



01985
1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA MEDICINA TRADICIONAL URBANA COMO RECURSO
ALTERNATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

SHOSHANA BERENZON GORN

DIRECTOR DE TESIS
DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA

COMITÉ
DRA. EMILY ITO SUGIYAMA
DR. LUIS ALBERTO VARGAS GUADARRAMA
DRA. LUCIANA RAMOS LIRA
DR. ROBERTO CAMPOS NAVARRO
DRA. ILEANA SEDA SANTANA
DR. JOSÉ LUIS DÍAZ GÓMEZ

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION

DISCONTINUA

A mi hijo Emiliano por su alegría, frescura y amor

Para Arturo por su cariño y apoyo

B

AGRADECIMIENTOS

Mi infinita gratitud a los médicos tradicionales y usuarios quienes con gran generosidad compartieron su sabiduría y que con la mayor voluntad y frescura narraron sus más íntimas experiencias y nos invitaron a vivenciar su realidad. Espero haber podido transmitir en este trabajo todo lo aprehendido y que se convierta en una forma de agradecer a todas las personas que decidieron compartir su tiempo e historia.

A la Dra. Ma. Elena Medina-Mora por confiar en mí, por su incondicional apoyo y por todas sus enseñanzas a lo largo de mi formación. Gracias Maris.

Al Dr. Luis A. Vargas, por su erudito conocimiento y su refrescante humor que se convirtieron en un gran impulso para este trabajo.

A Nayheli, Jair, Angélica, Henry y Liz con quienes compartí los vaivenes y las certezas de este proyecto, conformando un equipo de trabajo y de discusión.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría por otorgarme todas las facilidades para el desarrollo de este proyecto.

A Jeannette Gorn, porque gracias a ti conocí y amé el mundo de la psicología.

A la Dra. Emily Ito por ser una gran maestra y por tener el don de combinar la crítica con el respeto y la amistad.

Mi total agradecimiento al Dr. Roberto Campos, la Dra. Luciana Ramos, la Dra. Ilciana Seda y el Dr. José Luis Díaz, por sus aportaciones teóricas, metodológicas y técnicas para este proyecto.

A mis amigos y amigas por compartir mis grandes triunfos y mis grandes fracasos.

Como todo trabajo, este también es el amplio resultado de una serie de intercambios intelectuales, académicos y vitales, por ello, agradezco finalmente a todos los que me acompañaron a lo largo de esta investigación.

ÍNDICE

DON RÓMULO, EL CURANDERO. RELATO DE NIÑOS MAZATECOS.....	
INTRODUCCIÓN.....	i - ix
1) ANTECEDENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	
1.1 Revisión Histórica de la Salud Mental en México.....	1
1.1.1 Medicina Indígena.....	3
1.1.2 La época de la colonia.....	6
1.1.3 Época Actual.....	9
1.2 Una perspectiva de la medicina tradicional actual.....	10
1.2.1 La formación de los curadores tradicionales.....	13
1.2.2 Características de los curadores tradicionales.....	14
1.2.3 Características de las personas que recurren ala medicina tradicional ...	18
1.2.4 Clasificación de los padecimientos más atendidos por la medicina tradicional.....	21
1.2.5 El caso de los "nervios".....	24
1.2.6 El espacio de la medicina tradicional en el discurso médico oficial.....	26
1.2.7 Medicina tradicional urbana.....	29
2) HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LA SALUD.....	
2.1 Cultura y Salud: Un escenario vital.....	34
2.2 Modelos para acercarse al estudio de la salud.....	39
2.2.1 Aproximaciones a la salud y la enfermedad desde los paradigmas normativo e interpretativo.....	41
2.3 Medicina Tradicional y Salud: Una visión desde la construcción social de la realidad.....	48
2.3.1 El construccionismo social.....	48
Causalidad de la enfermedad.....	52
Lo alternativo como una combinatoria simultánea de recursos ...	53
Construcción de los sistemas médicos.....	56
3) MÉTODO.....	
3.1 Objetivos.....	59
3.2 Preparación para el trabajo de investigación.....	60
3.3 Población.....	61
3.4 Aproximación a los informantes.....	62
3.5 Escenarios.....	63
3.6 Realización del estudio.....	63
3.7 Análisis de la Información.....	68
4) RESULTADOS.....	
4.1 El acercamiento a la medicina tradicional.....	72
4.2 Los entrevistados.....	79
4.3 Formas de iniciación y preparación de los médicos tradicionales.....	85
4.4 Los conceptos y las creencias de la salud y la enfermedad.....	91
4.5 Hablando de enfermedades y padeceres.....	106
4.6 La trayectoria del paciente y la complejidad de los recursos terapéuticos.....	121
4.7 El mundo de la medicina tradicional: La visión de los sanadores y de los usuarios.....	133

Vías de acceso a la medicina tradicional	133
Relación médico tradicional-usuario.....	135
Recursos y técnicas curativas	138
Opinión de los usuarios hacia los tratamientos recibidos	161
Remuneración de los servicios.....	166
Relación con otros servicios de atención.....	167
RECAPITULACIÓN DE LOS RESULTADOS Y REFLEXIONES FINALES.....	170
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	I-XIV
ANEXOS.....	
1) Criterios a seguir para tomar notas de campo y ejemplo	A-F
2) Guías de entrevista.....	G-T
3) Pasos a seguir en la organización del material y en la elaboración de categorías	U-X

T

Don Rómulo, el curandero.

Relato de niños mazatecos

Un día doña Leonor se sintió muy enferma. Tenía muchas cosas que hacer, pero le dolían los huesos y le raspaba la garganta. Se sentía tan mal que en toda la mañana no pudo pararse de su petate. Su hija Rosa -preocupada- le preparó un té y le dijo que si no se mejoraba al día siguiente, tendría que ir con Don Rómulo, el curandero.

Ya era otro día y la mamá de Rosa no sentía alivio alguno. Entonces, muy temprano, llenó un guaje con agua, se puso su rebozo en la cabeza para protegerse del sol y se fue temprano a ver al curandero. Ella sabía que el camino era pesado, pues tendría que caminar más de media hora por una vereda del monte. Don Rómulo vivía en una cabaña lejana, en las orillas del pueblo.

Cuando Doña Leonor llegó estaba muy cansada y con fiebre. Sin embargo, tuvo que esperar su turno, ya que a Don Rómulo lo venían a ver muchas personas de lugares alejados, a las que no les importaba esperar, pues confiaban en él y tenían la esperanza de que los curara.

Esa vez, uno de los pacientes de Don Rómulo fue un señor que se había herido el pie con una astilla y le dolía bastante. El curandero revisó la herida y se dio cuenta que estaba infectada, así que le dijo: "Usted tiene una enfermedad caliente y necesitamos plantas frías para curarlo".

Don Rómulo lavó muy bien la herida, la apretó tan fuerte que el señor se puso rojo del dolor. Después, colocó sobre la herida hojas de begonia y succulenta, que son unas plantas llenas de jugo curativo. Le vendó el pie y le recomendó que se cambiara las hiervas y la venda hasta que estuviera bien.

F

Otra persona que fue a consultar al curandero, era una muchacha que se había caído al río hacía una semana. Ella le platicó que se sentía muy nerviosa y enferma. Don Rómulo le hizo varias preguntas y le pidió que se acostara sobre el petate. La examinó cuidadosamente, tocando el estómago con detenimiento. Finalmente le dijo: "Lo que tú tienes es un susto".

El curandero le explicó; "Mira muchacha, hay enfermedades que pueden empezar con un susto como el que tuviste al caer en el río. La gente se puede poner muy mal, pero tú no estás tan mala, te pondrás bien muy pronto, no te preocupes". Don Rómulo le pidió a su nieto que cortara hierba del susto y tulipanes.

Ese día también pasó una señora muy gorda que le contó a Don Rómulo que se sentía muy mal de todo el cuerpo, que no estaba en paz por dentro, no podía dormir bien y tampoco tenía hambre. El curandero la examinó, le tocó el estómago, le revisó los ojos y, en tono serio, dijo: "Usted lo que tiene es mal de ojo".

La señora se asustó, pero Don Rómulo la tranquilizó, diciéndole que había remedio para esas enfermedades. Entonces, el curandero salió a cortar hierba de Santa María, sauce y cartucho alcatraz. También trajo un huevo del gallinero. Tomó todas las plantas junto con el huevo, y las pasó por el cuerpo de la mujer, mientras decía unas oraciones. Al terminar, le dijo: "Señora, con esta limpia se va a curar, que le vaya bien".

¡Por fin le tocaba su turno a Doña Leonor! Pero ella se había quedado dormida por lo cansada y enferma que iba, Don Rómulo la despertó y la invitó a pasar; escuchó con atención sus malestares y después la examinó. Al terminar, el curandero le dijo: "Usted tiene un resfriado mal cuidado, además, trabaja mucho y come mal".

Luego, el curandero sacó de unas bolsas hierba maestra, estafiate, satíco y flor de Santa María. Después, se las dio a Doña Leonor, diciendo: "Su enfermedad es fría, con estas hierbas que son calientes se curará. Hiérvalas y tome el agua todos los días, hasta que se cure, descanse unos días, y coma aunque no tenga hambre". Doña Leonor se despidió y se fue a su casa.

Doña Leonor se puso bien a los pocos días. Cuando se sintió fuerte regresó a ver a Don Rómulo, llevándole dos gallinas para pagarle por haberla curado. Como Doña Leonor era muy curiosa le preguntó a Don Rómulo por qué había escogido ser curandero. Él le contestó: "Fjese señora que yo no lo escogí, yo nací con poderes para curar y por eso tengo que servir a la gente".

*Instituto Nacional Indigenista. Dirección de Desarrollo y
Dirección de Investigación y Promoción Cultural.
"LA SEMILLA" Taller de creatividad infantil para
comunidades indígenas (1997-2002).*

INTRODUCCIÓN

"Ante ella acuden personas que se les dibuja la angustia en sus rostros y ella con su mirada calcula la tristeza que invade a aquellos seres jóvenes pero desgraciados con su suerte. Dona Brigida descifra la suerte de las almas que atraviesan por momentos difíciles" (Curanderos y chamanes de la sierra mazateca, García-Carrera, 1997).

El presente trabajo, forma parte de un proyecto de investigación realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, para conocer la prevalencia y curso de trastornos mentales, los subgrupos más afectados, la percepción de necesidades de atención y la utilización de servicios, en zonas de bajos recursos económicos del sur de la ciudad de México. Los datos cuantitativos del proyecto citado, reflejaron que una importante proporción de las personas que presentaron trastornos afectivos solicitaron atención formal o informal (53% de los hombres y 34% de las mujeres con cuadros de depresión; 36% de los hombres y 34% de las mujeres con distimia; 75% de los hombres y 59% de las mujeres con trastornos de ansiedad, y el 58% de los hombres y el 40% de las mujeres con trastornos bipolares). Cuando se consideraron sólo a las personas que solicitaron ayuda formal (psicólogos, psiquiatras o médico generales) los porcentajes disminuyeron considerablemente. En relación con el tipo de servicio o profesional consultado, la población femenina que solicitó ayuda, informó haber acudido principalmente al médico general o familiar y/o al psicólogo (42.2%), en segundo término visitó a un ministro religioso (26.0%), en tercer lugar a un médico psiquiatra y una de cada 11 mujeres consultó a un médico tradicional (curandero,

sobador, hierbero, etc.). Los hombres acudieron en primera instancia con un médico general (41.9%), le siguen en importancia los psicólogos (36.2%), los psiquiatras (32.5%) y los ministros religiosos (23.4%); el 9% consultó a un médico tradicional (Medina-Mora, Berenzon, López, Solís, Caballero y González 1997)

Los datos antes citados, reflejan que la medicina tradicional es una opción más de tratamiento por lo menos para una de cada diez personas que presentan trastornos mentales. Esta cifra resulta relevante si se considera la baja asistencia que en general existe hacia los servicios formales de salud mental.

La información obtenida en la investigación anterior, dio pie a la realización del presente estudio cuyo propósito fue conocer y describir, a partir de observaciones y narraciones de los médicos tradicionales y de quienes recurren a ellos, la manera en que se significa el conocimiento y las prácticas de la medicina tradicional urbana para el tratamiento de problemas emocionales o mentales, así como detectar los motivos identificados por los usuarios y proveedores para recurrir a este tipo de medicina.

El estudio esta basado principalmente en las explicaciones verbales de dieciséis médicos tradicionales de la ciudad de México y de veintidós usuarios de la medicina tradicional. De acuerdo con Berger y Luckman (1988), el lenguaje que usan los individuos en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir "significados". El lenguaje es el medio a través del cual puede ser observada la actividad interpretativa de un grupo. El lenguaje de un grupo social representa la acumulación objetiva de grandes cantidades de significados y experiencias de ese grupo. Por extensión, el lenguaje que un grupo utiliza para hablar de salud, constituye en si mismo la experiencia objetivada de ese grupo respecto a

ese fenómeno, al mismo tiempo que sirve para expresarla (Castro, 2000).

¿Para qué realizar esta investigación?

Diversos estudios evidencian que cuando se presenta un problema emocional o mental, la población recurre tanto a servicios formales de atención¹, como a otros servicios de salud que funcionan como alternativos^{2,3}; esto debido a que los pacientes ven ambos recursos como un todo integrable, donde lo más importante no es el método utilizado como tratamiento, sino lo que resulte más eficaz para encontrar curación a su padecer. De esta forma, resulta indistinto utilizar el servicio de un médico alópata que de un curandero, un homeópata o un huesero (Bronfman y cols., 1997).

En otras investigaciones (De la Fuente 1988; Frenk, Lozano, González-Block, 1994; Solís, Medina-Mora, 1994; Medina-Mora, Berenzon, López, Solís, Caballero, González, 1997; Caraveo, Martínez, Rivera y Polo, 1997; Lara, Medina-Mora, Salgado, Acevedo y Díaz-Pérez, 1996; Salgado, Díaz-Pérez, Bautista, Maldonado, 1998; Berenzon, Medina-Mora 2002) se ha señalado que los servicios formales de atención a la salud mental son poco utilizados por la población, sobre todo cuando se trata de trastornos neuróticos como

¹ En esta investigación se entenderá como **servicios formales de atención** a todos aquellos servicios que funcionan a través del modelo médico "académico", el cual tiene una concepción teórica evolucionista-positivista del proceso salud-enfermedad. Existe una relación asimétrica entre el médico y el paciente, el diagnóstico y el tratamiento dependen de lo observable y lo cuantificable y los principales recursos utilizados para el tratamiento de enfermedades son los fármacos, los procedimientos quirúrgicos y las terapias de rehabilitación. Los servicios formales de atención (públicos o privados) cuentan con una legitimación jurídica y académica (Menéndez, 1992).

² Se definen como **servicios alternativos**, a todos los sistemas de salud, modalidades y prácticas que no pertenecen al sistema dominante de salud y que son características de una cultura y de una sociedad. En estos servicios se utilizan prácticas terapéuticas poco ortodoxas, además de que no se siguen las explicaciones médicas convencionales. El conocimiento se transmite en el ámbito familiar o social en vez de hacerlo en una escuela institucionalizada o reconocida por el Estado; y su eje principal de curación está basado en el manejo simbólico y/o religioso (Sugarman, 1998).

³ Se entenderá como **medicina tradicional** al conjunto de conocimientos y prácticas sobre el arte de curar, transmitidos generacionalmente y que, basada en un saber empírico (resultado de una observación prolongada y cuidadosa que se compone de innumerables fragmentos de información y experiencias que se han obtenido a lo largo del tiempo), ofrece o intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud entre la comunidad. Este acervo de conocimientos y prácticas terapéuticas forma parte de la cultura popular y por lo tanto esta sujeto a los cambios y desarrollo de la misma (Lozoya, 1981).

depresiones o ansiedades. El uso de servicios se da cuando se presentan trastornos psiquiátricos mayores, pero después de todo un proceso de intento de curación que puede iniciar con la automedicación o utilización de remedios caseros, búsqueda de ayuda por parte de familiares o amigos, asistencia a diversos servicios alternativos y donde el médico psiquiatra o psicólogo se presenta como última opción cuando la gravedad del padecimiento resulta inmanejable.

Si bien lo anterior es apoyado por un grupo importante de profesionales de la salud, la mayoría de los trabajos sobre salud mental se han realizado en instituciones, limitándose a conocer los escenarios clínicos y a las personas que, debido a la magnitud de sus padecimientos o a las facilidades de acceso, acuden a los mismos. Esto ha dejado de lado el estudio de la población que puede presentar trastornos emocionales, pero que recurre a otro tipo de servicios. De acuerdo con Bronfman y colaboradores (1997) es necesario estudiar tanto los recursos formales como los alternativos para entender de forma global la carrera curativa que siguen los pacientes en su búsqueda de curación.

Del mismo modo, a través de esta investigación, se intenta cuestionar la idea de que "la medicina tradicional sólo es utilizada por la población con pocos recursos económicos o educativos" (OPS, 1999). Aunque es innegable que una de las razones para recurrir es su bajo costo, suponemos que existen otras razones de mayor peso, entre ellas, la identificación cultural, la cobertura social, el manejo simbólico de la enfermedad y el lugar que se le da al paciente ante su padecer.

La mayoría de los trabajos encaminados a estudiar la medicina tradicional como un proceso social se han desarrollado bajo el enfoque antropológico. Esta investigación intenta acercarse a la medicina tradicional y todo lo que ella encierra, desde la psicología social y

con la mirada sugerida por el construccionismo social. Es decir, el interés versa en analizar los componentes que construyen lo que ha sido nombrado como "enfermedades mentales", las formas que se padecen y su atención, por un grupo de médicos tradicionales y usuarios de estos servicios en la ciudad de México.

¿Por qué estudiar la medicina tradicional desde la mirada de la psicología?

Desde 1978, la Organización Mundial de la Salud planteó que la salud debe ser abordada de manera integral y multidisciplinaria, ya que es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico, lo psicológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica (OMS, 1978). Esta propuesta implica la atención y estudio integral del individuo, aspecto muy importante ya que habitualmente el fenómeno salud-enfermedad ha sido estudiado por diferentes disciplinas, pero cada una desde su propia perspectiva. Así, la medicina lo ha estudiado desde la perspectiva biológica, la psicología ha estudiado el comportamiento de los individuos y la sociología, las condiciones socioeconómicas. La propuesta de la OMS, permite abordar el estudio de la salud buscando más la interrelación entre disciplinas y como consecuencia, la concepción del ser humano como un ser total e integrado.

Aunado a lo anterior, la investigación en psicología social no puede ignorar formas alternativas de interpretar el mundo, como son las creencias tradicionales, pues de éstas se derivan formas concretas de sufrimiento que, desde el punto de vista de amplios sectores de la población, se relacionan con su propia salud. Es decir, independientemente de su validez científica, estas concepciones se encuentran en el origen de muchas reacciones colectivas de angustia y estrés y de las consecuentes acciones que los individuos realizan con el fin de disminuir el grado de incertidumbre y malestar que experimentan (Castro, 1995).

De la misma manera, como psicólogos sociales, con el fin de promover acciones y estrategias sanitarias más acordes con las necesidades reales de la población, debemos de acercarnos a la comunidad para conocer sus características psicosociales y la relación que estas tienen con los principales problemas de salud.

También se espera que la información analizada a lo largo de este estudio sirva para que los psicólogos y demás profesionales de salud tengamos una visión distinta de construcción y creación de conocimientos, con una actitud crítica, positiva y de transformación, con la capacidad de actuar entre lógicas diferentes, con una mirada que apunte a la propuesta y puesta en marcha de modelos de atención, de prevención, de promoción de la salud y de investigación, mediante la interacción de la comunidad y las diversas instituciones y personas involucradas en la atención para enfrentar la enfermedad y mantener la salud.

¿Por qué elegir el construccionismo social?

Existen diversas razones por las cuales el construccionismo resulta una teoría adecuada para investigar e interpretar la medicina tradicional. En primer término, el construccionismo social acepta la diversidad, es decir, plantea que existen diversas formas de percibir la realidad. Al asumir esta posición permite la legitimación de la medicina tradicional, como una mirada más sobre la salud y en particular sobre la salud mental (Gergen, 1991). En segundo lugar, da la posibilidad de acercarse a realidades que se dejan de lado en la formación de profesionales de la salud y que, por ende, tampoco son consideradas por estos como opciones curativas. A través de esta postura teórica, también se podrá indagar cuál es el impacto que tiene la medicina tradicional sobre la medicina

institucional, así como analizar si en la elección de un determinado servicio de salud lo que está en juego es la terapéutica o la cosmovisión de quien consulta.

Por otro lado, desde la mirada construccionista, el sujeto es visto como un yo narrativo, es decir, es un sujeto que cuenta historias, en las que se incluye un bosquejo del yo como parte de la historia (Berger y Luckman, 1988). Estas narraciones permiten obtener información sobre la manera en que los diversos individuos actúan y reconstruyen el sistema de significados para sus prácticas individuales.

Lo anterior, permite adentrarse a los procesos comunicativos que se dan dentro de las comunidades y que por otra parte, permite entender el por qué de la circulación de producciones y significaciones que sobre los objetos sociales surgen en los grupos. En esta investigación en específico, se podrán recrear las creencias, prácticas, el conocimiento popular y el comportamiento de diversos grupos de personas ante la medicina tradicional (idem).

Además de lo expuesto, el construccionismo social aporta muchas herramientas para analizar la medicina tradicional como un modelo médico construido no sólo por la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores sino también por la participación en todas estas dimensiones de los grupos sociales implicados en su funcionamiento (Luz, 1999). Asimismo, permitirá construir un conocimiento sobre la medicina tradicional que tome en cuenta tanto la mirada (saber y sentir) de quienes conocen (médicos tradicionales y usuarios) como de quienes pretendemos conocer (investigadores).

Generalidades del método

De igual forma que en el aspecto teórico, en el aspecto metodológico se enfatiza la intención de construir un conocimiento dialogado y participativo, por lo que se plantea una metodología de corte interpretativo.

Con esta aproximación cualitativa no sólo se pretende captar sistemáticamente la percepción y el saber del otro, sino también establecer un dialogo de saberes, entendido como dialogo simbólico o cultural, que no es otra cosa que la posibilidad de comprensión y entendimiento mutuo, pero a partir de la racionalidad del discurso argumentativo que une y funda consensos, a través e estar de acuerdo con algunos aspectos, discernir en otros, negociar, convencer, dejarse convencer, etc. (Alba y Pinzón, 1997).

Los métodos utilizados en este trabajo, las observaciones y la entrevista de investigación social, permiten considerar dimensiones de la interacción social que difícilmente pueden ser abordadas por otros métodos. Además son adecuados para identificar elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas médicas.

Estructura de la tesis

Este trabajo está dividido en cinco partes: *antecedentes, marco teórico, método, resultados, discusión y reflexiones finales*. En la sección de antecedentes, se desarrolla un pequeño análisis del estudio de la medicina tradicional mexicana a lo largo de la historia, para posteriormente presentar las características de la medicina tradicional en la actualidad. En el marco teórico se describen los principales paradigmas en psicología social y la

repercusión de cada uno de ellos sobre el estudio de la salud mental. Después, se exponen las razones por las que se eligió el construccionismo social como hilo conductor de la investigación y la manera en que se aborda la salud y la enfermedad, así como la utilización de servicios de salud, desde esta teoría. En la tercera sección, se describe el método y técnicas que se siguieron para llevar a cabo la investigación, se incluyen los instrumentos de estudio, la población, aproximación a los informantes, el trabajo de campo y análisis de la información. La cuarta parte de la tesis, esta conformada por la descripción de la información obtenida, la cual esta dividida en siete apartados: 1) El acercamiento a la medicina tradicional; 2) características generales de los entrevistados; 3) formas de iniciación y preparación de los médicos tradicionales; 4) los conceptos y las creencias de la salud y la enfermedad; 5) enfermedades y padeceres por los que se recurre a la medicina tradicional; 6) la trayectoria que siguen los pacientes en la búsqueda de la cura y la complejidad de los recursos terapéuticos y 7) el mundo de la medicina tradicional desde la visión de sanadores y usuarios. En la quinta parte, que es la de discusión y reflexiones finales, se recapitula y se reflexiona sobre el conjunto de conocimientos construidos a partir de las narraciones de los entrevistados y los referentes teóricos, mediados por las vivencias, significados y sentimientos de los investigadores. En la parte final del trabajo, están las referencias bibliográficas y los anexos.

ANTECEDENTES

"El médico verdadero, un sabio (tlamatini), da vida. Conocedor experimental de las cosas: que conoce experimentalmente las hierbas, las piedras, los árboles, las raíces. Tiene ensayados sus remedios, examina, experimenta, alivia las enfermedades. Da masaje, concierta los huesos. Purga a la gente, la hace sentirse bien, le da brebajes, la sangra, corta, cose, hace reaccionar, cubre con cenizas las heridas. El médico falso se burla de la gente, hace su burla, mata a la gente con sus medicinas, provoca indigestión, empeora las enfermedades y a la gente" (Texto náhuatl, traducido por León-Portilla; Instituto Nacional Indigenista, 1995)

I. REVISIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

Las formas de tratamiento que existen en la actualidad para padecimientos mentales son resultado de los distintos procesos históricos, económicos y culturales que han modificado paulatinamente los modelos de atención, de ahí que el tratamiento mágico religioso y el médico sean empleados indistintamente.

En cada cultura se han planteado conceptos propios acerca de la génesis y ordenación del mundo, de las modalidades posibles de interacción entre los diversos componentes de la naturaleza, del origen de la vida y del ser humano, del papel que éste desempeña dentro del orden universal, de las relaciones sociales consideradas como expresión de ese mismo

orden; conceptos todos ellos fundamentales y de los que forzosamente se derivan otros representativos de categorías explicativas aplicables a cadenas fenomenológicas entre las que se cuentan la díada salud-enfermedad (Viesca, 1986).

Existen tantas cosmovisiones como culturas, tantos conceptos de vida, muerte, salud y enfermedad como cosmovisiones haya. Esto lleva a afirmar que, si se quiere comprender y valorar adecuadamente el significado y la dinámica de las alteraciones psicopatológicas en el marco de una cultura determinada, es indispensable la consideración previa tanto de las ideas y criterios expresados por los miembros de esa sociedad sobre su propia cosmovisión, como las estructuras subconscientes manifestadas a través de la costumbre, del mito, etc. (Viesca, 1986).

Para Séller (1985), la cosmovisión de un pueblo, de una cultura o de un grupo, es un manantial de significados históricamente heredados a partir de los cuales se construye paulatinamente un determinado tipo de saber colectivo, o sentido común que es el que utilizan los miembros de una cultura para resolver las diferentes situaciones que atraviesan a lo largo de su vida. A su vez, esa cosmovisión es el resultado de la superposición de significados a lo largo del proceso histórico que atraviesa un pueblo o una cultura particular.

El concepto de enfermedad, el análisis de las causas invocadas para los varios padecimientos, las explicaciones ofrecidas del por qué de sus síntomas y signos y las consideraciones en relación con lo adecuado e inadecuado de las terapéuticas efectuadas, sólo pueden ser valoradas dentro del contexto que les dio origen. Cada cultura puede desarrollar en principio sistemas médicos coherentes, integrales y autosuficientes que si

bien pueden enriquecerse o modificarse mediante sus contactos con otros sistemas más o menos diferentes, dependerán para subsistir del mantenimiento de los valores básicos de la cultura que los generó, es decir de su cosmovisión (Viesca, 1986).

Las variaciones durante el tiempo en las manifestaciones de la enfermedad obedecen claramente a cambios en el propio trasfondo cultural . Cada cultura, cada época con características propias y definidas presenta diversas formas de padecer la enfermedad, a veces aún enfermedades diferentes, y por supuesto, conceptos distintos acerca de lo que es la enfermedad. Es así, que es necesario presentar una breve revisión histórica de la atención a la salud mental en México.

Medicina indígena

En el mundo prehispánico la medicina azteca fue la que alcanzó una mayor difusión como lógica consecuencia del dominio económico. Dentro de la medicina azteca quedaron fundidas las experiencias de pueblos que habían concluido su ciclo vital y que dejaron a sus sucesores la herencia de su sabiduría.

Los padecimientos sencillos eran tratados en la misma casa, pero en las enfermedades que por su gravedad o por sus síntomas alarmantes despertaban angustia, se recurría al "ticitl", "médico agorero", especializado en el difícil arte de resolver ansiedades. El "ticitl", tenía a su cargo velar por la seguridad del propio grupo, en lo que a enfermedades se refería; los conocimientos médicos eran transmitidos por los mayores a los menores (padres a hijos); hombres y mujeres eran aptos para el ejercicio de este arte. (Aguirre-Beltrán, 1963; Lozoya 1998).

¹ Este nombre era aplicable tanto en el medio urbano como en el rural, y caracterizaba fundamentalmente a un técnico en el arte de curar. Era aplicable tanto para hombres como para mujeres (Viesca, 1984).

En el arte médico azteca, había especialidades. El "tepatiani", era visto como el profesional que más conocía las propiedades misteriosas de las yerbas. El "tlamatqui", como el médico que en sus actividades utilizaba la palpación y el masaje. El "tetlacuicuiliani", médico chupador, era aquél que por medio de la succión extraía la enfermedad. El "tetonalmacani" se dedicaba a volver la ventura o alma a quienes la habían perdido. Sahagún (1969), empleando los valores morales españoles de esa época, divide a los médicos en buenos y malos; sin embargo, entre los aztecas, los métodos entre los médicos buenos y malos no diferían, lo que realmente variaba era la meta hacia la cual iban dirigidos (Aguirre-Beltrán, 1963).

En esta época, se creía que las enfermedades eran causadas algunas veces por provocar la ira o cólera divina y en otros casos por la infracción en el comportamiento humano, en su mayoría conductas desviadas de tipo sexual que provocaban la lesión de algún órgano (Somolinos, 1976). La preocupación principal de los médicos era descubrir a que dios se le había hecho enojar y de que manera se le podían proporcionar favores a la deidad ofendida (Belsasso, 1971).

Entre los antiguos mexicanos se tenía una concepción unitaria del ser humano, es decir, no se hacía diferencia entre el cuerpo y el alma. No existía entonces la dicotomía entre las enfermedades físicas y mentales. Ello lleva a considerar el empleo de la psicoterapia como una forma implícita a todo el procedimiento médico precolombino (Mariategui, 1992).

Como en la mayoría de las culturas ancestrales, había dos formas de enfrentarse a la enfermedad en el México antiguo. Una era por medio de las prácticas mágico religiosas, rezos y encantamientos. La otra forma era el tratamiento de la enfermedad por medio de las

propiedades terapéuticas de la herbolaria y otros productos naturales incluso utilizando métodos, como la cirugía, basados en la observación y la experiencia cotidiana. Como regla general, ambas formas se aplicaban simultáneamente (Aguirre-Beltrán, 1963).

Los llamados "titici" (singular tíicitl) contaban con diversas técnicas para el tratamiento de los padecimientos ahora llamados mentales. Una de las más famosas y a la que en la actualidad se sigue recurriendo es la succión, que se realizaba aplicando la boca directamente sobre la región que se presumía enferma. Así el médico extraía el espíritu de la enfermedad materializado en diversos objetos pequeños, los cuales representaban el vehículo por el cual los dioses manifestaban su enojo. Otros elementos de la terapéutica eran la oración, el congoziamiento, el sacrificio, la catarsis, la confesión y las visiones adivinatorias durante el sueño inducidas por la ingestión de ciertos alucinógenos, sobre todo el peyote (Aguirre-Beltrán, 1963, Somolinos, 1976).

Como ya se menciona, las plantas y hierbas medicinales eran un recurso fundamental para los "titici". En los primeros textos sobre el estudio de plantas medicinales realizados después de la conquista se describen diversas plantas que, según la concepción occidental, pueden identificarse como utilizadas en procesos psiquiátricos. Ejemplo de ello es la mención del uso con estos propósitos de algunas plantas en los capítulos dedicados a la herbolaria en la "Historia General de las cosas de la Nueva España" escrito por Sahagún en 1570. La información recopilada por el protomédico Hernández y el Códice de la Cruz-Badiano (1964) donde entre otras muchas recetas empleadas para el tratamiento de distintas enfermedades, existe un capítulo dedicado a presentar los árboles y flores que "echan muy lejos al cansancio, sacuden el temor y dan bríos al corazón"

"Para el remedio contra el miedo, se hace un unguento combinando diversas plantas y animales. Los ingredientes incluyen: sangre de zorra, sangre y excremento del gusano llamado "acuecucayotl", laurel, excremento de golondrina triturado y mezclado con agua y espuma del mar" (Códice de la Cruz-Badiano, 1964).

En el hombre náhuatl, el sentido de la personalidad se caracterizaba por la imagen conjunta de "rostro y corazón". Según León Portilla (1961), este binomio se podría expresar como "fisonomía moral y principio dinámico del ser humano": El dueño de un rostro sabio era un hombre fisonómicamente cabal cuya faz reflejaba su rectitud moral. El corazón, por su lado, presidía toda la actividad y el dinamismo del individuo. Por lo tanto para el hombre náhuatl, el origen o motor de los sentimientos, actividades y pasiones era el corazón, corazón que podía desviarse, torcerse e incluso ser perdido en ciertos casos. Así, la situación más grave de "enfermedad emocional" entre la civilización prehispánica era la desviación o pérdida del corazón.

"No comprende, no ve, no oye; no es advertido, no es enseñado, no es persona de esfuerzo. Tú no comprendes, no ves, no oyes, no eres advertido, no eres enseñado. Tú tienes el corazón torcido, obras a tontas y a locas, eres un trotahuertos. Has embriagado tu cabeza, has perdido la cabeza de beodo, tienes la cabeza desatomillada, tienes la cabeza deshuanzada" (fragmento del paralipómeno de Sahagún, traducción de Garibay, 1946).

La época de la Colonia

a) La medicina española

La medicina que los españoles introdujeron al país venía cargada por la profunda religiosidad del medioevo; pero su orientación básica era racionalista, limitaba su campo de acción a la llamada esfera de lo natural, al mundo de la realidad objetiva. Esta medicina

tenía como fundamento esencial los conceptos creados por Hipócrates en el S. IV A.C., que establecía varios pasos para restablecer la salud perdida (Sanfilippo, 1993).

La terapéutica hipocrática para el tratamiento de las enfermedades prefirió reglamentar las cosas naturales antes de utilizar medicamentos o procedimientos quirúrgicos que estaban al final de todo tratamiento. Lo primero que se hacía era ordenar la vida diaria y la alimentación, si con esto no sanaba la persona, entonces el médico utilizaba el aforismo hipocrático número 87 del libro séptimo que dice: "El remedio cura lo que no hace la dieta. El hierro cura lo que los remedios son incapaces de curar. El fuego cura lo que no alcanza a curar el hierro. Lo que no se cura con dieta, con remedios, con el hierro, ni con el fuego, debe considerarse como incurable" (Sanfilippo, 1993).

La medicina española de esa época no alcanzaba a deslindar con claridad trastornos puramente emocionales de otras enfermedades y al no contar con una terapéutica eficaz se desentendió en gran medida del problema y dejó la asistencia en personas o instituciones cristianas. Ejemplo de esto es la fundación del hospital San Hipólito por Fray Bernardino Álvarez y el trabajo de asistencia realizado, en su propia casa, por José Aguayo, es alrededor de estas dos figuras donde se mueve la psiquiatría colonial, casi siempre ausente de figuras médicas (Somolinos 1960).

Sin embargo, el poco trabajo realizado por los médicos españoles, estaba enfocado principalmente a diferenciar si un padecimiento era natural o prenatal. Así había de distinguir entre la locura y el maleficio, entre epilepsia y posesión demoníaca, para establecer la terapéutica apropiada o para deslindarse del problema (Sanfilippo, 1993).

En un principio, los médicos ibéricos, atendían únicamente a los mismos españoles, pero con el arribo de los primeros misioneros se empiezan a crear centros de enseñanza y atención para los indígenas, por lo que se impartía una enseñanza directa sobre el paciente aplicando una terapéutica mixta, es decir, remedios y plantas medicinales indígenas con conceptos hipocráticos-galénicos, manifestándose así el proceso de aculturación (Somolinos 1960).

b) El curanderismo colonial

En el curanderismo colonial se da una mezcla entre la medicina española, la indígena y la negra. Aunque entre ellas hay muchos puntos de contacto; los conceptos que norman el arte médico europeo difieren en lo fundamental de aquellos que rigen el tratamiento de las enfermedades entre indígenas y negros (Aguirre-Beltrán, 1963).

El choque violento de estas tres culturas, dio como resultado una medicina mestiza. No hay desde entonces, escuela de medicina indígena y el curandero, sustituto del viejo "ticitl", absorbe sus conocimientos de las fuentes más variadas, y aunque en él predomina siempre la antigua sabiduría náhuatl, no por ello desprecia la aportación de la magia cristiana y el acervo de la ciencia africana (Aguirre-Beltrán, 1963).

El curandero tenía una personalidad social extraordinaria, era médico y hechicero, curaba y dañaba, era causa y motivo de actos considerados como delictuosos, pero al mismo tiempo era el sostén en que se apoyaba la seguridad psicológica del sector de la sociedad en que actuaba (Somolinos, 1976).

Las enfermedades vulgares, las dolencias de antiguo conocidas y fácilmente atacables, no eran competencia del curandero; sino los males insólitos, los que despertaban temor, los

derivados de la intrusión de cuerpos extraños de naturaleza mística, de la pérdida del alma, del castigo de los dioses, del maleficio enemigo. Puede afirmarse que el curandero se dedicaba sólo a la esfera psíquica de las enfermedades, y que sus métodos curativos se apoyaban en la psicoterapia. Para el curandero colonial lo místico emocional era lo primordial, lo físico racional, meramente accesorio. Ejemplo de lo anterior, era la interpretación de los sueños y el manejo simbólico como proceso de diagnóstico, pronóstico y tratamiento terapéutico entre los curanderos (Aguirre-Beltrán, 1963).

Época actual

A mediados del siglo XIX la medicina científica se convierte en la opción más aceptada para el tratamiento de los llamados padecimientos mentales. En un principio es solo una alternativa que se encuentra al alcance de algunos grupos que cuentan con los recursos económicos suficientes para adoptarla pero con el paso del tiempo aparece como un modelo institucional teóricamente al alcance de todos.

La medicina institucionalizada intentó cubrir todas las necesidades de la población en cuanto a problemas de salud mental, sin embargo, factores tales como la expansión demográfica, la creciente incidencia de nuevos trastornos, la falta de preparación y sensibilización del personal, la insuficiencia de recursos humanos y técnicos y la poca satisfacción por parte de los pacientes hacia el tratamiento recibido trajo como consecuencia que los servicios médicos formales fueran insuficientes para cubrir la alta demanda de la población. Aunado a lo anterior, resultó imposible eliminar formas y procesos curativos que estaban muy arraigados en la cultura mexicana (Ortiz, 1981).

Por los motivos señalados, en la actualidad, no existe ninguna duda en incluir a la medicina tradicional como un recurso importante para la salud mental. Como plantea Campos (1997), la medicina tradicional no sustituye o reemplaza a la medicina científica, simplemente se plantea su coexistencia, complementariedad y legitimidad como una práctica que ha perdurado por cientos de años y que ocupa un sitio, aunque sea minoritario, en el conjunto de recursos que despliega un grupo social para la atención de sus integrantes.

Holland (1992), a partir de un estudio realizado en un Centro de Salud, en San Cristóbal Las Casas, plantea que la medicina moderna puede alcanzar una mayor aceptación complementando más que excluyendo la práctica de la medicina tradicional. Los médicos de la clínica que Holland estudió, que han permanecido en sus puestos algún tiempo y han ganado la confianza de los indígenas, invitan con frecuencia a los curanderos, para unir fuerzas y así curar al paciente.

2. UNA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA TRADICIONAL ACTUAL

Como se ha visto, la medicina tradicional mexicana es un mosaico de piezas procedentes de las diferentes culturas que han determinado históricamente el desarrollo de la cultura nacional. En sus aspectos médicos estas culturas, o parte de ellas, forman un rompecabezas con elementos muchas veces contradictorios entre sí, lo que dificulta encontrar un marco único, generalizador y orgánico para su interpretación. A lo largo de los siglos se ha generado en México una medicina popular híbrida donde pueden encontrarse recursos y prácticas provenientes de distintos episodios de la interculturación.

Un curandero mexicano, se referirá como propios de su cultura a padecimientos originarios de la medicina europea del medioevo (mal de ojo) o a enfermedades de

fundamento autóctono (pérdida del tonalli), y empleará recursos mezclados tales como la ruda, boldo con zapote blanco y manita. Pero además, a toda esta visión médica del mundo se agregarán la curación del cáncer, la diabetes o la depresión, recursos para resolver la hipertensión arterial, el uso de penicilina, aspirina, ungüentos, masajes, baños termales, espiritualismo, espiritismo, rezos cristianos, aromas de productos asiáticos o aerosoles de Yen-sen contra el susto y la artritis (Lozoya y Zoya, 1984).

De todo lo anterior se desprende la gran dificultad que existe para definir los atributos de la práctica médica popular en México, sin embargo, presentaremos algunas definiciones acuñadas desde distintos puntos vista.

Menéndez (1980), define los siguientes componentes de la medicina tradicional: 1) una concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia), 2) asimetría en la relación curador-paciente, 3) participación subordinada de los consumidores, 4) legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, 5) identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, 6) tendencia a excluir a otros de su "saber y prácticas curativas", y 7) tendencia reciente a la mercantilización.

Para Finkler, (1992), la medicina tradicional presenta como características principales: la flexibilidad en cuanto al tiempo que se otorga para escuchar y tratar de comprender a la persona enferma, y el manejo simbólico de la enfermedad a partir de creencias mágico-religiosas inherentes al proceso cultural de los grupos sociales.

Según De la Garza (1986), la medicina tradicional puede definirse "como el conjunto de prácticas médicas que tienen sus orígenes en la fusión europea del medioevo y en las prácticas indígenas de la medicina precortesiana, en donde se entrelazan lo racional y lo mágico religioso para prevenir y suprimir trastornos físicos, mentales y sociales, que son ejercidos por personal especializado y transmitidas por tradición oral, y que cuentan con una estructura filosófica, teórica y práctica".

Ortiz (1981), postula que la medicina tradicional engloba diversos sistemas empíricos, consuetudinarios, mantenidos en su continuidad y permanencia por las formas culturales tradicionales; y que utiliza como técnicas curativas la eficacia simbólica y el manejo de habilidades cognoscitivas empíricas sobre terapéuticas y medicamentos de uso cotidiano.

Trotter (1994) plantea que la medicina tradicional es un conjunto de creencias, sostenidas por los individuos de una cultura, sobre las causas y el tratamiento apropiado para diversas situaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define la medicina tradicional como un conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

Lozoya (1981) plantea que la medicina tradicional es el conjunto de conocimientos y prácticas sobre el arte de curar, transmitidos generacionalmente y que, basada en un saber empírico (resultado de una observación prolongada y cuidadosa que se compone de innumerables fragmentos de información y experiencias que se han obtenido a lo largo del

tiempo), ofrece o intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud entre la comunidad. Este acervo de conocimientos y prácticas terapéuticas forma parte de la cultura popular y por lo tanto esta sujeto a los cambios y desarrollo de la misma.

En estas definiciones aunque con diversos enfoques, existen ciertos elementos comunes tales como, la eficacia del manejo simbólico, la importancia de las creencias culturales de los diversos grupos sociales, la transmisión de los conocimientos de manera personal y el desarrollo histórico-cultural de la medicina tradicional.

La formación de los curadores tradicionales

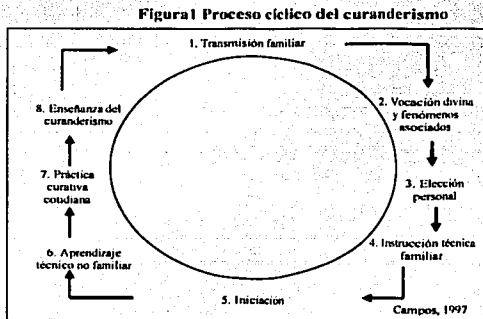
Campos (1997), plantea que existen diversas etapas en el proceso formativo de curanderos, pero que las mismas no siguen un sentido estrictamente lineal ya que su desarrollo puede darse en forma simultánea, combinada y aun con ausencia de algunas características.

Las etapas son:

- 1) Transmisión heredo-familiar.
- 2) Existencia de vocación divina por revelación, que puede asociarse con fenómenos de "crisis vital", enfermedad propia o de algún familiar muy estimado, sueños vocacionales o alucinaciones pasajeras.
- 3) Voluntad expresada en la elección personal de ejercer curaciones.
- 4) Instrucción técnica proporcionada por un familiar, un anciano u otra persona con gran experiencia.
- 5) Iniciación a través de algún rito especial, significando el reconocimiento y autorización de la práctica en forma pública.
- 6) Aprendizaje técnico "foráneo", es decir, corresponde a otros tipos de medicina que son apropiados por el curador, quien a su vez les da un nuevo significado.
- 7) Ejercicio profesional pleno de habilidades curativas.
- 8) Enseñanza de conocimientos, técnicas e

ideas, a futuros curadores en el área familiar y a otros interesados fuera del núcleo doméstico.

Para Campos (1997), este proceso social reproductivo de la medicina tradicional, es un fenómeno sumamente dinámico, que está compuesto por elementos de la más diversa procedencia en el espacio y tiempo: prehispánicos, europeos y africanos; medicina académica y científica, ideologías y prácticas alternativas de origen plural, tales como la masonería, chamanismo, acupuntura, espiritualismo, entre otras, todas ellas recontextualizadas, en un proceso incesante de movimiento donde no faltan contradicciones e incongruencias en las combinaciones (ver figura 1).



Características de los curadores tradicionales

En el diccionario de la Real Academia Española (1992), se define al curandero como a la "persona que sin ser médico ejerce prácticas curativas empíricas o rituales", esta definición resulta insuficiente, ya que en la misma, no se establecen distinciones entre la variedad de curadores que existen, ni de las características distintivas que tienen los diversos practicantes.

Romano (1965), clasifica a los curadores tradicionales en dos grandes grupos: *El curanderismo doméstico y el curanderismo especializado*; el primer grupo esta compuesto principalmente por mujeres, que funcionan como curadoras en el espacio familiar (hermanas, madre, abuelas, etc.). A la categoría de curanderismo especializado, pertenecen chamanes, parteras, hueseros, sobadores, yerberos, curanderos, espiritualistas, etc.

Por su parte, Menéndez (1980) clasifica a los curadores tradicionales en cuatro grupos más específicos: a) *Un grupo llamado técnico*, compuesto de parteras empíricas o comadronas, hueseros y yerberos; todos ellos tienen en común que cuentan con una especialización técnica bien definida, y que generalmente no manejan momentos de éxtasis o prácticas espirituales b) *Un sector llamado casero*: se refiere básicamente a la automedicación centrada generalmente en los roles femeninos y en los cuales al igual que en el grupo anterior las habilidades técnicas tienen una importancia por lo menos equivalente a la eficacia simbólica. c) *Un grupo denominado religioso*: Su técnica curativa esta basada en la eficacia simbólica, y d) *Un grupo denominado mágico*: Su capacidad curativa esta también basada en la eficacia simbólica².

² El concepto de eficacia simbólica, fue propuesto en 1949 por Lévi-Strauss, para explicar los fundamentos estructurales de la cura realizada por los chamanes Cunas de las islas de San Blas de Panamá. Para sustentar la interpretación, el autor describe como un chamán es llamado para ayudar en un parto difícil. El parto al parecer se ha complicado debido a que Muu, el espíritu que anima el útero, ha sobrepasado sus funciones robando el alma de la madre. Con la intervención del chamán, por medio de cantos y conjuros, la parturienta recupera el alma y el nacimiento se logra con éxito. Para Lévi-Strauss, la explicación de este tipo de cura es la de una cura por la palabra, una "manipulación psicológica del órgano enfermo", es decir, el chamán proporciona a la enferma un lenguaje en el cual se pueden expresar estados afectivos informados e informales de otro modo. Y es el paso a esta expresión verbal lo que provoca el desbloqueo del proceso fisiológico (Lévi-Strauss, 1974).

A manera de síntesis podríamos decir que la eficacia simbólica es la cura de lo real por medio de lo simbólico, sin embargo, para que realmente sea eficaz, es necesario que el símbolo utilizado (mito, explicación, categoría nosológica, etc.) este basado en un saber compartido por el especialista (sea curandero, chamán, médico alópata o psicoanalista), el enfermo y el grupo social de referencia de este segundo.

Para Torres (1983), los curanderos son hombres y mujeres que han demostrado tener el don de la curación y por ello son reconocidos por su comunidad como curanderos y que se distinguen de los brujos o de los hechiceros en que los primeros, tienen como finalidad primordial la curación, mientras que los segundos, buscan provocar el daño (real o imaginario) al otro, en su persona o en su propiedades. Para este autor, los curanderos recurren a una gran variedad de técnicas para la curación, y la especialización o el manejo de una técnica es lo que les va a dar nombre. Así, los que utilizan principalmente masajes, se conocen como *sobadores*; los que recurren esencialmente al uso de infusiones de yerbas o venden las mismas en un mercado se conocen como *yerberos*. Sin embargo, las diferencias entre estos curadores tradicionales no son muy marcadas, depende más bien de como ellos se auto-nombran, y se conocen en general como curanderos.

En cuanto a las actividades terapéuticas de orden psicológico realizadas por los médicos tradicionales, Campos (1992), señala que muchas veces funcionan como válvula de escape y alivio a las tensiones que se generan en el interior de los conjuntos sociales. Para Seguí (1979), otros factores que se deben de tomar en consideración son los relativos a las sesiones curativas, que muchas veces se realizan en grupos (temazcal) y con la intervención de canciones, música y en algunas ocasiones con la ingestión de preparados a partir de plantas nativas. Durante ellas se producen una serie de fenómenos psicológicos, algunos exteriorizados, otros no, que no pueden dejar de influir en la evolución del padecimiento; por ejemplo, ciertos tipos de rituales tienen capacidad de reducir la angustia, ofreciendo ocasiones para la experiencia catártica de confesión y para expresiones de apoyo a favor de individuos que buscan mejoría.

Ari Kiev (1962) al estudiar el curanderismo practicado entre los mexicano-estadounidenses residentes en la ciudad de San Antonio Texas, resalta el valor psicoterapéutico de las técnicas empleadas, empezando por el poder carismático del curandero, para seguir con el uso de recursos herbolarios y destacar la práctica de procedimientos rituales muy asociados a la esfera religiosa, como el uso de la confesión, las plegarias, las limpias, etc. Kiev considera que los curanderos tienen como elemento principal de la terapia la reducción de la angustia; el curandero es un agente curativo designado por la cultura, que usa procedimientos culturalmente significativos y símbolos poderosos para despertar la fe e inducir la sugestión.

Uzzell (1975), plantea que los síntomas populares como por ejemplo el espanto y el mal aire, son tomados en serio por los curanderos. Los médicos desechan estas enfermedades populares y las consideran como meras supersticiones y rechusan tratarlas. Al rechazar el tratamiento de estas enfermedades populares, el médico invalida el papel de enfermo asumido por el paciente, quitándole a éste su máxima estrategia. El curandero se la restaura y legítima.

Como se ha visto, existen una serie de factores psicosociales inherentes al curador tradicional que influyen para que las personas acudan a solicitar sus servicios. Se puede decir que los curadores guardan relaciones sencillas y afectuosas con sus clientes, actitudes amables y firmes, y resoluciones que muestran confianza y seguridad. También resulta importante, que el curador adquiere un rol especial dentro de la comunidad, se le reconocen ciertas habilidades y capacidades superiores por lo que es aceptado y valorado públicamente, además de que basa su tratamiento en un mito o una teoría que explica el sufrimiento o padecimiento en palabras sencillas y que le son comunes al cliente;

finalmente, utiliza procedimientos y prácticas donde se manejan símbolos culturales, mágicos y religiosos compartidos por todos, lo cual permite que el cliente tenga fe y confianza en las habilidades del curador.

Características de las personas que recurren a la medicina tradicional

En comparación con los trabajos dedicados al estudio de los curanderos o médicos tradicionales, existen pocas investigaciones donde se analicen las características de los usuarios de este tipo de servicios.

En Estados Unidos se han desarrollado, desde principios de los noventas, una serie de encuestas para conocer las tendencias de utilización de servicios de medicina alternativa. Estas encuestas han arrojado datos muy interesantes sobre los patrones de uso y sobre algunos factores personales que podrían asociarse con la asistencia. Sin bien es cierto que esta información puede dar ciertas ideas sobre las características de los usuarios, no es recomendable extrapolar los resultados a la población mexicana ya que son diferentes los motivos culturales y sociales que llevan a una y otra población a recurrir a este tipo de medicina.

Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Van Rampay y Kessler (1998), analizaron los resultados de 2055 adultos entrevistados por vía telefónica para estudiar las tendencias de uso de medicina alternativa en Estados Unidos. El 42.1% utilizó alguna de las 16 terapias alternativas exploradas. Las más frecuentes fueron; herbolaria, masajes, megavitaminas, grupos de autoayuda, remedios caseros, curación por medio de energía y homeopatía. Los autores señalan que el uso de estas terapias fue más común entre las mujeres (48.9%) con una edad entre los 35 y 49 años y con nivel escolar de preparatoria. Las principales

molestias por las que se acudió a este tipo de servicios fueron, problemas de espalda (24.0%), alergias (20.7%), fatiga o cansancio (16.7%), problemas musculares en el cuello (12.1%) y problemas de depresión y ansiedad (5.6% para ambos).

A partir de los resultados de la encuesta descrita en el párrafo anterior, Astin (1998) investigó los variables que podrían predecir la asistencia a servicios alternativos, siendo los principales predictores una mayor educación, un nivel de salud deficiente, una visión holística de la salud, haber sufrido experiencias que le hicieran transformar a la persona su visión del mundo, presentar problemas de ansiedad o dolores crónicos de cualquier tipo y sentirse identificado o formar parte de un grupo cultural específico (ambientalistas, feministas, grupos por la defensa de los chicanos, etc.)

Lozano (1995), entrevistó a 25 mexicanos-americanos para conocer los patrones de utilización de servicios alternativos. Los entrevistados informaron utilizar o conocer remedios caseros y hierbas, las manipulaciones de huesos y músculos, las prácticas de las parteras, la curación de fe, espiritualismo, tarot, lectura de cartas, brujería, rezos y el uso de íconos religiosos. El 76% de los veinticinco participantes creen que las yerbas son efectivas en el tratamiento de enfermedades simples (insomnio, dolores de cabeza, hipertensión, nervios), pero no en problemas serios. Respecto al sistema de creencias los 25 participantes tienen fe espiritual y aceptan que los cuidados de la salud son una combinación entre la medicina moderna, la curación tradicional y la fe en el poder de Dios. Ochenta por ciento de los 25 participantes acuden ya sea a la medicina tradicional o a la moderna dependiendo el tipo y lo serio de la enfermedad. Para la mayoría no es extraño utilizar ambas medicinas ya que por una parte conviven con la cultura anglo-americana y por otra conservan sus raíces.

En cuanto a las investigaciones realizadas en México, Zolla y cols. (1992) señalan que en el medio rural, la demanda de médicos tradicionales no esta determinada solamente por razones económicas, sino por elementos derivados de una "clasificación popular" que distingue entre las "enfermedades del médico" y las "enfermedades del curandero". Los principales padecimientos por los que la gente recurre a la medicina tradicional son: mal de ojo, susto, empacho, caída de la mollera, disentería, etc. Las causas de demanda de atención a la medicina académica son principalmente anemias, heridas y fracturas, desnutrición, gastritis, amigdalitis, etc. Esta diferenciación en las características de los padecimientos muestra claramente la importancia de los factores culturales en la determinación de elegir un servicio u otro.

Campos (1997) en su estudio con una curandera urbana, señala que asisten con la terapeuta principalmente mujeres de edad madura, de clases medias populares, que viven en colonias cercanas y de nivel educativo muy diverso, amas de casa, estudiantes, empleadas y estudiantes. Las personas acuden principalmente por recomendación de otras personas, es decir, se conforma una red colectiva de información popular. Las principales causa de asistencia según la curandera son: susto, empacho, nervios y diabetes.

En una investigación llevada a cabo por el IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social) en el Distrito Federal, se comprobó, en una muestra de 1,000 pacientes que demandaron consulta en el área de medicina familiar, que más del 50% de los derechohabientes mantienen contacto con la medicina tradicional, y que los hueseros constituyen el recurso humano más socorrido (Warman, 1991).

Aunque no se cuenta con una relación o registro del número y el tipo de personas que recurren a la medicina tradicional en la ciudad de México, los datos señalados permiten tener una idea sobre las diversas características físicas, sociales y culturales que de alguna manera influyen en la decisión de recurrir con un médico tradicional. Los diferentes estudios señalan que acuden más mujeres que hombres a este tipo de servicios; las principales razones para recurrir son: lo accesible del servicio, los costos del mismo, la curiosidad nacida de anécdotas o testimonios por parte de amigos y familiares que ya han asistido, el pensar que van a recibir un trato más cordial que el otorgado por el médico alópata y la fe en el poder de Dios o de la magia.

Clasificación de los padecimientos más atendidos por la medicina tradicional

Este apartado trata principalmente de la clasificación de las enfermedades en la medicina tradicional, es decir, aborda la forma en que conceptualizan las diversas enfermedades los curanderos, hierberos y huercos principalmente. La discusión sobre qué debe entenderse por mal de ojo, empacho, susto y nervios va más allá de la mera definición del padecimiento. Se trata de enfermedades percibidas y vividas como tales por muchos latinoamericanos y mexicanos habitantes del campo, la ciudad y de los cinturones suburbanos (Anzures 1983).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1999), enumera de manera poco profunda los motivos por los cuales la población demanda en América Latina los servicios de los médicos tradicionales (cuadro 1). Según datos reportados por la OPS, en las zonas urbanas de la República Mexicana, se recurre a los médicos tradicionales principalmente por problemas de envidia, mal echado, susto, fiebres altas, problemas agudos de la piel, enfermedades "que no curan los médicos", mal de ojo, nervios, empacho y caída de

mollera. En las zonas rurales son la diarrea, calentura, problemas de la piel, tos fuerte, dolor de garganta, nervios, mal de ojo, susto, empacho y caída de mollera. Estas causas de demanda de atención pueden atribuirse a factores naturales, sociales, psicosomáticos, agentes divinos y otros.

Cuadro1. Padecimientos más frecuentes por los que se recurre a la medicina tradicional en América

Latina

PAÍS	ZONA URBANA	ZONA RURAL
Bolivia	Infecciones, parásitos, desnutrición, trastornos hepáticos, trastornos renales, trastornos nerviosos, traumatismos, reumatismo, venéreas, paratífis.	Desnutrición, castigo de Pachamama, tos, diarrea, alergias y problemas de piel, ruptura de huesos, enfermedad del susto, enfermedad del mal viento, reumatismo, dolores de corazón, tónux y pecho.
Chile	Estrés, presión arterial, problemas de colesterol, resfío o gripe, intoxicaciones estomacales, infecciones, otitis, dispanfa, caídas, vesícula, próstata.	Desconocimiento de los padecimientos más frecuentes.
Costa Rica	Infecciones de las vías respiratorias, amigdalitis, hipertensión, lumbopatías, bronquitis, artropatías y afines, trastornos neuróticos, diabetes mellitus, gastritis, inflamación de útero.	Presión alta, diabetes, gripe, riñones, úlcera, corazón, diarrea, bronquitis, reumatismo, parasitosis.
Ecuador	Enf. cardiovasculares, trastornos depresivos, accidentes de tránsito, accidentes laborales, infecciones respiratorias, infecciones digestivas, tuberculosis.	Enfermedades respiratorias, diarrea, tuberculosis, patología gineco-obstétrica, accidentes laborales, hipertensión arterial, síndrome depresivo, desnutrición.
Guatemala	Infecciones respiratorias, parasitosis intestinal, hepatitis, ETS, enf. de la piel, neumonía, alcoholismo, depresión, ansiedad, gastritis, alteración nerviosa.	Desnutrición, parásitos, infecciones respiratorias, enfermedades gastrointestinales, deshidratación, sarampión, alcoholismo, anemia, envenenamiento, susto, enfermedades propias de la mujer.
México	Accidentes, gastrointestinales, infecciones respiratorias agudas, infarto al miocardio, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, dermatosis, enfisema pulmonar, enfermedad ácido péptica, depresiones, diabetes, hipertensión arterial.	Diarrea, problemas gastrointestinales, infecciones de vías respiratorias, dermatosis, parasitosis, tuberculosis, desnutrición, cáncer cérvico uterino, enfermedades ácido pépticas.
Nicaragua	Enfermedades diarreicas agudas, parásitos, bronquitis, infecciones respiratorias, desnutrición, asma, diabetes, abortos, complicaciones del embarazo, dengue, malaria.	Enf. diarreicas, infecciones respiratorias, desnutrición, abortos, complicaciones del embarazo, tétanos neonatal, enf. digestivas, susto, embrujo, lesionados por serpiente.
República Dominicana	En niños: diarrea aguda, enf. respiratorias agudas, desnutrición En adultos: hipertensión arterial, carcinoma (cáncer), SIDA, tuberculosis, malaria.	En niños: diarrea, enf. respiratorias agudas, desnutrición. En adultos: hipertensión arterial, cáncer, SIDA, tuberculosis, malaria.

Fuente: OPS, 1999

Por su parte, Zolla y cols. (1992), realizaron una encuesta a 13,067 terapeutas tradicionales en 3,025 zonas rurales de México, para conocer las principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional. Los autores observaron que los nombres de ciertas enfermedades se repetían insistentemente en las diversas regiones del país, lo que llevo a suponer un sistema de clasificación uniformemente distribuido. A partir de la información reunida, se planteó una clasificación de las enfermedades más tratadas por la medicina tradicional rural englobándolas en dos grandes grupos; las enfermedades naturales, ya sean por causas físicas o psicológicas, y las enfermedades preternaturales (Cuadro 2).

En el siguiente cuadro se puede ver que muchas enfermedades no difieren de las que existían durante la época prehispánica, sin embargo hay otras que responden a las condiciones actuales de salud-enfermedad, sin embargo en todos los casos se maneja un lenguaje particular que responde también a un proceso histórico social y que puede ser de gran utilidad para entender las prácticas utilizadas por los curadores tradicionales.

Cuadro 2. Clasificación de las enfermedades, (Zolla, 1992).

ENFERMEDADES NATURALES		ENFERMEDADES PRETERNATURALES
<i>De causa empirica</i>	<i>De causa psicológica</i>	
Accidentes: heridas, fracturas, etc.	Nervios	Por quebrantar tabúes y normas sociales
Procesos fisiológicos: parto, cálculos, dolor de cabeza.	Bilis	A causa de hechizos (mal de ojo, maleficio, embrujamiento)
Enfriamiento brusco: pulmonía.	Corajes	A causa de una pérdida de una entidad anímica
Por recargo del estomago, empacho	Chipilez	
Por abuso en las relaciones sexuales.	Culda de la mollera	Por intrusión de un cuerpo extraño dentro del organismo (el "espíritu de la enfermedad")
Por microbios: sarampión, tosferina, sarna, disenteria, parásitos intestinales, etc.	Vergüenza	
	Tiricia	
	Insulto	
	Buche o bocio	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La información presentada en esta sección puede servirnos como referencia, sin embargo, no debemos de olvidar que toda clasificación es cultural y por lo tanto es necesario analizar el papel de lo social, lo económico, lo psicológico e incluso lo ecológico en la configuración de las enfermedades.

a) El caso de "los nervios":

La condición de los "nervios" es culturalmente interpretada por la población latinoamericana como un padecimiento que se expresa con una gran variedad de síntomas psicológicos y físicos. Se utiliza con gran frecuencia para distinguir a las personas que presentan problemas emocionales, desordenes somáticos y conductas antisociales entre otras.

"Los individuos con nerviosismo, tienen los nervios alterados, inflamados, aburridos, fastidiados y salidos, fuera de su lugar de tanto coraje, me imagino que se descontrolan por que los nervios tienen que estar en su lugarcito, tranquilos, pero el mismo nerviosismo, los lleva a que se distorsionen y están ellos temblando hasta con dolor, por que duele mucho el cerebro." (Fragmento de un relato de una curandera; Campos, 1997).

Como "nervios" se entiende a una condición generalizada con una sintomatología difusa, que comprende diferentes desórdenes existenciales físicos y emocionales. "Nervios" significa la incorporación de una adversidad generalizada y recreada en el mundo interno del cuerpo que ha percibido contradicciones y desórdenes en el mundo externo, es decir, que a través del cuerpo se sienten y expresan los problemas sociales. Para Finkler (1989) "los nervios" son universales, ya que en todas las culturas, cuando las personas se enfrentan con adversidades o contradicciones, las incorporan dentro de sí y las expresan en estados de preocupación, ansiedad, temblores y otros síntomas similares.

De acuerdo con Lee y Guarnaccia (1989), la condición de "nervios" existe en una gran variedad de culturas bajo el mismo nombre y en las diversas culturas se comparten un conjunto de rasgos o características, como por ejemplo, dolores de cabeza, vértigo, fatiga, debilidad y problemas estomacales, sentimientos de miedo, coraje, preocupación y tristeza. Sin embargo, en cada cultura, estos rasgos tienen un significado específico y una sintomatología particular para hombres y mujeres.

La información anterior se complementa con lo propuesto por otros autores, quienes plantean que el problema de los nervios está ubicado en dos niveles: a) el doméstico o microsocioal, donde los terapeutas tradicionales han observado como frecuentes causales de enfermedad la relajación y flexibilidad de las normas sociales, sobre todo las relacionadas a la liberación sexual. b) el colectivo o macrosocioal, donde el deterioro económico, la exagerada violencia, el crecimiento desmedido de las ciudades, la incapacidad para adquirir los bienes necesarios, el desempleo, la acelerada vida cotidiana, entre otros, son referidos por los curanderos como causales procreadoras del estado de los nervios (Fernández-Romero 1990, Campos 1997).

También es importante señalar, que a la condición de "nervios" no se le pueden encontrar sus similares en los diagnósticos psiquiátricos, ni puede tomarse como el nombre popular de los diagnósticos psiquiátricos. Ya que la enfermedad de los nervios es construida con un significado cultural. Se puede analizar si la condición de nervios tiene alguna relación con los diagnósticos psiquiátricos, pero no puede ser subordinado a las categorías diagnósticas (Lee y Guarnaccia, 1989).

Existen una gran cantidad de técnicas utilizadas por los curadores tradicionales para el tratamiento de los padecimientos de los "nervios", sin embargo en todas se utilizan ciertos recursos fundamentales para que realmente tenga éxito la terapéutica; estos recursos son, elementos catárticos y de escucha, la fe y la esperanza en el curador, procedimientos manuales con una carga simbólica, oraciones y en algunos casos se utilizan objetos, animales, plantas o hierbas medicinales (Campos, 1997).

El espacio de la medicina tradicional dentro del discurso médico oficial

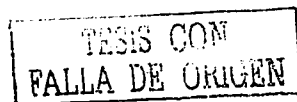
En el ámbito práctico, la medicina tradicional y la medicina científica conviven cotidianamente intentando dar respuestas a las necesidades de salud de la población. Esta convivencia demuestra que ninguna por si sola cubre todas las necesidades sanitarias, que ninguna es la panacea de la salud y que cada una cuenta con una serie de alcances, pero también de limitaciones. La mayoría de la población no tiene problemas en combinar sus preferencias por un sistema o por otro, jerarquizando ambas tendencias de acuerdo a sus propias orientaciones culturales, sus posibilidades económicas, sus problemas logísticos y la información anecdótica de los resultados obtenidos (Cabieses, 1996).

Sin embargo, los representantes de la medicina oficial parece que no han querido o no quieren darse cuenta de esta realidad social y han realizado una serie de iniciativas con el propósito de incorporar la medicina tradicional dentro del esquema de salud oficial. Estas propuestas no han tenido éxito ya que la legalización de los médicos tradicionales se plantea solo a nivel de auxiliares y siempre bajo las ordenes y supervisión de los médicos "científicos". Aunado a lo anterior, se intenta establecer un puente entre ambas medicinas simplemente por decreto oficial, dejando de lado las diferencias en conceptos, creencias y actitud que en relación con la salud y la enfermedad tiene cada una de ellas. En el cuadro 3 se pueden apreciar algunas de estas iniciativas.

Cuadro 3. Iniciativas para la legalización y legislación de las prácticas terapéuticas tradicionales.

Fecha	Iniciativa	Lugar
1976	Se legaliza el trabajo de las parteras, con la condición de que sean capacitadas por médicos alópatas.	Nacional
1979	Programa "medicinas paralelas" encaminado al reconocimiento y apoyo de las medicinas tradicionales. Recibió apoyo de la OMS y UNICEF.	Chiapas
1979	Se crea el programa IMSS-COPLAMAR con el propósito de resolver el problema de la atención médica a los grupos marginados.	
1983	Programa de interrelación con la medicina tradicional. El programa buscaba la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y el aprovechamiento de los recursos de la medicina tradicional como parte de las estrategias de atención primaria de salud.	Nacional
1985	Se funda la asociación civil Organización de médicos indígenas del estado de Chiapas (OMIECH). Se pugna por la protección legal para realizar sus actividades curativas.	Chiapas
1989	Se plantean como demandas escritas la necesidad de reivindicar a la medicina tradicional.	Oaxtepec
1991.	Declaración de Oaxtepec y de Tlaxiaco.	Tlaxiaco.
1990	Se realiza un documento sobre reconocimiento y legalización de la medicina tradicional indígena.	Putzeuaro, Michoacán
1990	El Estado Mexicano intenta conformar un marco legal que valide, reconozca e incorpore la medicina tradicional en los sistemas de salud (capítulo IV del título IV, de los auxiliares de fomento a la salud). Se intenta incorporar, sin más por decreto, a los médicos tradicionales.	Chiapas
1991	Se forma el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales A.C. (CONAMIT). Su tema central ha sido el reconocimiento por parte del Estado, de la medicina tradicional.	Nacional
1992	El CONAMIT desarrolla el Programa Nacional de Medicina Indígena Tradicional.	Nacional
1992	El CONAMIT junto con el Instituto Nacional indigenista realizaron en la ciudad de México el II Congreso nacional y el I Encuentro Continental de médicos tradicionales indígenas	Ciudad de México
1992-95	IMSS-Solidaridad se convierte en el vehículo que el Estado determina para canalizar parte del financiamiento para la instalación y fortalecimiento de las organizaciones de médicos tradicionales. Sólo se han tenido avances en la comercialización de plantas medicinales.	Nacional
1998	Elaboración de un permiso oficial para el ejercicio de los terapeutas tradicionales. Hasta la fecha no ha sido probado o rechazado.	Nacional

Fuentes: Zolla y Medellín 1993; Cabieses 1996; Zolla 1992; OPS 1999; Nigenda et al 2001.



El fracaso de los intentos "reglamentarios" y "controladores" por parte del Estado se ha hecho patente por las respuestas que han aparecido no sólo de los médicos tradicionales sino también de la población en general, esto debido a que en la mayoría de los casos las propuestas se han realizado al margen de la población intentando implantar estructuras y procedimientos, sin darse cuenta de que los resultados concretos de cualquier acción dependen indudablemente de la dinámica social (Zolla, 1992).

Pareciera ser que las recomendaciones que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1985) ha hecho desde hace más de dos décadas, sobre la importancia de las medicinas tradicionales en los planes, programas y estrategias para la atención de la salud, en México, han sido interpretadas como la necesidad de "capacitar" a estos terapeutas tradicionales para permitirles que participen en algunas de las actividades de la medicina oficial.

A pesar de que la medicina oficial ha mirado con indiferencia, con desprecio y hasta con desagrado la medicina tradicional, se ha mantenido cierta relación entre los dos sistemas, con préstamos e intercambio ocasionales, pero, siempre se han considerado los dueños de la verdad los representantes de la medicina académica (Cabieses, 1996). Esta situación puede verse claramente en el caso de las plantas medicinales, donde el acercamiento a la planta se hace a través de los conocimientos de la medicina tradicional, pero la forma de patentarla, determinar componentes químicos, etc., sólo es competencia de la medicina institucional.

Por todo lo anterior, parece que en México todavía esta muy lejana la posibilidad de articular la medicina tradicional con la oficial. La posibilidad de establecer un diálogo entre

ambos sistemas médicos que permita la preservación de la individualidad e interdependencia pero evitando la absorción y destrucción del factor más débil (Cabieses, 1996).

Medicina tradicional urbana

En este punto del capítulo, se estudiará la medicina tradicional en los medios urbanos. En primer lugar, se revisarán las características que la diferencian de la medicina tradicional rural, para posteriormente presentar algunas investigaciones que permitan ilustrar el papel de la medicina tradicional en las grandes urbes.

Redfield (1943) y Campos (1997) señalan que hay algunas coincidencias en las concepciones populares sobre salud, enfermedad y tratamiento que tienen los curanderos rurales y los urbanos. Sin embargo, también existen notables diferencias. El curandero urbano difiere del rural en que no ocupa un lugar privilegiado dentro de la comunidad, debido principalmente a que sus funciones se restringen a la práctica curativa. Sostiene rivalidades frecuentes con otros curanderos urbanos; muestra una clara comercialización de sus actividades terapéuticas y en sus prácticas inserta múltiples elementos, entre ellos, el espiritualismo, la magia afroantillana, la cromoterapia, curación por medio de energía, hierbas, objetos religiosos, etc. Esta combinación de prácticas curativas responde a la necesidad de ir adecuando los conocimientos y técnicas a las demandas de la población citadina que es muy heterogénea tanto social como culturalmente (Prophet 1998).

Para Irwin Press (1978), el curandero citadino cumple un papel sociocultural decisivo al convertirse en la fuerza amortiguadora y minimizadora de lo que él llama el "trauma de aculturación" refiriéndose a la inestabilidad psicosocial del migrante pobre recién establecido en la ciudad. Además de que el curandero urbano se diversifica y se especializa

más que el curandero rural, para hacer frente a la heterogeneidad de la gente que atiende. De la misma manera, tiene una apertura ideológica ante nuevas prácticas y conocimientos, acepta y adopta rápidamente el uso de terminología científica, las explicaciones causales modernas de la enfermedad y el empleo de medicamentos, conservando la especificidad de la enfermedad "tradicional", al mismo tiempo que facilita y de hecho fomenta el tránsito hacia la medicina académica.

Solien (1965), en una investigación con migrantes residentes en la ciudad de Guatemala, observó que éstos cuando tienen una enfermedad, recurren primero a la autoatención con productos herbolarios y medicamentos, luego asisten con vecinos que indican remedios caseros y si, continúan enfermos, acuden con curanderos urbanos y boticarios y dejan como último recurso la asistencia con médicos institucionalizados.

Guarnacia, Parra, Deschamps, Milstein y Arguiles (1992), realizaron en Estados Unidos un estudio con familias puertorriqueñas, cubanas, américo-africanas y europeas para analizar las diferencias culturales en la interpretación de la salud mental y las diferencias en cuanto al tipo de servicio utilizado. Las familias latinas definieron a la enfermedad mental como "nervios", señalaron que la religión es el principal soporte en los momentos de crisis, buscaron esta ayuda espiritual de diversas formas, ya sea consultando a un sacerdote, curandero, santero o asistiendo a un centro espiritista.

Anzures (1976), llevó a cabo una investigación en el pabellón 29 del Hospital General de la ciudad de México. La autora concluye, después de realizar una serie de entrevistas a las personas que se encontraban internadas, que en muchos casos los enfermos recurrieron de manera simultánea a la medicina institucionalizada y a la tradicional. Por ejemplo, en

muchos casos, después de que los pacientes eran diagnosticados con alguna enfermedad, también acudían con el curandero para oír otra opinión. En los casos en que se había realizado un proceso quirúrgico, los familiares llevaban a los enfermos oraciones o bálsamos, dados por un sacerdote, para que les ayudará en el proceso de recuperación.

Para algunos autores como Trotter y Chavira (1981), el medio urbano y sus facilidades sanitarias han modificado la función del curandero, él es ahora el principal proveedor de higiene mental del barrio. Los efectos emocionales y psicológicos de la vida moderna han dado posiblemente al curanderismo urbano un significado y una función más especializada.

La mayoría de los trabajos que se han reseñado en esta primera parte de la tesis provienen de investigaciones realizadas desde un enfoque médico antropológico. En estas investigaciones, se parte de la interpretación teórica de que los procesos capitalistas dan lugar a la emergencia de por lo menos dos modelos de atención médica, el modelo médico hegemónico y el modelo médico alternativo subordinado. El primer modelo se caracterizaría por ser biologicista, positivista, ahistórico, individualista y asocial e intenta la exclusión ideológica y jurídica de otros modelos alternativos. El modelo médico subordinado estaría integrado por la medicina tradicional y otras prácticas médicas como la homeopatía o la herbolaria China. Este modelo tendría como características básicas la concepción globalizadora de los padecimientos y los problemas y que la eficacia esta condicionada por el manejo simbólico y por la sociabilidad. Para algunos de los autores estos dos modelos médicos se oponen totalmente, para otro grupo no menos importante ambos modelos se complementan.

De este modo los diversos trabajos planteados ubican a la medicina tradicional como un reflejo de las condiciones sociales, culturales y económicas de un grupo específico, generalmente catalogado como subalterno y que se caracteriza por un sistema de ideas y prácticas destinadas a curar los males y a satisfacer ciertos requerimientos de control social indispensables para mantener la cohesión social del grupo.

HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LA SALUD

"Señoras de buena posición económica, al igual que de escasos recursos, llevan a sus niños que sufrieron mal de ojo a su altar. Ella corta flores frescas y procede a su curación, que son limpias espirituales. A través de sus rezos al Creador del Universo es como aleja aquellas maldiciones, injurias y calumnias; lo mismo que con parejas que tienen celos y asuntos pasionales. - Sufro de esto, sufro de aquello, siento que voy a morir- exclaman ante ella, asegura Doña Felipa Calixto" (Garcla-Carrera, 1997).

El capítulo está dividido en tres grandes secciones: *i) cultura y salud, ii) modelos para acercarse al estudio de la salud y iii) medicina tradicional y salud: una visión desde la construcción social de la realidad.*

El apartado se inicia señalando lo que se va a entender por cultura y cual es su relación con la salud. En la segunda sección, se analizan los paradigmas normativo e interpretativo, se señala la manera en que ambos paradigmas explican la salud, la enfermedad y la asistencia a los diversos servicios sanitarios. En el último apartado, se mencionan las principales características del construccionismo social, el análisis que desde este marco se hace sobre la salud y la enfermedad y la manera en que se aborda la construcción de los sistemas médicos en la población.

1) CULTURA Y SALUD: UN ESCENARIO VITAL

La palabra "cultura" se ha convertido en una de las más comunes en el vocabulario cotidiano. Se menciona con gran frecuencia en los medios de comunicación, en conferencias, cursos y en las pláticas informales. Sin embargo, pocas veces queda claro cuál es el concepto fundamental al que se hace referencia. Por ejemplo, se habla de una cultura de salud, de la importancia de tomar en cuenta la cultura en las políticas de salud mental, de las diferencias culturales en la percepción de la salud y la enfermedad o de los referentes culturales de la medicina tradicional. De esta forma, se usa mucho el concepto de cultura, pero no siempre en el mismo sentido. El gran problema es que se da por sentado que está claro lo que se quiere significar.

Pedersen (1993), hace un recorrido histórico por el concepto de cultura y en este sentido escribe: en 1800 la cultura era entendida independiente de la gente, luego se aproxima al hombre como elemento mediador de las relaciones entre éste y el medio ambiente. En la primera mitad del siglo XX era definido principalmente por los hábitos y costumbres, en patrones y pautas de comportamientos; más tarde es relacionada con estilos de vida. En la segunda mitad del siglo XX, la cultura es vista como un conjunto de información compartida, de ideas y conocimientos codificados en símbolos. En la actualidad, se concibe a la cultura reconociendo la importancia del contexto sobre las percepciones, los valores y los significados a nivel colectivo.

Para este trabajo se considera la cultura como un concepto o constructo teórico generado por los miembros de un grupo social que es utilizado para describir y explicar de manera simbólica un complejo conglomerado de comportamientos, ideas, emociones,

hábitos, costumbres, valores y actitudes acumulados, conservados, transmitidos y reestructurados en el proceso histórico de ese grupo social. Estas expresiones y acciones son significativas para los individuos que las producen, perciben e interpretan en el curso de sus vidas diarias y funcionan para que este grupo de individuos se comuniquen entre sí y compartan sus expresiones, concepciones y creencias (Thompson 1990; Lipson 1996).

Al entender la cultura de esta forma, cualquier explicación o análisis que se intente hacer en relación con la salud, deberá fundamentarse en el conjunto de signos y conceptos usado en la interpretación de la enfermedad, el padecer, en la organización de respuesta frente a ellos y en la estructuración del sistema local de atención.

Bajo esta postura, en la antropología médica norteamericana se distinguen dos dimensiones de la misma enfermedad: enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*). La enfermedad se refiere a la anormalidad en la estructura y/o función del órgano o sistema de órganos, pertenece al campo del modelo biomédico. Es la forma en que los practicantes de la medicina oficial interpretan un problema de salud, en un momento particular, de acuerdo con una taxonomía y en relación con una cultura específica (Kleinman, 1980). El padecimiento es la experiencia humana de los síntomas y el sufrimiento, es decir, cómo la persona enferma los presenta, qué perciben los miembros de su familia o de la comunidad, cómo viven y reaccionan frente a los síntomas y a las incapacidades que éstos generan. Los padecimientos deben comprenderse como un conjunto de conceptos, experiencias y sentimientos comunes a un determinado grupo social, constituidos de manera múltiple, y que relacionan el contexto social e histórico con la experiencia biopsíquica (Kleinman, 1980).

Se considera entonces que el padecimiento es una manifestación del paciente o una percepción subjetiva, es decir, es una interpretación que elabora el paciente sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales, sobre las expectativas creadas alrededor de estas sensaciones y sobre las categorías y explicaciones del sentido común accesibles a todas las personas del grupo social (Kleinman, 1988b).

Cualquier padecimiento al ser verbalizado o mostrado con mímica, ("me duele el corazón", "me siento decaído", "estoy mal de los nervios"), es una expresión humana que guarda un significado por sí misma (Martínez, 1998).

Sin embargo, el significado de la exclamación "me duele el corazón", no es la misma, por ejemplo, en la boca de una iraní, que en términos de un paciente inglés que sufre una cardiopatía, o en la formulación que hace un indígena náhuatl. Para la mujer iraní el corazón es un órgano fisiológico vulnerable a la opresión de la vida cotidiana y a los problemas de la sexualidad femenina. Para el paciente es un órgano que no funciona correctamente y para el indígena es una víscera necesaria para la digestión de los alimentos. En este ejemplo se puede ver como el padecer es una elaboración cultural que remite a un mundo de significados (Good 1977, Álvarez 1987; Martínez 1998).

En este mismo orden de ideas, Kleinman (1988a), plantea que las alucinaciones de un indio norteamericano en duelo, pueden condensar una forma de percibir el mundo, en la que se articulan elementos como la pérdida del cónyuge, una concepción determinada de como vivir el duelo y la idea de que el espíritu fallecido habla desde otro lado. Este es otro claro ejemplo de como el padecer se inscribe dentro de un marco cultural específico y

puede ser aprehendido como un símbolo, como una fijación de algo que se dice y que es interpretado en términos de un contexto.

Cultura y trastornos mentales

En diversos estudios antropológicos y epidemiológicos se ha evidenciado que los trastornos mentales y sus síntomas varían mucho de una cultura a otra. En un estudio comparativo entre China y Estados Unidos sobre suicidio, se observó que en China la tasa de suicidio es el doble de la norteamericana y es un fenómeno más frecuente entre las mujeres campesinas. De hecho se ha demostrado que más del 40% de los suicidios del mundo se producen en China. Sin embargo, las cifras de depresión en este país son de tres a cinco veces inferiores que las de occidente y también es menor el consumo de drogas (OMS, 1991). Esta información contradice los indicadores que señalan un nexo importante entre tasas de suicidio, depresión y consumo de drogas. Lo anterior es sólo un ejemplo que sugiere que cualquier trastorno mental presenta componentes culturales o ambientales más fuertes de lo que en general se reconoce.

La tendencia dominante de la psiquiatría moderna ha dado respuesta a estas variaciones de los síntomas y trastornos psiquiátricos entre diferentes culturas con un modelo donde se hace responsable a la biología de la causa y estructura del trastorno mental, mientras que los factores culturales configuran su "contenido". Por ejemplo, en la esquizofrenia paranoide la biología daría cuenta de las alucinaciones, mientras que las creencias culturales determinarían si el perseguidor es en opinión del paciente un agente de la CIA o son espíritus o seres de otro planeta (Kleinman y Cohen 1997).

Este modelo ha permitido ordenar una extensa gama de síntomas disponiéndolos en sistemas manejables y coherentes de clases y diagnósticos. Sin embargo, el modelo se ha llevado a tales extremos, que resulta contraproducente cuando se trata de comprender la forma en que se manifiestan esos trastornos en países que no sean los industrializados del occidente o peor aún, para entender la existencia de otro tipo de padecimientos que no se encuentran tipificados en los manuales diagnósticos. (Kleinman y Cohen 1997).

El DSM, en su cuarta edición, ha incluido un apéndice con concisos resúmenes de síndromes culturales, hecho que demuestra que dentro de la psiquiatría se reconoce que existen estados morbosos que parecen ser patologías locales, propias de determinadas culturas. En este apéndice se enlistan términos como *amok*, trastorno que se caracteriza por arrebatos de violencia contra personas y objetos y *latah* que es la repetición de palabras y movimientos durante repentinos accesos de terror (Kleinman y Cohen 1997).

Para Kleinman y Cohen (1997), todas estas condiciones se presentan excluidas del primer mundo. Los autores consideran que por el momento la psiquiatría no está dispuesta a conceder que la anorexia, la depresión o la fobia sean posiblemente síndromes vinculados a la cultura de occidente y que a lo mejor, la mayoría de ellos sólo se presentan en Estados Unidos o Europa con los síntomas descritos en los manuales.

Por todo lo anterior, algunos autores proponen que el estudio de la salud mental cambie de estrategias. Es decir, que no se puede tomar una base de conocimientos compilada casi exclusivamente con datos provenientes de estudios norteamericanos y europeos para aplicarse con eficacia a la población de África, Asia o Centroamérica. Del mismo modo señalan la imperiosa necesidad de establecer la variación cultural como pilar de los estudios

en salud mental, porque por muy biológicas que sean las raíces de cualquier trastorno psíquico, se experimentan en contextos sociales y culturales distintos, que a su vez hacen diferentes sus síntomas, evolución y tratamiento (Good 1992, Kleinman y Cohen 1997).

2) MODELOS PARA ACERCARSE AL ESTUDIO DE LA SALUD.

Los modelos para aproximarse al estudio de la salud mental varían de acuerdo con los esquemas sociales y paradigmas científicos imperantes. Esta diversidad en los métodos para investigar y entender a las personas y su mundo es lo que permite tener una visión rica y variada de conocimiento.

Según Guba y Lincoln (1994), los paradigmas pueden ser vistos como un conjunto de creencias básicas (o metafísicas) relacionadas con principios últimos. Representan una visión del mundo que define, para quien los detenta, la naturaleza del mundo, el lugar de los individuos en él y el rango de posibles relaciones con ese mundo y sus partes, tal como lo hacen, por ejemplo, las cosmologías y las teologías.

Dentro de las ciencias humanas y sociales, se manejen dos posturas o formas de ver el mundo. La positivista-objetiva y la antipositivista-subjetiva. Dentro de la psicología social se acostumbra plantear esta oposición entre el paradigma normativo y el paradigma interpretativo (Paéz, Valencia, Morales, Sarabia, Ursúa, 1992).

Cada uno de estos paradigmas responde a tres preguntas estrechamente relacionadas, que suponen una estructura social y un tipo de actor específicos, así como una forma particular de conocerlos. Estas preguntas se refieren a la cuestión ontológica, la epistemológica y la metodológica (Paez y cols. 1992; Guba y Lincoln 1994).

Desde un punto de vista ontológico (afirmaciones sobre la esencia de los fenómenos psicosociales), el paradigma **normativo** plantea que la realidad es externa y objetiva (se evita la intrusión de valores, ideologías o pasiones y el establecimiento de verdades neutrales y confiables). Por su parte, el paradigma **interpretativo** sugiere que cualquier fenómeno psicosocial es producido y nombrado por el sujeto (la realidad es producto de una construcción social guiada por unas coordenadas temporales y espaciales desde donde se interpreta la realidad) (Paez y cols. 1992).

En cuanto a la epistemología (se refiere al tipo de relación que se establece entre el científico que conoce y la realidad que se conoce), el paradigma normativo sugiere que la postura del científico debe de ser de distanciamiento y objetividad, para poder conocer la realidad sin sesgos. Por el contrario, dentro del paradigma interpretativo se sostiene que la postura del científico debe considerar que el conocimiento de la realidad está necesariamente en función del contexto y del discurso que se usa (Paez y cols., 1992; Guba y Lincoln 1994).

Finalmente, en cuanto a la cuestión metodológica, que exige una definición respecto a los métodos específicos con los que se puede conocer la realidad, también existen sustanciales diferencias entre ambos paradigmas. Para el normativo, los métodos utilizados deben incluir mecanismos que permitan el control de "variables confusoras", la verificación, la generalización y la predicción, es decir, que proporcionen un saber sistematizado. En contraste, el paradigma interpretativo, postula que la acción humana es intencional y que debe de ser comprendida en su significado, por lo tanto los métodos de investigación utilizados son aquellos que incluyen procedimientos que privilegian el conocimiento de los mecanismos interpretativos utilizados.

En el cuadro 4 se presenta una comparación entre los métodos utilizados por ambos paradigmas.

Cuadro 4. Comparación entre métodos

Decisión metodológica	Métodos cuantitativos	Métodos cualitativos
Nivel de realidad analizado	Objetivo	Subjetivo
Causalidad de los fenómenos colectivos	Leyes	Contingencias
Tipo de conocimiento generado	Explicación	Comprensión
Nivel de análisis	Macro	Micro
Forma de análisis	Deducción	Inducción
Tipo de conceptos	Definitivos	Sensibilizadores
Tipo de ciencia social	Explicativa y sintética	Descripción analítica y comparada

Fuente: Castro 1996

Aproximaciones a la salud y la enfermedad desde los paradigmas normativo e interpretativo

a) Paradigma normativo

En relación con la salud y la enfermedad, el paradigma **normativo** está basado en un enfoque clínico conformado por tres explicaciones: *la anatomooclínica* que perpetúa una clasificación anatómica de la enfermedad, donde ésta existe sólo en el momento en que aparece la lesión y se manifiesta por medio de los signos, por lo tanto, la salud es la ausencia de lesión y signos. La versión *fisiopatológica*, donde el concepto de función nace como una realidad independiente de la estructura, y la versión *etiopatológica* que nace de la teoría microbiana del origen de las enfermedades. Durante el siglo XIX las versiones señaladas se enfrentaron unas con otras, pero en los comienzos del siglo XX estas

propuestas se fueron integrando en una versión ecléctica de la enfermedad (Quevedo, 1992).

Este enfoque clínico incidió en los planteamientos de la epidemiología, la cual establece que la enfermedad es una realidad de modificación estructural y funcional de los órganos, causada por agentes externos que ahora se intenta controlar. Las condiciones ambientales intervienen como elementos para que el agente entre en contacto con el futuro enfermo. Tanto las condiciones ambientales como los microorganismos, los signos, los síntomas y los cambios en el cuerpo pueden ser observados y medidos. Si las técnicas son adecuadas, sus comportamientos pueden ser interpretados en análisis estadísticos, cuantitativos y expresados finalmente en leyes universales (Quevedo, 1992).

Dentro de este paradigma existen diversos modelos que intentan explicar la causalidad de la enfermedad mental sobresaliendo *i) el modelo biologicista y ii) el modelo cognitivo-conductual*; en cuanto a la utilización de servicios de salud destacan: *i) el modelo epidemiológico, ii) el modelo de aprendizaje social y iii) el modelo económico*. En el cuadro 5 se presenta una síntesis sobre características principales de cada uno de estos modelos.

Cuadro 5 Modelos sobre la causalidad de las enfermedades mentales y sobre la utilización de servicios de salud dentro del paradigma normativo

<i>Causalidad de la enfermedad mental</i>		
Modelo Biologicista	Modelo Conductual	Modelo Cognitivo
<p>- La enfermedad mental tiene una causa orgánica o bioquímica a nivel cerebral por defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático.</p> <p>- Se sustenta en la presencia de alteraciones de los parámetros biológicos más o menos concordantes en los distintos cuadros clínicos y en la respuesta a psicofármacos.</p>	<p>Los síntomas son conductas anormales (desadaptadas) generadas en esquemas aprendidos.</p> <p>- Los síntomas no son expresiones de la enfermedad sino la enfermedad misma. (salud, buen aprendizaje; la enfermedad, mal aprendizaje).</p>	<p>- Se basa en la misma noción del conductismo, que a un estímulo le sigue una respuesta, pero se introducen procesos cognitivos (pensamientos, emociones) que suceden en el organismo que recibe el estímulo y que elabora la respuesta.</p> <p>"El hombre es un agente activo, que selecciona, interpreta y actúa ante los estímulos poniendo en marcha respuestas con cierta intencionalidad".</p>
<i>Utilización de servicios de salud</i>		
Modelo Epidemiológico	Modelo de Aprendizaje Social	Modelo Económico
<p>- Se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población.</p> <p><i>Los daños a la salud (morbilidad, mortalidad) constituyen las necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios.</i></p> <p>- La utilización también depende de la exposición de la población a los factores de riesgo. Los cuales pueden ser <i>iniciadores, promotores y pronósticos.</i></p> <p>- La utilización de servicios esta determinada por el tipo de riesgo al que se expone la población.</p> <p>- La exposición al riesgo puede implicar un efecto protector. La población "expuesta" a un servicio de salud esta más "protegida" que la que no lo esta.</p>	<p>- La utilización como las actividades que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad.</p> <p>- Para que lo anterior suceda es necesario que se cumplan las siguientes condiciones:</p> <p>a) que el individuo este psicológicamente atento a realizar una acción con respecto a una condición particular de salud.</p> <p>b) que el individuo crea que la prevención es factible o apropiada para que él la use.</p> <p>c) Que no existan barreras psicológicas a la acción propuesta.</p> <p>d) La presencia de un "detonante" o predisponente para generar la respuesta.</p>	<p>- Basado en la teoría del capital humano.</p> <p>- Considera que la utilización esta en relación con la demanda de salud, considerándola como una forma de capital humano en que se puede invertir.</p> <p>- El costo en la inversión en salud incluye gastos en efectivo y el costo de la oportunidad del tiempo (la cantidad óptima de inversión depende de estos dos aspectos).</p> <p>-Los individuos heredan un acervo inicial de salud que se deprecia en el tiempo.</p> <p>-La salud se puede incrementar a través de la inversión de los servicios de salud.</p> <p>- La muerte ocurre cuando el acervo de capital de salud cae debajo de cierto nivel.</p>

Fuente: Arredondo y Meléndez, 1992.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Estas maneras de interpretar el proceso salud-enfermedad han permitido enfrentar con cierto éxito problemas inmediatos e individuales. Sin embargo, el paradigma normativo, y por lo tanto los modelos que lo conforman, empiezan a sufrir fisuras por su incapacidad de explicar las relaciones entre la enfermedad y la sociedad, vistas éstas en un contexto integral donde el hombre, como ser social por excelencia, es el actor principal y donde todas sus interacciones (con el medio ambiente, con los demás hombres y consigo mismo) están determinando procesos históricos dentro de los cuales se enmarca el concepto salud-enfermedad (Quevedo, 1992).

Aunado a lo anterior, bajo este paradigma se introduce un sesgo en el abordaje de la realidad social y la salud al considerar exclusivamente enfermedades reconocidas en el paradigma médico dominante; de esta forma, se relegan los problemas que son difíciles de abordar ideológica, operativa o culturalmente, como por ejemplo, el susto, la desnutrición o el alcoholismo (Luz, 1999).

Las críticas anteriores, están apoyadas en diversos estudios económicos, demográficos, históricos y sociológicos donde se confirma el hecho de que las llamadas "enfermedades" han cambiado a través de la historia, habiéndose modificado y aún desaparecido algunas formas típicas de enfermar, apareciendo también otras nuevas, debido a las transformaciones en la organización social y en el comportamiento productivo y demográfico de las comunidades.

Así mismo, la Antropología ha mostrado que la respuesta de los individuos ante un mismo proceso de cambio no es siempre la misma y que existen elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas y en el comportamiento frente a ellos. Es decir,

que el contexto sociocultural interactúa con lo genético, lo biológico y lo psíquico en el proceso de organización de las formas de presentación, representación y modificación de los procesos vitales del individuo (Breilh, 1994).

También se han planteado algunas críticas en torno a los métodos utilizados bajo este paradigma. En este sentido, Bronfman plantea que por las características de los métodos y técnicas de investigación utilizados bajo este paradigma, es difícil explorar aspectos que permitan entender por qué se utilizan ciertos servicios de salud, qué determina el uso de los servicios o qué elementos o factores subyacen en la decisión que toman los individuos, entre muchas otras interrogantes (Bronfman, 1997).

b) Paradigma interpretativo

En respuesta a las críticas señaladas, el paradigma **interpretativo** comprende el proceso de salud-enfermedad como parte de la vida cotidiana, por lo cual éste está mediado por relaciones sociales, culturas e históricas, lo que implica una visión de "comunidad", donde los individuos se expresan en su singularidad y en combinación con lo colectivo. De esta forma, la salud ya no es entendida como un estado; es un proceso de construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprenden todas las relaciones del hombre y por lo tanto de su vida misma; la realización de un campo de salud implica una intervención sobre la vida más que sobre la enfermedad.

En este mismo orden de ideas, Laplantine (1989) señala que la salud y la enfermedad son objetos privilegiados dentro de la cultura, en primer lugar, porque son nociones que permiten captar las diferentes formas de articulación entre lo individual y lo social, entre la

experiencia personal y la estructura social. En segundo lugar, porque se sitúan en el campo de la intersección de los valores (implican evaluaciones de estos saberes y prácticas) y el campo de la acción (determinan comportamientos). En tercer lugar porque son los acontecimientos que modifican por excelencia nuestra vida individual, nuestra inserción social y, por lo tanto, el equilibrio colectivo. Además, conllevan siempre la necesidad de un discurso de una interpretación compleja y continua de la sociedad en su conjunto (Viveros, 1993).

Castro (2000), señala que dentro de los enfoques interpretativos se destaca la capacidad de los actores de dar significado a diferentes situaciones sociales y de actuar y no sólo "reaccionar" en consecuencia. Las corrientes interpretativas analizan las maneras específicas en que los individuos sienten, perciben y definen los diferentes aspectos de la vida social, de tal forma que se transforman en experiencias significativas para ellos. Es decir, se parte de la exploración directa de los testimonios de las personas.

Se hubiera querido ejemplificar esta postura interpretativa con investigaciones relacionadas con la medicina tradicional, sin embargo, en las revisiones bibliográficas no topamos con ellas. Es por ello que los siguientes ejemplos provienen del campo de la salud en general.

Cornwell 1984 (citado en Castro, 2000), estudió los relatos sobre salud y enfermedad de hombres y mujeres de la clase trabajadora de Londres. El supuesto inicial de este proyecto fue que estas narraciones no pueden entenderse plenamente a menos que se analicen dentro del contexto de las vidas de las personas entrevistadas. Esta autora propone distinguir entre los relatos públicos (reflejan parcialmente la experiencia de salud) y privados (vinculados

con la experiencia personal y los sentimientos de los individuos). El principal hallazgo de este trabajo es el contraste que se da entre los relatos públicos y privados respecto al trabajo, la vida familiar y la salud. Por ejemplo en los relatos públicos la salud se asocia con un estilo de vida adecuado, mientras que se piensa que la enfermedad es el reflejo de algo moralmente erróneo. Por el contrario, los relatos privados tienden a excluir estas consideraciones y se concentran en las prácticas para recuperar la salud.

Otro estudio importante dentro de este paradigma es el realizado por Toombs (1993), quién analiza cómo la experiencia de enfermedad puede explicar cómo los individuos construyen los significados de su experiencia y por ende, ofrecer las claves para un mejor entendimiento entre médicos y pacientes. Entre los aspectos más relevantes de esta investigación, se señala, que el espacio terapéutico debe incluir la posibilidad de que el paciente narre su padecimiento en sus propios términos y bajo su propia lógica, ya que estas narraciones tienen muchos elementos para facilitar la comprensión del sufrimiento de los pacientes (Citado en Castro, 2000).

Asimismo se han realizado importantes estudios que analizan la influencia de la cultura en la experiencia subjetiva de los individuos que sufren enfermedades crónicas. En estos trabajos se ha puesto el énfasis en el lenguaje mediante el cual los individuos expresan sus padecimientos, ya que a través del mismo es posible discernir patrones colectivos de significación y variaciones individuales de la experiencia del dolor. Otro hallazgo de estas investigaciones ha sido el reconocer que la medicina científica suele ignorar una dimensión fundamental del sufrimiento humano, aquella que existe más allá de los límites físicos y de los signos biomédicos (Kleinman 1995; Good 1992; Charmaz 1983).

Los estudios con un enfoque de género, también son representativos de este paradigma. A través de ellos se ha intentado ilustrar el carácter socialmente construido de la experiencia que tienen las mujeres sobre la salud y la enfermedad. Otro aporte importante de estas investigaciones es el papel que se le asigna a los propios relatos de los actores, en vez de deducir que les sucede a partir de un marco teórico preconcebido (Castro, 2000).

Otra de las posturas que comparte los postulados propuestos dentro del paradigma interpretativo es el construccionismo social. Como se verá en la siguiente sección, este modelo teórico no acepta un modelo único de salud y enfermedad, sino una gran diversidad de sistemas particulares, determinados a su vez por la diversidad cultural (Gutiérrez, 1995).

3) MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD: UNA VISIÓN DESDE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD

En esta sección se describen las principales características del construccionismo social, algunas de las razones por las que se eligió esta perspectiva teórica y su articulación con la salud, la enfermedad y la medicina tradicional.

El construccionismo social

Se ha elegido esta postura teórica como guía de la investigación porque parte de la concepción de que el sujeto desempeña un papel activo, guiado por su cultura, en la estructuración de la realidad. Es decir, se propone una investigación "endogénica", o generada por el sujeto mismo, en contraste con la utilización de perspectivas "exogénicas" o ajenas a la construcción que el sujeto hace de su realidad (Gergen 1985, Tiefer, 1987).

El construccionismo social parte de la idea de que la realidad, incluida la ciencia, es una construcción sociocultural. Dentro de esta perspectiva, la construcción de la realidad se

logra a través de la interacción simbólica y la práctica cotidiana de las personas, las cuales encuentran su fundamento en un orden moral local-cultural que se crea y se reproduce en el intercambio microsocioal (Medina, 1994).

La postura psicológica construccionista toma prestado el término de “construccionismo social” de la descripción de Berger y Luckman (1988). Estos autores destacan como objeto de análisis el llamado conocimiento social. Lo que la gente “conoce” como realidad de su vida cotidiana, la cual se define ... “como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tienen un significado subjetivo de un mundo coherente” y es que no se podría concebir una sociedad sin este tipo de conocimiento que constituye el cúmulo de significados que le dan identidad al grupo social.

El construccionismo social, que ha sido impulsado dentro de la psicología por Gergen, Shotter e Ibañez entre otros, concibe el discurso sobre el mundo, no como un reflejo o un mapa, sino como un producto de intercambio comunitario. Esta creencia a dado lugar a una serie de premisas que caracterizan a esta corriente dentro de la psicología social (Medina, 1994).

Reconocimiento del carácter histórico de los fenómenos sociales: El construccionismo postula que todo fenómeno social es una producción históricamente situada y por lo tanto cambiante con las épocas, aunque en algunos el cambio sea apenas perceptible y en otros sea muy evidente, pero ninguno es invariable y atemporal. Por lo anterior, el conocimiento que elabora la psicología social sobre sus objetos de estudio, es un conocimiento cambiante, en el sentido de que son cambiantes las características de los objetos sobre los que versa el conocimiento (Ibañez, 1994).

Reconocimiento simbólico de la realidad: Se plantea que no es la naturaleza del objeto lo que le confiere su dimensión social, sino el tipo de relación que establece y esta relación es simbólica. Lo social aparece hasta el momento en que se establece un conjunto de significados que son compartidos entre varias personas. Este conjunto común de significaciones es lo que le permite a los individuos dar a los objetos una serie de propiedades que no poseen "naturalmente" sino que construyen conjuntamente a través de la comunicación, que es a fin de cuentas un conjunto de signos. Los psicólogos sociales debemos de poner atención a este lenguaje y a su papel en el funcionamiento y producción de la realidad social (Ibáñez, 1994).

Reconocimiento de la importancia que reviste el concepto y el fenómeno de la reflexividad: Se refiere a la capacidad de romper la dicotomía sujeto-objeto que facilita la construcción de la naturaleza social del ser humano. Es compromiso de la psicología social el analizar como el sujeto es capaz de tomarse a sí mismo como objeto de análisis que le permite constituirse en un mundo de significados compartidos. Dentro de esta corriente se afirma que las entidades sujeto y objeto no pueden existir con independencia de la otra. Ningún objeto existe como tal en la realidad, lo que tomamos como "objetos naturales" son en realidad objetivaciones que se realizan de acuerdo con nuestras características, prácticas y convenciones (Ibáñez, 1994).

Reconocimiento del carácter dialéctico de la realidad social: Se propone que no existe una dicotomía entre individuo y sociedad, ya que la sociedad sólo existe a través de las prácticas de los individuos, del mismo modo, los individuos no existen como seres sociales si no es mediante su producción por la sociedad (Ibáñez, 1994).

A partir de estos postulados, el objetivo de una psicología social construccionista sería entonces poner de manifiesto el papel que desempeñan las construcciones culturales y las convenciones lingüísticas en la generación de una serie de evidencias que se imponen a nosotros como toda una fuerza de la cosa misma (Ibáñez, 1994).

El construccionismo social ha sido criticado por ser relativista. Si cada persona o grupo se concibe solamente en términos de su contexto histórico y social particular entonces cómo se puede tratar con las innumerables y a veces contradictorias concepciones del mundo. Gergen (1985), reconoce el problema del relativismo y el peligro que puede producir un estado de anarquía en el que "todo vale". Mantiene que en la medida en que el conocimiento se basa en una comunidad de pensadores similares, la ciencia estará gobernada en gran medida por reglas normativas. Puesto que los construccionistas entienden que estas reglas surgen histórica y culturalmente, entonces están sujetas a crítica y transformación.

De acuerdo con lo anterior, desde el construccionismo social, no se acepta la existencia de un modelo único de salud y enfermedad, sino una gran diversidad de sistemas particulares, determinados a su vez por la diversidad cultural (Gutiérrez, 1995). Por ello, partimos de la idea de que el fenómeno de la salud es complejo y, por lo tanto, puede estudiarse desde diversos enfoques o miradas, pero también nos queda claro que todo conocimiento que se tenga de este fenómeno es relativo, entendiendo por ello no estar aislado de los demás conocimientos, no bastarse a sí mismo, ni existir por sí solo, es decir, no ser absoluto, lo que plantea que no hay universales con relación a la enfermedad y la salud, en el sentido de generalizar una verdad que ignora características específicas o

particulares de diferentes grupos humanos (Maduro, 1992). Es así como planteamos que el construccionismo social es una de las tantas vías para interpretar el uso de la medicina tradicional como una alternativa más dentro de la gama de sistemas médicos que existen en la actualidad en México.

Causalidad de la enfermedad.

Desde el construccionismo social, se examina la influencia de los grupos sociales en la génesis, evolución de las enfermedades, diagnóstico y tratamiento de las mismas (Paéz, 1992). Las enfermedades se explican por la estructura de significados que, en un determinado contexto cultural y en un momento particular dado, le asignan los sujetos a la salud y a la enfermedad. Los puntos de vista de la sociedad no sólo influyen en la definición o significado del trastorno sino que también intervienen en el tratamiento y pronóstico del mismo. Por ejemplo, en algunas culturas mexicanas, el adulto que es sorprendido en un acto indebido y se expone al ridículo sufre de *vergüenza*, enfermedad que se exterioriza por hinchazones de los miembros inferiores y que sólo puede ser tratado por el terapeuta tradicional de la comunidad. (Paéz, 1992; Arredondo y Meléndez, 1992; Comelles, 1993).

De acuerdo con Castro (2000), para estudiar cómo se construyen los significados de las experiencias de salud y enfermedad, es necesario contar con un abordaje teórico que permita reconocer el carácter socialmente construido de las experiencias y expresiones de las mismas. De ahí que la perspectiva adoptada sea el construccionismo social, para “comprender” mediante la interpretación, la manera en que los individuos atribuyen sentido a sus experiencias de salud, enfermedad y medicina tradicional.

Lo alternativo como una combinatoria simultánea de recursos

En el análisis de los servicios de salud, la postura construccionista enfatiza la importancia de los aspectos socioculturales y ambientales en la construcción de significados en torno a los servicios de salud y en la elección de una o diversas terapéuticas. En este sentido, la utilización de un sistema médico³ específico esta determinado en gran medida por la historia personal del individuo, el desencadenamiento del padecimiento⁴, el contexto en el que se presenta el padecer, la legitimidad social del mismo y la legitimidad de las terapéuticas. Ambas legitimidades están dadas por la aprobación y valoración en el entorno social del sujeto (Arredondo y Meléndez, 1992; Martínez 1994, Vargas y Casillas, en prensa).

Módena (1999) señala que las medicinas y los sistemas médicos hacen referencia a la totalidad de los conocimientos técnicos, de las prácticas y representaciones y del conjunto

³ Clark (citado por Gutiérrez, 1985) define a un sistema médico como un complejo de ideas acerca de las causas y curas de la enfermedad, ninguna de las cuales es enteramente racional ni completamente irracional. Sus prácticas y la mayoría de sus procedimientos curativos son comprensibles y lógicos a la luz de sus creencias sobre la naturaleza de la salud y las causas de la enfermedad. Son además partes integradas de la cultura y afectadas por otras categorías como la economía, la religión, educación, etc. Foster y Anderson (citados por Gutiérrez, 1985) consideran que cada sistema médico "abarca todas las creencias que promueven la salud, las acciones y el conocimiento científico y la habilidad de los miembros del grupo que los suscriben". Estos autores distinguen dos partes en un sistema médico dado: el de la teoría y el cuidado o atención a la salud. El primero reconoce las creencias acerca de la naturaleza de la salud, la causa de la enfermedad, cualidades de los remedios y técnicas utilizadas para contrarrestarla. Constituye un cuerpo teórico, una construcción intelectual de los miembros del grupo. Se refiere también a la clasificación, explicación, causa y efecto de la enfermedad. El sistema de cuidado y atención de salud es una institución social que involucra al paciente, su familia y su sociedad. Refleja el conocimiento, el sentido filosófico del sistema de causalidad de la enfermedad, sabiendo que éste define, toma decisiones y determina las acciones que se deben ejecutar.

⁴ Que es el conjunto de significaciones que tiene para el sujeto un hecho que le acontece y las consecuencias del mismo para él y su entorno social. El padecimiento es la visión subjetiva de la enfermedad, es el conjunto de repercusiones psíquicas y sociales de la enfermedad. Estas significaciones no son inherentes, sino que se construyen en articulación de cada individuo con los distintos conjuntos sociales, es decir, es un saber cotidiano popular, de tal manera que lo que en un grupo social es calificado como enfermedad incide para que una persona de ese grupo se sienta o se autocalifique como enfermo; también incide en la manera en que se valoran e interpretan las acciones realizadas por médicos, curanderos, grupos de autoayuda, etc. De igual forma, el mundo de la religión y de la magia que envuelve a ese grupo social harán que la enfermedad y la curación se interpreten de un modo determinado, rezar para encontrar el alivio a la tristeza o someterse a una limpia para acabar con la enfermedad (Módena, 1999; Martínez 1995; Vargas y Casillas, en prensa).

de las instituciones, los curadores, las filosofías y cosmovisiones que subyacen a esos sistemas imprimiendo las características fundamentales de concepción del hombre, de su salud y de sus enfermedades entre otras.

Aunado a lo anterior, en todo sistema médico, las creencias y el comportamiento que conforman las prácticas curativas están influidas por instituciones sociales particulares (consultorios, cuartos, etc.), roles sociales (curandero, enfermo), relaciones interpersonales (curandero-paciente, paciente y su grupo familiar, paciente y su red de relaciones sociales), interacción de escenarios (hogar y consultorio del curandero), restricciones políticas y económicas, tratamientos e intervenciones disponibles y los tipos de problemas de salud, entre muchos otros factores. Sin embargo, la utilización de diferentes sistemas de salud no implica la adscripción a esos sistemas, sino la combinatoria de recursos en síntesis que diversos grupos sociales construyen. "Combinar la acupuntura con la alopatía y la herbolaria, no significa inscribirse a la medicina china, náhuatl o institucional como sistemas, pues ello implicaría, para la mayor parte de los conjuntos que practican tales combinatorias, cambios radicales en su concepción del mundo" (Módena, 1999 pág 385).

Lo que se ha señalado, evidencia como la cultura determina los sistemas de salud obedeciendo a su diversidad, por lo cual no es correcto que oficialmente se institucionalice sólo uno, que responde al poder económico o académico, dejando por fuera de él a los pertenecientes, a otras culturas, sin integrar los patrones de creencias relacionadas con las causas de la enfermedad que dirigen la elección y evaluación del tratamiento (Gutiérrez, 1985).

Por lo anterior, Módena (1999) propone una forma diferente de conceptualizar a los "sistemas médicos alternativos". De acuerdo con la autora, lo "alternativo" ha tenido a lo

largo de la historia dos significados, uno de ellos en el sentido de una opción o disyuntiva a la medicina científica, pero dándole una connotación de inferioridad o ineficacia. La segunda ha sido definir el concepto de "forma alterna", es decir, dadas diversas posibilidades de actuación, se utiliza primero una y después otra.

La propuesta que hace Módena (1999) sobre el significado de lo alternativo, se refiere a la combinatoria simultánea de recursos. Esta estrategia de atención suele remitir a una complejidad mayor, que se construye socialmente y se refiere a la causalidad, a los síntomas, a los signos y las significaciones de las enfermedades, constituyéndose como parte del padecimiento. En este caso, la tendencia a utilizar las medicinas alternativas tiene el propósito de atender distintos aspectos de una misma enfermedad, o diferentes enfermedades o procesos que requieren de atención, pero desencadenados a partir de un solo hecho; un accidente, por ejemplo, puede implicar simultáneamente, una fractura y padecer la "enfermedad del susto", en este ejemplo, se necesitan dos alternativas distintas de tratamiento, ya que ninguna de las dos satisface por sí misma la complejidad cultural del evento.

Lo anterior es apoyado por Garay y Pinzón (1997) quienes plantean que para analizar el uso de "diversas medicinas" es necesario abandonar la intención de encontrar una sola lógica. Señalan que incluso es posible encontrar una contraposición o yuxtaposición de lógicas en un trayecto terapéutico. "Juanita, por ejemplo, acepta la malquerencia de la mujer del novio de su hija como origen de la enfermedad de ésta, pero a la vez su hija acudió donde un psiquiatra, ha hecho uso de sanaciones populares junto con oraciones colectivas".

Para el análisis e interpretación de los datos de esta investigación se tomará la propuesta de Módena sobre el significado de lo alternativo, entendiendo a la medicina tradicional como uno de los sistemas médicos "alternativos" para el tratamiento de diversos padeceres. Pero sin olvidar que la elección que hacemos los sujetos y los grupos sociales de las "alternativas" no es tan "libre", elegimos de aquello que la cultura nos da a elegir en el horizonte de lo posible, que a su vez está determinado por lo geográfico, lo económico y lo social.

Construcción de los sistemas médicos

A través del construccionismo social se puede comprender mediante la "interpretación", la manera en que los individuos atribuyen sentido a sus experiencias de salud, enfermedad y medicina tradicional (Ibáñez, 1994). La interpretación subjetiva de los significados es una característica general de los seres humanos. Tanto el sentido común como el pensamiento científico se basan en interpretaciones de la realidad. Lo anterior implica que en el estricto sentido de la palabra no existen los hechos puros y simples. Desde un primer momento todo hecho es un hecho extraído de un contexto universal por la actividad de nuestra mente. Por consiguiente se trata siempre de hechos interpretados (Schutz, 1974: citado por Castro, 2000).

Todas las interpretaciones de la realidad, se basan en un cuerpo de experiencias pre-existentes acerca de la misma, la mayor parte del cuál nos ha sido heredado por nuestros antecesores. Y el medio tipificado por excelencia que permite transmitir el conocimiento de origen social es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano (Schutz, 1974: citado por Castro, 2000).

De ahí que la construcción de la enfermedad, la salud, la elección de un servicio y la "trayectoria curativa" se logre a través de la interacción simbólica y la práctica cotidiana de las personas. Es decir, los individuos, en su vida cotidiana, participan con los demás de un saber compartido, de una interpretación de la realidad que es común a todos y que les permite comunicarse.

Este intercambio microsocioal, presupone procesos de interacción y de comunicación, a través de los cuales se aprehenden las experiencias de otras personas, los sucesos, los acontecimientos y objetos de cualquier sistema de salud, por medio de esquemas tipificadores, que se vuelven progresivamente anónimos en la medida que se alejan del aquí y del ahora; es decir, que el conocimiento se construye y se reconstruye no sólo con y mediante los semejantes, con quienes se establece interacción directa sino con los contemporáneos y no sólo con ellos sino con los antecesores y sucesores (Berger y Luckman, 1988).

Entonces, el conocimiento médico o curativo circula como evidencia anónima, independiente de los hombres y las situaciones que lo crearon, es conocimiento o más bien realidad dada y por tanto posibilidad de existencia y reproducción en la vida cotidiana. Existe en tanto la expresividad humana logra concentrarse, cristalizarse u objetivarse, en signos, símbolos o significaciones agrupados en sistemas, los cuales son accesibles objetivamente. El sistema de signos por excelencia en la humanidad lo constituye el lenguaje. Es gracias al lenguaje que se posibilita la acumulación o acopio social del conocimiento "[que se transmite de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana]" (Berger y Luckman, 1988).

De acuerdo con los postulados señalados, el análisis interpretativo de esta investigación está basado en las explicaciones verbales de los médicos tradicionales y de los usuarios de la medicina tradicional y en las observaciones (expuestas en las notas de campo) realizadas por el investigador. Ya que se asume que el lenguaje que se utiliza en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir significados. El lenguaje es el medio a través del cual la actividad interpretativa puede ser observada (Berger y Luckman, 1988). Por extensión, el lenguaje que un grupo utiliza para hablar de salud y servicios de salud constituye en sí mismo la experiencia objetivada de ese grupo respecto a esos fenómenos, al mismo tiempo que sirve para expresarla (Castro, 2000).

Por último, estamos de acuerdo con la propuesta que hace Castro (2000), en el sentido de que las narraciones que hacen los individuos de la salud, la enfermedad y el uso de servicios, reflejan algunos de los rasgos básicos del mapa de las relaciones sociales que prevalecen en el grupo o sociedad a la que pertenecen; de ahí que las explicaciones que las personas ofrecen sobre la salud, la enfermedad y los servicios de salud, son algo más que meras descripciones; tales explicaciones también articulan la situación de la persona en el mundo, en el cual el individuo puede responder ante los demás.

MÉTODO

"Las trayectorias individuales, propone Bourdieu, no se construyen simplemente a través de los relatos biográficos, en los que cada sujeto se convierte en ideólogo de su propia existencia, seleccionando en función de una intención global, ciertos acontecimientos significativos. Para comprender una trayectoria, sería preciso construir previamente los estados sucesivos del campo social en que se ha desarrollado ésta, es decir, el conjunto de las relaciones objetivadas que unen al sujeto analizado y que lo vinculan a otros objetos sociales" (Pujadas, 1992).

Objetivos

Objetivo General

Elaborar una propuesta interpretativa que permita, a partir de observaciones y las narraciones de los médicos tradicionales y de quienes recurren a ellos, conocer las características y las prácticas de la medicina tradicional urbana para el tratamiento de problemas emocionales o mentales, así como detectar los motivos identificados por los usuarios y proveedores para recurrir a este tipo de medicina.

Objetivos Específicos

- Describir a los participantes de esta investigación y proponer una caracterización de:
 - a) Las personas que brindan los servicios alternativos basados en la medicina y
 - b) Las personas que acuden a los servicios alternativos basados en la medicina tradicional.

- Describir la forma de curar o tratar los padecimientos mentales o emocionales, dentro de la medicina tradicional urbana, con base en los métodos, tratamientos y técnicas utilizados por los entrevistados con este propósito.
- Conocer cómo conceptualizan y/o definen los padecimientos mentales o emocionales los curanderos urbanos y usuarios de la medicina tradicional.
- Enumerar el tipo de enfermedades y padecimientos más frecuentes por los que acuden las personas a este tipo de servicios
- Conocer los motivos por los que acude la gente a este tipo de servicios
- Explorar la percepción que tienen los usuarios tanto del médico tradicional urbano como del servicio y/o tratamiento otorgado.
- Identificar el lugar que ocupa la medicina tradicional dentro de la carrera curativa de los pacientes entrevistados.
- Analizar la relación que se establece entre los médicos tradicionales y el paciente.

Preparación para el trabajo de investigación

A lo largo del proyecto participaron cinco personas; un investigador principal y cuatro trabajadores de campo. Todo el equipo recibió capacitación tanto teórica como práctica. En el aspecto teórico se revisó literatura sobre: elaboración de guías de entrevista, estrategias de observación y realización de notas de campo, técnicas de entrevista (entrevista de investigación social) y de aproximación a los informantes. Una vez hecha esta revisión se realizaron una serie de ejercicios para contar con un buen manejo tanto de las guías de observación y entrevista, como de la grabadora, cassettes y demás material. Posteriormente, y a manera de ensayo, se hicieron recorridos de campo y entrevistas a personas, en lugares similares en los que se realizaría el proyecto de investigación. A partir de este proceso de

capacitación y conscientes de que cada investigador tiene su forma muy personal de trabajar en campo, se delimitaron algunos criterios que todos debíamos seguir a lo largo de la investigación.

Población

El estudio se realizó con 22 médicos tradicionales que brindan sus servicios en distintos puntos de la ciudad de México y 25 personas que recurren los mismos. La mitad de los médicos tradicionales se contactaron a través de conocidos y/o personas que supieran sobre individuos que se dedicaran a la sanación. Los doce restantes, pertenecían al "Consejo de Curanderos Urbanos". Del mismo modo, la mitad de los usuarios asistieron con alguno de los médicos que entrevistamos, mientras que la otra mitad, acudieron con otros curanderos que no participaron en esta investigación. El contar con esta diversidad en los informantes permitió ampliar las fuentes de información.

Para el análisis final, se partió de la información relatada por 16 médicos tradicionales y 22 usuarios. La entrevistas que no se incluyeron en el análisis fueron de las primeras que se realizaron en cada uno de los grupos y fueron de gran utilidad para corroborar si las preguntas que se hacían eran entendibles y correspondían con los objetivos de la investigación. También sirvieron para reestructurar algunos aspectos en el desarrollo de las entrevistas.

Para la selección de los casos se utilizó la estrategia de muestreo teórico, propuesto por Glasser y Strauss (1967), donde el número de personas entrevistadas, no es lo más importante, sino la información que dan para la interpretación del tema de interés. Mediante

este tipo de muestreo se desea obtener información que complemente lo que se está investigando, que resuelva contradicciones o que complemente aquellas partes del proceso que todavía no han sido observadas. El proceso termina cuando las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna información nueva o relevante para la comprensión del fenómeno, este proceso es conocido como saturación. Estamos conscientes que en este trabajo no se consiguió un conocimiento completo de la medicina tradicional, sin embargo, la información recolectada es un acercamiento a la comprensión de este fenómeno.

Aproximación a los informantes

El contacto con los entrevistados se hizo a través de la técnica de "bola de nieve" que es un caso particular de análisis de cadenas que intenta construir una muestra de individuos que comparten características comunes, en un universo más amplio (Trotter, Medina-Mora, 2000). En este caso, el primer curandero entrevistado fungió como agente de búsqueda de casos, introduciendo a los investigadores con otros curanderos que, a su vez, nos acercaron con los usuarios de sus servicios.

Una vez establecido el contacto tanto con los médicos tradicionales como con los usuarios, los investigadores hicieron una presentación, a través de la cual se intentó establecer una relación lo más honesta posible y de confianza con el informante. Para lograr lo anterior, fue necesario mostrar el interés que en realidad se tenía acerca de él; se le explicaron al entrevistado los motivos de la entrevista, el carácter confidencial de los datos y se le pidió autorización para grabar las entrevistas y para la socialización de la

³ Debido a omisiones en el momento de la entrevista con el presidente del Consejo de Curanderos Urbanos, no se cuenta con la información sobre las características de esta organización.

información recolectada⁶. Al terminar la entrevista, se le agradeció su cooperación recordándole lo valioso de su información, y se le pidió una opinión acerca de la entrevista.

Las entrevistas requirieron una interacción cara a cara y tuvieron una duración aproximada de dos horas. Algunas entrevistas se realizaron en una sola sesión y en otros casos fueron necesarios uno o dos encuentros más. El tiempo empleado para transcribir cada entrevista fue aproximadamente de 6 horas.

Escenarios

En un principio, la investigación se desarrolló en distintas zonas de las delegaciones Xochimilco, Tlalpan y Magdalena Contreras. Lo anterior con el objetivo de tener alguna información que pudiera ser comparable con los datos obtenidos de la encuesta de la que se desprendió este proyecto. El trabajo de investigación tuvo que expandirse posteriormente a otros puntos de la ciudad de México debido a la ubicación de los consultorios y viviendas de médicos tradicionales y usuarios.

Las entrevistas se realizaron en diferentes espacios; en los "consultorios" de los sanadores, en mercados (los que tenían puestos de hierbas y veladoras), en casas particulares, en cafeterías y en parques.

Realización del estudio

El primer paso consistió en plantear preguntas e interrogantes con respecto a las experiencias humanas que sobre salud, enfermedad y recursos de atención se pretendía

⁶ Los cuidados éticos de la investigación cualitativa son tres: los consentimientos informados, la protección del anonimato y el resguardo del uso abusivo del poder en la relación entre el investigador y participantes (Paris, 1999).

indagar. Posteriormente se seleccionaron las técnicas y fuentes para la recolección de la información. A ésta se sumaron las vivencias y experiencias de los entrevistadores, con el propósito de alcanzar una visión más integral del proceso de investigación (Goetz y Le Compte, 1991).

Se estructuraron dos etapas de investigación totalmente interrelacionadas. En la primera fase se hicieron una serie de **observaciones**, con una aproximación etnográfica por considerar que esta visión, permite construir descripciones de fenómenos globales en diversos contextos. La etnografía recrea para el lector las creencias, las prácticas y el conocimiento popular y el comportamiento de grupos de personas tal como son percibidas por el grupo investigado y por los investigadores (Galindo, 1987). En la segunda fase se hicieron entrevistas, utilizando la técnica de **entrevista de investigación social** (Sierra, 1998), por medio de la cual se buscó, a partir de la obtención de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo.

Primera Fase: Estudio de Campo

En cada uno de los recorridos de campo que se realizaron a lo largo de esta investigación, se hicieron observaciones y se tomaron notas de campo. De acuerdo con Martínez (1994), a través de la observación se establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho o los actores sociales, de los que se obtienen datos que luego se sistematizan para desarrollar la investigación.

La observación es un método que permite seguir con cuidado y atención los acontecimientos de una comunidad o los actos de una persona. Existen diversas

clasificaciones sobre los tipos de observación, por ejemplo, la etnográfica que divide la observación en participante o no participante, en estructurada, abierta o semiestructurada, etc. Sin embargo, para explicar el tipo de observaciones que se realizaron en este estudio, tomamos de la propuesta que hace Galindo (1987), sobre las fases que tiene el trabajo etnográfico, así, se tienen observaciones de *exploración y descriptivas*.

Las observaciones exploratorias permitieron tener un conocimiento general de las zonas donde estaban localizados los "consultorios" de los médicos tradicionales. En estos recorridos se tomó nota tanto de las características del lugar, como de los acercamientos con algunas personas. También se hicieron observaciones de este tipo en algunas reuniones y congresos relacionados con la medicina tradicional a los que se acudió para hacer el contacto con los informantes.

En las observaciones descriptivas, el registro fue mucho más detallado. Se llevaron a cabo en los consultorios de los médicos tradicionales y en los diversos lugares donde se entrevistaron a las personas que recurrieron con algún curandero (viviendas, lugar de trabajo, cafetería, restaurante, etc.). En este tipo de observaciones, fue de vital importancia la participación de los informantes. Esta estrategia permitió generar un mayor interés en la dinámica establecida entre el observador y el observado, en comparación con el sólo registro en donde no interesa el observador como sujeto.

Como ya se mencionó, el registro de las observaciones se hizo por medio de notas de campo, las cuales pueden definirse como los apuntes realizados de lo que se ha visto durante el día (Taylor y Bodgan, 1986). En estas notas, además de registrar de manera detallada lo observado, se anotaron las sensaciones y vivencias que tuvieron los

entrevistadores durante el trabajo de campo. Si bien cada investigador tuvo su forma muy personal de tomar las notas, se siguieron ciertos criterios con el objetivo de que en todas se incluyera una información básica⁷.

Segunda Fase: Entrevistas

La entrevista de investigación social fue la técnica utilizada para recuperar las narraciones de los usuarios y médicos tradicionales. A través de esta técnica se busca, a partir de la obtención de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo. De este modo, la entrevista de investigación es una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador, con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, sobre un tema determinado en el marco de la investigación. (Alonso, 1995).

Por medio de esta técnica, el discurso es susceptible de ser actualizado en una práctica correspondiente. Nos permite conocer los comportamientos pasados, presentes o futuros, es decir, el orden de lo realizado y lo realizable. En este caso, no sólo lo que los informantes piensan de la medicina tradicional, sino cómo actúan o actuaron en relación con su enfermedad y la búsqueda de atención; o cómo actúan o actuaron los curanderos para tratar el padecimiento. Por tanto, este tipo de discurso, recuperado a través de la entrevista, no se sitúa en el campo puro de la conducta (el orden del hacer), ni en el lugar puro de lo lingüístico (el orden del decir), sino en un campo intermedio, algo así como en el *decir del*

⁷ Los criterios a seguir para tomar las notas de campo se presentan en los anexos.

hacer, ya que los interlocutores hablan de lo que hacen y de lo que son, de lo que creen ser y hacer (Alonso, 1995).

Para recopilar la información se elaboraron dos guías de entrevista⁸, una para los médicos tradicionales y otra para los usuarios. Se busco que los contenidos de ambas guías fueran acordes con los objetivos de la investigación, por lo que en un primer momento los temas elegidos fueron revisados tanto por investigadores enfocados a la medicina tradicional como por especialistas en el uso de métodos cualitativos. Posteriormente, el material de las guías fue analizado por algunos médicos tradicionales y personas que tuvieran algún contacto con este tipo de medicina; lo cual ayudo a que el contenido de la guía fuera claro y fácilmente entendible. Estas revisiones fueron apoyadas con las notas de campo recopiladas en las observaciones exploratorias.

Como resultado de este proceso se eligieron los temas clave que se presentan a continuación⁹.

a) Temas clave para la guía de entrevista de los médicos tradicionales: 1) historia personal relacionada con su participación en esta actividad, 2) descripción de su vida actual dentro de esta actividad, 3) percepción que tiene del trabajo que realiza, 4) percepción sobre las personas que acuden a su servicio, 5) remuneración de los servicios, 6) percepción social y cultural de la salud mental, 7) percepción social y cultural de su actividad, 8) relación con otros posibles servicios de atención, 9) datos sociodemográficos.

prosodia

⁸ La guía de entrevista es una lista de tópicos temáticos y áreas generales necesarias para la interacción verbal que el entrevistador sistematiza con dos cometidos principales: reflexionar sobre la prosodia del habla que manifestará el entrevistado y de paso, organizar los temas sobre los que se harán preguntas en la entrevista; es especialmente útil para que al inicio de la conversación el entrevistado se ajuste al plan temático (Sierra, 1998).

⁹ En los anexos se incluyen las dos guías de entrevista.

b) Temas clave de la guía de entrevista para los usuarios: 1) historia clínica del padecimiento; 2) carrera curativa (personas o servicios a los que acudió, período y orden en que asistió, razones para recurrir o para no asistir con las diferentes personas o servicios; diferencias y similitudes entre las personas y servicios visitados); 3) asistencia con el curandero (primer contacto con el curandero; tratamientos recibidos, percepciones y sensaciones sobre el tratamiento recibido); 4) Percepción social y cultural de la salud mental; 5) Datos sociodemográficos.

Es importante señalar que algunos de los puntos inicialmente planteados en las guías fueron reestructurados a partir de la información otorgada por los médicos y usuarios entrevistados.

Análisis de la Información

Los relatos de los médicos tradicionales y los usuarios son la base sobre la que se realizó el análisis de este trabajo. Es decir, se analizaron los significados que los entrevistados expresaron acerca de las enfermedades, las formas que se padecen y la atención de las mismas en la medicina tradicional.

Partimos de la idea de que los entrevistados (médicos y usuarios) son quienes “saben más” sobre la medicina tradicional. Sin embargo, en nuestro papel de investigadores, tenemos algo que añadir, es decir, el reto en esta investigación fue “decir algo más”, a través de unir e interpretar, a la luz de nuestros referentes teóricos, las narraciones elaboradas por los entrevistados.

Todas las entrevistas se transcribieron para posteriormente confrontar los registros auditivos con los registros en papel y corregir los errores posibles. Después de una lectura

repetida de las entrevistas se elaboraron una serie de categorías para clasificar la información de los temas tratados en las conversaciones, esta agrupación se basó en la técnica de "categorización de significados" propuesta por Kvale (1996).

Por medio de esta técnica, cada entrevista es codificada en una serie de categorías mutuamente excluyentes, lo que permite estructurar las extensas y complejas narraciones en unidades de información que facilitan la comprensión de un determinado fenómeno así como su ocurrencia a lo largo de la entrevista, además de facilitar la descripción de las características más importantes del contenido. Del mismo modo, permite que los contenidos discursivos de los entrevistados adquieran sentido para el investigador.

Las categorías de análisis se identificaron con base en los objetivos propuestos en las guías de entrevista; cada una de ellas se definió de manera precisa para facilitar el proceso de codificación. Con el propósito de evitar posibles discrepancias de criterio durante este proceso, codificaron el mismo material dos personas por separado y posteriormente se compararon las categorizaciones obtenidas por cada una. Las discrepancias en la codificación fueron resueltas con la discusión y con una revisión conjunta de los relatos originales (Kvale, 1996).

Pasos a seguir para la categorización de las entrevistas:

Cada una de las categorías, también llamadas "dimensiones principales", estuvieron compuestas por una o más subcategorías. Tanto las categorías principales como las subcategorías se definieron para evitar que la codificación de la información fuera ambigua. En cada entrevista se identificaron todas las categorías definidas¹⁰.

Una vez desarrollada esta categorización, el siguiente paso consistió en realizar una

¹⁰ En los anexos se incluye una descripción sobre los pasos que se siguieron para la organización del material y la elaboración de categorías.

categorización más fina de cada tema. A diferencia del primer proceso de codificación que se hizo de manera deductiva (los temas fueron determinados a partir de los objetivos del trabajo); la codificación más fina de cada tema se desarrollo de forma inductiva, ya que las sucesivas lecturas de cada entrevista era lo que iba permitiendo reconocer que información había en cada una. Este proceso de codificación, permitió construir las categorías que mejor se adaptaban a la información recopilada, lo que a su vez facilitó la interpretación y análisis de los testimonios a partir de nuestros referentes teóricos (Castro, 1999).

Posteriormente, las categorías generadas se estudiaron en conjunto con todo el texto y se analizó de que forma cada entrevista estaba determinada por la cultura de los informantes, por la sensibilidad y conocimiento del tema y por la relación espacial y/o temporal en que se llevó a cabo la entrevista. Es decir, se estudió el discurso de los entrevistados en su contexto (Alonso, 1995).

Resulta pertinente señalar que la información presentada en el siguiente capítulo es el resultado de una serie de transformaciones. Las observaciones recopiladas fueron transformadas en textos y sobre este material escrito se realizó el análisis. En el caso de las entrevistas, las transformaciones iniciaron en el momento de la grabación y concluyeron con el proceso de análisis. En un primer momento, las entrevistas fueron grabadas: lo que permitió fijar lo dicho, es decir, rescatarlo de sus formas perecederas y fijarlo en términos susceptibles de consulta (Geertz, 1992). Sin embargo, en la cinta grabada se pierden algunos de los elementos que son inherentes al habla como los gestos o los ademanes. La siguiente transformación se dio cuando el contenido de la grabación se convirtió en texto escrito. En esta conversión, se perdieron los elementos pragmáticos y prosódicos inherentes a la voz, como la entonación, volumen, tono, timbre, etc. Una transformación

adicional se presentó en el proceso de categorización y la última transformación se dio en el momento del análisis y la interpretación, donde se convirtieron las categorías en significados (Castro, 1996).

A pesar de que la generalización no es el objetivo de este estudio, la misma puede sostenerse a partir de la definición de la naturaleza del estudio. Como se vera más adelante, el análisis de la información descansa fundamentalmente en lo que los individuos dan por sentado. De tal forma, que la "generalización" de los datos puede presumirse, toda vez que el análisis descansa en aquellos recursos del sentido común que señalan la "normalidad" prevaleciente entre un sector de la población urbana. Expresiones del tipo "como todos saben", "ya ve que esto es así", "así ha sido siempre", "nunca falta quien diga", etc., hacen referencia a un orden establecido de las cosas, es decir, a un conjunto de rasgos que constituyen la realidad cotidiana de los individuos y que por lo mismo se pueden dar por sentadas. En otras palabras, "es en el lenguaje mismo de los entrevistados donde es posible advertir las claves que permiten presumir la "generalización" de los hallazgos (Castro, 2000).

RESULTADOS

Como ya se mencionó, los relatos de los entrevistados y la información recopilada en las observaciones constituyeron la base sobre la que se realizó el análisis de este trabajo. En las diversas categorías y subcategorías que se presentan a lo largo de esta sección se combinan datos provenientes de ambas fuentes, es decir, de las observaciones y de las entrevistas. Sin embargo, el capítulo se inicia con una recopilación de aquellas notas de campo que le permiten al lector participar en el contexto en el cual se dio la investigación.

EL ACERCAMIENTO A LA MEDICINA TRADICIONAL

Para iniciar esta descripción es preciso señalar que resulta muy difícil pasar de la riqueza de la experiencia aprehendida con la gente, a las palabras, es complicado transformar las prácticas de la vida cotidiana en abstracciones conceptuales. Sin embargo, también es cierto que es la única manera en que se puede ordenar, compartir e interpretar la valiosa información que se logró recopilar a lo largo de este trabajo.

En el proyecto participaron cinco personas más con las que compartí, en diferentes momentos y niveles, los desaciertos y certezas de la investigación, así como los sin sabores y los momentos de satisfacción. Todas esas experiencias compartidas permitieron que se conformara un equipo de trabajo y de discusión, hecho que sin duda enriqueció el proyecto.

La investigación sobre medicina tradicional y salud mental comenzó en el año 1998, en la zona sur del Distrito Federal por varias razones. Era la zona donde se había realizado la encuesta de la que se desprendió este proyecto y se quería tener alguna información que pudiera ser comparable. Al mismo tiempo, algunas zonas de las delegaciones Xochimilco, Tlalpan y Magdalena Contreras tenían fama de hospedar a un gran número de curanderos.

El trabajo de investigación, posteriormente se expandió a otras demarcaciones de la ciudad debido a la ubicación de los consultorios y viviendas de médicos tradicionales y usuarios. De 1998 al 2001 se realizaron las observaciones y entrevistas con los médicos tradicionales y con las personas que acudieron en algún momento con curanderos.

El trabajo se comenzó haciendo recorridos en diferentes zonas de las delegaciones Xochimilco, Tlalpan y Magdalena Contreras. En estas visitas, además de observar el desarrollo habitual de los lugares, se mantuvieron conversaciones informales con algunas personas. Durante las pláticas, se hacían algunas preguntas dirigidas al tema de la medicina tradicional, como por ejemplo, si conocían algún curandero, su ubicación o que tan fácil era ponerse en contacto con ellos. Estos breves encuentros fueron de gran utilidad para contactar a los primeros médicos tradicionales entrevistados.

Una vez localizados los médicos tradicionales, el siguiente reto era lograr que compartieran sus conocimientos con el grupo de trabajo, como podrán imaginar no fue una tarea sencilla. A todos los curanderos se les explicaba los objetivos de la investigación, la institución de donde proveníamos, el formato con el cual se pretendía hacer la entrevista y la importancia de su testimonio. Las respuestas ante esta petición fueron muy variadas. Hubo personas que se negaron a participar a pesar de la insistencia, en algunos casos, el rechazo fue tajante y hasta hubo amenazas. En otros casos, simplemente dijeron que no tenían el menor interés en compartir sus conocimientos o experiencias. Un grupo más, conformado por tres terapeutas, permitieron una breve entrevista, prometiendo que en futuros encuentros platicarían con mayor profundidad, sin embargo, estos encuentros nunca llegaron, ya sea porque no acudían a las citas o porque se negaban cuando eran buscados,

cabe mencionar que no faltó tenacidad, es más, en algunos casos la insistencia llegó a ser excesiva.

Para el bien de esta investigación, el número de médicos que rechazaron la invitación fue muy inferior al número de terapeutas que accedieron a compartir sus experiencias.

Los primeros 12 médicos, se contactaron a través de conocidos o personas a las que se les preguntó si sabían de personas dedicadas a la medicina tradicional. La aproximación con los 12 médicos restantes fue a través del presidente del consejo de curanderos urbanos al cual se llegó de la siguiente manera.

Una de las colaboradoras de la investigación, se enteró a través de un cartel, que en el mes de diciembre se realizaba un evento llamado "Expo-sanación" en el club de periodistas de México, localizado en el centro de la ciudad. En esta exposición se reunían un gran número de sanadores, médicos tradicionales, parteras y yerberos, provenientes tanto del Distrito Federal como de diversas regiones del país. Una vez conocidas las fechas en que se realizaba, acudimos a este encuentro. La exposición fue coordinada por el presidente del Consejo de Curanderos Urbanos¹¹, a quien se le expuso la investigación y amablemente ofreció funcionar como puente de enlace con los sanadores, fue así como proporcionó los números telefónicos y las direcciones de algunos de ellos.

En las primeras 12 entrevistas no se logró percibir que existiera alguna relación entre los sanadores, a pesar de que trabajaban en lugares cercanos, de hecho, en algunos casos ni

¹¹ Durante la entrevista con el presidente, olvide preguntarle las características y funcionamiento del consejo de curanderos urbanos. Me di cuenta de esta omisión cuando estaba realizando el trabajo de análisis. Me puse en contacto con él vía correo electrónico, sin embargo, planteó de una forma metafórica que debía aprender que existían tiempos para cada cosa y que ahora ya no era el momento para responder a estas inquietudes.

siquiera sabían de la existencia de su colega. Por el contrario, en el transcurso de las entrevistas con los médicos pertenecientes al consejo, se apreció que todos se conocían, lo cual señalaba la existencia de una red social entre ellos. Estos curanderos realizaban diversas ceremonias y ritos de forma conjunta, como por ejemplo, la ceremonia del nuevo año mexica, conocido como "atado de carrizo". También se observó que dentro de este grupo había jerarquías y que los médicos con los mayores rangos eran respetados y alabados por los demás; del mismo modo, acudían unos con otros para recibir una curación, limpia o para fortalecer sus conocimientos, sin embargo, esto no excluía que hubiera rivalidades entre los diferentes miembros.

A medida que el grupo de trabajo se adentró en el mundo de los médicos tradicionales e independientemente de las claras diferencias entre unos y otros, se logró percibir que en todos los casos había una estructura donde confluía la historia de las diferentes formas de medicina tradicional y los contactos que surgieron entre éstas, es decir, la medicina que existió durante la época precolombina, las aportaciones de los grupos negros, la introducida por los médicos españoles y las adaptaciones necesarias para cubrir las necesidades impuestas por la sociedad urbana actual. Es así que entrar en la medicina urbana actual significó un encuentro con el proceso mediante el cual los saberes y las prácticas étnico-regionales se están construyendo continuamente, dando lugar a un curanderismo ubicado a medio camino entre el ejercicio de las prácticas tradicionales y el misticismo popular.

La relación con los médicos tradicionales

La mayoría de los médicos tradicionales resaltaron como punto fundamental que sólo accederían a dar sus testimonios si aceptábamos participar en alguna de sus sesiones curativas ya sea como observadores o "pacientes". De acuerdo con ellos, sólo así es posible

contar con elementos suficientes para poder reconstruir su realidad como sanadores. Uno de los médicos tradicionales señaló que él había dedicado toda su vida tratando de entender la medicina tradicional y que era imposible entenderla en una o dos horas, por lo tanto, dejó claro que se lograría, si acaso, un acercamiento parcial.

En el siguiente fragmento de una nota de campo se describe una de las experiencias como observadores de una sesión curativa.

“Cuando estábamos como a la mitad de la entrevista, M nos comentó que iba a pasar a unas personas porque quería que nosotros observáramos su trabajo. En ese momento entraron dos mujeres y la mayor dijo que su hija había llegado de la escuela con un dolor de cabeza muy fuerte. M se acercó a la mujer más joven (la hija). Le pasó un ramo por todo el cuerpo, primero en la parte delantera y luego por atrás; después repitió el mismo proceso pero ahora utilizando un huevo, mismo que luego puso en un vaso de agua. M se quedó viendo el huevo por un momento y luego tiró el contenido del vaso en una cubeta muy grande en donde había mucha agua con huevos. Una vez concluido este proceso le dio una botella de refresco que contenía una loción hecha con agua, alcohol y pétalo de rosas.

M le pidió a la señora que nos comentara las razones por las que ella venía a visitarlo. Ella nos dijo que tenían un puesto de plantas en un mercado y que constantemente tienen problemas con otros comerciantes del mercado que les tienen mucha envidia porque venden muy bien. Es por eso que vienen frecuentemente con M para que les dé sus limpias y les quite todo eso negativo.

Mientras la señora comentaba lo anterior M empezó a “curar una vela”, que según nos dijo, servía para los negocios, en la parte posterior hizo una estrella, la roció con una loción y le puso alguna hierbas. Mientras realizaba este procedimiento rezó una oración en voz muy baja, casi con murmullos. Después, se la dio a la señora junto con una hojita donde estaba escrita una oración y le dijo que la prendiera cada vez que abriera el negocio, rezara la oración y luego la apagará. También le dio una loción como la que le había dado a la hija.

Después de esto las dos mujeres se despidieron y salieron del cuarto (N.O. me llamo la atención que las mujeres no le preguntaran nada a M y que no le pagaran o le preguntaran cuanto le debían. Es posible que ya tengan un arreglo en cuanto a los pagos)” Fragmento de una nota de campo realizada por J.

En un principio, el participar en estas experiencias fue muy atractivo, no sólo por los intereses de la investigación sino también por la irresistible curiosidad que despiertan las prácticas curativas de los médicos tradicionales, las cuales, siempre van envueltas por un velo mágico-religioso. Hay que reconocer que durante las primeras experiencias se percibía en el grupo de trabajo cierto miedo a lo desconocido, pero con el paso del tiempo, el vivir estas experiencias fue lo que realmente permitió conocer y aprehender un poco más la medicina tradicional.

Al grupo de trabajo le quedó claro que no es lo mismo preguntar sobre algún acontecimiento que experimentarlo en persona. Las vivencias fueron muy diversas, desde recibir limpias y observar desalojos hasta someterse a una tronada de huesos o a una terapia completa. Durante esta parte del trabajo, hubo facilidades y dificultades, simpatías y antipatías mutuas. Con algunos médicos tradicionales se logró establecer una relación estrecha, con otros sólo hubo posibilidad de una relación formal. Pero en todos los casos, se logró un acercamiento con los entrevistados no sólo como médicos tradicionales sino también como seres humanos.

La aproximación con los usuarios de la medicina tradicional

Como se mencionó, el contacto con los usuarios de la medicina tradicional se hizo por dos vías: A través de los médicos tradicionales y por medio de conocidos o informantes

claves que fueron el punto de contacto con personas que alguna vez habían consultado a un médico tradicional.

En un principio, se pensó que entrevistar a los usuarios resultaría un trabajo mucho más sencillo que el realizado con los médicos tradicionales, sin embargo, esto no fue cierto. Los usuarios se mostraron menos dispuestos a compartir sus experiencias. Por ejemplo, se acordaba una cita para una determinada fecha y hora y no llegaban o posponían el encuentro varias veces. Por lo anterior, la realización de estas entrevistas tuvo una duración mayor a la que se había previsto en un principio. Esta resistencia fue más notoria en el grupo contactado por los médicos tradicionales que en el compuesto por la población en general. Este rechazo puede interpretarse como un miedo a que la información otorgada fuera puesta a disposición de los sanadores y que si éstos no estaban de acuerdo con ella pudieran tomar represalias.

Una vez superadas estas situaciones, la experiencia de entrevistar a personas que recurren a la medicina tradicional fue muy enriquecedora. A través de esta relación con los informantes se pudieron conocer algunas de las razones por las cuáles se recurre a este tipo de medicina, qué motiva la asistencia, cuál es la eficacia y en qué momento de la trayectoria curativa se visita a un médico tradicional. Del mismo modo, se logró un acercamiento a los significados que sobre salud y enfermedad comparten los usuarios

Durante esta fase de la investigación, también se tuvieron experiencias personales muy intensas, donde los investigadores además de conocer que hay detrás del uso de la medicina tradicional, aprendimos un poco más sobre el sufrimiento humano y sobre la capacidad del individuo para responder ante la adversidad.

LOS ENTREVISTADOS

Las y los médicos tradicionales

Como ya se había mencionado, los terapeutas provienen de dos grupos. Uno de ellos conformado por sanadores asociados al Consejo de Curanderos Urbanos y el otro, constituido por lo que podríamos llamar "médicos independientes". A pesar de que existen algunas diferencias entre los integrantes de uno y otro grupo, para los objetivos de esta investigación, el análisis de la información se realizó de manera conjunta.

Se entrevistaron un total de veintidós médicos tradicionales, pero al final, se analizó la información de dieciséis (ocho hombres y ocho mujeres). Para respetar la confidencialidad de la información se utilizó un nombre ficticio para cada uno de ellos (cuadro 6).

La edad promedio de los informantes es de 40 años, el más joven tenía 27 años de edad al momento de la entrevista y la mayor 63 años. La mayoría nacieron en el Distrito Federal y sólo cinco son originarios de otros estados de las República Mexicana (cuadro 6).

Hay gran diversidad en el nivel de estudios, desde los que no tienen instrucción escolar hasta los que tienen licenciatura o maestría. Esta heterogeneidad también se observó en su estado civil. Los dieciséis entrevistados profesan alguna religión, nueve de ellos son católicos, tres practican los preceptos propuestos por la cosmovisión mexicana, uno los postulados mayas y dos son espiritualistas trinitarios marianos (cuadro 6).

Todos los entrevistados tienen como actividad principal la sanación. Para los objetivos del trabajo, se intentó hacer una clasificación de los terapeutas de acuerdo a su especialidad, determinada sobre todo, por las características de la terapéutica utilizada. La mayoría

informó que manejaba diversas terapéuticas al mismo tiempo. Como se planteó en los objetivos, se respetó el término con el que ellos se autodenominaban. Ocho informantes se autodefinieron como “curanderos” (tres hombres y cinco mujeres), cuatro como “médicos tradicionales” (todos hombres), una como “yerbera” y otra como “huesera”. Dos entrevistados más (un hombre y una mujer) señalaron combinar los conocimientos de la herbolaria y la medicina tradicional con la doctrina del espiritualismo trinitario mariano (cuadro 6).

Cuadro 6. Características sociodemográficas de los curanderos

	Edad	Lugar de Nacimiento	Residencia actual	Grado máximo de estudios	Ocupaciones actuales	Estado Civil	Religión
Carlos Curandero ¹²	38 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Licenciatura	Curanderismo	Casado	---
Jose Curandero ¹²	27 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Secundaria	Negocio de hierbas y soldadura	Casado	Católica
Pablo ¹³ y espiritualista ¹³ y yerbero ¹⁴	34 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Secundaria	Espiritualista y yerbero	Unión libre	Espiritualista Trinitario Mariano
Manuel curandero ¹²	33 años	Quintana Roo	Distrito Federal	Preparatoria	Curanderismo	Soltero	Católico
Fernando medico tradicional ¹²	44 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Secundaria	Medicina tradicional	Unión libre	Arteca
Gustavo medico tradicional ¹²	39 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Maestría	Médico Tradicional	Soltero	Arteca
Luis medico tradicional ¹²	42 años	Distrito Federal	Distrito Federal	3 semestres de la carrera de ingeniería	Médico Tradicional	Soltero	Arteca
Cecilia medico tradicional ¹² y partero ¹⁵	62 años	Yucatan	Distrito Federal	Licenciatura en Antropología Social	Médico tradicional y partero	Unión Libre	Maya
Rocio Curandera ¹²	32 años	Distrito Federal	Distrito Federal	6 ^a primaria	Tiene un negocio de hierbas y soldadura	Casada	Católica
Estela Espiritualista ¹³ curandera ¹² y yerbero ¹⁴	32 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Licenciatura	Ha consultado en un tiempo espiritualista	Soltera	Espiritualista Trinitaria Mariana
Martha yerbero ¹⁴	42 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Secundaria	Comercio de hierbas	Soltera	Católica
Maria Concepcion huesera ¹⁶	63 años	Guanajuato	Distrito Federal	Sin estudios	Ama de casa y huesera	Casada	Católica
Rosario curandera ¹²	57 años	Guerrero	Distrito Federal	Vocacional	Curanderismo	Viuda	Católica
Carmen curandera ¹²	59 años	Tabasco	Distrito Federal	Vocacional	Curanderismo	Divorciada	Católica
Eaura curandera ¹²	31 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Preparatoria	Curanderismo	Casada	Católica
Claudia curandera ¹²	44 años	Distrito Federal	Distrito Federal	Secundaria	Ama de casa y curandera	Casada	Católica

¹² Médico Tradicional o Curandero: Es una denominación genérica que reciben todos los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación quedan incluidos los curadores que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos. También son llamados así los que cubren funciones terapéuticas más específicas, como las parteras, hueseros, soldadores, hierberos, etc. (Zolla, et al., 1994).

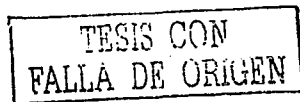
¹³ Unos meses después de las entrevistas, nos enteramos que Pablo perdió la vida al intentar salvar a una señora que había caído en uno de los canales de Nochimilco. Pablo tuvo éxito en el rescate pero él ya no logro salir del canal.

¹⁴ Espiritualista: La curación se ejerce mediante la posesión espiritual del terapeuta por espíritus de personas de épocas anteriores. Los espiritualistas conciben la enfermedad como producto del quebrantamiento de algún precepto moral o bien como la posesión del paciente por algún espíritu maligno (Zolla, et al., 1994).

¹⁵ Yerbero(a): Conocen las propiedades curativas de las plantas, animales y minerales. Pueden atender una amplia gama de padecimientos. Las plantas se utilizan de acuerdo con el padecimiento a tratar (idem).

¹⁶ Partera(a): Asiste a la madre desde los primeros meses del embarazo, durante el nacimiento y en el transcurso de las diversas ceremonias después de nacido el niño. Su fama es regida por el número de alumbramientos atendidos; lo cual equivale a su amplia experiencia (idem).

¹⁷ Huesera(a): Se dedica al cuidado de los huesos rotos y luxaciones. Las técnicas más utilizadas son las sobada, el masaje y las frías. Para realizar las curaciones utilizan sebos, mantecas, aceites, pomadas y lociones preparadas con alcohol y hierbas. En la actualidad también se utilizan los medicamentos de patente (idem).



Las usuarias y los usuarios

Se entrevistaron a veintidós personas (quince mujeres y siete hombres) que asistieron o asisten con un médico tradicional. De la misma manera que con los sanadores, para respetar la confidencialidad de la información, se utilizaron nombres ficticios.

Los usuarios también se clasificaron en dos grupos: los informantes contactados a través de los médicos tradicionales y los usuarios reunidos a través de redes informales. Cada uno de los grupos quedó formado por once entrevistados. Sin embargo, y como se verá más adelante, la información de los usuarios se analizó de manera conjunta, ya que no se encontraron diferencias importantes entre uno y otro grupo.

Como se puede apreciar en el cuadro 7, la mayoría de los informantes tiene entre treinta y cincuenta años de edad, la más joven tiene veintisiete años y la más grande setenta y ocho años. Todos residen en el Distrito Federal, pero siete no son originarios de la ciudad de México. Catorce de los veintidós entrevistados, practican la religión católica y cuatro son ateos.

Las profesiones, actividades laborales y nivel de estudios de los entrevistados son muy diversos. Cuatro acabaron la primaria y dos la secundaria, cinco realizaron estudios de bachillerato, diez cuentan con licenciatura y uno alcanzó estudios de postgrado. Estos datos apoyan la propuesta sugerida en la introducción de este trabajo, en el sentido de que la asistencia con médicos tradicionales no está determinada por el nivel económico o educativo de las personas. En la información que se analizará más adelante, se podrá ver que la identificación cultural, la cobertura social o el manejo simbólico de la enfermedad

juegan un papel más importante en la decisión de asistir a la medicina tradicional que los factores económicos o educativos.

A todos los informantes se les preguntó si estaban afiliados al ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) o al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Se incluyó esta pregunta, partiendo de la idea de que si los entrevistados no contaban con esta prestación era más factible que asistieran con un médico tradicional. Sólo nueve personas cuentan con filiación en el ISSSTE o el IMSS; sin embargo el no contar con esta prestación, no resultó ser un factor que determinara la asistencia con un sanador tradicional.

Cabe mencionar que cada uno de los usuarios entrevistados tiene una historia propia, una experiencia subjetiva de su padecer y una estrategia de solución ante el sufrimiento, lo que todos ellos comparten es el reconocimiento de la medicina tradicional como una alternativa de solución a los problemas de salud.

Cuadro 7. Características sociodemográficas de los usuarios

	Edad	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Grado máximo de estudios	Ocupación	Estado civil	Religión	ISSSTE ó IMSS
Claudia	40	D. Federal	D. Federal	Licenciatura	Cantante	Soltera	Ninguna	No
Rosa	78	---	D. Federal	Licenciatura	Periodista	Viuda	Católica	Si
Mercedes	58	D. Federal	D. Federal	Licenciatura	Médico	Casada	Católica	Si
Mónica	36	Tamaulipas	D. Federal	Licenciatura	Empresa privada	Casada	Católica	Si
Maria	43	Veracruz	D. Federal	Postgrado	Enfermera	Casada	Católica	Si
Ximena	31	D. Federal	D. Federal	Preparatoria	Comerciante	Soltera	Cree en Dios	No
Susana	46	D. Federal	D. Federal	Preparatoria	Asistente médico	Casada	Católica	Si
Gabriela	47	D. Federal	D. Federal	Normal Superior	Subdirección en la SEP	Casada	Cree en Dios	No
Beatriz	43	D. Federal	D. Federal	Licenciatura	Periodista	Separada	Ninguna	No
Elena	49	D. Federal	D. Federal	Licenciatura	Ama de casa	Soltera	Católica	Si
Marcela	46	D. Federal	D. Federal	Primaria	Ama de casa	Casada	Católica	No
Victoria	44	D. Federal	D. Federal	Normal Superior	Educadora	Casada	Ninguna	Si
Sara	35	D. Federal	D. Federal	Primaria	Ama de casa	Casada	Católica	No
Rosalba	27	Edo. de México	D. Federal	Licenciatura	Comerciante	Soltera	Ninguna	No
Natalia	51	Chiapas	D. Federal	Preparatoria	Ama de casa	Casada	Católica	Si
Marco	33	D. Federal	D. Federal	Preparatoria	Jardinería	Casado	Cristiana	No
Señor K	30	Sonora	D. Federal	Preparatoria	Danza	Unión Libre	Ninguna	No
*Eduardo	39	Puebla	D. Federal	Primaria	Chofer	Casado	Católica	No
David	52	D. Federal	D. Federal	Secundaria	Tapicero	Casado	Católica	No
Javier	52	D. Federal	D. Federal	Primaria	Carpintero	Casado	Católica	No
Sergio	51	D. Federal	D. Federal	Secundaria	Comerciante	Casado	Católica	No
Omar	63	Chiapas	D. Federal	Licenciatura	Sastre	Casado	Católica	Si

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FORMAS DE INICIACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES

Diversos autores (Lozoya 1981, Campos 1997; Quezada 2000) señalan que una de las características distintivas de los médicos tradicionales es el proceso mediante el cual adquieren sus conocimientos y habilidades. A diferencia de los médicos titulados quienes después de todo un proceso de escolarización adquieren los conocimientos académicos sobre la causalidad de las enfermedades y reciben entrenamiento en las habilidades del diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica, las habilidades de los médicos tradicionales derivan de una educación informal, basada en la experiencia mística, observación y la práctica. Esta estrategia de enseñanza-aprendizaje permite la reproducción de los conocimientos y la permanencia de los mismos.

Para el análisis sobre las características del proceso formativo de los médicos tradicionales entrevistados, se retomó la propuesta que hace Campos (1997) sobre las diferentes fases de formación de curanderos, encontrándose la siguientes formas: i) **por tradición familiar**, ii) **en respuesta a las necesidades comunitarias**, iii) **por obtención de poderes** y iv) **por las enseñanzas de algún especialista**. Es importante señalar que para algunos de los entrevistados la formación incluyo más de una de las modalidades anteriormente señaladas, la combinación pudo presentarse de forma secuencial o simultánea.

Por tradición familiar

La transmisión del conocimiento se hace en este caso dentro del seno familiar, de padres a hijos, de abuelos a nietos, de tíos a sobrinos, etc. Desde pequeños observan y ayudan a los familiares en las curaciones y los acompañan a conseguir y preparar los



medicamentos. Se les instruye poco a poco sobre las concepciones de la enfermedad, sus causas y los posibles tratamientos. Cuando se adquiere el conocimiento por la tradición o herencia familiar los curanderos empiezan a trabajar desde edades muy tempranas.

El proceso de enseñanza se da en diversas etapas. En un primer acercamiento los futuros curanderos observan las prácticas de sus parientes. Mientras el aprendiz observa, el familiar le platica sobre el nombre de la enfermedad, el tipo de curación que está realizando, las plantas y demás recursos que utiliza. Posteriormente se convierte en ayudante y colabora con su familiar en la preparación de los medicamentos, también ayuda en la realización de las diversas prácticas curativas. Después de este entrenamiento, que puede durar varios años, el "nuevo curandero" empieza a realizar ciertas actividades curanderiles bajo la supervisión del familiar que lo instruyó, hasta que llega el momento en que trabaja de manera independiente. En algunos de los médicos tradicionales que entrevistamos esta forma de aprendizaje se dió como una práctica más dentro de la vida familiar cotidiana. Por ejemplo, Fernando y Luis señalan que sus abuelos les transmitieron los conocimientos sin una intención clara de hacerlo, es decir, a través de recomendaciones cuando se enfermaban, de prepararles algún remedio, etc., pero sin ningún orden o método establecido, simplemente por usos y costumbres. En el cuadro 8 se presentan de manera resumida las cadenas familiares de los entrevistados que recibieron este tipo de instrucción.

Cuadro 8. Cadenas familiares de transmisión de conocimientos

Entrevistado	Cadenas familiares de transmisión de conocimientos	
Fernando	Abuelos maternos (depositarios de la medicina tradicional)	<p><i>El conocimiento se transmite por usos y costumbres</i></p> <p>→</p> <p>FERNANDO</p> <p>→</p> <p><i>Transmisión de conocimientos para continuar la tradición</i></p> <p>Esposa Hija Hija Hijo</p>
Luis	Abuelos maternos y abuelos paternos (depositarios de la medicina tradicional)	<p><i>El conocimiento se transmite por usos y costumbres</i></p> <p>→</p> <p>LUIS</p>
Gustavo	Transmisión por generaciones de padres a hijos	<p><i>El conocimiento básico es para todos, pero cada hijo decide a que quiere dedicarse y toma una instrucción más especializada en el área elegida</i></p> <p>→</p> <p>Agricultor Astrólogo GUSTAVO Agricultor</p>
Gerardo	Abuelos paternos (grandes curadores mayas) Abuela materna (partera)	<p><i>Se transmiten los conocimientos para que no se pierda la línea de curanderos mayas</i></p> <p>→</p> <p>GERARDO</p>
Rocío	Abuelos maternos	<p><i>Transmiten los conocimientos a toda la familia, pero sólo tres nietos han seguido con la tradición curandera</i></p> <p>→</p> <p>HERMANO ROCÍO PRIMO</p>
Martha	Abuela materna Abuelo paterno (depositarios de la medicina tradicional)	<p><i>Transmiten el conocimiento a todos los hijos pero sólo dos continúan la tradición</i></p> <p>→</p> <p>Dos tíos de Martha</p> <p>→</p> <p><i>Transmisión a todos los hijos y sobrinos, pero sólo Martha continúa con la tradición</i></p> <p>MARTHA</p>
Concepción	Madre y padre (curanderos)	<p><i>Primero dejan que Concepción observe como es el trabajo curandero y poco a poco van permitiendo que participe en las curaciones</i></p> <p>→</p> <p>CONCEPCIÓN</p>

Cuadro 8 (continuación)

Carmen	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Abuela materna (curandera) </div>	<p><i>La abuela curaba a toda la familia pero sólo Carmen se interesó en aprender.</i></p> <div style="text-align: center;">  </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> CARMEN </div>
Laura	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Abuela materna (curandera) </div>	<p><i>El conocimiento se transmite por usos y costumbres.</i></p> <div style="text-align: center;">  </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> LAURA </div>

Obtención de poderes

Entre algunos de los entrevistados existe la creencia de que pueden curar por la gracia y virtud que Dios les ha concedido y la enseñanza por lo tanto es divina. Este "don" divino se puede obtener por herencia familiar o a partir de un acontecimiento extraordinario como una enfermedad o accidente grave.

José, Pablo, Concepción, Carmen y Laura heredaron el "don" para curar de sus abuelos, tíos o padres y ellos a su vez están seguros de que este "don" se lo transmitieron a por lo menos uno de sus hijos. Aunque existe entre estos médicos la certeza de que sin un "don" es imposible ser un buen "sanador", también están conscientes de que es necesario descubrir este "don", ejercerlo y complementarlo con otros conocimientos sobre herbolaria, enfermedades, etc. Es decir, que el tener el "don" es una condición necesaria pero no suficiente.

Carlos recibió este "don" de curar o se dio cuenta del mismo a partir de sufrir un accidente muy grave, para ilustrar lo anterior se presenta el relato donde se narra este suceso.

“ A los trece años yo tuve un accidente bastante grave, en el cual me quitaron un riñón, la mitad del páncreas, el bazo. Estuve por momentos muerto, me trajeron de regreso, y en ese traerme de regreso, yo no lo sabía en aquel entonces, es un descubrimiento reciente de mi vida. Gracias a ese regresar, algo me traje de allá, del otro lado, y cuando regresé mi vida cambió, sin querer, sin saber, sin entender por qué mi vida había cambiado, de repente había lugares que me parecían conocidos, había lugares que me parecían extraños. Cuestiones de este tipo que me orillaron a buscar, un caminito que fuera, que explicara algo de lo que yo traía por dentro, que no sabía expresar, que no sabía qué era lo que estaba sucediendo” Carlos.

En respuesta a las necesidades comunitarias

Manuel y Rosario mencionan que el contacto con la medicina tradicional se dio principalmente por la necesidad de encontrar soluciones a las diversas enfermedades que se presentaban en las comunidades o regiones en donde habitaban y que carecían de servicios médicos. Así que decidieron que era menos arriesgado utilizar los diversos elementos de curación que la comunidad ofrecía que no contar con algún apoyo curativo. Estos conocimientos les fueron transmitidos por miembros de la misma comunidad (por ancianos y mujeres principalmente).

“La primera vez fue hace ocho años y lo tuve que hacer por necesidad, allá en Quintana Roo, le llamamos el monte, es selva. Lo tuve que hacer por necesidad, en un momento muy difícil, en que mucha gente estuvo enferma. No hay doctores del lado de la Sierra, diríamos en la zona rural, en los ejidos, no hay médicos. En la frontera con Belice no hay médicos. A Belice se pasa medicina, en pocas palabras, por contrabando, se necesita mucha gente que sepa curar. Los conocimientos a veces se hacen por necesidad, para sobrevivir” Manuel.

“ Bueno, de hecho en los pueblos uno se inicia como curandero por necesidad. En el pueblo no se tienen las mismas cosas que se tienen aquí o las mismas formas de vida. En el pueblo

en aquel tiempo había veces que teníamos médico dos semanas y el médico no aguantaba porque estaba acostumbrado a la ciudad. Y en aquella época no había médico de planta en el pueblo, si uno quería un servicio tenía que salir a Taxco. Entonces de alguna forma tenía uno que buscar o tenía uno que sobrevivir, así como empiezas a andar, así como empiezas a respirar, empiezas a curar, pero no sabes que sabes curar..." Rosario.

Por las enseñanzas de un especialista

El conocimiento se transmite de maestro a discípulo, a diferencia de la transmisión familiar, quién instruye no tiene lazos de parentesco con el aprendiz. La enseñanza del maestro no se hace a través de las palabras, de hecho, el maestro habla muy poco. Todo el sustento de la preparación está en la práctica, por lo que es necesario que el aprendiz mantenga una estrecha relación con el maestro, por lo menos por algún tiempo. Para los informantes, esta forma de enseñar permite la continuidad de ciertas tradiciones médicas, así como de las concepciones de salud y enfermedad. Cuando se aprende de esta manera el "nuevo" curandero tiene la obligación moral de reconocer los conocimientos de su maestro.

"Vamos a decir que en la medicina Mexica, me adoptan como hijo, me adoptan como uno de sus hijos, porque esta tradición se transmite de padres a hijos, de maestros a aprendices, alguna vez alguien me dijo [...bueno ahora ya eres de mi familia, porque sabes lo que yo y te lo transmití como si se lo hubiese transmitido a uno de mis hijos, entonces eres mi hijo]. Uno adquiere un compromiso con la tradición, no es un compromiso impuesto, lo haces por el cariño que tienes a la tradición, porque sabes que tiene un valor muy grande y que no es justo que se pierda y de alguna manera cada vez que te otorgan esa semillita de conocimiento, te vuelves un guardián, un tesorero y que si te lo dan es porque, si alguna de las otras personas ya no lo puede transmitir, queda en ti para que lo sigas transmitiendo y no se pierda. Si ya ha podido sobrevivir durante tanto tiempo, sería una verdadera desgracia que se perdiera" Luis.

LOS CONCEPTOS Y LAS CREENCIAS DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Para recopilar la información en torno a los conceptos de la salud y la enfermedad, se incluyó la misma sección en la guía de entrevista de los médicos tradicionales y en la de los usuarios.

En el inicio de este proyecto, se intentó hacer una descripción y el análisis de las significaciones que sobre salud mental tenían nuestros informantes. Sin embargo durante el transcurso de las entrevistas se observó que entre los médicos no se hacía una distinción clara entre salud física y mental, sino que más bien era un deseo de los investigadores el querer encontrar estas diferencias. Por lo anterior, poco tiempo después de iniciar el trabajo de campo, se replanteó la pregunta y se le pidió a los entrevistados que platicaran sobre sus concepciones generales en torno a la salud y la enfermedad. Si era el deseo de ellos hacer una distinción entre la salud física, la mental y la espiritual, entonces se profundizaba más en el tema.

Aunado a lo anterior, existieron algunos problemas para comprender a lo que se referían los médicos tradicionales con conceptos como cuerpo, alma, espíritu o emociones; por lo que a cada uno de ellos se les pidió que explicarían el significado de estos conceptos, mismos que se han intentado sintetizar y analizar en los siguientes párrafos.

Cuerpo, mente, espíritu y emociones

En la concepción y práctica de los médicos tradicionales se distingue la existencia de por lo menos tres entidades en el individuo que funcionan como un todo inseparable: *cuerpo, mente y espíritu.*

El cuerpo es la parte material de los seres humanos. Es el instrumento a través del cual es posible ocupar un espacio y moverse en el mismo. Hablan de manera muy general de las funciones anatómicas y fisiológicas que cumple el cuerpo. Se percibe como una unidad completa y no sólo como una serie de órganos separados que se encuentra en un mismo espacio, de tal manera que lo que le pase a un determinado órgano, repercute en todo el organismo. Además de lo anterior, el cuerpo se concibe como el receptáculo donde, además de lo material, se alberga lo psicológico.

En el siguiente relato de Gustavo se plantea de forma metafórica esta concepción del cuerpo:

"Nosotros decimos que el cuerpo es una serie de ríos y que esos ríos deben fluir, que si no fluyen el agua se estanca, cuando el agua se estanca se pudre y bueno pues empieza a oler mal..." Gustavo.

La mente es concebida como una cualidad asociada con la funcionalidad del cerebro; como la parte cognoscitiva, que permite platicar, hacer conceptos, crear cosas, etc. La mente está formada por diferentes áreas como la memoria, la razón y la lógica, entre otras. Para los entrevistados se presenta un problema mental cuando hay una disfunción en la capacidad de respuesta cerebral, como por ejemplo el Parkinson o el Daltonismo.

"Lo mental es una funcionalidad. Si tu no puedes ver bien es porque tienes una disfunción cerebral, estas viendo rojo, verde, azul , como es el... ¿cómo se llama? Daltonismo. Bueno esa es una disfunción cerebral, pero la disfunción cerebral no quiere decir que estés mal emocionalmente. Una enfermedad mental para nosotros son disfunciones cerebrales. Disfunciones que no te permitan por ejemplo, sumar, restar, combinar un color y otro, eso para nosotros es un caso mental" Luis.

El concepto emociones fue descrito sólo por tres entrevistados (Gustavo, Luis, Fernando) refiriéndose al mismo como la capacidad de expresar, sentir y vivir. La expresión de las emociones puede presentarse de manera equilibrada o de forma enfermiza. Plantean las emociones como diversos hechos que pasan en tu vida y que se quedan grabados, puede ser un susto, una alegría, una tristeza, un enojo, un placer. Para estar en equilibrio es necesario que estas emociones no se estanquen y que fluyan, que se suelten, se saquen, porque si no se pueden convertir en algo destructivo.

Los demás curanderos hacen referencia a este tipo de hechos o sensaciones, pero quedan incluidas en lo que llaman espíritu o alma.

En todos los relatos los conceptos de espíritu o de alma se manejan como energía. El espíritu es el componente principal o la esencia de todo ser vivo, lo que lo hace único y cumple la función de animar o alimentar la vida.

En torno a cómo se conforma el espíritu, hay dos grandes concepciones, ligadas ambas con creencias religiosas. En la primera se da una combinación de las religiones mexica y la católica, mientras que en la segunda se hace más hincapié en los preceptos de la religión católica y el alma se convierte en el lugar de la regulación moral.

Para Rosario, Carmen, Laura, Carlos, Fernando, Gustavo, Luis y Gerardo el espíritu es la sustancia que anima a los seres vivos, no sólo humanos, sino también plantas, ríos, bosques, tierra, etc. Todo tiene algo que lo anima y eso es su espíritu. En el caso de los humanos; cuando se une el espermatozoide con el óvulo, una chispa de energía, una chispa de espíritu, sella la unión y le da a cada individuo su identidad. El espíritu, al ser concebido como una energía, puede transformarse, enfermarse, bloquearse, perderse o desaparecer. Si

el espíritu deja el cuerpo, todo se desintegra se pierde el control propio y si no se recupera pronto viene como consecuencia la muerte.

Esta concepción del espíritu está basada según los informantes en la cosmovisión de los antiguos mexicanos, quienes pensaban que había una energía vital que posibilitaba la existencia de este mundo.

Por su parte, Rocío, Estela, Concepción, Claudia, José, Pablo y Manuel señalan que el alma es lo que alimenta a la vida, es un soplo divino otorgado por Dios en el momento de la creación. Cuando el alma se enferma, la persona se aleja de la religión y comete cosas "malas", que son penadas por la religión y la sociedad, por ejemplo, es envidiosa, enojona, roba, consume drogas, etc. Bajo esta concepción, es imposible que el alma se separe del cuerpo, esto sólo sucede en el momento de la muerte.

En esta segunda interpretación se hace más evidente la influencia del cristianismo en su vertiente católica, donde se tiene una conceptualización dual del individuo, en la cual además del cuerpo existe el alma como equivalente al espíritu. Según esta concepción, cuando una persona muere, el alma se desprende de su atadura material y de acuerdo con su comportamiento en la vida terrenal, se puede dirigir a la vida eterna celestial, al infierno o al purgatorio. Bajo estos términos el alma únicamente puede separarse de la vida carnal por la muerte corporal o perderse de la salvación divina por una posesión demoníaca. De esta manera el alma se convierte en un regulador social y moral, ya que "la vida eterna" estará determinada por las conductas que se tuvieron en la "vida terrenal".

Todos los entrevistados están de acuerdo en que la existencia del espíritu no se puede comprobar, en que es una forma de percibir las cosas y depende de cada quien el creer o no

creer. En este sentido, Rosario plantea que aunque es imposible demostrar la existencia del espíritu, sí es posible tomar conciencia de él, para lo cual es necesario aprender a estar adentro de nosotros mismos, conocernos, aceptarnos y observarnos.

Una vez aclarados los significados que para los médicos tradicionales tienen los conceptos de cuerpo, mente, espíritu y emociones, a continuación se plantea la forma en que conciben la salud tanto los curanderos como los usuarios. Se inicia con las propuestas de los sanadores, continuando con la voz de los usuarios, para posteriormente analizar si los significados en torno a este concepto son compartidos por ambos grupos. En las diversas narraciones se utilizó desde un lenguaje técnico-científico hasta un lenguaje popular cargado de experiencias anecdóticas.

Concepción de la salud

Las subcategorías que conforman las concepciones sobre salud que tiene los curanderos son: i) La salud como un estado de equilibrio y ii) la salud como un estado de autorregulación. Las subcategorías propuestas para los usuarios son: i) la salud como un estado de equilibrio, ii) la salud como el buen desarrollo de la vida cotidiana y iii) la salud como ausencia de la enfermedad. La categoría de salud mental esta dividida en tres subcategorías: i) la salud mental como una relación armónica entre el individuo y Dios; ii) una relación armónica entre el individuo y la sociedad y iii) asociada con la capacidad de ser feliz.

La salud como un estado equilibrio

Para la mayoría de los médicos tradicionales, la salud es un estado de equilibrio que abarca el cuerpo, los sentidos, la mente, el espíritu, la imagen que cada quién tiene de si

mismo y su vínculo con el entorno físico y social. Bajo esta concepción de la salud se integra todas las dimensiones del ser humano.

“Estar sano es estar en armonía físico, mental y espiritualmente y estar trabajando con las reglas del cosmos en armonía, estar en equilibrio con nuestra madre tierra y con los elementos que tenemos. El estar tranquilo, armonioso, amoroso contigo mismo, porque uno es único e irrepetible y nadie puede ser igual que tu, nadie, aunque sea tu hijo...” Carmen.

Rosario incluye además de los componentes descritos, el factor económico como elemento indispensable para contar con una buena salud, ya que si no están cubiertas las necesidades básicas no se puede tener una buena salud; para ella las necesidades económicas las crea cada persona.

“Para mí la salud es la armonización total, es todo un círculo completo en el que entra salud física, mental, espiritual y económica, si a ti te falta alguna de esas cosas, ya no hubo armonía. No puedes estar sano y estar tronándote los dedos porque no tienes para tu comida del día, para ir a trabajar... Y va a depender de cada quién cuáles son sus necesidades, porque las necesidades las creas tu mismo. Aquel que tiene para comprarse un Mercedes Benz, sus necesidades van a ser muy distintas que aquél que tiene para comprarse un Volkswagen o aquél que tiene para comprarse una bicicleta y todos pueden estar sanos totalmente” Rosario.

Esta concepción de la salud como un estado de equilibrio, es compartida por los usuarios. Sin embargo, se refieren más al estado de equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu, es decir, dejan fueran los componentes sociales y ambientales. Pareciera ser que el significado de la salud esta más asociado con el individuo que con la colectividad.

"Científicamente sería estar física, psicológica, biológicamente, pues tener todo en equilibrio" Mercedes.

"Estar sano es como vivir en equilibrio, estar sano mentalmente todo y aparte lo que es el cuerpo" Marco.

Si bien es cierto que persiste la noción de la salud como equilibrio, misma que es en este caso una herencia clara de la cultura mexicana, donde la salud se evaluaba a partir de procesos dinámicos (energéticos) ocurridos dentro del organismo y entre el hombre y su cosmos (Viesca, 1992). Esta concepción ha tenido que reinterpretarse dentro de la sociedad urbana en la que se encuentra inmersos los informantes. Ejemplo de ello es el relato de Rosario donde para hablar de salud es necesario contar con un "equilibrio económico". O la inserción de conceptos característicos de la medicina occidental en las definiciones de los usuarios, como son "científicamente", "físico" o "biológico".

La salud como un estado de autorregulación

Los curanderos también plantean que la salud es el estado natural del ser humano, como lo es en las plantas o en los animales. Para ellos, todo ser viviente tiene un sistema propio de autorregulación, mismo que puede enfermarse si no se le da el mantenimiento adecuado. Este mantenimiento debe darse a nivel físico (adecuada alimentación, hábitos correctos de limpieza, sueño, etc.) a nivel espiritual y emocional (cuando te aceptas como eres, te valoras, respetas tu espacio y el de los demás, etc.) y a nivel social (vivir en un ambiente donde puedas hablar, puedas escuchar, puedas sentir, puedas transmitir y puedas disfrutar).

"...a todos los casos, lo primero que hacemos con nuestros pacientes es llevarlos a un estándar de alimentación, hidratación, descanso y respiración para que obtengan un estándar de vida. Con ese estándar de vida, ellos van a poder tener capacidad de decisión, de toma de

decisión. Entonces van a poder tomar mejores decisiones a nivel físico, mental, emocional y espiritual. Y pues bueno, dentro de eso pueden ir hábitos de cómo caminar, cómo hacer un ejercicio, hacer alguna cosa, dependiendo qué sea lo que haga falta a cada paciente, el simple hecho de cómo sentarse, son elementos que ocupamos para la corrección y la salud de las personas” Luis.

La salud como el buen desarrollo de la vida cotidiana

Diez de los veintidós usuarios entrevistados, relacionan el concepto de salud con el continuo vivir, con el hecho de poder desarrollar diferentes actividades cotidianas y tener la capacidad de resolver los conflictos con los que frecuentemente se enfrentan. De este modo, la salud es “poder trabajar, cantar, estar feliz, sentirse bien con lo que se hace, sentirse libre, apreciar la vida, etc”. Esta manera de conceptualizar la salud se relaciona directamente con la capacidad para la realización de las actividades más importantes dentro de su medio social.

“Es que te puedas mover sin dolores, que tengas energía para hacer lo que tienes que hacer y puedas decidir tus actividades y que no tengas un impedimento para hacerlo, ¡de que tengo fiebre y no puedo salir; me duele y no puedo salir, es que tengo esta depresión y no puedo hacer nada!” Claudia.

“Estar sano es como vivir en total goce y aceptación de cual es tu función y que todos los problemas que se te presentan, o lo que consideres problemas o situaciones conflictivas, o lo que sea, pues es simplemente la oportunidad que tenemos para seguir” Beatriz.

“El poder caminar, poder mear todos tus miembros, y poder realizar a lo que uno esta enfocado, que en mi caso es el oficio de la carpintería” Javier.

La salud como ausencia de la enfermedad

Cinco usuarios, consideran a la salud como la ausencia de la enfermedad. Desde esta visión, la salud es equivalente a un estado de bienestar, donde no se tienen problemas con los órganos vitales, ni tampoco se tienen padecimientos. Hay una total ausencia de dolor o de sufrimiento. Esta ausencia de malestar puede presentarse a nivel físico, a nivel emocional o en ambas direcciones.

“Es decir que yo estoy sana, que me encuentro bien, que no tengo ningún problema. Ni físicamente, ni psicológicamente” Natalia.

“Es gozar de salud, tener buena salud, es decir, no padecer nada de nada, de todos los órganos vitales estar perfectamente bien” Omar.

Los puntos de vista propuestos por los sanadores, reflejan una concepción “ideal” de la salud, lograda a través del equilibrio colectivo y la autorregulación. Por su parte, los significados que le atribuyen los usuarios a la salud, están íntimamente ligados con sus propias vivencias y sufrimientos cotidianos. Su concepción de la salud es mucho más “realista” y esta asociada con la capacidad de ser productivo, hacer lo que uno quiere y no tener dolores o molestias.

A pesar de estas diferencias en la forma de conceptualizar la salud, pareciera ser que una de las razones por la que los médicos tradicionales tienen aceptación social, es precisamente la promesa de la salud “ideal”, dando así respuesta a ese deseo profundo y primario que todos los seres humanos anhelamos.

Salud mental

Sólo uno de los médicos tradicionales habla en específico de la salud emocional

“Debes de aprender un estado de equilibrio en tus emociones, debes de controlar tus emociones, pero no debes dejar de expresarlas. Porque imagínate que controlas tus emociones para no sentir las caricias de la persona que amas, eso no es realmente sano. Tampoco porque ames mucho a una persona la vas apachurrar y lastimar con tu cariño. Es un equilibrio, que sepas expresar, sentir, vivir” Gustavo.

En contraste, la mayoría de los usuarios, si utilizan en su discurso el concepto de salud mental. Para ellos, la salud mental puede ser considerada desde por lo menos tres lugares diferentes: i) la salud mental como una relación armónica entre el ser humano y Dios, ii) como la armonía entre el individuo y la sociedad, que se expresa en el cumplimiento de las normas y reglas sociales, iii) la salud mental asociada con la capacidad de ser feliz.

La salud mental como una relación armónica entre el individuo y Dios:

Bajo esta concepción, la salud mental es equivalente a la espiritualidad, misma que es entendida como la fe que se le tiene a Dios. Así, para Eduardo se cuenta con salud mental cuando se cumplen los “designios” de la religión católica, al cumplir con ellos uno esta bien espiritualmente y por lo tanto puede estar tranquilo.

La salud mental como una relación armónica entre el individuo y la sociedad

Como ya lo mencionamos, esta forma de entender la salud mental esta relacionada con el cumplimiento de las normas sociales y sobre todo las reglas y valores morales. Por ejemplo, no perjudicar a las personas que están alrededor, no robar, no matar o no tener malos pensamientos hacia los demás. Para los entrevistados, las conductas mencionadas generalmente van acompañadas de sentimientos de amargura y rechazo social.

La salud mental asociada con la capacidad de ser feliz

En este sentido, los entrevistados consideran que las personas gozan de salud mental cuando son capaces de enfrentar y resolver los diversos problemas de la vida cotidiana, y que por lo tanto pueden sentirse tranquilos y producir felicidad para sí mismos y para los demás. Aunado a lo anterior, la salud mental se asocia con "optimismo", "libertad", "voluntad" y con el "entusiasmo de vivir".

Concepción de la enfermedad

Para los médicos tradicionales, la ruptura del equilibrio conduce al concepto de enfermedad. En esta pérdida del equilibrio influyen los factores físicos, los emocionales, los sociales, los espirituales y los ambientales. Los usuarios tienen una apreciación similar sobre el significado de la enfermedad; sin embargo, utilizan un lenguaje más cotidiano, la enfermedad es "no estar bien con un mismo y ni con los demás", es "tener un malestar o dolencia, perder la ilusión, sentirse triste y necesitar ayuda", es "la falta de dinero y lo necesarios para vivir".

Para realizar el análisis sobre esta concepción de la enfermedad, se presentan tres subcategorías, las cuales están relacionadas con los niveles, que de acuerdo a los sanadores puede presentarse el desequilibrio: estos niveles son: individual, social y ambiental.

Desequilibrio Individual

En palabras de los curanderos, el primer nivel de enfermedad es el individual; la persona se enferma cuando algo hace que se rompa la armonía entre mente, cuerpo y espíritu, es decir, la enfermedad es considerada como una señal que avisa que no está funcionando bien el todo. La enfermedad a nivel individual, generalmente se presenta como

resultado de los excesos que comete el hombre, principalmente en su régimen alimenticio, sus hábitos y su modo de vida en general.

"Si tú no estas bien físicamente, si no sientes vitalidad, la plenitud de tu cuerpo, pues mentalmente tampoco te vas a sentir contento, el contentamiento viene del equilibrio. Entonces, si tú te sientes bien, sano, lúcido, tranquilo, equilibrado, pues mentalmente también va a reflejarse eso. Si tú tienes miedos, tienes complejos, tienes dolores. Porque el dolor es nada más un aviso de que algo no está funcionando bien dentro de ti, algo está pasando, es una alarma de tu cuerpo. Entonces si te duele el estómago todos los días, una migraña todos los días, no vas a sentirte bien, no vas a sentirte bien contigo mismo y eso se va a reflejar en tu relación con los demás" Fernando.

Los usuarios consideran que el rompimiento del equilibrio individual es el más frecuente. Señalan que este desequilibrio se puede presentar a partir de un dolor o malestar físico, o bien, a partir de un problema emocional, de un problema económico o de un problema laboral. Por ejemplo, una gripe, es suficiente para que el estado de ánimo de una persona cambie, ya no se sienta igual. Pero igualmente, si una persona perdió su trabajo, discutió con su pareja o regañó a sus hijos, se provocará una alteración en el estado de ánimo y se podrán presentar malestares corporales. De esta forma, lo que los médicos y usuarios consideran como desequilibrio individual, está sujeto a fluctuaciones biológicas y sociales, en el sentido de la relación que el individuo mantiene con el mundo y con los otros.

"La enfermedad es cuando no estás bien de tu cuerpo, no estas bien de lo físico, entonces, tampoco estas bien psicológicamente, porque sientes molestias, tienes las defensas bajas, estas apachurrado, te sientes agitado, en fin sientes todos los síntomas de la enfermedad. Cuando una esta enfermo esta desestable" Omar.

"Una persona enferma es la que tiene problemas, físicos, ideológicos, y una persona que, mentalmente esta, con angustias, con enojo, con envidias, o sea, con tantas emociones, que lo único que te hacen es provocarte, problemas de salud. Yo me imagino, cuando yo me enojo, siento inmediatamente como chocha en mí, mi estómago, se me hace como duro, entonces bueno, pues hay una relación, directa de, de tus estados emocionales y todo tu cuerpo. Hay gente..., yo, me pongo tensa, inmediatamente siento como endurezco la mandíbula, y a veces hasta los dientes me duelen " Gabriela.

Desarmonía a nivel social

En el segundo nivel, los sanadores hablan de una desarmonía a nivel social. La enfermedad se presenta como resultado de la trasgresión de las normas y valores sociales y morales que rigen la vida cotidiana del individuo y que comprometen el equilibrio de la comunidad. Esta concepción también fue señalada por los usuarios.

"Estar uno enfermo o estar enferma la persona, es tener odio, el no quererte, el ser asesino, el cometer delitos, el hacer cosas de salaciones, eso es estar enfermo. Si una persona ha matado, ha herido a alguien moral o físicamente, eso no es estar sano, sí, eso ya es tener una enfermedad... Si tú odias, la gente te va a odiar y vas a sentirte mal, si tu no odias la gente te va a dar cosas positivas y no te vas a sentir mal" Martha (curandera).

"Estar permanentemente enojándose, estar de malas todo el tiempo, esa es una persona que no es sana, y todavía más insana, van a hacer las personas que, no sólo están de malas, sino buscan, estar, molestando a otras personas. ¡Ah, pues ahora, me la voy a fregar, me voy a vengar de lo que me hizo!" Gabriela (usuaría).

Desequilibrio asociado a factores ambientales

De acuerdo con los entrevistados, el medio ambiente en el que actualmente vive el hombre de las grandes ciudades, ha sufrido y sufre una serie de transformaciones donde se han violado los cánones establecidos por las leyes de la naturaleza. Lo que ha traído como consecuencia problemas como la contaminación, la escasez de recursos, la violencia en las calles y el exceso de tráfico, entre otros.

“... tenemos cosas que, pues no nos tienen en armonía y hay que luchar con eso, hay que luchar con todos los carros y el smog, mil cosas que actualmente tenemos a nuestro alrededor” Carmen (curandera).

“En la ciudad de México son más comunes las enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, nervios, depresión y todo ese tipo de padecimientos vinculados al estrés, a una mala alimentación donde se abusa de las grasas y las proteínas, al abuso de drogas, a la vida sedentaria, la violencia y la contaminación” Ma. Concepción (curandera).

Uno de los usuarios, además de lo anterior, encuentra que los medios masivos de comunicación son utilizados por la gente en el poder, para propiciar problemas de salud como las adicciones, la violencia o la desnutrición y así controlar a la población.

“Para mi estar enfermo es como quieren que estés, así te quieren ver, enfermo. Por eso si prendes tu televisor, vas a ver un montón de anuncios de cigarros y de cervezas y vas a ver toda una serie de patrones violentos de conducta en los programas de televisión, por eso te la pasas viendo programas extranjeros traducidos el español. Así te quieren ver enfermo, enfermo de tanto consumir, abotagados. Como en Estados Unidos que están gentes así de gordas, viendo la televisión. Entonces pienso yo que enfermo es como te quieren ver las gentes que manejan esto” Señor K.

Las concepciones que tienen médicos tradicionales y usuarios sobre la enfermedad, coinciden mucho más que las señaladas en cuanto a la salud. En este sentido, ambos grupos de informantes conciben una "enfermedad colectiva", es decir como un desequilibrio del grupo. Como causas se suponen un problema del individuo en relación con el entorno (violencias, contaminación, desempleo, etc.) como también un problema en la relación del sujeto con el sujeto (envidias, miedos, rencores, etc). Aunado a lo anterior, los entrevistados conciben la enfermedad "mental" o "emocional", como parte de un complejo fenómeno de salud.

HABLANDO DE ENFERMEDADES Y PADECERES

En esta sección se describe la información recolectada en relación con el tipo de enfermedades y/o padeceres. El análisis incluye tanto las razones percibidas por los dieciséis médicos tradicionales como las relatadas por los veintidós usuarios entrevistados. Para facilitar la descripción de la misma, se realizaron las siguientes tipologías o clasificaciones: i) Problemáticas asociadas con el cotidiano vivir; ii) el estrés, la tensión y los nervios; iii) problemas espirituales; iv) niños con padecimientos mentales; v) padecimientos musculoesqueléticos y vi) padecimientos asociados con la identidad cultural de hombres y de mujeres.

Problemas asociadas con el cotidiano vivir

De acuerdo con la percepción de los médicos tradicionales, entre los principales motivos de consulta se encuentran los problemas amorosos (conseguir marido, novio, alejar al amante), los familiares (peleas con los padres, los hijos, los yernos y nueras) los laborales (conseguir trabajo, que salga algún negocio, promoción o ascenso en el trabajo actual) los económicos (no alcanza el dinero, deudas, dificultades para cubrir las necesidades de la familia) y los legales (pago de impuestos, deudas en el banco, etc.). Estos problemas abarcan espacios no fácilmente medicables y cubren prácticamente toda la esfera vivencial del individuo. Del mismo modo, son el reflejo de las constantes crisis económicas, sociales y morales que ha sufrido la población urbana.

A manera de ejemplo, se presenta el siguiente relato de una mujer que recurre a un curandero porque sospecha que uno de sus hijos "anda en malos pasos". A partir de la visita con el sanador, salen a flote otros conflictos familiares y conyugales.

"Teníamos un poquito de problemas con lo tocante a mis hijos. El que más preocupaba era J, se me revelaba mucho, se iba, se salía y no me hacía caso. Me preocupaba pero no sabía en sí lo que era, lo que pasaba. Entonces yo decía ¿bueno que es lo que tiene mi hijo? ¿por qué es así, por qué se sale? Y hasta que yo fui a la secundaria, ahí en la secundaria me dijeron que se juntaba con unos chamacos que vendían droga.

Yo me sentía mal, es que uno dice ¡ay, mi hijito es bien buena gente!, pero en sí no sabes como es en la calle, o sea de la puerta de tu casa para afuera. Porque aquí, si se revelaba un poco, pero no era tanto como en la calle porque en la calle pues tenía yo no supe, si no hasta que fuimos a ver al curandero y nos dijo como era J, que luego a veces se iba con los chamacos, inclusive se juntaba con unos de aquí junto también que son rateros y que con ellos se iba a andar en los coches y todo.

Luego me ponía así como enojada, como nerviosa. Pero por vergüenza y todo, me callaba las cosas y decía ¿yo me siento bien!, pero en sí no me vela mi semblante bien. Luego, a veces, yo me distraía haciendo quehacer, quehacer, para que mi mente no trabajara y mi mente no pensará ¿en dónde está mi hijo, que estará haciendo?" Marcela.

Para los médicos tradicionales, tanto los problemas de tipo amoroso, los familiares o los económicos, tienen como consecuencia que las personas se depriman. Sin embargo, según la percepción de los curanderos, la gente se queja y los consulta para remediar sus conflictos amorosos y/o económicos y no por sentirse tristes, deprimidos y/o enojados. Es decir, la demanda de cura es para quitar el objeto o la causa del padecimiento; donde se deduce con bastante claridad que el demandante tiene la noción de que la tristeza, el enojo o la preocupación son sólo los síntomas de la enfermedad.

"Una persona llegó conmigo, [señora yo vengo a que usted me ayude porque mi esposo me está engañando, ha negado a sus hijos, ha negado esto, ha negado lo otro] y llorando me dice [yo quiero deshacerme de él, yo quiero vengarme de él, quiero pagarle peor de lo que él me hizo].

¡Pare su carro!, le digo, ¿a ver qué pasa, qué es lo que pasa?. [Mire es que] me empezó a platicar toda su historia, empezó a llorar la mujer, empezó a desahogarse como una criatura, entonces le dije yo, mira que te parece si hacemos una cosa, porque aquí conmigo no vas a encontrar nada de venganzas.

Yo estoy para ayudarlas, estoy para aconsejarlas si puedo, estoy para tratar de ayudarte, ya viniste, ya me explicaste, ya te desahogaste, ya me dijiste que es lo que te pasa. ¿qué te parece si hacemos una cosa? [¿dígame señora que puedo hacer?] Mira yo te aseguro que si tu esposo te trató mal, no te dio dinero, sufren tus hijos. Si a ti te está haciendo todo eso, yo quiero que entiendas una cosa, tú no te lo vas a cobrar por tu propia mano, porque eso que a ti te esta haciendo, otra persona lo va a cobrar, porque en este mundo todo lo pagamos, buenos y malos.

Y sí, dicho y hecho, el esposo la dejó, se casó con otra mujer, esta mujer le habrá dicho que era señorita, que era una mujer que merecía todo lo que le estaba dando. En la hora del momento en que llegaron a la luna de miel y todo eso, pues no fue así, porque la señora, ya era una señora hecha y derecha, ya había tenido hasta hijos. Entonces él le dijo que por qué lo había engañado y ella le contestó que porque lo quería. Bueno, como a la semana siguiente la encuentra con otro hombre y por poquito mata al fulano que estaba con esta mujer.

No, pues regresó con la esposa, le pidió de rodillas que lo perdonara, que él quería regresar con ella, que él se había desilusionado profundamente y que estaba muy arrepentido"
Martha .

El estrés, la tensión y los nervios

El estrés, la tensión y los nervios, también se encuentran entre los motivos primordiales por los cuales perciben los curanderos que son solicitados sus servicios y conocimientos. Señalan que este tipo de padeceres están asociados con una gran variedad de problemas emocionales y síntomas fisiológicos. Entre los principales problemas emocionales asociados señalan las presiones y los miedos característicos del cotidiano vivir en las

grandes ciudades. La desesperación, el consumo de drogas o alcohol por parte de algún miembro de la familia y las diferencias generacionales entre padres e hijos. Entre la diversidad de los componentes fisiológicos, se mencionaron con mayor frecuencia, cansancio, dolor de cabeza, dolores estomacales, temblores en el cuerpo, presión alta, inflamación del hígado, tensión muscular y que los nervios se encuentren fuera de su lugar, débiles o quebrantados.

Los conceptos de nervios, tensión o estrés son utilizados por los entrevistados para referirse a una serie de padecimientos con diferencias en cuanto a su origen y a su gravedad. Cuatro usuarios mencionaron asistir con el curandero por problemas de este tipo, los siguientes relatos ilustran las características de estos padecimientos.

"Empecé a consumir por que tenía muchos problemas familiares. A mi me la dejaban [se refiere a la cocaína], como sabían que no me gustaba. Entonces un día dije [pues a ver que se siente] y así empecé hasta que se dieron cuenta que les hacía falta. Después de un tiempo tenía muchos descuidos, a base de eso empecé a sufrir asaltos. Con mi pareja estar peleando, a veces eran cositas de nada, explosiones por nada. Ella se enojaba tantito y yo ya tenía para explotar demasiado.

Yo me sentía con mucha presión, cansancio, enojo, mucho enojo, con cualquier cosita podía explotar. De repente me sentía muy agresivo, de repente muy feliz, de repente muy tranquilo, de repente muy nervioso. Sube y baja, estaba bien o estaba mal, andaba rebotando nada más" Marco.

" Mi problema de la colitis tiene desde la adolescencia, mi problema es como muy cíclico. Por ejemplo cuando yo estaba en la secundaria, de repente en los periodos de exámenes, me ponía muy estresada y siempre terminaba con dolor estómago, vomitando y era todo el nervio que se me acumulaba. Hasta la fecha sigo igual, cuando estoy en estados de estrés

muy fuertes me enfermo, y bueno ante eso nadie me puede resolver, hasta que yo no lo haga consciente y lo trate de eliminar.

Yo siempre he sido muy emotiva, si siento coraje, pues siento mucho coraje, si siento afecto, pues siento mucho afecto. Siempre he sido así, he vivido con mi emoción a flor de piel y, no se ha acabado el mundo, lo único es de que yo me he estresado en algunos momentos difíciles, y bueno, se manifiesta en cuestiones de enfermedades. Yo creo que, cuando me tengo que contener es cuando más me estreso y es cuando más se me manifiestan problemas de salud. Y cuando estoy muy relajada, cuando estoy haciendo lo que me gusta, es cuando, realmente no, no tengo problemas." Gabriela.

La posibilidad de utilizar conceptos como nervios, tensión o estrés para diversos problemas, está dada por la construcción cultural que existe, es decir, son conceptos que tienen un significado compartido dentro de la población citadina y que son del dominio popular. Lo anterior permite que exista una comunicación clara y directa entre el sanador y usuario, de tal forma que si a una persona se le dice que está mal de los nervios, tensa o estresada sabrá claramente cuál es su problema, así como entenderá el tipo de tratamientos que debe recibir y las cosas que él debe hacer para recuperar y conservar su salud. De la misma manera, permite a las personas situarse en un territorio entre lo normal y la locura. Es más, en la actualidad el estar nervioso, tenso o estresado podría hasta conceptualizarse dentro de lo normal. Nos hemos acostumbrado de tal forma a sufrir este tipo de padeceres que ya son parte de nuestra vida cotidiana y no los vemos como problemas de salud.

Problemas espirituales

En lo que se ha denominado problemas espirituales, los médicos tradicionales agrupan las enfermedades relacionadas con el alma o espíritu. Para ellos, las enfermedades espirituales son el odio, el rencor, la ambición y los celos. También, "la pérdida del alma"

queda dentro de esta categoría. La pérdida puede presentarse por múltiples razones, entre las que destacan un accidente, un susto, una sorpresa, etc. Si la persona pierde el alma, se queda sin el control, ya que se le considera el elemento conductor del ser humano. Parten de la creencia, heredada de las doctrinas mexicas y las enseñanzas cristianas, de que cada persona tiene una alma singular y ésta es el principio vital de su ser. Así, los problemas espirituales sólo pueden ser curados por la misma persona que las padece y los curanderos sólo funcionan como "espejos" para ayudar al paciente a reconocer el origen de su problema anímico.

"Entonces el alma tiene otro tipo de enfermedades como son el odio, el rencor, la ambición, los celos, que esos no hay realmente quien los cure sino solamente uno. Podemos nosotros servir como espejos para reflejar los problemas de salud del alma, para que tú los reconozcas y para que tú los puedas solucionar y hay métodos para dominarlos y hay métodos para alcanzarlos y comprenderlos y aceptarlos en el caso necesario y convertirlos en elementos que te permitan aprovechar estas fuerzas. En lugar de ser un elemento destructivo se convierte en un elemento positivo" Gustavo.

Sólo una de las usuarias señaló haber asistido con el médico tradicional por un problema de este tipo. Desde hace un tiempo Beatriz se interesó en el trabajo espiritual para lograr una vida más plena y saludable, sin embargo, no se siente todavía con la capacidad de hacer convivir "armónicamente" la parte física, la parte espiritual y la parte emocional, sobre todo cuando esta meditando, haciendo ejercicios de respiración y sensibilización o realizando un viaje astral. Cuando esta haciendo ejercicios de este tipo es frecuente que su espíritu se salga de su cuerpo.

“ Sentí que mi espíritu estaba fuera de mi cuerpo y por eso fui a buscar ayuda. Eso me pasa cada tanto, como estoy trabajando espiritualmente, y todavía no aprendo como..., a convivir la parte física con la parte espiritual y la parte emocional, entonces cada tanto me desfaso. Hay ciertas cuestiones físicas que permiten darte cuenta de lo que está pasando, como estar haciendo cosas en automático y después no recordar que las estás haciendo, o sea, no están todos tus sentidos y toda tu concentración en ese momento. También puedes tener experiencias ya sea luminosas o estar viviendo en la oscuridad o, a veces puedes tener como mucha apertura y empiezas a sentir experiencias de otras personas, o sensaciones. Por ejemplo, si estoy muy abierta y tú estás aquí y tú vienes deprimida, pues empiezo a sentir tu depresión que no es mía. Si dejas pasar mucho tiempo en ese estado empiezas a tener cuestiones físicas, que ya van afectando tu cuerpo, desde dolores de cabeza, insomnio, gastritis, contracturas, fríos, cualquier cosa puede ser. Entonces no puedes permanecer así mucho tiempo, como que toda tú quedas fuera de control y si tu no lo puedes manejar debes buscar ayuda externa. Cuando yo fui a G.M. (siglas del lugar donde se localiza el médico tradicional) yo había trabajado una regresión a una vida pasada y se me estaba saliendo de control toda la parte espiritual y es como muy difícil ser tu propio terapeuta” Beatriz.

Niños con padecimientos mentales

En esta categoría se agrupa la información reportada por cuatro de los usuarios, quienes refieren haber asistido a la medicina tradicional como una de las opciones de tratamiento para sus hijos. Mercedes comenta que su hija fue diagnosticada como enferma de parálisis cerebral. Al hijo de Sara le diagnosticaron un retraso psicomotor. Natalia y Eduardo consideran que sus hijos están “mal del sistema nervioso”. En los relatos de estos cuatro entrevistados se distingue un doble padecer. Por un lado, es muy clara la descripción y características de los problemas que sufren los hijos, pero, por el otro y de manera velada, los entrevistados manifiestan sus propios padeceres, cuya causa proviene de la culpa, rabia, impotencia, ansiedad, etc., que les produce la enfermedad de sus hijos.

“El niño de que era muy nervioso, su sistema de que no lo podía tener un rato sentadito. Estábamos en la cama y empezaba a levantar los pies parejito, parejito. De un momento para otro empezó a cambiar el niño, entonces el niño empezó a levantar los pies, empezaba a levantarlos, a azotarlos en la cama, ahí fue cuando empecé a notar el niño que no estaba bien.

Después el niño empezó a gritar, a gritar a morderse las manos, a morderse, así de la desesperación. Eso es lo que hacía, se paraba, se mordía las manos, gritaba. No se tranquilizaba, él se sentía mal, no sé, en la forma de la reacción, pues el niño estaba mal, pues se desesperaba, empezaba a gritar. Su forma de ser era muy, este, pus como muy berrinchudo, muy y no estaba normal, no se sentaba así como normal, sino que lo que pasa es que su mismo sistema nervioso no lo hacía que se concentrara, sino se la pasaba gritando. No estaba tranquilo, no estaba en paz, por lo mismo de su problema, por eso no estaba bien el niño.

Yo siento que es una responsabilidad muy grande como padres de familia que somos, pues mas que nada el ponerse a pensar que es toda una vida, entonces me pongo a pensar hasta la actualidad, si yo no le hecho ganas con mi hijo, quien le va a echar ganas, pues tengo que apoyarlo lo más que pueda, mientras Dios me preste vida, por que yo no me gustaría estar en su lugar y eso es lo que me hace pensar, y eso es lo que me hace actuar con el niño, pues de seguirlo tratando y de buscar los medios para poder sacarlo adelante. No lo he dejado yo de desatender, le busco de una forma, le busco de otra, pero el chiste es que no lo he dejado desatender” Eduardo.

Ninguno de los sanadores mencionó este tipo de padecimientos como razón de asistencia a la medicina tradicional.

Padecimientos musculoesqueléticos

Dentro de esta categoría los médicos tradicionales incluyen las fracturas o quebraduras, las torceduras, los dolores musculares, los golpes, los calambres y las hernias, entre otros.

Según los sanadores, la frecuencia con la que asisten personas con este tipo de problemas es inferior a la relacionada con problemas nerviosos, económicos, familiares o amorosos. Para cuatro de los usuarios, estos padecimientos fueron la razón para asistir con un sanador. Rosa sufría de un fuerte dolor en la pierna que después se expandió a toda la espina dorsal. Mónica presentaba una doble curvatura en la espina dorsal. María sufrió una luxación en el cóccix y Javier tenía serios problemas para caminar.

Empezó en los talones, después de ahí subió al empeine del pie derecho, de ahí comenzó a adormecerse la pierna. En su momento dado ya no era el pie, sino era la cadera. Empecé a caminar con bastón, después con muletas, al final ya no podía caminar, me trasladaban en silla de ruedas.

Me sentía yo adormecido con el simple movimiento de algo, con el simple hecho de hacer así (dobla la rodilla) surgía un dolor horrible en toda la pierna y la cadera, Me daba un dolor muy fuerte, como cuando duele la cabeza que punza. En una de esas punzadas el dolor se hacía más fuerte. ¡Me hacía llorar, me hacía llorar!”.

En el momento de pararme sentía yo que me tronaba lo que era la cadera y la pelvis. Caminaba yo estirando el pie derecho y a la vez encogiendo el pie izquierdo, ya se había acostumbrado del lado izquierdo, ahí recargaba todo el peso, porque era insoportable la dolencia del lado derecho” Javier .

Enfermedades relacionadas con los diversos sistemas que regulan el cuerpo

En este grupo se incluyen enfermedades tales como artritis, reumatismo, mal del riñón, mal del corazón, problemas respiratorios, problemas estomacales. También quedan incluidas las enfermedades crónicas y el evitar las operaciones.

Del mismo modo que los padecimientos musculares y óseos, las enfermedades internas o relacionadas con los diversos sistemas que regulan el cuerpo, no son de los principales

motivos por los que son solicitados los servicios y conocimientos de los médicos tradicionales.

Lo anterior apoya lo propuesto por Trotter y Chavira (1991), quienes señalan que debido a la disponibilidad de diferentes sistemas de salud en las grandes urbes, la función de los médicos tradicionales se ha modificado y se ha vuelto más especializada. Ellos tienen a su cargo, el restablecer el equilibrio de los ciudadanos, que usualmente se pierde por los destructores efectos emocionales y psicológicos de la vida moderna.

Enfermedades "provocadas"

De acuerdo con los informantes, las enfermedades provocadas, también se encuentran entre los principales motivos de consulta. Se entienden como enfermedades provocadas a todas aquellas dolencias que son causadas por envidia, celos o ira despertados en alguien. La persona que quiere hacer el daño o mal generalmente es muy cercana a la víctima (amigo, compañero de trabajo, vecino, familiar, rival, etc.). Para provocar el daño, se acude con un "brujo" o "curandero que usa magia negra", quién a través de encantos y conjuros envía el mal. La enfermedad así causada puede ser de cualquier género (desde un dolor de estómago hasta la locura) y tener síntomas muy diversos, pero generalmente son enfermedades sin una causa aparente.

"Se les podría nombrar salación, porque son cosas que..., cuando tú conoces el sistema espiritual te puedes pecatar o dar cuenta que tus manos tienen sal. Muchas personas ya viéndolo desde el punto de vista, no sé cómo lo podríamos llamar, piensan que con el cuerpo tienes a, con el sudor a sacar la sal del cuerpo. ¡No, no es eso! En el sistema espiritual es la sal que te maldicen, que van y te tiran a tu casa, sal de que te pueden estar haciendo brujería, eso es lo que se puede ver o llamarse salación o brujería. Pero, para mí no

es brujería; brujería es cuando ya voy a matar a una persona. Eso es brujería para mí. Mucha gente puede verlo de otra manera; pero para mí cuando tú vas a hacerle daño a una persona para que se enferme, para que se muera, eso es brujería. Lo que nosotros practicamos no es brujería, simplemente es curación" José.

Todos los médicos tradicionales entrevistados señalaron con insistencia que ellos no se dedican a provocar daño o enfermedades, que ellos sólo ayudan a quienes las padecen. Del mismo modo, ninguno de los usuarios asistió con un curandero para "hacer un trabajo" o "enviar un daño"; por el contrario ellos acudieron como víctimas del mal.

La mitad de los curanderos creen que la brujería como daño mágico no existe. En este sentido consideran que los individuos son convencidos por otras personas o por autosugestión de que les están haciendo un daño, esta creencia es tan fuerte que ellos mismos se provocan la enfermedad.

"Hay métodos de brujería, como dicen y le pongo dos comillas a los lados, que yo te trato de convencer, de hacerte un daño. Entonces te digo: "te voy a hacer un daño" y el día de mañana encuentras en tu casa una muñequita de trapo muy parecida a ti físicamente, atravesada con tres alfileres y tú sientes miedo. Ya le permitiste entrar a esto y va a entrar y va a entrar y te va a destruir igual que la envidia que estamos comentando. Estos son métodos subliminales de enfermar a la gente. Tanto autosubliminarte como otro agente externo te puede subliminar" Gustavo.

Por su parte, la mayoría de los usuarios entrevistados consideran que sí es posible provocar enfermedades, desgracias o accidentes por medio de la brujería. Para ellos el daño no se realiza de manera fortuita, siempre existen motivos muy definidos, las motivaciones principales son la envidia y los conflictos amorosos. Seis de los usuarios entrevistados

(cuatro mujeres y dos hombres) fueron en algún momento víctimas de una brujería. Para los dos hombres y una de las mujeres, el mal fue causado a consecuencia de envidias, mientras que para las tres mujeres restantes la causa estuvo relacionada con conflictos amorosos. En esta sección sólo ejemplificaremos los casos relacionados con problemas de envidia, ya que en la siguiente categoría se verán con detenimiento los relacionados con conflictos amorosos.

“ Mira yo tenía siete años. Yo vivía ahí en el Centro, en una vecindad fea, ahí se vivía lo peor, mariguana, cocaína, rateros, asesinos, de todo. Mi mamá tenía que trabajar todo el tiempo, nosotros, todos mis hermanos, nos quedamos ahí. Entonces, casi la mayoría de los que vivían ahí salieron malos, y a pesar de que nosotros no teníamos quien nos cuidara, no salimos malos. Pues así fue y nos agarraron envidia. Una vecina, no sabemos en que forma me hizo daño a mí daño, brujería.

Los síntomas que yo sentía, empezaba yo a no sentirme de mi tamaño normal, hacerme como hormiguita. Y a mí ya me daba miedo de que me fueran a pisar. Yo no me hacía chiquito, en mi mente, mi mente era la que se hacía chiquita, me hacía chiquito yo. Me tapaba que no fueran a pisar, y por más que gritaba no me oían, entonces ya mi mente, ya estaba loca.

Yo sabía que me iba a empezar a dar porque me empezaba a marear y a la misma vez que sentía marcos, ya venía esto, me empezaba a hacer chiquito, no a dar vueltas ni nada, no me dolía nada sino nomás me empezaba a hacer chiquito. Pero, luego posteriormente de eso mismo ya no comía. Me daba frecuentemente, por ejemplo una vez a la semana, luego ya dos veces a la semana, luego tres veces a la semana” David.

Padecimientos asociados con la identidad cultural de hombres y de mujeres.

Para los médicos tradicionales existen padecimientos que son más característicos de los hombres y otros más específicos de las mujeres. Esta división se realiza en un importante

número de padecimientos, sin embargo, para este trabajo se incluyen solamente dos ejemplos que tienen que ver con la identidad cultural de ambos sexos: los conflictos amorosos en el caso de las mujeres y los problemas sexuales en el caso de los hombres.

El amor brujo

Como ya se mencionó antes, los médicos tradicionales perciben como una de las principales razones de consulta, los problemas o situaciones amorosas, entre las que se incluyen conseguir pareja, conflictos matrimoniales o alejar a la amante. Los sanadores consideran que este tipo de problemas afectan principalmente a las mujeres.

“Son este mayores, son mayores, son mayores y más que se dan, es la cosa de encontrar pareja, de que le vaya mejor con la pareja, para retirar al marido cuando se enteran que andan con otra mujer o cuando se están separando. Casi siempre traen la moral por los pies, ya no saben a dónde recurrir y que hacer, y sí, me han llegado llorando, desesperadas, queriendo hacer cosas que no deben hacer...” Martha.

Tres de las entrevistadas informaron haber asistido con un curandero, vidente o brujo en busca de una solución para este tipo de problemáticas amorosas. Coincidieron en señalar que los problemas amorosos eran la consecuencia de una brujería o mal causado por otra mujer “la rival”. Es decir, se tiende a culpar a un tercero. Sin embargo el objeto al que va dirigido el daño no siempre es el mismo, en algunos casos el mal va dirigido a ellas, en otros, a sus hijos, hermanos o padres y en otros hacia la pareja (novio, marido, etc.).

Las que comentaron haber sido las receptoras directas del mal, sufrieron importantes desajustes de salud (malestares musculares, problemas estomacales, tumores, problemas neurológicos y parálisis faciales.) Algo similar sucedió con los familiares que fueron afectados por la brujería.

Cuando la pareja fue la víctima del daño, la consecuencia fue distinta. No apareció enfermedad alguna. Sencillamente el novio se apartó, el marido se fue, la pareja cambió de actitud hacia ella o hacia los hijos o aportó menos dinero a la casa.

Al tratar las rupturas afectivas como consecuencia de una brujería, las mujeres son liberadas de cualquier culpa, ellas no tienen ninguna responsabilidad de lo sucedido. Del mismo modo, su hombre no las traicionó deliberadamente, fue víctima de una brujería o daño, por ello en muchos casos de brujería son perdonados y hasta protegidos.

Otra posible explicación del porque los problemas amorosos son una razón importante para asistir con un curandero, podría relacionarse con el rol cultural que históricamente a tenido la mujer. Aunque es cierto que en las últimas décadas se han dado importantes cambios en el papel que juega la mujer dentro de la sociedad y la familia, sobre todo en el campo laboral y económico, el tener una pareja y/o una familia siguen siendo condiciones importantes para su desarrollo. Esto lleva a tener una dependencia social y psicológica hacia el hombre. Por lo tanto, el consultar a un médico tradicional por motivos amorosos, sólo está reflejando los miedos femeninos hacia el abandono, el desamor o la carencia de un compañero.

“Yo sentía un dolor muy fuerte, aquí en la boca del estómago, un dolor terrible, a mi me despertaba el dolor, daba vueltas y vueltas, y me tomaba té, tomaba pastillas. Fui a ver a una señora, una curandera que me limpio con un huevo y antes de romper el huevo lo oye y dice [este huevo tiene daño]. Entonces, al romperlo, yo no podía creer lo que estaba saliendo en el huevo. Oíla feo, empezó a desdoblarse y empezó a ver que era un muñeco, una muñeca, una niña. Esa niña tenía alfileres en diferentes partes del cuerpo. En donde me dolía, en la parte del cuerpo donde me dolía, tenía yo tres, aquí (señala la boca del

estomago), y había otro en la parte de acá (se toca la cabeza), aquí tenemos la glándula hipófisis y unos meses antes me habían detectado un micro adenoma en esa glándula, y ahí exactamente había un alfiler. Cuando yo lo vi, ella me dijo [no sé como se sienta usted, pero vea cuantos alfileres hay], me quede muy sorprendida porque, justo donde a mi me duele, donde tengo el micro adenoma, ahí estaban los alfileres, se les veía así alfileres de esos de cabecita, y se veían todavía plateaditos, los alfileres”.

“ La señora me dijo que este trabajo tiene más de tres años que lo hicieron, también limpiaron a mi esposo y ahí que tenía cuatro años que lo estaban trabajando, y ella nos dijo que era la misma persona que estaba trabajando a los dos, y era una mujer que andaba con mi esposo. Entonces como yo le estorbaba, entonces también me estaba trabajando a mí, trabajaba a mi hijo también, de esta forma nos trabajaba a toda la familia, de alguna manera quería la ruptura de la familia y que mi esposo pudiera irse a vivir con ella” Victoria.

Problemas sexuales

De acuerdo con la el informa de algunos médicos tradicionales, un motivo importante de consulta por parte de los hombres son los problemas sexuales, sobre todo los relacionados con impotencia y eyaculación precoz. Sin embargo, ninguno de los usuarios manifestó buscar ayuda por un problema de tipo sexual.

A pesar de no contar con información suficiente, podríamos suponer que las preocupaciones sexuales están íntimamente ligadas con la identidad cultural. Por ejemplo, la impotencia sexual pone en riesgo la realización de la virilidad exigida por la cultura al hombre. Un hombre que pierde su potencia sexual, pierde gran parte de su hombría y con ello su poder sobre la mujer, así como el dominio ante otros hombres.

LA TRAYECTORIA DEL PACIENTE Y LA COMPLEJIDAD DE LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS.

En este trabajo se entiende por trayectoria del paciente al conjunto de actividades, personas consultadas y servicios solicitados por parte de una persona o su entorno social más cercano (familia, pareja, amigos, etc.) en busca de una solución, cura o alivio de un padecimiento. La búsqueda se da por terminada cuando se considera que se ha recuperado la salud, o bien cuando se confirma y se acepta la imposibilidad de la curación.

Adentrarse en la trayectoria de los pacientes entrevistados es sumergirse en la complejidad de distintos recursos y sistemas médicos. Como se vera más adelante, en la forma en que es valorada la eficacia de los diversos tratamientos recibidos, además de las prácticas curativas, intervienen las creencias, las representaciones y los conocimientos que se tenga de la enfermedad y de su posible curación. Aunado a lo anterior, las iniciativas individuales que se tomen para construir y entender la enfermedad y para encontrar medios de curación, o al menos de alivio, siempre estarán delimitadas por las dinámicas del medio social de la persona.

Para tener una visión más global de las trayectorias de atención, se recuperó la información relatada tanto por los médicos tradicionales como la de los usuarios. En primer término, se presenta la apreciación que tienen los sanadores sobre el lugar que ocupan dentro de la trayectoria de atención de las personas que los consultan, posteriormente se presenta la información que en este sentido brindaron los pacientes y en la parte final de la sección se incluye una categoría sobre el papel que juega el enfermo en la vinculación entre la medicina tradicional y la medicina oficial.

Apreciación de los médicos tradicionales sobre el lugar que ocupa la medicina tradicional dentro de las trayectorias de los pacientes

Los dieciséis médicos entrevistados coinciden en señalar que siempre les preguntan a los pacientes qué actividades realizaron y/o que personas o servicios consultaron antes de asistir con ellos o ellas. A partir de esta información los sanadores consideran que la medicina tradicional puede ubicarse dentro de la trayectoria de los pacientes en cuatro lugares diferentes: i) los médicos tradicionales como primera opción, ii) asistencia con los médicos tradicionales después de haber agotado las posibilidades de la medicina científica, iii) recurrir con ellos después de asistir a otras medicinas alternativas y iv) el uso simultáneo de diferentes prácticas curativas tanto científicas como alternativas.

Los médicos tradicionales como primera opción

Los entrevistados consideran que la gente recurre a ellos en primera instancia por las siguientes razones: son accesibles tanto geográficamente como económicamente; utilizan procedimientos y símbolos culturalmente significativos y promueven tratamientos curativos que son breves y eficientes. También señalan como una razón fundamental para la asistencia, la curiosidad nacida de anécdotas o testimonios de amigos y familiares que ya han asistido y han encontrado una solución o respuesta satisfactoria a su padecer.

"En muchos casos la gente viene porque sabe que su malestar no lo va a poder curar un médico. Y lo sabe por las características que presenta su enfermedad, por tradición o por costumbre. Es común en México que antes de ir a ver al médico, ir al brujo, al curandero"
Carlos.

Nunca falta quien diga [yo le voy a decir a mi comadrita, a este compadrito, a este hermano o hermana, porque ya me dolió verla en esta situación]. Esta persona le dice porque ya llevo a conocer, ya vio el beneficio, ya sabe lo que es" Pablo.

Asistencia con los médicos tradicionales después de recurrir a la medicina científica

De acuerdo con la percepción de los médicos tradicionales, la gente recurre a ellos después de asistir con médicos profesionales, quejándose del mal trato que han recibido por parte de los representantes de la medicina oficial (que va desde el poco tiempo dedicado a la consulta, hasta la invalidación del padecer). Los enfermos tienen el deseo y la esperanza de que los médicos tradicionales les otorguen un trato más cordial, escuchen su padecer y sobre todo, les permitan jugar un papel activo tanto en la reconstrucción de su enfermedad como en el proceso de curación. Otra razón de peso es que los pacientes encuentran una aceptación de las enfermedades populares, mismas que son rechazadas por los médicos científicos, por ejemplo, una de las entrevistadas menciona que sus pacientes se quejan de que los médicos se burlan de ellos cuando les dicen que están empachados, recibieron un mal aire, o sufren de mal de ojo.

“ Bueno, muchos de ellos están decepcionados de los tratamientos alópatas, porque se quejan del sistema de salud público, porque nunca los atendieron como se debe, y así de rápido, nunca los estudian bien y luego sufren los efectos secundarios de los diferentes medicamentos. Y los que vienen de los médicos particulares se quejan de que les dan lo más que pueden para cobrarles lo más que pueden” Fernando.

Asistencia con los médicos tradicionales después de recurrir a diversas medicinas alternativas

Los curanderos consideran que la gente recurre a ellos después de haber probado diferentes estrategias y servicios alternativos, por sentirse decepcionados, por sentirse estafados o por no encontrar una solución satisfactoria a su padecer. Los sanadores engloban dentro de la medicina alternativa la asistencia con otros médicos tradicionales,

sanadores o curanderos y el uso de diferentes estrategias curativas como el espiritualismo, yoga o lectura de cartas.

“La mayor parte de la gente que yo tengo, es gente que ya fue a otros lugares que no les funcionó. Pues que a templos, que con las personas que leen el tarot y el café, con todo ese tipo de gente y con la moral ya muy baja porque ya han gastado miles de pesos” José.

“Creo que vienen ya en lo último, cuando se sienten muy faltante económicamente. Ya fuiste a que te dieran una limpia con huevo, ya fuiste a que te dieran una rociada de lociones, ya fuiste a que te dieran amuletos, una sarta de mentiras. Ahora yo no te voy a cobrar y les digo que te parece si hacemos si hacemos un último intento” Concepción.

Uso simultáneo de diferentes prácticas curativas

De las cuatro posibles formas de asistencia, los médicos tradicionales consideran que el uso indistinto de diversos sistemas curativos es la más frecuente. Ellos creen que esta combinación depende, entre otras cosas, de la gravedad de la enfermedad, de la causalidad del padecimiento y de la forma en que se conceptualizan las enfermedades, en este sentido los curanderos señalan que muchas personas hacen una distinción entre las “enfermedades del médico” como son las heridas, la desnutrición o los problemas cardíacos y las “enfermedades de la medicina tradicional” como el mal de ojo, el susto o la brujería. De este modo, si un padecimiento es considerado como “enfermedad del médico” se recurrirá a la medicina institucional. Si es apreciado como “una enfermedad a la medicina tradicional” se acudirá con un curandero.

“Todas las personas somos diferentes, no las puedo encasillar en un sistema y a lo mejor algo que a mí me costó mucho para que avanzara, a lo mejor en esa ocasión el psicólogo y el psiquiatra encuentran la pauta exacta, logra que avance mucho más de lo que avanzó conmigo, a lo mejor yo le dí un empujón y va con aquella persona y logran la recuperación total...” Luis.

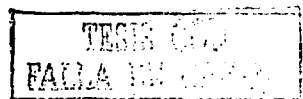
“Va a llegar un momento en que la gente cree en esto porque no encuentra solución en sus cosas, entonces por eso tiene la necesidad de acudir a un lugar. Yo creo que hay algunas veces, que por ejemplo, tengas una enfermedad, ya sea moral o física y que vayas con tu médico y que a lo mejor no sea suficiente y acudes a esto” Estela.

Los usuarios hablan sobre su trayectoria de atención

Como se puede apreciar en el cuadro 9, la mayoría de los pacientes entrevistados combinan y prueban entre diferentes opciones médicas construyendo múltiples alternativas y estrategias para la búsqueda de salud.

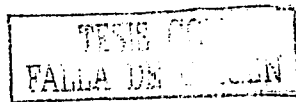
Cuadro 9. Resumen de la trayectoria seguida por cada entrevistado

Entrevistado	Tipo de Padecimiento	Carrera Curativa
Marcela	Problemas familiares	1) Vidente
Señor K	Problema familiares y laborales	1) Sociedad Nacional de Psiquiatría 2) Curandero 3) Grupo de Danza Tradicional Azteca
Marco	Consumo de drogas	1) Centro de rehabilitación 2) Psicólogo 3) Curandero 1 4) Curandero 2 5) Curandero 3 6) Médico tradicional
Sergio	Problemas económicos	1) Médico Tradicional, Hermano del médico, Naturista
Susana	Problema de estrés, tensión o nervios (depresión)	1) Uso de remedios caseros 2) Médico alópata 3) Curandero 1 4) Médico Naturista 5) Curandero 1
Claudia	Problema de estrés, tensión o nervios (continuos problemas en la garganta)	1) Uso de remedios caseros 2) Médico alópata 3) Homeópata, ISSSTE, Fonfatra 4) Médico titulado 5) Acupunturista, Psicoterapeuta 6) Curandero
Ximena	Problema de estrés, tensión o nervios (colitis nerviosa)	1) Uso de remedios Caseros 2) Médico titulado 3) Instituto Nacional de Nutrición 4) Yerbera



Cuadro 9(continuación)

Entrevistado	Tipo de Padecimiento	Carrera Curativa
Gabriela	Problema de estrés, tensión o nervios (colitis nerviosa)	1) Servicio médico de la Normal 2) Médicos del ISSSTE 3) Homeópata 1, Gastroenterólogo 1 4) Homeópata 1, Reflexóloga, Psicóloga, Psicoanalista 5) Médico tradicional, Homeópata 1, Gastroenterólogo 1, Terapia Gestalt, Acupunturista.
Beatriz	Problemas espirituales (pérdida del espíritu)	1) Médico Tradicional
Mercedes	Hija con parálisis cerebral	1) DIF-IMAN 2) Brujo, Espiritista, Reyki, Psicoterapeuta, Logia Rosa Cruz 3) Neurólogo 4) DIF_IMAN, Fisioterapeuta, Neurólogo, Medicina Integral, Médico Tradicional.
Sara	Hijo con retraso psicomotor	1) Médico Familiar 2) Médico Particular 3) Especialistas en el Siglo XXI 4) Clínica 32 del IMSS 5) Ortopedista, Curandero
Natalia	Hija mal del sistema nervioso Enfermedad provocada a la hija por una exnovia del marido	1) Uso de remedios caseros 2) Centro de Salud 3) Curandero 4) DIF, Centro de rehabilitación Teodoro Gil, Hospital 20 de Noviembre, Hospital López Mateos.
Eduardo	Hijo mal del sistema nervioso	1) Uso de remedios Caseros 2) Hospital, Psicólogo 3) Neurólogo 4) Bruja 5) Curandero
Rosa	Padecimiento musculoesquelético (Dolor en pierna y espina dorsal)	1) Seguro Social 2) Acupunturista 3) Curandero, Medicina Integral
Mónica	Padecimiento musculoesquelético (Doble corvatura en la espina dorsal)	1) Hospital General 2) Ortopedista del IMSS 3) Quiropráctico 4) Como 10 médicos ortopedistas 5) Médico Tradicional
María	Padecimiento musculoesquelético (Luxación en el cóccix)	1) Uso de remedios caseros 2) Médicos ortopedistas 3) Médico Tradicional



Cuadro 9 (continuación)

Entrevistado	Tipo de Padecimiento	Carrera Curativa
Javier	Padecimiento musculoesquelético (Problemas para caminar)	1) Médico general 2) Hospital de la columna 3) Huésped 4) Médico particular 5) Clínicas del IMSS, Curandero
Carolina	Enfermedad provocada por envidia	1) Médico general del Seguro Social, Dos huéspedes 2) Cardiólogo, Ortopedista, Neurólogo 3) Dos curanderos, Neurólogos, Brujos de Cutemaco 4) Médico del Seguro Social 5) Neurólogos, Psicólogos
David	Enfermedad provocada por envidia	1) Cruz Verde 2) Hospital Juárez 3) Cruz Verde 4) Espiritualista
Omar	Enfermedad provocada por envidia	1) Espiritista 2) Brujos 3) Regresa a Espiritista, Médico titulado
Victoria	Enfermedad provocada por la amante del marido	1) Curandera 2) Médico privado, Seguro Social; Curandero
Rosalba	Enfermedad provocada por la amante del exnovio	1) Ginecóloga, Curandera, Médico Naturista 2) Curandero.

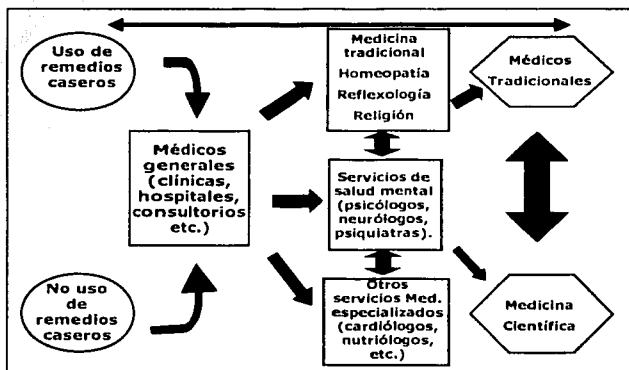
Las entrevistas y los testimonios de los entrevistados dan cuenta de las diversas estrategias que los usuarios emprenden para el cuidado de su salud y de otros miembros del hogar. Esta diversidad está básicamente relacionada con: i) los recursos disponibles para el cuidado de la salud, ii) la posibilidad de reinterpretar y utilizar información sobre los diferentes sistemas de atención médica, las experiencias anteriores de contacto con los diversos sistemas y las redes sociales de que disponen.

El uso de remedios caseros solo fue reportado por seis de los entrevistados. Catorce de los veintidós pacientes relataron que cuando presentan un padecimiento, acuden en primera instancia con médicos generales o familiares; cuatro visitan a médicos tradicionales y los cuatro restantes se dirigen a médicos especializados. La mayoría de los entrevistados, buscan posteriormente otras vías de apoyo, las cuales no son excluyentes sino más bien

complementarias, es decir, recurren de manera indistinta a servicios alternativos, a especialistas en salud mental y a otros médicos especializados, para finalizar la secuencia de la carrera curativa con un médico tradicional, con un médico científico o con ambos.

La secuencia antes descrita es característica de la mayoría de las trayectorias de los pacientes entrevistados, sin que hayan diferencias importantes entre un tipo de padecimiento y otro. En la figura 1 se presenta de forma esquemática esta secuencia en la búsqueda de atención.

Figura 2 Trayectoria de atención al problema de salud.



Los médicos tradicionales y los pacientes entrevistados coinciden en señalar que no existe un divorcio entre la elección por una u otra forma de atención a la salud, sino que todas coexisten de manera "natural" como las posibilidades u ofertas reales, es decir, no se descarta o descalifica ninguna práctica médica.

Este uso entremezclado de diversos sistemas médicos podría tener por lo menos dos funciones. La primera de ellas tiene que ver con la posibilidad de armar un conjunto de posibles opciones y de esta manera maximizar los recursos curativos. En segundo lugar, de acuerdo con Módena (1999), el uso de diversos recursos sanitarios tiene la función de satisfacer y atender distintos aspectos de una misma enfermedad donde un sólo sistema médico no puede satisfacer la complejidad cultural del evento.

En el siguiente relato se ejemplifica esta segunda función, donde recurrir a diversas alternativas por parte de Mercedes se desencadena a partir de la enfermedad de la hija. La entrevistada busca simultáneamente una cura para la hija y el encontrar una respuesta de lo que esta sucediendo, que la tranquilice y la libere de la culpa. En este sentido, la respuesta que la pueda satisfacer no solo tendrá que ver con la eficiencia de los tratamientos o con el grado de mejoría en el problema de la hija, sino también con la coincidencia que tenga esta respuesta con las vivencias de la entrevistada y con las creencias que tenga sobre la enfermedad.

“Cuando mi hija, la más chica, tenía 6 meses, le diagnosticaron en el IMAN (DIF) parálisis cerebral. A partir de ese momento, entré en pánico, en crisis emocional, existencial. Y tardé muchos años para situarme, digerir un poco el problema de mi hija, entonces, durante todo este tiempo, pues anduve con una persona, con otra. Fui a limpias, fui a los brujos, fui a sesiones espiritistas. He recurrido a las plantas y eso de la fitoterapia, lo de las microdosis y las Flores de Bach. Me refugié en la religión. La llevé a diversas instituciones, a una escuela para niños como ella. También he buscado psicólogos, fisioterapeutas. He recurrido a la homeopatía, el Reiki. No sé, como que la vida me iba empujando, por aquí, por acá, por acá. Ahora eh! vuelto al DIF, o sea, es un círculo en el que he andado. He vuelto al DIF y tiene su fisioterapeuta desde que mi hija tenía 14 años y ella le ha ayudado mucho, mi hija ha progresado mucho con ella.

En mis diferentes búsquedas he encontrado cosas que me han servido mucho a mí, que me han tranquilizado, que me han hecho crecer, me han hecho madurar para ver a mi hija tal cual es y no verla como una enferma.

A mí me interesa y me apasiona seguir buscando, pero yo digo, que este ya es un vicio, ya no es en torno a mi hija, sí no como vicio a saber más, a otra alternativa, a pues investigar de que se trata y todo eso. Por ejemplo, ahorita estamos yendo a una medicina integral, en la cual nos dan unas cápsulas pues de que no sabemos de que están hechas. Sin embargo lo que me mueve es la fe, porque pienso yo que, mientras Dios nos de salud y fuerza, pues que hay que seguirle en la búsqueda, en el camino, porque eso es la vida un aprendizaje una búsqueda, eso es lo que pienso, que hay que seguir buscando” Mercedes.

Comparación entre los diversos sistemas médicos

Para explorar un poco más sobre las características de las carreras curativas, se le preguntó a los usuarios cual era su opinión sobre los representantes de los de los diversos sistemas médicos que visitaron. En las diversas opiniones, los entrevistados hicieron principalmente una comparación entre los médicos “científicos” y los sanadores “tradicionales”. En pocas ocasiones se hizo referencia a otros especialistas como acupunturistas, reflexólogos o espiritualistas.

Los entrevistados consideran que los terapeutas tradicionales, a diferencia de los médicos profesionales, son personas “atentas”, “cercanas”, “que escuchan”, “cobran poco”, “prometen una curación rápida” y recetan “medicamentos con pocas reacciones secundarias”. Aunado a lo anterior, los sanadores ven a las personas como “seres humanos y no como enfermedades”, toman en cuenta a los pacientes para decidir diagnósticos y/o tratamientos y dan consejos sobre “hábitos alimenticios” y sobre la vida en general.

“ La diferencia está en la actitud, en la escucha, el tiempo, acercarse, es decir, los médicos cuando vas y les dices que es lo que tienes, ellos están en su escritorio y mientras más lejos

estén, mejor para ellos, en cambio el curandero te toca y te dice a ver que tienes, existe más contacto y los doctores no, y es que si no te tocan, no te oscultan no saben lo que pasa...”

María.

Por otro lado, la mayoría de los usuarios reconocen la preparación del personal médico científico y sus conocimientos teóricos y tecnológicos, pero no están muy convencidos en su eficacia debido a la falta de empatía, poca comprensión y entendimiento que muestran.

“La tecnología no, yo pienso, porque un médico cuenta con más avances tecnológicos, por decir, un hierbero te puede decir, a lo mejor tienes problemas cerebrales, pero un médico te lo confirma haciéndote una tomografía, un estudio más grande...” Ximena.

Es importante mencionar, que entre los usuarios existe un gran desconocimiento sobre los servicios que pueden ofrecer los profesionales de la salud para el tratamiento de problemas emocionales o mentales.

Para algunos de los entrevistados son igual de eficaces los médicos y los curanderos, ya que ambos están preocupados en proporcionar al enfermo la mejor ayuda posible en la solución de su problema, sin embargo, cada uno de ellos debe de reconocer cuáles son sus alcances y cuáles sus limitaciones.

“Todos tratan de ayudar, tienen la conciencia de que la vida es la vida y hay que salvarla, el como la ayudes o como la salves bueno. “Cada quien mata las pulgas a su manera”, según decía mi abuela. Lo único es que deben de aprender que tienen limitantes, que no lo saben todo y que todos pueden ser buenos para diferentes cosas” Mónica.

El rol del enfermo en la vinculación de la medicina tradicional con la oficial

Después de analizar las características que tienen las trayectorias de los entrevistados, queda claro, que el paciente se encarga de facilitar los vínculos de comunicación y

conocimiento entre los representantes de la medicina oficial y los representantes de la medicina tradicional. A través de las historias curativas narradas por el enfermo, el médico profesional puede conocer las características curativas del médico tradicional y viceversa. Del mismo modo, el enfermo, es el que se encarga de dar cuenta, a por lo menos uno de los médicos o sanadores visitados, sobre cuales métodos o tratamientos le han dado más resultado, las razones de la eficacia e ineficacia de los mismos y el costo de cada uno de ellos. También es el usuario quien se encarga de comunicar los diferentes conceptos que manejan los dos sistemas de sanación con relación a las enfermedades, tratamientos y limitaciones de los mismos.

Como hemos podido ver a lo largo de esta sección, en las trayectorias utilizadas por los usuarios se conjugan, complementan y yuxtaponen diversos sistemas médicos. La población usuaria puede hacer juicios de valor y críticas hacia estos, pero, no entra en conflicto por hacer un uso simultáneo de ellos.

Lo que hemos señalado hasta aquí, concuerda con la propuesta de Cabices (1996), en el sentido de que la población no tiene problemas en combinar diversos sistemas médicos. Del mismo modo, la información relatada pone en evidencia que los sistemas pluralistas, como los conformados por los usuarios entrevistados, ofrecen grandes ventajas para la resolución de conflictos o tensiones psicosociales, por lo que representan un conjunto de estrategias valiosas para el manejo de las enfermedades y las dolencias.

EL MUNDO DE LA MEDICINA TRADICIONAL: LA VISIÓN DE LOS SANADORES Y DE LOS USUARIOS

Bajo esta amplia categoría se ha englobado la información relacionada con la asistencia y funcionamiento de la medicina tradicional. En las dos primeras categorías se reseñan las vías de acceso a la medicina tradicional y las características de la relación que se establece entre el médico tradicional y el(los) usuario(s). En la categoría denominada "recursos y técnicas terapéuticas", se hace una descripción de los consultorios de los sanadores y se describen los procedimientos y recursos utilizados por los médicos tradicionales para el diagnóstico y tratamiento de los diversos padeceres. En la siguiente categoría, titulada "opinión de los usuarios hacia los tratamientos recibidos", se mencionan las experiencias y sensaciones que tuvieron los pacientes sobre las terapéuticas recibidas y se analiza la eficacia percibida. Las dos últimas categorías tienen que ver con la forma en que se remuneran los servicios dentro de la medicina tradicional y con la relación que se llega a establecer con otros servicios de salud.

Vías de acceso a la medicina tradicional

Los médicos tradicionales y los usuarios coinciden en señalar que el contacto con la medicina tradicional se hace "de boca en boca", es decir, la gente se entera del trabajo realizado por los sanadores a través de las recomendaciones que hacen las personas que fueron a consultarlos. Se recurre con un médico tradicional porque algún familiar, amigo o conocido platica sus anécdotas sobre lo útil y benéfico que les resultó la visita con el curador. En otros casos, las anécdotas son sobre experiencias vividas por terceras personas que tenían un padecer similar y que lograron curarse gracias a la medicina tradicional.

Por lo anterior, ninguno de los curanderos considera necesario hacerse publicidad o propaganda, ya que la misma comunidad se encarga de hacer evidente su presencia. En este sentido, el rumor popular tiene una importancia básica para el conocimiento del trabajo que los sanadores tradicionales realizan.

“Se corre de boca en boca, esto es una publicidad que no requiere publicidad. Curiosamente uno se pone a trabajar y solitas las cosas empiezan a caer. ¿Cómo? Es algo muy raro, si yo me cambio de lugar, la gente va y me sigue” Carlos.

“Por medio de la misma gente. Por medio de la gente se propaga esto, no necesitas dar volantes, no necesitas decir que tu te dedicas a esto, sino la misma gente se encarga de hacer esa cadena. Yo pienso que es por la fe que tenga la gente porque tu le resolviste los problemas... Si yo vi resultados en mis cosas, yo voy a jalar a otra persona, y si esa persona cree parte de esto, entonces va a ser más fácil que yo la jale” Estela.

Es importante mencionar que a pesar de que todos los usuarios decidieron acudir con un médico tradicional gracias a las recomendaciones otorgadas por sus conocidos. Algunos manifestaron cierto recelo hacia la asistencia, por tener cierta desconfianza hacia este tipo de medicina, o influenciados por la estigmatización social hacia el servicio¹⁷. De este manera, fueron frecuentes frases como: “no pierdo nada si voy”, “por no dejar”, o “quién quita y sirve”.

¹⁷ En este trabajo se entiende por estigmatización social a las resistencias que ciertas personas tienen para hablar libremente sobre su preferencia hacia la medicina tradicional. Lo anterior es motivado por el temor de ser calificados como ignorantes, supersticiosos o presas fáciles de la charlatanería, entre muchos otros calificativos.

"Un carnal que se llama JL que le había pasado lo mismo que a mí hace 3 años, llegó y me dijo [Oye que pasó contigo, si te estamos hablando para que te animes a ir, con F. es que mira lo que tu tienes a mí me pasó] yo me quedaba viendo nomás en la forma de hablar, y de expresar su mirada y todo eso, ahí se ve la gente que miente y ahí se ve, la gente que está diciendo la verdad. [Me dice no te hagas tonto, pero con otras palabras, no te hagas tonto, mira ese hombre tiene ese don, vamos, no pierdes nada, haz la prueba y si no que te operen]" Javier .

"Un día una amiga me comento acerca de F., me dijo vamos a verlo, le dije: mira he visto tantos médicos, estoy harta. Ya decidí que tengo que aprender a vivir de esta manera. Me dijo bueno no pierdes nada. Pues en esa conciencia de no pierdes nada fui y tenía razón, no solo no perdí, gane" Mónica.

Relación médico tradicional-usuario

El inicio del establecimiento de una relación entre el sanador y el "paciente", se da desde el primer encuentro entre ellos. El usuario llega al "consultorio" con una carga de expectativas, problemas, dolores, temores, conocimientos y experiencias que configura en sus quejas teniendo en cuenta sus propias simbologías y creencias. Como plantea Payán (1998), el paciente engloba en su enfermedad su totalidad, es decir, que relaciona sus dolores con sus desarmonías, dificultades en sus relaciones interpersonales o laborales, frustraciones, sensaciones y sentimientos que expresa a través de un padecer.

Por su parte, en este primer encuentro, el médico tradicional tiene como propósito evaluar esas quejas. Esta valoración puede realizarla desde dos lugares; sea haciendo una serie de preguntas específicas, en el esquema de lo que se conoce como historia clínica, bien, buscando un diálogo más libre entre un ser humano que padece y otro que intenta ayudarlo. En la interacción que se logra dentro de este segundo escenario, intervienen los

universos sociales, culturales y afectivos, tanto del sanador como del paciente, de esta manera hay mayores posibilidades de ver al ser humano que padece en su totalidad.

Para los médicos tradicionales, es justamente en esa interacción que se teje donde se encuentra gran parte del éxito curativo. Del mismo modo, los sanadores consideran importante mantener una cercanía física y sociocultural con sus pacientes, por lo que son frecuentes los masajes, las bromas, los consejos y el intercambio de experiencias. Para promover la confianza, también es necesario que la persona perciba resultados inmediatos.

"Tienes que darle resultados rápidos, porque si no ya no regresa, entonces tienes que darle algo en que él vea resultados inmediatos. Porque si uno no ve resultados inmediatos no va a regresar. Esto es lo más apremiante para tí, eso es lo que voy a tratar. Ahora la siguiente vez que venga tiene que estar mejor. Lo primero es que tienes que generar confianza en la persona, como va a ver confianza, pues viendo resultados" Luis.

Por su parte, los usuarios consideran que otro elemento importante que les ayudó a establecer una buena relación con los sanadores, fue el establecimiento de una comunicación clara y sencilla, a través de la cual, los usuarios perciben que los médicos tradicionales se aproximan más a su realidad y comprenden mejor sus problemas. En este sentido, el sanador es capaz de darle un nombre apropiado a la condición que sufre el paciente y esto lo libera de la ansiedad de no saber que se tiene. Del mismo modo, esta buena comunicación, permite que los pacientes expresen libremente su padecer y por lo tanto el médico pueda conocerlo y por lo tanto aliviarlo.

Otros factores señalados por los usuarios, que promovieron el establecimiento de una buena relación fueron: el percibir al sanador como una persona atenta, cálida y amable que

escucha y entiende; la seguridad con la que promete una rápida curación; el empleo de tratamientos sencillos, rápidos y baratos; el tiempo que dedica para platicar y atender a cada uno de los pacientes y la capacidad para demostrar y transmitir sus conocimientos médicos.

“Me acuerdo perfecto del primer día que fui, me sentí muy bien, el lugar muy acogedor, el terapeuta muy cálido, muy amable, muy escuchándote y un humano hablando con otro humano, la diferencia brutal con la institución. He tenido confianza. Habla muchas cosas de él que compaginaban conmigo, su limpieza por ejemplo, o sea su limpieza, su trato consistente, su escucha, entonces eso, que me hace confiar en él” Claudia.

“Yo percibo mucha congruencia, con lo que hace, con lo que practica, con lo que platica, con lo que transmite. Y el trato que nos da me gusta mucho. La primera vez que lo vi, casi quería salir corriendo, por su físico que es muy impactante, pero la profundidad de su voz, cuando platicas con él, tiene paz en lo profundo y más del tono de voz que tiene que es totalmente profundo pues se nota no, desde que empiezas a platicar con él, la tranquilidad, la serenidad, el tono de voz, el como maneja las palabras, el ritmo que utiliza cuando esta platicando contigo. Además, cuando llegas te trata como cuate desde la entrada, “que onda, cómo estas y que haz hecho”, eso tiene mucho que ver, yo siento que es parte de la terapia” Mónica.

Tres de los usuarios no establecieron una buena relación con el sanador consultado, dos de ellos por sentir que el curandero no fue honesto ya que los engañó tanto en el diagnóstico como en los tratamientos otorgados. La otra usuaria reconoce que le ha sido de gran utilidad asistir con el médico tradicional, sin embargo no esta de acuerdo con la postura de intolerancia que él toma ante los otros sistemas de salud. Estas actitudes dificultan la posibilidad de establecer un vínculo de confianza, ya que ella, por medio a ser

regañada o censurada, muchas veces no le cuenta lo que realmente esta sintiendo o sus posibles búsquedas en otras medicinas.

Recursos y técnicas curativas

Si se tratara de analizar detenidamente cada uno de los procedimientos utilizados en la medicina tradicional, se tendría una variedad que desafiaría cualquier clasificación y sistematización. Así, en esta sección, se intenta, aunque de una manera aproximada, la enumeración de los principales recursos y técnicas curativas. Es importante recalcar que en esta sección se describen solamente los procedimientos y recursos utilizados por los médicos tradicionales urbanos que entrevistamos y aunque algunas de las técnicas quizás pueden generalizarse a toda la medicina tradicional, se sabe también que cada región del país presenta diferencias, no solamente en el énfasis que se pone en una u otra de estas prácticas, sino que pueden hallarse otras formas de influencia directamente en relación con las tradiciones populares locales (Zolla, 1994).

El Consultorio

Nueve de los dieciséis médicos tradicionales (Carlos, Pablo, Manuel, Fernando, Gerardo, Martha, Concepción y Rosario) tienen el "consultorio"¹⁸, en el mismo lugar donde viven y cuentan con una estancia habilitada para realizar esta actividad. Estas habitaciones están decoradas de maneras muy diversas; algunas están cargadas de símbolos religiosos, que pueden ir desde estampas y efigies, hasta altares; otras, por el contrario, son muy austeras y solo cuentan con una o dos sillas, una mesa y un lugar donde realizar los tratamientos. El tamaño de las habitaciones también varía mucho, pero en todos los casos existe un espacio destinado para llevar a cabo las curaciones (puede haber una cama, un

¹⁸ En el estudio se entiende como consultorio al lugar condicionado por los curanderos para atender a las personas que solicitan sus servicios.

petate, una silla, o simplemente un espacio reservado para cualquier actividad terapéutica). Otra característica que comparten es que en algún lugar de la casa (el consultorio, el comedor, la sala, la cocina, estacionamiento, jardín, etc.) se pueden observar remedios medicinales, plantas curativas frescas o secas, lociones, pomadas, gotas y demás materiales curativos. En los consultorios de Pablo, Manuel y Rosario también se aprecian objetos a los que generalmente se les atribuye propiedades mágicas o energéticas como talismanes, piedras de cuarzo, agua, ajos, cebollas y estatuillas, entre otras. En algunos casos, para acceder al "consultorio", es necesario atravesar gran parte de la casa, en otros casos, se encuentra en la entrada del hogar o en un sitio anexo que es independiente a la vivienda. Gustavo, Luis, Estela y Claudia también realizan sus actividades terapéuticas en casas que comparten las características señaladas, pero no viven en ellas. Es importante indicar que en las casas o consultorios de estos médicos no existen letreros o propaganda sobre las actividades curativas que realizan o que los identifique como sanadores.

José y Rocío atienden a las personas en sus propios puestos de hierbas y veladoras y cuando se requiere un ambiente más privado, por ejemplo para hacer una limpia, utilizan un pequeño espacio que han condicionado con cortinas adentro del puesto. Carmen y Laura no cuentan con un lugar especial para atender a quienes le solicitan sus servicios. En múltiples ocasiones se desplazan a las viviendas de los usuarios o los atienden en eventos relacionados con la medicina tradicional.

"La casa se encuentra en la zona sur de la ciudad de México y forma parte de un conjunto habitacional. En la planta baja se puede observar la cocina, un cuarto, un baño y un pasillo distribuidor que cumple la función de "sala de espera" para los pacientes, en esta sala hay unas bancas plegables de madera. En lo que sería la sala-comedor, se observa una especie de ofrenda conformada por vasijas de barro rellenas de flores y plantas secas, también se observan figuras de barro precolombinas e instrumentos musicales como flautas de barro,

palo de lluvia. En cada esquina del cuarto hay un sahumerio y también hay uno en el centro. En este mismo lugar hay unos guacales cubiertos de tela que funcionan como asientos. (CO: En este lugar se realizó la entrevista al médico tradicional) En este salón también hay un archivero, E. nos explicó que en el mismo se guardan los expedientes de los pacientes (CO: en esta habitación hay muy poca luz y se encierra un olor muy extraño, que aunque es muy fuerte no resulta desagradable).

Otras de las habitaciones que se pudo observar es la que se utiliza como consultorio. Este cuarto es pequeño. Hay en el suelo una colchoneta donde, según nos dijo E. el paciente se recuesta para recibir la terapia, también hay tres almohadas forradas de tela roja, un estante de plástico colgado en la pared que contiene botellas de aceite y papel sanitario. También hay tres guacales pintados de negro que funcionan como sillas o como mesitas. La ventana del cuarto está cubierta por una tela roja que tiene impreso el "calendario azteca", esto hace que la habitación esté en una especie de penumbra, por lo que cada vez que se da consulta se tiene que prender la luz...." Fragmento de una nota de campo realizada por N.

La mayoría de los entrevistados tienen horarios de atención muy flexibles, es decir, las personas pueden consultarlos en cualquier momento. Cuatro de los entrevistados (Carlos, Gustavo, Gerardo y Rosario) prefieren atender mediante la programación de citas, sin embargo, todos sus pacientes saben que en casos de emergencia están a su disposición en cualquier momento.

El diagnóstico

Para el proceso diagnóstico, los médicos tradicionales mencionaron fundamentalmente cuatro técnicas: Interrogatorio o plática inicial, observación, lectura de huevo y limpia. Sin embargo, cada uno de ellos tiene su forma personal de diagnosticar, por ejemplo, uno puede utilizar de manera indistinta las cuatro técnicas; otro puede emplearlas de forma secuenciada en una misma consulta y algunos pueden combinar sólo algunas de ellas para determinar el diagnóstico.

Plática inicial

Esta actividad es muy parecida al interrogatorio que hacen los médicos profesionales a los enfermos sobre sus síntomas. Sin embargo, los médicos tradicionales lo hacen de una manera poco sistematizada. En primer lugar preguntan sobre las molestias y síntomas del padecimiento por el cual fueron a consultarlos. A continuación interrogan sobre el medio ambiente en que viven y sobre las relaciones con sus familiares, vecinos, amigos, compañeros del trabajo, etc. También averiguan sobre los hábitos y costumbres (alimentación, hidratación, sueño, ejercicio y relaciones sexuales) y sobre la vida emocional. Si los pacientes mencionan diagnósticos previamente establecidos, el curandero respeta las etiquetas puestas a la enfermedad, por ejemplo, depresión, diabetes o hipertensión arterial. El lenguaje utilizado tanto por el médico como por el paciente es sencillo y comprensible. Por medio de esta plática inicial se establece un espacio de comunicación en donde el paciente pueda relatar su malestar esperando obtener una respuesta satisfactoria y en donde el médico tradicional pueda exponer los elementos implicados en la cura.

“Hablar primero con la persona, qué es exactamente lo que siente, qué es exactamente lo que padece, que me cuente qué es lo que esta pasando, no solamente lo qué esté pasando a nivel físico, sino también en su vida cotidiana, en lo emocional, qué pasa en su vida, se acaba de separar, lo acaban de correr del trabajo, se acaba de pelear con su mamá, se acaba de disgustar con su compadre, se acaba de enterar que le pusieron los cuernos, se acaba de sacar la lotería, se acaba de enamorar, todo eso son pautas que nos van a ayudar para saber qué está pasando, por qué esta así. También le pedimos que nos diga como se alimenta, qué esta comiendo, qué esta bebiendo, cómo esta durmiendo y ejercitándose, con todo eso es como vamos a darnos cuenta qué es lo que esta pasando” Luis.

Observación

Aunado a los anterior, los médicos tradicionales están muy conscientes de la importancia de la observación en la consulta, pues saben que el "paciente" no habla sólo a través de su discurso verbal, sino también mediante sus gestos, su cuerpo, su tono de voz, etc. Ellos deben de contar con una gran sensibilidad social que les permita advertir, más allá de la palabra, cuál es la condición global del enfermo. Por ejemplo, Gerardo y Fernando señalan que las enfermedades pueden detectarse a través de la coloración de las uñas, rostro, ojos, constitución física, color de la piel y brillo del cabello, entre otros. Para Martha, la observación resulta de vital importancia para detectar problemas de tensión, estrés o nerviosismo.

"Si yo veo que viene con los ojos caídos, viene caminado lento, con dificultad, trae la cara pálida o su mirada es muy clavante, como que algo trae; o lo veo que empieza con sus manos así, o está con el pie duro y duro [realiza un golpeteo constante y rápido del pie], es que algo trae, o esta muy nervioso, o tiene una presión o tiene algún problema de decaimiento, o falta de vitaminas, o falto de varias cosas..."

La limpia

La limpia es un procedimiento ritual que tiene como objetivo la prevención, el diagnóstico y/o alivio de múltiples enfermedades. El procedimiento de limpia consiste en frotar, con huevos o con ramos de hierbas todo el cuerpo del paciente (desde la cabeza hasta los pies). Algunas veces puede ir acompañado de oraciones y/o cantos. El huevo y el ramo, al ser seres vivos, es decir que poseen energía, tienen la facultad de absorber los males del enfermo lo que permite a los médicos tradicionales determinar, a través del aspecto que toman después de las frotaciones, la enfermedad de la persona.

De acuerdo con los médicos tradicionales entrevistados, el diagnóstico se realiza de la manera siguiente: Se parte el huevo y su contenido es colocado en un vaso con agua. Inmediatamente después, se analiza en la yema y en la clara, la posible formación de burbujas, rayas o cambios en el color y el olor. En el caso de las hierbas se utiliza un procedimiento similar. Una vez que el ramo es pasado por el cuerpo del enfermo, se revisa cuál es el estado de las plantas. Si perdieron su color natural o están marchitas quiere decir que la persona esta cargada de energías negativas. Una vez analizados el huevo o el ramo deben de tirarse para evitar que las energías absorbidas puedan actuar sobre otra persona. Para los curanderos, el diagnóstico así obtenido puede algunas veces ser muy claro pero otras veces puede resultar muy vago.

Por medio de los rituales como la limpia se busca facilitar el establecimiento de una relación cercana entre el médico y el paciente; estimular la confianza y la fe del enfermo ante las habilidades del sanador; influir en el paciente para disminuir el miedo que siempre es un componente significativo de la enfermedad y estimular reacciones que lo conduzcan a la salud.

“La limpia se compone de tres o cuatro cosas; se utilizan más bien tres o cuatro cosas. Una es el ramo compuesto básicamente de siete plantas, de ahí viene el huevo, de ahí viene el ajo macho y la piedra de alumbre mezclado con lo que es loción de siete machos y un poquito de azufre. El alcohol es para prenderlo para que por medio de la lumbré desalojes, saques todas esas malas vibras que tu tienes. Lógicamente, el ramo se utiliza para frotar o para pasar en tu cuerpo, para quitar, para desalojar, espantar a todos aquellos espíritus malignos o que lo que te está obstaculizando. Después pasamos el huevo por todo tu cuerpo para poder tener una decisión, tener una aproximación en cuanto a la cura. Cuando te voy

pasando el huevo se tiene que decir una oración, se frota el huevo por todo tu cuerpo y mientras se tiene que decir una oración; la oración que a ti te nazca, que a ti te salga de adentro.

Por medio de la lumbré también se ve cuando tú estas cargada de tu aura, cuando estás débil, cuando tienes mucha energía positiva o energía negativa. Porque tanto la energía positiva te afecta como la negativa. La energía positiva cuando tus estas excedida, que no transmites te enferma, igual la energía negativa, cuando careces de energía, te enfermas de la misma manera que si estuvieras cargado" José.

A los usuarios entrevistados les resulta complicado hacer una distinción entre el diagnóstico y el tratamiento, ya que la mayoría de los procedimientos utilizados para definir cual es el tipo de padecimiento, también son utilizados con finalidades terapéuticas. Ejemplo de ello son las "limpias" y "los masajes corporales".

En la mayoría de los casos, los usuarios relataron que en la primera cita, el curandero les hizo una especie de interrogatorio donde les preguntó sobre sus molestias, sensaciones y malestares sentidos. También platicaron sobre los diagnósticos realizados con anterioridad por otros médicos o servidores alternativos (médicos generales, homeópatas, quiroprácticos, psicólogos, neurólogos, curanderos, entre otros). Esta especie de plática resultó poco sistematizada y muy puntual; generalmente la entrevista duró diez minutos, aunque en algunos casos se extendió hasta por media hora.

Después de este primer acercamiento, los informantes señalaron diversas actividades que le permiten al curandero completar el diagnóstico, destacaron la importancia en este sentido de los "masajes corporales" y las "limpias". Sólo una de las entrevistadas mencionó que la persona a la que recurrió utilizó la videncia para determinar cual era su problema.

Seis de los pacientes entrevistados relataron que como parte del diagnóstico los curanderos les hicieron una especie de *masaje* (exploración física) pero solamente en la región afectada (si por ejemplo, señala que viene mal de los nervios da un ligero masaje en la cabeza, si por el contrario el malestar es de tristeza les dieron un ligero masaje en medio del pecho). A ningún entrevistado le pidieron exámenes de laboratorio, radiografías u otros procedimientos diagnósticos de gabinete.

"Me saludo, me pregunto mi nombre, por que iba, quien me lo había recomendado, si tenía otros problemas de los que le había mencionado, me reviso específicamente la zona dañada, me explico lo que iba a hacerme, me explico que iba a molestar un poco, y después de que lo hizo, se percato que saliera bien, y me recomendó que bajara de peso, que hiciera ejercicio y si tenía dolor tomará desinflamatorios" María.

A tres de los informantes, les hicieron una limpia como parte del diagnóstico. En dos casos el curandero utilizó un huevo para hacer la limpia y en uno un ramo de hierbas. Independientemente del objeto simbólico utilizado para realizar la limpia, en todos los casos se describió el mismo ritual o procedimiento.

"El señor me limpió con un huevo, lo paso por adelante y por atrás, lo hecho en un vaso y ya me dijo, desde hace tanto tiempo tu te enfermaste, dio con las fechas exactas y todo, fuiste al doctor, el doctor te dijo acerca de los quistes, tomaste un tratamiento, te fuiste a tomar el ultrasonido, te dijeron que estabas bien, pero no estás bien. Me dijo [aparte padeces del estomago, tienes la columna desviada, tienes problemas en las piernas y tu nivel de visión pues no es tan bueno que digamos]. Entonces pues, a mi me sorprendió mucho, porque bueno, fue, un, diagnóstico muy completo. También me dijo que todo esto era a causa de un mal que me habían hecho y que él me podía curar" Rosalba.

Prácticas terapéuticas

El poder de las palabras

En esta categoría se han agrupado las diferentes formas de tratamiento expuestas por los entrevistados donde el principal elemento de curación es la palabra. Sin embargo los nombres utilizados para referirse a esta terapéutica fueron muy variados: "consejería y terapia", "psicología espiritual", "confesión", "pláticas y consejos".

El tratamiento basado en la palabra ocupa un lugar sobresaliente entre los recursos curativos utilizados. El médico tradicional permite que la persona se desahogue, cuente sus problemas, llore, grite, etc. Una vez realizada esta especie de catarsis, el curandero ofrece una serie de consejos acordes con los problemas que le han platicado. Algunos ejemplos de este tipo de consejos son los siguientes: "creo que sería bueno que hablara con su esposa...; yo le recomendaría que no le gritara de esa manera a sus hijos...". Debido a que la gente llega a consultarlos con todo tipo de problemas y es necesario darles una respuesta satisfactoria, que refleje el conocimiento y la experiencia del médico en estos hechos de la vida cotidiana, los médicos tradicionales tienen que saber de leyes, de economía, de amores, de sexualidad, de relaciones familiares, etc.

Los entrevistados (sanadores y usuarios) señalaron que este tipo de encuentros pueden darse de forma grupal con toda la familia o de forma individual. La duración de cada sesión es muy variable y depende del tipo de problema y del número de personas que asisten.

"Le digo [tome asiento] y ya empieza a contar sus males, muchos llegan llorando, muchos llegan furiosos y lo primero que llegan y me dicen, o a los quince minutos me dicen [oye

que bien se está aquí, fíjate que yo venía desesperado pero, al hablar contigo ya como que me siento más tranquilo].

Ahora, ¿cuál es la única cosa que yo hago? Si vienen diciendo que su marido es tal y tal y tal, yo no voy a echarle más leña al fuego, pero tampoco le voy a decir tú no tienes la razón o tu tienes la razón. Lo dejo que siga pensando de esa persona lo que quiera, yo no lo voy a convencer de que no es cierto, tiene que convencerse por sí misma, yo nada más la escucho y cuando ya la escuché trato de preguntarles a ver [dices que estas enojada porque tu marido no te dio gasto, y tú te has puesto a pensar ¿qué es lo que necesita tu marido? ¿hay reciprocidad?] [No pues es que si no me dio gasto, yo no le serví de comer] o [no le lavé la ropa porque no me dio la gana] [A ver ¿cómo sería si él te hubiera entregado tu gasto?] Entonces yo simplemente los escucho y les pregunto que están dispuestos a dar a cambio si las cosas cambiaran. Digo, porque para que haya un pleito tiene que haber dos y por ahí empiezo y cuando salen de aquí salen muy contentas” Rosario (curandera).

“Entramos los cinco, mis tres hijos y nosotros dos. Nos sentó a todos y luego nos empezó a preguntar, cómo nos llevábamos, qué hacíamos, etc. Nos dijo a mi esposo y a mi que se veía que éramos un buen matrimonio, pero, que había algunos problemitas. Que a veces mi esposo y yo nos sentábamos a comer y luego casi no platicábamos, cada quien estaba en sus cosas. Nos dijo que tratáramos de dialogar más, o sea de hablar más, de platicar más a la hora de la comida, los problemas de los hijos, porque cada quien se centra en sus problemas y no platicamos, porque somos un poquito agresivos los dos, entonces para no agredimos mejor nos callamos. Ahora que ya estamos yendo con él, ya nos hemos puesto a platicar más, platicamos más de los problemas que él tiene, de los míos, de mi familia. Empezamos a dialogar un poquito más” Mercedes (usuaria).

Los rituales y su función.

López Austin (1999) define un ritual como el conjunto de ritos pertenecientes a una religión o a una comunidad, destinados a un fin común. Para este autor, los diferentes ritos

que conforman el ritual siempre son de naturaleza social, es decir están establecidos por la costumbre o por la autoridad. El carácter regulado del rito lo hace apropiado y eficaz (se supone su eficacia empíricamente demostrada por su práctica reiterada a través de las generaciones). Si en un ritual no se alcanzan los propósitos pretendidos, el fracaso no se atribuye al rito, en el cual se sigue confiando, sino a alguna falla en su ejecución.

Para los médicos tradicionales que entrevistamos, todos los rituales que utilizan tienen su sabiduría, pero la función principal de cualquiera de ellos es enfocar la energía de la persona. Para ejemplificar lo anterior, Luis habla del ritual de la misa católica, en donde se llevan a cabo una serie de movimientos y eventos que llevan a enfocar la mente de las personas a un objetivo. De esta forma, cada vez que los médicos realizan un ritual es con el objetivo de enfocar la mente y energía del enfermo en la curación. Algunos curanderos señalan que las personas necesitan de símbolos para creer en la eficacia de los rituales, por lo cual se utilizan ramos, veladoras, huevos y oraciones, entre otros. Pero todos están de acuerdo en que independientemente de los símbolos que se utilicen la función del ritual es fijar la atención y la energía en una sola cosa.

Los rituales más utilizados son las limpiezas o las rameadas, que además de la tarea diagnóstica, tienen la función de ahuyentar, absorber o quitar la energía negativa. De acuerdo con el tipo de padecimiento y con las características personales del paciente se determina el número de limpiezas que serán necesarias. Para ilustrar las características de estos rituales se presentan el relato de un médico tradicional y la narración de un usuario.

"Los ramos que utilizamos, los usamos para ahuyentar los malos fluidos. Que el aroma de las hierbas se conoce desde tiempos más antiguos, que hay ciertos aromas que ahuyentan

los malos fluidos. Así como a manera de broma digo esto, así como a manera de broma; el aroma del ajo aleja a los vampiros, pues a manera de broma digo esto. Pero ya hablando en serio, se conoce desde los tiempos antiguos que ciertos aromas atraen ya sea los fluidos positivos o negativos, o ahuyentan a los fluidos positivos o negativos. En este caso el aroma de las hierbas ahuyentan a los fluidos negativos, entonces esta función tiene, de que al pasar el ramo por el cuerpo de la persona ahuyentan esos fluidos negativos, para que la persona se encuentre armonizada" Pablo.

"Estando ahí te pasa un ramo, te lo pasa por todo el cuerpo, con el ramo ella está agarrando todo el mal, después te pasa un huevo, lo abre y revisa si ya sale bien, si ya no tiene daño. El que me pasó a mí todavía olía feo, tenía un color raro y se veían como cosas. Entonces me dijo que tenía que volver otra vez para que me hiciera otra limpia, que otra vez llevará un huevo, mejor dos huevos por sí uno se rompía. La segunda vez que fui me limpió igual con el ramo y al terminar me pasó el huevo, antes de abrirlo lo movió y lo oyó, luego lo abrió y ya no olía feo y ya se veía menos feo el huevo. Fui dos veces más a que me limpiaran y ya luego salió limpio el huevo" Victoria.

Otros rituales: El temazcal

Fernando, Gustavo y Luis mencionaron utilizar el temazcal con finalidades terapéuticas, sin embargo, sólo pudimos observar el temazcal usado por Fernando.

De acuerdo con los entrevistados, el temazcal es utilizado para curar diferentes enfermedades físicas, emocionales y espirituales y para fortalecer la voluntad. Cada vez que se entra a un baño de estos, las personas sudan en abundancia y por lo tanto, "ponen en vibración cada átomo y célula del cuerpo". Quien dirige un temazcal (el curandero), conduce todo un proceso de convivencia con los cuatro elementos que sustentan la vida: el agua, la tierra, el aire y el fuego. Para los informantes, el temazcal representa el vientre de

la madre tierra, donde se gesta y se renueva la vida, por eso, este lugar es considerado como un lugar sagrado desde tiempos inmemoriales. Por medio de este baño, es posible redistribuir la energía logrando así una armonización donde se restablece la fortaleza física, el equilibrio mental, emocional y espiritual.

El temazcal de Fernando se encuentra en el jardín de la casa. La parte de abajo del temazcal es un círculo construido con cemento, el cual se rodea con ramas de árboles, quedando una especie de choza que tiene un tamaño suficiente para que puedan entrar por lo menos diez personas. Para obtener vapor, en el centro del temazcal se colocan piedras que previamente fueron calentadas en una gran fogata. A las piedras se les rocía una infusión elaborada con diversas hierbas y plantas produciendo un denso vapor¹⁹.

Fernando nos planteó que existen diversos tipos de baños de temazcal, sin embargo, los que él realiza con mayor frecuencia son los grupales y a mujeres después del parto. De acuerdo con el entrevistado la mejor forma de tomar el temazcal es desnudo, sin embargo, como la mayoría de las veces son baños grupales, recomienda que vistan ropa ligera como playera y short. Una vez logrados los efectos curativos y purificadores del baño, se abre por la parte de arriba el temazcal para que el vapor salga. La duración del ritual oscila entre 50 y 90 minutos. Una vez concluido, los participantes se acuestan en el jardín para reposar el baño y para re-hidratarse con agua y frutas.

“Yo estoy utilizando ahora, desde hace cuatro años, mucho, mucho, el temazcal. Es una de las terapias que he encontrado más completas para sanar cualquier tipo de problema, ya sea

¹⁹ De acuerdo con Fernando, el conjunto de plantas utilizadas se determina a partir del tipo de padecer por el cual se recurre al baño.

físico, emocional o mental. Este temazcal lo hacemos periódicamente, casi dos veces al mes y de ese temazcal pues traemos a grupos de gente, de diez mínimo, porque es muy grande el temazcal. Aquí conjuntamos varias terapias tradicionales para que la gente sane y es un trabajo que se hace con el fuego, con el agua, con las plantas, con trabajo de grupo. Nos juntamos diez gentes, conmigo que soy el instructor; entonces, empezamos a trabajar, para armonizarnos, para que expresen cosas que tienen guardadas, para que hagan un trabajo interno pero apoyados por el grupo. También utilizamos mucho el canto ya que es una de las terapias más profundas, con eso se pueden lograr cosas a nivel profundo. Con el canto, con la música y las plantas directas en el cuerpo y a través de sus aromas con el calor. De esta manera se hace una sudación, una purificación, este, casi, casi celular, sanguínea, corporal, completa. Y ahí nos metemos, se tapa bien, casi en la oscuridad, en la penumbra, ahí la gente se libera de muchas cosas, aparte de que fisiológicamente se obtiene una purificación del cuerpo” Fernando.

Solo una de las usuarias (Susana) ha participado en los temazcales de Fernando. De acuerdo con ella, el temazcal tiene como función principal purificar el cuerpo y el alma de los participantes.

“Antes de entrar al temazcal me dieron mi masaje, me acostaron y me jalaban de la cabeza, la cara, todo, todo, masaje en todo. Y luego ya entramos hincados y decimos unas palabras que no me acuerdo, pero entramos hincados, Y ya entramos, nos presentamos, ese día entraron muchas personas, entramos como 15 o 20 personas. Y ya que nos presentamos todos, él, F. empieza a cantar en náhuatl. Al principio como que da miedo, pero no, uno se siente bien, sale uno muy relajado, con mucha energía, es como volver a nacer, como ellos dicen, es como volver a nacer. A cada rato, dentro del temazcal, la gente que no aguanta se sale, son cuatro puertas, se salen a gatas los que quieran. Después, otra vez, vuelve a preguntar, que si sienten bien, cómo se están sintiendo. O sabes que, que me estoy mareando, él dice [tranquila, tranquila, horita, acércate a mí, relájate, no va a pasar nada, no

te preocupes]. Antes de entrar también te pregunta si tienes presión alta para que este al pendiente de cada persona. Adentro esta muy caliente, él mete un garrafón de agua y la hecha en las hierbas que están sobre las piedras y se hace un vapor que se respira riquísimo. Y ya cuando salimos nos da un baño, nuestro baño de agua fría y nos da nuestro té y nos acostamos un rato en el jardín. Ya después, nos da de comer y ya después te puedes retirar. El tiempo que estuvimos adentro fueron como dos horas y media o tres. Si estás un buen rato adentro" Susana.

Enseñanzas para mantener la salud

De una forma o de otra, todos los terapeutas señalan que la medicina tradicional, es una medicina principalmente educativa, es decir, más que curar a las personas les enseñan a lograr la curación ellas mismas. Sin embargo, lo más importante dentro de esta reeducación sanitaria es el concientizar a los pacientes sobre las fallas que tienen en sus hábitos y costumbres elementales (en el comer, beber, dormir, respirar, etc.). Pero, finalmente la decisión de cambiar o no queda en manos de cada paciente. El carácter preventivo de esta medicina radica en la observación de los hábitos indicados, además de ser la base para que cada persona pueda asumir conductas saludables en los demás ámbitos de su vida.

"...a todos los casos, lo primero que hacemos con nuestros pacientes es llevarlos a un estándar de alimentación, hidratación, descanso y respiración para que obtengan un estándar de vida. Con ese estándar de vida, ellos van a poder tener capacidad de decisión, de toma de decisión. Entonces van a poder tomar mejores decisiones a nivel físico, mental, emocional y espiritual. Y pues bueno, dentro de eso pueden ir hábitos de como caminar, como hacer un ejercicio, hacer alguna cosa, dependiendo que sea lo que haga falta a cada paciente, el simple hecho de como sentarse, son elementos que ocupamos para la corrección y la salud de las personas" Gustavo.

Reeducación social

A través de las entrevistas y de las observaciones realizadas, se pudo observar la poderosa influencia que tienen y emplean los curanderos para modificar la vida social de sus pacientes. Los curanderos tienen en sus manos la posibilidad de influir en el cambio de las relaciones humanas de los pacientes y de esa manera romper con círculos viciosos de patología social o familiar que, si bien no siempre la producen, sí facilitan su mantenimiento. De esta manera, al alterar la vida del paciente que le permite una nueva posición en el grupo, ofrece una distinta posibilidad de cambio, no solamente en el paciente, sino también en su relación con figuras importantes de su vida, sean de su familia o de la comunidad en la que se desenvuelve.

Un ejemplo claro de lo anterior es el relato que hace Estela sobre el tratamiento que otorgó a un señor que sufría de alcoholismo a causa de un "daño". La curandera le señaló que la persona que le había hecho el daño era uno de sus compañeros de trabajo (con quienes acostumbraba ir a beber) y que por lo tanto debía evitar todo contacto con él. Podemos imaginarnos que bajo esta recomendación, la curandera buscaba que la vida del paciente en relación con su grupo de amigos cambiara y que con ese cambio el paciente se alejara de las amistades que lo estimulaban a tomar alcohol.

Masajes

En la mayoría de los casos, el masaje consiste en presionar o frotar con diferentes grados de intensidad, diversas partes del cuerpo. El masaje puede ser interno o externo y normalmente va acompañado con el uso de pomadas, aceites o lociones hechas con alcohol y hierbas. Para sobar, masajear o fregar, cada médico lo hace a su manera, algunos médicos

lo puede practicar con el puño cerrado y otros lo pueden ejecutar con un suave masaje untando aceites, cremas o esencias. En ciertas ocasiones se puede hacer el masaje sólo en la parte afectada mientras que en otras se efectúa en todo el cuerpo. El masaje puede ir acompañado con cantos en náhuatl, en maya o con oraciones católicas.

Por medio de estos procedimientos el médico tradicional busca lograr un "equilibrio energético en el paciente (evitar el exceso de energía positiva o los niveles bajos de energía y ahuyentar la presencia de energía negativa)". Para lograr esta "armonización energética es necesario remover la energía que pueda quedarse "estancada" en el cuerpo, mente y/o alma, la cual no permite que el flujo energético circule adecuadamente". Este proceso se hace a través de las palmas de las manos del curandero, ya sea haciendo un masaje corporal o poniendo las manos frente a la persona enferma.

" Los nervios. para problemas de los nervios yo acostumbro más que nada a dar masaje. Doy masaje del sistema nervioso, de la cabeza, pero te molesta bastante la garganta, te afecta los oídos, te duele la cabeza, entonces buscamos la parte que esta desajustada, por lo que se alteran los nervios. Bueno yo lo atribuyo muchas veces a que esos nervios no vienen solos, sino vienen a un aire fuerte que recibiste, no se, estabas durmiendo, salistes afuera, entonces el sistema nervioso se altera porque las glándulas reciben aire, entonces toda la parte que esta en los oídos y todo eso, todo eso se altera y viene el dolor de cabeza y mucho malestar. Entonces, hay que buscarlo, a través de puro masaje en los nervios, puro masaje ligero, con la pomada, con el aceite. Puro ligero, puro ligero y se va quitando el problema y ya" Concepción.

De las diversas formas de masaje que fueron relatadas, nos enfocaremos a la efectuada por los médicos de la tradición de "Tetzkatlipoka". La información que se relata sobre este

tipo de masaje proviene de los relatos de los médicos tradicionales Gustavo y Luis y de la información otorgada por los usuarios Claudia, Mercedes, Mónica y Marco.

El masaje que se otorga es todo un sistema de manipulación y digitopresión corporal terapéutica que tiene tanto funciones diagnósticas como curativas. El “*apaxtli tlawayotl maihpaxtli*”, que en mexica significa “ablandar lo que genera el corazón de la gente con las manos que curan”, es un masaje que se realiza tocando, presionando y acomodando músculos, huesos, tendones y articulaciones, para permitir que corra la energía. Con este masaje se drenan y estimulan los sistemas linfático y nervioso y por lo tanto se despierta el flujo natural del ser humano, logrando así el equilibrio energético en cuerpo, mente y espíritu. La mayoría de las personas que acuden reciben este tratamiento ya que es una de las terapias correctivas más rápidas.

Para recibir el “*Tlawayotl*” (nombre abreviado del masaje) el paciente se recuesta, completamente desnudo, envuelto en una sábana. Los médicos utilizan aceite para facilitar la manipulación del cuerpo e invariablemente siguen un orden específico, la terapia se inicia por el pie derecho y se va subiendo haciendo un recorrido parecido al de un ocho visto de un lado, este recorrido se realiza por adelante y por atrás. Algunas veces, durante la terapia, el médico hace observaciones o preguntas al paciente, quien puede limitarse a responder, entablar conversación con el médico o guardar silencio, según sea su decisión. Las reacciones por parte de los usuarios que recibieron este masaje fueron variadas: risa, llanto, gritos, quejidos, agitación, movimientos involuntarios de piernas, brazos y relajación. La duración de la terapia oscila entre sesenta y noventa minutos, al finalizar, se deja al paciente reposando unos diez o quince minutos.

"Empieza en el quitate todos los metales que una trae, anillos, aretes, cualquier cosa que uno trae, y empieza el tratamiento boca arriba, empieza a soltar la tensión de los músculos empezando por los dedos de los pies, empieza de un lado, lo que es el lado derecho, va subiendo hasta la altura de la cintura, trabaja el área de la cintura, de la cadera, y de ahí sube a la parte del tronco y brazos, después regresa al pie izquierdo y vuelve a subir llegando hasta lo que es la altura del pecho y terminando con la punta de los dedos de la mano. De ahí, es voltéate, siempre sobre el lado derecho, voltéate y vuelve a empezar, este desde los pies, este por la parte trasera, por llamarlo así, y es igual, empieza a recorrer las piernas (hace las dos al mismo tiempo), y ahí es donde él ubica un poquito, me imagino que por los conductos linfáticos, el que ha comido uno, y en que esta afectando a uno en su organismo, afloja todos los músculos de la espalda y termina por tronarlos, por llamarlo así, hacerlos que entren en su lugar y ese es el final del tratamiento" Mónica.

Herbolaria

Un grupo importante de curanderos informó conocer una gran diversidad de plantas medicinales, sin embargo utilizan de forma cotidiana un número restringido. También señalaron que en la mayoría de los casos no emplean una sola planta sino que combinan varias.

Los sanadores mencionaron que las plantas medicinales son el principal recurso en problemas claramente "físicos", pero pasan a un segundo término cuando los padecimientos están asociados con lo "emocional" y/o lo "anímico", donde la herbolaria se convierte en un recurso complementario que tiene muy poca eficacia si no va acompañado con otras prácticas.

Las plantas medicinales se recetan principalmente de dos formas: como infusiones o tés

y en forma de baños. Aunque la mayoría de los médicos están conscientes de la eficacia de las plantas y de las consecuencias negativas en caso de una equivocación, los entrevistados no manejan dosis exactas. Las indicaciones son del tipo: "ponga un puñito de té de azahar a hervir, déjelo reposar 5 minutos y tómeselo antes de acostarse", o bien "ponga a cocer una cantidad considerable de valeriana y después agréguelo a la tina y tome su baño antes de acostarse".

Las plantas que se recomiendan, la forma de preparación, la frecuencia y tiempo de uso del remedio se hace a partir de tres circunstancias: i) el tipo de padecer y gravedad de cada paciente, ii) los síntomas observados y los que el paciente relata; iii) el conocimiento práctico que se tiene de la eficacia de ciertas plantas y remedios para enfermedades específicas. En los siguientes párrafos se presentan dos relatos que ejemplifican el modo en que los curanderos recomiendan el uso de plantas.

"Mira, para problemas de los nervios se utiliza el toronjil, son unas hierbas que huelen como a menta y te das un baño. Aparte del baño te la puedes tomar, te relaja, te duerme, te la tomas en la noche y al otro día amancece como si algo te quitaron de encima" Rocío (curandera).

"Me recomendó unos tés para tomármelos en mi casa, me dio un montón de tés, unos para tomármelos en mañana y otros para tomármelos en la noche; unos para dormir y otros para calmar los nervios..." Omar (usuario).

Otras prácticas curativas alternativas

Gracias a la información narrada por los usuarios, fue posible apreciar que es frecuente la utilización de prácticas terapéuticas alternativas que se diferencian de las estrategias

curativas de los médicos tradicionales. Algunas de estas prácticas son la medicina ayurveda (promovida por Deepak Chopra), la acupuntura, el Feng shui, las flores de Bach y el yoga por sólo nombrar algunas. Este tipo de prácticas son importadas e ingresan a la cultura mexicana totalmente desligadas del campo social donde fueron producidas, convirtiéndose simplemente en técnicas para operar sobre el cuerpo o en un producto comercial, al cual también se puede recurrir cuando se presenta una enfermedad.

Objetos simbólicos

Como ya se mencionó, para facilitar la confianza del paciente en la eficacia terapéutica, dentro de la medicina tradicional se utilizan determinados objetos a los que se les atribuyen poderes curativos. Son objetos que el paciente adquiere del sanador o por recomendación suya, los puede aplicar por su cuenta o servir de mediación en el ritual.

Entre los objetos mencionados por médicos y usuarios sobresalen los ramos, el huevo, las velas, los artículos religiosos, las esencias o lociones, los amuletos y los talismanes. Todos ellos tienen en común que buscan un efecto curativo por la vía de lo simbólico.

Los ramos y el huevo son utilizados principalmente en rituales como la limpia, su función esencial es servir de soporte o mediación para descubrir el problema que aqueja a la persona y la manera de solucionarlo. También son útiles para absorber y ahuyentar. Las velas y veladoras tienen múltiples usos, desde dar luz y energía al espíritu, hasta conseguir marido o buena suerte en el trabajo. A través de los artículos religiosos (estampas, figuras, vírgenes, crucifijos, escapularios, oraciones, figuras de deidades prehispánicas, etc.) se pide a los dioses ayuden a que se produzca la curación. El amuleto es un objeto protector, de uso general. El talismán, en cambio, es un objeto de poder de uso personal, se hace uno especial

para cada persona y con una utilización determinada, generalmente se acompaña con oraciones. Las esencias o lociones, pueden emplearse como protección o para atraer el amor, el dinero o la salud.

Recomendaciones

Doce de los usuarios entrevistados refirieron que casi al final de la visita, recibieron ciertas recomendaciones por parte de los curanderos, las cuales se enfocaron principalmente a cambios alimenticios (prohibiciones relativas al consumo de refrescos, comida chatarra, etc. y aumento en el consumo de frutas y verduras), aumentar las rutinas de ejercicios, tomar ciertas hierbas medicinales en forma de infusiones y rezar por las noches.

Los médicos tradicionales consideran que su obligación termina en el momento en que indican las actividades o tratamientos que sería útil se desarrollaran fuera del "consultorio". A partir de ahí la responsabilidad de realizar los tratamientos y la decisión de regresar para una revisión queda totalmente en manos del paciente. Con esta propuesta se busca que el paciente participe más activamente en la recuperación y promoción de su bienestar.

"Me recomendó que hiciera diario unos ejercicios para ir acomodando el cuerpo, que son unos sentados, algunas abdominales donde sienta uno, donde sienta uno para que los huesos vayan tronando y se vayan acomodando en su lugar, para que no estén tan tensos los músculos. También me receto un té para mis nervios, unos té naturales de raíces. Que no comiera tanta grasa y que comiera mucha fruta, eso sí, determinada fruta para tal cosa, me receto el plátano para los carbohidratos y el fósforo" Marco.

Duración de los tratamientos

A partir de las observaciones y de las pláticas con los informantes se aprecia que la duración de los tratamientos está determinada principalmente por el tipo de padecimiento,

sin embargo, en la mayoría de los casos, las actividades terapéuticas dentro del "consultorio" tuvieron una duración promedio de una hora y en pocos casos se dedicaron más de tres sesiones para el mismo padecer.

Como ya se mencionó, uno de los objetivos de la corta duración de los tratamientos es que la persona, al sentir una mejoría desde la primera visita, tenga confianza en el tratamiento y en el trabajo terapéutico del médico, de tal forma que regrese cuando presente otro padecer o que recomiende al médico tradicional dentro de su red social. Esta confianza en el curandero tiene como ganancia secundaria, la posibilidad de que el paciente recupere la esperanza de su curación y trabaje para combatir su padecer.

A manera de recapitulación se puede decir que cada una de las prácticas curativas presentadas tiene características y funciones específicas; sin embargo, todas ellas comparten cuatro características: 1) el uso de maniobras y/o elementos simbólicos, 2) el establecimiento de una buena interacción sanador-paciente, 3) la concepción integral del ser humano y 4) el papel activo del paciente dentro del proceso de recuperación.

Por ejemplo, en rituales como la limpia o el temazcal están claramente presentes diversos elementos simbólicos, como el ramo, las hierbas, el huevo, cantos y rezos. En los tratamientos basados en masajes, también son frecuentes los rezos y las oraciones, sin embargo, el símbolo fundamental radica en las manos del terapeuta.

Se puede deducir con bastante facilidad, que el establecimiento de una buena relación afectiva entre el sanador y el paciente, favorecerá la acción de cualquier acto terapéutico, independientemente de los recursos o procedimientos curativos utilizados.

Aunado a lo anterior, los rituales, los masajes o la simple disposición para escuchar con atención, facilita la ocasión para que se de una experiencia catártica y para expresiones de apoyo a favor de individuos en búsqueda de una solución a su padecer.

Opinión de los usuarios hacia los tratamientos recibidos

En esta sección se analizan las apreciaciones que tuvieron los entrevistados sobre las terapéuticas a las que estuvieron expuestos durante sus visitas con los médicos tradicionales. Primero se plantean aspectos sobre las experiencias y sensaciones, para posteriormente presentar la eficacia terapéutica percibida, así como los elementos que influyen en esta percepción.

Vivencias durante los tratamientos

Se les pidió a los usuarios que platicaran sobre las vivencias que tuvieron durante y después de las visitas con el curandero, con estas preguntas se buscaba rescatar la experiencia subjetiva de los tratamientos reportados.

Al hablar los informantes sobre sus experiencias durante los tratamientos, aparecen con gran frecuencia palabras como: “quitarse un peso de encima”, “dejar algo que traes” “tranquilidad”, “alivio”, “bienestar”, “energía”, “recargar las pilas”, “cambiar de actitud”.

Estos términos son utilizados para indicar tres sensaciones diferentes dentro del proceso. En un primer momento, dadas las características de los tratamientos, pueden “liberarse de sus cargas emocionales, físicas y demás factores estresantes”. Gracias a este proceso, logran “entrar en un estado de tranquilidad o a alivio que los reconforta” y que a su vez les permite “llenarse de energía positiva”.

“Yo me he sentido muy este, muy reconfortable, como que deja uno algo que trae uno ahí adentro, pues yo me siento muy bien, cada que voy como que, que cambia mi vida. Yo me siento muy tranquila, muy tranquila, como que ora sí que voy ahí y haga de cuenta como si me dieran algo, así muy tranquila me siento. Y salgo pues sí, ora sí que viendo la vida de otra manera y todo” Marcela.

Eficacia Terapéutica

Según Kleinman (1980), la eficacia subjetiva, es valorada con criterios diferentes por el curandero, por el usuario o por el investigador, sin embargo, estos criterios tienen como eje conductor una la cuestión básica de qué significa curarse para cada uno de ellos. Ahora sólo nos enfocaremos en la información señalada en este sentido por los pacientes.

Las personas entrevistadas consideran que los tratamientos otorgados por los médicos tradicionales fueron benéficos. La utilidad no sólo se relaciona con la supresión de síntomas, sufrimientos o alteraciones, sino también con aspectos sociales y culturales como una mayor libertad para expresar sensaciones y malestares, esperanza en la recuperación y la reinterpretación de la enfermedad. A continuación se presenta la eficacia percibida por los usuarios en cada uno de estos aspectos.

Impresión de una mejoría en su salud

La mayoría de los entrevistados experimentaron una mejoría física y emocional, después de haber recibido la terapia o tratamiento. En este sentido señalaron que los tratamientos utilizados por los médicos tradicionales son muy completos, ya que abarcan “las diversas esferas del ser humano”, es decir, buscan por medio de la curación que “regrese el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu”.

"Antes era su forma de ser era muy, este, pus como muy berrinchudo, muy y no estaba normal, no se sentaba así como normal, sino que lo que pasa es que su mismo sistema nervioso no lo hacía que se concentrara, sino se la pasaba gritando, entonces te digo que la gente que lo conocía, la gente que lo veía me decía que el niño estaba loco, por lo mismo que como no estaba tranquilo, no estaba en paz. Y ahora después de haber ido con este señor, ahora el niño ya está más tranquilo, se sienta y está ahí sentadito, más tranquilo, a veces hasta está jugando con su hermanita la más chiquita, se pone a jugar y se anda riendo"
Ernesto.

Libertad para expresar sensaciones y malestares

Los usuarios manifestaron que cuando están con el curandero se sienten con una gran libertad para expresar todo tipo de malestares, sensaciones, dudas, miedos, etc. En esa confianza que les transmite el curandero radica gran parte de su decisión para recurrir a él. Esta confianza hacia los médicos tradicionales fue relatada haciendo una comparación con las sensaciones percibidas hacia los médicos científicos, quienes según los entrevistados, solo les preguntan los síntomas de la enfermedad, sin tomar en cuenta cuál es la demanda del enfermo.

"A parte de todo de ser este, o sea lo que hace el masaje y todo, platico mucho, muchas cosas con él y me ayuda a centrarme en muchas cosas, a parte de ser eso, es como psicólogo, podría decir, porque platica mucho con nosotros" Marco.

Mayores esperanzas en la curación

Para los informantes, los sanadores explican con palabras sencillas y que le son comunes al paciente las causas del padecimiento y las posibles formas de tratarlo. Por lo

anterior tienen un mayor fe y esperanza en la posibilidad de sanar y en las habilidades del curador.

"F. me da una esperanza de poder vivir con menos dolor, mi vida era un dolor constante 24 horas los 365 días del año, F. me da la apertura o la nueva esperanza de que puedes vivir de otra manera, de que efectivamente tienes una limitación pero que puedes manejarla, que puedes controlarla, que puedes vivir sin dolor, que al irla además controlando puedes ir ampliando tu círculo de actividades y puedes hacer otras cosas" Mónica.

La esperanza en una mejoría se ve apoyada por la manera en que se percibe al sanador, es decir, se le reconoce una capacidad para curar y sus prácticas curativas se consideran efectivas.

"Pues hay algo muy importante, ama su profesión, sus conocimientos los ama, los cuida y por eso es verídico en todo lo que hace, por que si fuera mentira, yo ya ahorita estuviera ya en el hospital. Yo creo en sus conocimientos de lo que es la herbolaria, en la sabiduría que tiene, sus raíces que son buenas. Esta como el periodista que no tiene dinero, pero te pone todo el corazón, en lo que él sabe, yo le tengo mucha confianza, la forma que me habla, que me trata y los conocimientos que él ha ido adquiriendo poco a poco, es lo que me da confianza en lo que él esta haciendo" Rosa.

Papel activo del paciente en su recuperación

Con los tratamientos que otorgan los curanderos, los pacientes sienten que juegan un papel activo dentro de su recuperación, ya que gran parte de la actitud que ellos toman en el transcurso del tratamiento influirá en la cura de sus malestares. Del mismo modo, las personas tienen que enfrentarse con sus comportamientos poco sanos pues los curanderos ponen en evidencia sus malos hábitos o formas de vida. Por ejemplo, en vez de hablar de

hipertensión, le muestran al paciente como afectan la alimentación o el estrés laboral en el funcionamiento del corazón.

"Tomé conciencia, de que tú eres el que te estas enfermado, porque tu quieres, o por que hay algo que te esta bloqueando a nivel espiritual, emocional, fisico, a nivel de tu realidad cotidiana. G. me enseñó a comprender que si tu no atiendes esa manifestación de que algo no está funcionando bien, pues entonces eso se puede convertir en algo más grave. Pero si tu aprendes, pues desaparece, sobre todo si lo agarras en sus inicios. Eso no quiere decir que no se pueda volver a repetir la manifestación, pero entonces la causa es diferente, si es que aprendiste por supuesto, si hiciste tu tarea" Beatriz .

Como se ha visto, la mayoría de las percepciones hacia los médicos tradicionales son favorables, sin embargo, para dos de los entrevistados los tratamientos recibidos no resultaron eficaces. Las razones mencionadas fueron, el no haber observado mejoría o cambios significativos después de los tratamientos, el fanatismo exagerado del sanador, la sensación de ser estafados por charlatanes y la falta de confianza ante el curador y sus estrategias desde antes de asistir con él.

"Siempre que yo salía de, había algún detallito que no me gustaba, no es como te digo de repente, te dice tráeme un, un litro de agua, porque la quería embotellada, y la llevas, no me deberías de haber traído bonafont, me la deberías de traer electropura, por que me dijeron (los astros o su dios), que la electropura es la mejor, no se lo crees, a lo mejor si se lo dicen, yo digo que no, pero ese detallito no me gusta..." Victoria.

"Ni siquiera me tocó, y ya me había revisado, me dijo [pues que le hicieron un mal y demás cosas]. Entonces ¿qué hay que hacer? no que vamos a tratarlo, vamos curarlo. Bueno pero ¿qué hay que hacer? Sí, comprar esto, comprar esto otro y otro. En su casa tomarse en ayunas una cucharada de un preparado de hierbas y frutas que ellos mismos hacen y a la

hora de acostarse otra cucharada, que es un purgante para sacar todo eso que le dieron, y así sacar el mal. Bueno, ya terminando todo eso, otra vez a revisión. No que su mal sigue todavía, está ahí presente y tenemos que sacarlo. Yo le dije a mi mamá, esto es puro cuento, esto no sirve para nada” Omar.

Finalmente, hay también comentarios muy neutrales respecto a los tratamientos, por ejemplo, una de las entrevistadas refiriéndose principalmente a las limpias, mencionó que si bien estas no ayudan, tampoco hacen daño, por lo que las recibe sin ningún problema.

Remuneración de los servicios

Los servicios de los terapeutas tradicionales pueden ser remunerados de diversas formas, pero los entrevistados señalaron el pago monetario como el más frecuente, ya sea por los servicios otorgados, por el material utilizado durante la consulta o por el medicamento. En la mayoría de los casos, no existe una cuota o tarifa fija, los sanadores cobran de acuerdo a las capacidades económicas de cada persona. A alguien que tiene recursos le pueden cobrar 500 pesos mientras que a otra persona no cobrarle nada. En otros casos, les piden a los pacientes que dejen de manera voluntaria una cantidad, normalmente tienen una charola o refractario donde debe de ser depositado el dinero. A los usuarios, esta última forma de pago, les causa cierta confusión, ya que en ellos recae la responsabilidad de decidir cual es el pago justo, lo anterior se complica aún más cuando los sanadores hacen comentarios como “deposita lo que puedas y quieras, lo que creas que vale la salud de tu hijo, ” “no me debes nada, yo no cobro, es tu voluntad”. Más de la mitad de los usuarios, estiman que los médicos tradicionales cobran muy barato, considerando todo lo que hacen y comparándolos con otros servidores alternativos (quiropáticos, homeópatas, etc.) o con los médicos titulados particulares. Otras formas de retribución, aunque mucho

menos frecuentes son: el pago en especie y regalos como agradecimiento a los servicios recibidos.

Con el interés de profundizar más sobre la paga de los servicios en la medicina tradicional, se les preguntó tanto a los sanadores como a los usuarios qué significado tenía para ellos esta retribución.

En este sentido, fue interesante observar que doce curanderos reconocieron que la medicina tradicional a lo largo de la historia ha tenido como principio rector el no cobrar o lucrar con los conocimientos médicos. Por el contrario, quien cuenta con el "don", a heredado los conocimientos por tradición familiar o se le ha enseñado a sanar, tiene la obligación de ayudar a las personas y el pago o lo que llegue a sus manos es bien recibido. Sin embargo, por las condiciones económicas que se viven actualmente han tenido que empezar a cobrar como cualquier otro trabajador que provee servicios.

Los usuarios consideran que es razonable pagar a los curanderos por los servicios recibidos, esto les da derecho a reclamar cuando no están satisfechos con algún tratamiento y exigir un servicio adecuado. Aunado a lo anterior, el pago, aunque sea simbólico, permite que se rompa un lazo de deuda, es decir, recibo un servicio por el cual pago y por lo tanto no quedo en deuda con nadie.

Relación con otros servicios de atención

Para finalizar esta sección, se presenta la información relatada por los médicos tradicionales en cuanto a la convivencia que mantienen con otros sistemas de salud. En este sentido, todos los sanadores reconocen que en la ciudad de México, interactúan de manera

continúa los distintos sistemas médicos. Sin embargo, las opiniones en torno a esta convivencia fueron diversas.

Quince de los médicos entrevistados mantienen ciertos vínculos con la medicina institucionalizada, por ejemplo, envían a sus pacientes con médicos titulados para que les hagan análisis, radiografías, etc.; y así contar con un diagnóstico más completo. Para Manuel y Rocío esta serie de estudios también les permiten descartar que el padecimiento se deba por un problema físico u orgánico y así trabajar con toda seguridad a nivel mágico-religioso.

Carlos, Concepción y Carmen reconocen que hay ciertas enfermedades que ellos no pueden curar, como por ejemplo, retraso mental, esquizofrenia u otras psicosis, en tales casos recomiendan a sus pacientes asistir por ejemplo, con un psicólogo o psiquiatra.

Por su parte, Fernando, José, Claudia, Gustavo, Luis y Gerardo admiten que un gran número de sus pacientes hacen uso simultáneo de la medicina tradicional y la científica, esto ellos lo ven con buenos ojos siempre y cuando los representantes de la medicina científica no enjuicien, desvirtúen y sean irrespetuosos con los conocimientos de la medicina tradicional.

Martha, Carmen y Concepción señalaron que mantienen relaciones de colaboración con médicos homeópatas, sacerdotes, integrantes de grupos de autoayuda y con otras personas que ofrezcan algún tipo de terapia alternativa que pueda contribuir en el restablecimiento de la salud de sus pacientes.

Sólo Pablo informó que nunca enviaba a sus pacientes con los médicos titulados o con representantes de otros sistemas médicos, ya que esto sería como reconocer o aceptar que el trabajo que realizaba no era bueno; de esta forma si él no estaba completamente convencido de la efectividad de su trabajo, era muy difícil transmitir confianza a las personas que recurrían a solicitar su ayuda.

Finalmente, queremos señalar que en el discurso de los entrevistados se percibe un enojo hacia los representantes de la medicina oficial "institucional". En diversas secciones de las entrevistas los informantes sostienen que existe muy poco respeto hacia el trabajo que ellos realizan, que los médicos titulados descalifican su trabajo a la primera oportunidad utilizando adjetivos como "brujos", "charlatanes", "supersticiosos", "aprovechados", etc. Para ellos esta actitud de los representantes de la medicina institucionalizada es de soberbia y de miedo. De soberbia porque no son capaces de aceptar que existen otras prácticas médicas que pueden funcionar tan bien o mejor que las suyas y de miedo, porque si estuvieran seguros de los alcances que tiene su medicina no habría la necesidad de desacreditar otras actividades curativas. Aunado a lo anterior, entre líneas también se puede apreciar la existencia de un gran rencor por parte de los entrevistados hacia los representantes de la medicina "institucional" y una necesidad constante de justificar su trabajo terapéutico ante ellos.

RECAPITULACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado se presenta una síntesis de la información analizada en la sección de resultados.

Los médicos tradicionales entrevistados definen a la salud y a la enfermedad tomando en cuenta la realidad global del ser humano y que constaría de cuatro elementos: cuerpo-espíritu-ambiente-comunidad. Las conceptualizaciones que hacen los sanadores están basadas en las creencias y valores que tenían los médicos tradicionales desde antes de la conquista. Sin embargo, sus definiciones han sufrido reconstrucciones y resignificaciones para adaptarse y seguir vigentes en la actualidad. Ejemplo de lo anterior es la apropiación de conceptos del sistema médico oficial dentro de su discurso ("depresión", "psicosomático") y/o de componentes característicos de la sociedad urbana actual (la importancia de lo económico para contar con salud, o la violencia como un factor importante para enfermar).

Por su parte, la construcción de conocimientos que los usuarios hacen sobre la salud y la enfermedad está orientada por su historia personal (moral, educativa, cultural), por el acceso que han tenido a diversos sistemas curativos (posibilidades económicas, espaciales, temporales, culturales) y por las experiencias asistenciales vividas a lo largo de su padecer (si han acudido con mayor frecuencia con médicos titulados y han encontrado respuesta a su padecer en este tipo de servicios, entonces dan definiciones más precisas y abstractas. Por el contrario, si sus experiencias han estado más cercanas a la medicina tradicional, entonces sus definiciones están más relacionadas con conceptos más anímicos o energéticos).

Los puntos de vista propuestos por los sanadores, reflejan una concepción "ideal" de la salud, lograda a través del equilibrio colectivo y la autorregulación. Los significados que le atribuyen los usuarios a la salud, están íntimamente ligados a sus propias vivencias y sufrimientos cotidianos, por tal motivo, su concepción es mucho más "realista" que la propuesta por los curanderos, y está asociada con la capacidad de ser productivo, hacer lo que uno quiere y no tener dolores o molestias. En contraste, médicos y pacientes conciben a la enfermedad como un desequilibrio colectivo o grupal, siendo las causas principales problemas del individuo con el entorno (violencias, contaminación, desempleo, etc.) o conflictos en la relación interpersonal (envidias, miedos, rencores, etc).

A pesar de las posibles diferencias en la forma de conceptualizar la salud y la enfermedad entre médicos y usuarios, ambos grupos consideran la salud asociada con el equilibrio y la enfermedad como un desequilibrio. Como ya lo hemos señalado, esta manera de ver la salud y la enfermedad tiene sus raíces en los antiguos mexicanos. Sin embargo, como plantea Castro (2000), los conceptos de salud y de enfermedad desde la armonía y el desequilibrio, tienen un significado para los entrevistados, no porque recurran a una teoría náhuatl para darles sentido, sino porque basándose en sus condiciones actuales de vida, los individuos pueden dar nuevos significados a estas creencias y prácticas tradicionales.

En relación con los aspectos de mayor consulta, se puede decir que se recurre a la medicina tradicional por problemas de diversas índoles (amorosos, conflictos familiares, apuros económicos, estrés, tensión, nervios, angustias espirituales) que cubren prácticamente toda la esfera vivencial del individuo y que abarcan espacios no fácilmente medicables. Esta información contrasta con los datos reportados en otros estudios (Campos,

1997; OPS, 1999) donde las enfermedades de tipo biológico son las principales demandas de atención de la población que vive en zonas urbanas.

Del mismo modo, llama la atención que para algunos de los usuarios, la medicina tradicional fue la opción más viable para el tratamiento de problemas "mentales", sobre todo en el caso de hijos que sufran una parálisis cerebral, un trastorno psicomotor o algún problema del sistema nervioso. Como ya se mencionó, la eficacia de la medicina tradicional, esta asociada con una apreciación de mejoría en la enfermedad de los hijos, pero también con encontrar una respuesta, que si bien no asegura la curación, por lo menos aminora la culpa, rabia, impotencia o ansiedad que les produce la enfermedad de sus hijos. En futuras investigaciones sería interesante profundizar más sobre las razones por las que la medicina tradicional se considera como una opción eficaz para el tratamiento de este tipo de padecimientos.

Asimismo, es importante mencionar que al tratar algunos padecimientos como consecuencia de brujerías o daños, los pacientes son liberados de cierta carga de culpabilidad ya que el responsable de su malestar es un tercero quien provocó el daño. Unado a lo anterior, el usuario recibe una explicación sobre su problema

a que le resulta coherente, clara y acorde con sus creencias, lo que resulta de gran utilidad en aquellas enfermedades difíciles de diagnosticar, en aquellos padecimientos donde la cura es casi imposible o en aquellas situaciones donde resulta necesario una modificación en la vida social del paciente.

La información recopilada también nos permite señalar que en general, los usuarios tienen una buena impresión de la relación sanador-paciente. Como señalan Seguin (1979),

Campos (1992) y Finkler (1996), un elemento fundamental de cualquier acto curativo, es la relación que se establece entre ambos, y en este caso los usuarios consideran que los sanadores se empeñan por conocer las características generales de la persona y se interesan por escuchar su padecer. Del mismo modo, las características y acciones realizadas por los médicos tradicionales, favorecen el establecimiento de una buena relación médico-paciente, siendo éste un espacio donde el padecer se expresa libremente, donde el sanador puede conocerlo y por lo tanto, aliviarlo o curarlo.

De igual forma, queda claro que los médicos urbanos que entrevistamos, al igual que los estudiados por Press (1978), Campos (1997) y Prophet (1998), se han tenido que ir adaptando al elaborar una síntesis de los conocimientos que tienen y las expectativas o demandas de las personas que atienden. De ahí que los terapeutas tengan que cubrir al mismo tiempo diferentes roles (consejero de amor y de leyes, nutriólogo, depositario del saber, mago, etc.). La medicina tradicional urbana busca, a través de esta nueva combinación de roles, mantener una forma de identidad frente a los múltiples procesos de cambio.

En cuanto a los recursos terapéuticos utilizados por los médicos tradicionales, podemos señalar que cada una de las prácticas curativas tiene características y funciones específicas; sin embargo, en todas ellas se conjugan diversos elementos, que en su conjunto dan lugar a la eficacia del tratamiento. Las prácticas terapéuticas comparten el uso de maniobras y/o elementos simbólicos, una corta duración, el establecimiento de una buena interacción sanador-paciente, la concepción integral del ser humano y el papel activo del paciente dentro de su recuperación. Por lo anterior, no existe ninguna duda en reafirmar lo expuesto

por Trotter y Chavira (1981), en el sentido de que estas prácticas curativas funcionan como un importante apoyo psicológico y social.

En relación con las trayectorias curativas, en este trabajo se ha podido constatar lo encontrado en otros estudios (Gutiérrez, 1985; Zolla, 1992; Cabieses, 1996; Bronfman, 1997 y Módena, 1999), en el sentido de que, independientemente del padecer y la posición económica o educativa que se tenga, las personas recurren a todas las posibilidades que tienen a su alcance para encontrar la curación o por lo menos una respuesta satisfactoria a su malestar. Esta asistencia a diversos sistemas médicos es una práctica frecuente entre la población, que tiene su razón de ser y que cumple funciones específicas.

También se ha podido observar que se están presentando cambios en las características de las trayectorias que siguen los pacientes en la búsqueda de salud; estos cambios se están acentuando por la presencia de nuevas prácticas curativas alternativas. Sería importante que en futuras investigaciones se estudie con mayor profundidad este tipo de saberes y tratamientos, ya que los mismos se intercalan cada vez más, con aquellos que provienen de la medicina tradicional mexicana y con los otorgados por la medicina oficial, dando lugar a un extraño espacio donde coexisten y conviven y desde el cual las personas toman opciones para definir las enfermedades y seleccionar sus sanadores y estrategias curativas.

Como un último punto de esta síntesis, cabe mencionar que los usuarios entrevistados reconocen a los médicos tradicionales como una opción de solución a problemas de salud, sean éstos de la índole que sean. Las circunstancias que explican la asistencia con este tipo de sanadores son: la apreciación de un trato cordial y cercano; el uso de un lenguaje sencillo y comprensible; el que se dedique el tiempo necesario a cada persona; la seguridad

transmitida por los curanderos, tanto en la curación como en las prácticas curativas utilizadas; el dar atención a la persona en su totalidad y no enfocarse sólo a la enfermedad; el asegurar una rápida mejoría y su bajo costo.

Es evidente que la medicina tradicional no tiene respuestas para muchas enfermedades, ni tiene la solución para todos los problemas de salud, pero tampoco se le debe considerar charlatanería, inútil o nociva. Hay que reconocer y valorar sus principios en su justa dimensión, así como la importancia que tiene en la actualidad, en donde es creada y recreada en la vida cotidiana de los sujetos.

Por todo lo anterior y seguramente por muchas otras razones que no se alcanzaron a vislumbrar, en este trabajo se reitera lo señalado por Campos (1997) en el sentido de que a pesar de los cambios en los estilos de vida urbana y a la creciente dependencia que genera la medicina oficial, la medicina tradicional sobrevivirá de forma indefinida en las zonas urbanas de nuestro país.

REFLEXIONES FINALES

En esta última sección, se pretende exponer una serie de consideraciones en relación con el trabajo realizado. Se presentan primero algunas reflexiones en torno a los argumentos teóricos y metodológicos sobre los que se construyó esta investigación, para posteriormente recapitular la información analizada alrededor de la medicina tradicional urbana su lugar y funciones dentro del complejo sistema sanitario que rige nuestro país, haciendo un énfasis en su intervención en el campo de la salud mental.

Berger y Luckman (1988) afirman que todo problema de investigación implica un recorte de la realidad, la realidad sólo puede ser cognoscible cuando el investigador interactúa con ella. El conocimiento no se "adquiere", sino que se construye; la "realidad" no es un ente externo, más bien los objetos de conocimiento se construyen durante su relación con el investigador y ambos se transforman en este proceso.

Por ello, en esta investigación no se ha pretendido el "descubrir" una realidad, sino la producción de un conocimiento que debe ser definido por las limitantes de su contexto. Es decir, no se buscó difundir una verdad respecto a las significaciones de la medicina tradicional urbana y su rol dentro de los sistemas de salud, sino construir una aproximación que tome en cuenta las determinaciones de su elaboración.

Del mismo modo y como se mencionó en la introducción de este trabajo, el fenómeno de la salud es muy vasto y complejo, por lo que no puede ser aprehendido y entendido en su totalidad a través de una sola aproximación o enfoque teórico. Por lo tanto, lo que se ha plasmado en este documento, sólo refleja una manera de conocer la medicina tradicional, sólo es un conocimiento relativo, entendiéndolo por ello que no está aislado de los demás conocimientos, que no se basta por sí mismo y que no puede existir por sí solo.

Aunado a lo anterior, la estrategia teórico-metodológica elegida fue una herramienta útil para recuperar el campo de la palabra y del lenguaje, de la conciencia, de las creencias y de la voluntad, lo cual permitió explorar las relaciones existentes entre la experiencia subjetiva de la salud y la medicina tradicional y el entorno dentro del cual se produce dicha experiencia. También permitió mostrar que la comprensión de los significados, es más

profunda cuando se aborda desde la visión de sus principales actores, en este caso, médicos tradicionales y usuarios.

Tal y como se mencionó en el marco teórico, el abordar la experiencia subjetiva del proceso salud-enfermedad desde el paradigma normativo tiene diversas limitaciones, una de ellas es centrar la mirada en los fenómenos observables, como sería la conducta de enfermar. El retomar en esta investigación la perspectiva propuesta por el construccionismo social, donde se le da mayor importancia al lenguaje o a lo que se dice como medio para transmitir el conocimiento de origen social, permitió otra vía de análisis sobre la forma en que se construyen los significados de las experiencias de salud y enfermedad.

En este mismo orden de ideas, la perspectiva construccionista utilizada en esta investigación permitió establecer un vínculo entre lo "macro" y lo "micro". Es decir, se logró captar la articulación entre lo individual y lo social, entre la experiencia personal y la estructura social (Laplantine, 1986 Paez, 1992; Arredondo y Meléndez, 1992). Retomando a Castro (2000), las narraciones que médicos y usuarios hicieron sobre la salud, la enfermedad y el uso de servicios, reflejaron además de la experiencia subjetiva de los entrevistados ante estas cuestiones, algunos de los rasgos del mapa de las relaciones sociales que prevalecen en el grupo o la sociedad a la que pertenecen. Un claro ejemplo de lo anterior, son los relatos que hicieron los entrevistados sobre los principales motivos de consulta a la medicina tradicional urbana. Se recurre a este tipo de medicina como una opción para restablecer equilibrio que se pierde por los destructores efectos emocionales y psicológicos de la vida urbana; cuando se presentan problemas que ponen en riesgo la identidad cultural y/o los roles de género establecidos y cuando se busca encontrar una respuesta a un padecer que sea satisfactoria y libere de la culpa y de la ansiedad. Este tipo

profunda cuando se aborda desde la visión de sus principales actores, en este caso, médicos tradicionales y usuarios.

Tal y como se mencionó en el marco teórico, el abordar la experiencia subjetiva del proceso salud-enfermedad desde el paradigma normativo tiene diversas limitaciones, una de ellas es centrar la mirada en los fenómenos observables, como sería la conducta de enfermar. El retomar en esta investigación la perspectiva propuesta por el construccionismo social, donde se le da mayor importancia al lenguaje o a lo que se dice como medio para transmitir el conocimiento de origen social, permitió otra vía de análisis sobre la forma en que se construyen los significados de las experiencias de salud y enfermedad.

En este mismo orden de ideas, la perspectiva construccionista utilizada en esta investigación permitió establecer un vínculo entre lo "macro" y lo "micro". Es decir, se logró captar la articulación entre lo individual y lo social, entre la experiencia personal y la estructura social (Laplantine, 1986 Paez, 1992; Arredondo y Meléndez, 1992). Retomando a Castro (2000), las narraciones que médicos y usuarios hicieron sobre la salud, la enfermedad y el uso de servicios, reflejaron además de la experiencia subjetiva de los entrevistados ante estas cuestiones, algunos de los rasgos del mapa de las relaciones sociales que prevalecen en el grupo o la sociedad a la que pertenecen. Un claro ejemplo de lo anterior, son los relatos que hicieron los entrevistados sobre los principales motivos de consulta a la medicina tradicional urbana. Se recurre a este tipo de medicina como una opción para restablecer equilibrio que se pierde por los destructores efectos emocionales y psicológicos de la vida urbana; cuando se presentan problemas que ponen en riesgo la identidad cultural y/o los roles de género establecidos y cuando se busca encontrar una respuesta a un padecer que sea satisfactoria y libere de la culpa y de la ansiedad. Este tipo

de padeceres son el reflejo de las constantes crisis económicas, sociales y morales que sufre y ha sufrido la población. En otras palabras, el sufrir este tipo de problemas no es sólo la consecuencia de un problema biológico o la resultante de una historia personal desafortunada, sino el resultado de las experiencias que se viven en el aquí y el ahora y dentro de los sistemas sociales en lo que la población se encuentra integrada.

Esta vinculación entre lo macro y lo micro también se observa claramente en la manera en que los médicos tradicionales conceptualizan y tratan las enfermedades y dolencias. Los sanadores, basan sus conocimientos de medicina en la realidad global del ser humano (cuerpo-espíritu-ambiente-comunidad), en tanto que las enfermedades son el resultado de alteraciones ambientales, de la falta de armonía entre las personas, del cambio de normas de vida, entre otros motivos. De esta manera, las enfermedades se tratan de forma colectiva, aunque éstas se manifiesten de forma individual. Lo anterior significa que la causa de la enfermedad y el tratamiento de la misma se declara en relación con el grupo social, aunque ésta se manifieste en un solo individuo.

Aunado a lo anterior, el abordaje interpretativo en el cual se basó este estudio, permitió constatar la existencia de concepciones simbólico-culturales sobre la salud más amplias que las reconocidas en los discursos médicos dominantes. Concepciones globales y holísticas donde la salud es vista como algo cultural, como algo colectivo y relacional, más allá del binomio salud-enfermedad, más allá de la dimensión fragmentada de la enfermedad o como el resultado de la suma de factores. Como Viveros (1993) señala, aproximarse de esta forma al estudio de la salud conduce siempre a la necesidad de una interpretación compleja y continua de la sociedad en su conjunto. Veamos cómo se manifiesta lo anterior en un caso concreto.

David, uno de los usuarios entrevistados, mencionó acudir con un médico tradicional por ser víctima de una brujería causada por la envidia de una vecina. David sentía y percibía que se hacía pequeño, esta sensación iba acompañada de mareos y falta de apetito. Kleinman y Cohen (1997) plantean que si este caso se analizara desde el enfoque psiquiátrico dominante, se buscaría esquematizar el trastorno a partir de criterios diagnósticos y se buscaría encontrar posibles relaciones causales entre los síntomas y los procesos fisiológicos. El resultado final de ese análisis sería un diagnóstico totalmente estructurado y generalizable, pero aislado de un marco biográfico, histórico y cultural en el que podría cobrar un sentido específico. Por el contrario, por las características de la perspectiva teórica aquí utilizada, el análisis del caso toma otro matiz, es llevado a un dominio de relación entre síntomas, biografía y contexto cultural y donde el significado es el hilo conductor de la descripción. Es así que el padecer de David es un complejo sistema de significados: donde no tiene nada de extraño que alguien inmerso en la cultura mexicana crea que, debido a la envidia de la vecina, pueda ser objeto de una brujería que a su vez le cause una enfermedad que le haga percibir que se hace pequeño. De acuerdo con Kleinman (1988), el padecer de David se inscribe dentro de un marco cultural específico y puede ser apprehendido como un símbolo, como una fijación de algo que se dice y que es interpretado en términos de un contexto.

El padecer de David, anteriormente ejemplificado, pone una vez más en evidencia los riesgos que se pueden tener si se analizan las enfermedades a partir de criterios universales. De ahí que en esta investigación se retomará la propuesta realizada por autores como Good (1977) y Kleinman y Cohen (1997) en el sentido de establecer la variación cultural como

un pilar en el estudio de la salud, ya que por muy biológicas que puedan ser las raíces de cualquier enfermedad, se experimenta en contextos sociales y culturales distintos, que a su vez hacen diferentes sus síntomas, evolución y tratamiento.

Como hemos visto, la cultura juega un papel fundamental para la interpretación de la enfermedad, pero también es determinante en la relación que se establece con el sanador. Kleinman y colaboradores (1978), se han referido a ese influjo como "construcción cultural de la realidad clínica". Los autores señalan que para que exista una buena comunicación entre el médico y el paciente, es necesario que el médico acepte que su construcción de la realidad clínica, es sólo una de las muchas construcciones posibles. Del mismo modo, es necesario que entienda que la construcción que hace el paciente de su padecer puede ser totalmente diferente.

Las narraciones de los entrevistados demuestran que el éxito de la intervención médica de los curanderos radica, no tanto en lo acertado de la intervención técnica, sino en la posibilidad que se le brinda al paciente de comprender su enfermedad, al lograr una buena comunicación con él mediante un lenguaje sencillo y entendible. Es a través del discurso expresado por el curandero y la interpretación que le dan al mismo el paciente y su grupo social el nivel de eficacia que se le otorga tanto al sanador como a las prácticas terapéuticas efectuadas. De esta manera, se crea un espacio de diálogo y comunicación entre el médico tradicional y el usuario que hace posible la circulación de significados, a pesar de las posibles diferencias culturales que se puedan tener.

Tomando como punto de partida las consideraciones abordadas anteriormente en torno al armazón conceptual y los datos analizados a lo largo de este trabajo, a continuación se

presentan algunas aportaciones de este trabajo a la investigación en el campo de la salud en general y a la psicología en particular.

La información presentada en esta tesis, muestra como la medicina tradicional es una opción más para hacer frente al sufrimiento humano, no solamente físico, sino también al moral y al psicológico. Los médicos tradicionales toman en cuenta el fondo anímico y situacional, valoran no sólo la queja sino a la persona que se queja. Logran integrar el tono expresivo que acompaña a la queja, penetran en la realidad personal del paciente desde donde emana tal queja y de la que muchas veces ésta no es más que el símbolo, grito de alerta o llamada de auxilio. De esta forma, los representantes de la medicina tradicional logran ver esa dimensión fundamental del sufrimiento humano que está más allá de los límites físicos y de los signos biomédicos.

Otra de las aportaciones de este trabajo es el reiterar que cualquier padecer es una elaboración cultural que remite a un mundo de significados (Good, 1977; Álvarez, 1987; Kleinman, 1988; Martínez, 1998). Comprender lo anterior es indispensable para realmente entender el padecer de las personas y por lo tanto no caer en el error de diagnosticar y tratar un padecimiento, por ejemplo, como una enfermedad mental, sin detenerse a pensar si realmente se trata de eso.

Por otro lado, en diversos estudios se argumenta (Blanco-Cruz, 1992; Garrison, 1997; Lubchansky, Egri y Stokes, 1970) que la medicina tradicional tiene principios similares a la psicoterapia. Ya sea por la presencia de ritos equivalentes al psicodrama, dando una explicación de la eficacia con conceptos psicodinámicos o encontrándole semejanzas con otras técnicas terapéuticas. El realizar este tipo de análisis de las similitudes entre la

medicina tradicional y la psicoterapia, puede ser un obstáculo para un verdadero entendimiento de los sistemas de sanación tradicional por las siguientes razones:

i) Tanto la psicología como la medicina tradicional son saberes que corresponden a creencias distintas; ii) se corre el peligro de concluir que los sanadores son efectivos porque utilizan las mismas técnicas que los psicoterapeutas; iii) cuando se comparan sistemas con diferentes bases, se corre el riesgo de enfatizar similitudes a nivel de conceptos psicológicos sin considerar la importancia de las diferencias culturales y sociales, es decir, psicologizar la medicina tradicional sin tomar en cuenta los elementos terapéuticos únicos del sistema; y iv) resulta un error metodológico extrapolar conceptos psicológicos o psiquiátricos al contexto de la medicina tradicional o viceversa ya que los sistemas nosológicos tradicionales y el sistema biomédico no son reducibles uno a otro.

A partir de lo expuesto por los médicos y usuarios entrevistados y retomando el análisis que hacen Kleinman y Cohen (1997) en el sentido de que la anorexia o la depresión tal y como son descritos en los manuales, podrían ser síndromes ligados a culturas como la estadounidense, nos preguntamos si las nociones que sobre salud y enfermedad mental se manejan en la actualidad realmente reflejan los padecimientos cotidianos de la población mexicana, por ejemplo, ¿los criterios que se mencionan en el DSM-IV como característicos de una depresión mayor, coinciden con los problemas sociales, económicos o de relaciones interpersonales que podría sufrir un individuo que vive en la ciudad de México?

Por otro lado, este trabajo permite proponer algunas consideraciones en torno a la posible reformulación de políticas en salud y modelos de atención.

El primer paso sería reconocer el hecho social innegable de que existe un sincretismo de prácticas médicas. La población recurre a todas las posibilidades que tiene a su alcance en la búsqueda de la salud. De este modo, coexisten la medicina oficial o científica, la medicina tradicional, la acupuntura y otras formas de manejar las enfermedades y dolencias como la medicina naturista o el espiritualismo. Del mismo modo, se debe admitir que la asistencia a sistemas médicos diferentes al oficial no tiene que ver con la ignorancia de la población, ni con la ausencia de servicios o seguridad, ni tampoco con el estrato socioeconómico o nivel de escolaridad. El recurrir a otras tradiciones médicas tiene que ver más bien con la forma en que se interpreta el sufrimiento.

Una vez logrado lo anterior, se tendría que tomar en cuenta que cada uno de estos sistemas médicos, que conviven cotidianamente, corresponden a saberes y concepciones distintas que se deben respetar.

Partiendo de estas diferencias, un modelo de salud integrador sería aquel que lograra establecer relaciones horizontales entre distintas tradiciones médicas, facilitando la convivencia y el diálogo respetuoso entre ellas. Conformando así un sistema pluralista, que ofrecería a la población mayores opciones terapéuticas como respuesta a sus necesidades y demandas. Como plantea Payán (1998), no se debe entender que bajo este modelo, la medicina oficial debe absorber los otros saberes médicos, o "aprobarlos" como padre complaciente, pues cada saber tiene su propio reconocimiento cultural, social y político. Se trata de intentar que se dé una relación de saberes respetuosa que redunde en mayores posibilidades para todos.

También tendría que cambiar la forma de evaluar los alcances y las limitaciones de cada uno de los sistemas médicos, ya que resulta absurdo exigir, por ejemplo, comprobaciones con los métodos utilizados bajo el enfoque biomédico, de los saberes médicos alternativos, que como ya vimos no comparten esa racionalidad.

Bajo esta postura, ¿cómo podría incluirse en las universidades e instituciones de salud la investigación y enseñanza de estas manifestaciones curativas?

La propuesta para la formación de profesionales sería similar a la planteada en el modelo médico, es decir, se necesita una nueva cultura donde las universidades, colegios y demás sitios educativos, sean el espacio idóneo para la producción de múltiples saberes que se validan en cuanto se vinculan lógicamente con el mundo de la vida que los ha producido. En otras palabras, la educación debería replantearse a partir de un diálogo entre saberes, aceptando que existen saberes validados popularmente y conocimientos fundamentados científicamente que conviven cotidianamente. Lo anterior implicaría un cambio en los diversos niveles de interacción que se dan entre el profesor y el alumno, que se reflejaría posteriormente en la interacción cotidiana, la cual estaría regida por el reconocimiento del otro, por la negociación y por el respeto hacia la diversidad.

Resulta utópico e imposible pensar que los psicólogos y profesionales de la salud en general, dediquen su tiempo libre a formarse en medicina tradicional, ya que la cultura no se "aprende" sino que se "vive" o se adquiere en la socialización cotidiana. Sin embargo, sería necesario que se adquiriera cierta sensibilidad con respecto a los aspectos culturales de los diversos grupos sociales que componen esta ciudad, lo que sin lugar a dudas tendría una repercusión positiva sobre los resultados de los tratamientos.

Para concluir, quisiera señalar algunas preguntas de investigación que podrían ser exploradas desde una perspectiva interpretativa como la adoptada en este trabajo. Por ejemplo: ¿qué elementos se conjugan para elegir con quién asistir cuando se presenta un padecer?, ¿a partir de qué y cómo se construyen los significados alrededor de los padeceres y las formas de tratamiento?, ¿qué se puede aprender en el lenguaje cotidiano acerca de las diversas maneras que existen de conceptualizar las enfermedades?, ¿cómo perciben a la medicina tradicional las personas que no han encontrado una respuesta satisfactoria en este sistema médico?, ¿cuál es el sentir de médicos tradicionales y usuarios sobre el lugar de la medicina tradicional en el sistema de salud dominante? En opinión de sanadores y usuarios ¿cuáles serían los beneficios y cuáles las desventajas de la legalización de la medicina tradicional? Sustentando estas propuestas de investigación se encuentra la pregunta general de cómo se construye el proceso de salud enfermedad en un espacio social del vivir diario. De esta manera, se está ante una vasta línea de investigación que puede contribuir a los procesos de transformación de los sistemas actuales de salud.

Finalmente, lo presentado en este estudio, es una herramienta más para que los psicólogos y demás profesionales de salud tengamos una visión distinta de construcción y creación de conocimientos, con una actitud crítica y de transformación, con la capacidad de actuar entre posturas diferentes, con una mirada que apunte a la propuesta y puesta en marcha de modelos de educación, de atención, de prevención, de promoción de la salud y de investigación, mediante la interacción de la comunidad y las diversas instituciones y personas involucradas en la atención para enfrentar la enfermedad y mantener la salud.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Beltrán, G. (1963). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. México*: Instituto Nacional Indigenista.
- Alba, D. & Pinzón, M. (1997, diciembre). *Reflexiones metodológicas para abordar la dimensión cultural en el desarrollo local*. Documento presentado en el VIII Congreso de Antropología, Bogotá, Colombia.
- Alonso, L. (1995). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J.M. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-240), Madrid, España: Síntesis.
- Álvarez, L. (1987). *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan Morelos*. México. Instituto Nacional Indigenista.
- Anzures, M. (1976). *La medicina tradicional en México: proceso histórico, sincretismos y conflictos*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Anzures, M. (1983). *La medicina tradicional en México: Proceso histórico, sincretismo y conflictos*. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arredondo, A. & McLéndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34, 36-49.
- Astin, J. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*, 279, 1548-1553.
- Belsasso G. (1971). La Psiquiatría en México, desarrollo histórico. *Actualidades Médicas*, 3(1), 14-119.

- Berenzon, S. & Medina-Mora, ME. (2002) Servicios y recursos de atención a la salud mental de la mujer. En MA Lara y N. Salgado (Eds.), *Cálmese son sus nervios, tómeselo un tecito... la salud mental de las mujeres mexicanas* (pp. 173-192), México: Pax.
- Berger, P. & Luckman, H. (1988). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Blanco-Cruz, E. (1992). Los curanderos, psicoterapeutas populares. *Gazeta de Antropología*, 9, 09-11.
- Breilh, J. (1994). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación en salud*. Quito, Ecuador: CEAS.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. & Oviedo J. (1997). "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México* 6, 546-553.
- Cabieses, F. (1996). La articulación de las medicinas tradicionales con la medicina oficial. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos*, 57,(1).
- Campos, R. (1992). El curanderismo urbano: un estudio de caso en la Ciudad de México. En H. Riquelme (Ed). *Otras realidades, otras vías de acceso. Psicología y Psiquiatría transcultural en América Latina* (pp. 48-58), Venezuela: Nueva Sociedad.
- Campos, R. (1997). *Nosotros los curanderos*. México: Nueva Imagen.
- Caraveo, J., Martínez, A., Rivera, E., Vargas, A. & Polo, A. (1997). Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental*, 20 (Suppl. 2), 15-23.

- Castro, R. (1995). La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuilteco, México. *Salud Pública de México*, 37(4), 329-338.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En I. Szasz y S. Lerner (Comp.), *Para comprender la subjetividad; investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. (pp. 57-87), México: El Colegio de México.
- Castro, R. & Bronfman M. (1999). Problemas no resueltos en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En M. Bronfman & R. Castro (Coord.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 49-64), México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad, el significado de salud y reproducción de la pobreza*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 168-195.
- Comelles, J. & Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid, España: Edudema.
- Cruz, M de la & Badiano J. (1964). *Libellus de Medicinalibus: Indorun herbis. (Código de la Cruz-Badiano), manuscrito azteca de 1552, según traducción latina de Juan Badiano*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleinman, A. (1997). *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington, DC, EE. UU.: Oxford University Press.

- De la Garza, A. (1986). Algunas reflexiones sobre la medicina tradicional en México. En: *Manual para la práctica médico-social del pasante de Medicina en el primer nivel de atención* (pp. 125-139), México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- De la Fuente, R. (1988) Semblanza de la salud mental en México. *Salud Pública de México*, 30 (6), 861-871.
- Dudet, C. (1999). *La construcción social de la salud-enfermedad mental*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Eisenberg, D., Davis, R., Ettner, S., Appel, S., Wilkey, S., Van Rampay, M. & Kessler, R. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up national survey. *JAMA*, 280. 1569-1575.
- Fernández-Romero, M., Hernández, C., Santillán, E. & Servón, R. (1990). *Utilización de la herbolaria en población del D.F. y su área metropolitana*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Finkler, K. (1989). The universality of nerves. *Health Care for Women International*, 10 (2-3), 171-179.
- Finkler, K. (1992). El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder. En R. Campos (Ed). *La antropología médica en México: Tomo 2. Antologías Universitarias* (pp. 202-204), México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Finkler, K. (1996). Factors influencing patient perceived recovery in Mexico. *Social Science and Medicine*, 42(2), 199-207.
- Frenk, J., Lozano, R. & González-Block, M. (1994). *Economía y salud: Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México*. (Informe final de la Fundación Mexicana para la Salud) México: Fundación Mexicana para la Salud.

- Galindo, J. (1987). Encuentro de subjetividades, objetividad descubierta. La entrevista como centro del trabajo etnográfico. *Estudios sobre culturas contemporáneas*, 3, 151-183.
- Garay, G. & Pinzón, C. (1997, diciembre). *Salud y subjetividad urbana*. Documento presentado en el VIII Congreso de Antropología, Bogotá, Colombia.
- Garibay, M. (1946). Paralipómenos de Sahagún. *Tlalocan II*, 3, 241.
- García-Carrera, J. & Miranda, J. (1997). *Curanderos y chamanes de la sierra mazateca*. México: Gatuperio editores.
- Garrison, V. (1982). Folk healing systems as elements in the community support systems of psychiatric patients. En U. Ruevenir & R. Speck (Eds.), *Therapeutic intervention: healing strategies for human systems* (pp. 58-85), New York, NY, EE. UU.: Human Science Press.
- Garrison, V. (1997). Doctor, espiritista or psychiatrist? Health seeking behavior in a Puerto Rican neighborhood of New York City. *Medical Anthropology*, 1(2), 65-191.
- Geertz, C. (1992). Géneros confusos. La refiguración del pensamiento social. En C. Geertz & C. James (Comp.), *El surgimiento de la antropología postmoderna* (pp. 63-77), Barcelona, España: Gedisa.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gergen, K. (1991). Hacia una psicología posmoderna. *Investigación Psicológica*, 1, 97-109.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago, IL, EE. UU.: Aldine.
- Goetz, L & Le Compte, M. (1991). *Etnografía e investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.

- Goffman, E. (1968). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth, Middlesex. Penguin.
- Good, B. (1977). The heat of what's the matter. The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-58.
- Good, B. (1992). A body in pain: The making of a world of chronic pain. En G. Develeccio, P. Mary-Jo, P. Brodwin, B. Good & A. Kleinman (Eds.), *Pain as human experience. An anthropological perspective*. (pp. 29-48), Berkeley, California, EE. UU.: University of California Press.
- Guarnaccia, P., Parra, P., Deschamps, A., Milstein, G. & Argiles, N. (1992). Si Dios Quiere: Hispanic Families' experiences of caring for a seriously mentally family member. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16 (2), 187-215.
- Guba, E. & Lincoln, S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. Denzin & S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117), EE. UU.: Sage Publications.
- Gutierrez, V. & Villa de Pineda, P. (1995). *Medicina tradicional de Colombia*. Bogota, Colombia: Presencia Ltda.
- Holland, W. (1992). La medicina en transición. En R. Campos (Ed). *La antropología médica en México: Tomo 2. Antologías Universitarias* (pp. 163-181), México. Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ibáñez, T. (1994). *Psicología social construccionista*. México: Universidad de Guadalajara.
- Instituto Nacional Indigenista (INI) & UNICEF. (1995). Manual para médicos indígenas. México: Autor.
- Kiev, A. (1962). *Curanderismo. Psiquiatría folklórica mexicano-norteamericana*. México: Cuadernos de Joaquín Mortiz.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of the culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Los Angeles, Cal., EE. UU.: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988a). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York, NY, EE. UU.: The Free Press.
- Kleinman, A. (1988b). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York, EE UU: Basic Books.
- Kleinman, A. & Cohen, A. (1997). El problema mundial de los trastornos mentales. *Investigación y Ciencia* 248,(32-36).
- Kleinman, A., Wang, W., Li, S., Cheng, X., Dai, X., Li, K. & Kleinman, J. (1995). The social course of epilepsy: chronic illness as social experience in interior China. *Social Science and Medicine*, 4 (10), 1319-1330.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to qualitative research interviewing*. London, England: Sage Publications.
- Laplantine, F. (1986). *La etnopsiquiatría*. España: Gedisa.
- Lara, MA., Medina-Mora, M., Salgado, N., Acevedo M., Díaz-Pérez, M. & Villatoro, J. (1996). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*, 19(2), 42-49.
- Lee, D. & Guarnaccia, P. (1989). Health, culture and the nature of nerves: introduction. *Medical Anthropology* 11, 1-13.
- León-Portilla, M. (1961). *Los antiguos mexicanos a través de sus crónicas y cantares*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-Strauss, C. (1974). *Antropología Estructural*. España: Paidós.

- Lipson, J. (1996). Culturally competent nursing care. En J. Lipson , L. Dibble & P. Mínarik (Eds.), *Culture and nursing care* (pp. 1-6). San Francisco, EE. UU.: Nursing Press.
- López-Austin, A. (1999). Los ritos. Un juego de definiciones. *Arqueología Mexicana*, VI (34), 4-37.
- Lozoya, X. (1981). *Reporte de investigación en medicina tradicional*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Lozoya, X. & Zolla, C. (1984). Medicina tradicional en México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 96 (4), 368-371.
- Lozoya, X. (1998) *La herbolaria en México*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Lozano, S. (1995). Curanderismo: Demystifying the health beliefs and practices of elderly mexican-americans. *Health and Social Work*, 20(4), 247-253.
- Lubchansky, I., Egri, G. & Stokes, J. (1970). Puerto Rican spiritualists view mental illness: The faith healer as a paraprofessional. *American Journal of Psychiatry*, 127(3), 313-321.
- Luz, M. (1999). Cultura contemporánea y medicinas alternativas: nuevos paradigmas en salud al finalizar el siglo XX. En M. Bronfman & R. Castro (Coord.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 363-382), México: EDAMEX.
- Maduro, O. (1992). *Mapas para la fiesta. Reflexiones Latinoamericanas sobre la crisis y el conocimiento*. Río de Janeiro, Brasil: Centro Nueva Tierra.
- Magrassi, R. (1981). *La Historia de vida*. Buenos Aires, Argentina: Centro editor de América Latina. La Nueva Biblioteca.

- Mariategui, J. (1992). La concepción del hombre y de la enfermedad en el antiguo Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 3, 156-166.
- Martínez, A. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII (68), 645-659.
- Martínez, M. (1994). *La etnografía como alternativa de investigación científica*. Aporte 35. Dimensión Educativa.
- Martínez, F. (1995). El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. *Médico Moderno*, 195 XXXIV (2), 11-86.
- Medina, R. (1994). El estudio de la familia: nuevas direcciones de investigación psicosocial. *Revista de la Universidad de Guadalajara*, 5, 64-70.
- Medina-Mora, M., Berenzon, S., López, K., Solís, S., Caballero, M. & González, J. (1997). El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Suplemento de la revista Salud Mental*, 20 (2), 32-39.
- Menéndez, E. (1980). *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional*. México. Instituto Nacional de Antropología.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos (Comp.). *La antropología médica en México*. (pp. 97-114). México. Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Módena, M. (1999) Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa. La construcción social de la desalcoholización. En M. Bronfman & R. Castro (Coord.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 383-401), México: EDAMEX.

- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., Orozco, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: El dilema entre la regulación y la tolerancia. *Salud Pública de México*, 43, 41-51.
- Okey, L. (1998). Pain management. En S. Roth-Roemer., S. Kurpius., & C. Carmin (eds). *The emerging role of counseling psychology in health care* (pp 191-209). New York, EE. UU.: W. W. Norton.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de salud* (Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria a la salud). Alma Ata, URSS: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1991). *Anuario estadístico 1991*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información Base*. (Informe técnico del proyecto). Washington, D.C.: Autor.
- Ortiz, S. (1981). Una religiosidad popular. El espiritualismo trinitario mariano. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Paéz, D., Valencia, J., Morales, B., Sarabia, B. & Ursua, N. (1992) *Teoría y método en psicología social*. España:Anthropos.
- Paris, J (1999). Investigación Cualitativa en salud: superando los horrores metodológicos. En M. Bronfman & R. Castro (Coord.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 35-47), México: EDAMEX.

- Payan, J. (1998). Posibilidades de un diálogo entre saberes. *Revista de Medicina Holística* 42, 1-12.
- Pedersen, D. (1993). La construcción cultural de la salud y enfermedad en la América Latina. En Organización Mundial de la Salud (Ed.). *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones Sobre el sujeto social* (pp. 141-152), Washington D.C.: Autor.
- Press, I. (1978). Urban folk medicine: a functional overview. *American Anthropologist*, 80, 71-84.
- Prophet, S. (1998). Alternative Medicine: growing trend for the new millenium. *Journal of AHIMA*, 4, 66-76.
- Pujadas, M. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. (núm. 5). Madrid, España: Centro de Investigaciones sociológicas.
- Quevedo, E. (1992). *El proceso de salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista*. Bogotá, Colombia: Zeus Asesores Ltda.
- Quezada, N. (2000). *Enfermedad y maleficio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la lengua española*. España: Espasa-Calpe.
- Redfield, R. (1943). *Yucatán. Una cultura de transición*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rizzo-Zambrano, B. (1999, enero). *La medicina tradicional: una red de solidaridad entre el ser humano y la naturaleza*. Documento presentado en el Primer Congreso Internacional de Antropología Aplicada. Quito, Ecuador.

- Romano, O. (1965). Charismatic Medicine, Folk Healing and Folk Sainthood. *American Anthropologist*, 67, 1151-1173.
- Sahún, B. (1969). *Historia general de las cosas de Nueva España*. México: Porrúa.
- Salgado, N., Diaz-Pérez, M., Maldonado, M. & Bautista, E. (1998). Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village. *Health & Social Work* 123(4), 249-261.
- Sanfilippo, J. (1993). La aculturación de las plantas medicinales mexicanas a la medicina europea. En Secretaría de Salud (Ed.), *La investigación científica de la herbolaria medicinal mexicana*. (pp. 35-54). México: Secretaría de Salud.
- Seguin, C. (1979). *Psiquiatría folklórica. Shamanes y curanderos*. Perú. Ermar.
- Séller, A. (1985). *Historia y vida cotidiana*. México: Grijalbo.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa. En J. Galindo (Coord). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 277-341), México: Addison Wesley Longman.
- Solien, N. (1965). Medical beliefs of the urban folk in Guatemala. *América Indígena*, XXV, 321-328.
- Solis, L. & Medina-Mora, M. (1994). La Utilización de servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas: Resultados de 2 encuestas nacionales. *Salud Mental*, 17(1), 7-10.
- Somolinos, G. (1960). La fusión médico-cultural indoeuropea. *Medicina Nacional* 1(2),9.
- Somolinos, G. (1976). *Historia de la Psiquiatría en México*. México: SepSetentas.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

- Sugarman, J. & Burk, L. (1998). Physicians' ethical obligations regarding alternative medicine. *JAMA*, 280 (18), 1623-1625.
- Taylor, S. & Bodgan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Studio.
- Tiefer, L. (1987). *Social Constructionism and the study of human sexuality*. Newbury Park, CA: Sage.
- Thompson, J. (1990). *Ideología y cultura moderna. Teoría y crítica social en la era de comunicación de masas. México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Torres, E. (1983). The Folk Healer: The Mexican-American tradition of curanderismo. Kingville, EE. UU.: Nieves Press.
- Trotter, R., & Chavira, J. (1981). *Curanderismo: Mexican American folk health system*. Georgia, EE. UU: University of Georgia Press.
- Trotter, R. (1994). *National health service corps educational program for clinical and community issues in primary care cross-cultural issues in primary care*. Manuscrito no publicado. Universidad de Arizona, EE. UU.
- Trotter, R. & Medina-Mora, M. (2000). Qualitative methods. En WHO (Ed.), *Guide to drug abuse epidemiology* (pp. 93-124). EE. UU., World Health Organization.
- Uzzel, D. (1975). Susto revisited, illness as strategic role. *American Ethnologist* 1; 369-378.
- Vargas, L. & Casillas, L. *El efecto del padecer sobre el individuo-persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto u objeto*. En prensa.
- Viesca, C. (1984). El médico mexicana. En A. López-Austin & C. Viesca (Coord), *Historia general de la medicina en México* (pp. 217-231), México: Academia Nacional de Medicina.

- Viesca, C. (1986). Etnomedicina e investigación interdisciplinaria. En L. Vargas & C. Viesca (Eds.), *Estudios de Antropología Médica* (pp. 13-20), México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Viesca, C. (1992). Medicina prehispánica de México. Panorama Editorial. México, 1991.
- Viveros, M. (1993). La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud-enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología*, 30, 239-260.
- Warman, A. (1991). Medicina Empírica y Medicina Tradicional. En C. Pacheco & A. Fujigaki (Eds.), *Salud y enfermedad en el medio rural de México*, (pp. 123-162), México: Secretaría de Salud.
- Zolla, C., Del Bosque, S., Mellado, V., Tascón, A. & Maqueo, C. (1992). Medicina tradicional y enfermedad. (1992). En R. Campos (Ed.), *La antropología médica en México, Tomo 2. Antologías Universitarias* (pp. 71-104), México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Zolla, C. & Medellín, E. (1993). Las organizaciones de médicos indígenas tradicionales y las plantas medicinales. En Secretaría de Salud (Ed.), *La investigación científica de la herbolaria medicinal mexicana*. (pp. 119-128), México: Secretaría de Salud.
- Zolla, C. (Coord.). (1994). *Diccionario de la medicina tradicional mexicana*. (Vols.1-2). México: Instituto Nacional Indigenista.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

NOTAS DE CAMPO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A-2

CRITERIOS A SEGUIR PARA TOMAR NOTAS DE CAMPO

El registro de las observaciones se realiza a través de las notas de campo. Las notas de campo son apuntes realizados durante el día de lo que se ha visto.

Se recomienda tomar las notas de campo inmediatamente después de realizarse la observación; y ese mismo día más tarde, por ejemplo en la noche, deben de complementarse los detalles que rodean a los indicadores principales.

Cada investigador tiene su forma muy personal de tomar las notas de campo, sin embargo, a continuación se presentan algunos criterios que para esta investigación se deberán seguir.

- 1) Deben de redactarse lo más amplias y completas que sea posible y recordar que son descriptivas y no evaluativas.
- 2) Cada nota debe empezar con una carátula titulada que incluya:
 - a) Número de Nota
 - b) Fecha, momento y lugar en que se hizo la observación
 - c) Día y momento en que se hizo el registro por escrito
- 3) Realizar un diagrama general del escenario
- 4) Dejar márgenes amplios para comentarios propios o de otras personas.
- 5) Utilizar con frecuencia el punto y aparte.
- 6) Los comentarios subjetivos del investigador deberán distinguirse de los datos descriptivos con las iniciales "CO" que significa comentarios del observador.
- 7) Es muy importante registrar al final de las notas de campo nuestra propia conducta (como nos sentimos, que reacciones tuvimos, etc.)
- 8) Se deben hacer por lo menos tres juegos de las notas de campo.

EJEMPLO DE UNA NOTA DE CAMPO.

NOTA DE CAMPO No. 32

FECHA DE REALIZACIÓN: 10 de diciembre de 1999

DE: 10:00 am. a 1:30 p.m.

FECHA DE REGISTRO POR ESCRITO: 16 de diciembre de 1999

NOMBRE DEL OBSERVADOR: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Nos citamos en el metro Quevedo para tomar un microbús que nos llevaría hasta la delegación Magdalena Contreras que es el lugar donde se supone vive la persona a quien queríamos entrevistar, tomamos un microbús que en su señalador decía San Bernabé; las señas para llegar eran: bajarse en los baños y tomar la pendiente hasta llegar a las vías del tren.

Nos bajamos en las vías del tren y notamos enseguida una pendiente y unos baños públicos, sin embargo, éstos no correspondían a las señas que nos habían dado, así que preguntamos a un señor si había otros baños públicos cerca, nos comentó que más abajo había otros (C.O. estuvimos dando muchas vueltas por toda la zona porque no encontrábamos los dichos baños. Después de media hora, que fue cuando aceptamos que todos nuestro intentos habían fallado, decidimos preguntar ya más específico sobre la dirección de la persona que queríamos entrevistar).

Tocamos en una puerta y a través de una pequeña ventana localizada en la misma puerta, respondió una niña de aproximadamente siete años. Le preguntamos si conocía a una señora que dedica a curar y que según nuestras referencias, vivía cerca de ahí. La niña preguntó que curaba cómo, nosotros le respondimos que con hierbas o algo parecido, la

niña dijo que no sabía; entonces, salió un señor de aproximadamente 50 años a quien le hicimos la misma pregunta, él nos respondió que no conocía a nadie y que no podía ayudarnos, le dimos las gracias y cerró la pequeña ventana. Tocamos en la casa contigua y salió una mujer de aproximadamente 30 años, a ella también le preguntamos si conocía a una persona cerca de este lugar que se dedicaba a curar. Ella nos preguntó a nosotros que si la persona que buscábamos curaba en blanco o en negro. (C.O. la pregunta que nos hizo realmente nos desconcertó, la verdad es que no la esperábamos) Respondimos que nos interesaban ambas, pero por lo pronto la que curaba blanco. La señora nos informó donde vivía la señora y nos dio algunas indicaciones para llegar.

Caminamos según las indicaciones que la señora nos había dado, al llegar a la calle que nos había señalado, le preguntamos al encargado de una tortillería, si sabía donde vivía una señora que cura; nos dijo donde estaba y seguimos avanzando hasta que por fin localizamos la casa.

Tocamos la puerta y nos abrió un señor de aproximadamente 50 años de edad; le preguntamos si estaba la señora que cura; él nos pregunto "¿qué cura de que manera?", le contestamos que con hierbas. El señor nos preguntó nuevamente "¿buscan a la señora que hacía limpias?" le respondimos que sí. Nos dijo que siguiéramos por el pasillo y entraríamos en la puerta del fondo (C.O. sentimos un gran descanso porque ya habíamos encontrado la casa, yo pensé que era evidente que en esa misma calle o en una muy cercana había un curandero dedicado a la magia negra y que sería interesante entrevistarlo más adelante).

Al parecer, la casa esta dividida y se renta a varias personas; el pasillo por donde entramos es estrecho, de aproximadamente unos 1.50 mts, de ancho. A lo largo de este

pasillo existen dos puertas más, que al parecer son el acceso a las demás viviendas. Al fondo del pasillo hay otra puerta, una reja metálica de color azul, al abrirla se ve una pared y un nuevo pasillo que guarda dimensiones muy similares al anterior. Bajamos tres escalones y nos situamos frente a la puerta de una vivienda.

Tres veces dijimos buenas tardes, pero nadie salió, en ese momento se escucho que la reja que estaba atrás de nosotros de abrió y para nuestra sorpresa vivos entrar a la señora que nos dio las primera indicaciones cuando nos decidimos a preguntar. Ella al vernos se rió y nos dijo que nos sorprenderíamos al verla (C.O. en efecto, su presencia nos causo gran sorpresa y supusimos por un momento que seguramente ella era la curandera, pero ella misma nos aclaró que venía a consulta).

Sostuvimos una breve charla con esta señora, quien nos comentó, entre risas, que ella ya suponía la sorpresa que nos causaría el verla nuevamente. En esos momentos, salió una señora de aproximadamente 60 años de edad, que preguntó que se nos ofrecía.

Le señalamos nuestro interés por platicar con ella y nos hizo pasar a una habitación de aproximadamente 3x4 mts. En este lugar había poca luz natural, pudiéndose observar unas escaleras que conducían a otro piso de la casa, una puerta con una cortina, una mesa con cuatro sillas, imágenes religiosas, una banca de madera y algunos libros colocados sobre una mesa pequeña. Una vez instalados en el cuarto, le explicamos sobre el trabajo que realizábamos y el interés que teníamos en que nos diera la oportunidad de conocer todo el conocimiento y experiencia que ella tenía. Ella nos dijo que no había mucho que pudiera decirnos, ya que lo que hacía en realidad no era gran cosa sino ayudar aplicando lo que ella ya conocía desde niña.

Le propusimos hacerle una entrevista, que ella fijara la fecha y la hora que le era más conveniente. Nos dijo que comenzáramos en ese momento ya que tenía un poco de tiempo.

La entrevista inició muy bien, hablamos hecho ya algunas preguntas cuando entro una de sus hijas pidiéndole que saliera ya que una de las personas que estaban esperando en el patio había sufrido un desmayo (C.O. Escuchamos un ruido, pero pensamos que unos trastes de la cocina se habían caído). La señora salió del cuarto y tas ella nosotros. Observamos a tres personas, que al parecer llegaron cuando habíamos iniciado la entrevista.

La persona que había sufrido el desmayo era una joven de aproximadamente 26 años de edad. La ayudaron a incorporarse nuestra entrevistada y su hija. La entrevistada, sentó a la desmayada en una banca de madera y le untó una especie de aceite en el frente y cuello. A continuación, rezo una oración sosteniendo con una mano el cuello y con la otra la nuca. Después de la oración frotó el pecho y la espalda con el aceite. La joven cructó varias veces por lo que le tuvieron que acercar un recipiente ya que intentaba vomitar (C.O. realmente se veía pálida la joven).

Una vez pasado el incidente, la entrevistada preguntó que además de ella quién iba a pasar y respondió una señora de aproximadamente 50 años, que parecía ser la madre de la joven. Las dos entraron a la habitación y la curandera nos dijo que nos quedáramos, ya que podríamos aprender más con la observación que con lo que ella nos pudiera platicar.

Extendió una cobija sobre el suelo y recostó a la joven boca abajo, untó una pomada sobre su columna, después junto sus manos y presionó sobre la espalda de la muchacha. Acto seguido, le pidió que se recostara boca arriba y le frotó pomada sobre el pecho; le

puso un líquido sobre la frente, garganta y detrás de las orejas; unto nuevamente aceite en el cuello y cara. La sentó en una silla y presionó su cabeza colocando una mano en la frente y la otra en la parte de atrás del cuello; junto con todo esto rezaba una oración.

La señora preguntó a la joven que desde cuándo padecía esos dolores, ella le respondió que desde hacía poco y que sólo se sentía así los martes y los viernes. La curandera le dijo que eso no tenía nada que ver y que sólo se trataba de tensiones. Después se dirigió a nosotros y nos dijo que lo que habíamos visto era todo lo que ella hacía y que no había más.

Sin embargo, le dijimos que seguíamos interesados en platicar con ella. Nos comentó que ya no tenía tiempo. Le propusimos vernos en otra ocasión y nos contestó que ella siempre estaba muy ocupada con su familia y que no tenía tiempo de sentarse a platicar ya que tiene que estar al pendiente de su hogar. Le propusimos regresar otro día y que le prometíamos no quitarle mucho tiempo y que nosotros podíamos adaptarnos a sus tiempos y actividades, es decir que mientras ella trabajaba en las cosas de su hogar, nosotros la entrevistábamos.

Le pareció una buena opción y aceptó que nos reuniéramos 15 días después, le agradecemos todas sus atenciones y nos despedimos de ella.

ANEXO 2

GUÍAS DE ENTREVISTA

PRESENTACIÓN¹

A través de la presentación se intenta establecer una relación lo más honesta posible con el informante. Debemos intentar crear una relación de compañerismo que evite el distanciamiento con el sujeto, para lograr lo anterior es necesario mostrar el interés que en realidad tenemos en conocer más acerca de él y de su trabajo. Para lograr lo anterior debemos aparecer como alguien que no está totalmente seguro de las preguntas que quiere hacer y que está dispuesto a aprender de los informantes.

El éxito obtenido en el primer contacto o acercamiento depende mucho de la sensibilidad que se tenga como entrevistador. Para facilitar este contacto es necesario aclarar los siguientes puntos con el informante:

Motivos de la Entrevista: Incluye el beneficio académico y profesional y el interés social sobre este tipo de servicios.

Confidencialidad: Se debe aclarar al entrevistado que, si lo desea, se pueden cambiar los nombres y lugares y en ciertos casos algunos acontecimientos importantes.

El tipo de estudio que se va a realizar: Explicarle al informante de manera muy general, que la investigación estará basada en entrevistas (se le pueden enseñar algunos trabajos realizados con este método).

¹Para realizar la presentación se tomó como ejemplo la propuesta utilizada en el proyecto: *Víctimas de violencia: procesos cognitivos y reacciones psicopatológicas a cargo de Ramos I.; Saltijeral T.; Cabullero MA. 1997.*

Modo de registro: Explicar que se harán entrevistas grabadas y señalar el por que de este tipo de registro.

Ejemplo de Presentación:

Buenos días/tardes:

Mi nombre es Julio y un grupo de compañeros y yo estamos muy interesados en conocer algunas cuestiones relacionadas con actividades que se realizan en esta colonia para tratar ciertos problemas que a veces la gente tiene. Por esta razón, nos sería de gran utilidad platicar con usted sobre la forma en que usted decide tratarse cuando esta enfermo o tiene algún problema. Nosotros somos trabajadores del IMP.

Quiero recordarle que la información que nos proporcione será confidencial, y será manejada de tal manera que nadie podrá reconocer quién dijo que cosa, por esta razón no es necesario que nos diga su nombre. Estas entrevistas generalmente son registradas en una grabadora, ya que de esta manera podremos tener una información más completa de lo que usted nos diga, ¿tendría usted algún inconveniente en que se grabará la entrevista?

Lo que grabaremos, será después transcrito a un papel. Ya que tengamos su testimonio en papel el cassette será borrado. La información que nos proporcione será analizada con la de otras personas y se sacarán conclusiones generales del tema.

¿Tiene alguna pregunta o comentario?

Le agradecemos de antemano que nos permita platicar con usted.

GUÍA DE ENTREVISTA

(Médicos Tradicionales)

Nombre del Investigador: _____

Lugar de Aplicación: _____

Fecha: _____

Hora de Inicio _____

Hora de Término _____

1 HISTORIA PERSONAL RELACIONADA CON ESTA ACTIVIDAD

OBJETIVO: Conocer los antecedentes Familiares y Personales relacionados con el desempeño actual del entrevistado. Dónde, Cuándo, Cómo, Circunstancias

Puntos a tratar:

- 1.1 Primer contacto con el tipo de actividad que realiza (dónde, cuando, cómo, edad, circunstancias)
- 1.2 Persona que le enseñó sobre medicina tradicional
- 1.3 Tipo de información recibida
- 1.4 Opinión de esta actividad en su primer acercamiento
- 1.5 Razones por las que decidió dedicarse a esta actividad

2) DESCRIPCIÓN DE SU VIDA ACTUAL DENTRO DE ESTA ACTIVIDAD.

OBJETIVO: Conocer las características y el funcionamiento del servicio que brinda el informante.

2.1 Vida Familiar

Puntos a tratar:

- 2.1.1 Otros familiares dedicados a la medicina tradicional
- 2.1.2 Intercambio de conocimientos y curaciones con familiares

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1.3 Características de la transmisión heredo-familiar

2.1.4 Enseñanza a hijos, nietos, sobrinos, etc.

2.2 Práctica de la medicina tradicional

Puntos a tratar:

2.2.1 Tiempo dedicado a la sanación

2.2.2 Lugar o lugares donde realiza las curaciones o tratamientos

2.3.3 Horarios en los que realiza las actividades

2.3.4 Características del trabajo que realiza

2.3 Tratamientos utilizados para padecimientos físicos

Puntos a tratar:

2.3.1 Descripción y definición de los padecimientos físicos

2.3.2 Tratamientos utilizados

2.3.3 Características de los tratamientos (cómo son, en qué están basados, etc.)

2.4 Tratamientos utilizados para padecimientos mentales

Puntos a tratar:

2.5.1 Descripción de los padecimientos mentales

2.5.2 Tratamientos utilizados

2.5.3 Características de los tratamientos (cómo son, en qué están basados, etc.)

2.5.4 Duración de los tratamientos

2.5.5 Qué factores intervienen en el tratamiento (ubicación del servidor y del paciente, elementos constituyentes, vestimenta del servidor, distribución del lugar, etc.)

- 2.5.6. Objetos, instrumentos o herramientas utilizadas durante el tratamiento
- 2.5.7. Usos de los instrumentos, objetos o herramientas
- 2.5.8 Narración de una curación o tratamiento para problemas emocionales

3) PERCEPCIÓN QUE TIENE EL SERVIDOR DEL TRABAJO QUE REALIZA

OBJETIVO: Explorar sobre la forma en que el prestador del servicio percibe las vivencias derivadas de la realización de esta actividad (sensaciones, aprendizaje, éxitos, fracasos, etc.).

Puntos a tratar:

- 3.1 Narración de las cosas o actividades que le han dado satisfacciones
- 3.2 Situaciones más difíciles y maneras de afrontarlas

4 PERCEPCIÓN SOBRE LOS USUARIOS QUE ACUDEN A SU SERVICIO

OBJETIVO: Conocer cuál es la visión que tiene el entrevistado sobre las personas que acuden a consultarlo, con el fin de comprender de una forma más completa, el por qué de la demanda hacia este tipo de servicio.

Puntos a tratar:

- 4.1 Información sobre género, edad, características socioeconómicas de la mayoría de los usuarios que acuden
- 4.2 Zonas o lugares de donde más acuden (si vienen más de la zona donde se ubica o de otras)
- 4.3 Razones por las que cree el servidor que acuden las personas a solicitarle su servicio
- 4.4 Manera en que el usuario se enteró o supo de este servicio

4.5 Conocimiento de las actividades, personas y lugares a los que acudió el usuario antes de utilizar este servicio

4.6 Frecuencia con la que acuden con problemas emocionales, "de los nervios" o mentales

4.7 Percepción de las reacciones de los usuarios ante el tratamiento

4.8 Tipo de relación que establece con los usuarios

5) REMUNERACIÓN DE LOS SERVICIOS (CUÁNTO COBRA, DE QUÉ MANERA, ETC.)

Puntos a tratar:

5.1 Si se recibe o no una retribución por el servicio otorgado

5.2 El tipo de retribución (económica o no)

5.3Cuál es el significado de la retribución

5.4 Si la base principal de su sustento económico está dada por los ingresos derivados de esta actividad

6) PERCEPCIÓN SOCIAL Y CULTURAL DE LA SALUD MENTAL

OBJETIVO: Saber cuál es su visión del proceso salud / enfermedad mental así como su opinión del trabajo realizado en este sentido por la medicina científica.

Puntos a tratar:

6.1 En su opinión, de donde proviene la salud y la enfermedad (qué significa estar sano y estar enfermo)

6.2 Qué entiende por salud mental

6.3 Qué entiende por enfermedad mental

6.4 Cuál es su opinión del trabajo realizado por otros servicios alternativos (GAA, religiosos, etc.)

6.5 Cuál es su opinión del trabajo realizado por los médicos denominados "científicos" (doctores, psiquiatras, psicólogos, etc.) en cuanto a sus métodos y técnicas utilizados para el tratamiento de padecimientos mentales, "de nervios", emocionales, etc.

7) PERCEPCION SOCIAL Y CULTURAL DE SU ACTIVIDAD

OBJETIVO: Conocer y describir la percepción que tiene el servidor sobre algunas características sociales y culturales.

Puntos a tratar:

7.1 Cómo considera el prestador que es visto su trabajo por los diversos grupos sociales

7.2 Cuál considera que es su labor dentro de los diversos grupos sociales

7.3 Características sociales y culturales que comparte con la gente que acude a este servicio

8) RELACIÓN CON OTROS POSIBLES SERVICIOS DE ATENCIÓN

OBJETIVO: Observar si existe una relación entre el entrevistado y otros servicios alternativos o científicos.

Puntos a tratar:

8.1 Relación con otros servicios de atención y cuáles

8.2 Tipo de relación que establece

8.3 Razones para establecer la relación

8.4 Beneficios que aporta a él y/o a sus pacientes esta relación(es)

9) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

OBJETIVO: Identificar las características sociales, culturales, educativas, etc. de la persona entrevistada.

Puntos a tratar:

9.1 Sexo

9.2 Edad

9.3 Lugar donde nació y tiempo de residencia en el mismo

9.4 Grado máximo de estudios

9.5 Ocupaciones actuales

9.6 Religión

9.7 Estado civil

9.8 Zona de residencia y tiempo de vivir ahí

GUÍA DE ENTREVISTA

(Personas que han asistido con un médico tradicional)

Nombre del Investigador: _____

Lugar de Aplicación: _____

Fecha: _____

Hora de Inicio _____ Hora de Fin _____

1) HISTORIA CLINICA DEL PADECIMIENTO.

OBJETIVO: Conocer el desarrollo de la enfermedad así como la percepción que tiene el entrevistado de la misma.

Puntos a tratar:

- 1.1 Antecedentes de la enfermedad e inicio de la misma (Cuándo comenzó)
- 1.2 Forma en que se dio cuenta que estaba enfermo
- 1.3 De que creía que estaba enfermo/a
- 1.4 Sensaciones físicas y emocionales (mentales, sentimentales) del entrevistado cuando empezó a sentirse enfermo
- 1.5 Descripción general de la enfermedad (Incluir todas las características de la enfermedad percibidas por el entrevistado)
- 1.6 Consecuencias del padecimiento en su vida cotidiana
- 1.7 Comentarios por parte de familiares o amigos sobre su malestar, padecimiento, enfermedad
- 1.8 Tiempo que transcurrió entre el inicio de la enfermedad y la primer búsqueda de ayuda

2) CARRERA CURATIVA

OBJETIVO: Conocer las actividades que realizó el entrevistado, las personas que consultó y/o a los servicios que asistió buscando una solución o cura para su padecimiento.

Puntos a tratar:

2.1 Actividades realizadas por el entrevistado para intentar curarse (automedicación, remedio caseros, etc.)

2.1.1 Mencionar los remedios utilizados, la forma en que se adquirió este conocimiento y eficacia de los mismos y si conoce los efectos que producen en el cuerpo

2.2 Personas a las que consulto el entrevistado

2.3 Lugares a los que asistió el entrevistado

Para cada una de las personas o lugares visitados hacer las siguientes preguntas:

2.4 Razones por las que decidió consultar a esa persona o servicio

2.5 En qué consistió el tratamiento

2.6 Eficacia del tratamiento

2.7 Razones por las que decidió consultar a otra persona o servicio

2.8 Servicio o persona en la que encontró mayor alivio a su padecimiento. Razones

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SE HARAN A LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A CUALQUIER SERVICIO FORMAL.

2.9. Comparación entre el curandero y los servidores formales

2.10 Diferencias en la eficacia de cada uno de los servicios

2.11 Ejemplificar con un relato o una experiencia, las diferencias y similitudes que sintió y percibió durante el tratamiento otorgado por los dos servicios

3) ASISTENCIA CON EL CURANDERO

Objetivo: Conocer las características y el funcionamiento del servicio al que acudió el entrevistado.

3.1 Primer contacto con el curandero:

Objetivo: Identificar la forma en que el entrevistado obtuvo información sobre el curandero y conocer tanto las razones por las que asistió con él como la primera impresión

Puntos a tratar:

- 3.1.1 Persona o forma en que se entero del servicio otorgado por el curandero
- 3.1.2 Razones por las que decidió recurrir al curandero
- 3.1.3 La primera vez en que asistió con el curandero
- 3.1.4 Período de tiempo que ha asistido al curandero
- 3.1.5 Sensaciones y percepciones que tuvo la primera vez que asistió con el curandero (Primera impresión)
- 3.1.6. Información que le proporciono al curandero sobre su padecimiento
- 3.1.7 Numero de veces que ha consultado al curandero. Razones
- 3.1.8 Última vez que asistió con el curandero y razones

3.2 Tratamientos otorgados por el curandero para padecimientos mentales, “de nervios” y emocionales.

Objetivo: Estudiar la percepción del usuario sobre los recursos y técnicas utilizadas por el curandero en los casos de padecimientos mentales.

Puntos a tratar:

- 3.2.1 Narración de alguna experiencia relacionada con la visita al curandero (aquella que haya sido más significativa o que haya sentido más útil).

3.2.2 Diagnóstico del curandero a partir del discurso del usuario

3.2.3 A partir de que define el curandero el tipo de enfermedad o problema

3.2.4 Tipos de tratamientos, ritos, curaciones, etc., otorgados por el curandero

Para cada una de los tratamientos recibidos hacer las siguientes preguntas

3.2.5 En que esta basado el tratamiento

3.2.6 Cuánto dura el tratamiento, de qué depende la duración y cuantas veces se ha sometido al tratamiento

3.2.7 Factores que intervienen en el tratamiento (ubicación del servidor y del paciente, elementos constituyentes, vestimenta del servidor, distribución del lugar, etc.)

3.2.8 Objetos, instrumentos, herramientas y modos en que utiliza los mismos

3.2.9 Actividades realizadas por el entrevistado durante el tratamiento

3.2.10 Recomendaciones del curandero después del tratamiento

3.2.11 Cosas que le receto (veladoras, hierbas, oraciones, etc.)

3.3 Percepciones y sensaciones que tiene el entrevistado del servicio otorgado por el curandero (incluye tratamientos, medicamentos, costo, efectividad, trato recibido, características, del curandero, credibilidad ente el tratamiento, etc.)

Puntos a tratar:

3.3.1 Vivencias y sensaciones durante el/los tratamientos

3.3.2 Vivencias y sensaciones ya concluidos el/los tratamientos

3.3.3 Percepciones sobre la utilidad del tratamiento

3.3.4 Percepción de las características personales del curandero que influyeron en la eficacia del/los tratamientos

3.3.5 Percepción de las características personales del entrevistado que influyeron en la eficacia del/los tratamientos

3.3.6 Eficacia del tratamiento. Razones (Continuidad del tratamiento)

3.4 Pago de los servicios otorgados por el curandero

Puntos a tratar:

3.4.1 Forma de pago o retribución (económica o no)

3.4.2 Considera que lo que pago es justo. Razones

3.4.3 Que significado tiene para usted la paga del servicio

4) PERCEPCIÓN SOCIAL Y CULTURAL DE LA SALUD MENTAL

OBJETIVO: Saber cuál es su visión del proceso salud/enfermedad mental así como su opinión del trabajo realizado por los diversos servicios de atención.

Puntos a tratar:

4.1 En su opinión, de donde proviene la salud y la enfermedad (qué significa estar sano y estar enfermo)

4.2 Qué entiende por salud mental

4.3 Qué entiende por enfermedad mental

4.4 Cuál es su opinión del trabajo realizado por otros servicios alternativos. (GAA, religiosos, etc.)

4.5 Cuál es su opinión del trabajo realizado por los médicos denominados "científicos" (doctores, psiquiatras, psicólogos, etc.) en cuanto a sus métodos y técnicas utilizados para el tratamiento de padecimientos mentales, "de nervios", emocionales, etc.

4.6 Cuál es su opinión en general del trabajo realizado por la medicina tradicional

5) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

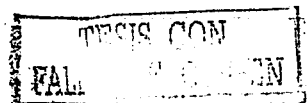
OBJETIVO: Identificar las características sociales, culturales, educativas, etc. de la persona entrevistada. Además permite comenzar la entrevista de manera poco amenazante

Puntos a tratar:

- 5.1 Sexo
- 5.2 Qué edad tiene
- 5.3 Lugar donde nació y tiempo de residencia en el mismo.
- 5.4Cuál es su grado máximo de estudios
- 5.5 Estado civil
- 5.6 Religión
- 5.7Cuál o cuáles son sus ocupaciones (actuales)
- 5.8 Zona de residencia y tiempo de vivir ahí
- 5.9 Tiene afiliación al ISSSTE o al IMSS
- 5.10 Accesibilidad a servicios médicos
- 5.11 Conocimiento sobre los servicios de salud (formales e informales) para el tratamiento de problemas emocionales y/o mentales.
- 5.12 Servicios a los que acude su familia cuando se enferma

**PASOS A SEGUIR EN LA ORGANIZACIÓN
DEL MATERIAL Y EN LA ELABORACIÓN
DE CATEGORIAS**

T-1



1) ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL²

En esta investigación se contó con dos fuentes de Información:

- 1) **Oral:** Compuesta por los registros de las entrevistas en cassettes
- 2) **Escrita:** Compuesta por las transcripciones de las entrevistas en disquetes y papel

A cada entrevista le asignó una clave, la cual estuvo presente en todas las fuentes de información.

Las claves son las siguientes:

MTGM: Médicos tradicionales y pacientes de los médicos entrevistados

USUA: Usuarios en general

Junto a la clave se especificó el número de entrevista dentro del grupo y el número de sesión. A continuación se presentan algunos ejemplos:

MTGM1: Sería la primera entrevista realizada a un médico tradicional.

MTGM1-1: Sería el primer paciente entrevistado dentro del grupo de personas que visitaron al médico tradicional 1

USUA1: Sería la primera entrevista realizada a personas que han acudido con médicos tradicionales diferentes a los que entrevistamos.

a) Información que se incluyó en el cassette:

Clave de la entrevista

Nombre del entrevistado

² Las estrategias y técnicas utilizadas para organizar el material fueron tomadas del proyecto: *Victimas de violencia: procesos cognitivos y reacciones psicopatológicas a cargo de Ramos L; Saltijeral T; Caballero MA. 1997.*

Lugar, fecha y duración de la entrevista

En la tarjeta de identificación del cassette se deben de registrar los puntos que que fueron tratados en esa sesión de entrevista

b) Información que se incluyó en el disquete:

Clave de la entrevista

Nombre del entrevistado

Lugar y fecha de la entrevista

c) Información que se incluyó en el papel:

Clave de la entrevista

Nombre del Entrevistador

Fecha de realización

Duración

Lugar

Tipo de servidor que fue entrevistado

Nombre o clave del entrevistado

Sexo

Edad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2) ELABORACIÓN DE CATEGORÍAS.

- 1) Identificación y definición de las categorías generales a partir de los objetivos propuestos en las guías de entrevista.

**CATEGORÍA GENERAL
PERCEPCIÓN SOCIAL Y CULTURAL DE LA
SALUD MENTAL**

Definición: Es la forma en que los individuos captan, interpretan y comparten los significados, y creencias en torno a la salud y la enfermedad mental, así como hacia los diversos sistemas médicos para el tratamiento de los mismos.

- 2) A cada categoría se le asignó un color, mismo que se utilizó para subrayar la información asociada con esa categoría que se encontraba a lo largo de cada entrevista. Por ejemplo, verde para carrera curativa o morado para percepción de la salud y la enfermedad.
- 3) Identificación y definición de cada una de las subcategorías que componen la categoría general o dimensión principal.

**CATEGORÍA GENERAL
PERCEPCIÓN SOCIAL Y CULTURAL DE LA SALUD MENTAL**
SUBCATEGORÍAS

Salud: salud, enfermedad, salud mental, enfermedad mental.
Servicios formales de atención: Características, percepción hacia los servicios, percepción hacia los servidores.
Servicios alternativos: Características, percepción hacia los servicios, percepción hacia los servidores.

SALUD

a) Salud: Forma en que el entrevistado conceptualiza la salud, es decir, como la vive, de que forma la entiende, que significado le da, etc.
b) Enfermedad: Forma en que el entrevistado conceptualiza la enfermedad, es decir, como la vive, de que forma la entiende, que significado le da, etc.

- 4) Releer las entrevistas y reconocer nueva información relevante.
- 5) Construcción de nuevas categorías.
- 6) Clasificación de la información por categoría de análisis y por entrevista.

CLASIFICACIÓN POR ENTREVISTA

MTGM12 ROSARIO (Curandera)

Que es salud

"Para mí salud es la armonización total, es todo un círculo completo en el que entra salud física, mental y económica. Si a ti te falta una de esas cosas, ya no hubo armonía. No puedes estar sano y estar trozándole los dedos porque no tienes para tu pasaje del día para ir a trabajar, entonces tu salud es el tener resueltas todas tus necesidades.

Exactamente, porque las necesidades te las creas tú mismo, aquel que tiene para comprarse un Mercedes Benz, sus necesidades van a ser unas que aquel que tiene para comprarse un Volkswagen o aquel que tiene para comprarse una bicicleta y ambos pueden estar sanos totalmente.

O sea esta sano el que me recoge la basura, viene feliz porque ya le voy a dar dos pesos porque me recoge la basura, y todos los días lo ves sano y es feliz".

CLASIFICACIÓN POR CATEGORÍA

Entrevistado

Salud

MTGM12

"Para mí salud es la armonización total, es todo un círculo completo en el que entra salud física, mental y económica, si a ti falta una de esas cosas, ya no hubo armonía".

MTGM13

"Estar sano es estar en armonía la física, mental y espiritualmente. El estar tranquilo, armonioso, armonioso contigo mismo. Tratar de estar en equilibrio, en armonía la física, mental y espiritualmente y en equilibrio con nuestra madre tierra".

MTGM16

"El que tiene equilibrio y que puede tener un término donde digo, me estoy de un lado y del otro. Por ejemplo, cuando una persona se desprime esta de un lado de la balanza y cuando una persona es muy enérgica está del otro lado. Para mí una persona sana es la que está en medio, la que es estable, la que sabe resolver, la que sabe respetar, eso es la sana.

TESIS
FALLA DE ORIGEN