debido a ser un pueblo viejo se conservan las llamadas tradicionales. Están hechas con base en tablones de madera, techos de lámina o teja, el suelo es de tierra y sus fogones se encuentran dentro de la cocina. No obstante, hay casas parecidas al contexto urbano, pues son construidas con cemento y tabicón o ladrillo. Éstas se encuentran dispersas debido a que la gente cuenta con suficiente espacio para sembrar y permite el pastoreo de sus animales.

Esta región se encuentra habitada por nahuas, la mayoría de ellos hablan la lengua originaria, muy pocos son bilingües, pues también usan cotidianamente el español.

No se sabe cuántos curanderos existen en esa zona, por lo que debe tomarse en cuenta para investigaciones futuras.

Para entrevistar a Don Pedro se visitó un lugar llamado Xocuapa, una loma ubicada a 20 minutos del centro de Tlaquilpa, se encuentra en un declive muy pronunciado. Ahí el clima es extremadamente frío y lluvioso, el suelo permanece húmedo lo que dificulta la

transportación en auto debido a que se patinan las llantas, por eso se prefiere ir a pie, tratando de localizar puntos de apoyo que permitan ascender y descender con menos dificultad.

Don Pedro: La historia de la formación de un médico tradicional

Nuestro informante Pedro Sánchez Rosales mejor conocido como Don Pedro es médico indígena tradicional. Edad de 53 años, estatura de aproximadamente 1.60 m, piel morena, ojos semirasgados, cabello y bigote semilargos. Es una persona que al verlo trasmite humildad, sencillez y nobleza, sus ojos reflejan un brillo de calidez y seriedad, en lo que se refiere a su estado físico se percibe saludable y fuerte.



Fig². Don Pedro y su esposa Camila

En la cosmovisión de Don Pedro hay dos entidades fundamentales que dirigen su forma de pensar y actuar, estos son *la madre tierra o madre naturaleza* y el *dios*, también llamados *Tlalocan-Nana* y *Tlalocan-Tata* respectivamente, aunque son diferentes se

²Fotografía: Marco Antonio Cardoso Gómez y Rafael Pascual Ayala, 2008.

complementan, lo cual puede observarse al hacer alusión a ellos como esposos, conservando de esa manera el pensamiento prehispánico de la dualidad.

Según refiere Don Pedro, ellos son seres superiores, dueños y señores responsables de todo lo que nos rodea y de nosotros mismos, *existe una madre tierra...es la cosa que no lo vemos, es invisible, es el dueño...que nos cuida a nosotros...día y noche*, pues están en todas partes y en cada momento de nuestras vidas, teniendo conocimiento de todo lo que acontece en el mundo y del destino.

Aunque son sujetos invisibles poseen una apariencia física, *la madre tierra es muy bonita, no muy grande, por decir una joven, una señora chiquita, humilde, mientras Tlalocan-Tata tiene la apariencia de un señor.*

En su mano derecha la madre tierra maneja *una como coronita redondita como una casita chiquita* que es el cielo, mientras que el *Tlalocan-Tata sostiene una viborita en forma de tierra, el planeta...muy chiquito, cualquiera de estos objetos son movidos por ellos produciendo efectos en la tierra, tales como vientos, lluvias, sismos, etc.*

Según narra Don Pedro, tanto el *Tlalocan-Nana* y *Tlalocan-Tata* se ponen de acuerdo para controlar estos aspectos, de esa manera ellos pueden saber qué es lo que va a ocurrir.

Por otro lado, al referirse a la tendencia hacia hospitales que tiene la gente, Don Pedro manifiesta que la atención no es la adecuada, pues la mayoría de las veces no los atienden rápido o eficientemente, *los doctores no los atiende bien, y así pues están informando con el gobierno que no pasa nada, pero no es cierto...está muriendo mucha gente.*

La historia de Don Pedro acerca de cómo adquirió sus conocimientos para curar a la gente es muy interesante, pues comenta que nadie le enseñó, ninguno de sus familiares se

dedicaba a eso, sólo su mamá conocía poco sobre cómo atender un parto *no, la verdad no, nadie sabía esa práctica*. Él traía el “*don*” de ser médico indígena desde pequeño, pero no se había dado cuenta. Su mamá no pretendía que fuera médico indígena por lo que se enojó y le decía que cuidara a sus borregos.

Desde niño al cuidar sus borregos escuchaba voces pero no veía a nadie y esto le causaba miedo, al comentarle a su mamá Don Pedro menciona que le decía “*ya te estás volviendo loco*”, al no encontrar apoyo ya no comentaba nada a nadie.

Sin embargo, a la edad de los 9 años se le presentó con más frecuencia ese hecho, distinguiendo que le hablaba una mujer y un hombre diciéndole *qué yo iba hacer, cuantos años tenía yo para iba yo entender una persona*. Al buscar una explicación de lo que le sucedía, Don Pedro decide acudir a consulta con un médico indígena *oiga señor, a de me entender me pasa así...a los 9 años tenía o más chico me hablaban, me hablaban así, yo voy a ser un hombre muy inteligente* por lo que dudaba, pues él no iba a la escuela.

El médico indígena lo vió, le examinó el cuerpo, lo diagnóstico y le dijo: “*tú vas a ser médico indígena, te digo porqué, dice: si, porque ellos te están hablando dice, unos este, una mujer y un hombre, son muy poderosos, pero no poderosos, dice para que destruyan a la persona, son poderosos para que ellos te saquen adelante*”. Así pues, le explicó a qué edad le llegaba su primer paciente y qué iba a ocurrirle, también le dió indicaciones acerca de dónde dirigirse y qué hacer.

Don Pedro, miedoso por lo que le dijeron lo llevó a cabo como menciona, *busca 12 Xochimanatl...vete allá a la cueva...llévate en una canastita, dice, las flores, agua... ¼ de copa de alcohol, lleva un copero, una servilleta, vas a tender la mesa... primero te pones de rodilla*.

Posteriormente, Don Pedro saluda y besa a la tierra, empieza a platicar lo que le ofrece y pregunta *¿por qué le dio el “don”? ¿Por qué le dicen que va a ser muchas cosas de grande?*, al mismo tiempo puso gotitas de la copa en la tierra, realizó un hoyo con una estaca pequeña enterrando una flor después otra hasta realizar un *Xochipotonetl* (collares), llevó *sauma* y todo lo realizó sin que lo viera alguien.

Al terminar prendió 2 veladoras y las tapo con hierbas para que no se apagaran, en ese momento *escuchó una voz arriba de la piedra* que le decía *“te damos muchísimas gracias, y una mujer: te damos muchísimas gracias Pedro, este es tu trabajo, nos estás dando las gracias porque el don que te dimos, y a cualquiera persona nosotros le damos el don, pero eso se hace, hace muchos trabajos en su vida”*.

Don Pedro sólo escuchaba voces, al realizar la ofrenda se dió cuenta que eran la madre tierra y el señor, lo cual lo interpreta en la creencia náhuatl como *Tlalocan-Nana* y *Tlalocan-Tata* respectivamente. Explica que son una pareja de personas como nosotros, pero pequeñas, muy hermosas, *es muy preciosa, muy bonita esa niña, ese no se ve si es madre tierra, se ve como una santa pues, la trenza hasta el suelo así lo trae bien bonito pues, y el hombre también chiquito, pero bien, bien precioso, esas personas, es la madre tierra.*

Don Pedro decide ir a la escuela a la edad de los 10 años ya que la madre tierra le dijo, *“vete a la escuela, lleva tu cuaderno, lleva tu lápiz”*, acudió a la única que se encontraba en Tlaquilpa, amarró a los borregos que cuidaba y se fue a estudiar. Él comenta: *la secundaria la estudie cuando ya era un hombre.*

A los 10 años se le presentó su primer paciente, lo recibió su mamá y le expresó con gran enojo a Don Pedro: *“si tú lo sabes atender, atiéndelo”*, ante lo cual lo curó.

En sueños posteriores la madre tierra le platicaba qué plantas va a usar, cómo se llaman y para qué sirven.

En su práctica curativa, Don Pedro realiza una ceremonia para recomendarse con la madre tierra, pues comenta ser muy poderosa, mantiene contacto antes de atender a un paciente para explicarle qué es lo que va hacer, ésta lo protege de problemas y lo sigue ayudando. Al realizar cualquier ceremonia en Jalapa la madre tierra se presenta mediante: *se escuchan las voces cuando la hora estamos poniendo la ofrenda, unos ruidos muy fuertes* y la gente presente no sabe de dónde vienen esos ruidos.

Así mismo, menciona a la mente como un aspecto vital de la enfermedad, *se enferma uno de tristeza, sí, de lástima... te está hablando pero no con corazón buena, con eso ya te enfermas, sientes que ya, pus ya no es igual*, por lo que presentas dolor de cabeza, cuerpo agotado, dolor de todo.

Don Pedro alude a que todos tenemos un “don” antes de nacer, y son muy escasos los médicos indígenas que dicen cuál don vamos a poseer cuando se es grande. Él es uno de ellos, lo practica mediante la siguiente ceremonia: *se hacen donde duerme la mamá en la cama o en el suelo, se pone alrededorcito donde duerme ella en dos partes nada más ceniza, dice se pone un poquito, pues para que se le vea esa niña que don trae*, por lo que al arrastrarse el bebé se dejan huellitas en forma de animales como pájaros, culebras, gavián, víbora, lagartija, etc.

Don Pedro hace una diferencia en animales buenos y malos, *hay muchos pájaros que son muy buenos y hay otros pájaros que son malos...unos pájaros son negros y grandes y sí, cuando vuela, por decir, y se sienta, por decir, en cualquier parte se sienta y se sacude así* (Don Pedro menea su cuerpo) *se hace como chino ese pájaro...esos animales son muy malos, si esa persona nació y ese es su don, ese va crecer muy malo, ante ello al*

ser una persona grande va ser muy mala, envidiosa, egoísta y lastimar a los demás con la simple vista.

Los que nacen con un don bueno son el gavilán, la víbora, lagartija. Y para ser médico indígena *son pajaritos sí, hay otros pajaritos que son chiquitos color cafecitos esos son muy buenísimos.*

Por otro lado, Don Pedro es una persona humanitaria y bondadosa con su conocimiento y enseña a otras personas a curar, ya que al guardarse todo lo que sabe se consideraría una persona envidiosa y egoísta, *yo sé muchas cosas, cuando a la hora me voy a morir, ¿dónde se va a quedar?, pus todo enterrado, ¿no?*, la transmisión de conocimientos de forma oral la aplica con su hija debido a que ella conoció su trabajo y sabe curar.

Además maneja un grupo de médicos tradicionales, brindan capacitaciones en diferentes municipios, ellos acordaron que el tiempo de instrucción sería de 6 años, en donde el primer año se les enseña a conocer el cuerpo, en el segundo aprenden a conocer las plantas curativas, durante el tercero se diferencian las plantas tóxicas de las no tóxicas, en el cuarto se aprende a curar al paciente, en caso de saber leer y escribir se aplica un examen para que al quinto año *pase por mostreo*, esto es que le llevan un paciente para que el aprendiz para que en presencia del médico instructor realice la consulta, se da seguimiento al paciente y si hay mejoría se otorga un diploma que lo acredita como médico tradicional, sin embargo no puede trabajar por su cuenta hasta el sexto año, pues ya posee el conocimiento y la experiencia necesaria para atender solo a la gente.

Yanga, región de comunidades afroamericanas

Yanga Veracruz, nombre del primer pueblo libre fundado y liberado por una entidad africana, cuyos esclavos se revelaron al yugo de la esclavitud de la corona española. El lugar lleva el nombre en honor al príncipe Yanga (Wikipedia).

Se localiza en la zona centro del Estado de Veracruz a una altura de 520 m sobre el nivel del mar. Limita al este con Cuitláhuac, al noroeste con Atoyac y al sureste con Omealca. Tiene una superficie de 102.82 km² (Enciclopedia, 2005).

De acuerdo al INEGI (2010), Yanga cuenta con una población de 17,462 habitantes. El clima es cálido húmedo.

Subsiguientemente se acudió a un lugar llamado Mata Clara, perteneciente al municipio de Cuitláhuac en Veracruz, México. En la carretera se pueden observar las áreas dedicadas a la ganadería (primordialmente ovejas), y los sembradíos extensos de café, caña, maíz, frijol, etc. principalmente.

En su mayoría los materiales con los cuáles son construidas las casas son de cemento, tabique y lámina, hay pocas hechas de madera y teja. En algunas partes se logran ver viviendas dispersas mientras que en otras se ubican asentamientos.



Fig³. Casa de campesino, Cuitláhuac

Cuitláhuac se localiza en la zona central del Estado, a una altura de 380 m sobre el nivel del mar, limita al norte con Atoyac y Paso del Macho, al este con Carrillo Puerto, al sur con Omealca y al Oeste con Yanga. Tiene una superficie de 129.96 km² (Enciclopedia, 2005).

Existen en el municipio una población de 26,265 habitantes (INEGI, 2010). El clima es cálido seco, la mayoría del tiempo muy intenso, pues llega a pegar muy fuerte el clima logrando humedecer la ropa debido al gran calor que genera.

Se visitó un taller mecánico para entrevistar a Ariel.

Ariel: La historia de la formación de un curandero afromexicano

Rodrigo Ariel Blanco García es mecánico de profesión y médico tradicional (huesero) desde hace 13 años. Su edad es de 46 años, físicamente se ve fuerte, de complexión alta, mide 1.80 m aproximadamente, es de tez negra, ascendencia afro-mexicana, ojos grandes, labios gruesos, pelo negro, corto y rizado.

³Fotografía: Marco Antonio Cardoso Gómez y Rafael Pascual Ayala, 20010.

Él nació en Mata Clara, actualmente está casado y es padre de una niña de 13 años y un niño de 11 años, su nivel máximo de estudios es de primaria terminada. Atiende a las personas con problemas de salud en el patio de su casa o al lado de su taller, pues llegan varias personas de diferentes lugares de la República como: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Nuevo León, Baja California, Sonora, etc., inclusive ha visitado el extranjero para curar personas (Cardoso, Pascual, Serrano y Huicochea, 2008).



Fig⁴. Ariel

Su papá nació en Mata Clara y su mamá en Puebla. Ariel mostró afición al deporte, estuvo en el centro olímpico a la edad de 26 años, fue campeón nacional en jabalina, ahí observó por primera vez cómo se curaba a una persona de un desgarre. Un entrenador ayudó a un marchista *“le puso hielo ½ hora y 10 minutos puro ‘yodex’, después le puso una venda, como una rejilla de tela adhesiva y al otro día entrenando el wey”*. Es lo que

⁴Fotografía: Marco Antonio Cardoso Gómez y Rafael Pascual Ayala, 2010.

recomienda con los pacientes que lo llegan a visitar para atenderse un desgarre, pues él no los cura solo les da esa indicación.

El poder curar a la persona de los huesos lo considera como un “*don*”, pues nadie le enseñó, no lo atribuye a algo mágico ni divino *los que te dicen que les habló un ángel son charlatanes, son gente que quieren llamar la atención...todo para mí fue natural*. Desde chico se había percatado de su capacidad de curar a las personas, no obstante había observado que tenía mucha fuerza en los dedos de sus manos, y notaba que las rayas que marcan la figura de la “M” las tiene muy largas, inclusive le dan vuelta en la mano y se abren como una pirámide.

A la edad de 33 años comenta ir en una peregrinación para visitar a la virgen de Guadalupe de la ciudad de México, en la mitad del camino una joven se torció el pie, existía incertidumbre en algunos miembros de la peregrinación por lo que no sabían si regresarse o continuar.

Ariel decide seguir, entonces se acerca a la muchacha *¿cómo le muevo? para atrás o para adelante, y vas para adelante, le moví el pie a la muchacha se lo acomode, se lo compuse y empezó a caminar a los 100 metros, ya empezó a caminar solita*, en ese momento se percata de su capacidad para curar.

Al realizar su práctica médica, Ariel ve las partes que más duelen y no ejerce presión en esa área, sólo presiona donde se encuentra la inflamación, ese conocimiento lo desarrolló con su experiencia, *cuando voy viendo todos esos problemas que hay, me voy ahí porque ahí es donde se inflaman. Te voy a decir, lo he descubierto en el tiempo que llevo curando y me he ido metiendo más a esto*.

Hace medio año Ariel leyó un libro de tradición china, comparando su práctica con ésta, contrastando una diferencia, *es algo así como de la tradición china más o menos así*,

que se van sobre los puntos, pero yo no, no me voy sobre esos puntos que ellos se van, si me entiendes.

La presión la ejerce con los dedos pulgar y medio debido a que tiene mucha fuerza *todo lo que agarro, lo agarro con estos dedos, nadamas* (señala pulgar y medio), *con estos dedos no me reaccionan* (señala índice, anular y meñique), *con estos, no lo puedo tocar a ella, mira ves que no tengo presión.*

Así mismo, la explicación que da de tocar en otro lado de la zona afectada se debe a los tendones, nervios, entonces al hacer presión en un lado se mueve el otro, esto lo ha ido desarrollando con la experiencia.

Sólo con observar la lesión de los pacientes y haciendo preguntas acerca de dónde les duele empieza a intervenir, *me dicen, me duele aquí, me duele acá y entonces yo ya me voy, pero si ustedes se fijan nunca toco donde duele, si se ha fijado, o sea si a ella le duele yo ahí nunca la agarro, ¿nunca te agarré ahí?*, expresa Ariel.

Él sabe detectar hernias, inflamación de ovarios, lumbalgia, identifica el sexo de un bebé si la paciente presenta 6 ó 7 meses de embarazo, cadera, “columna chueca” (escoliosis), “pecho abierto”, torceduras, etc. *curo a las mujeres que no pueden embarazarse.*

Es muy precavido al curar, con la experiencia adquirida identifica si existe una fractura del hueso, para darse cuenta observa en la parte afectada si hay una rueda de carne, *una pulsera de carne que se inflamada ahí, cuando hay quebradura el hueso se va para abajo y no se puede, no se puede tallar*, por tanto si realiza un procedimiento inadecuado causaría la picadura de un tendón o la carne que cubre al hueso y desarrollar gangrena, *cuando vienen rotos yo no los muevo, identifico luego, luego que están rotos*, por tanto cuando llegan los pacientes en ese estado los manda directamente al hospital.

Ariel no arriesga al paciente, ni está peleado con los médicos ni con los hospitales *pa' mi los doctores son mis amigos, sí, sí, sí, yo estoy con la ciencia también, fíjate hasta ahí porque yo encuentro un hueso roto y yo me voy a ver un doctor que era amigo mío y me lo enyesa, y me lo enyesa muy barato eh.*

Es una persona que observa la parte inflamada, toca para posteriormente intervenir, se tarda aproximadamente entre 2 y 5 minutos para “*componer*” (palabra utilizada por Ariel para curar). Sólo presiona músculos, nervios y tendones respectivamente, debido a que si masajea la parte afectada se podría producir una mayor inflamación, inclusive detecta cuando un paciente ya lo sobaron con anterioridad, *ya la tallaron, no deje que le hagan eso.*

Comenta que llegó un médico alópata de Chiapas y le dijo: “*te falta así (señalando que poquito) para ser quiropráctico*”, inclusive lo han visitado personas para observar lo que hace, *ha venido gente a ver cómo curo que según para curar ellos y no saben curar.*

Sin distinción de persona actualmente les cobra \$50 pesos por curación, pues la gente le mencionaba “*tú lo que cobras, tienes que cobrar dice \$50.00 pesos, y le digo bueno déjeme 50.00 pesos y ya nadamas*”, y si la persona la ve sin dinero no les cobra, anteriormente no tenía ninguna tarifa.

Alrededor de una hora y media atendió a 7 pacientes de diferentes molestias, se les percibió satisfechos con la intervención de Ariel, les da una explicación a lo que tienen, le llegan pacientes en todo momento y expresa *:mientras me encuentren en mi casa curo todos los días del año, el viernes santo, todos los días curo, todos los días, el sábado, domingo, tu lo has visto cuando has venido, todos los días, todos los días curo...he curado a miles de personas, pues conoce gente que según cura y tienen sus días reservados, ante lo cual los atañe de charlatanes.*

Un alivio para los pacientes

Las personas que llegan a ir ya no regresan para atenderse el mismo problema de salud sino que van por otro, *ahorita vino uno de un pie, y después viene por torcedura del brazo, la cadera, una mano, un dedo, no sé, y si los compongo*, inclusive traen a otras personas para atenderse.

En el trabajo de campo se observó a diferentes pacientes con diversos problemas de salud buscando a Ariel con el fin de atenderse sus malestares, como se muestra en los siguientes testimonios:

Un señor llegó a dolorido de la mano derecha argumentando *me empezó a doler...fui hasta al seguro y me dijeron que pudiese ser un derrame*, lo cual desechó Ariel al hacer su diagnóstico, *ahí mueve la mano, haber aprieta fuerte... haber ahora si muévelo, ahora así para abajo y pa' arriba, ahora sí, eso, voltéale a ver, no, no es derrame, se te enfrió nomas la mano espérame*. Posteriormente intervino haciendo presión de tendones y nervios con dos dedos en la mano del paciente.

El paciente movía los dedos con menos dificultad realizando estiramientos y encogiéndolos. Se percibió con mejoría y atento a las indicaciones de Ariel para concluir el tratamiento, *namas pones agua con sal y te pones una vendita y te alivias...cómprese una FLANAX de 500*.

Otra paciente llegó reportando un dolor en la espalda, *cuando trabajo mucho me duele esta parte* (señalando la espalda) *siento que se me empieza a poner caliente, caliente y después se va hacia atrás pero es, es menos*. Ariel empieza a intervenir presionando fuerte los músculos de los hombros, la parte de arriba del pecho y levantando los brazos de la paciente, “*¡ouch, ouch!... ¡Ah!me tronó en el brazo*”, el diagnóstico fue estrés y al mismo

tiempo le detecto colitis, lo cual causó en la paciente un asombro debido a que ha tenido problemas de eso con anterioridad.

En esa misma consulta la paciente refiere que un médico científico le detectó un “quiste”, pues en su menstruación *los períodos son muy dolorosos pero son normales*, el tratamiento ofrecido por Ariel es quitar un día o dos de duración en su período, por tanto sólo debe durar 3 días.

La explicación manifestada por el huesero se debe a que la paciente tiene un ovario fuera de su lugar *nadamas le jalaría yo, nadamas le acomodaría yo esto* (señalando un ovario de la paciente, causándole pena) *no, no, nadie te va a ver, namas le acomodaría mira, porque su ovario está hasta acá mira, aquí está...lo tiene muy arriba.*

Una ama de casa llega presentando un pie inflamado debido a una descarga eléctrica, al verla Ariel identifica que ya la habían sobado y se lo expreso, “*pero nomás mi muchacha me lo talló*” comentó la paciente, se ejerció presión en los nervios y tendones del tobillo y se lo jaló hacia un lado, ¡*ouch, ouch, ouch!* expresó la paciente. Ella manifiesto alivio y poder caminar:

ARIEL: *Ya está, ya, ahí estuvo, ya quedo, ya ve que le molestaba mucho*

PACIENTE: *Si*

ARIEL: *¿Mira, ahí molesta?*

PACIENTE: *No*

ARIEL: *Ok, ¿Ahí molesta?*

PACIENTE: *No*

ARIEL: *¿Y ahí?*

PACIENTE: *No*

ARIEL: *Verdad que ya no, ahí está, ahora ya viste cómo, porque te digo, mi experiencia va haciendo, que, a ver camínale, haber hazte tantito pa' allá, pero bien, sin renguear, déjeme ver, camínale eso; verdad que ya no duele igual*

PACIENTE: *No, ya no me duele*

Otro ejemplo es el de un joven que llegó reportando sentirse mal de la cadera desde el mes de diciembre. Según refiere trabajaba en Estados Unidos soldando y cargando lámina pesada, regreso a Veracruz por el fallecimiento de uno de sus progenitores, por lo que su hermano aprovechó su estancia para llevarlo con Ariel con el fin de solucionar su molestia.

“*Trae bien hinchado todo*” expreso Ariel, posteriormente interviene haciendo presión de músculos con sus dedos en la cadera del joven, *hazte para atrás, a ok, ya esta hora párate, siéntate*. El diagnóstico dado por Ariel al paciente fue “lumbalgia”, refiere no poderse poner en juncillas para colocarse los calcetines. Después de la intervención del huesero, se le solicitó que lo hiciera, el paciente lo realizó sin dificultad y sorprendido manifestó *no, wey no, ni podía ponerme los calcetines*. El paciente se fue satisfecho con la intervención.

Otro testimonio interesante es el de un profesor de educación física de apellido Aguayo, el cual se torció el pie derecho en una caminata, se le inflamó durante dos semanas, en la tercera semana al realizar ejercicios de entrenamiento pisó una piedra chica escondida en una hoja, lo que ocasionó que su pierna se fuera de lado y se volviera a inflamarse.

Al transcurrir 5 horas de haberse lesionado su pierna la tenía muy inflamada, “*así de gruesa*” (señalando con sus manos una bola de aprox. 20 cm), eso hizo que él acudiera con un traumatólogo lo cual lamenta hasta la fecha *le digo a mi esposa vamos a ver al médico, sale a los mejor fue error mío*, en ese momento se expresa con coraje y desánimo.

El profesor narra que este traumatólogo le retiró el líquido cenobial regado, *me sacó el líquido cenobial, si fue un tanto así* (señalando con los dedos la cantidad), *un frasco de esos de mayonesa mediana más o menos la mitad, así le llaman no, salí bien de ahí, salí*

caminando vendado y todo. En aquel momento, decide acudir con un médico traumatólogo del ISSSTE sólo para tramitar su incapacidad.

Según refiere, sin obedecer las indicaciones recomendadas por el paciente del primer traumatólogo, el médico del ISSSTE le da un jalón en su *pierna hasta arriba a su mecha, después de eso agarra y me dice no tienes nada, con eso, para rápido la pierna se me empezó hacer así* (señala como se le encogía) *solita.*

Subsiguientemente, opta acudir con el primer traumatólogo, pues éste se negó a responder debido a que ya había sido tratado, *no puedo hacer nada, usted fue con otro traumatólogo, fui con el doctor, me dió unas inyecciones para el dolor, pero tampoco me hicieron,* en consecuencia usaba bastón para caminar.

Ariel lo observa manifestando que no debió haber ido con ese médico, posteriormente empieza a checarlo para curarlo, *me encontró unas bolas aquí de masa muscular más grandes que el nudillo... si, con esto mi compadre no, no te hagas movimiento ahorita ya, ten la pierna estirada y mañana vemos temprano.*

Al día siguiente Ariel interviene en su rodilla presionando tendones y nervios, *hasta que trono la pierna, se hizo así y aquí estoy,* al observarlo no tiene bastón y camina sin dificultad, esto hace que muestre agradecimiento al huesero y su efectividad terapéutica.

Según refiere, transcurrido un tiempo del accidente, el paciente se encuentra con un médico de apellido Contreras con más de 40 años de experiencia siendo anteriormente director de Seguro Social en IMSS Jalapa. El médico le explica que lo que le hicieron fue un error médico y debió poner una demanda, pues *el traumatólogo no tenía que haber hecho eso, sacarle el líquido porque no había ni meniscos lastimados, no había ni ligamentos cruzados, no estaban mal,* sólo debió haber sido atendido con medicamentos para bajar la inflamación de ese líquido y regresarlo a las cuerdas.

Similitud y diferencias entre Don Pedro y Ariel

Ambos con la especialidad de huesero y el principal objetivo: curar a las personas que acuden con ellos por algún dolor, molestia o torcedura presentada en cualquier parte del cuerpo.

Los dos poseen una creencia religiosa: Ariel es devoto de la virgen de Guadalupe y Don Pedro en la ideología Náhuatl.

Ambos han ido a curar a diversos lugares de la República Mexicana.

Nadie les enseñó a curar, por lo que consideran tener un “*don*”.

Si bien, ambos hueseros tienen el mismo fin diversas cuestiones los hacen diferentes, como se muestra a continuación:

Características	DON PEDRO	ARIEL
Contexto	Rural	Urbanizado
“Don”	Lo atribuye a algo religioso, divino como lo es la creencia náhuatl.	Refiere a algo natural.
Edad en que se percataron de la capacidad para curar	A la edad de 10 años, tienen 43 curando.	A la edad de 33, y 13 años curando.
Atención a pacientes	La mayoría de las veces los visita en sus casas y ahí los atiende.	Generalmente trata a los pacientes en su taller mecánico o en su hogar.
Preparación antes de curar	Realiza una ceremonia antes de atender a un paciente, por lo que se encomienda a la creencia náhuatl.	No realiza ningún rito o ceremonia.
Práctica curativa	Tiene relación con piedras, hierbas y cuerpo.	Se refiere a cuestiones quiroprácticas, utilizando solamente sus manos.
Precio de la intervención	No cobra, sus pacientes le pagan en especie.	La cuota es de 50 pesos, inclusive sino tienen no cobra.

<p>Tratamiento</p>	<p>Al iniciar unta en la parte afectada un preparado de diversas hierbas realizado por él. Empieza a sobar para posteriormente ejercer presión con sus manos. Al finalizar, si el paciente no regresa le indica que repita el mismo procedimiento 3 veces más y le proporciona un preparado de diferentes plantas. Su sesión dura entre 10 y 20 minutos aproximadamente. El tratamiento se basa alrededor de 3 sesiones, dependiendo el problema.</p>	<p>Presiona músculos, tendones o nervios que rodean la parte afectada sin untar nada, sólo lo hace con sus dedos (pulgar y medio, no “talla” (palabra utilizada por él para sobar). Al finalizar, en ocasiones receta una pomada o pastilla dependiendo si el paciente presenta mucho dolor e inflamación. Lo anterior lo realiza entre 2 y 5 minutos aproximadamente. En la mayoría de las ocasiones el tratamiento brindado consta de una sesión.</p>
<p>Trasmisión de conocimientos</p>	<p>Pertenece a un grupo de médicos indígenas y actualmente enseña a otras personas su conocimiento para que en un futuro aprendan a curar.</p>	<p>Lo han visitado diversas personas para aprender a curar y no lo han logrado, pues él no sabe explicarle a una persona como le hace para que ésta lo realice.</p>

Por un lado, es inevitable macar estas diferencias entre uno y otro huesero, no obstante, lo anterior no hace a uno mejor que otro sino que permite ver diferentes perspectivas de cómo llevan a cabo su forma de entender la sanación de las personas en alguna parte de su cuerpo. Por otro lado, la efectividad de los tratamientos brindados por los hueseros se observan en la mejoría presentada por el propio paciente.

Donato: La historia de un indígena de Tlaquilpa que se convirtió en catedrático de la Universidad de Chapingo

“Abajito” de la Loma de Xocuapa se entrevista a Donato, un profesor de la Universidad de Veracruz, aproximadamente de 55 años, complexión poco robusta, mide alrededor de 1.70 m, cabello quebrado largo y blanco, barba larga, ojos chicos, piel blanca, nariz y boca mediana, al verlo refleja tranquilidad y ser una persona con muchos conocimientos, tiene gran sentido del humor.

Nació en Tlaquilpa, ahí vivió 8 años cursando hasta el tercero de primaria, no teniendo las posibilidades de seguir estudiando la primaria decide ir a Tequila para terminarla. Posteriormente emigra a Orizaba a terminar la Carrera en Química Agrícola, vino a la Ciudad de México para realizar la tesis en la UAM Xochimilco, estudió la Maestría en Desarrollo Humano y se hizo profesor. Ahí conoció a su primera esposa con la cual vivió 20 años, actualmente lleva 2 años de casado con una Directora del Hospital.

Donato proviene de una familia católica, desde pequeño sus abuelos paternos lo ponían a rezar 1 ó 2 horas diarias, sin embargo actualmente no practica la religión ni cree en el “Dios católico”.

Sigue las normas de la cultura náhuatl como lo expresa: *esta casa antes de hacerla tuvimos que hacer el “Xochistlan” y pedir permiso y todo, seguir todos los rituales, todos los ritos...porque es una forma de justificarte o de que den cuenta con los vecinos de que*

éstas haciendo las cosas bien, de alguna manera te aceptan te reciben...tú lo haces y no tienes conflictos, ni te molestan ni nada.

Así mismo se le hace muy interesante la cosmovisión indígena acerca de los dioses *Tlalocan-Nana y Tlalocan-Tata, pus no hay el machismo del cristianismo, ahí la dualidad y lo mismo pesa la mujer que el hombre.*

Lo anterior se refleja cuando comenta de cómo se mueve la sociedad indígena acerca de la relación de pareja, *por lo menos en Tlaquilpa siempre veíamos las parejitas saliendo y siempre acompañándose y para todos lados, no había el noviazgo, pero la formación de la pareja era por conveniencia, un ayuntamiento de familias, por tanto de la sociedad, por eso la pedida de la mujer es complicada, tan compleja, tan difícil, y someten a prueba al novio y no era fácil, o sea el novio tenía que demostrar que realmente está dispuesto a merecerla, en consecuencia, el novio tiene que estar 6 meses en la casa de la novia, el futuro suegro lo trae trabajando, acarreando leña y después lo valora sobre si está dispuesto a tenerla, por otro lado, a la mujer también la evalúa la familia del novio, es decir, una valoración de ambas partes.*

Donato: vicisitudes de la medicina tradicional

Donato señala que la medicina tradicional es una medicina eficiente para ciertos padecimientos aunque no para todos. Tiene características muy buenas como, *el trato humano, son medicamentos casi inocuos, no te afectan no tienen reacciones secundarias, es un trato con mucha paciencia, con mucha tranquilidad, no existen las prisas como la medicina hegemónica hay médicos tradicionales que se pueden pasarse ahí contigo todo el día, dos días, hasta que sepan que padecimiento tienen.*

Al diagnosticar una enfermedad los médicos indígenas no se basan en los principios de la medicina hegemónica sino que la ven como una cuestión integral (ambiental y social), por lo que toman en cuenta *la esfera donde te mueves, donde éstas ubicado*. Pues estudian *todo el entorno donde familiar donde viven...el ambiente, la casa, todo, la ubicación de la casa, los vientos, el frío, los animales, o sea todo es parte de la enfermedad y del tratamiento*, es una parte fundamental que el médico indígena acuda la casa del paciente.

Descarta que en la Sierra se muera la gente por enfermedades curables debido a que no hay mosquitos, en la cultura indígena no hay asinamiento, siempre andan dispersos y eso impide el contagio. En su momento para las enfermedades desconocidas que llegaron, los médicos indígenas *procesan la información o los síntomas, son muy hábiles en éste aspecto, pronto dan respuesta a las enfermedades, no se quedan inmóviles, entonces van buscando, van haciendo su investigación y van sacando curas para las nuevas enfermedades, en ese sentido son muy dinámicos*.

Para poder distinguir a los charlatanes de la medicina indígena Donato sugiere *hacer la escuela de medicina indígena de manera que los médicos ya certificados por la misma fueran los maestros, y esos a su vez fueran a certificar a los que salieran*. Por otro lado, la misma gente de ahí ya sabe cuáles son los buenos y los charlatanes, por tanto al preguntarles no hay manera de ir con el inadecuado.

Al referirse a la práctica médica entre médicos alópatas e indígenas, Donato puntualiza algunas diferencias, una de ellas es que los primeros usan la cesárea en todos los casos y los segundos no, por tanto sugiere que sea un trabajo complementario, en el sentido *de cuando el niño viene enredado o cosas de eso, que hace falta la cesárea, bueno pus ahí ni hablar, pero complementando al trabajo del partero indígena, pudiendo disminuir riesgos en los partos*.

Otra diferencia que hace en ambas medicinas es la higiene, mientras en la alópata todo se hace con mucha limpieza, higiene y lavar todo, en la indígena *hay plantas medicinales que no las deben de lavar para que tengan efectividad*, debido a que traen hongos, bacterias y se asocian con la medicina.

Para ejemplificar lo anterior, Donato nos habla de la asepsia, cuando nos lavamos todo el cuerpo se deben de eliminar las bacterias pues se destruyen nuestros ecosistemas y genera problemas de salud, debido a que nuestro ecosistema está trabajando, se auto protege con *bacterias enemigas y hay bacterias amigas y las dos se ayudan, si tú vas y te eliminas las buenas pues lo lógico es que te entren las malas y te afecten ¿no?, lo mismo en el sistema digestivo y en todo el organismo ¿no?, entonces luego uno se asombra de que la gente que parece poco higiénica sea saludable.*

Una de las críticas hechas a la medicina hegemónica es que tienen muy sesgado la comprensión de la herbolaria, ya que sacan las plantas de su hábitat, las llevan al laboratorio, le quitan el principio activo, la embazan y creen que funcionan, sin embargo en la planta hay un complejo de compuestos activos, *no nadamas va un compuesto químico, sino que va un complejo y cuando los laboratorios extraen el supuesto elemento....el supuesto activo te están dando nadamas un compuesto, cuando en la medicina te tomas 5 ó 6 compuestos, es un complejo de compuestos, entonces, ese complejo es el que realmente te permite superar los problemas de salud.*

Al sacar una planta de su hábitat ya no es la misma, pues posee un ecosistema compuesto por el suelo, hongos, bacterias, clima, complejo de compuestos, asociaciones entre distintas especies, etc.

Al hablar sobre promover la medicina tradicional por parte del GRAMIT se encuentran dos cuestiones. Por el lado positivo, *si permite la entrada de los médicos*

indígenas a las zonas urbanas, debido a que se maneja diferente la enfermedad en las zonas urbanas que en la rural, y la importancia de hacer un herbario que fungiera como un centro de investigación, se hiciera la colecta de plantas medicinales que se pudiera en un espacio adecuado... se hiciera una investigación de los principios activos de las plantas que se patentaran.

Por el lado negativo, *el de confinar a los médicos tradicionales aun espacio que no es de ellos, a mí se me hace inadecuado*, como el que los médicos indígenas esperen a los pacientes en un consultorio. Donato menciona que desde el punto de vista económico, sería más rentable que los enfermos acudan al consultorio, sin embargo, desde el punto de vista de la protección y el crecimiento de la medicina tradicional lo adecuado sería confinar al médico indígena en un consultorio de la ciudad (zona urbana).

Donato señala que difícilmente los médicos académicos del GRAMIT cambien su visión hacia la medicina tradicional porque no la han entendido, y utilizan el poder que tienen para menospreciar a los médicos indígenas, esto se debe a que *la idiosincrasia o la cosmovisión del médico indígena es totalmente diferente a la del médico, la del médico alópata.*

Para él, el “*don*” lo define como la vocación real, la facilidad de para aprender, comprender, intuir aspectos que le gustan a una persona sobre una actividad, es decir, *una real y verdadera vocación, descubierta por la persona con respecto a esa actividad.* Descarta que haya una explicación mágica, espiritualista, divina sino que siempre hay un referente anterior, un capital cultural que se trasmite, por tanto los médicos indígenas aprendieron, *igual así observando y platicando, la gente que estuvo próxima a ellos fue muy comunicativa*, por lo que poseen buena memoria para conocer las plantas, sus

características, identificación de principios activos por el aroma o la forma, color, sabor, etc.

Para ejemplificar lo anterior, Donato señala que *Don Pedro, dice que nadie le enseñó y eso, pero no es cierto ósea, él vivía con su abuela y su abuela hacía medicina, entonces aprendió mucho de su abuela y abuelos.*

Otro aspecto importante que los médicos indígenas utilizan es la fe, se la desarrollan a la gente mediante una psicoterapia, *manejando la cuestión mítica y religiosa y la cuestión de los signos o símbolos que ellos perciben o de los que ellos hablan.* Pues ésta prepara al paciente *dándole confianza o acuden a la limpia o acuden a la versión de que hay algún espíritu malo que lo van a correr, que ya lo corrieron, etc.*

Finalmente, mecanismos psicológicos que dejan al paciente con disposición a curarse *superar sus miedos, quitarse sus preocupaciones...los que nos atendían a nosotros llamaban a toda la familia, a toda la familia le daban consejos y le decían que tenían que tratarlos de una cierta manera, sin problemas, sin enojos, y corajes y preocupaciones, que deberíamos curarnos rápido.*

CAPÍTULO VIII:

DISCUSIÓN

La medicina tradicional existe desde hace mucho tiempo y a menudo se relaciona con regiones rurales conservando sus ideas, creencias, costumbres y tradiciones. El estado de Veracruz México es parte de ese capital cultural, del saber científico que muestra la riqueza en la investigación.

Para preservar la salud y atender la enfermedad de la población han existido desde tiempo atrás dos prácticas diferentes en la medicina. Como ya se vio con anterioridad, por un lado, prevalece la medicina alópata respaldada por instituciones oficiales, caracterizada principalmente por el modelo biológico de la enfermedad, es científica y posee un elevado costo de la medicina.

Por otro lado, la medicina tradicional caracterizada esencialmente por una visión holística de la enfermedad, un trato humano, los medicamentos inocuos, se comparte la forma de vivir, el idioma, las costumbres, familiares y amigos, la religión, los mitos, creencias y los sistemas explicativos.

Así pues, el trabajo de campo evidenció que los médicos tradicionales juega un papel importante dentro de su sociedad en cada región, pues son personas con mayor reconocimiento en la comunidad y zonas aledañas, muchos individuos de diferentes lugares llegan a buscarlos para atenderse diversos problemas de salud. Se basan en un principio

notable, ayudan al que lo necesita sin buscar dinero a cambio, es decir, hacen el bien a los demás mostrando un interés por la comunidad.

Así mismo, la efectividad del tratamiento y su curación reside entre el enfermo y médico tradicional, pues depositan gran confianza que facilita la comunicación para obtener óptimos resultados, además la “fe” juega un papel importante en el tratamiento, un aspecto a considerar en investigaciones futuras.

Cabe mencionar que dentro de la investigación se identifica en ambos médicos tradicionales, aspectos psicológicos equiparables a la psicoterapia. Su eficacia se debe a que estos médicos no imponen, sino que se manejan dentro del mismo “marco de referencia” del paciente, involucrando sus aspectos subjetivos permitiendo “empatía” en el proceso de tratamiento, lo que conlleva a un respeto e interés por la persona que los está atendiendo.

En el mismo orden de ideas, lo anterior permite a los pacientes responsabilizarlos de su propia salud y lograr su “empoderamiento”, lo que a su vez aumenta la probabilidad de que sigan las recomendaciones, y en consecuencia su “adherencia terapéutica”.

De esta manera, existe un compromiso de ambos en la meta a alcanzar, en su proceso podría decirse que ocurren aspectos que llamamos en psicología “validación de sentimientos”, “normalización” y “acompañamiento emocional”, ésta última es efectuada en mayor énfasis durante el tratamiento.

Al referirse al pensamiento mágico, entiéndase que éste no es comparable con el pensamiento científico, pues son visiones diferentes para interpretar la realidad, ninguno es superior y no tienen porque coincidir ya que se fundamentan en diferentes principios, por tanto, el pensamiento mágico debe concebirse de acuerdo al contexto, cultura o grupo social que lo ejerce.

Cabe señalar que dentro del trabajo de campo, concretamente en Tlaquilpa se observa una integración como grupo preservando sus usos y costumbres de la región, pues la manera de hacerle frente al proceso salud-enfermedad se debe a una elección contextualizada. Por tanto, la relación de los sujetos es mediada por sus creencias, valores y signos fundados en la cultura de la cual forman parte, dándole un sentido personal a su vida, esto lleva a elegir que les es útil, gratificante, accesible y comprensible, acercándose a su manera de pensar.

Es fundamental señalar, que la medicina tradicional difiere de los sistemas de salud alópata y predominante en las zonas urbanas. En consecuencia, esta diversidad de entender y las formas de abordar la enfermedad-salud radica en que se construyeron en diferentes contextos, se han ido edificando de acuerdo a sus significados, por lo que al compararlas no tienen que coincidir pues son ideas totalmente opuestas, la idiosincrasia o la cosmovisión del médico tradicional es diferente a la del médico alópata.

En el mismo orden de ideas, la medicina tradicional carece de sustento científico y es ahí donde podría obtener muchos beneficios. Para la ciencia oficial no existe una confiabilidad en ella y cuestiona su efectividad, ¿cómo lograr ambas cosas?

Un acercamiento posible al ideal institucional teórico diseñado de manera objetiva y certera, se pretende pasar por el pre-test y pos-test efectuado en psicología. Es decir, emitir un diagnóstico de acuerdo a los principios de la medicina alópata y registrarlo, realizar la intervención el médico tradicional con base en sus principios y, posteriormente evaluar los resultados con el objetivo de juzgar la efectividad terapéutica de esa práctica hasta donde la logística, los recursos disponibles, el tipo de paciente y el sentido común lo permitan; pues se evidenciaría un antes y después de la práctica realizada.

No obstante, esa perspectiva sería inoperante y carecería de validez porque la experiencia diaria de la gente en las zonas estudiadas muestra la asistencia predominante al médico tradicional, pues la comunidad tiene fácil acceso a ella, menor costo, mayores beneficios, una visión integral de la enfermedad, mayor atención en la comunicación médico paciente, etc.

Por su parte, difícilmente los médicos alópatas cambiaran su punto de vista hacia la medicina tradicional, pues no la han entendido, y utilizan el poder que tienen para menospreciarla y vilipendiarla.

La medicina tradicional es injustamente reconocida por la ciencia oficial, pues no cumple con los requerimientos exigidos para ser confiable y válida, la mayoría de las veces se pretende someterla a constructos teóricos que no dan explicación de ella. Debiera darse la importancia necesaria y a partir de la evidencia empírica formar un constructo de conocimientos que la avale.

Un aspecto importante en este trabajo, es la formación de dos médicos tradicionales con las especialidad de huesero, primordialmente la manera en la adquisición de su conocimiento para atender problemas de salud.

El principal objetivo de ambos hueseros (Don Pedro y Ariel), es intervenir para curar a las personas que acuden con ellos por algún dolor, molestia o torcedura presentada en cualquier parte del cuerpo. Anteriormente se explicó la manera en cómo lo abordan para lograrlo. Ambos hacen lo mismo pero no igual, es decir, lo realizan cada quien de acuerdo a su estilo, a su condición, al contexto, a su cosmovisión. Sin embargo, existe una característica importante en ambos denominada “*don*”.

De esta forma, el “*don*” es una real y verdadera vocación, incluye la facilidad de aprender, comprender, intuir aspectos que le gustan a una persona sobre una actividad,

regularmente descubierta por la misma persona. Para obtenerlo se descarta la existencia de una explicación mágica, espiritualista, divina sino que siempre hay un referente anterior, un capital cultural que se trasmite, por tanto los médicos indígenas aprendieron observando y platicando, la gente que estuvo próxima a ellos fue muy comunicativa, por lo que poseen buena memoria para conocer las plantas, sus características, identificación de principios activos por el aroma o la forma, color, sabor, etc. (Donato, 2010, comunicación personal).

Ambos hueseros consideran tener el “*don*”, pues poseen la capacidad o facilidad para realizar una curación o intervención. La adquisición del “*don*” pareciera entender que lo obtuvieron de manera repentina, ya que nadie les enseñó a curar, sin darse cuenta con anterioridad que lo tenían, subsiguientemente a través de la práctica continua lo fueron desarrollando.

Respecto a lo anterior, en la presente investigación pudiera existir una contradicción en apariencia que conviene explicar, específicamente con Don Pedro, ya que él no aprendió a curar ni nadie le enseñó, en el sentido de una relación maestro-alumno, una manera convencional de aprender y desarrollar su conocimiento. Pues una persona aledaña a su comunidad (Donato) aclara que tuvo parientes que se dedicaban a la medicina.

Lo anterior permite elucidar que Don Pedro no tuvo a alguien cercano que le explicara cómo curar, qué procedimiento llevar a cabo, ni que le dedicará tiempo para el aprendizaje, pues no acudió a una escuela para desarrollarlo. Por tanto, su forma de curar lo compagina con su visión de acuerdo a sus creencias.

Sin embargo, se deduce que el médico tradicional no aprendió de la manera convencional, no obstante su conocimiento tiene un referente anterior, y a partir de su observación desarrollo la habilidad, posteriormente la fue moldeando con la experiencia que iba adquiriendo.

En consecuencia, ambos hueseros no tuvieron a alguien cercano que les enseñará, ni fueron a una escuela de la cual pudieran aprender, es decir, tienen el “*don*” y lo adquirieron de esa manera.

Ante ello surge la pregunta ¿Es válido este tipo de aprendizaje?, la respuesta conlleva a reflexionar, pues la ciencia oficial no reconoce esa forma de aprender, por lo que en este modelo el conocimiento se da de forma racional mediante la deducción del razonamiento, consciente de la enseñanza aprendida mediante argumentaciones, brindada a través de explicaciones y moldeada en la práctica.

Esta perspectiva, rechaza toda visión que no compagine con ellos, por ende no conciben otra manera de aprender, debido a que no cumplen los requisitos exigidos por la ciencia, ya que se descarta el conocimiento dado por casualidad y de manera divina o espiritual, utilizando su prestigio y poder para desaprobarlo, pero eso no quiere decir que no sean válidos. En efecto, da como resultado un punto de vista radical, impositivo, limitando diversas formas de ver el mundo.

En consecuencia, la importancia reside en considerar si es la única manera científica posible para dar respuesta al cuestionamiento, por lo que considero existe otra vía alterna planteada por Edmund Husserl señalando el “aprendizaje intuitivo”, pues este ocurre a través de la experiencia directa independiente de procesos de razonamiento, es decir, sin que haya mediado alguna argumentación, explicación para poder aprender, regularmente es autoadquirido.

En la formación de estos médicos tradicionales para la ciencia oficial no se reconoce esa forma de aprender y la mayoría de las veces los sometemos a conceptos teóricos totalmente opuestos a su modo de creer y percibir la realidad. Convendría cuestionar porqué los conceptos científicos o teóricos no dan cuenta de la explicación manifestada por

los hueseros, ¿acaso son limitados o no hay?, mediante la evidencia empírica mostrada empezamos a formar constructos teóricos que lo expliquen, partiendo del aspecto principal de la ciencia: generar conocimiento para posteriormente demostrarlo.

Una aproximación al modo de adquisición de conocimiento por los hueseros es la propuesta presentada por Gardenfors en 2005, “las intuiciones se basan típicamente en conocimiento implícito que es difícil hacer explícito” (p.55). El trabajo en campo evidencia que los hueseros “saben que” hacer y resulta difícil expresar explícitamente “por qué” lo hacen.

Otra argumentación a considerar es la manifestada por Mayer (1992, citado en Gardenfors, 2005), expresando “los expertos *amalgaman* información en unidades significativas más amplias, *filtran fuera* información irrelevante y se acogen a un conjunto extenso de *modelos mentales*” (p.53), pues este proceso de la información se realiza implícitamente o de manera inconsciente y el experto experimenta la percepción directa de verdad, hecho, etc. inherente de procesos de razonamiento, llamado usualmente como intuición.

CAPÍTULO IX:

CONCLUSIONES

Los médicos tradicionales mediante su práctica médica desaparecen la individualización. Por un lado, hacen que la persona se sienta bien consigo misma, y por otro lado, fomentan la ayuda y cooperación mutua entre las personas, integrándolas como grupo. Así pues, preservan los usos, costumbres y creencias moldeadas por la cultura en cada región.

Aunque no fue corroborado por esta investigación, en el trabajo de campo, se observa un trabajo en conjunto en el paciente como en el mismo médico tradicional, aumentando el respeto y la confianza en curar la enfermedad, transformando el miedo en “fe”, pues ambos poseen ciertas creencias moldeadas por el contexto sociocultural.

En la práctica médica de los médicos tradicionales se identifican mecanismos psicológicos comparables con la psicoterapia, como lo son: el “marco de referencia” del paciente, “empatía”, “empoderamiento”, “adherencia terapéutica”, “validación de sentimientos”, “normalización” y “acompañamiento emocional”, incrementando su eficacia en la curación.

El trabajo de campo evidenció que el sistema médico alópata suele verse confrontado por los mismos pacientes, pues éstos al llegar con los hueseros se concibe que los médicos científicos hacen a un lado el universo subjetivo del proceso de la enfermedad y su atención, enfrentándose a sujetos envueltos en un mundo en donde cultura e historia

participan en la conformación de sus percepciones, aspecto que debe tomarse en cuenta para futuras investigaciones.

Lo anterior manifiesta según Cardoso (2007), un choque o confrontación de culturas entre el personal de salud y paciente, dónde algunas prácticas de salud resultan aberrantes para uno mientras que son sagradas para el otro, lo cual dificulta la aceptación del modelo científico por parte de la comunidad en que se han establecido comunidades sanitarias. Finalmente, sugiere la necesidad de capacitar o sensibilizar al personal que labora en dichas unidades rurales.

Un aspecto importante que no fue corroborado por esta investigación en el trabajo de campo, pero que cabe tener en cuenta para estudiar, es que en las percepciones de salud y enfermedad que tiene un individuo se entretajan sus creencias, vivencias personales, experiencias cotidianas e influencias sociales y culturales, pues en el pensamiento y el comportamiento (aspectos con los que las personas interactúan con su entorno), se genera una reformulación de las concepciones acerca del proceso salud-enfermedad, construyendo percepciones sobre la enfermedad, ya que en un momento dado motivarán la toma de decisiones para darle atención.

La medicina tradicional predomina en las zonas urbanas, es muy diferente a la medicina institucional debido a que se fundamentan en principios totalmente opuestos, ya que son dos visiones incomparables, su manera de entender la salud y la enfermedad no tienen porque coincidir, cada una tiene su esencia y sería un error someter la medicina tradicional a los parámetros ofrecidos por la medicina científica, sino que ésta sea quién reconozca y acepte los principios de la medicina tradicional.

Es indiscutible su permanencia durante mucho tiempo e inevitable su conservación, debido a que la protección y crecimiento de la medicina tradicional corresponde a la

preservación de su forma de conocimiento, sus diversas maneras de curar y tratar la enfermedad, la transmisión de generación en generación, la satisfacción recibida por los pacientes, el proceso paciente-médico olvidado por la medicina alópata y tomando en cuenta como eje principal de los médicos tradicionales.

Es muy difícil, que los médicos científicos entiendan y reconozcan a la medicina tradicional, pues su idiosincrasia o la cosmovisión son muy diferentes a la de los médicos tradicionales.

Por otra parte, al referirse a la formación de dos médicos tradicionales con la especialidad de huesero, objetivo importante de esta investigación, principalmente su forma de adquirir el conocimiento para atender los problemas de salud.

Ambos médicos tradicionales consideran tener el “*don*”, su adquisición pareciera pensarse que lo obtuvieron de manera espontánea, pues nadie les enseñó ni fueron a una escuela a estudiar esa forma de tratar la enfermedad, lo fueron desarrollando y moldeando a través de la práctica continua, pero no se dieron cuenta con anterioridad que lo tenían.

Una manera alterna para dar respuesta a lo anterior, es la planteada por Edmund Husserl, mediante la “intuición”, un razonamiento no consciente se puede situar en la explicación expuesta por los hueseros estudiados acerca de la manera en cómo adquirieron su conocimiento para la atención de problemas de salud, por ende esa visión resulta de gran interés y relevancia para el objeto de estudio y abre una brecha para investigaciones futuras.

Basándonos en la formación de estos médicos tradicionales la ciencia oficial no acepta esa forma de aprendizaje, y la mayoría de las veces se trata de ajustar a conceptos que no dan explicación, pues generalmente son totalmente opuestos a su modo de creer y concebir su realidad.

Cabe señalar, en el caso de Don Pedro principalmente, no tuvo quién le enseñara la habilidad para curar a la gente, por lo que pudiera pensarse que lo adquirió de manera espontánea, pero si tuvo referentes que debido a su capacidad desarrolló la habilidad, y la fue realimentando con la experiencia en su práctica continua de la medicina tradicional.

Finalmente, ante la búsqueda permanente de la mejora de la medicina para atender diversos problemas de salud y aumentar su seguridad, eficacia y calidad surge el movimiento llamado Medicina Basada en la Evidencia (MBE), ofreciendo diversos parámetros que a primera vista son objetivos, confiables, coherentes, asertivos y beneficiarían al enfermo.

Sin embargo, esos planteamientos resultan erróneos para la medicina tradicional pues se contraponen a sus principios fragmentando su esencia, ya que en ellos prepondera la intuición y la experiencia clínica no sistematizada para atender diferentes problemas de salud, la evidencia mostrada como efectiva son los testimonios presentados por los pacientes que reciben esa práctica médica. Ante ello, surge el cuestionamiento ¿La medicina tradicional debe ajustarse a los principios propuestos por la MBE o viceversa?

Si bien, la MBE tiene buenas intenciones, manifiestan desventaja para la medicina tradicional, pues son ideas opuestas y ambas medicinas parten de diferentes paradigmas, se construyeron de diferente manera, por lo que su identidad genera controversias, dilemas, por tanto, sería un error compararlas y no tienen que ser iguales.

El trabajo realizado muestra la evidencia empírica que permite reflexionar el impacto que tiene la medicina tradicional en el estado de Veracruz México, considerar y comprender sus principios en los cuales descansa con el fin de ser reconocida por la Medicina Basada en la Evidencia. Pues, en la actualidad la ciencia oficial no ha podido afirmar ni negar contundentemente, la efectividad, seguridad, calidad que tiene la medicina

tradicional, y ésta es respaldada en los testimonios de los enfermos que acuden a dicha práctica médica.

La medicina tradicional va a existir durante mucho tiempo por una sencilla razón: la sociedad la necesita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbagnano, N. (1998). *Diccionario de filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aguirre, G. (1973). *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Álvarez Bermúdez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. 1ª edición. México: Trillas.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2007). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Amigo, V. I., Fernández, R. C. & Pérez, A. M. (1998). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: aspectos teóricos y técnicas de intervención. Manual de la psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Anzures y Bolaños, Ma. C. (1989). *La medicina tradicional mexicana*. México: Secretaría de Educación Pública.
- Ardila, A. (1980). *Psicología de la percepción*. México: Trillas.
- Argueta, A. & Zolla, C. (1994). *Nueva bibliografía de la Medicina Tradicional Mexicana*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Arredondo, A. & Meléndez (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34 (1), 36-49. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634105>
- Bartley, S. (1982). *Principios de percepción*. México: Trillas.

- Boixareu, R. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo.
- Brennan, J. (1999). *Historia y sistemas de Psicología*. 5ª edición. México: Prentice Hall.
- Broche, J., Broche, R., García, L. & Cañedo, R. (2003). Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo. *ACIMED*, 11 (6). Recuperado el 13 de julio de 2010, de: http://www.scielo.sld.cu//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000600003&nrm=iso&lng=pt&tlng=es
- Broda, J. & Báez-Jorge, F. (2001). *Cosmovisión ritual e identidad de los pueblos indígenas de México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cabrera, M., Rojas, A., Novoa, M. & Recio, O. (2006). Evaluación cualitativa y cuantitativa en los procedimientos de la medicina tradicional. *Revista cubana de enfermería*, 22 (3), 1-8. Recuperado el 20 de agosto de 2010, de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n3/enf03306.pdf>
- Cañedo, R., La O Zaldívar, J., Montejo, M. & Peña, K. (2003). De la medicina popular a la medicina basada en evidencia: estado de la investigación científica en el campo de la medicina tradicional. *ACIMED*, 11 (5). Recuperado el 25 de octubre de 2010, de: http://www.scielo.sld.cu//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000500007&nrm=iso&lng=pt&tlng=es
- Cardoso, M. (2007). La cultura institucional vs la cultura de la persona con diabetes. Deformación en la formación profesional. *Estudios de Antropología Biológica*, 13, 957-968.

- Cardoso, M. (2008). El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y el Manantial, dos comunidades afroestizas de Veracruz México. Huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista. *Proyecto de investigación de Medicina Tradicional*.
- Cardoso, M., Pascual, R., Serrano, C. & Huicochea, L. (2008). Medicina tradicional y la medicina basada en la evidencia. El caso de un huesero de dos comunidades afroestizas de Veracruz, México. En *Anales de Antropología*, (42), 65-85.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: CRIM-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Conrad, P. (1997). The experience of illness: recent and new directions, en (Conrad y Roth). The experience and management of chronic illness. *Research in the Sociology of Health care*.
- Coren, S., Ward, L. & Enns, J. (2001). *Sensación y percepción*. 5ª edición. México: McGraw-Hill.
- Dartigues, A. (1981). *La fenomenología*. Barcelona: Herder.
- De la Garza, T. (2001). Subjetividad, cultura y estructura. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 50 (1), 83-104. Recuperado el 21 de marzo de 2013, de: <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/iztapalapa/include/getdoc.php?id=796&article=806&mode=pdf>
- Díaz, J. & Gallego, B. (2004). Medicina basada en evidencias: Controversias actuales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20 (3). Recuperado el 24 de septiembre de 2010, de: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300008&lang=pt

Díaz, M. (1999). Salud oral ¿Cuestión de cultura? *Revista de salud pública*, 1 (1), 43-52.

Recuperado el 3 junio de 2012, de:

<http://www.revista.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/17631/1986>

0

Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado el 3 de marzo de 2011, de:

<http://www.lema.rae.es/drae/?val=efectividad>.

Dipierri, J. (2004). Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional.

Cuadernos FHYCS-UN, (22), 241-263. Recuperado el 18 de agosto de 2010, de:

<http://www.scielo.org.ar/pdf/cfhyics/n22/n22a17.pdf>

Dorsh, F. (1991). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Herder.

Eckblad, M. & Chapman, L. (1983). Magical Ideation Scale. *J. Consult Clin Psychology*,

51 (2), 215-225.

Eliade, M. (1979). *Imágenes y símbolos*. Trad. Carmen Castro, 3ª ed. Madrid: Taurus.

Enciclopedia de los Municipios de México, Veracruz (2005). Estado de Veracruz de

Ignacio de la Llave: Tlaquilpa y Yanga. Recuperado el 15 de febrero de 2012, de:

<http://www.e->

[local.gob.mx/work/templates/enciclo/veracruz/municipios/30184a.htm](http://www.local.gob.mx/work/templates/enciclo/veracruz/municipios/30184a.htm)

Escalón, E. (2006, Julio-Septiembre). Coadyuva UV a preservar medicina indígena en

Zongolica. *Gaceta Universidad Veracruzana*, 99. Xalapa Veracruz. Recuperado el

5 de agosto de 2012, de:

http://www.uv.mx/gaceta/Gaceta99/99/Campus/Campus_06.htm

Fagetti, A. (2003). *Los que saben: Testimonios de vida de médicos tradicionales de la*

región de Tehuacán. México: Benemérita Universidad de Puebla, Instituto de

Ciencias Sociales y Humanidades.

- Fagetti, A. (2004). *Síndromes de filiación cultural; conocimientos y prácticas de los médicos tradicionales en 5 hospitales integrales con medicina tradicional del Estado de Puebla*. México: Intergraf.
- Fitzpatrick, R., Hinton, J., Newman, S., Scambler, G. & Thompson, J (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Forgus, R. & Melamed, L. (1989). *Percepción: estudio del desarrollo cognoscitivo*. México: Trillas.
- Flores, J. (2003). Psicología, subjetividad y cultura en el mundo Maya actual: Una perspectiva crítica. *Revista Interamericana de Psicología*, 37 (2), 327-340.
- Fresno, C. (2001). Medicina basada en evidencias. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17 (2), 191-195. Recuperado el 24 de septiembre de 2010, de: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n2/mgi14201.pdf>
- Gamboa, L. (2008). *Notitia intuitiva et notitia abstractiva. El desafío escéptico en la epistemología Ockhamista*. Tesis para obtener el título de Maestro en filosofía con especialidad en epistemología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- García de Hombre, M. & Varillas, F. (2006). Dificultad diagnóstica y medicina basada en la evidencia. *Anales de Medicina Interna*, 23 (4). Recuperado el 25 de octubre de 2010, de: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000400019&lang=pt
- Gardenfors, P. (2005). La intuición como conocimiento implícito. *Revista de Filosofía Univ. Costa Rica*, XLIII (108), 51-55, Enero-Abril. Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/filosofia-108/filosofia-108-01.pdf>

- Gómez de la Cámara, A. (2003). La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (1) ,11-26. Recuperado el 30 de septiembre de 2010, de: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26n1/colabora.pdf>
- González, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología, rumbos y desafíos*. México: Thompson.
- González, F. (2002). *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*. México: Thomson.
- González, N. & Ángeles, M. (2006). *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*. México: Dirección de difusión y promoción de la investigación y los estudios avanzados.
- Greene, W, & Simona-Morton, B. (1988). *Educación para la salud*. México: Interamericana Mc Graw-hill.
- Güel, P. (2001). Subjetividad social: desafío para el nuevo siglo. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 1 (2), 1-6 Recuperado el 18 mayo de 2013, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500206>
- Herreman, R. (1999). *Validación de la Escala de Ideación Mágica*. México: Universidad Iberoamericana.
- Higashida, H. & Yoshiko, B. (2005). *Educación para la salud*. México: Mc Graw Hill.
- Huicochea, L. (2002) *.Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata Veracruz*. Tesis de Doctorado, Facultad de filosofía y letras, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censo de población y vivienda*.

Recuperado el 14 de abril de 2012, de:
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=30&mun=201&src=487>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Principales resultados del censo de*

población y vivienda. Recuperado el 5 de abril de 2012, de:
http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/población/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf

Ito, M. & Vargas, B. (2005). *La investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: Porrúa.

Izcara, S. (2009). *La praxis de la investigación cualitativa. Guía para elaborar tesis*. México: Plaza y Valdez.

Jiménez, J. & Oramas, J. (2003). La información científica de calidad, aliada esencial de la

Medicina Basada en la Evidencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19 (1). Recuperado el 2 de junio de 2010, de:
http://www.scielo.sld.cu//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100012&nrm=iso&lng=pt&tlng=es

Jinich, H. (1998). *El paciente y su médico*. México: UNAM, Facultad de Medicina: JGH.

Junquera, L. M., Baladrón, J., Albertos, J. M. & Olay, S. (2003). Medicina basada en la

evidencia (MBE). Ventajas. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 25, 265-272. Recuperado el 9 de julio de 2010, de:
<http://www.scielo.isciii.es/pdf/maxi/v25n5/Controversia1.pdf>

Lámbarri, A., Flores, F. & Berenzon, S. (2012). Curanderos, malestar y “daños”: una interpretación social. *Salud Mental*, 35 (2), 123-128. Recuperado el 20 de abril de 2013, de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223312005>

Lara, M. (2000). *La medicina tradicional alternativa ante el embate neoliberal*. Ensayo Monográfico para obtener el título de Licenciada en Sociología, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Le Betrón, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Letelier, L. & Moore, P. (2003). La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Revista médica de Chile*, 131, 939-946. Recuperado el 19 de agosto de 2010, de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n8/art16.pdf>

Leyva, F. (2003). Medicina basada en la evidencia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32 (4), 200-201. Recuperado el 2 de junio de 2011, de: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000400015&lang=pt

Llor, E., Abad, M., García, M. & Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill.

Lloyd, K., Jacob, K., Patel, V., St Louis, L., Bhugra, D. & Mann, A. (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine*, 28 (5), 1231-1237. Recuperado el 14 de diciembre de 2012, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9794030>

- López, F. (2001). *Manual de medicina basada en evidencia*. México: Manual Moderno.
- López, J. R. & Teodoro, J. M. (2006, enero-abril). La cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhai*, 2 (1), 15-26. Recuperado el 16 de julio de 2010, de: <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/461/46120102.pdf>
- Lozoya, X. (1982). *La medicina tradicional en Chiapas. Y el médico del IMSS-COPLAMAR*. México: Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria del IMSS.
- Liotard, J. (1989). *La fenomenología*. España, Barcelona: Paidós Studio.
- MacQueen, K. (2002). Introducción: Enriquecimiento de los hechos y las cifras. *FHI: Boletín trimestral de la salud. Network en español*, 22 (2). Recuperado 16 de noviembre de 2011, de: <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network/v22-2/ns2221.html>
- Magalhaes, M. & Mercado, F. (2007). *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Mardones, J. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. 2ª edición, España: Anthropos editorial del Hombre.
- Martínez, A. & Francia, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados. *Revista latinoamericana de psicología*, 24 (3), 237-258. Recuperado el 6 de junio de 2010, de: <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80524301.pdf>
- Martínez, M. (2008). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. México: Trillas.

- Melich, J. (1994). *Del extraño al cómplice: la educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.
- Mercado, F. y cols. (1980). *Medicina ¿para quién?* México: Nueva Sociología.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis. Anexpanded sourcebook*. 2ª edición. Newbury Park, CA: SAGE.
- Millan, A. (1967). *La estructura de la subjetividad*. Madrid: Rialp S.A.
- Moral de la Rubia, J. (2012). Validación de la escala de pensamiento mágico: profecías apocalípticas y afectividad negativa. *Ciencia Ergo Sum*, 9 (2), 107-116.
Recuperado el 2 de mayo de 2013, de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10422928001>
- Morón, F. & Jardines, J. (1997). La medicina tradicional en las Universidades Médicas. *Revista cubana de plantas medicinales*, 2(1), 35-41. Recuperado el 8 de junio de 2010, de: <http://scielo.sld.cu/pdf/pla/v2n1/pla08197.pdf>
- Nahmad, S. (1956). *Los mixes*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Núñez, J. & Ortiz, M. (2010). *APA Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- Odier, C. (1961). *La angustia y el pensamiento mágico. Ensayo de análisis psicogenético aplicado a la fobia y a la neurosis de abandono*. Traducción Alfonso Millán, México: Fondo de Cultura Económica.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Documentos básicos. Suplemento de la 45a edición*. Ginebra: Autor.

- Orozco, G. (2000). *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. México: Mexicana Guadalajara, Jalisco.
- Ortiz, F. (1997). *El trabajo del médico*. México, D. F.: JGH.
- Ortiz, S. (2007, enero). La medicina tradicional. *México desconocido*, 4. México. Recuperado el 6 febrero de 2012, de: <http://www.mexicodesconocido.com.mx/la-medicina-tradicional.html>
- Osuna, L., Tapia, M. E. & Aguilar, A. (2005). *Plantas medicinales de la medicina tradicional mexicana para tratar afecciones gastrointestinales: estudio etnobotánico, fitoquímico y farmacológico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Peña, G. & Vázquez, L. (2002). *La Antropología sociocultural en el México del milenio: búsquedas, encuentros y transiciones*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Ramos, A. (2011). *Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en adultos jóvenes de 20 a 39 años*. Tesis para obtener el grado de especialista en medicina familiar. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, M. J. & Zurriaga, L. R. (1996). *Estrés, Enfermedad y Hospitalización*. España: Escuela de Andalucía de Salud Pública.
- Rojas, R. (1983). *Sociología médica*. México: Folio Editores.
- Rovaletti, M. (2000). Más allá de la enfermedad: las prerrogativas de la biomedicina actual. *Acta Bioethica*, 6 (2), 309-318. Recuperado el 11 de marzo de 2011, de: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art09.pdf>

- Ruiz, E. (2008). *El uso del temazcal en Amatlán y Tepoztlán: La resignificación de una práctica socio-cultural*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ruiz-Méndez, T.J. (2000). *Ser curandero en Uruapan*. Michoacán: El Colegio de Michoacán: Instituto Michoacano de Cultura.
- Sackett, D., Stratus, S., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2001). *Medicina basada en la evidencia*. España: Harcourt.
- Saldaña, M. (2007). *Medicina tradicional: vida + salud*. Toluca, Edo. de México: Gobierno del Estado de México.
- Sánchez, A., Granados, D., & Simón, R. (2008). Uso medicinal de las plantas por los Otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México. *Revista Chapingo Serie Horticultura*, (3) 14, 271-279. Recuperado el 30 de mayo de 2013, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60914306>
- Sánchez-González, M. (1998). El concepto de salud: análisis de sus contextos, presupuestos y sus ideales. *Cuadernos del programa Regional de Bioética*, 7, 63-83. Recuperado el 5 de diciembre de 2012, de: <http://www.al-dia.uchile.cl/sistema/tablas/listar.asp?r=3326>
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. España, Mc Graw Hill.
- Sandoval, E. (2003). *El Temazcal Otomí: ritual de purificación, sanación y refrescamiento*. México: UAIM.

- Santibáñez, P., Román, M. & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287. Recuperado el 12 de agosto de 2010, de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v26n2/v26n2a06.pdf>
- Searle, A. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 175-184. Recuperado el 6 de marzo de 2013, de: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(07\)00072-4/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(07)00072-4/abstract)
- Subbotsky, E. (2010). *Magia y la mente: mecanismos, funciones y desarrollo del pensamiento mágico y comportamiento*. Oxford, Scholarship Online. Recuperado el 14 de marzo de 2013, de: http://www.books.google.com.mx/books?id=2wtOvVNBy6EC&pg=PA195&dq=subbotsky,+2010&hl=es-419&sa=X&ei=_aTDUfrQOoeK9QSHh4CwBw&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=subbotsky%2C%202010&f=false
- Szasz, I. & Lerner, S. (2002). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El colegio de México.
- Taylor, S. & Bodgan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós.
- Ullin, P., Robinson, T. & Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington D.C.: Organización panamericana de la salud.
- Uriostegui, A. (2008). Conflictos en el empleo de medicina tradicional. *Región y Sociedad*, 20(43), 213-234. Recuperado el 13 de abril de 2011, de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v20n43/v20n43a8.pdf>

- Vargas, L.M. (1994). *Los colores lacandones, un estudio sobre percepción visual*. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Antropología e Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vera-Villarroel, P., Valenzuela, P., Abarca, O. & Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: Un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, (13), 121-131. Recuperado 29 de agosto de 2010, de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n1/v8n1a07.pdf>
- Vera-Villarroel, P. & Mustaca, A. (2006). Investigaciones en Psicología Clínica Basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 551-565. Recuperado el 19 de julio de 2010, de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a08.pdf>
- Waldenfels, B. (1997). *De Husserl a Derrida. Introducción a la fenomenología*. España, Barcelona: Paidós Studio.
- Weinman, J. & Petrie, K. (1997). Illnes perceptions: a new paradigm for psychosomatics. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (2), 113-116. Recuperado el 28 de enero de 2013, de: <http://www.uib.no/ipq/pdf/Illness%20perceptions.pdf>
- Wikipedia. La enciclopedia libre. Recuperado el 2 marzo de 2012, de: <http://www.es.wikipedia.org/wiki/Efectividad>
- Wikipedia. La enciclopedia libre. Recuperado el 27 de febrero de 2012, de: [http://www.es.wikipedia.org/wiki/Yanga_\(Veracruz\)](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Yanga_(Veracruz))
- Zamora, J. (2004). Programa docente de medicina basada en la evidencia: Experiencia en el Hospital Ramón y Cajal. *Oncología*, 27 (7), 412-413. Recuperado el 11 de noviembre de 2010, de: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/onco/v27n7/07.pdf>

Zolla, C. & Zolla, E. (2004). *Los pueblos indígenas de México, 100 preguntas*. México: UNAM, Colección “La pluralidad cultural en México”.

Zolla, C. (2012, julio). La medicina tradicional, fundamental para la salud del mexicano. “Boletín UNAM-DGS S-431 Ciudad Universitaria”. Recuperado el 12 de abril de 2013, de: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_431.html