



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Una aproximación al proceso de construcción corporal de la salud enfermedad"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Ana Karen Gutiérrez Nava

Directora: Lic. **Arcelia Lourdes Solís Flores**
Dictaminadores: Lic. **Gerardo Abel Chaparro Aguilera**
Dra. **Margarita Rivera Mendoza**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Construcción social individual del cuerpo en el proceso salud enfermedad.....	7
1.1. El cuerpo y la cultura en el México del siglo XIX.....	7
1.2. Construcción social – individual de lo corporal.....	14
1.3. Teoría del Yin – Yang.....	15
1.4. Relación órgano – emoción.....	18
Capítulo 2. Modelos de explicación del proceso salud enfermedad.....	32
2.1. Modelo biomédico.....	38
2.2. Modelo de la determinación social de la enfermedad.....	50
2.3. Modelo psicosomático.....	59
Capítulo 3. Construcción corporal del proceso salud enfermedad.....	69
3.1. Metodología.....	69
3.2. Presentación del caso.....	83
3.3. Análisis de la historia de vida.....	100
Capítulo 4. Conclusiones.....	108
Bibliografía.....	115

RESUMEN

Si bien las estadísticas no son en todos los casos exactas y verídicas, nos dan un panorama de la situación actual de la población mexicana. Perspectiva que nos ayuda a decidir si cambiar o mantener ciertas políticas que guían al país.

En épocas pasadas, los datos que se tenían en cuanto a las razones de la muerte de la población nos invitaban al cambio de filosofía o actitud ante nuestro propio cuerpo individual y social; sin embargo, seguíamos lo que el modelo imperante marcaba como correcto e ideal. No obstante a nuestra necesidad, llegó un momento en que esto no podía seguir, necesitábamos otra forma de pensar e idear cosas que permitan que nuestro cuerpo y nuestro cosmos se equilibren. Es esta razón la que impulso esta y muchas tesis más, el querer abordar el proceso salud enfermedad desde otra perspectiva: el modelo de construcción social individual de lo corporal. El objetivo general que se planteó fue analizar este proceso de construcción a través de una historia de vida.

Esta metodología permitió conocer la forma en que la participante construyó y se apropió de ciertas actitudes de sumisión y abandono derivadas de las situaciones familiares de maltrato y de pérdidas que generaron a su vez emociones de tristeza y ansiedad que desbordaron en su interior propiciando con esto sintomatologías y padecimientos como tos seca, tumores estomacales e incluso una enfermedad crónica degenerativa: osteoporosis.

Esta perspectiva nos ayuda a entender los procesos, no solo en términos médicos, de una manera global, tomando como principio la unidad entre el cosmos y el interior. Una de las reflexiones derivadas de este manuscrito es la posibilidad que tenemos de cambiar el lente con el que vemos las problemáticas. La psicología se honra en tener esta opción para abordar procesos que aquejan a los humanos; sin embargo, esta opción no debe limitarse solo al plano psicológico; si ponderamos la no fragmentación, esta perspectiva deberá aplicarse en el consultorio para abordar problemas de índole médica, psicológica, ambiental y por qué no política.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad se ha tenido la preocupación o el interés por conocer lo relacionado a la vida humana y animal. En este contexto, el proceso salud enfermedad ha sido uno de los que más estudios e ideas ha tenido pues significa que el no ir a fondo en este proceso puede causar la muerte, cosa que a muchos nos preocupa y ocupa.

Durante el siglo XIX se emprendieron una serie de hipótesis y acciones para acabar con aquello que estaba terminando con la vida de la población, las estadísticas marcaban que tal porcentaje de la población está muriendo a causa de una u otra enfermedad, esto por supuesto generó que los dirigentes del país y de la población en general empezaran a preguntarse la razón de tal situación.

Las acciones que se llevaron a cabo y las que pretendían poner en marcha estaban permeadas por la ciencia positivista que en esa época empezaba a ponerse en boga en todas las ciencias habidas y por haber y por supuesto estas acciones tenían relación también con el proyecto de nación.

Este proyecto de nación aspiraba a que México fuera parte de los países modernos, que su cultura, política y procesos sociales fueran como los de aquellos países de primer mundo. Era evidente que para lograr tal cometido eran necesarios una serie de reformas y cambios de ideales; sin embargo, las decisiones se veían muy precipitadas y esto se reflejaba en ese estilo de vida que iban construyendo los habitantes de México.

El modelo biomédico que guio gran parte de los estudios médicos y políticos heredo una forma de ver, conocer y abordar los procesos que nos afectaban y porque no, también los que nos beneficiaban.

La tesis de Descartes fue la salvadora de muchas incógnitas y de muchas problemáticas; no obstante, esto no duro mucho tiempo. Se veía al cuerpo humano como objeto de estudio y nada más, se reducía a su más mínima expresión para poder ser analizado.

Esto quizá fue funcional al principio pero como iba avanzando el tiempo y como se iban complejizando los procesos fue y es evidente que tenía que haber un cambio.

Parte de las soluciones que se veían para poder erradicar las enfermedades que se presentaban fue poner la mirada en la higiene tanto en el hogar como en las calles; esto fue un punto bueno; sin embargo, la forma de proceder hizo que la condición de vida de las personas se viera cada vez más afectada.

Las medidas que se tomaban hacían una fragmentación del cuerpo humano, la cultura, la sociedad y el cosmos en general. Según sus ideales positivistas esta manera de proceder generaría mejoras en las altas estadísticas de padecimientos de ciertos sectores de la población.

Al instituirse en nosotros esta idea mecanicista del cuerpo humano, nos volvimos espectadores de lo que ocurría tanto en nuestro interior como en nuestro exterior, adoptando una actitud pasiva que se reducía en administrar alimentos, agua y demás sustancias generadas para optimizar el funcionamiento de nuestro cuerpo.

Con el proceso de industrialización, los padecimientos dan una forma de aumentar las riquezas y ser un arma de doble filo, pues al poner atención en estas, se generarían una serie de ganancias que responderían a los intereses de algunas personas pero también se estaría “acabando” con los males que aquejan a la población.

Es así, como parte de este proceso y de esta filosofía, que surge la medicina remedial: cada padecimiento tendrá un brebaje que ayudará a sanar. La adquisición mercantil ayudará a erradicar las tasas tan altas en términos de enfermedades, la población será más sana y las ganancias serán mayores para todos. Esta sería una buena forma de andar en el camino de la modernización.

Andando el tiempo, las personas se percataron que esa forma de abordar el proceso salud enfermedad no daban los resultados que ellos esperaban, es por eso que comenzaron a darle significados personales a sus sintomatologías y padecimientos, algunos se fueron a la religión, algunos seguían en el camino de la

ciencia o la genética, otros optaron por karma y otros más tomaron eso que les sucedía como aprendizaje de vida.

El ser humano fue desvinculado de su cuerpo, de su cultura y de su ambiente natural, cada parte era totalmente distinta y requería de un estudio diferente. Aparentemente la reducción máxima era la que ayudaba a dar con las respuestas.

Partiendo de esta problemática que aún sigue vigente, pues el modelo que impera es el mismo, nos dimos a la tarea de abordar otra perspectiva que está en contra de la fragmentación ya que esto a lo único que nos ayuda es a ponernos una venda en los ojos y caminar con el tic tac del reloj que llevamos puestos.

El modelo de construcción individual social del proceso salud enfermedad puede ser un gran aliado en el estudio y en la acción pues estaremos guiados por principios de unidad entre nuestro cuerpo interior y nuestro cuerpo exterior, por un principio de vida que es el que regulará todos los procesos que se presenten, tanto procesos orgánicos y medioambientales como sociales y políticos; otro principio será el de autorregulación que implica una serie de movimientos interiores y exteriores para preservar el equilibrio que perturba la gran dosis de carga emocional a la que está expuesto nuestro cuerpo.

A partir de esta propuesta de explicación que se pretende defender y profundizar en la presente tesis se derivan los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Analizar el proceso de construcción social individual de la salud enfermedad a través de una historia de vida.

Objetivos específicos:

- Reflexionar sobre el proceso de construcción del cuerpo a partir de la educación, las formas de vivir en familia, la apropiación de los ritos y reglas familiares.

- Analizar la relación entre el concepto de sí mismo, la familia y la construcción de padecimientos.
- Analizar la relación entre la emoción dominante y los padecimientos orgánicos.
- Analizar la relación existente entre el padecimiento dominante de cada etapa y la alimentación.
- Analizar como la historia de vida se articuló con las emociones dominantes.

Cada capítulo del presente escrito está encaminado a vislumbrar el proceso de construcción de la salud enfermedad, empezando con revisar las condiciones de salud y concepción del cuerpo humano durante el siglo XIX y entendiendo la perspectiva de construcción social individual de lo corporal; esto mediante el capítulo 1. En la siguiente parte, conoceremos diferentes explicaciones de la salud y de la enfermedad, desde la antigüedad hasta la actualidad, esto para ver la utilidad que nos han permitido tener para la explicación y concepción de nuestro cuerpo. Finalizamos con la historia de vida de M, explicando el proceso salud – enfermedad desde una perspectiva de explicación diferente a las que se han venido manejando, y que en esta tesis se defiende.

1. CONSTRUCCION SOCIAL INDIVIDUAL DEL CUERPO EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

1.1. El cuerpo y la cultura en el México del siglo XIX

En el presente capítulo daremos una somera explicación de las condiciones de salud y de concepción del cuerpo humano en el siglo XIX, sus alcances y limitantes, para de esta forma dar entrada a la propuesta de explicación que esta tesis defiende.

Es importante mencionar en primer lugar las condiciones de salubridad que se vivían en el XIX ya que de aquí, parten todos los esfuerzos por replantear la sociedad mexicana y con ello el cuerpo de los mexicanos. Situados en el siglo XIX la salud pública era una prioridad debido a las cifras de muerte que arrojaba la estadística así como también, era importante debido al proyecto de nación que se tenía; para poder llegar a la modernización se necesitaban tomar medidas para que las cifras de mortalidad disminuyeran.

La primer pregunta que se hacían era por qué se moría la gente y cuáles eran las causas que lo propiciaban; para esto se tenía de antemano que las principales causas de muerte eran las enfermedades gastrointestinales y las enfermedades de vías respiratorias, ahora el problema era conocer las causas que lo producían para relegar responsabilidades y atacar el problema desde ahí: desde la causa. Se buscaba al responsable de esto para de ahí partir con las propuestas de cambio. Cabe mencionar que estas propuestas eran sólo deficientes campañas contra la muerte (López Ramos, 2000).

Terminar con esto que se presentaba como un problema de gran magnitud era el principal interés para todos los que deseaban pertenecer a los países modernos. Era evidente que las medidas que se tomaban partían del hecho y nada más, las propuestas se hacían sin un mayor conocimiento, partiendo también de la filosofía

positivista que marcaba un cambio en el punto donde aparentemente se mostraba la problemática, de esta forma se optaba por cerrar puestos de tacos en las calles o no permitir la venta de verduras, lo cual más que ayudar a terminar con el problema lo agravaba al disminuir paulatinamente la calidad de vida de las personas (López Ramos, 2000) aunque el objetivo estaba claro no se tomaban las mejores decisiones para alcanzarlo y esto se reflejaba en las cifras que no disminuían y que al contrario reflejaban una baja en la calidad de vida de los adultos lo cual repercutía en una alta mortalidad infantil. Ante este panorama, se centra la atención en cuestiones de higiene como factores que podían propiciar la salud y detener los altos porcentajes de muerte en la población. Como dice el mismo autor:

“encontramos que los orígenes de las enfermedades podían encontrarse en un hoyo donde se estancaba el agua de lluvias y de ahí nacían todas las enfermedades y muertes posibles, incluso iban más allá y tocaban las habitaciones”

En este sentido se tomaron medidas para hacer que se erradicara la suciedad de la ciudad; por ejemplo, la conformación del Consejo Superior de Salubridad para supervisar que se cumplieran los principios de la salud pública, los establos y ordeñas se reglamentan, se reglamentan también alimentos, vacunas y animales. En sí se hace solo una reglamentación de la salud, donde es claro que no se tiene un plan definido sobre el accionar en esta área; el impacto en la calidad de vida de las personas es casi nulo. No obstante, el origen las de las enfermedades se veían en la falta de higiene que se tenía (López Ramos, 2000).

Después se atribuía importancia a la calidad del aire, es decir, se decía que las habitaciones reducidas propiciaban que el aire no corriera libremente, la contaminación del mismo también influía en el desarrollo de enfermedades. La preocupación por la higiene, la calidad del aire y sobre la salud en general son preocupaciones que se tenían por la alza en la estadística y por el afán de entrar a la modernidad, las propuestas para la solución eran deficientes pero se basaban en los avances de la ciencia del momento.

Citando nuevamente al Doctor López Ramos:

“La ciencia no sólo es una aliada de la salud, también es la constructora de nuevas imágenes sobre lo que debería ser el ser humano: libre de microorganismos, de parásitos, de una mejor nutrición, con el hábito de bañarse, etc...”.

Esta idea era la que se gestaba en la población mexicana del siglo XIX, idea que no dejaba avanzar como todos tenían planeado, las decisiones que se tomaban era tan superficiales que en lugar de tener un cambio relevante, lo que propiciaban era que la calidad de vida de los habitantes del México del siglo XIX se fuera deteriorando cada vez más.

Para 1942 las estadísticas muestran que la tasa de mortalidad más alta se encuentra en la población infantil, nuevamente se preguntan a qué se debe este hecho, será a la insalubridad de la que se ha hablado, a la desnutrición, falta de vacunas... ¿Qué será? es la pregunta que se hacían y que guiaba las acciones para erradicar el problema. Es evidente que los estilos de vida no eran los más apropiados para la población, claro está que la alimentación, la insalubridad y demás factores eran casos que influían en las tasas de mortalidad; sin embargo, la manera de accionar tenía que ir más allá de cambiar o reparar cualquiera de estos puntos.

En este año se decidió poner atención en las madres de familia como una manera preventiva. Los hijos de mujeres que consumían leche y agua natural podrían gozar de una buena salud, en cambio los hijos de mujeres que consumían comida agria y fermentada tenían que enfrentarse a situaciones adversas en su crecimiento y/o desarrollo. “Felices los que tienen una madre de salud floreciente y desgraciados de aquellos que dependen de mujeres enfermas o descuidadas” (López, 2000)

No obstante, como menciona el Doctor López Ramos (2000):

“las madres no son la solución en sí mismas, se requiere de un proceso donde el proyecto sea la vida y no los discursos políticos de salvar a la nación”.

Las propuestas iban encaminadas a terminar con el problema para lograr posicionarse en un lugar como el que tenían los países desarrollados, en este sentido las políticas públicas fracasaban una y otra vez pues lo que atendían no era al cuerpo en sí sino a su ideal de nación.

En este mismo año se encuentran explicaciones sobre lo infantil, sobre los problemas de desnutrición en México y el problema educativo de los médicos.

Los médicos fueron los que participaron de manera concreta en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud que se presentaban, es por esto que se hacen acciones para fortalecer este ámbito. Valentín Gómez Farías funda la Facultad de Ciencias Médicas la cual después de un arduo debate sobre lo que se entendía como cuerpo, llega a ser presa de la concepción de lo funcional y a incluir en su plan de estudio la farmacología como vía para soluciones inmediatas. La manera de estudiar al cuerpo estaba sustentada en la fragmentación, para un estudio funcional se creía necesario dividir al cuerpo en subpartes y así crear subespecializaciones para un mejor estudio y atención (López Ramos, 2000).

Esta forma de ver al cuerpo humano hace de las suyas y se convierte en una idea generalizada de la realidad; es decir, se hace una fragmentación de cada cosa que existe y de esta forma se desvincula con otros procesos de igual importancia. El estudio del cosmos se divide en varios especialistas, el que se encarga de la geografía, de la astronomía, de la historia, de la psicología, de los dientes, de los pies, de las uñas, de las células y así hasta llegar a un nivel más alejado de las condiciones sociales de un tiempo y espacio. El especialista entre más pueda aislar su objeto de estudio mejor será su comprensión. Un aspecto que me pareció ilustrativo de esto fue lo que hacen los odontólogos en el estudio y tratamiento de un diente: para poder trabajar de una manera más funcional lo que se tiene que hacer es aislar al diente de los demás, poniendo una especie de barrera con el fin de observar solo eso, de esta forma se está olvidando o dejando de lado, sin

conferirle mayor importancia a la génesis de esa carie o de esa patología que sufre el diente, es estudiar el hecho en sí mismo y darle una solución pronta.

Esta solución pronta también se vincula con el modelo económico en el que llegó a sostenerse el país: el capitalismo. La solución rápida implica una menor pérdida en la producción. El hecho de que la gente se encuentre bien de salud, o que busque ayudas eficaces e inmediatas a sus afecciones genera una mayor producción y por lo tanto mayores ganancias.

El cuerpo de los mexicanos y mexicanas sufrió un cambio al enfrentarse a otro estilo de vida, un estilo que le imponía sensaciones de estrés, lo llevaba a tener otro tipo de alimentación y a enfrentarse a unas condiciones ambientales adversas. Era un cuerpo en esclavitud, la etapa industrial lo llevó a desvincularse de su interior, de su intimidad y a vincularse con un estilo de vida diferente que le demandaba otra forma de vivir con su cuerpo y en sociedad.

Otra etapa que acentuó más la anterior fue la contemporánea en la cual el cuerpo es asumido como mercancía, la importancia aquí radicaba en el exterior sin importar la identidad y ese tipo de cuestiones más subjetivas (Ramos, 2006).

Es por esto que muchos jóvenes se encuentran en un conflicto interno por no encontrar punto de coincidencia entre lo que desean y lo que tienen que hacer. Este “deber ser” instituido socialmente marcó formas de vida estandarizadas que llevaron al cuerpo humano a sensaciones de desvinculación con su cuerpo, es sorprendente ahora que no sepamos en donde se encuentra el vaso o el apéndice pero es fruto de esta forma de vida que no creía importante o trascendente que las personas conocieran su interior, esto iba en contra de la lógica o la filosofía que sustentaba su modo de accionar.

El deseo de instaurar el capitalismo en la sociedad y parecernos a países desarrollados orilló que el interés por la salud de los ciudadanos se centrara solo en esta ilusión de parecernos a los extranjeros, la lucha por preservar la salud dejó de lado al ser humano y se centró en luchas políticas y económicas. También ésta lucha derivó en la mercantilización de productos aptos para el cuerpo con el afán

de limpieza y salud, es decir, la comercialización de cosméticos, desodorantes o bien medicamentos. Lo que comenzó con pequeñas acciones para mejorar las cifras de mortalidad terminó con un sistema mercantil y político muy fuerte que rigió la manera de entender al ser humano.

Esta explicación somera de la situación en el siglo XIX permite observar cómo los hechos se relacionan entre sí, cómo las políticas y formas culturales de ver el cuerpo se enlazan y dan como resultado una manera de entender el proceso o el mundo en general.

La ciencia era la que dictaba las medidas de acción para las problemáticas pero esta ciencia está fundamentada en el positivismo que era quien decía la manera de proceder en el estudio de la realidad. Esta filosofía también se erigió como medio para llegar a la modernidad y parecemos al menos un poco a los países europeos.

En esta lógica del positivismo, lo que se hace es desvincular al ser humano de su tiempo y espacio y estudiar solo sus síntomas y enfermedades sin tomar en cuenta su historia social, cultural y personal. El médico solo se dedicaría a buscar esos síntomas que aprendió en la escuela y a tomar medidas de acción para su solución; se ve al cuerpo como algo estandarizado y generador de leyes universales respecto a su funcionamiento. Para los médicos el cuerpo no tiene emociones, es solo un aglomerado de huesos y órganos.

El capitalismo junto a la ciencia se convierte en el solucionador de todos los problemas, se veía en ella la paz y felicidad de todo, como sucedía en los países modernos claro está. El cuerpo se somete a un estándar de medicinas, comidas, tipos de ropa y accesorios para los sentidos. El cuerpo, en cualquier circunstancia, tenía que ajustarse de modo que no solo tenía que enfrentar la sociedad y sus peligros para la vida, sino también los estándares que no permitían otros procesos de construcción sobre la salud (López Ramos, 2011).

Regresando a las acciones de prevención, era claro que éstas no tenían el impacto esperado pues las estadísticas de vida no aumentaban, al contrario

umentaba las estadísticas de muerte. Prueba de ellos eran los resultados que se observaban para 1958, muertes por bronquitis, gastroenteritis y enfermedades propias de la infancia. La situación no cambia mucho para el periodo de 1960 – 1975 pues las muertes predominaban en pulmón e intestino y los casos de defunción por diabetes, afecciones cerebro-vasculares, tumores e hipertensión.

Se llegó a un punto en que los médicos por más que hicieran uso de las tecnologías o medicamentos no encontraban solución para los males de sus pacientes. El modelo médico positivista se vio rebasado en el sentido de buscar causalidades a los problemas que se presentaban; hacer esto era ver la realidad desde la fragmentación donde la idea que se seguía estaba encaminada a modificar un punto de la problemática para obtener cambios en otro punto de la misma. La fragmentación del cuerpo y del cosmos llevó a estas acciones al punto máximo de la derrota donde era evidente un cambio en la explicación, un cambio en la significación del cuerpo y no sólo en algunos fragmentos del cuerpo o de la sociedad.

En esos tiempo e incluso ahora, se tenía un cuerpo excesivamente estimulado que se alteraba y buscaba a toda costa el equilibrio, este proceso le demandaba buscar y construir nuevas alternativas aunque estas derivaran en migrañas o cualquier otro tipo de sintomatologías. Era un cuerpo que se veía sobrepasado por las demandas de su sociedad, percibía una sociedad peligrosa que significaba un atentado contra la vida, en este sentido el cuerpo tenía que generar respuestas o protestas ante los estilos de vida que los ahogaban y encerraban en un espacio sin salida. Esto sin duda no lo veían los creadores de las políticas públicas, si acaso hubieran tenido esta visión, probablemente la realidad fuera otra, pero es entendible teniendo en cuenta las características de la época.

Ante esos cambios, ante esas formas de vida, el cuerpo no podía escapar, comienza a generar gastritis, úlceras, colitis y demás sintomatologías que posteriormente derivaron en enfermedades crónicas; pero estas expresiones eran la manifestación de un proceso interno que guardaba relación con los deseos y el mundo externo que le rodeaba. Es así como se puede notar el proceso de

destrucción del cuerpo como parte de un complejo sistema social que no le permite al cuerpo fortalecerse ni cultivar la red interna de los órganos (López Ramos, 2011).

¿Por qué han aumentado las estadísticas de muerte?, ¿Por qué se han presentado enfermedades crónico - degenerativas?, ¿Por qué las enfermedades psicosomáticas van a la alza? La respuesta a esto está en el mismo contexto social que hemos construido o que quizá a algunos nos han impuesto. Esta sociedad en la que vivimos se complejiza haciéndose cada vez más agresiva para nuestros cuerpos que tienen que proteger el principio de vida. En este afán de protección es donde se generan sintomatologías, padecimientos y destrucciones, todo por la defensa ante esta sociedad que se ha vuelto cada vez más en contra de la propia vida.

Esta nueva forma de explicación de la realidad constituye la propuesta desde donde se erigirá la presente tesis, propuesta que surgió de la necesidad de obtener respuestas ante esta compleja sociedad en que vivimos los seres humanos, complejidad que se expresó en nuestro cuerpo, con síntomas y padecimientos sin aparente explicación.

1.2. Construcción social - individual de lo corporal.

Para comenzar es importante mencionar que todo conocimiento parte de un marco de referencia que nos dicta cómo y por qué conocer. En nuestros días el modelo que sigue guiando nuestra forma de conocimiento es el biomédico, quién nos dicta ¿cómo? y ¿por qué? conocer o no nuestro cuerpo, ¿cómo? y ¿por qué? entender nuestro cuerpo, ¿cómo? y ¿por qué? desvincularnos de nuestro cuerpo. Este mismo modelo es el que no nos ha dado respuesta ante una serie de padecimientos que van a la alza en las estadísticas de nuestro tiempo. De aquí es de donde parte todo el esfuerzo...

La propuesta elaborada por el Doctor Sergio López Ramos y de la que nos ocuparemos en este espacio está encaminada a ofrecer un modelo de conocimiento e intervención que permita dar cuenta del proceso salud enfermedad que se está gestando ante nuestros ojos, proceso que ante los ojos mecanicistas no tiene explicación.

Este modelo demanda una epistemología diferente a la que rige actualmente sobre el cuerpo humano. Para la comprensión de este modelo no nos servirá concebir nuestro cuerpo como un conjunto de órganos, viseras, huesos y venas que trabajan por su cuenta sin tener que dar explicación a ningún otro. Para la propuesta de nuestro interés el cuerpo humano y la realidad deberán concebirse como un todo articulado con comunicación permanente. A continuación se explicará la razón y la fundamentación teórica de esta forma de explicación.

Se partirá de una serie de principios que dan vida a esta nueva epistemología. El primero de estos principios es concebir al cuerpo como unidad, no como un ser independiente de su contexto ya que cuando lo vemos por separado del resto de su universo, lo que estamos haciendo es fragmentarlo y reduciendo su complejidad, cuando lo vemos como parte de un todo, la explicación se vuelve más enriquecedora. Dentro de esta explicación entra el contexto histórico-social del que forma parte, más adelante veremos cómo este contexto es decisivo para el bienestar de nuestro interior, todo lo que sucede a nuestro alrededor tiene una implicación ya sea positiva o negativa en nuestro funcionamiento interno, de esta forma el contexto es parte de la unidad. Ahora bien, demos paso a la teoría del yin - yang a manera de explicación de cómo se da el proceso al interior del cuerpo.

1.3. Teoría del Yin-Yang

Esta teoría nos invita a pensar en la actividad constante, en el movimiento constante, en el cambio constante y abandonar la idea de lo rígido, acabado y perpetuo que es lo que nos frenaría en cualquier intento, pensar en lo inacabado propicia el cambio.

Nuestra vida está en constante movimiento, nuestra vida interna y externa, nuestro cuerpo individual y nuestro cuerpo social se encuentra en constante cambio. La teoría del yin-yang nos ayuda a entender este proceso pues se presentan como dos energías contrarias pero interdependientes que regulan este cambio del que se habla. Tanto en el universo como en nuestro cuerpo están presentes estas energías haciéndonos partícipes de la constante actividad y regeneración de nuestra realidad cósmica y corporal. Actividad que no nos es visible por los anteojos que traemos puestos, actividad que cambia de lo sutil a lo concreto y que nos percatamos de ella solo cuando es visible, así como aprendimos la lección de lo real desde el enfoque positivista.

La parte yang significa calor, dureza, actividad, concreción y la parte yin frío suavidad, pasividad, sutileza. Esta actividad de cada uno no se encuentra fragmentada, todo está en constante interdependencia, ninguno tiene superioridad pues la actividad de ambos es cíclica y constante, no paran y su esencia es la unidad. Todo en este universo tiene un movimiento, ya tenemos la noche y el día, el frío y el calor, la llegada y la partida, todo es cíclico, nada para, nada es para siempre (Campos, 2011).

En este movimiento, cuando yang alcanza su plenitud desciende para dar paso a yin y cuando yin alcanza su plenitud empieza su descenso y el ascenso de yang. Todo en un movimiento constante para dar paso al cambio, cambio que toma forma a través del tiempo. Esta teoría hace pensar en un flujo continuo de energía donde lo más idóneo y aceptable para la creación y mantenimiento de nuestra unidad es dejar pasar las cosas, los eventos, las personas para que no se detenga este movimiento armonioso.

Este cambio que designa la alternancia yin-yang puede impactar en el interior del ser humano y reflejarse en el exterior, en el cosmos y como dice Campos (2011) la superficialidad va adquiriendo profundidad y la profundidad va mostrándose en la superficialidad. Enfocándonos al cuerpo humano y retomando esta frase del autor vemos que esta alternancia yin-yang va mostrándose en la gestación de un padecimiento pues la energía va a atacar primero a la piel, después ira contra la

carne hasta terminar en las vísceras donde el daño adquirirá mayor preocupación. Cuando haya estado en la piel será yin y cuando haya llegado a las vísceras tomará aspecto yang donde tendremos que lo sutil se volvió concreto en esta misma línea de continuidad y alternancia de energías.

Ahora veamos tres puntos esenciales de relación entre yin y yang que son: oposición, interdependencia e intertransformación.

La primera relación de oposición da cuenta del proceso de cooperación que deberá estar presente entre ambas energías; es decir, ninguna de las dos deberá permitir que su opuesta se exalte pues el curso de la energía podría perderse y la unidad podría verse seriamente agredida.

En cuanto a la segunda relación de interdependencia se acepta que ninguna energía podría existir sin la otra, son un conjunto de energías que se afectan mutuamente, el decremento o incremento de una va a afectar invariablemente el curso de la otra, si una avanza la otra tendrá que decrecer, si una decrece la otra tendrá que avanzar, no pueden parar el movimiento constante. Aquí no hay lugar para la independencia y fragmentación pues no pueden estudiarse en aislado cada energía.

La última relación de intertransformación da cuenta de la transformación mutua entre las energías; es decir, yin debe transformarse en yang y yang en yin pues de lo contrario no habría continuidad en los procesos. Si una energía queda estancada el espacio redirigirá sus rutas de enlace para romper con la condicionalidad en la que ha entrado, pero este esfuerzo por romper la condicionalidad demandará gasto de energía y podría gestarse un proceso degenerativo. Este esfuerzo por romper con el curso de energía sostenida tiene razón de ser debido a la preservación del principio de vida ya que ante condiciones hostiles si no se elaboran nuevas rutas de energía, el espacio no resistirá y podrá desarticularse.

Esta teoría nos coloca en un asiento diferente al que acostumbramos asistir para conocer y entender la realidad tanto cósmica como corporal, para dar una

explicación a nuestra realidad partiendo siempre de la unidad. Sin embargo, hasta el momento vimos la parte general, solo por dar una palabra, a la forma de entendimiento de la realidad, nos faltaría dar una contextualización más sutil, más yin de la explicación del proceso de cambio en nuestro cosmos y en nuestra corporeidad. A saber: la relación órgano-emoción.

1.4. Relación órgano-emoción

Como ya vimos, la teoría del yin-yang nos muestra cómo se da el proceso de cambio, ahora le toca a la teoría de los cinco elementos darnos una explicación de cómo se concreta y complejiza ese cambio que nos da la alternancia yin-yang. Veremos el cambio reflejado y concretizado en otro nivel.

La teoría yin-yang nos muestra que hay proceso de cambio, la teoría de los cinco elementos nos ayuda en la identificación y diferenciación de esos procesos de cambio. En el modelo explicativo que está vigente hoy en día podemos observar el cambio solo cuando ha alcanzado un nivel concreto; es decir, cuando es susceptible de ser observado y diferenciado; por el contrario, la teoría de los cinco elementos nos da las herramientas necesarias para poder observar y sensibilizarnos ante los procesos de cambio más sutiles que se puedan presentar, cambios que se reflejarán en el exterior y se prolongarán en nuestro interior. La identificación de esos procesos nos ayudará a entender la ruta de viaje de energía que la persona ha construido y nos ayudará a prevenir o a visualizar situaciones futuras. He aquí el aporte más significativo de la teoría que nos ocupa.

Los cinco elementos de los que se habla son los estructurales de la vida, sin estos elementos la vida no existiría. Veamos porqué.

En primer agente de cambio es la madera/viento el cual nos habla de la energía vital que se propaga, de la actividad firme y de la vida surgida sin duda ni indecisión; pero cuando este agente se exalta puede haber consecuencias como

la agresividad fruto de la firmeza excesiva y la consecuencia última puede ser el término de la vida.

El segundo agente de cambio es el fuego/calor el cual nos habla de una alegría por la vida, donde todo toma color, intensidad y calidez, con el fuego y el calor la vida es bella y alegre, pero seamos claros, tanta euforia contenida puede acabar con la vida.

Tierra/humedad es el tercer agente de cambio, la humedad significa el equilibrio que hay entre el calor y el frío, entre el fuego y el viento, la tierra es el asentamiento de la vida ya que la vida situada claramente en un espacio y un tiempo puede evitar la fragilidad, la confusión y la indecisión.

El cuarto agente de cambio es el metal/sequedad, los cuales nos ayudan a observar y conocer lo que se ha logrado, la sequedad limpia lo que ya no sirve, el metal genera una tristeza por lo que se ha ido pero juntos renuevan el espacio de vida. Aunque si limpiamos demasiado puede gestarse un desamor por la vida y dar lugar a un sentimiento de desesperanza lo cual podría acabar con la vida misma.

El último agente de cambio es el agua/frío la cual se refiere a la vitalidad, vitalidad que podría verse afectada si la actividad no disminuye. Cuando hay frío, la actividad baja de ritmo para crear reservas de energía y seguir propagando la vida y el agua es parte fundamental de esta misma preservación.

Cada uno de estos elementos prevalece en un tiempo específico para después descender y dar lugar a la actividad de otro, esta alternancia al interior de nuestro planeta crea un movimiento energético característico que se proyectará al interior de cada ser humano que lo habita. Este movimiento al interior de nuestro planeta debe estar en armonía preservando el equilibrio entre los cinco agentes y las cuatro estaciones; es decir, tenemos que en primavera hay nacimiento y/o renovación (yang), que en verano hay crecimiento y/o desarrollo (yin), que en otoño hay cosecha (yang) y en diciembre acumulación (yin); lo que es lo mismo, en primavera el agente de cambio que prevalecerá será la madera al ser ella el coraje

para vivir, en verano abra fuego que será el calor que se necesita para seguir en constante actividad, en el verano tardío tendremos el agente tierra que significa el enraizamiento con la vida, para otoño le tocará a metal por permitirnos darle lugar a la cosecha, cosecha de la actividad que tuvimos en etapas anteriores y por ultimo vendrá el invierno donde el agente que prevalecerá será el agua al ser quien nos permite el cese de actividad para guardar energías y seguir con el camino (Campos, 2011).

Si la llegada de los elementos se precipita o se retrasa abra un desfase y con una alteración en esta ruta de viaje de la energía, como ya vimos con la teoría del yin-yang, el espacio no podrá seguir con el flujo constante de actividad, se estancará y la vida tanto al interior como al exterior se verá seriamente agredida.

En la teoría de los cinco agentes está presente también la teoría del yin- yang pues al encontrar la relación yin -yang en cada espacio conoceremos como se están moviendo los cinco elementos y cual está en dominio o en peligro. Ahora veremos las relaciones que se establecen entre los cinco agentes con el objetivo de preservar la alternancia yin-yang en el espacio y dar continuidad a la energía vital.

La primera relación entre los cinco agentes es la de intergeneracion la cual refiere que cada elemento es generado pero también generador, tienen una doble característica mientras él es generado o hijo igualmente puede ser madre o generador de otro, el movimiento de generación es continuo y con un orden entre ellos. A continuación, un esquema de esta primera forma de relación (figura 1.):

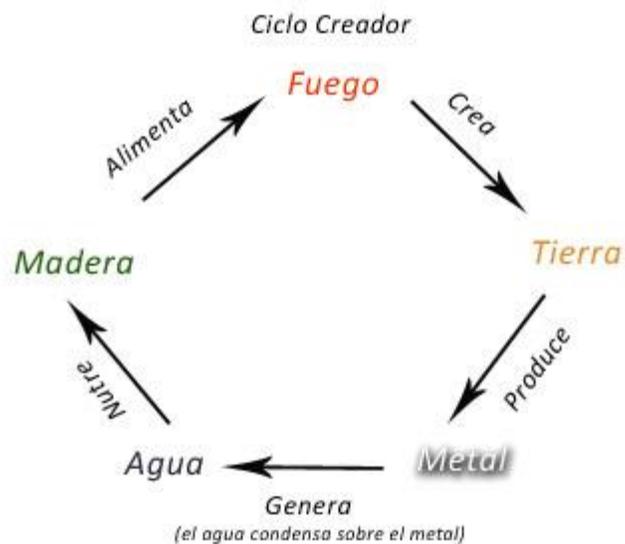


Figura 1. Primera relación de intergeneración.

La madera guarda calor en su interior y tiene la característica de ser suave, cuando la madera se vitaliza crea tanto calor que su propio movimiento hace que se genere el fuego, que ese calor salga al exterior en forma de fuego. El fuego comienza a arder y acaba con la madera, esta termina en cenizas por la vitalidad del fuego y crea lo que es la tierra. Al crearse la tierra, esta comienza a juntarse hasta crear montañas, las montañas siempre guardan piedras y las piedras son habidad del metal. El metal guardado en las montañas cede su humedad a las nubes generadoras de agua y el agua como es capaz de dar vida cede su vitalidad a las plantas creadoras de la madera.

La relación de intergeneración permite el flujo contante del cambio entre los distintos elementos, con un orden como el que acabamos de mencionar pero sin establecer que no se pueda dar la relación de que fuego influya en la madera. Ante todo aceptamos que es un flujo de energía constante y sin un movimiento predeterminado.

La segunda relación es la de interdominancia la cual nos da una explicación alterna a la primera; es decir, los elementos no solo son generados y generadores, no solo son hijos y madres, también pueden ser dominados y ser dominadores, cuando un agente se encuentra en exceso puede influir otro agente en su

actividad para preservar la armonía y el equilibrio. Veamos cómo se da este tipo de relación, antes viendo el siguiente esquema (figura 2.):

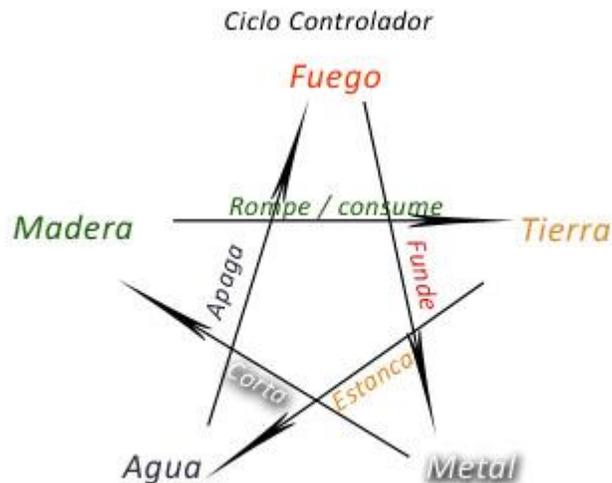


Figura 2. Segunda relación de interdominancia.

Como vemos en el esquema (figura 2), cuando la madera está en exceso el metal puede cortarla al no generar más agua; con esto disminuyéndole su vitalidad, la madera no tendrá de donde nutrirse y su actividad se reducirá. Cuando fuego es el elemento que está en exceso, el agua será quien reduzca su actividad, el agua apaga al fuego pero si esto sucede es elemental que el metal tenga que redoblar esfuerzos para generar más agua y ésta sea suficiente para apagar al fuego. Cuando tierra sea quien domine, entrará la madera para romperla o consumirla, en esta actividad estará comprometida también la actividad del agua para humedecer la madera, humedecerla tanto para que ésta no sea capaz de guardar calor y generar fuego. Si metal es quien se encuentra en exceso, la madera deberá entrar en actividad para permitir la generación de tanto fuego como sea posible para que éste funda al metal y se restablezca el flujo armonioso de energía. Pero si el agua es el elemento en exceso, la madera nuevamente tendrá que redoblar esfuerzos

para generar fuego y este a su vez cenizas que puedan estancar el agua y terminar con su actividad precedente.

Esta segunda relación nos invita a entender el proceso de cambio no como un movimiento estático y sin actividad, sino como un movimiento que repercute en la actividad de otros elementos para entender así que el cosmos es una unidad que funciona como tal para la preservación del principio de vida.

Ahora bien, veamos y entendamos cual es la tercera relación que se establece entre los cinco agente para continuar con la vida en el planeta (figura 3.). Esta relación es la llamada relación de contradominancia la cual es la última opción que tiene el espacio para preservar su unidad (Campos, 2011). Cuando los elementos que tienen la función de dominar al que se encuentra en exceso no tiene la suficiente fuerza para romper con la condicionalidad se genera un proceso de contradominancia que significa que el que está en exceso influye directamente en el elemento que está tratando de apaciguarlo. Veamos el esquema antes de continuar:

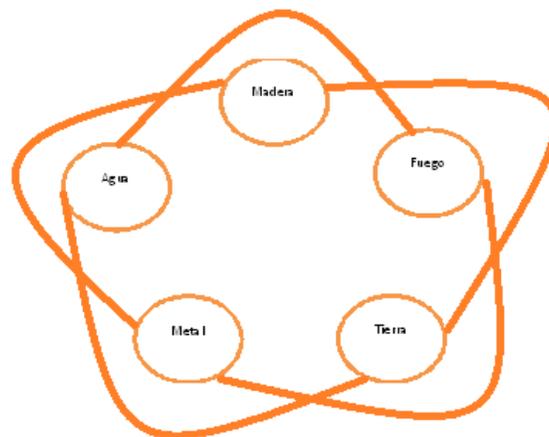


Figura 3. Tercera relación de contradominancia.

En esta relación, madera contradomina al metal, el metal no es lo suficientemente fuerte para dominar a la madera. El exceso de madera, además de contradominar al metal, también compromete la actividad del fuego al no dejar que madera se

transforme en fuego; asimismo, la actividad del agua se verá igualmente afectada ya que si metal no es tan fuerte como para acabar con su exceso, el agua tendrá que verse forzada para poder alimentar la excesiva madera que está presente. Sin embargo, aunque madera haya atacado a otros elementos y se vea como la más fuerte en ese momento, su actividad terminará por desgastar su *qi* y se verá en la necesidad de entrar a un proceso degenerativo. Su excesiva actividad no dejó dar paso al descanso y a la reserva de energías, se desgastó tanto que ahora ya no hay vuelta atrás; su proceso degenerativo marcará el camino a seguir. Lo mismo sucederá con los demás elementos que contradominen.

Estas relaciones entre los cinco agentes nos permiten conocer nuestro cosmos, la actividad que se genera al interior de este; no obstante, esta misma línea nos puede ser de gran ayuda para conocer lo que sucede al interior de nuestro cuerpo, conocer como es la ruta de construcción de una enfermedad crónico-degenerativa y la oportunidad que hay o no de revertir el proceso.

Los agentes de cambio al interior de nuestro cuerpo son el corazón, los pulmones, el hígado, el bazo y los riñones. Estos órganos igualmente que los elementos trabajan como unidad y según como se relacionen establecerán un curso en el proceso de cambio del ser humano (Campos, 2011). Tenemos que cada órgano está relacionado con un elemento, su actividad de ambos estará en constante interacción y las relaciones entre ellos serán las mismas que acabamos de mencionar; es decir, entre los órganos habrá relaciones de intergeneración, dominancia y contradominancia, la alteración de un órgano podrá alterar la actividad de los demás, esta alteración de la ruta de viaje energética dependerá del nivel de complejidad que haya alcanzado el espacio.

En el último nivel de relación, el órgano y el elemento que esté en exceso perderán su *qi*, afectarán a los demás órganos y/o elementos y se empezará a gestar un padecimiento crónico degenerativo.

La relación de cada órgano con su elemento queda de la siguiente manera: a madera le corresponde el hígado al ser este quien administra la producción de

sangre, distribuyendo la cantidad adecuada para que el cuerpo pueda desarrollar sus actividades, la madera junto con el hígado dan la vitalidad necesaria para tener un coraje por la vida. Al fuego le corresponde el corazón quien es el responsable de la circulación de la sangre, esta circulación por donde fluye la vida, el fuego junto con el corazón hacen que el calor de la vida siga ardiendo. A la tierra le corresponde el bazo quien digiere y asimila los nutrientes de los alimentos, la tierra junto con el bazo asimila en donde están parados y se construye un enraizamiento con la vida. El metal está en relación con los pulmones quienes son los responsables de desechar lo que ya no le sirve al cuerpo humano y proveerle de energía pura y útil para el cuerpo, el metal junto con los pulmones se encargan de limpiar nuestro espacio. Por último, al agua le corresponden los riñones quienes son los contenedores de la energía vital del ser humano, al ser ellos quienes producen el semen y controlan la menstruación, ambos creadores de vida, el agua junto con los riñones permiten la vida del ser humano (Campos, 2011).

Además de los órganos y elementos que conforman la vida del cuerpo humano están los sabores que se relacionan con cada uno y que permiten conocer la totalidad de nuestro microcosmos. En este sentido tenemos que a la madera/hígado le corresponde el sabor ácido, a fuego/corazón el sabor amargo, a la tierra/bazo el sabor dulce, a metal/pulmón el sabor picante y a agua/riñón el sabor salado. De esta forma, al conocer el sabor de preferencia del individuo podremos conocer cuál es el elemento u órgano que se encuentra en exceso de actividad y cuál es la ruta de viaje de la energía que está condicionando en su interior.

Hasta aquí tenemos que la vida del cuerpo humano está relacionada tanto con procesos que pasan al exterior, en nuestro macrocosmos como con procesos internos relacionados con nuestros órganos; sin embargo, el hecho no termina ahí, el conocimiento de nuestro cuerpo y de la gestación de padecimientos también tiene que ver con los procesos emocionales que sufre o vive el ser humano.

Una emoción puede alterar la actividad de un órgano o a la inversa, un órgano puede alterar los procesos emocionales. De la misma forma que los elementos y los órganos, las emociones tienen que tener un movimiento continuo y cíclico que permita el viaje energético sin interrupciones ni bloqueos ya que si la emoción se encuentra en dominio se podrían presentar las relaciones de intergeneración, interdominancia y contradominancia para la preservación de la unidad. Pero tenemos que poner explícito que una emoción puede llegar a la última opción de contradominancia y gestar un padecimiento crónico o degenerativo. Estos últimos pueden ser causa de una emoción en dominio y no solo, como dicen los mecanicistas, fruto de la misma fisiología. El padecimiento provocado por la emoción dependerá de la relación en la que se encuentre.

En este sentido, la relación órgano-emoción queda de la siguiente forma: madera/hígado/ácido le corresponde la ira, a fuego/corazón/amargo le corresponde la alegría, a tierra/estómago/dulce le corresponde la ansiedad, a metal/pulmón/picante le corresponde la tristeza y por último a agua/riñón/salado le corresponde el miedo. Observando una parte de estas relaciones podremos conocer lo que está pasando con el todo, con la unidad.

Estas dos teorías, la teoría del yin-yang y la teoría de los cinco elementos serán una herramienta útil a lo largo de la explicación de la propuesta del Doctor Sergio López Ramos, estas teorías ayudarán a darle un giro distinto a nuestro cuerpo y a la ruta de construcción del proceso salud-enfermedad.

Como aporte a esta nueva forma de entender el cuerpo humano se incluirá el aspecto social y geográfico en el proceso de construcción corporal de la salud enfermedad. En este sentido, tenemos que el organismo es fruto de un desarrollo orgánico y emocional que se gesta según la época y la geografía que se encuentre en el lugar donde vivimos.

Las características podrán generar ciertos estados de ánimo que tendrán repercusión en nuestro interior. Tenemos que las emociones se han conjugado en el cuerpo de acuerdo con la historia social, familiar y personal.

Una emoción puede ser expresada o guardada de acuerdo al matiz social que se tenga; es decir, si es aceptada o no, si está considerada dentro de la norma o si es tomada como positiva o negativa en la sociedad de su tiempo. En el espacio familiar, una emoción puede ser aprendida, la emoción puede ser parte de la construcción que ha tenido la madre o el padre y que ha sido heredada al hijo pero ¿Cómo se da esta herencia? Se da a través de los alimentos, de las reglas o normas establecidas en casa, de la forma de amar u odiar a los demás que prevalece en el hogar. En cuanto a los alimentos, cuando el niño nace no elige qué quiere comer, la madre elige por él y elige lo que a ella le agrada, la comida puede tener sabor predominante ya sea dulce, salado, ácido, etc. y este sabor nos puede indicar sobre el proceso emocional que la madre ha construido a través de su historia de vida y que en este momento está heredando a su hijo. El niño crece con la elección determinada, los regaños en cuanto a la forma correcta de sentarse, de reaccionar ante los demás, de qué actitud tomar ante la vida van generando en el individuo una condicionalidad interna determinada y van haciendo de su vida una prolongación de su cuerpo social inmediato.

En el plano personal, una emoción puede ser generadora de confusión, confusión en el sentido de que puede ser parte del choque entre lo que se desea y lo que se impone. Cuando el individuo se concientiza de su realidad y se da cuenta de que eso no es lo que ha elegido, sino que lo que está viviendo ha sido fruto de la elección de los demás puede generar un sentimiento que se exalte y genere a su vez una alteración en la ruta de viaje al interior o puede suceder que esa concientización de su condición lo lleve a un trabajo corporal y con esto a una nueva ruta de construcción interna que le permita una mejor calidad de vida.

En esta línea, las emociones expresadas en el cuerpo humano tienen una construcción derivada del contexto social, familiar y personal. Expresión que puede detonar en una sintomatología o en un padecimiento crónico-degenerativo.

Siguiendo a Campos (2011), los estilos de vida del país o de la familia en la que se vive detienen el proceso de cambio y el flujo continuo de energía que el cuerpo necesita para vivir, pues lo que pasa al interior es fruto de una prolongación social

del pasado, el movimiento del macrocosmos y microcosmos va desfasado y esto es una alteración al movimiento interno de cada ser humano. ¿Por qué se da este desfase? Se da por la prolongación de los deseos de las personas de épocas anteriores, estos deseos no son parte de nuestro tiempo, no son deseos propios y esto lo que genera es una presión interior que demanda otro movimiento para poder preservar nuestra unidad, es una demanda social que se le hace a nuestro cuerpo y cualquier demanda, como sabemos genera un conflicto, conflicto que mueve nuestro cuerpo y le hace tener una perturbación en el flujo continuo de energía.

Con el enfoque mecanicista, nuestro cuerpo sufrió un abandono terrible pues esta forma de ver la realidad demandaba cada vez más una fragmentación, entre más aislado estuviera el objeto de estudio mejores resultados tendríamos. Se nos enseñó a ver la naturaleza por un lado, el corazón por otro, el intestino por otro y la alimentación por un lado más alejado, además de confiarle nuestra salud o en el peor de los casos nuestra enfermedad a una sola persona, al médico, el cual tenía solo que decir qué parte de la cadena teníamos que romper para detener el camino de la enfermedad. No importaba si nosotros conocíamos nuestro propio cuerpo; eso era responsabilidad de otros, ya sea el médico, nuestros padres o cualquier otro; conocerlo, hacernos responsables o conocer quién y cómo trataban nuestro cuerpo; eso no era importante, había más cosas de las cuales preocuparnos y ocuparnos.

El estudio de cualquier “cosa” de la realidad se fragmentó, se creó la especialización y con esto el desconocimiento de muchas cosas; pues ahora, el estudio de mi cuerpo era tarea sólo del médico o del especialista, lo que nos tocaba a nosotros era la ignorancia de lo que sucedía a nuestro interior. Esto nos trajo al nivel en el que estamos ahora, un nivel que ruega un cambio de visión.

Esta forma de apropiación que hicimos de la realidad está demandando auxilio, nuestro cuerpo se siente cada vez más abandonado, no se siente fruto de un espacio y un momento concreto propio, está reclamando la vida y en este

reclamar está gestando padecimientos crónico – degenerativos que la medicina alópata no ha podido explicar.

Esta situación que estamos viviendo hoy día es la impulsora de la propuesta del Doctor López Ramos, una propuesta que nos invita a una reflexión más profunda sobre el flujo de construcción que tiene nuestro planeta y por supuesto nuestro interior, una explicación que da respuesta a estos nuevos padecimientos crónico-degenerativos que están incrementando las tasas de mortalidad en nuestro planeta.

El padecimiento en esta propuesta se entiende como la ruptura del equilibrio en la unidad órgano-emoción. Ruptura en la que participan nuestras emociones y por supuesto el contexto histórico, social y geográfico del lugar y de la época en la que vivimos.

En este sentido, tenemos que el cuerpo social es quien establece una normatividad corporal que se encargará de alterar la actividad normal de nuestros órganos y emociones creando otro patrón de cambio y elaborando de la misma manera una memoria artificial (Campos, 2011).

Esta memoria artificial se gesta cuando el ser humano es limitado en la frontera hacia dónde mirar, hoy en día el cuerpo social dicta lo que es y no aceptable de observar y de creer. El deber ser sale a la luz y obliga a nuestro cuerpo a encajar en los estilos de vida determinados, estas demandas sociales muchas veces chocan con lo que queremos y nos sobrepasan al extremo de no poderlas cumplir. Esta falta que se comete crea un vacío interior, el ser humano se olvida de su interior y de su relación órgano-emoción; se concentra solo en preservar los patrones del cuerpo social los cuales estarán alimentando nuestra memoria artificial que tendrá repercusiones como ya lo vimos en nuestro cuerpo individual.

El contexto social es quien demanda actividades y actitudes determinadas ante la vida, aunque estas actitudes y demandas no sean las correctas o las esperadas realmente o sean las mismas que tenían nuestros abuelos en el pasado y que no corresponden a nuestro tiempo. Esta situación hace que el cuerpo social domine

las redes de cooperación interna pero tenemos que hacer la aclaración que este cuerpo social del que somos partícipes no tiene una preocupación contundente con nuestra vida interna así que ya nos podremos imaginar lo que sucede al interior, sucede un desfase entre lo social y lo corporal fruto de esta misma despreocupación y fragmentación de la realidad.

Esta memoria artificial es la que no deja ver al sujeto algo más allá de lo que vive, las costumbres, las tradiciones ya sean físicas y/o actitudinales se vuelven parte de la cotidianidad y no dejan al sujeto ser consciente de su cuerpo y de la realidad en la que vive ya que esta concientización es la que permitiría que su movimiento interno se construya en armonía con su movimiento externo, sabría en donde está atrapado y cuáles son los nudos que hay que deshacer para dejar que en su interior haya una ruta de viaje energética armoniosa. Esta memoria artificial de la que hablamos es la que gesta nuevas redes de cooperación interna que muchas veces culmina en un padecimiento crónico-degenerativo.

La unidad órgano-emoción no acepta ninguna imposición basada en el éxito y la competencia, por esta razón se defiende gestando un padecimiento psicosomático. Esta imposición desplaza la vida emocional, el sujeto se ve en la necesidad de callar y guardar lo que siente y piensa generando así un vacío espiritual, un olvido interior y una convivencia basada en la simulación.

Este silencio es el causante de que una emoción se exalte o de que un órgano se desgaste y se construya así un nuevo movimiento interno. Generalmente estas emociones y estos padecimientos se van acrecentando dependiendo de lo que se haya vivido en su espacio familiar, social y cultural. Sin embargo, es posible cambiar esta condicionalidad establecida al interior, esta prolongación de nuestros padres o abuelos... ¿Cómo? Siendo conscientes de nuestra realidad, saliendo de la cotidianidad y de la condicionalidad establecida en nuestro interior.

En este sentido, como menciona el autor al que se ha seguido (Campos, 2011) para entender el proceso psicosomático debemos ir a la comprensión del tiempo que nos ha tocado vivir. A partir de esta comprensión podremos conocer, con

ayuda de la teoría del yin-yang y de los cinco elementos, la ruta de construcción corporal del proceso salud-enfermedad.

Lo único que hace falta es que nos sensibilicemos ante los movimientos sutiles de las emociones para así abrir nuestra memoria corporal, hacernos conscientes del nivel de desarrollo que hemos logrado y elegir si enfrentar o ignorar eso que la vida nos pone ante los ojos.

2. MODELOS DE EXPLICACION DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

A lo largo de la historia se ha tenido la preocupación por definir lo que es la salud y la enfermedad llegando hasta ahora con infinidad de definiciones. En cada época, en cada cultura, en cada país se ha tenido una concepción diferente, definiciones que no pueden ser descartadas e invaloradas en este momento debido a que tenemos que tener presente que esas definiciones tuvieron lugar en culturas y sociedades diferentes a la nuestra y con una política, ideología y manera de ver el mundo y al ser humano diferente a la que prevalece en la actualidad. Cada concepto tiene un trasfondo que no puede ser dejado de lado.

En los idiomas latinos “salud” deriva del latín *saluus*, que a su vez se relaciona con el griego *hólos*, que significa “todo”, además la palabra “salud” mantiene una relación etimológica y semántica con la palabra “salvación”. De este modo, la etimología hace referencia a una condición ideal “total”.

Para los habitantes de Mesopotamia la enfermedad se entendía como antónimo de salud y el significado que tenía era una suerte de castigo por haber cometido una falta en la vida. Como menciona Guerrero (2008) la salud dependía de la intención de los Dioses y los signos de una enfermedad la revelación de una mala conducta. Por otra parte, en Egipto la salud y la enfermedad eran condiciones inherentes a la condición humana, éstas solo eran manifestaciones de un drama metafísico originado por causas externas. Entre los dos extremos, la vida y la muerte, la salud estaba subordinada a la interacción armónica de las fuerzas de la materia y del espíritu, en este sentido, la gravedad de la enfermedad dependía del grado en que la armonía era trastocada, esto en palabras del autor mencionado anteriormente. Para los incas las enfermedades era la voluntad de alguna deidad maléfica, era causa de un contacto descuidado con alguna de estas deidades.

Hace varios siglos, había personas que dieron ideas de cómo entender este concepto de la salud y la enfermedad que nos comprometía a nosotros los seres humanos. Por un lado esta Alcmeón de Crotona quien decía que la salud del

cuerpo dependía de un equilibrio y armonía entre fuerzas húmedo-seca, frío-caliente, amargo-dulce, etc. donde la prevalencia de alguna de ellas era la que ocasionaba la enfermedad, siendo así, la clave del tratamiento a los padecimientos estaba en proveer la acción de la fuerza contraria de la que había sido la causa de la enfermedad. Casi en la misma línea se encuentra Empédocles al creer que el amor y el odio son aspectos esenciales para la presencia de una enfermedad, el predominio de una sobre la otra era la causa de la alteración de la salud así como también la manifestación de un desequilibrio en la armonía de los cuatro elementos: fuego, aire, agua y tierra. Aristóteles confiere su concepción a la interacción armoniosa entre lo divino y lo humano, el cuidado de una interacción armoniosa entre las fuerzas de la materia y del espíritu era cuestión primordial para una condición de salud. Para los estoicos el universo era el que disponía que los hombres enfermaran, por tanto no se debía de hacer nada para que esa persona superara la enfermedad, al aceptar lo que la naturaleza mandaba se está cuidando la salud y la armonía del universo.

Antes de entrar a otras perspectivas, me gustaría cerrar esta parte con una de las frases célebres de Platón (469-399 a. C.):

“Nunca intentarás curar el cuerpo sin curar el alma, ésta es la razón por la que los médicos de la Hélade desconocen la cura de muchas enfermedades, pues ignoran el todo, que también debe de ser estudiado. Este es el gran error en nuestros días en el tratamiento del cuerpo humano: los médicos separan el alma del cuerpo”.

En muchos de los conceptos que se tenían anteriormente de lo que es salud se ve que este concepto va de la mano con lo que es la enfermedad, en muchas ocasiones es prácticamente imposible marcar los límites entre la concepción que se tiene de cada una de ellas. Sin embargo, cabe mencionar el concepto que da la Organización Mundial de la Salud y la Real Academia:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo de la ausencia de enfermedad o dolencia” y “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” respectivamente. En estas definiciones se trata de dar un

sentido más amplio al ser humano al no aceptar la salud como la simple ausencia de la enfermedad sino de considerar el lado psicológico y social de la persona como parte de la salud concedida al mismo. Muchas personas, partiendo de las definiciones que se nos dan, utilizamos el término “bienestar” para referirnos a un estado óptimo de salud; no obstante, la ausencia de enfermedad es solo una condición para decir que realmente estamos sanos.

Para otros la salud es una estrategia de supervivencia ya que el estar sano y asociado con la propia especie confiere una ventaja para la supervivencia, en esta misma línea, el estar enfermo significa entonces una dificultad para conseguir perpetuar su estructura genética (Dossey, 1986).

En el afán de dar una explicación a lo que es la salud y la enfermedad y a la forma en cómo decir si algo puede ser considerado enfermedad o no se han diferenciado dos tipos de definiciones o explicaciones, unas son definiciones neutralistas y otras son definiciones normativistas. La explicación e investigación presentada a continuación fue realizada por Sánchez (1998):

Las definiciones neutralistas son las que suponen que la definición de la salud y la enfermedad es una cuestión científica empírica que se puede resolver sin recurrir a juicios de valor, afirman que existen datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos identificables como patológicos independientemente del contexto sociocultural.

Los que defienden este marco conceptual definen a la enfermedad como una desviación excesiva de la media, tanto por exceso como por defecto; sin embargo, hacer esta acepción nos remitiría a preguntarnos si ser demasiado inteligentes o demasiado “burros” (como comúnmente se dice) es signo de enfermedad. Ante esto algunos autores como Christopher Boorse retoman la idea de la evolución biológica en circunstancias ambientales a la hora de armar sus conceptos, este autor concibe a la salud como “el funcionamiento del organismo según el proyecto establecido por la selección natural” y la enfermedad como “el impedimento en las

funciones típicas de una especie en particular”. De la misma forma Kass considera que la salud es una norma natural, reconocible en el hombre y en los animales y que se manifiesta en el buen funcionamiento del cuerpo de acuerdo con lo que constituye la excelencia de su especie. Otro autor neutralista es William Bechtel quien llegó a decir que “la salud comprende aquellas características que hacen a un individuo apto para los intentos de propagarse a sí mismo o a la propia cultura, cuando se juzgan contra una variedad de fuerzas de selección, y la enfermedad es todo lo que interfiere con esa adaptación”.

En cuanto a las definiciones normativistas, éstas mantienen que la salud y la enfermedad son conceptos inevitablemente cargados de valoración sobre lo deseable, lo útil o lo bueno, según este marco la enfermedad solo puede ser definida con precisión en el marco ideológico de una cultura particular. Ciertos estados pueden ser calificados como patológicos sólo porque en esa cultura son vistos como malos o indeseables, aunque aceptan que muchos de ellos pueden ser vistos como indeseables en casi todas las culturas ya que en la mayoría estarán muy de acuerdo en lo que estiman como malo (el dolor, la pérdida de fuerza, la pérdida de libertad, el riesgo de morir, etc.). En este sentido, Engelhard dice que “lo que la medicina trata es un manojito de problemas basados en la fisiología o en la psicología pero son identificados como problemas porque impiden la realización de ciertas funciones humanas particulares”. Igualmente, C. Culvert y B. Gert afirman que lo importante en la definición de la enfermedad no es la alteración objetiva sino la percepción cultural de que esa alteración es un mal.

Si siguiéramos dando más definiciones llegaríamos a la conclusión de que hay un sinnúmero de ideas que llegan a darnos mucho y nada de lo que es la salud-enfermedad. Hay definiciones que se restringen a lo corporal diciendo que la salud es un estado de bienestar físico y de silencio de los órganos, definiciones que incluyen factores psíquicos, otras que incluyen aspectos sociales diciendo que es la capacidad para llevar una vida socialmente productiva o al menos para poder desempeñar un papel social, hay también definiciones que se suelen llamar

ideales o utópicas al reconocer todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluidas las realizaciones espirituales. Varios movimientos ideológicos han tratado de dar definiciones holísticas, las prácticas médicas que se denominan “holísticas” tienden a concebir a la salud como un estado maximalista de integración armoniosa de todas las dimensiones del ser humano (fisiológico, psicológico, social, medioambiental y espiritual).

Quizás no se pueda llegar a definir lo que es la salud o la enfermedad de manera clara tomando la dimensión del ser humano; sin embargo, las aportaciones de todos y cada uno de los autores significaron un gran paso en el terreno de la medicina y también de la psicología al marcar el camino de los métodos de acción en cada una de las áreas. Estas definiciones, como se mencionó anteriormente, no pueden ser rechazadas ni criticadas seriamente debido a la aportación que en su momento hicieron, es evidente que algunas de ellas se quedan muy limitadas por la complejidad que ha tomado la sociedad y el mismo cuerpo humano. Leyendo las definiciones al margen de la realidad pueden llegar a ser aceptadas y comprendidas de manera muy clara; no obstante, me parece que estamos ávidos de una definición que englobe todo lo que el ser humano y su universo significan; aunque esta tarea sea un gran reto a vencer.

Las definiciones pueden tomar un color diferente dependiendo del contexto en el que se utilizan y de la perspectiva que se adopta. En este sentido, tenemos diferentes miradas desde donde abordar el proceso salud-enfermedad:

Perspectiva cultural: Esta perspectiva hace alusión a aquellas enfermedades que son concebidas como tal por una cultura en particular. Toman en cuenta en las personas una serie de interpretaciones y actitudes que inducen a vivir las enfermedades de una determinada manera. El estar sano es sentirse bien y ser capaz de adaptarse a las formas de vida culturalmente aceptadas; esta forma de ver la salud y la enfermedad puede chocar con otras perspectivas, para esto me parece oportuno citar a Sánchez (1998) “los médicos diagnostican las

enfermedades objetivas, pero los enfermos padecen y necesitan ser comprendidos, en sus dolencias subjetivas”.

Perspectiva sociológica: los adscritos a esta perspectiva entienden la salud de los individuos como un estado de funcionalidad eficiente dentro de un papel social. T. Parsons (Sánchez, 1998) describió el papel del enfermo en nuestra sociedad occidental como:

- El enfermo queda eximido de las obligaciones normales de su papel social (siempre que este legitimado para ello por un médico o por unos criterios médicos).
- El paciente no es responsable de tener una enfermedad y no puede curarse por sí mismo (necesita ser cuidado).
- El paciente debe de reconocer que su estado es indeseable y debe intentar superarlo.
- El paciente debe de buscar la ayuda médica técnica competente y cooperar con ella.

Perspectiva económica y política: ésta hará ver que la salud es un bien económico; en la política, la salud será concebida como el fundamento de la libertad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política, es así como la OMS reconoce que “la salud de todos los pueblos es fundamento para el logro de la paz y la seguridad”.

Perspectiva antropológica-filosófica: aquí puede entenderse la salud como un estilo de vida autónomo y responsable, o como una capacidad de realización de los valores más específicamente humanos. En este contexto, Lain Entralgo define la salud como: “habito psicoorgánico al servicio de la vida y de la libertad de la persona; y consiste tanto en la posesión de esa normalidad como en la capacidad física para realizar los proyectos vitales de la persona en cuestión” y Diego Gracia

la define como “la capacidad de posesión y apropiación del cuerpo, que es lo contrario de esclavitud y servicio”.

Perspectiva biomédica: la salud es definida como “ausencia de perturbación en las funciones vitales, como ausencia de síntomas, ausencia de lesiones anatómicas, ausencia de alteraciones funcionales, ausencia de agentes nocivos o ausencia de análisis anormales. En palabras de Valencia (2007) “los seres vivos agresivos al organismo humano, bajo ciertas condiciones, crean un desequilibrio en el organismo a favor de los agentes agresivos y así es como se produce la enfermedad”. La explicación que se da bajo este modelo es que si el agente está en gran cantidad o si es especialmente agresivo favorece la aparición de la enfermedad y si el huésped está bien alimentado, facilita la salud y en medio de estos dos puntos externos se podrían dar unas combinaciones que permitirían uno u otro estado, enfermo o sano. Al ser el modelo prevaleciente en la actualidad es importante darle un espacio a parte.

2.1. Modelo Biomédico

Antes de centrarnos en el modelo biomédico propiamente dicho, es interesante dar un breve bosquejo de lo que se creía en la antigüedad en cuanto a la relación mente-cuerpo.

Hace mucho tiempo, la mente y el cuerpo eran considerados una unidad, los que decían esto creían que las enfermedades surgían cuando los espíritus malignos entraban al cuerpo y para solucionarlo debían de ser exorcizados a través de un tratamiento llamado trepanación. Se tiene evidencia de este tipo de prácticas gracias a los arqueólogos que han encontrado cráneos de la era de piedra con pequeños orificios, los cuales probablemente fueron hechos con herramientas puntiagudas hechas con piedra. Como menciona Kaplan (1975) (citado en Taylor,

2007) la trepanación permitía a los malos espíritus abandonar el cuerpo mientras el doctor o chaman realizaba el ritual para tratarlo.

Taylor (2007) también menciona que los griegos identificaron el rol del funcionamiento corporal dentro de la salud y la enfermedad. Ellos creían en la teoría humoral más que en los espíritus malignos como los causantes de las enfermedades. Esta teoría humoral fue primeramente expuesta por Hipócrates y más tarde por Galeno sosteniendo que las enfermedades surgían cuando los cuatro fluidos circulantes del cuerpo: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas se encontraban en desequilibrio, se creía que existían tipos específicos de personalidad, los cuales estaban en relación directa con los temperamentos corporales en los cuales cada uno de los cuatro humores predominaba. Es así como los griegos creían que factores propiamente corporales eran las causas de los padecimientos sin olvidar que estos factores podían tener un impacto sobre la mente. Esto cambió para la época del Medioevo ya que el misticismo y la demonología volvieron a tomar un papel esencial para la explicación de las enfermedades, ahora éstas son consideradas como castigo de Dios por actos malvados, menciona el autor que las curas generalmente consistían en sacar al demonio a través de la tortura del cuerpo.

Ya en el renacimiento e incluso hasta la actualidad se han logrado importantes avances en la cimentación tecnológica de la práctica médica. Entre ellos están los trabajos de Anton van Leeuwenhoek con el microscopio y los de Giovanni Morgagni con las autopsias, ellos dos sentaron las bases para rechazar la teoría de los humores como base para la explicación de las enfermedades. Esta teoría humoral fue prácticamente destituida gracias a la ciencia de la patología celular. Como resultado de esto, la medicina se acercó cada vez más a los laboratorios médicos y a los factores corporales más que a la mente como base para un progreso médico (Kaplan, 1975, en Taylor, 2007).

Para romper con las supersticiones del pasado, la concepción dualista mente-cuerpo fue fuertemente reforzada hasta lograr que el médico fuese el guardián del cuerpo y que los filósofos y los teólogos los guardianes de la mente. Los médicos se enfocaban principalmente en los cambios orgánicos y celulares y en la patología, como base para sus inferencias médicas, la evidencia fisiológica se convirtió en la base sólida para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (Kaplan, 1975, en Taylor, 2007).

Uno de los grandes en el estudio de esta dualidad mente-cuerpo fue Descartes quien estableció un nuevo modelo explicativo, no solo del cuerpo humano sino del universo entero desde una epistemología racionalista.

Antes de comenzar veamos quien fue René Descartes (1596-1650).

Nació en el pueblo francés de La Haye, una localidad de la Touraine, en el ámbito de una familia económicamente acomodada y socialmente prestigiosa, pues en ella había juristas y militares. De niño se mostraba muy curioso y reflexivo pero era tan enfermizo que en cualquier momento podía morir. Ante esta circunstancia su padre renunció a imponerle la carrera militar, cuando tenía 8 años de edad lo envió a un colegio de jesuitas en el que los largos espacios de ocio, concedidos debido a su debilidad física, favorecieron su tendencia hacia la meditación solitaria. En el año 1612 abandonó el colegio dedicándose al estudio de la ciencia y de la filosofía con una marcada vocación hacia las matemáticas. En 1617, tal como él mismo afirma, y a pesar de su decrepitud física, decidió alistarse en el ejército de Mauricio de Nassau para estudiar en el gran libro del mundo, años más tarde combatió junto a las tropas de Maximiliano de Baviera en la guerra de los Treinta Años. En los descansos entre las batallas aprovechó para meditar a cerca de la filosofía. Terminada la guerra marchó a Holanda, país en el que había mayor tolerancia y en el que vivió más de veinte años, aunque cambiando frecuentemente de residencia para que la proximidad de sus amigos y conocidos no le interrumpiera el poder seguir el curso de su meditación filosófica. Solicitado por la reina Cristina de Suecia, con la que había mantenido una correspondencia

intelectual, marchó a Estocolmo para vivir en la Corte, sin sospechar que al poco tiempo sería afectado por una pulmonía que lo llevaría a la muerte.

Las publicaciones más importantes de Descartes fueron: Discurso del método en 1637, Meditaciones metafísicas en 1641, Los principios de la filosofía en 1644 y Las pasiones del alma en 1649. El objetivo principal del pensamiento cartesiano fue consolidar la filosofía como un saber autónomo, es decir, buscó cimentar los presupuestos teóricos necesarios que permitieran considerar a la materia filosófica con un rigor similar al de las ciencias exactas (Ancochea, Antrás, Arbós, et. al., 1989).

Antes de Descartes no estaba extendida en el mundo Occidental la convicción de que los procesos naturales en general estuvieran relacionados con los números, con las matemáticas, es cierto que desde varios siglos atrás se habían empleado el razonamiento matemático para describir ciertos hechos pero la idea de que existiese una íntima relación entre los números y la naturaleza simplemente no estaba. Descartes fue el principal impulsor de esta ideología.

Para Descartes el universo era un todo ordenado, era un universo perfectamente ensamblado que se movía con toda precisión, como un reloj, y transcurría al compás de su tic-tac (Dossey, 1986). Sin embargo, el modelo cartesiano no solo proponía una nueva forma de ver al universo sino que también describía un modelo para el entendimiento del ser humano. Las características dadas al universo fueron extrapoladas también al cuerpo humano, cualidades de precisión, funcionamiento ordenado y una comprensión racional del mismo.

Para Descartes el hombre constaba de dos partes: mente (*res cogitans*) y cuerpo (*res extensa*) las cuales podían pensarse la una independientemente de la otra.

Su pensamiento lo llevó a considerar los cuerpos físicos como máquinas, todo fenómeno lo redujo a lo matemático-mecánico incluso nuestro propio cuerpo, Descartes separa radicalmente la mente y el cuerpo al considerar que la primera (mente o *res cogitans*) es fundamentalmente pensante y la segunda (*cuerpo res*

extensa) básicamente mecánica, con esto se hace imposible una comunicación entre ambas. Dentro de este esquema es imposible que las sensaciones físicas del cuerpo humano lleguen al alma y que los impulsos anímicos se transformen a su vez en actos físicos, más tarde esto lo resolvió dando la explicación de la glándula pineal como el puente entre la mente y el cuerpo.

En Descartes parece haber poca garantía de que un movimiento de la mente termine en un movimiento del cuerpo, es decir, del que yo desee levantar mi brazo, no sigue que el brazo se levante y si lo hago no hay evidencia suficiente para sostener que el deseo de levantar el brazo es la causa para levantarlo, puesto que puede que el levantamiento del brazo haya sido el resultado de movimientos particulares de mi propio cuerpo (Campos, 2011).

Como menciona Dossey (1986) la formulación cartesiana conducía a considerar que el cuerpo reflejaba las características maquinoides del propio universo: cuerpos maquinoides habitantes de un mundo maquinoide. La enfermedad surgía como manifestación de un desorden en el mecanismo; no obstante, las ideas de Descartes significaron un gran paso en materia de ciencia, en el conocimiento del propio cuerpo humano, la ciencia estaba despertado y buscando caminos que orientaran el estudio de lo que se pretendía, Descartes propuso uno de esos caminos y hasta hoy su modelo sigue dando luz a muchos de los profesionales de la salud. Dossey (1986) menciona que el enfoque cartesiano le proporcionó el mandato a la ciencia de examinar los cuerpos, de invadirlos incluso por medio de la disección anatómica. Ante esto la Iglesia no protestó en lo absoluto ya que como el cuerpo y el espíritu eran entidades separadas ningún daño podía sufrir el alma si lo que se diseccionaba no era más que el cuerpo. Según Engel (1977), la posición adoptada por la Iglesia fue en buena parte responsable del énfasis que dio la medicina occidental a lo anatómico y estructural.

El planteamiento de Descartes resultó ser muy claro e importante para la ciencia biomédica que apenas iba creciendo y para la Iglesia. Descartes dio la pauta para

que los científicos comenzaran a hacer investigaciones sobre el cuerpo humano y sobre los factores causantes de las enfermedades. La iglesia no se preocupaba porque esta manera de proceder de la ciencia biomédica no iba a afectar en nada en el alma, aspecto de lo cual ella se encargaba.

En este sentido es evidente que el planteamiento de Descartes fue en cierto sentido revolucionario al marcar una forma de estudiar al ser humano y al universo en general; sin embargo, hoy en día resulta ser un tanto obsoleto y limitado en el estudio y la práctica del cuerpo humano, estamos ante una realidad que nos demanda otro tipo de práctica médica y psicológica (la práctica psicológica no escapó a esta mirada cartesiana), otros modelos que permitan dar respuesta a los padecimientos y reacciones de nuestro cuerpo, modelos que den respuestas, no que incrementen las preguntas como en la actualidad lo hace el modelo cartesiano o biomédico. Las miradas que nos dejaron nuestros antepasados se nos están opacando, estamos en un momento en que los jóvenes de ahora tenemos la gran tarea de hacer cambios, cambios que enriquezcan a la sociedad y a la humanidad entera, cambios que dejen huella como lo hicieron los planteamientos de Descartes, Newton, Skinner, Darwin, etc., cada uno en su materia.

Siguiendo en la misma línea, el modelo cartesiano se convirtió en una forma de mirar nuestra realidad, el origen de las enfermedades se buscaba ahí donde se sabía cómo mirar, en el terreno de lo fisiológico. Como nos lo han enseñado, casi sin cuestionarlo hemos aprendido la idea de que las principales amenazas vienen del exterior. El éxito de los antibióticos en la erradicación de determinadas bacterias patógenas y la eficacia de las inmunizaciones en la prevención de ciertas enfermedades, son tal vez los factores principales que nos han hecho concebir toda enfermedad como algo que tiene su origen fuera del propio cuerpo humano (Dossey, 1986). De acuerdo con ello hemos diseñado estrategias para proteger nuestra salud de todo agente externo que nos pueda hacer daño y también estrategias médicas que ayuden a reparar el daño en cierta parte de nuestro cuerpo. Aquí entra la fragmentación que se ha hecho del cuerpo humano.

Preguntar porque el científico o el médico no ven la importancia de factores ambientales, psicológicos, económicos, políticos, etc. como parte del proceso salud-enfermedad del individuo es un tanto sin sentido al saber que ellos han sido “entrenados” y “sensibilizados” para ver el cuerpo y el mundo con ojos cartesianos.

El modelo biomédico fundamentado básicamente en el pensamiento cartesiano y que ha gobernado la práctica médica a lo largo de 300 años sostiene que la enfermedad puede ser explicada en las bases de procesos somáticos, tales como desbalances bioquímicos o anomalías neurofisiológicas. El modelo biomédico asume que los procesos psicológicos y sociales son independientes de los procesos de padecimientos físicos y explica la enfermedad en términos de mal funcionamiento biológico en lugar de reconocer una variedad de factores, de los cuales solamente algunos son biológicos y probablemente responsables del desarrollo de la enfermedad. La implicación del modelo biomédico asume el dualismo cartesiano mente-cuerpo, manteniendo al cuerpo y a la mente como entidades separadas, este modelo al entender al cuerpo humano como una máquina pone a la enfermedad sobre la salud, es decir, se centra en los factores que llevan a la enfermedad en lugar de centrarse en las condiciones que podrían promover la salud (Taylor, 2007).

Concibe a la enfermedad como resultado de la agresión de un agente etiológico a un organismo, un desajuste o falla en los mecanismos de adaptación del organismo. Este modelo fragmenta al cuerpo humano, dedicándose a la especialización de cada una de sus partes sin ir más allá de ese límite fisiológico que ellos mismos se marcan, el cuerpo humano sigue considerándose como una máquina. Para Descartes una persona sana era como un reloj bien hecho, en perfectas condiciones mecánicas de funcionamiento y una persona enferma era comparable a un reloj cuyas partes no estaban funcionando de la forma adecuada; de acuerdo con esta idea, la ciencia médica se ha limitado a intentar comprender los mecanismos biológicos implicados en las afecciones de las distintas partes del cuerpo y al proceder así han perdido de vista al paciente como ser humano, se ha

concentrado en fragmentos cada vez más pequeños desde los órganos y las células al estudio de las moléculas. Es así como en la ciencia biomédica, la visión cartesiana de los organismos vivos, considerados como maquinas construidas a partir de partes separadas sigue siendo el marco conceptual dominante (Capra, 1981 en Dossey, 1986).

Para ejemplificar estas explicaciones presentaré algunos fragmentos escritos por Lee Clark y Cumley (1987) en su capítulo 3 titulado “el organismo”:

“El cuerpo humano ha sido llamado con frecuencia la máquina más cercana a la perfección. Gran parte del misterio que rodea a las funciones de nuestro cuerpo se debe a una falta de conocimiento acerca de cómo operan las diversas partes de la máquina humana. Es cierto que muchos de los detalles del funcionamiento del organismo no han sido todavía descubiertos, pero cualquiera que tenga cierta idea de cómo trabaja un automóvil o una máquina de vapor también puede tener una clara comprensión de cómo opera el cuerpo. Los principios básicos son idénticos, pero el cuerpo es más complejo que cualquiera de las máquinas más sofisticadas que el hombre haya inventado. No solo puede remplazar muchas de sus partes a medida que se desgastan, sino que puede también hacer otras máquinas similares a él, y los seres humanos tienen conciencia, de la cual carecen las máquinas”.

“El combustible de la máquina humana consiste en el alimento que consume”.

“Parte del calor formado se pierde por la superficie del cuerpo, de modo similar a como se pierde calor de una máquina de vapor o de gasolina, pero otra parte puede desempeñar un trabajo útil. Los movimientos del cuerpo que son causados por la contracción de los músculos requieren de tal energía. Cuando llega la muerte, se interrumpe el abastecimiento de combustible y oxígeno y toda la máquina se detiene. Y como las partes de la máquina humana se deterioran con rapidez cuando se les priva de nutrición, la máquina no puede volver a funcionar”

Estos fragmentos son parte de la evidencia de que esta similitud, del cuerpo humano a una máquina, aún sirve de guía para las explicaciones que se nos dan en los libros que tratan del tema. Esta mirada es la que se nos enseña, la que marca cómo es que tenemos que concebir nuestros cuerpos, como una máquina y nada más que eso, aunque claro esté que no tiene mucha funcionalidad en nuestros días.

Las explicaciones de los médicos a los diferentes padecimientos versan sobre una misma línea, vemos la explicación que se le da a un resfriado común:

Se cree que la infección es de origen viral, los agentes causales del resfriado son los 30 tipos diferentes de rinovirus y los virus del tracto respiratorio, estos virus debilitan los tejidos y los hacen susceptibles a la infección por otros microorganismos. En cuanto al tratamiento se recomienda la ingesta de sprays faríngeos, gotas medicadas para la tos, inhalantes medicados, inyecciones para el resfrío o antihistamínicos. En el caso del cáncer de piel, la explicación médica es que es un continuo crecimiento de los tejidos de forma anormal y sin control que puede ser tratado quirúrgicamente, mediante irradiación con rayos X o con agentes quimioterápicos administrados en forma local (Lee Clark y Cumley, 1987).

Como podemos observar los tratamientos están dirigidos a atacar la parte afectada sin ver más allá, por este tipo de explicaciones y prácticas médicas se considera que el modelo biomédico es un modelo reduccionista al subyugar la enfermedad a células desorganizadas o desbalances químicos en lugar de reconocer el rol que juegan los procesos sociales y psicológicos.

Los médicos que manejan este modelo se ha encontrado con diversas interrogantes que no ha podido responder debido a la limitación que su propio enfoque les presenta, interrogantes que incluyen factores psicológicos de la mano con factores fisiológicos, por ejemplo: ¿Por qué la actitud psicológica en caso de un ataque al corazón influye en las posibilidades de supervivencia en la unidad de coronarias de un hospital?, ¿Por qué el grado de satisfacción en el trabajo juega

como un factor principal en la aparición de enfermedades cardíacas coronarias? o ¿Por qué los estudiantes de medicina con frías relaciones parentales y escasa capacidad de expresar sus emociones desarrollan cánceres mortales con un alto grado de incidencia?. Este tipo de información es algo que la práctica biomédica nunca ha interesado resolver, siempre ha tenido la inquietud de buscar información sólo en el mundo de la fisiología o de la biología molecular (Dossey, 1986)

Dossey nos muestra una lista de investigaciones que corroboran que el aspecto psicológico sí influye en los procesos patológicos, investigaciones que el modelo biomédico no cobijaría bajo su lógica imperante.

Veamos. En la universidad del estado de Ohio un grupo de investigadores estaba estudiando los efectos sobre los conejos de una dieta alta en grasas y en colesterol, al cabo de un tiempo se sacrificaba a los conejos y se examinaban ciertas arterias de su cuerpo en busca de alguna prueba evidente de arteriosclerosis. Los resultados de este estudio podían ser predichos de antemano ya que anteriores estudios habían arrojado a la luz que una dieta con un contenido alto en grasas y colesterol había de causar de forma regular alteraciones de tipo arteriosclerótico en el sistema arterial de los conejos. Pero en este caso los investigadores quedaron sorprendidos al comprobar que un grupo de conejos presentaba trastornos arterioscleróticos que eran inferiores a un 60% a los que presentaba el resto de la población sometida al experimento. Finalmente se descubrió la intervención de una variable inesperada que no había sido tomada en cuenta: los conejos que habían quedado menos gravemente afectados habían sido cuidados y alimentados por uno de los investigadores quien a lo largo del experimento solía sacarlos regularmente de sus jaulas, hablándoles y acariciándoles. Los biomédicos nunca habrían considerado tal posibilidad ya que la arteriosclerosis es una enfermedad vascular vinculada a los procesos moleculares que tiene que ser tratada en el campo de la célula.

En 1973 se hizo otro estudio en la Universidad de Massachusetts en cuanto a las posibilidades de supervivencia después de haber sufrido de arteriosclerosis coronaria. De acuerdo a los resultados el factor determinante principal para la supervivencia era la satisfacción en el trabajo y el segundo factor era lo denominado "felicidad en general". Siete años más tarde, se enseñó a practicar la técnica de Meditación Trascendental a un grupo de sujetos con altos niveles de colesterol en la sangre, posteriormente se les tomaron pruebas periódicas de sus niveles de colesterol en la sangre y se encontró que aquellos que habían practicado aquella técnica mostraban una disminución de un veinte por ciento en su nivel de colesterol.

Un estudio realizado en California sugiere una fuerte evidencia del papel que juegan en el mantenimiento de la salud las relaciones sociales de apoyo. Se realizó un seguimiento de 4700 hombres y mujeres durante 9 años estudiando sus diferentes tasas de mortalidad en razón de las distintas causas de fallecimiento. Los resultados obtenidos fueron que las tasas de mortalidad de los hombres significativamente más altas entre los no casados, también entre los hombres resulto ser más alta su tasa de mortalidad en aquellos menos propicios en hacer relaciones sociales con amigos o parientes y entre quienes no pertenecían a ninguna Iglesia. Entre las mujeres, el hecho de estar o no casadas no supuso ninguna evidencia pero el mantenimiento de relaciones de amistad intimas, la afiliación a alguna Iglesia o la pertenencia como miembro a algún grupo en general significó una mortalidad menor entre ellas.

Otros autores se preguntaban cómo es que la salud de un individuo puede afectar a la del otro teniendo como antecedente la información de que ciertos sucesos de desgracia en la vida del ser humano pueden influir en el curso y desarrollo de diversas enfermedades. En 1967 Holmes y Rahe trataron de estimar la capacidad relativa de alteración vital vinculada a diferentes tipos de desgracias concluyendo que la muerte del esposo o esposa era el acontecimiento singular más vitalmente alterante de cuantos ocurren en la vida. Estos autores descubrieron que el número

de células B y T no cambiaba tras la muerte del ser querido pero las células se comportaban de diferente forma, los dos tipos de linfocitos no respondían de forma apropiada al ser estimulados por determinadas sustancias químicas, en otros casos al ser éstas estimuladas proporcionaban inmunidad a la persona pero aquí parecía que las células también estaban enfermas. Este estudio menciona Dossey (1986) demuestra que la enfermedad es un fenómeno compartido que genera cambios en la salud de quienes nos rodean y nos muestra cómo la propia muerte no es un asunto privado sino que pone en movimiento una cascada de repercusiones en aquellos que nos aman y que lamentan nuestra pérdida.

Casos como estos y como otro que se presentará a continuación, que Dossey nos muestra en su libro, quedan sin explicación ante los ojos del modelo biomédico, son hechos que los médicos formados bajo esa perspectiva no aceptan de buena manera y tratan de evadirlos o darles alguna explicación que se adecue a lo que ellos manejan.

John era un paciente de Dossey de 65 años de edad que llegó al hospital a causa de un infarto de miocardio muy extendido, el señor estaba en el hospital acompañado de su esposa, él era el que recibía la atención médica mientras su esposa lo esperaba en la sala de espera. Un día el doctor fue llamado urgentemente para atender a una señora que tenía dificultades para respirar, al ir el medico se encontró con la sorpresa de que la persona que necesitaba la atención era la esposa de John. Al hacerle el chequeo médico correspondiente se dio cuenta que de la misma forma que John, la señora presentaba un infarto de miocardio. El autor menciona que el ataque al corazón de John se propago más allá de su propio cuerpo y aclara que este tipo de hechos desafían la concepción ortodoxa de la medicina molecular para la que un ataque al corazón es siempre un asunto exclusivo de un único corazón.

Estos estudios e investigaciones son pruebas fehacientes de que el modelo cartesiano se ha quedado limitado, dar explicaciones limitadas a hechos que

tienen un carácter tridimensional es un hecho un poco arriesgado ya que la atención queda un poco corta y se dejan muchos hilos al aire que bien pueden ser explicados de manera general o bien no pueden ser atendidos por aspectos teóricos, prácticos o metodológicos. Este modelo toma al cuerpo humano desprovisto de emociones, de sentimientos y valores reduciendo su naturaleza y teniendo limitantes para la explicación de sus padecimientos y afectaciones. Un modelo es un conjunto de creencias usadas para otorgar sentido a una determinada observación del mundo y gracias a las observaciones que acabo de presentar es evidente que necesitamos de otro modelo que dé respuestas a este tipo de hechos o padecimientos que se desarrollan constantemente en la actualidad. Me gustaría poner las palabras de Dossey (1986): *“este modelo de ser humano atraviesa hoy tiempos difíciles, por bien que haya servido a la ciencia en otros tiempos, hoy en día solo puede sustentarse desde una posición de máxima rigidez e inflexible dogmatismo”*.

Capra (1981) escribe en el prólogo de Dossey que necesitamos una nueva visión de la realidad debido a que los conceptos de la ciencia cartesiana ya no se adecuan a la realidad que estamos viviendo. Realidad que nos muestra cómo los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales son interdependientes, la explicación que se merece este nuevo mundo es imposible sacarla del modelo mecanicista, necesitamos otros lentes desde donde observar los fenómenos complejos que se presentan ante nuestros ojos y en nuestros cuerpos.

2.2. Modelo de determinación social de la enfermedad.

Varios autores han considerado la importancia de un cambio de paradigma ante la complejidad que la sociedad en general ha ido tomando. La falta de respuestas o el excesivo cuestionamiento ante ciertos aspectos del proceso salud-enfermedad ha sido lo que ha llevado a plantear, no sólo en México, la necesidad de contar con otras perspectivas o explicaciones del cuerpo humano y de todo lo relacionado a su constitución o construcción.

Para la década de los 70's los padecimientos que inquietaban la estabilidad del país sufrieron un cambio, en lugar de dominar las enfermedades infecciosas, los padecimientos crónico – degenerativos acapararon terreno. El paradigma biomédico entró en crisis por no dar respuesta a los principales problemas de salud que aquejaban a los países industrializados. Como lo reporta Laurell (1981), hubo en este periodo una disminución importante en las enfermedades infecciosas, como en la tifoidea y el paludismo que desaparecieron entre las diez principales causas, la viruela se erradicó; las tasas del sarampión, la tos ferina, la sífilis y la tuberculosis bajaron considerablemente. Por el contrario, hubo un aumento absoluto en las tasas y en el lugar que ocuparon dentro del cuadro patológico las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades del sistema nervioso central, la diabetes y los accidentes. Era evidente que la medicina clínica no ofrecía solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad.

Por esta razón es que otro tipo de explicaciones saltan a los ojos de las personas que no encontraban solución a su mal. Los curanderos, la herbolaria, la acupuntura resurgen como otra opción de explicación a los padecimientos de la población. Ellos dan la respuesta que la medicina alópata no da.

El modelo de determinación social del proceso salud enfermedad viene como otro punto de apoyo a aquel modelo que entró en crisis. Ahora se da una explicación un poco más global a los padecimientos, quitándole el trono a lo puramente biológico como causante de las enfermedades. Con este modelo se dice que el carácter social del proceso salud enfermedad se manifiesta empíricamente más claro a nivel colectivo que a nivel individual es por eso que la naturaleza social de la enfermedad no se ve solo en el caso clínico sino en el modo de enfermar y morir de los grupos humanos (Laurell, 1981). El momento histórico en el que el individuo está situado cobra importancia al ser quien determina en cierta forma el padecimiento de la población. Ahora como dice la misma autora la normalidad biológica no es posible fijarla al margen del momento histórico.

Sin embargo, los estudios bajo esta lógica intentan demostrar que algún factor social constituye un factor de riesgo de determinada enfermedad, es decir, parten de la suposición de que lo social actúa como cualquier factor biológico, teniendo una concepción tradicional de la enfermedad. Así mismo, el concepto de enfermedad se entiende como el resultado del desequilibrio en la interacción entre el huésped y su ambiente pero una vez establecido el desequilibrio, la enfermedad se trata de la misma manera que en el modelo biomédico. En este sentido, la explicación que se da es nueva, es otra, pero la forma de abordar clínicamente o prácticamente el problema es la misma. El cambio solo vino a nivel teórico porque la forma de solucionar los padecimientos fue la misma que se venía dando.

El modelo de determinación social permite describir las condiciones de salud de un grupo articuladas a las condiciones sociales del mismo. Es cierto que visualiza la problemática de modo distinto de cuando se hace con una visión cien por ciento biológica. Como sigue Laurell (1981), la historia social del individuo cobra importancia por condicionar su biología y determinar cierta probabilidad de que enferme de modo particular. El problema está en que esto se queda solo en el discurso y aun en él se sigue fragmentando la realidad.

La emergente «medicina social» latinoamericana buscó desde un comienzo distinguirse de la tradicional medicina clínica y la salud pública. Define a los grupos sociales o colectivos como su objeto de estudio y no como la suma de individuos aislados. Por otra parte, enfatiza el carácter histórico de los procesos sociales que determinan la salud y la enfermedad, asumiendo que entre ambas hay una relación dialéctica, de determinación e influencia recíprocas. Además, busca desarrollar metodologías que combinen lo cualitativo y lo cuantitativo desde un contexto histórico determinado, que trasciendan la perspectiva positivista y los enfoques «reduccionistas». El paradigma social considera a lo biológico también como un proceso y producto social, de modo que lo biológico y lo social no son externos entre sí. Es por eso que no se trata sólo de considerar la determinación

social del proceso salud enfermedad ya que éste, además de ser socialmente determinado, tiene en sí mismo un carácter social (More, 2009).

El mismo autor nos comparte que este modelo prefirió remplazar el concepto de “causa” por ser lineal, estático y determinista por un concepto más complejo, dinámico, probabilístico y no lineal, el concepto de “determinación”.

A continuación se presentan algunos estudios que dan cuenta de esta nueva explicación o de propuestas que han surgido para cambiar la forma de observar y abordar los procesos salud enfermedad.

En el caso de la antropología, escribe Beldarrain (2009) que los pobladores de algunas etnias no han sido estudiados desde el punto de vista de la antropología médica, que no se han constatado y evaluado sus ideas sobre la salud y la enfermedad, sus prácticas de sanación o sus costumbres, lo que se ha hecho son algunos estudios sobre la endogamia practicada entre ellos y de ADN pero que eso más bien corresponde a la antropología física. Menciona que la antropología médica se apoya en los datos históricos, describe y estudia los sistemas médicos tradicionales, clasifica, hace conceptualizaciones respecto a la salud, la enfermedad y la muerte pero que se ha detenido también en el estudio del simbolismo del cuerpo en relación con la forma como se convive con elementos naturales del entorno, ésta puede ser una iniciativa de ver al hombre vinculado a su naturaleza. También deja ver la importancia de estudiar la medicina tradicional que se practica o se practicaba en lugar de estudio y el enriquecimiento de incorporar elementos de medicina llamada “alternativa” a la medicina llamada “científica”. Concluye su artículo diciendo que el reto es el diseño y desarrollo de un nuevo paradigma donde se imponga el análisis holístico del fenómeno salud-enfermedad, tanto en comunidad, como fenómeno colectivo, como en las personas, como fenómeno individual.

Granados, Martínez, Ortiz, et. al., (2005) también consideran la medicina tradicional como fuente de trabajo para el proceso salud enfermedad. Uno de los argumentos que apoya a este tipo de estudio es que el conocimiento tradicional no saca al hombre de su estructura básica, no lo observa como un individuo sin interacción; sino que su estudio va dentro de todo su contexto social, su funcionalidad y sus alteraciones.

Debido a la importancia reconocida por muchos de las plantas medicinales y este tipo de medicina alternativa se tuvo la iniciativa de crear una disciplina llamada “etnobotánica” la cual pretende estudiar las relaciones entre el hombre y los recursos vegetales, aspectos biológicos, médicos, sociales, políticos, culturales, religiosos y económicos. Con esto, creen los autores que es más fácil acercarse a la idea que hombre y naturaleza se conjugan en una misma integralidad, donde la segunda provee al hombre de todo lo que necesita y donde el hombre provee a la naturaleza de cuidado, protección, recuperación y conservación de los recursos que ella le ofrece. Para ellos la propuesta es retomar el estudio de la medicina tradicional, que es muy diferente a la medicina biomédica hegemónica, como herramienta para el estudio de la salud y la enfermedad. Debido a la inconformidad del paradigma dominante uno de los autores escribe lo siguiente:

“He visto que la vida en el mundo y la medicina moderna se rigen por paradigmas rígidos, donde aprendemos a comportarnos y pensar de determinada forma. Así es como creo que nuestra posición de “curadores y científicos” no está en el contexto cultural, social, personal, espiritual que debería estar...”

En otro estudio Goldberg (2010) está interesado en analizar el proceso salud-enfermedad haciendo una comparación del sistema biomédico dominante en la sociedad receptora de origen de los migrantes senegaleses con sus conjuntos de saberes y prácticas que poseen desde su cultura de origen. Menciona que la situación de inestabilidad material, social, cultural y afectiva en el desarrollo evolutivo del proceso migratorio, que implica en sí mismo un problema de

adaptación ante la ruptura con el medio ambiente sociocultural de origen, son determinantes en el proceso de salud enfermedad en el sujeto. Los testimonios de los inmigrantes dan cuenta de la preferencia que tienen por el uso de plantas medicinales de su lugar de origen y del rechazo a los fármacos industriales provenientes de la biomedicina en el lugar de destino. A continuación un testimonio:

“Siempre he tenido, de joven, el estómago mal, ulcera. Lo que tomo más son hierbas, para mi es mejor que tomar pastillas. Son hierbas de plantas de África. Hace dos años estaba enfermo de mareos. Me mareaba todo el tiempo. Un día me fui a tomar un café con leche y comí un queso. Cuando regresé a mi casa empezaron los mareos y los vómitos. Y durante tres semanas estuve así. Tengo seguridad social y me fui al médico y me hicieron todos los análisis, de sangre, de todo. Pero no pudo curarme, él no me veía enfermo, no me encontraba nada. Me tomaba todas las pastillas que me daba pero nada, así que deje de ir al médico. Al final me mando mi madre unas hierbas y cuando me las tome en seguida se me pasó y me curé. Cuando estuve hace tres meses allí me traje de esas y otras hierbas. Aquí también hay bosque pero las plantas son diferentes. Cada árbol, cada planta, ayuda en algo, cada una cura, pero si tu no lo sabes, no lo sabes. Igual aquí, todo árbol, toda planta, cura algo, pero hay que saberlo. Cuando tengo problemas de ulcera y me duele el estómago tengo estas hierbas, me las tomo y ya estoy bien. A mí me gusta todo lo natural. Es un polvo que se prepara con té. También si te duele la pierna o lo que sea, tengo una pomada que sale de un árbol; me la pongo y ya está, en seguida se quita (Bebu)(Goldberg, 2010).

Los migrantes que sufren de estados psicológicos o emocionales alterables se identifican también con el tratamiento de la medicina tradicional de origen. Llegaron a la conclusión de que gran parte de los profesionistas biomédicos no tienen la capacidad teórica ni técnica para abordar los padecimientos de los migrantes donde es evidente que están implicados una serie de aspectos

psicológicos y socio culturales que determinan en gran medida los padecimientos orgánicos que presentan.

Por otra parte, Orfilia (2009) describe su plan de acción de la siguiente manera:

“La presente propuesta de un plan de acción en salud, se circunscribe en la necesidad de viabilizar la aplicación de estrategias de intervención temprana de promoción de la salud y estilos de vida saludables en los grupos de familias de las comunidades, toda vez que urge la necesidad de fomentar hábitos y estilos de vida sanos que se dirijan a consolidar conocimientos sólidos en las mismas con los cuales es posible proyectar los aportes de este plan de acción a los núcleos familiares de la comunidad objeto de servicio.

Las estrategias de intervención temprana constituyen una serie de actividades pedagógicas y andragógicas enmarcadas todas ellas en las necesidades biopsicosociales de los grupos humanos y en los requerimientos de un entorno social que precisa de seres humanos cada vez más comprometidos con la salud individual colectiva, sin olvidar la necesidad de preservación del entorno natural al que hay que cuidar y resguardar por constituirse en el hábitculo en el cual vivimos. A su vez servirá para revalorizar conductas grupales dirigidas a fomentar el liderazgo de los integrantes de los grupos que hacen vida activa en las comunidades. Este plan de acción fungirá como herramienta de prevención y promoción de la salud en los grupos humanos de la comunidad en general, sobre el hecho de reconocer su rol de participación y generador de estados de salud ideales de manera individual y colectiva”.

Se cree cada vez más necesario encaminar propuestas que estén dirigidas a la prevención de la salud de los seres humanos en dejar la responsabilidad de la misma en manos de la propia persona y no solo en manos de los médicos o de los fármacos como nos ha acostumbrado en modelo imperante en la sociedad de nuestros días. Esta propuesta cree importante garantizar aprendizajes significativos necesarios para poder tener una visión sólida de conjunto de los

grupos humanos y la necesidad de entender los elementos vinculados a su entorno socio cultural en el proceso salud-enfermedad.

En pro de un cambio Madariaga (2005) propone un modelo comunitario en salud mental basado en una concepción intercultural con el fin de superar los modelos clínicos hegemónicos. La propuesta es la siguiente:

“1. Un enfoque social y comunitario de la psiquiatría y la salud mental debe de orientar su estudio a la interrelación entre lo biológico y lo social, entendiendo esta diada como un par dialectico mutuamente dependiente.

2. su quehacer está orientado a indagar en cada condición socio histórica concreta cómo se expresa lo social en las posibles causas de enfermedades mentales, en la historia natural de dichas enfermedades, en las formas que la sociedad se provee para sanarlas, en la creación de condiciones sociales favorables para la salud y la salud mental.

3. para la intervención comunitaria se apoya en los más modernos conocimientos aportados por las ciencias y la tecnología, las que concurren al proceso en dialogo integrativo con otros campos del saber, especialmente el saber popular.

4. junto con potenciar el éxito de la psiquiatría clínica en el campo de la atención individual del trastorno mental incorporándole la dimensión socio comunitaria, se preocupa por la rehabilitación integral y la plena reinserción social de las personas discapacitadas, la prevención de enfermedades mentales, el fomento y la promoción de la salud mental.

5. sus metodologías y técnicas de intervención se dirigen al individuo, a las familias, a grupos humanos específicos y a la comunidad en general, siempre cautelando su pertinencia cultural.

6. se posiciona en un marco ético general con asiento en la doctrina de los derechos humanos: en cuanto a derechos civiles y políticos, con vistas al ejercicio pleno de ciudadanía de parte del sujeto enfermo; en cuanto a derechos económicos, sociales y culturales, con vistas a la satisfacción digna y eficiente de sus necesidades fundamentales.

7. opera en su accionar cotidiano en el principio de interdisciplinariedad. De acuerdo con él se organiza el equipo de trabajo garantizando un objetivo común compartido por todos los miembros; protege la especificidad de los roles individuales de acuerdo a su formación profesional o expertiz; flexibiliza las funciones haciendo intercambio de roles para tareas de exigencia común; junto a las jerarquías administrativas, admite otras, de tipo técnico, variables y rotativas de acuerdo a la expertiz y la exigencia de la tarea concreta.

8. promueve la intersectorialidad como requisito permanente, tanto en el diseño de sus programas como en el desarrollo de sus acciones. Su objetivo es lograr la integración de esfuerzos estatales y con la sociedad civil, con respaldo en cuerpos de ley, políticas sociales formales, programas específicos de colaboración, con recursos financieros adecuados.

9. se preocupa por los sistemas de salud, la gestión de los mismos, la elaboración de políticas, planes y programas de salud mental, sean estos de carácter nacional, regional o local; promueve la participación comunitaria en ellos, en la evaluación de procesos y resultados, en el monitoreo de programas de intervención.

10. Promueve la incorporación plena de los más diversos actores sociales en todos los ámbitos del proceso salud/enfermedad/atención; profesionales y técnicos de salud, las organizaciones de base, los usuarios y sus familias, las instituciones comunitarias, políticas y sociales, los sistemas e instituciones de salud académicas y populares, todos ellos incorporados a plenitud en los diferentes niveles de decisión y de acción”.

Con esto el autor nos da a entender que no hay nada puramente biológico en el ser humano y por lo tanto necesitamos de otra visión del hombre y de sus procesos salud/enfermedad. Como se puede notar, algunos autores tratan de ir más allá del modelo cartesiano impuesto, reconocen la importancia de aspectos que dicho modelo no toma en cuenta para la explicación de las enfermedades o de la salud del ser humano. Es grandioso el avance teórico y práctico que tiene el modelo biomédico; sin embargo, en la actualidad estos avances se quedan estancados al encontrarse con situaciones que quizá los “científicos” no tenían

previstas, situaciones que se han tratado de solucionar proponiendo varias alternativas en el estudio del proceso salud enfermedad y en la visión del propio cuerpo humano, tal como la propuesta del modelo de determinación social. Veamos otra más de las grandes propuestas.

2.3. Modelo psicosomático

Anteriormente se tenía la idea de que enfermedades específicas eran producto de los conflictos inconscientes e individuales, esta idea fue perpetuada por los trabajos de Flanders Dunbar en 1930 y por los de Franz Alexander en 1940. Estos investigadores relacionaron patrones de personalidad, y no conflictos aislados, a enfermedades específicas. Por ejemplo, Alexander desarrolló un perfil del tipo de personalidad propensa a sufrir de úlceras clasificándolas como personas cuyo padecimiento es causado principalmente por excesivas necesidades de dependencia y amor. Los trabajos de Dunbar y Alexander permitieron dar forma al surgimiento del campo de la medicina psicosomática considerando algunos padecimientos físicos causados por conflictos emocionales, a saber, úlceras, hipertiroidismo, artritis reumatoide, hipertensión, neurodermatitis, colitis y asma bronquial (Taylor, 2007). Retomando las palabras de Engels, los inicios del movimiento psicosomático sentaron las bases para un cambio profundo en las creencias acerca de las relaciones entre la mente y el cuerpo. Gracias a estos indicios ahora se sabe que la salud física está estrechamente relacionada con lo psicológico y social. En este apartado nos dirigiremos un poco a la propuesta del Dr. Sergio López Ramos.

Somos parte de una realidad donde las emociones del ser humano son consideradas como algo sin demasiada importancia tratando siempre de reducirlas o eliminarlas, realidad donde la razón es lo que importa a pesar de que ello vaya en contra de la propia naturaleza del ser humano. Se trató tanto de no considerar la parte emocional de las personas que ahora estas emociones hacen de las suyas dentro de nuestro propio cuerpo, es como si estuvieran ávidas de atención.

La propuesta del Doctor está encaminada en este sentido, se basa en la idea de que un proceso emocional puede cambiar la vida de un ser humano, puede ser tanta su dominancia dentro de nuestro organismo que lleguemos a presenciar una enfermedad.

Veamos claramente lo que dice el Doctor Ramos: "... la red de funcionamiento de los órganos se articula con los procesos emocionales del individuo, esto implica que una emoción puede establecer cambios en el interior del cuerpo, su manejo será la expresión de síntomas o de padecimientos en el cuerpo del individuo, una emoción no está libre de tener contacto y relación con los órganos, su articulación está dada en términos de una construcción órgano-emoción que se relaciona en forma horizontal reciproca; es decir, puede ser primero la emoción y sus expresiones en el órgano y a la inversa; el órgano y su manifestación en un estado emocional o en la expresión de la emoción..."

Esta es otra propuesta que está dirigida a ver al ser humano como un ser complejo y lleno de dependencias en su interior y como veremos, también en su exterior, es una tesis que propone ir más allá de lo que se nos ha dejado ver para entender aún más la grandeza de nuestro cuerpo y de nuestro mundo.

La relación órgano-emoción implica muchas cosas, en primer lugar se invita a ver al ser humano como parte de un cosmos, donde todo influye y se relaciona con todo, donde las explicaciones de la realidad necesitan de una mirada más abarcadora, más compleja, no solo del compuesto de órganos y viseras sino de lo que le rodea, es decir, de su naturaleza, de sus prácticas culturales, políticas, económicas, familiares, geográficas, etc. En este sentido, tenemos que un cambio de piezas acá repercutirá en un reacomodo de piezas por allá, esto podría parecer un poco "raro" ante los ojos de muchos, a quienes se nos ha enseñado a ver una realidad fragmentada donde hemos aprendido que un cambio en alguna parte del cuerpo o del mundo no traerá consecuencias en alguna otra. Para esta teoría no es así, un cambio en cualquier parte del mundo repercutirá en alguna otra parte,

por muy lejos que estén la una de la otra, aquí se propone ver al universo y al ser humano como parte de un todo, donde la naturaleza, el interior del cuerpo humano, las prácticas culturales, las características geográficas son interdependientes entre sí, donde lo importante es cuidar el exterior para tener en buenas condiciones el interior y viceversa, para esta mirada las enfermedades no son unicasales sino que son construidas a partir de la propia historia de vida de la persona.

El proceso salud-enfermedad se ha vuelto tan complejo que el modelo médico imperante se vio rebasado, rebasado en el sentido explicativo de los nuevos padecimientos que el contexto socio-político-cultural gestó en el cuerpo de los seres humanos. Los padecimientos que involucran el aspecto emocional han ido a la alza y el modelo no ha encontrado una explicación para tal fenómeno, por esta razón es que se ha pretendido dar otra propuesta de explicación del cuerpo.

El trabajo del Doctor López Ramos, parte de la idea de no aceptar la explicación mono o policausal como única y absoluta vía de estudio del ser humano, al contrario, pretende considerarlo como un ser provisto de órganos, huesos, formas especiales de alimentación, educación, con una cultura única que ha sufrido transformaciones, con procesos históricos y económicos que no son ajenos ni independientes de los procesos de construcción del cuerpo. Es decir, como ya se mencionó que lo interior y lo exterior se influyen y se conectan mutuamente, que nada existe en el universo que no tenga implicaciones en nuestro interior y viceversa, nuestro cuerpo es influido e influenciado por las cuestiones exteriores, de esta manera se busca un equilibrio, entre la armonía del interior y la armonía del exterior, donde el desequilibrio se encuentra cuando una de las dos partes entra en conflicto. He aquí la importancia de aquellas cuestiones sociales (López Ramos, 2007).

Por ejemplo, cuando entra la industrialización y se da un uso inadecuado de la naturaleza, cuando la ciudad se urbaniza y no hay lugar para los árboles se da un desequilibrio exterior que tiene consecuencias en el interior del cuerpo al ser parte

de un microcosmos donde todo afecta a todo. Sin embargo, al interior del cuerpo también se da una relación de éste con los órganos y a su vez con emociones como la ira, la alegría, la tristeza, el miedo, etc. (López, R., 2007)

El desequilibrio también tiene lugar cuando la cultura de la objetividad impone ciertas emociones y creencias a las personas, cuando determina un cierto nivel de sentir, cuando se le impone al individuo un cierto prototipo de comportamiento para el hombre, para la mujer, para los hijos y la familia; el hombre como proveedor del dinero y la mujer como proveedora de amor. Cuando se entra a un sistema de competencia por ser mejores que otros y poseer más que el otro. Cuando se construye un cuerpo que no puede sentir o desear algo que esté fuera de lo instituido. Cuando hay un choque entre lo que se quiere y lo que se debe ser, cuando se da ese desequilibrio y no se trata aparece un síntoma que conduce a una enfermedad. De esta forma, el sistema “externo al cuerpo” genera vacíos al interior de éste que tarde o temprano le van a generar una emoción dominante la cual al tener una relación con los órganos le va a generar un padecimiento y una deficiente calidad de vida.

El hombre al tener que cumplir con las expectativas de otros, al interiorizar los ritos familiares y sociales que generalmente se emparejan no ve otras formas de vivir, en este sentido podemos decir que el individuo es construido por otros, apropiándose de la educación, de las reglas y ritos forjados en familia. Esta apropiación le genera un cierto vacío como decía anteriormente al darse cuenta de que la elección de su vida no la hizo él, cuando lo que quiere hacer no concuerda con lo estipulado por su familia y por la sociedad en general.

Este vacío existencial también puede aunarse a la dominancia de una emoción que también puede ser herencia de los padres. Cuando una emoción domina también se genera un desequilibrio al interior del cuerpo que puede generar ciertas afectaciones corporales (López R., 2007), he aquí otro ejemplo de la influencia de los procesos familiares y culturales al interior de nuestro cuerpo.

Estas afectaciones orgánicas o el panorama epidemiológico en sí está íntimamente relacionado con las políticas económicas, el desarrollo social y el lugar que ocupan los problemas de higiene, alimentación, vivienda y servicios de salud en las políticas públicas de las administraciones y gobiernos. Es decir, el desequilibrio del que se ha hablado tiene una relación íntimamente relacionada con las condiciones de salud y el desarrollo de los pueblos.

Los momentos importantes de los diferentes países han implicado en su momento otras formas de vivir en el cuerpo y en la sociedad, diferentes estilos de vida, diferentes formas de relaciones sociales e incluso nuevos padecimientos.

En el caso de México, al considerarse como un país subdesarrollado, presenta un patrón epidemiológico caracterizado por altas tasas de mortalidad general, en especial infantil y materna y un amplio predominio de las enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, resultado de la desnutrición, mal saneamiento y mal manejo de la economía, aunado a una deficiente dirección de las políticas de salud (López R., 2007)

En los últimos años el perfil de causas de defunción ha ido cambiando, disminuyendo progresivamente las afecciones infecciosas y parasitarias a favor de las crónicas y degenerativas. El descenso de la mortalidad en la República Mexicana ha estado fuertemente determinado por el mayor control de las enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias y de las asociadas al parto. El descenso de la mortalidad por estas causas, que afectan sobre todo durante las etapas tempranas de la vida, trajo como consecuencia la transformación de la estructura por edad de las defunciones, trasladando los decesos hacia etapas posteriores e incrementando el peso de las enfermedades crónico-degenerativas.

En 1980, de las 429 mil defunciones registradas a nivel nacional, 31.8 por ciento se debió a enfermedades transmisibles, 45.7 por ciento a enfermedades no transmisibles, 15.8 por ciento a accidentes y lesiones y el restante 6.7 por ciento está mal definido. Para 2007, las defunciones registradas fueron poco más de 514 mil: 12.2 por ciento se debieron a enfermedades transmisibles, 75.4 por ciento a

enfermedades no transmisibles, 10.7 por ciento a accidentes y lesiones y el 2.1 por ciento de los casos se desconoce la causa de defunción. Paralelamente a esta pauta de mortalidad de la población mexicana, se observa el paulatino abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias así como la mayor concentración de las defunciones en los padecimientos crónicos - degenerativos, que están estrechamente vinculados tanto a la mayor sobrevivencia de la población como a sociedades de mayor desarrollo. Sin embargo, aún hay evidentes rezagos entre los grupos más pobres y desprotegidos (CONAPO, 2010).

La generación de toda una serie de padecimientos que han engrosado los porcentajes de las tasas de mortalidad se ha debido al impacto que han tenido los diferentes momentos históricos que nos han marcado nuestro modo de vivir, por ejemplo, el proceso de industrialización. El impacto se encuentra en los cambios culturales y sociales que dicho proceso implicó. Desde el siglo XIX hasta nuestros días las sociedades se han vuelto más complejas en la construcción y manifestación de los padecimientos, sin embargo, el modo de intervención ha sido el mismo, se ha caracterizado por ocuparse de la explicación desde perspectivas biológicas y fisiológicas relativas a factores externos tangibles como son bacterias, virus u hongos, incluso la explicación que ha intentado dar la ciencia social es similar, el origen de las enfermedades crónicas y degenerativas lo atribuye a cuestiones bacteriológicas y a decisiones políticas y económicas externas al cuerpo (López R., 2007)

Al tener evidencias de que el modelo de explicación se encuentra rebasado por la situación epidemiológica de México, el Doctor Sergio López Ramos ha propuesto dar cuenta de los padecimientos crónicos y degenerativos como procesos psicosomáticos y dar una explicación extra del desenvolvimiento de las enfermedades que contemple al cuerpo del individuo, a la sociedad y a la cultura. En este sentido, el individuo es considerado en sus diferentes niveles, el nivel fisiológico, social, histórico, familiar y social. Es decir, es importante dar cuenta que el interior del cuerpo está íntimamente relacionado con el exterior y no es

posible explicar el cuerpo y sus procesos fisiológicos a partir de un solo nivel, al margen de los procesos históricos y sociales. Pero el asunto no termina aquí para esta perspectiva, se tiene la firme idea de que la red de funcionamiento interior o de los órganos se articula con los procesos emocionales del individuo. Las emociones que la persona experimenta pueden generar un cierto tipo de padecimiento o viceversa la emoción dominante puede estar fundada por una cierta afectación fisiológica.

Como lo señala el Doctor López Ramos (2007) los alcances de una emoción no pueden tomarse como algo sin sentido, pues sus procesos de movimiento en la red de funcionamiento pueden cambiar al cuerpo y con ello impedir que un ser humano establezca los procesos a voluntad. La pérdida del control de las emociones también implica un choque con lo instituido en la familia y la sociedad, la persona entra en crisis en las maneras de ser y de sentir y esto implica cambios y acomodados interiores. Los padecimientos son la expresión de estos cambios en el interior del cuerpo.

Camacho (2004) reafirma esta idea compartiendo que en todo tipo de carencias existe una emoción, la cual al depositarse largo tiempo en el cuerpo hará que el individuo manifieste molestias corporales que al no ser atendidas culminaran con alguna enfermedad psicosomática. Los seres humanos nos fijamos solo en nuestro bienestar exterior como no lo ha enseñado la sociedad en la que vivimos. Aquí lo importante es tener una complexión delgada, éxito laboral, buenos coches y ropa, nos olvidamos de aquellas situaciones que nos provocan o nos provocaron cierto enojo o resentimiento, no tenemos presente que eso que estamos arrastrando repercutirá algún día en nuestro cuerpo.

En este sentido, el padecimiento es la expresión total de la manera de ser y de sentir del ser humano la cual está relacionada con los procesos familiares y culturales de la sociedad en la que se encuentra inmerso e incluso de las redes de funcionamiento al interior del cuerpo.

Esta es otra forma de concebir lo humano; el pensamiento oriental no puede entender al hombre sin comprender el cosmos, el origen de las cosas en la tierra, desprendiéndolo de los procesos “externos a él”. La unidad de Yin-Yang son dos fuerzas contrarias pero complementarias que se encuentran en todas las cosas de la tierra y en el individuo mismo.

Esta unidad se mantiene en equilibrio y armonía con la naturaleza, los otros individuos, su alimentación, su respiración, etc. Al presentarse un desequilibrio en estas dos fuerzas se genera una sintomatología relacionada con los procesos biológicos y emocionales de los seres humanos como se decía anteriormente. Esta unidad da cuenta de la relación estrecha entre todos los elementos constitutivos del hombre; tanto su cosmos, sus procesos sociales como personales (López R., 2006).

Esta forma de concebir el proceso de construcción social e individual del cuerpo es muy diferente y opuesta al modelo biomédico hegemónico, una forma objetiva de estudio, sin embargo, a partir de diversos estudios se cree necesario cambiar el paradigma imperante de explicación debido a la complejidad que ha tomado nuestra sociedad, es evidente que se necesita de otro modelo ante las respuestas insatisfactorias que ha estado teniendo el modelo actual.

Como se mencionó es importante tomar en consideración que el individuo está en constante interacción con el exterior y no es posible dar una explicación de los procesos corporales solo a partir de aspectos fisiológicos o puramente externos. La propuesta es considerar al ser humano en constante interacción con el cosmos en donde todo influye a todo. En este sentido la filosofía del TAO y la medicina tradicional china cobran importancia para dar una explicación del individuo, de la naturaleza en la relación órgano-emoción así como de la influencia de la teoría de los 5 elementos en el proceso salud-enfermedad.

Esta teoría nos muestra cómo los elementos que generan la vida se influyen, se relacionan unos a otros. Así, el fuego funde al metal, el metal corta la madera, la madera penetra la tierra, la tierra absorbe el agua y el agua apaga al fuego y en

este mismo sentido, la energía del corazón domina al pulmón, la del pulmón domina a la del hígado, la del hígado controla al bazo y la energía del bazo a la del riñón (Durán A., 2004)

El trabajo de Romero (2003) es uno de los tantos que se sustentan en la teoría de los 5 elementos y ahí el autor menciona la riqueza de esta propuesta al recordarnos cómo al dañar y transformar el medio, los cambios pueden llegar a alterar nuestro cuerpo, llevándolo a trastornos difíciles de entender, como las enfermedades y padecimientos que se presentan repetidas veces o que han evolucionado siendo obsoletos los tratamientos alópatas, o simplemente los cambios en nuestra forma de vivir y de llevar nuestras emociones haciéndonos recapacitar en cómo un simple cambio a nuestro entorno, como lo sería la vivienda conlleva a un sinfín de modificaciones en nosotros mismos, pero sobretodo nos lleva a pensar en hasta donde llevaremos ese cambio y hasta donde soportará nuestro cuerpo.

La energía en cooperación de nuestros órganos tiene efectos directos en nuestra psique, por ejemplo, si la energía en cooperación entre el bazo y el estómago es débil la persona será malhumorada y maniática y si es excesiva la persona tenderá a ser ambiciosa y a pensar constantemente en sí misma y siempre se encontrará insatisfecha. En el caso de que la vesícula biliar y el hígado funcionen correctamente la persona tendrá el poder para la toma de decisiones y para la acción. (Durán A., 2004). Si la ruta energética entre los metales se encuentra bien, la persona no sufrirá de ningún padecimiento, el problema está cuando ésta ruta energética se encuentra desequilibrada, cuando entra en dominio algún elemento o emoción. Aquí el binomio mente-cuerpo toma otro sentido así como las respuestas ante el proceso salud enfermedad.

Existen variadas tesis que sustentan este modo de entender la realidad, una de ellas es la realizada por Cervantes (2009) quien da una explicación del modo en que se construye la salud-enfermedad en la etapa adolescente. Nos menciona en una parte de su tesis que las personas, sean adolescentes o no, necesitamos aceptación y cariño pero cuando vivimos formas de abandono, rechazo, desamor

cuando recibimos mensajes de “no puedes”, “pobrecito” aprendemos a asumir la vida desde una postura disminuida que nos hace sentir como personas con poco valor. Todos estos mensajes se hacen parte de nuestra memoria corporal; estos autoconceptos derivan en malestares o síntomas que suelen manifestarse en posturas corporales, actitudes, enfermedades y en formas de vida insatisfactorias.

Nos dice también que si los adolescentes asumen su relación con el macrocosmos y con el microcosmos tendrán tanto un respeto hacia ellos mismos como hacia las cosas que los rodean. Sólo si son conscientes de la relación con su todo podrán tener relaciones responsables y amorosas, podrán desechar relaciones abusivas y dañinas para ellos mismos, para los demás, teniendo como mayor ventaja el poder vivir de forma sana y armónica consigo mismos y con su entorno. Así mismo, entenderán el mundo tan competitivo e individualista en el que viven y que tanto les afecta en esta etapa de su vida.

La propuesta del Doctor Sergio en la que se basa esta tesis nos invita a ver la etapa adolescente no como una etapa de caos, sino de potencialidad, creatividad, construcción y vitalidad. La autora concluye que utilizando su fortaleza y creatividad los adolescentes pueden trascender al mundo que parece empeñarse en negarles las posibilidades que poseen, cuando puedan decidirse a tomar las riendas de su realidad en sus manos, ellos encontrarán que las cosas se logran cuando uno está en comunión con todo lo que le rodea y de esta forma podrán evitarse muchos de los padecimientos que los aquejan hoy en día.

Como podemos notar la propuesta invita a mirar un poco más de lo que se nos ha permitido, nos invita a recordar que tenemos un cuerpo que está en constante interacción con su medio ambiente, con su madre, su padre y con su política y cultura también. La propuesta concibe al ser humano en su complejidad y a partir de ahí es como estudia los procesos salud enfermedad que atraviesan los pobladores de esta tierra. La propuesta del Doctor Sergio López Ramos es la que se pretende seguir en el resto del trabajo.

3. CONSTRUCCION CORPORAL DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

3.1. Metodología

Para el presente trabajo se optó por utilizar una metodología cualitativa, veamos porqué:

La decisión de utilizar este enfoque se dio en primer lugar por el acercamiento que permite al objeto de estudio, acercamiento que difícilmente se tendría con un instrumento de corte cuantitativo. Y la cuestión aquí no es enfocarnos a cuál es mejor, si lo cualitativo o cuantitativo; la cuestión es argumentar las ventajas que se vieron en el enfoque cualitativo para el acercamiento al proceso salud-enfermedad.

Una de las razones por las que la metodología cuantitativa se dejó de lado fue por la rigidez que esta supone, al insertarse dentro del ámbito del positivismo; tesis que va en contra de lo que se plantea en la presente investigación. La proximidad a la situación real que se deseó estudiar fue un punto que propicio la elección de una metodología cualitativa y no otras.

Desde este enfoque fenomenológico, se tuvo la oportunidad de considerar el proceso salud-enfermedad como un proceso particular y ambiguo más que como un proceso replicable y definido, oportunidad que permitió captar la realidad tal como la ven, la viven y la construyen los propios individuos. Asimismo, se pudo delinear junto con la teoría aquí defendida.

Dentro de los métodos cualitativos está el llamado “biografía”, “autobiografía”, “historia de vida”, “historia oral”, “método biográfico”, etc. que si bien han entrado en una polémica terminológica, también han revalorizado al ser humano concreto como sujeto de estudio, en contraste a las excesivas abstracciones y

deshumanizaciones de la ciencia positivista, proponiendo a su vez una visión menos estandarizada de la realidad social (Pujadas, 1992).

Cómo ya se mencionó la multiplicidad de términos ha generado cierta confusión e inestabilidad en este ámbito de la investigación cualitativa. Pujadas (1992) nos ayuda a elucidar un poco el significado de cada uno de los términos y a conocer en que parte de la explicación difieren.

Menciona que cuando hablamos de “biografía” nos estamos refiriendo a la narración que hacemos de una historia de vida ajena; es decir, una vida narrada en tercera persona y cuando decimos “autobiografía” nos referimos a una vida narrada por su propio protagonista. La diferencia estriba en la explicación.

Para 1920 aparece el “método biográfico” y con él otros términos que alimentan la problemática terminológica. Pero... ¿Qué es el método biográfico? El método biográfico es una herramienta que permite el bosquejo de la cotidianidad y demás elementos inmersos en la vida de una persona, elementos como las frustraciones de la infancia, el rechazo de otras personas, la aceptación, los momentos críticos de la vida, las crisis de identidad individual y social, la vida escolar, las muertes familiares, el matrimonio, etc. Es un método que nos enriquece de información.

“Life History” y “Life Story” son los conceptos que aparecieron junto con el método biográfico, siendo el primero tanto la narrativa vital de una persona, la versión final elaborada a partir de dicha narrativa así como también el conjunto de entrevistas y documentos de personas del mismo entorno social. El segundo término (life story) se refiere a la narración biográfica que puede ser enteramente publicada sin ningún retoque adicional, esto para dar mayor fuerza testimonial (Pujadas, 1992). Para 1947 llega el término “biograma” el cual es un conjunto de biografías personales para el fin de la comparación.

Después de presentar las definiciones generales de algunos métodos existentes dentro de la enfoque fenomenológico, estamos en condiciones de decir que en la presente investigación se usará el método “historia de vida” a través de una serie de entrevistas biográficas a profundidad.

Con la fabricación de esta historia de vida se pretende un relato subjetivo que refleje fielmente cómo la participante ha vivido y construido su proceso salud-enfermedad.

A continuación se cita a Ruiz Olabuenaga (2012) al coincidir con sus cuatro objetivos que justifican el uso de la historia de vida como método de investigación:

1. *Captar la totalidad de una experiencia biográfica, totalidad en el tiempo y en el espacio, desde la infancia hasta el presente, desde el yo íntimo a todos cuanto entran en relación significativa con la vida de una persona, que incluye las necesidades fisiológicas, la red familiar, y las relaciones de amistad, la definición personal de la situación, el cambio personal, y el cambio de la sociedad ambiental, los momentos críticos y las fases tranquilas, la inclusión y la marginación de un individuo en su mundo social circundante.*
2. *Captar la ambigüedad y el cambio: lejos de una visión estática e inmóvil de las personas y de un proceso vital lógico y racional, la historia de vida intenta descubrir todos y cada uno de los cambios por los que a lo largo de su vida va pasando una persona y las ambigüedades, las faltas de lógica, las dudas, las contradicciones, la vuelta atrás... que a lo largo de ella se experimentan.*
3. *Captar la visión subjetiva con la que uno mismo se ve a sí mismo y al mundo, cómo interpreta su conducta y la de los demás, cómo atribuye méritos e impugna responsabilidades a sí mismo y a los otros. Esta visión subjetiva revela la negociación que toda vida requiere entre las tendencias expresivas de la persona y las exigencias de racionalidad para acomodarse al mundo exterior.*
4. *Descubrir las claves de interpretación de no pocos fenómenos sociales de ámbito general e histórico que solo encuentran explicación adecuada a través de la experiencia personal de los individuos concretos.*

Como podemos ver la metodología de “historia de vida” nos ofrece una verdadera oportunidad para conocer la experiencia humana a través de los propios relatos de los protagonistas, dando prioridad a las explicaciones individuales. El uso de la entrevista que da lugar a esta historia de vida nos permite acercarnos a las maneras en que un individuo construye y da sentido a su vida y en este caso a un proceso de salud-enfermedad con el que ha aprendido a vivir.

Población

Se trabajó con la señora M de 71 años de edad, residente del Estado de México, zona rural, quien en este momento vive con una hermana y varios sobrinos en una casa amplia y con todos los servicios básicos. La información que M compartió se delineo bajo el interés de conocer el modo de construcción del proceso salud-enfermedad. Es fundamental compartir que la publicación de su historia de vida se hizo bajo su propia autorización, llegando al acuerdo de la utilización de un anonimato (“M”) para la protección de la información.

Herramientas

La técnica metodológica que se empleó fue la historia de vida al permitirnos recuperar las experiencias, sentimientos, contextos, comportamientos y emociones vividas por una persona y que han moldeado el modo de vivir su cuerpo.

Materiales

Se usó un teléfono celular Sony Ericsson modelo T715a, una laptop Samsung, el programa *Real Player* para escuchar las entrevistas y el programa Microsoft Word para llevar a cabo las transcripciones de las mismas, hojas blancas y un lápiz del 2 ½ para hacer las anotaciones correspondientes.

Procedimiento

1. Los puntos para la elección de la participante fueron el cumplimiento del rango de edad, la cercanía del lugar de residencia y la presencia de un padecimiento.
2. M fue contactada por medio de una persona conocida.
3. Esta persona agendó una cita en casa de la participante para que se le explicará las especificaciones del trabajo.
4. En el primer contacto con la participante sólo se le explicaron los objetivos y la metodología a emplear en el trabajo.
5. Una vez que la persona tuvo claro la manera de trabajar, se acordó otra cita para hacer la primera entrevista.
6. Al término de cada entrevista se negoció el día y la hora de la próxima cita.
7. Las entrevistas se realizaron en un espacio fresco, cómodo, sin distractores y con una iluminación adecuada. Se buscó la forma de estar en una proximidad adecuada con la participante.
8. Se realizaron 4 entrevistas, con una duración promedio de 1 hora 15 minutos.
9. Una vez completada cada entrevista se procedió a realizar la transcripción de la misma con la ayuda del programa *Real Player* y con una laptop que contenía *Microsoft Word*, se transcribió el relato de la participante sin alguna modificación y se incluyeron aspectos importantes dentro del discurso de la participante como risas o entonaciones específicas.

A continuación un cuadro en el que se presenta de forma resumida y de fácil lectura la historia de vida de M, los focos de atención para analizar y comprender el proceso salud – enfermedad fueron: hecho significativo, emoción dominante, sentimiento, sabor, alimentación y padecimiento. Cada línea, cada hecho

significativo se sitúa en una época específica de la vida de M, esta época se indica antes de comenzar a enlistar la información. Esto se realizó con el fin de ayudar al escritor y lector de la presente tesis a organizar los datos para su análisis.

Tabla 1. Hechos Significativos

HECHO SIGNIFICATIVO	EMOCIÓN	SENTIMIENTO	SABOR	ALIMENTACION	PADECIMIENTO
NACIMIENTO					
Situación precaria de sus padres cuando M nació			Dulce	Leche, papillas de frijoles y sopa	Nacimiento con mucho cebo en la cabeza
7 AÑOS DE CONVIVENCIA CON SUS PADRE Y FALLECIMIENTO DE SU MADRE					
Escasa comunicación con su madre por no importarle lo que M pensaba o sentía.	Tristeza	Desilusión	Acido, Salado	Frijoles, sopa, tortillas tostadas con pulque y sal, atole, carne esporádicamente, carne de chito hervida y frita, coco duro, ajonjolí.	Ninguno
Descubrimiento de que su papá tenía relación con otras mujeres	Tristeza	Conformidad	Dulce	Frijoles, sopa, habas, elotes, comida que se cultiva en la milpa.	Ninguno

Fallecimiento de su madre y abandono de su padre	Tristeza	Abandono			Ninguno
CONVIVENCIA CON SU MAMA-TÍA Y ABANDONO ESCOLAR (7 AÑOS-12 AÑOS)					
Escasa comunicación con su mamá tía después del abandono de sus padres.	Tristeza	Resentimiento	Picante, Dulce	Frijoles previamente freídos, salsa y sopa.	Ninguno
Escaso afecto demostrado por parte de su mamá tía.	Tristeza	Resentimiento			Ninguno
Regaños por no hacer bien las cosas o quehaceres del hogar	Tristeza	Resentimiento			Ninguno
Encerramiento en un cuarto a causa del maltrato que vivió en la casa de los patronos de su mamá tía.	Tristeza	Humillación			Ninguno
Agresión en la escuela: golpes, burlas, se recargaban en sus senos.	Tristeza, Coraje, Miedo	Vergüenza	Dulce, Acido, Grasa	Verdolagas sudadas en tacos con queso, verdolagas fritas, caldo de carne, habas secas, lentejas, acelgas, quelites, habas verdes	Ninguno

				fritas. Perón agrio. Galletas (hechas a base de pan, manteca y azúcar)	
SEXUALIDAD (12-14 AÑOS)					
Desconocimiento de la menstruación en la vida femenina: su mamá tía no le habló de esta situación		Indiferencia	Dulce, Acido	Verdolagas, caldo de carne, habas, lentejas, acelgas, quelites, chicharos, perón, dulce de tejocote.	Ninguno
Menstruación: La primera vez la vivió en la escuela y con la ayuda de una compañera entendió lo que sucedía y se retiró a su casa.	Miedo	Vergüenza			Ninguno
ADOLESCENCIA (14- 19 AÑOS)					
Suicidio de su hermano	Tristeza	Desconcierto	Acido, Dulce	Verdolagas, caldo de carne, habas, lentejas, acelgas, quelites,	Ninguno

				chicharos, perón, dulce de tejocote, etc.	
Comienzo de su vida laboral al abandonar la escuela por las agresiones	Alegría	Bienestar	Dulce	Huevo, sopa, salchichas con jitomate, caldo de pollo, de res, bistecs, pan, leche, café, chocolate	Ninguno
Acoso sexual por parte del papá de su patrona cuando M se encontraba trabajando de niñera	Miedo	Inseguridad			Ninguno
Constantes regaños injustos por parte de su patrona por considerar que no hacía bien su trabajo.	Tristeza	Coraje			Ninguno
Escasa comunicación y relaciones de amistad con los compañeros de su tercer empleo.	Tristeza	Incomodidad	Dulce	Pollo en caldo, verduras, coliflor morada, hígados, zanahorias, ensaladas.	Ninguno

Problemas con su hermano L ya que se quería quedar con algunos terrenos que no le correspondían.	Ira	Coraje	Dulce, Acido	Tortillas, habas, elotes con limón, quelites, carne esporádicamente.	Ninguno
Rompimiento de toda relación con su hermano L	Tristeza	Conformidad			Ninguno
Escasa importancia que le daba su hermano L a M y a sus hermanos una vez que contrajo matrimonio.	Ira	Coraje			Ninguno
Logros de entablar lazos de amistad y noviazgo durante su cuarto empleo	Alegría	Ilusión	Dulce	Arroz, frijoles, café y pan.	Ninguno
CASAMIENTO (19- 36 AÑOS)					
Imposición de actividades y/o decisiones por parte de su pareja.	Coraje	Resentimiento	Dulce, Acido	Pollo, verduras, coliflor morada, hígado con zanahoria, ensaladas	Dolor estomacal, palidez, color amarillo en la cara, tos
Planes de casamiento e ilusión por la familia que iba a formar.	Alegría	Ilusión	Dulce, Picante	Verduras, carne, salsas y pollo guisado en diferentes formas.	Ninguno

Vida de casada: descubrimiento de su infertilidad.	Tristeza	Desilusión	Picoso Acido Dulce	Elotes, mayonesa, queso, limón, chile	Tumor en el estómago tos seca matriz infantil
Escaso apoyo de su marido para someterse a tratamientos o evaluar alternativas para poder formar una familia.	Tristeza	Desolación	Dulce, Salado	Frijoles, arroz, tortillas, verdura y esporádicamente carne	Tumor en el estomago
Decisión de operarse el tumor que tenía en el estómago y decisión de los médicos sin previo consentimiento de extirpar su matriz.	Tristeza	Desilusión	Dulce Acido	Tortillas, habas, lentejas, verdolagas guisadas con tomate, carne, pollo.	Extirpación del tumor benigno Perdida de su matriz y ovarios.
Maltrato físico y verbal por parte de su esposo al pensar que ella era culpable de la muerte de otra de sus esposas.	Tristeza	Coraje	Picante Acido Dulce	Elotes con chile y limón, carne, pollo y verdura guisada	Ninguno
SEPARACIÓN DE SU MARIDO A LOS 50 AÑOS – ACTUALIDAD					
Separación de su marido a causa de maltratos, escaso apoyo e infidelidades	Tristeza	Resentimiento	Dulce, Grasa, Picoso	Arroz, sopa, caldo de pollo, caldo de res, verduras, lentejas,	Ninguno

				chicharos, alverjones, garbanza, sopa, tocino, jitomate, plátano maduro frito, mole, sardina.	
Una vez que se separa se va a vivir con su hermana donde comenzará una nueva vida (aquí sigue viviendo actualmente).	Alegría	Ilusión	Picoso, Ácido Dulce.	Salsa, nopales, comida enlatada como sardina.	Ninguno
Diagnóstico de osteoporosis por no haberse tomado los medicamentos para generar hormonas que recetaron cuando extirparon su matriz.	Tristeza	Aceptación	Salado, Dulce	Charales, nopales, semillas de girasol, atún, pescado, verdura (dieta que marcaba la prescripción médica).	Osteoporosis
Actividades actuales de M en casa de su hermana: mantener la casa limpia, cuidar de sus sobrinos y ocuparse de la preparación de la comida.	Alegría	Bienestar	Dulce, Grasa, Picante	Arroz, sopa, caldo de pollo, caldo de res, verduras, lentejas, chicharos, alverjones, garbanza, sopa, tocino, jitomate,	Osteoporosis

				plátano maduro frito, mole, sardina a la mexicana.	
Convivencia estable y alegre con su hermana y descendientes.	Alegría	Bienestar	Dulce	Té o leche, té de limón, de hojas de naranjo, té de cedrón o cualquier té de monte, hay dos de monte, uno es tabaquillo y el otro es de jocosúchil.	Osteoporosis

Una vez que se tiene el panorama amplio de la historia de vida de M, se hará una presentación del caso en base a categorías, las cuales son: ilusiones pasajeras, abandono afectivo, abandono corporal, maltrato, pérdidas, alimentación y síntomas y padecimientos. Veamos a que nos referimos con cada una de ellas:

3.2. Presentación del caso

M es una mujer que decidió compartir su historia con todos nosotros, lectores y autora del presente escrito. Antes de comenzar a narrar me gustaría agradecer por ser mis oídos los afortunados de escuchar este interesante caminar.

Ilusiones pasajeras

A lo largo de la vida de M podemos percibir ciertos momentos de ilusiones y felicidad por las situaciones que vivía justo en ese espacio y con esas personas, ilusiones que poco a poco se desvanecían por el mismo camino recorrido, precisamente a esto se le decidió llamar: ilusiones pasajeras.

Durante su infancia M se ilusionaba mucho por ver a su padre, soñaba con que la abrazaría, le preguntaría como iba su vida pero no era así; tal como M lo menciona, cuando iba su papá no los regañaba, solo les gritaba su percepción del comportamiento de ella y de sus hermanos, percepción que no era del todo positiva. Les decía que eran unos “tarados”, les dejaba lo necesario para su sobrevivencia y volvía a su trabajo. Tristeza era lo que se iba gestando cada vez más en ese cuerpo diminuto, tristeza que externalizaba en llanto, ya que según M era lo único que podía hacer.

“...pues tampoco pero... como le dijera, pues no nos hacía nada, no nos regañaba, como le dijera verbalmente sí, que éramos unos tarados pero de ahí en fuera no nos pegaba... ni a mí ni a mis hermanos... pero si le gustaba, quería que cuando viniera, uno que cuando viniera estuviéramos ahí en la casa.

E: ¿y ustedes que decían al recibir estos insultos de su papá?

M: pues nada, simplemente lloraba o aguantarnos”

Cada vez que M veía a su padre partir al trabajo se quedaba con la ilusión de que volvería, la abrazaría y amaría como ese día no lo pudo hacer. Evidentemente esa ilusión nunca se concretaba pues el estilo de vida de aquella época no concebía tal acto no porque fuera menos importante sino que el trabajo era prioridad para poder darle de comer a la familia.

Otro momento en que M respiró la alegría de la vida fue cuando conoció a su esposo. La relación que mantuvo con él era buena al principio, cuando vivían el noviazgo, ya que comenta M que la pretendía, la conquistaba como cualquier hombre en la etapa de enamoramiento. Esto hacía sentir a M muy ilusionada, muy feliz ya que por primera vez sentía que a alguien le importaba, alguien se fijaba en ella y se daba el tiempo de verla, escucharla y hablarle. Esta felicidad que sentía M le hacía tener ilusión por vivir una nueva etapa, estaba feliz de estar viviendo eso en aquel momento, esa persona que le veía, que trataba de conquistarla no le era indiferente, sentía la misma ilusión y como decimos, las mismas mariposas en el estómago.

Había ocasiones que M se desilusionaba o se enojaba un poco por ciertas actitudes de su pareja como por ejemplo, un día que no dejó que se despidiera de un amigo; en esa ocasión estaban enojados, la vio con otro hombre y se enojó más, fue por ella sin darle la oportunidad de decidir si se quería ir con él o si se quería quedar con la persona con la que estaba, eso le enojó a M ya que ella quería despedirse de su amigo y por culpa de su futuro esposo no lo pudo hacer y aparte perdió esa amistad. Igual como en todas las situaciones que le provocaban este sentimiento, M lloraba para de cierta forma sacar su coraje, su tristeza.

Después de un tiempo ella decidió casarse con él, durante este tiempo viviendo juntos hubo muchos momentos en que M sufría demasiado ya que al principio creía que había llegado el momento de compartir su vida con otra persona pero cuál fue su sorpresa que su marido casi no pasaba tiempo con ella, tal como el estilo de vida lo seguía dictaminando, las mujeres tenían que estar en casa haciendo las labores del hogar y el marido trabajando; y si era infiel no había problema alguno. M comenzó a sentirse desilusionada cuando empezó a

sospechar que su marido solo estaba con ella por el hecho de ser su mujer y no por la ilusión de formar una familia, un hogar. M comenzó a sospechar que le era infiel y a abrir un camino de inseguridad, tristeza y desilusión.

Después de un tiempo M no podía embarazarse, ella vivía con la ilusión de tener un hijo nacido de su vientre pero no lograba concretarlo, la relación con su esposo empezó a problematizarse cada vez más por este hecho ya que M necesitaba de su apoyo, de su comprensión para ir al médico o para buscar alternativas para poder formar una familia pero él no hacía ni lo más mínimo para apoyarla y lograr lo que M más anhelaba en esta vida: un hijo.

En este momento M se enfrentó; con mayor intensidad, al deber ser de una mujer en nuestra cultura mexicana. Si bien, el hecho de no tener a unos padres que la apoyaran sentimentalmente, el no haber tenido amistades duraderas, el haber perdido a su hermano, etc. significaban un tropiezo o un sentimiento de tristeza, el hecho de no poder formar su propia familia fue lo que más la hirió. En el tiempo en que M se casó, se esperaba que la esposa sirviera en todos los sentidos al marido y además fuera capaz de procrear; o al menos esto era lo que la sociedad esperaba del matrimonio, el esposo era encargado de trabajar para solventar el hogar que junto a su esposa había creado. Esto fue lo que M no pudo lograr, poder formar una familia, poder criar a un hijo y poder; en palabras de M, retener a un marido; era esperado que él fuera a buscar en otra mujer lo que su esposa no había podido darle. El deber ser establecido y lo que en ese momento vivía chocaban de una manera tal que los sentimientos y emociones empezaron a caminar en su interior.

Su esposo de M no la apoyaba en ir al médico o en la búsqueda de soluciones para poder embarazarse porque él no compartía el mismo interés de tener un hijo, él solo se quedó con la idea de que ella no era buena para lograr lo que se supone que toda mujer debe de lograr: dar hijos. M no se merecía nada por este hecho, ella no se merecía su apoyo, su dinero y mucho menos su comprensión. Había más mujeres que se lo podían dar. Esa ilusión que la llenaba de vida en un principio se fue apagando poco a poco con las infidelidades, el escaso apoyo y el

maltrato físico y emocional por parte de su pareja, otra vez... fue una ilusión pasajera.

En este momento comienza otra etapa donde M percibe una oportunidad de felicidad que la vida le brinda. Ahora está viviendo con su hermana donde sus sobrinos le brindan ese afecto que toda la vida estuvo reclamando. M es la tía que guisa para todos, la tía que hace el quehacer de la casa y cuando los sobrinos tienen que viajar por cuestiones de trabajo es la tía que lava su ropa o cuida a los hijos. Estas actividades no le disgustan en lo más mínimo a M ya que la relación que lleva con su hermana es bastante buena, ella la cuida mucho y se preocupa por ella; aunque para su hermana pase desapercibido que no sigue su dieta ni las recomendaciones en cuanto al esfuerzo físico pero el amor y la preocupación para M está presente. M se siente querida y protegida por su hermana; su cuñado es bastante bromista con ella, la hace reír, siempre tiene una sonrisa para M y eso la hace sentir muy bien. Para sus sobrinos es la tía consentida ya que los apoya en todo, los vio crecer y hasta el momento está con ellos, los apoya en cuanto a su quehacer de hogar (lavarles la ropa, escombrarles su cuarto, etc.) y a cuidar a sus hijos cuando no se encuentran. Sus sobrinos la aprecian mucho y desean lo mejor para su tía.

“... no, ya no, antes hasta me daban ganas de hacer tortillas, a veces para desayunar ya eran las 9 y ya tenía las tortillas para desayunar y me decía hay pero porque te levantas temprano que no sé qué...”.

“... como ahora por ejemplo, ahora no quiero que encuentre Estela porque se fue a Estados Unidos y va a venir hoy, no quiero que encuentre ropa sucia y lavé lo que les quitaron a los niños ayer y ya lo lave todo nada mas está sucio lo que traen ahorita, entonces para que no encuentre ropa sucia y ya me puse a lavar los uniformes del día viernes, ya los lave y ahorita ya están. Me dice mi hermana te estoy hablando y ya la cama está vacía, le dije estaba yo lavando y ya mi sobrino me puso la lavadora para exprimir porque hasta me da flojera poner la lavadora porque es bien poquita ropa, no, no , no dice tráigala, tráigala para que, tráigala aquí a la lavadora, ya la estaba yo tendiendo, no, no que está escurriendo no,

tráigamela para metérsela a la lavadora y ya la sacó y me la dio, ahora si ya vaya a tenderla”.

Estas son las actividades y relaciones afectuosas que M tiene con las personas que viven en la casa donde está actualmente. M está contenta al percibir amor, protección y preocupación de estos familiares que la rodean, esperemos que esta ilusión y felicidad que vive M no se acabe tan pronto como las anteriores.

Abandono afectivo

Las ilusiones que han acompañado a M durante toda su vida han estado enmarcadas con el afecto, el reclamo afectivo con sus padres, después con su mamá-tía, una vez más con su marido y por último con su actual familia. Por abandono afectivo se intenta comprender el escaso amor, comprensión y preocupación que M recibió por parte de las personas que compartieron el mismo camino que ella y que al final de cuentas marcaron su espacio, su tiempo y su cuerpo.

La relación que logró entablar con su mamá realmente fue muy escasa ya que como la educación lo dictaminaba en ese entonces, los adultos y los menores tenían que estar en ambientes distintos, o al menos así es como M lo percibía. Su mamá estaba dedicada al hogar, a su marido y a las amistades de adultos y M a recibir encargos por parte de su madre, a jugar lo más posible con sus hermanos o vecinos y a escucharse a ella misma. Gracias al estilo de vida que se establecía durante la niñez de M, la comunicación con su madre no fue tan abierta como a ella le hubiera gustado. Si M se sentía triste, lloraba; si M se sentía feliz, reía pero nunca lo hablaba, nunca lo platicaba porque ella sentía que a su mamá no le importaba escucharla, no se daba ni se iba a dar el tiempo de sentarse a platicar con ella. Esta situación generaba cierto estado de tristeza en su interior, aunque en ese momento quizá ella no lo veía así.

Con su padre la situación no era del todo diferente, el señor debido a sus actividades no estaba todo el tiempo en casa, su trabajo requería que estuviera en la mina y poco rato en la casa.

Esta emoción que sentía en su interior iba generando cada vez más un resentimiento por la poca importancia que tanto su madre como su padre le daban a su vida, parecía que a ninguno de los dos les importaba como se sentía, si era feliz o infeliz con esa vida que le había tocado vivir. Desde este momento M comenzó a forjarse una idea que siempre iba acompañada de un “ya qué”, “así es esto”, “qué más puedo hacer si no aguantarme”. M creía no poder hacer nada frente a esa educación y estilo de vida que sus padres le estaban dando. El sentimiento que había detrás era de abandono y esto se acentuó más cuando su mamá murió y cuando su papá no quiso que estuvieran con él.

Cuando sus padres murieron una de las hermanas de su papá fue la que decidió verlos y cuidar de su sobrevivencia. La relación que M tuvo con ella también tuvo altibajos ya que aunque agradecida está de que les haya dado de comer y haya visto porque vivieran en una habitación con las mejores condiciones posibles nunca tuvo esta dedicación que M reclamó cuando estaba con sus padres biológicos; dedicación para su persona interior. Su mamá tía también compartía esa misma educación y estilo de vida que tenían sus padres, aunque con mayor maternidad los crio M considera que nunca se dio el espacio para abrazarlos, besarlos y escucharlos como M tanto reclamaba. Esta situación propicio el mismo patrón anterior; M generó mucha tristeza que se convirtió en resentimiento para con su mamá tía y se acentuó aún más ese sentimiento de abandono tanto en el exterior como en su interior, ya que lo único que M hacía era llorar.

“M: pues resentimiento, resentimiento, mucho, mucho no pero sí, a mi mamá, a mi mamá tía

E: ¿Por qué?

M: porque, porque, pues porque como que no me dio toda la confianza para verla como una mamá verdadera, ella platicaba pero pues platicaba con una amiga que tenía...”

Cuando decidió casarse, la exigencia que le daba a su pareja implícitamente era la misma, reclamo de afectividad. M se casó, como ya se mencionó, con la ilusión de sentirse amada, protegida y feliz pero cual fue la realidad que esto nunca sucedió. Su marido al saber que no podía procrear pasaba poco tiempo en casa, le era infiel a M y no se daba el tiempo para escucharla. Al ver que la afectividad o la vida que ella buscaba no se la podía dar esa persona decidió marcharse para la casa de su hermana donde actualmente vive y al parecer donde recibió el afecto que iba buscando.

En esta casa tanto su hermana, como su marido e hijos le brindaron ese amor, respeto y compañerismo que M necesitaba. Aunque a cambio de limpiezas de hogar y atención de sobrinos ella ahora tiene ese afecto que nunca pudo recibir de las personas que tuvieron la fortuna de cruzarse en su camino.

Abandono corporal

M comenzó a tener una despreocupación constante por el bienestar de su cuerpo, comenzó a ocuparse de las acciones en sí mismas para no perder o no defraudar las relaciones interpersonales que entablaba en cada momento; su cuerpo empezó a perder sentido e importancia, ella se olvidó de él y se concentró en otros, a esto es a lo que llamamos: abandono corporal.

El abandono corporal de M surgió a partir de no recibir el amor que deseaba. Al principio, en su niñez reclamaba amor pero no pensaba al 100% en eso, la vida de niño, los juegos, las amistades y hermandades minimizaban ese hueco que ocasionaba el no recibir lo que necesitaba.

Sin embargo, después de la adolescencia empezó una dinámica de servir a los demás, sus empleos pueden reafirmar un poco esta idea; aunque el abandono

escolar y la necesidad económica hayan hecho que M se viera en la necesidad de trabajar en casa ajena, la actitud de sumisión y de servir a los demás se fue adentrando cada vez más en su ser a tal grado de convertir esa actitud en parte de su cuerpo, en parte de M.

Sus actividades diarias se enfocaban en un principio al cuidado de la casa, al cuidado de la familia, tal como lo marcaba la sociedad en ese tiempo. Para sentirse bien con ella misma, con su mamá y con las demás personas que la rodeaban tenía que hacer lo necesario para que los demás estuvieran alimentados, aseados y bien servidos. Su cuerpo era lentamente abandonado.

“luego me salí porque mi mamá me sacó porque decía que tenía mucho trabajo y yo tenía que hacer la comida y las tortillas e irle a ayudar a llevar la comida a la milpa, luego me volví a ir a trabajar pero también mi mamá me consiguió el trabajo, yo creo iba a las calles o no sé a ver si había trabajo...”

Cuando comenzó a trabajar, las actividades iban enfocadas a las obligaciones para mantener el empleo, esto sigue en vigencia y es parte de la cotidianidad. M obedecía, servía y se olvidaba de su ser, la tristeza que iba generando el no estar cerca de sus familiares, el no estar en casa, el no tener amistades en el trabajo salía en forma de llanto, solo un momento, porque las actividades que se imponían seguían dándose, seguían demandando su tiempo, ¿abandono de su ser? Sí, la prioridad era otra.

“sí, en casa, luego después de ese horario, después de acabar el quehacer en el día, poner mesa para que comieran los señores y lavar los platos de la mesa porque los de la cocina los lavaba la cocinera...”

“yo me levantaba como a las 7, este, me levantaba, me bañaba, me arreglaba y me bajaba a ayudarle a la cocinera a servir la mesa y luego, acababa de servir la mesa y ya desayunábamos nosotros y otra vez lavar los platos, desayuno, los platos y luego la comida y luego ya me subía a planchar o a lavar la ropa que había.”

Durante el tiempo que vivió con su marido la situación no cambió, para estar bien con él, para poder reclamar tan solo un poco de cariño tenía que servirle, tenía que mantener la casa en buenas condiciones, la alimentación diaria que no faltara, la actitud emocional al cien para que el marido correspondiera con tan solo una sonrisa cosa que no sucedía pero M seguía esforzándose en darle lo necesario, en preguntarse en que estaba fallando mientras su cuerpo e interior estaban olvidados, nuevamente eso no era prioridad.

“M: porque si lo quería y lo quería mucho, le tenía todas sus cosas, su ropa, todo, porque no me dedicaba a nada más, más que a él, su ropa, sus zapatos, bien recogida la casa y todo y pues llegaba, comía y se iba con su mamá y ya en la mañana se paraba, se levantaba, se arreglaba y se iba a trabajar...”

Maltrato

Maltrato es una categoría que se decidió ocupar para referirse a aquellos actos que M recibió por parte de terceros en perjuicio a su persona, actos que significaron cambios constantes en su interior, cambios que perturbaban el equilibrio que M a momentos mantenía.

Durante su vida, constantemente recibía maltrato; ya sea físico o psicológico pero el maltrato estaba presente, veamos por qué.

Durante su niñez, como ya se mencionó M forjó una actitud de sumisión, de obediencia y de resignación ante la vida. Esta situación continuó marcando su vida aun cuando ella tuvo que comenzar a trabajar. En su primer empleo se encontró con una situación que le provocó miedo e inseguridad ya que el papá de su patrona la acosaba sexualmente, ella con miedo a que le hiciera daño tuvo que pedir ayuda a su patrona y acabar con esa situación. La misma inseguridad que tenía fue la que favoreció a que M se saliera de trabajar de ahí.

“M: miedo, sentía miedo siempre que venía, aunque estuviera la señora me daba miedo, peor cuando no estaba me daba un miedo, no sé si se me notaba, no sé,

me decía que tienes, no, no tengo nada, estas enferma, no y si trataba de que saliera yo con él con las niñas pero no, yo le dije a la señora que no, no dice, si te vuelve a decir que vayas con él a tal parte, que nada más vas y vienes no, no, ni para nada te salgas con él, bueno”.

Hasta ese momento, cada cosa que vivía M alimentaba el miedo, la tristeza y la inseguridad que venía construyendo desde su nacimiento. En otros empleos se encontró con injusticias de tener que obedecer y cumplir con las imposiciones aunque a ella le parecieran casi imposibles; con esto me refiero a un trabajo donde a sus 16 años tenía que lograr que un niño hiciera lo que los modales o las normas sociales establecían como ideal. Al no poder lograrlo M recibía injustamente regaños y/o llamadas de atención; esto insistió alimentaba su inseguridad, coraje y tristeza.

Durante sus empleos no lograba entablar relaciones de amistad duraderas, al contrario, en una ocasión le tocó convivir con una persona que la humillaba y con la que no pudo establecer una relación cordial. Aunque M parecía una mujer débil había ocasiones como esta que se defendía de lo que le hacían, no se dejaba de nadie ya sea por naturaleza humana o por fortaleza y deseo de vivir. Estas situaciones en que M se mantenía con coraje servían para motivarse y sentir ilusión por la vida.

“M: pues sí porque me, como que me humillaba, como que me humillaba, como que ella era... pues sí, como que se sentía la patrona y yo... la gata ¿no? Pero no le dije, no, tú también eres gata angora pero eres gata”.

La relación que mantuvo con su esposo también estuvo llena de mucha tristeza y maltrato para M. Primero que nada al humillarla por el hecho de no poder embarazarse, él pensaba que por el hecho de no poderle dar hijo M no se merecía nada, ni el más mínimo detalle o caricia. Las humillaciones eran constantes por no cumplir el deber de toda mujer. Por supuesto él tenía la necesidad y oportunidad de buscarlo en otras mujeres que sirvieran para lo que están.

Al recibir todo este maltratado por parte de su esposo M alimentaba más y más esa tristeza, desilusión y sumisión ante la vida. Lo que en un principio de esa relación era alegría y bienestar ahora se había convertido en tristeza y coraje. Al no sentirse el compromiso ni la alegría de la vida en pareja, la relación de M con su esposo se desgastaba cada vez más.

En un inicio el maltrato que sentía era al ser despreciada o hecha a un lado por sus padres, la no importancia de su vida personal para su mamá tía, el maltrato físico y psicológico que vivió en la escuela cuando se burlaban de ella por su desarrollo físico, el maltrato y humillación de algunos compañeros o patrones de trabajo y ahora el maltrato de su pareja.

Pérdidas

Pérdidas se entenderá como aquellas ausencias que marcaron la vida de M y que significaron un hueco interior a causa de la tristeza y la no aceptación.

La primera pérdida fue la de sus padres. La muerte de su madre y posteriormente la partida de su padre al no quererse quedar con ellos.

La vida de M fue caracterizada por altibajos emocionales mayormente a causa de la pérdida de seres que se convirtieron poco a poco en parte de su vida, personas que al principio significaron ilusiones, después desilusiones y que culminaron totalmente en seres perdidos para M.

A parte de la muerte de sus padres, algunas situaciones que marcaron su vida fue la pelea con su hermano L y la muerte de su hermano JG.

Cuando M tenía aproximadamente 40 años se peleó con su hermano L a causa de unos terrenos que él se quería quedar. A M no le pareció justo y peleó porque no fuera así, en esta pelea tenía el apoyo de su mamá tía. En este momento ella mostró valentía y ni un poco de sumisión ya que no le importó tomar ayuda de procesos legales ni de dejarle de hablar a su hermano y familia. No obstante; esta

situación le provocó un sentimiento de tristeza por el hecho de cortar el lazo que la unía a su hermano.

“...cuando me ve le hace así (actúa como su hermano), él no me ve ahorita, él va así muy campante y me ve... se cuadra toditito y yo digo ande, pues ni modo, al fin que está muy ancha la calle.

E: ¿Qué sintió al dejarle de hablar a su hermano?

M: pues feo, feo porque era mi hermano...”

En cuanto a su hermano JG, M había logrado tener una muy buena relación con él, una relación que no tenía rigidez ni desilusiones de ninguno para el otro. Un día normal cuando ella tenía aproximadamente 14 años, JG decidió ir al monte a recolectar unas cosas, su hermana de M y su mamá estaban con ella haciendo tortillas; todo parecía normal, hasta que llegó la noche y JG no se aparecía por la casa. Todos se preocuparon y decidieron ir a buscarlo, la sorpresa fue cuando M lo encontró colgando de un árbol, JG se había suicidado. Esta situación fue muy fuerte para M por la impresión de ver a su hermano colgado de aquel árbol, por haber tenido ella que bajarlo y por el hecho de ser un ser querido que nunca iba a volver a ver. M sintió una profunda tristeza por haber perdido a esta persona que significaba tanto para ella; tristeza y sentimiento de desolación que aún vive en su interior.

“... que ya vamos a cenar! y no respondió, mas noche, ella acabó de hacer las tortillas y hay tú no aparece, pues vamos a buscarlo y no, grande fue nuestra sorpresa que estaba colgado del árbol... (Llora) yo dije cómo, cómo puede ser...”

“M: pues muy feo, muy feo porque yo nunca, nunca había visto eso y por ser mi hermano y por ser, por no ser por qué...”

Cuando se separó de su marido, M lo concibió como una pérdida ya que se había convertido en la persona con la que había compartido su vida durante un buen periodo de tiempo, había compartido emociones, tristezas, desilusiones que en

ese momento se habían concretado en otro de los seres que no pudo detener a su lado.

El esfuerzo de servicio, la importancia que le daba a cada una de esas personas para mantenerlas a su lado, para tener a alguien con quien compartir sus emociones no tuvo fruto, cada una de ellas partió, ya sea a causa de muerte o a causa de situaciones que obligaban a separarse para continuar con el fruto de la vida. Pérdidas que inevitablemente tuvieron eco en su interior.

Alimentación

Ahora bien, es importante mencionar la alimentación que acompañó a M a lo largo de todas estas etapas. La alimentación son aquellas sustancias líquidas y sólidas que M tenía o prefería comer en cada una de las etapas de su vida, alimentos que tenían una estrecha relación con las emociones y sentimientos que movían su cuerpo.

Su vida de M estuvo marcada por una economía bastante precaria, la alimentación que sus padres le daban era lo que en ese tiempo su economía les permitía. Su alimentación fue a base de provisiones que ellos mismos cosechaban. Aproximadamente al año y medio le comenzaron a dar papillas de frijoles o de sopa, acompañadas cuando era posible de atole. Antes de esta alimentación, M recibía leche del pecho de su madre.

La alimentación que llevaban cuando empezaron a vivir con su tía era similar a la que llevaban con sus papás. Comían verdolagas, carne cada ocho días guisada en caldos, habas, lentejas, acelgas, quelites hervidos y fritos, chícharo, etc. pero lo que más le gustaba comer era el perón agrio que es una fruta parecida a la manzana pero con sabor agrio, dulce de tejocote y tortillas tostadas con pulque. El pulque era una bebida que no faltaba en su hogar ya que tanto sus padres biológicos como su mamá tía lo tomaban constantemente.

“pues más, más ¿Qué me gustaba comer? pues casi todo, lo que me gustaba comer mucho, cuando había fruta, era el perón agrio, agarraba y lo lavaba, a por cierto fue de ese árbol del que se colgó mi hermano, en ese árbol, entonces cuando había perón iba yo, iba yo a cortar perones iba ya entre para cocerse entre amarillos y verdes y lo rebanaba, lo lavaba y lo rebanaba y lo ponía al comal y le echaba sal y eso eran tacos y tacos de perón asado. Era como manzana pero es agrio, es agrio, por eso le llaman perón porque es agrio y eso me gustaba mucho comer, dulce de tejocote, cuando había tejocotes, manzana, manzana, había una manzana así larguita, lo de abajo, como le dijera, donde iba la colita, la colita de la manzana era gordita y luego iba agarrando una como en forma de pera, pero no era pera, era manzana...”

Durante toda su vida, el sabor que más ha predominado en su comida es el dulce y el ácido así como las comidas fritas, el exceso de grasa ha sido un punto que se repite constantemente en su alimentación, cosa que nos puede sugerir un camino en cuanto a padecimientos y malestares.

Cuando comenzó a trabajar, M se alimentaba de las comidas de los patrones o de lo que destinaban en las casas para los empleados. Regularmente las comidas eran sencillas como huevo, salchichas, sopa, caldo de pollo, caldo de res, bistecs, etc. para la cena pan y leche, M comparte que todo se lo comía y le gustaba bastante.

Los cuidados en la alimentación comenzaron a ser importantes cuando le diagnosticaron osteoporosis. No obstante M no hizo caso alguno de esto, aunque al principio quiso seguir la dieta, después de un tiempo le aburrió y siguió comiendo lo que los demás comían, ella era la encargada de hacer la comida de la casa, así que podía hacer lo que su dieta pedía, los demás estaban de acuerdo en comer lo que el médico le había indicado pero ella fue quien decidió no hacer caso de las indicaciones. Su dieta estaba basada en alimentos fuertes en calcio como charales, nopales, semillas de girasol, atún, pescado, etc. comida que a M no le agradaba en lo más mínimo.

En la casa donde vive actualmente, esta su hermana, el esposo de su hermana y sus hijos, M come lo que comen ellos, comida de todo tipo, los ingresos de dinero son mayores ya que sus sobrinos aportan a los gastos del hogar, los alimentos ahora son más variados y las comidas enlatadas comenzaron a figurar en su mesa: arroz, sopa, caldo de pollo, caldo de res, verduras, lentejas, chicharos, garbanza, tocino frito, jitomate, plátano maduro frito, mole, sardina, etc. En cuanto a líquidos M gusta tomar de tés o leche, tés de limón, de hojas de naranjo, de cedrón o cualquier té de monte, de tabaquillo o de jocosúchil.

“...como ya no tomo café, me tomo té o leche, té de limón, de hojas de naranjo, té de cedrón o cualquier té de monte, hay dos de monte, uno es tabaquillo y el otro es, tabaquillo y el otro es de este como se llama, jocosúchil, ese no crece grande sino que se da en el suelo, así en las orillas de donde hay yerba”.

Síntomas y Padecimientos

En esta categoría tomaremos lo que el cuerpo de M vivió a causa de las circunstancias exteriores e interiores que desembocaron en un síntoma o padecimiento. Aquellos malestares que su cuerpo tuvo que vivir a causa de la presión que generaron las ilusiones pasajeras, el abandono corporal, las pérdidas, el maltrato y la alimentación.

En cuanto a esto podemos mencionar cuatro de mayor importancia. El primer padecimiento que se presentó fue un dolor estomacal bastante fuerte cuando ella tenía alrededor de 40 años, posteriormente le dio tos seca, la cual la hacía ver o tener una apariencia amarilla en su piel. Cuando tenía esta tos y dolor estomacal decidió acudir a una señora que le recomendó algunas curaciones naturales, esta persona se ofreció a hacerle las curaciones y M aceptó aunque su esposo no estuviera del todo de acuerdo.

Cuando ya estaba con la señora hicieron el siguiente procedimiento:

“... dice si mira como estas toda pálida, toda amarilla estas y dice que todavía no se te quita el dolor, le digo no, entonces agarró y dice espérame ahorita vengo voy a la casa y fue a traer yerbas y trajo alcohol y trajo este... yerbas que yo ni conocía, lo único que conocí fue la jarilla y le dije y ahora que va a hacer, me dice te voy a curar, no me vas a pagar nada pero con esto se te va a quitar ese dolor dice y ya vas a estar bien...”

“... pues ya me curo la señora primero me aventó el alcohol, luego... no, primero le echo a las yerbas alcohol, les prendió fuego y luego las apago y con ese juguito que les salió me baño, hasta los pies y ya me dijo haber dame unas toallas para envolverte bien, entonces agarró y me, me, me... ¿Cómo se llama? Me envolvió con las toallas y me dijo ahora te vas a tomar esto, este remedio, me hizo algo con sal y... hay ya no me acuerdo... fue sal y que más fue... que me picaba aquí bien feo (se toca su garganta)... ¿Qué era, que era? (después de 2 minutos aproximadamente continuó)... ah sí, era agua de nopal con sal, nopales hervidos con sal, pero picaba bien feo, no me podía yo pasar tan feo que sentía, pero me decía que tenía que tomármelo porque si no, no se me iba a quitar el dolor, entonces le digo: hay pero... mejor primero la sal y luego... échame la sal en un pocillo y luego me aviento la sal y ya me lo dio así y sí me dijo: me quitas el nombre si no vas a dormir así, porque yo tenía una tos, pero tos, sentía la cabeza así de tanta tos”.

“...y me dice pues ya prepara tu cena y ya tomas algo ligerito para que te duermas, me tome un atole de arroz ligero y un pan tostado y me dice ahora si ya te dejo lista para que... te vengo a ver mañana para ver como amaneciste... nombre la tos se me quito (asombrada), se me quitó el dolor y pude dormir toda la santa noche”.

Como podemos ver, gracias a esta curación M pudo descansar de esa tos seca y de ese dolor que la aquejaba. El color amarillento que venía del hígado por la cantidad de grasa que consumía también se le quito. Pero el dolor estomacal estuvo relacionado a otro momento en que M se agachó y sintió una bola en el estómago. Cuando sintió esto decidió ir a atenderse al médico, el diagnóstico que

le dieron era que esa bola que sentía en realidad era un tumor y había que hacer pruebas para ver si era maligno o benigno.

“... le dije a la señora saben que me van a operar de un tumor y yo lo siento, me apretó la panza el tinaco, saque el agua y sentí la bola. Dile a Rafa que te apunte en el seguro dice...”.

Procedieron a hacerle los estudios necesarios y la extirpación. Metieron a M a quirófano y después de todo procedimiento quirúrgico le dieron la noticia de que su tumor era benigno, esta fue de verdad una buena noticia, no cómo la que vino a continuación: aprovechando el gasto médico del quirófano, los médicos decidieron también quitarle la matriz. Esta noticia fue bastante triste para M ya que esto significaba la pérdida de toda esperanza para poder procrear. M sabía lo imposible de convertirse en madre y poder formar una familia ahora con esa noticia; es importante mencionar que en ningún momento le pidieron su consentimiento para hacer semejante acción. Pero esta fue la noticia que acompañó a la extirpación de su tumor benigno.

“ M: que era un tumor benigno... que bueno madre, dijo el doctor, porque el doctor al otro día que me operaron me fue a ver y me dijo: ¿Cómo sigue?, ya bien doctor le dije... pues la operamos de un tumor mal... benigno dice porque no es maligno, no es cáncer ni nada, dice no sé porque tenía ese tumor y le quitamos también porque ya la matriz ya no le servía y los ovarios, todo me quitaron y ya perdí todas las esperanzas”.

La pérdida de esperanzas para poder tener hijos, el poco apoyo que recibió de su marido para poder formar un verdadero hogar y la sorpresa de las infidelidades y de los hijos que tenía su esposo con otras mujeres fue lo que orilló a M a irse de esa casa, a separarse de su esposo. M se regresó a vivir al lugar que la vio crecer, primero vivió con su mamá en un cuarto y posteriormente se fue a la casa de su hermana donde vivía ella con su esposo e hijos. Viviendo aquí, a una de sus sobrinas le sorprendió lo delgada y débil que se veía, así que decidió llevarla al médico.

Ya en el consultorio le hicieron estudios para ver a qué se debía su delgadez y apariencia débil. Los estudios arrojaron osteoporosis, enfermedad que afecta a los huesos. Esto no lo sorprendió a M ya que sabía que era la consecuencia de no haberse tomado los medicamentos que le recetaron cuando le quitaron la matriz, medicamentos generadores de hormonas, esta fue la explicación que los médicos y ella le dio al padecimiento que le aquejaba. Su osteoporosis requería de cuidados y una alimentación especial pero a la fecha M no sigue las recomendaciones, aunque ya no hace las mismas actividades de antes, sigue haciendo mucho esfuerzo en cargar cosas pesadas o seguir rutinas cansadas, la dieta que le asignaron tampoco la sigue porque los alimentos no le agradan.

“M: de no, este de no cargar cosas pesadas, de no correr, de... porque no me dieron medicamento, nada más me dijeron que tomara, que comiera muchos charales, muchos nopales, mucha semilla de girasol, este atún, pescado, de verdura, ya no me acuerdo porque ahí tengo la hoja pero ya tiene rato que no la saco”.

“M: pues dicen que es muy doloroso pero gracias a Dios no lo he sentido nada más le digo al cargar cosas pesadas o que, como antes que si hacía todo el quehacer no como ahora si quiero hacer todo el quehacer al rato estoy bien cansada por eso ya no hago todo, nada más barro los cuartos pero así rápido porque muy diario no”.

3.3. Análisis de la historia de vida.

La historia de vida de M ha estado marcada y caracterizada por ciertos deseos, emociones y sentimientos que han gestado una actitud ante la vida bastante importante de resaltar. Para hacer este recorrido es necesario recordar lo anteriormente escrito, aquellas etapas que acompañan su caminar.

Como pudimos notar M estuvo envuelta en una educación y estilo de vida propios del tiempo de su nacimiento. Sus padres dedicados al trabajo para poder darles alimento y ellos dedicados a las necesidades que se generaban en ese ambiente. El trabajo figuraba como una necesidad prioritaria en ese entonces pues no se tenía la oportunidad de elegir si trabajar o quedarse en casa a cuidar y brindar amor a sus descendientes. El quedarse en casa significaba no tener dinero para comprar el alimento del día, es por eso que el padre de M tenía que salir a la mina por unos pesos para solventar los gastos básicos; en cuanto a su madre, la señora estaba en casa para resolver las necesidades de hambre, vestido y educación de sus hijos. El cuidado del hogar era el rol principal de la mujer.

El ambiente en que se encontraba M marcaba el rol que tenía que jugar. El hecho de ir a la milpa a dejarles de comer a sus hermanos, o ayudar a hacer tortillas o remendar ropa era parte de las costumbres y necesidades que la carencia monetaria de su familia generaba. Este estilo de vida fue el que propició que se sintiera ilusionada por algún día recibir un acto de amor o por hacer que su vida corporal tanto exterior o interior se viera olvidada. M se dedicaba a pensar y esperar eso que su interior le reclamaba: amor.

Esas ilusiones que acompañaron a M durante su niñez no era posible concretarlas por el mismo estilo de vida que en ese tiempo se tenía. Brindar amor a los hijos no era parte de las necesidades primordiales o quizá sí pero la necesidad de trabajar para comer era la que se quedaba con la mayor parte del tiempo de las personas. El sembrar la verdura, mantener en buenas condiciones la siembra y cosechar era el proceso en que tenían que participar no solo los adultos si no también los hijos o menores que vivieran en la casa. El juego y la diversión quedaban en segundo plano por las mismas costumbres y necesidades.

Esta situación generó en M el deseo de sentirse amada, de sentirse querida o al menos de sentir el abrazo de su madre o de su padre. Las condiciones ambientales no permitían que su deseo fuera satisfecho, en ese momento M no veía el amor que sus padres tenían por ella, M pensaba que no se daban el tiempo ni la preocupación por lo que pasaba en su mente o en su corazón, esta situación

generó tristeza en su interior, tristeza que fue guardando ya que el mismo estilo de vida no permitía que los niños pudieran hablar de estas situaciones con sus padres, M no sentía la confianza de ir con su madre a decirle lo que pensaba, no podía llorar con ella ni arreglar de algún modo ese deseo que vivía en su interior.

M pierde a sus papás a los 7 años y desde aquí comienza a gestar en su interior un sentimiento de abandono, abandono corporal como tal y abandono por no tener a sus padres, solo a sus hermanos. Como ya se mencionó cuando M tenía a sus padres con vida lo que más anhelaba era que se preocuparan por ella, que le preguntaran ¿Cómo estás?, ¿Cómo te sientes?; sin embargo, eso nunca sucedió, M pasaba de la ilusión o el deseo de que algún día sus padres tuvieran esta preocupación hacia ella a la tristeza por perderlos y nunca más volverlos a ver ni escuchar de ellos una palabra de amor.

Al inicio la ilusión, la alegría por vivir era una de las emociones que predominaban en la vida de M, ella no se atrevía a decirles a sus padres lo que sentía por ellos por miedo o por vergüenza. Es así como este miedo iba apagando lentamente esa alegría que M guardaba. De acuerdo a la relación órgano emoción podemos notar como el agua entró en acción para apaciguar esa alegría o ilusión que M mantenía como un sentimiento futuro.

La tristeza que le ocasionaba el incumplimiento de los deseos por sentirse amada, las pérdidas y los maltratos ya sean físicos o verbales originaron resentimiento en contra de sus padres y de su mamá tía, resentimiento que se articuló para generar una actitud de sumisión y abandono ante la vida. La tristeza estaba dominando en su interior así que tuvo que entrar madera como forma de restablecer el equilibrio, M poco a poco comenzó a generar mucha ira en contra de las personas que estaban a su lado porque no le brindaban amor, ya sea por el modo en que se vivía o por el poco interés, eso a ella no le importaba así que esa tristeza generó ira y resentimiento en contra de sus padres, de su mamá – tía y posteriormente de su esposo.

La tristeza empezó a figurar cada vez más en su vida al no poder concretarse las ilusiones que la mantenían en pie, M vivía en carne propia un abandono afectivo muy fuerte, en el tiempo que vivió con sus padres no se concretó porque ellos murieron y nunca más los volvió a ver; después apareció más acentuado este sentimiento cuando su hermano murió a causa de suicidio. Las pérdidas constantes en la vida de M (padres, hermanos, esposo, etc.) se articularon con esos deseos no cumplidos, con esa tristeza que comenzaba a tener frutos en su interior y con esa ira ante la vida. La pérdida de su hermano y posteriormente de su esposo se articuló con su historia de abandono y pérdida de sus padres, la tristeza excedió en su interior lo cual hizo que pulmón lo fuera resintiendo, aún no había algún padecimiento, pero sí una tristeza constante que evidenció ese desequilibrio, donde el daño se iba haciendo presente. Cuando M se va a vivir con su tía nuevamente surge la ilusión o alegría de que tendrá la vida que siempre quiso, una persona que se preocupara por ella, que le demostrara que vale, que es una persona amada y que a alguien en este mundo le importa. No obstante, esto tampoco sucedió, ya que el estilo de vida que llevaba con la tía era similar al que llevaba con sus padres, es más, aquí el trabajo era más pesado porque la tía tenía que solventar sola los gastos, ellos tenían que ayudar al trabajo en el campo y ella ayudar en la casa con el quehacer, con la comida, llevarle alimento a los hombres al campo, etc. el tiempo para convivir emocionalmente era muy escaso. La alegría que M tenía se fue apagando lentamente hasta figurar de nuevo esa tristeza que caracterizaba a aquella persona sumisa quien se encargaba de los demás.

El mismo deseo fue persistiendo ahora con su mamá-tía ya que la educación y generación de la señora era la misma que la de sus padres biológicos. Las necesidades precarias seguían exigiéndole a M su apoyo en cuestiones del hogar, en ayudar a lavar trastes, en hacer la comida, remendar la ropa de ellas y de los hombres, llevarles de comer a la milpa a los hermanos o peones que se contrataban; en realidad, las mismas actividades que hacía cuando vivía con sus padres. Por lo tanto, el deseo era el mismo, recibir un abrazo, un beso, el hecho de que a alguien le importara su vida pero la misma situación impedía que esto se

cumpliera, no había tiempo, el tiempo se tenía que invertir en trabajar para sacar para comprar lo más elemental para sobrevivir, la vida en el campo era prioridad ya que eso era lo que sustentaba su dieta alimenticia. El abandono afectivo y corporal se iban haciendo cada vez más presentes, la preocupación por los demás se llevó la preocupación y la importancia de que M volteara a su interior. M estaba olvidada.

Al estar la madera en exceso se generó mucho fuego, esto le ayudaba a M a revivir esa alegría por la vida que fundía poco a poco a metal, a esa tristeza que dominaba en su interior. M comenzaba a ilusionarse y a empezar con alegría cada nueva etapa; aunque, el mismo deseo estaba, el mismo deseo que no lograba cumplirse así que el ciclo continuaba.

La tristeza seguía dominando, el pulmón se seguía desgastando, entraba el fuego por la alegría de vivir pero al no ver cumplidas las metas o los deseos el miedo se iba haciendo presente, había un exceso de agua y para terminar con ella tierra crecía y la ansiedad se hacía constantemente presente; ahora estomago era quién más se veía afectado.

Es evidente cómo en este ciclo energético, el papel de la mujer toma un papel importante. El deber ser que se instituyó en nuestros cuerpos no nos deja vivir con libertad y nos ahoga al tener el deseo de procrear, responsabilizarnos de una familia incluyendo en esto el servir y ver por un marido y por unos hijos. Lograr mínimo una familia como la que tenía o tiene nuestra madre es el deseo de la mujer en la antigüedad e incluso hoy en día o al menos ese era el deseo de M, deseo que nunca se vio satisfecho ni en la infancia al no tener una figura materna ni paterna estable y posteriormente en la adolescencia – juventud al no poder tener una pareja sólida ni la posibilidad de poder tener descendencia. La búsqueda de una familia fue lo que guió la vida de M en todo momento.

Rememorando, al principio de todas las relaciones M tenía la ilusión de vivir, de ser feliz, de disfrutar del mundo que le rodeaba, empezaba todo con felicidad y entusiasmo; sin embargo estas emociones terminaban en tristeza, miedo y

ansiedad por no lograr o tener lo que deseaba y pretendía. Estas emociones que vivían empezaron a generar desilusiones y resentimientos en contra de las personas. Parecía que lo que deseaba no se cumplía porque vivía rodeada de personas que les importaba más otras cosas. No era que les importara más otras cosas si no que había necesidades que les impedían dedicarle tiempo a M.

A lo largo de su niñez esta era la cadena que se iba generando, la educación de sus padres, los deseos de sus padres y el estilo de vida de ellos iba provocando en M una actitud de sumisión y resignación ante lo que vivía. Al no tener la oportunidad de hablar la emoción que sentía comenzó a generar una ansiedad muy fuerte, volviéndose una necesidad los alimentos dulces para mantener el equilibrio en el cuerpo. Su interior comenzaba a moverse pero no era escuchado.

Su vida de M seguía, ahora era el momento de comenzar a trabajar y empezar con una vida más independiente. El acoso sexual en uno de sus empleos generó la exaltación del miedo en su interior que al no poder acabar con él generó más ansiedad. Otra vez el ambiente acabo con la ilusión y alegría por comenzar una nueva etapa. Otra vez los alimentos dulces y grasos seguían figurando como una necesidad, la ansiedad estaba a tope.

Sus valores hacían que cada cosa que vivía generara mucha ansiedad por no ser bien visto para los demás, no podía decir que un patrón le tocaba la pierna; no lo podía permitir, generando a su vez culpa, miedo y ansiedad en su interior.

Cuando comenzó a vivir a lado de su esposo, la ilusión por formar un hogar, una familia la invadió por completo, era el momento de comenzar otra nueva etapa. Comenzó bien, pretensiones amorosas, noviazgo, hogar propio, amor, ilusiones, desilusiones, récords, miedos, tristeza, ira, así fue como terminó. Nuevamente esa felicidad se convirtió en más tristeza. En este instante se presentó la contradicción entre lo que debía hacer y lo que realmente quería hacer. Nuevamente la tristeza, el miedo y la ansiedad iban haciendo presencia en el interior, pulmón y estomago seguían desgastándose cada vez más.

Lo mejor visto en cuanto a relaciones de pareja era que el hombre saliera a trabajar, traer dinero para los gastos del hogar y las mujeres estar en su casa atendiendo necesidades de limpieza, alimentación y cuidado de los descendientes; o al menos este contexto es el que le hubiera gustado tener a M. Pero al enterarse de las infidelidades de su esposo (que era común en ese tiempo) M no vivía feliz porque además de que estaba traicionando su amor, M pensaba en los hijos que las demás le podían dar y que ella no. Al principio le parecía normal que él hiciera eso y no le quedaba más que aguantarse y seguir alimentando esa actitud de sumisión que había construido desde pequeña pero después de un tiempo, al ver que no podía darle hijos, que no tenía con que detenerlo en su casa, no poderse sentir única y amada decidió irse; rompió con el deber ser de una mujer y se separó de su esposo, esto consecuentemente le generó mucha tristeza y ansiedad ya que aunque se había ido y a pesar del maltrato que recibió, ella seguía amando a ese hombre.

El exceso de estas emociones generaban acciones en su interior, metal y tierra estaban desbordándose, madera y agua comenzaron a contradominar, el miedo y la ira comenzaron a figurar, miedo a lo que iba a pasar al no ver cumplidos sus deseos e ira en contra de todas las personas que la señalaban, las personas que no dejaban que ella fuera lo mínimamente feliz. Toda esa tristeza, miedo y ansiedad que guardó en su interior terminó por salir. Su cuerpo ya no aguantaba más ese desequilibrio que generó. La tos y los dolores estomacales comenzaron a figurar como un grito corporal de que algo no estaba bien. Esa tos seca y ese tumor benigno han sido una de las señales que ha mandado su interior para decirle que el desequilibrio ha llegado a su límite.

El miedo excedido en su interior, a causa de los acosos sexuales, de las burlas por parte de los demás, etc. fue algo que provocó un mayor desequilibrio desembocando y teniendo acción sobre sus huesos; provocando un padecimiento crónico degenerativo: la osteoporosis.

Desde pequeña M comenzó a tener una dieta donde figuraban los sabores picantes como las salsas, los sabores dulces como el azúcar en las galletas, café

con azúcar, los alimentos agrios como el perón que tanto le gustaba. La dieta de M aunque fue atravesada por la necesidad económica tenía algunas características especiales, aparte de azúcares y sabores agrios relucía por su gran cantidad de grasas pues gustaba de comer quelites fritos, plátano frito o carne frita. El gusto por comer ciertos alimentos o la necesidad de ciertos sabores daba una ruta de lo que M venía construyendo desde pequeña, el sabor agrio, dulce, picante y el exceso de grasa en los alimentos fue algo que sobresalió por el desequilibrio que venía gestándose en su interior.

Las ilusiones pasajeras con sus padres, mamá tía y esposo, el abandono afectivo que vivió en todas las etapas de su vida, el abandono corporal que la dejó llegar hasta el día de hoy con la osteoporosis, las experiencias con su tumor, la tos, dolores de estómago, etc., el maltrato constante y las pérdidas que vivió de sus padres, de su mamá tía, sus hermanos y su esposo fue algo que marcó el flujo energético interior y que permitió que M construyera esa actitud y respuesta ante la vida, todo esto permeado y acompañado por esa alimentación grasosa, dulce y agria que también contribuyó a lo que M es hoy en día.

4. CONCLUSIONES

Haciendo un recorrido histórico argumentativo acerca de las explicaciones que se han tratado de dar al proceso salud-enfermedad nos hemos dado cuenta de infinitos avances, retrocesos y oportunidades de claridad que si bien tienen huecos han aportado mucho para tener un entendimiento del complejo ser humano, alcances y esfuerzos que se han vinculado con su tiempo y espacio habitual.

Desde la época del siglo XIX hasta nuestros días los hombres no hemos dejado de preguntarnos el porqué de las cosas, el porqué de las muertes, el porqué de las vidas, el porqué de los fenómenos naturales, quizá en alguna época fuimos más preguntones que en otra pero todo se debió a los anteojos que nos pusimos o que nos ha puesto el modelo explicativo. A que me refiero con esto, a que de un tiempo para acá hemos dado por hecho las cosas y no profundizamos demasiado para saber las razones. Pero independientemente de esto, los modelos de explicación han estado presentes.

En cuanto al proceso salud-enfermedad hemos pasado por perspectivas sociológicas que dan cuenta del papel social del enfermo, perspectivas culturales que se refieren a la explicación de la enfermedad de acuerdo a la cultura, perspectivas económicas y políticas que entienden la salud como fundamento de libertad, seguridad y estabilidad, etc.

No podemos criticar ni descartar ninguna de estas miradas debido al resultado e importancia que significaron y significan hoy en día para nuestros esquemas de explicación. No podemos construir sin antes conocer lo construido, esto último ayuda sin lugar a dudas a lo que hoy defendemos.

Una y otra vez nos equivocamos, supimos que eso que decíamos estaba mal, era tiempo de cambiar, de construir. Del modelo biomédico, pasamos al modelo de determinación social del proceso salud-enfermedad y luego al psicosomático.

El cambio es una forma de dar cuenta que estamos vivos y que seguiremos estándolo. Durante el siglo XIX las tasas de mortalidad aumentaban, era signo de que algo estaba mal, el modelo cartesiano ideó una forma de entender el cuerpo y el universo, forma que siguió con vida por mucho tiempo, después de un rato vimos que esa explicación no daba resultados, la gente se estaba muriendo, era momento de hacer algo, cambiar la forma de explicación y acción.

El proceso salud - enfermedad no podía seguir explicándose desde afuera, no podíamos ni podemos seguir pensando que un agente externo es el causante de nuestros males, no podemos seguir evadiendo responsabilidades. Al hacer eso lo único que hacemos es olvidar que existimos y que podemos hacernos cargo de lo que pasa en nuestro cuerpo, ya sea al interior o exterior de él. Las explicaciones referentes a las enfermedades se guían desde hace tiempo por medio de la religiosidad al pensar que es un castigo divino el padecer o sufrir de una u otra cosa, por medio de la ciencia al concluir que es gracias a los genes y obviar el padecimiento o sintomatología, algunas otras explicaciones se basan en el karma o decir que eso tenía que pasar y lo importante es el aprendizaje que se tiene de eso. La diversidad de razones que la gente comenzó a generar ponía sobre la mesa el rebase del modelo de explicación, este no era suficiente o era claro que las personas no le veían ningún avance o razón de ser, pues los padecimientos seguían incrementando.

Hoy en día el modelo de explicación biomédico sigue vigente no solo en el campo médico sino que también en otras ramas del conocimiento humano; por ejemplo, en la psicología. La explicación de los padecimientos basados en el modelo Agente – Medio Ambiente – Huésped se extrapoló al modelo de explicación en psicología: Estímulo – Respuesta – Consecuencia. Las enfermedades mentales y orgánicas se explican de la misma forma y por supuesto, las consecuencias o resultados son exactamente los mismos. El hecho de desaparecer una sintomatología, padecimiento o trastorno mental no significa necesariamente su curación. La hegemonía de explicación está haciendo de las suyas en todas las

ramas que se encargan de nuestro cuerpo humano, de nuestra vida. Esto último porque así lo hemos querido.

El modelo de construcción social individual de lo corporal nos da oportunidad de quitarnos esa máscara y ropaje que nos “protege” y que nos mantiene al margen de lo maligno, del exterior. Nos da la oportunidad de sentirnos un ser que está en constante interacción con lo que nos rodea y hasta con lo que se encuentra fuera de nuestro alcance. Es una manera de saber que no somos tan diferentes a los demás pero tampoco tan complejos ni simples como pensamos. La construcción de nuestros padecimientos o sintomatologías son responsabilidad propia, es nuestra decisión seguir construyendo y manteniendo un desequilibrio energético interior y exterior.

Este modelo de explicación determina el conocimiento y la decisión del rumbo que deseamos seguir, al conocer la manera de construcción uno puede concientizarse de su historia, de la historia de los demás y lo más importante, nos permite predecir y con esto cambiar o mantener el ciclo energético que fijará el rumbo de nuestra existencia. La unidad como principio vital del modelo nos da otra forma de entendernos y movernos en el universo, manera que se basa en el cuidado de nuestras palabras y acciones; el no cuidar esto determinará el flujo energético que nos ayudará a mantener o acabar con el principio de vida, aunque siempre nuestro cuerpo va a luchar y aferrarse a ella, ésta se puede acabar por no reparar en lo que hacemos o decimos. Una vez que ese principio de vida se vea amenazado por la gran carga emocional a la que se encuentra sometido se va a mover, se va a autorregular por medio de movimientos internos y externos que lo que busquen será el equilibrio y la vida.

Nuestra familia, la sociedad, la alimentación, la cultura como tal son parte de nosotros y parte de la construcción interior y exterior que hacemos desde que nacemos. Al tener esta concepción no nos podemos dar el lujo de echarle la culpa, como comúnmente decimos, a los bichos, gérmenes o bacterias que se encuentran al margen de nuestra piel. Debemos cuidar y pensar lo que hacemos día a día, las relaciones que establecemos, las emociones que nos genera estar o

no en algún lugar o con alguna persona, lo que hacemos en el lugar que habitamos, en el lugar que visitamos y al lugar al que asistiremos, de esta forma tendríamos una mejor calidad de vida hablando en términos orgánicos, emocionales y ambientales.

Esta concepción es una forma de incluir algo que se llama emoción como parte de la construcción de nuestros males. Antes pensábamos que el estar tristes, alegres o quizá iracundos no iba a pasar de ahí porque eso nada tenía que ver con nuestra fisiología y mucho menos con nuestra cultura de la que éramos parte. Hoy en día podemos darnos cuenta como el todo está en constante relación con el todo, aquello que antes podíamos pensar como parte de otra realidad ahora es parte de nosotros y es parte porque nos afecta a nosotros mismos y también a la gente que nos rodea. La relación órgano emoción nos ayuda a entender cómo vivimos y las formas que hemos llegado a construir en nuestro interior y que hoy en día nos están matando. Es una forma de entender la compleja red que articulamos: deseos que nos generan ciertas emociones que transformamos en sentimientos, actitudes y acciones que impactan en nuestros órganos y en nuestro proceso salud – enfermedad.

Una forma de entender este proceso fue adentrarnos a una historia de vida que nos permitió ser partícipes de cómo las emociones generadas y vividas tienen un impacto en algún órgano en específico y cómo al suceder este impacto la ruta energética va moviéndose al interior hasta agravar o disminuir el daño hecho. El ir a la historia de vida también nos permitió conocer la gran importancia que tiene el contexto y el medio ambiente en general sobre la construcción de los síntomas o padecimientos.

Fue de gran ayuda tomar como herramienta de trabajo una metodología cualitativa, específicamente el enfoque fenomenológico con el método biográfico debido al aporte en cuanto a información que nos permitió obtener; se pudo tener una visión especial en cuanto al proceso que M ha pasado y con el que ha construido su padecimiento. Una de las razones por las que no se optó por el método “biograma” que supone un conjunto de biografías con el fin de tener un

punto de comparación fue por la necesidad e interés de conocer una historia de vida en particular con sus vicisitudes, contradicciones, esencias y pormenores, cosa que al tener información de diferentes fuentes se podrían perder o no mostrarse tan claramente. El interés fue hacer un análisis y tener un conocimiento mucho más fino para entender el proceso de construcción corporal de la salud – enfermedad.

Como parte de la esencia de la historia de vida se puede notar cómo la necesidad de afecto e interés de la vida personal por parte de la gente que nos rodea, comienza a convertirse en un deseo constante que nos acompaña; probablemente, por el resto de nuestra vida. Este deseo mueve cosas en el interior y exterior, llevando a caminos que más que ayudarnos, nos van afectando cada vez más. Una de las premisas que han ayudado al entendimiento es la que se refiere a que el deseo nos lleva a una emoción, que a su vez construye un sentimiento que desemboca en actitudes y acciones.

En la historia de vida particular de este trabajo pudimos notar como la tristeza y ansiedad fueron emociones que la llevaron desde su niñez hasta la actualidad a generar un sentimiento de frustración por no lograr o conseguir lo que ella más anhelaba, estos hechos la llevaron a adoptar una actitud de sumisión y abandono ante la vida, optó por ver y procurar a los demás con el afán de que ellos respondieran tan solo con un poco de amor y preocupación hacia ella, esta misma actitud fue la que llevó a que se olvidara de su cuerpo, de su propia vida; lo que finalizó en un desequilibrio interior que resaltaba una ansiedad y una tristeza tan fuerte que estómago y pulmón no pudieron resistir.

Los resultados obtenidos del análisis de la historia de vida aportan elementos para notar que el cambio de paradigma con el cual estudiar un proceso corporal está ayudando o ayudará a parar las altas tasas de mortalidad que estamos teniendo como país. Aquí la invitación es a cambiarnos los anteojos que traemos puestos que nos ayudan a entender y a atender lo que vemos y leemos, es una invitación al cambio como personas y profesionales de la salud.

Al conocer la historia de vida podemos ver cómo desde alguna etapa en particular tenemos la posibilidad de conocer cuál es o cuál será la ruta de viaje energética que se estará construyendo al interior y podemos también deducir en ese momento lo que ha vivido, lo que está viviendo y lo más significativo: lo que podrá vivir si no atendemos y trabajamos; es decir, podemos acercar; por ejemplo, algún tumor en estómago, alguna tos seca o alguna osteoporosis como padecimiento crónico – degenerativo.

En este recorrido se pudo corroborar la relación tan estrecha que tienen las emociones con el tipo de alimentos que se consumen. M gustaba de comer alimentos dulces, agrios y grasos como parte de la necesidad y de las emociones; ansiedad e ira, que en su interior predominaban. Esta explicación nos da varios elementos para que podamos concientizarnos de nuestro estado y así atender esas rutas energéticas que vamos entretejiendo; para esto, es necesario conocer y entender esta nueva forma de explicación, estoy segura que cuando todos lo sepamos y llevemos a cabo seremos unas personas más responsables y autónomas en cuanto a la atención de nuestro cuerpo, de nuestro interior y por supuesto, del ambiente que nos rodea.

Hoy en día es muy común que lo que esperamos o deseamos no empate con las normas sociales establecidas en el lugar en el que vivimos; esto por supuesto, nos genera ciertas emociones que van en contra de nuestro bienestar o que frustran nuestro equilibrio interior al tener que darse otros movimientos que muchas veces no logran reconstruir las rutas de viaje de nuestra energía interior. Al ir a una historia de vida en particular, se tiene la oportunidad de ver cómo las ideas y costumbres del espacio en el que se vive atraviesan la forma de vivir en familia, en pareja e individualmente; en este caso, M vivía en el campo donde había ciertas ideas y costumbres que guiaban la vida de los habitantes; una de las creencias más arraigadas era el papel de la mujer en los hogares y claro está, el papel del hombre en la sociedad.

La mujer era quien procreaba y veía por la buena educación de los descendientes, el hombre era quien trabajaba para poder llevar alimento y vestido a su familia.

Este era el ambiente en el que se movían sus abuelos, padres y esposo de M. Ese contexto no le ayudaba en lo más mínimo para lograr el afecto que ella necesitaba, pues todos tenían que ver por otras actividades y no había tiempo para dedicar un momento de atención más sutil a los hijos. La educación que ellos recibían era esa: aprender cómo se mantenía un hogar y una familia; los hombres, como se trabajaba el campo. M aprendió con alegrías y tristezas esa forma de vida; sin embargo, a la hora de llevarla a cabo no se logró; ya sea por ella o por los demás el deber ser chocó drásticamente con lo que ella estaba construyendo, esto generó emociones que se movieron y gestaron patologías que no hacían más que evidenciar que algo andaba mal.

Es así como una historia de vida aporta muchas ideas y aprendizajes de cómo la vida se debe de cultivar desde que está uno en el vientre de su madre. Las personas construimos una realidad que nos ayuda a entretener emociones, sentimientos, ideas, actitudes y acciones, que tarde o temprano desembocan en un padecimiento crónico-degenerativo. Tantas emociones frustradas guardadas en nuestro interior no darán más que padecimientos propios y ajenos heredados, es por eso que debemos de ser más responsables y atentos a las llamadas de nuestro interior y exterior, llamadas que a veces no las escuchamos o no las queremos escuchar.

Quizá esta explicación se vincule de entrada sólo en el plano médico pero ¿qué hay de nuestra rama de estudio?, la psicología. En primer lugar no deberíamos pensar en dos cosas distintas, por un lado la rama médica y por otro la rama psicológica pues estaríamos cayendo en la dualidad de la que queremos escapar. Ambas pueden tener una explicación coherente y concordante agarrada de la mano de esta nueva perspectiva de explicación. Un malestar físico y/o psicológico en cuanto al modelo cartesiano son explicados casi de la misma forma ya que en ambos la explicación parte del mal en sí y se toman medidas preparatorias para erradicar solo eso que perturba la sobrevivencia. Los malestares psicológicos deberían de ser vistos y estudiados desde una posición global no única y lineal tal como lo hace el médico con un padecimiento cualquiera.

Nuestras emociones, actitudes, acciones e ideas deberán ser estudiadas desde el origen, desde la primera vez que surgieron y no solo eso, se deberá de poner atención en cómo fue que surgieron, de dónde, por qué y para qué; he aquí la importancia de la historia de vida.

En el marco de la psicología esta perspectiva de explicación es bastante importante y utilitaria ya que pasa exactamente lo mismo que en el plano médico, las enfermedades o padecimientos psicológicos hoy en día van a la alza, esto por el mismo estilo de vida que tenemos. Si los padecimientos crónicos degenerativos y psicológicos o psiquiátricos van acrecentándose y volviéndose más complejos quiere decir que algo está mal: la forma en que se abordan. Si nos preguntamos cual es la importancia de la explicación que propone el Doctor López Ramos es muy simple: abordar los procesos desde su surgimiento y no solo eso, buscar el dónde, por qué y para qué, no solo quedarnos en la conducta en cuestión o la idea irracional que hay que modificar; eso también es pensar de manera lineal, evadir responsabilidades y buscar quien es el culpable, cosa que es muy escueta y fácil para la complejidad de nuestro cuerpo humano y de nuestro cosmos en general.

El cambio es una manera de mostrar que estamos vivos, esta tesis es un esfuerzo por cambiar el lente con que se miran las cosas, con que se mira nuestro interior, nuestro mundo rodante, nuestra alimentación, nuestros sentimientos y emociones. Es una invitación a sentirnos complejos e importantes en esta cultura que la mayoría de veces busca que nos olvidemos a nosotros mismos, a los demás y a nuestra naturaleza.

A nivel académico y de formación podemos aprender y enseñar otra manera de entender y abordar los procesos que nos confieren: procesos biológicos, psicológicos, históricos y demás. Debemos entender que la especialización y fragmentación de los procesos no ayudan en lo más mínimo al entendimiento ni a la práctica profesional. El estar los médicos en un edificio, los psicólogos en otro, de otras dimensiones y los biólogos, odontólogos y demás profesionistas en otro lugar más alejado no nos dificulta ni facilita el trabajo de entendimiento y práctica

profesional con nuestro “objeto de estudio”: el ser humano. Quizá una buena alternativa son las terapias corporales que han ido surgiendo.

Hablando específicamente de mi experiencia como estudiante de la carrera de psicología me di cuenta del significado del término “complejidad del ser humano”. El hecho de estudiar un fenómeno requería de horas de estudio que al momento de empatar con la realidad no se clarificaba por completo; al contrario, se complejizaba al tener que embonar las piezas que se requerían para poder solucionar o entender un fenómeno. El estar enfocada a una forma de estudio propició que esa complejidad llenara cada espacio de incógnitas no resueltas.

El modelo conductual que guio y que pretendía guiar mi práctica profesional al final resultó ser un engañoso al darme a entender aparentemente la complejidad del ser humano. Lo complejo que ellos entendían en realidad no resultaba ser así pues los pacientes volvían y volvían al no tener una respuesta en cuanto a su problema. Esto en realidad me hacía pensar que lo complejo que yo veía en realidad no era ni la más mínima parte de lo que había que entender. Eso que me ocupaba tiempo no les daba ninguna respuesta a mis pacientes ni a las personas que mis compañeros de clase atendían, pensábamos que el problema éramos nosotros al, ser tal vez, malos estudiantes.

Una vez que se repite esa misma observación y que lo corroboran los textos y discursos de otros profesionales me di cuenta que posiblemente no éramos nosotros sino la definición que teníamos de “complejidad del ser humano” y el modelo que guiaba nuestro estudio acerca de esta definición. Fue entonces que decidí empezar a entender otra forma de explicación a esa complejidad orgánica y emocional que vive en nuestro cuerpo. El modelo de construcción social individual de lo corporal no solo ayudó a entender de otra manera la práctica profesional en psicología sino que también me ayudó a comprender una historia de vida en toda la extensión de la palabra, historia ajena y propia; así como también, me brindó una forma de afrontar mi existencia en este universo del que no sólo yo formo parte. Estoy segura que el hecho de modificar el plan de carrera generará una mayor apertura intelectual que sin duda alguna impactará no solo en el estilo de

vida de nuestros pacientes sino también en nuestra vida como estudiantes, profesionistas y seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ancochea J., Antrás I., Arbós K., et. al. (1989). Enciclopedia Autodidacta. España. Ed. Océano. 98. Pp. 1-500.
2. Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad: Instituto Nacional de Salud Pública. Rio de Janeiro, 8, 3, pp. 254-261.
3. Beldarrain, C. E. (2009). ¿Estudia el proceso salud – enfermedad la antropología cubana? Instituto Nacional de Antropología e Historia. México, 16, 46. Pp. 55-70.
4. Camacho C. C. (2004). Implicaciones de las emociones en la construcción de enfermedades psicosomáticas: Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 95.
5. Campos J. E. (2011). El problema epistemológico de lo corporal. Dos propuestas explicativas del cuerpo humano. Ed. Ceapac. México. Pp. 392.
6. Campos, J. (2011). El problema epistemológico de lo corporal. Dos propuestas explicativas del cuerpo humano. México: CEAPAC. Pág.92.
7. Cervantes, E. X. (2009). Adolescencia: construyendo el proceso salud enfermedad: Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 134.

8. Chaple, B. E. (2009). ¿Estudia el proceso salud enfermedad la antropología cubana?: Instituto Nacional de Antropología e Historia. México, 16, 46, pp. 55-70.
9. Clark, L. R. y Cumley R. W. (1987). El Libro de la Salud. México. Ed. Continental. Pp. 927.
10. CONAPO 2010. <http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/2010>.
11. Dossey, L. (1986). Tiempo, Espacio y Medicina. Barcelona. Ed. Kairos. Pp. 320.
12. Duran., A. D. (2004). Cuerpo, Intuición y Razón. Ed. Ceapac. México. Pp. 136.
13. Goldberg. A. (2010). Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes: Revista de Antropología Iberoamericana. España, 5, 2. Pp. 319-356.
14. Granados, S. M., Martínez, J. H., Ortiz, G. R. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana: una mirada al margen de la cultura occidental: Revistas Ciencias de la Salud. Colombia, 3, 1, pp. 98-106.
15. Guerrero L. y León A. (2008). Aproximación al concepto de salud: revisión histórica: FERMENTUM, Venezuela, 18, 53. Pp. 610-633.

16. Laurell A. C. (1981). La salud enfermedad como proceso social: Universidad Autónoma Metropolitana. México. Pp. 1-11.
17. López R. S. (2000). Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano. Ed. Ceapac. México. Pp. 353.
18. López R. S. (2003). Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones III. Ed. Ceapac. México. Pp. 260.
19. López R. S. (2006). Órganos, emociones y vida cotidiana. Ed. Ceapac. México. Pp. 115.
20. López R. S. (2007). Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones IV. Ed. Ceapac. México. Pp. 281.
21. López R. S. (2007). Una mirada incluyente de los psicólogos de Iztacala. México, UNAM, FES-Iztacala. pp.179.
22. López R. S. (2011). Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones VII. Ed. Ceapac. México. Pp. 293.
23. Madrid, L. B. (2011). Realizando diagnósticos diferenciales de los modelos teóricos del proceso salud – enfermedad: Revista de Temas Sociales. Argentina, 15, 28. Pp. 13.
24. Mandariaga, C. (2005). Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización: gaceta universitaria, 1, 3, pp. 5.

25. Orfila, R. (2009). Una mirada al proceso salud enfermedad a través de las ciencias sociales: Observatorio Laboral Revista Venezolana. Venezuela, 2, 3, pp. 105-126.
26. Pujadas, J.J. (1992). El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Centro de investigaciones sociológicas. Pp. 100.
27. Romero, O. R. (2003). Los efectos en el individuo tras la modificación de la vivienda en los años 1970-1990: Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 126.
28. Ruiz Olabuenaga, J. I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao, España. PP. 344.
29. Sánchez, M. A. (1998). Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona. Basson. Pp. 592.
30. Taylor, S. E. (2007). Psicología de la Salud. México. Mc. Graw Hill. 6 edición. Pp. 987.
31. Valencia. P. L. (2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud enfermedad: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Colombia, 25, 2, pp. 13-20.