

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOANTROPOLÓGICAS Y
ARQUEOLÓGICAS
DOCTORADO EN ANTROPOLOGÍA

**SABERES Y PRÁCTICAS EN TORNO AL PROCESO SALUD,
ENFERMEDAD Y ATENCIÓN EN TRES COMUNIDADES RURALES DEL
ESTADO TRUJILLO,
VENEZUELA**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al Grado de
Doctor en Antropología

Autor: Gustavo A. Paredes V.

Tutor: Dr. Carlos García Sívoli.

Mérida 13 de Diciembre de 2016

ÍNDICE GENERAL

	pp.
AGRADECIMIENTOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
EPÍGRAFE.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi

PARTE I MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO I: LOS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN INTERPRETATIVA.....	19
1.1 Origen y Desarrollo del Paradigma Interpretativo.....	19
1.1.1 Dilthey y el Método Comprensivo.....	20
1.1.2 Weber y los Tipos Ideales.....	24
1.1.3 Schütz y la Perspectiva del Sujeto.....	28
1.1.4 Winch y las Reglas Sociales.....	36
1.2 La Comprensión como Perspectiva Interna Versus la Explicación Causal como Perspectiva Externa.....	41
CAPÍTULO II: LA REALIDAD DE ESTUDIO EN LA INVESTIGACIÓN INTERPRETATIVA.....	47
2.1 El Símbolo y la Discursividad.....	47
2.1.1 El Mundo Social, los Símbolos y el Lenguaje.....	50
2.1.2 El Símbolo y el Ritual.....	57
2.1.3 La Comprensión de la Cultura.....	60
2.2 Las Representaciones Sociales.....	65

CAPÍTULO III: EL MÉTODO EN LA INVESTIGACIÓN INTERPRETATIVA	70
3.1 La Metodología Cualitativa.....	70
3.2 El Proceso de Investigación en la Metodología Cualitativa.....	81
3.3 La Etnografía.....	85
3.3.1 El Trabajo de Campo.....	88
3.3.2 La Perspectiva Emic y Etic.....	93
3.3.3 Población y Muestra.....	95
3.3.4 Informantes Clave.....	96
3.3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	97
3.3.5.1 Observación Participante.....	98
3.3.5.2 Entrevista no Estructurada.....	102
3.4 Análisis de los Datos.....	107
3.4.1 El Proceso de Análisis de los Datos.....	109
3.5 Construcción de la Teoría.....	113

www.bdigital.ula.ve

PARTE II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO IV: HISTORIA DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	120
4.1 El Nombre de la Subdisciplina.....	121
4.2 Perspectiva Histórica de la Antropología de la Salud y la Enfermedad.....	123
4.2.1 La Antropología de la Salud y la Enfermedad en América Latina.....	129
CAPÍTULO V: PRINCIPALES ENFOQUES EN EL CAMPO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	135
5.1 Enfoque Ecológico.....	135
5.2 Enfoque Interpretativo.....	137

5.3 Enfoque Crítico.....	143
5.4 Una Mirada Crítica sobre los Tres Enfoques.....	149

CAPÍTULO VI: EL PROCESO SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN COMO CONSTRUCCIÓN CULTURAL.....153

6.1 Cultura y Representaciones Sociales sobre el Proceso Salud, Enfermedad y Atención.....	153
6.2 La Eficacia Simbólica y la Eficacia Terapéutica.....	163
6.3 Cómo Entender los Síndromes Ligados a la Cultura.....	166
6.4 La Enfermedad Vista desde Tres Dimensiones: Disease, Illness y Sickness.....	173
6.5 El Sentirse Enfermo y el Reconocimiento Cultural de la Enfermedad.....	181
6.6 El Itinerario Terapéutico.....	185
6.7 Etiología y Clasificación de las Enfermedades.....	187

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VII: LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD.....193

7.1 Sistema de Atención a la Salud.....	193
7.2 Principales Sistemas de Atención a la Salud.....	197
7.2.1 Sistema Tradicional-Popular de Atención a la Salud.....	197
7.2.1.1 Sistema Tradicional de Atención a la Salud.....	198
7.2.1.2 Sistema Popular de Atención a la Salud.....	206
7.2.2 Sistema Biomédico de Atención a la Salud.....	208
7.2.3 Sistema de la Autoatención.....	215

<p>PARTE III</p> <p>TRABAJO ETNOGRÁFICO</p>

CAPÍTULO VIII: CONSTRUCCIÓN CULTURAL DEL PROCESO SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN EN LAS COMUNIDADES DE LA LAGUNITA, EL PORTACHUELO Y EL PARAMITO.....	229
8.1 Ubicación Geográfica de las Comunidades en Estudio.....	229
8.2 Dinámica Socioeconómica.....	232
8.3 Aproximación Metodológica al Tema de Investigación.....	234
8.4 El Vínculo Hombre-Naturaleza.....	239
8.5 Las Representaciones sobre la Salud y la Enfermedad de los Pobladores de las Comunidades en Estudio.....	244
8.5.1 Clasificación de las Enfermedades según su Etiología.....	249
8.5.1.1 Enfermedades Impersonales o Naturalistas.....	251
8.5.1.1.1 De Orden Tradicional.....	251
8.5.1.1.2 De Orden Biomédico.....	256
8.5.1.2 Enfermedades Personalistas o Sobrenaturales.....	257
 CAPÍTULO IX: SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS COMUNIDADES DE LA LAGUNITA, EL PORTACHUELO Y EL PARAMITO.....	 282
9.1 Sistema Popular de Atención a la Salud.....	283
9.2 Sistema Biomédico de Atención a la Salud.....	290
9.2.1 El Ambulatorio Rural Tipo I de La Lagunita.....	297
9.2.2 La Escogencia del Médico.....	301
9.3 Sistema de la Autoatención.....	309
9.3.1 Etapas por las que Transitan las Personas en su Itinerario Terapéutico.....	314
9.3.2 Terapias Curativas.....	322
 CONCLUSIONES.....	 338
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 346

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS

CUADROS	pp.
Cuadro 1: Población total de El Portachuelo, La Lagunita y El Paramito...	232
Cuadro 2: Distribución por edad y sexo de la población de El Portachuelo, La Lagunita y El Paramito.....	233
Cuadro 3: Enfermedades tradicionales.....	250
Cuadro 4: Número de pacientes atendidos entre agosto de 2014 y agosto de 2015.....	298
GRÁFICOS	pp.
Mapa 1: Estado Trujillo.....	230
Mapa 2: Ubicación del Municipio Valera.....	230
Mapa 3: Ubicación de la Parroquia La Puerta.....	231
Croquis 1: Municipio Valera.....	231
Foto 1: Comunidad La Lagunita.....	239
Foto 2: Comunidad El Portachuelo.....	241
Foto 3: Comunidad El Paramito.....	242
Foto 4: Señor Rafael Araujo.....	255
Foto 5: Señor Ramón Araujo.....	261
Foto 6: Yenny Rojas en consulta con Mamá Chica.....	268
Foto 7: Señor Ramón Araujo y los hermanos Franco.....	274
Foto 8: Señora Genarina Lobo.....	281
Foto 9: Mamá Chica y dos nietos.....	289
Foto 10: Señora Candelaria Abreu con sus nietos.....	296
Foto 11: La médico María Luisa. Ambulatorio Rural tipo 1 y Tipo 2.....	297
Foto 12: Señores Sotero Villegas y Gorgonio Mendoza.....	308
Foto 13: Esposos Antonio y María Dolores con sus nietos.....	333

AGRADECIMIENTOS

A Dios

A la Comunidad:

*Por su receptividad y colaboración,
por permitirme entrar en sus espacios
familiares y compartir vivencias.*

Al Doctorado:

*Por acercarme al campo de la Antropología,
ampliando mi comprensión de la vida social.*

A los Profesores y Personal Administrativo:

*Doctores: Jackeline Clarac, Yanett Segovia y Carlos García Sívoli,
por su disposición a compartir sus conocimientos y experiencias.*

*A María Eugenia por el apoyo brindado más
allá de sus responsabilidades laborales*

A mi Familia:

*Por su paciencia y solidaridad, en especial a
mi esposa, mi madre, mi tía María,
mis suegros y mis tres sobrinos.*

A los Amigos:

*Yalitza Ramos, Alexandra Chacón y Arturo Moreno,
por haberme apoyado moralmente en la realización de este
trabajo y acompañarme en algunas
visitas a las comunidades.*

SABERES Y PRÁCTICAS EN TORNO AL PROCESO SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN EN TRES COMUNIDADES RURALES DEL ESTADO TRUJILLO, VENEZUELA

Autor: Gustavo A. Paredes V.

Tutor: Dr. Carlos García Sívoli.

Fecha: 13 de Diciembre de 2016

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo estudiar los saberes y prácticas en torno al proceso salud, enfermedad y atención en tres comunidades rurales del Estado Trujillo. Para ello se indagó en su concepción de la salud y la enfermedad, los tipos de padecimientos que reconocen, las formas de diagnosticarlos, las terapias curativas que emplean, las vivencias subjetivas de los individuos y la red de atención que el entorno familiar y social ofrece al enfermo, aspectos que en su conjunto fueron estudiados como una construcción cultural que tiene lugar en un contexto sociohistórico específico. En este sentido, se hizo una caracterización de los sistemas de atención a la salud y de las principales enfermedades tradicionales-populares y biomédicas presentes en las comunidades, así como las etapas por las que transitan los pobladores en su itinerario terapéutico. A partir del método etnográfico se empleó la observación participante y la entrevista en profundidad como técnicas para la recolección de los datos, lo que permitió alternar tanto la perspectiva emic como etic en el trabajo de campo. A lo largo de esta investigación se pudo observar que las personas desde sus referentes culturales combinan sin mayores contradicciones concepciones, terminologías y terapias de los diferentes sistemas de atención a la salud para hacer frente a un episodio de enfermedad, lo que revela los comportamientos reales más allá de lo que prescriben como adecuado uno u otro sistema, poniendo de manifiesto un pluralismo médico que se expresa de forma más notoria en el campo de la autoatención. En síntesis, las personas entrelazan conocimientos, creencias y prácticas de los diferentes sistemas, más allá del recelo que pudieran tener entre sí sus terapeutas, por lo que en el camino a la curación van entretejiendo elementos tanto de la tradición como de la modernidad, dinamizando, resignificando y transformando permanentemente sus saberes y prácticas en torno al proceso salud, enfermedad y atención.

Palabras clave: Sistema de atención a la salud, modelo explicativo, etiología de la enfermedad, representaciones sociales, síndrome ligado a la cultura, disease, illness, sickness, itinerario terapéutico y pluralismo médico.

EPÍGRAFE

Hay siempre una diferencia entre los consejos y las curas de los médicos y los comportamientos de los pacientes que no siguen esos consejos y esas curas.

La razón hay que buscarla en el hecho de que el médico nos ha descrito como "organismos", mientras que nosotros sentimos que nuestro cuerpo no coincide con el organismo, porque éste nada sabe del mundo que nos atrae y desilusiona, no conoce la calidad de nuestras pasiones, no vive aquellos volúmenes de sentido en que nuestro cuerpo se exprime viviendo más como un mundo que lo compromete, que como un organismo que lo sostiene.

Umberto Galimberti

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito estudiar los saberes y prácticas en torno al proceso salud, enfermedad y atención desde el contexto de la autoatención o de los cuidados familiares que manejan los pobladores de las comunidades rurales de La Lagunita, El Portachuelo y El Paramito, ámbito local en el que las personas entretejen redes sociales de atención al enfermo a partir del “modelo explicativo” que poseen sobre la enfermedad. Modelo que es el resultado del conocimiento tradicional, de la adaptación cultural y biológica a las condiciones ambientales, de las experiencias individuales y colectivas frente a un episodio de enfermedad, de la información proveniente de los medios de comunicación, de su condición económica, de su contacto con los centros de salud, de la instrucción recibida en las instituciones educativas y en general, de todos aquellos aspectos que aprenden los individuos al ser parte de un grupo cultural, los que dan forma a su visión de mundo y en particular a la noción de lo normal y lo patológico. Es con base en este modelo que cada grupo social reconoce e interpreta una serie de sensaciones como indicadores de un estado saludable y otras de enfermedad, identificando determinadas condiciones como causantes, evaluando los niveles de gravedad, seleccionando los tratamientos a seguir, así como las maneras de prevenir la enfermedad y mantener la salud.

De ahí que el proceso salud, enfermedad y atención debe ser estudiado como una construcción cultural compartida socialmente, pues si bien la enfermedad es un hecho biológico y universal cada grupo humano le da un significado específico desde sus esquemas cognitivos, dentro de un contexto político, económico, ambiental, social, cultural e histórico determinado. Vistas las cosas de esta manera, se entiende que entre la enfermedad como hecho biológico y su concepción median representaciones, símbolos y tradiciones

socioculturales con base en las cuales las personas interpretan y actúan frente a la enfermedad, estructurando redes cognitivas, sociales, terapéuticas y asistenciales de manera compleja, articulándolas en ocasiones de forma contradictoria y en otras complementaria, lo que trasluce un pluralismo médico. Por esta razón, no es conveniente hablar de una concepción de la salud y la enfermedad sino de diversas concepciones, en la que la biomedicina y su nosología es una construcción cultural más.

En virtud de ello, estudiar el proceso salud, enfermedad y atención desde la perspectiva de los pobladores remite al espacio de la autoatención o atención suministrada por el enfermo y su grupo familiar en la búsqueda de la curación. Considerando que la autoatención es el espacio donde se puede observar lo que realmente hacen las personas en su itinerario terapéutico, los conocimientos y creencias que poseen sobre la enfermedad, los distintos sistemas de atención a la salud a los que recurren secuencial o simultáneamente, la manera en que se organiza el entorno familiar para brindarle apoyo material y moral al enfermo y la forma en que es vivida e interpretada la enfermedad subjetivamente por el individuo e intersubjetivamente por su grupo, bien como sufrimiento, padecimiento, dolor o mal. En otras palabras, es la esfera en la que las personas ponen en práctica su modelo explicativo para tratar cualquier indicio de enfermedad, más allá de lo normativo o prescriptivo que establece un sistema médico como comportamiento deseable.

Ahora bien, la presente investigación se realizó en tres comunidades pertenecientes a la Parroquia La Puerta del Municipio Valera del Estado Trujillo, ubicadas en el límite sur de la Parroquia La Puerta, colindando con el Estado Mérida, dentro de la subcuenca del Río del Valle del Momboy, a 10 Km (20 min. en vehículo por una carretera estrecha con pronunciada pendiente) del pueblo de La Puerta y 44 Km (50 min. en vehículo) de la ciudad de Valera. La zona abarca una extensión aproximada de 1.230 hectáreas, lo que representa aproximadamente el 8% de la Zona Protectora

de la subcuenca del Río Momboy, que recorre aguas abajo el valle del mismo nombre a lo largo de las Parroquias Mendoza Fría y La Puerta del Municipio Valera. Si bien La Lagunita, El Portachuelo y El Paramito limitan entre sí, el caserío de ésta última se encuentra a 30 minutos de distancia en vehículo (5 Km.) y a 2 horas caminando desde La Lagunita por un camino de tierra con un acentuado grado de inclinación.

Las tres corresponden a comunidades rurales de población campesina, en las que habitan 70 familias y un total aproximado de 350 personas. A pesar de la cercanía geográfica, entre ellas se observan algunas diferencias derivadas de su actividad económica, de la accesibilidad vial, del contacto con turistas, de las personas provenientes de otros Estados que se establecen en la zona y de los vínculos con la ciudad de Valera. De las tres La Lagunita es la que está principalmente orientada a la actividad turística, además de tener un mayor número de residentes que proceden de otros Estados, quienes adquirieron propiedades a partir de la década de los setenta, fecha en la que comenzaron a contar con distintos servicios públicos. El Portachuelo, más cercano a La Lagunita, a diferencia de ésta es menos visitada por turistas, menos comercial y posee muy pocos residentes provienen de otros Estados, su principal actividad económica gira en torno a la agricultura y su comercialización. En cambio, El Paramito por su distancia geográfica no es visitada por turistas sino por montañistas que transitan por el lugar hacia el Páramo Las Siete Lagunas, su actividad económica se basa exclusivamente en la agricultura, es la más rural de las tres y con menos vínculos con el pueblo de La Puerta y la ciudad de Valera.

Estudiar estas comunidades permite observar cómo los grupos humanos en contextos específicos despliegan creativamente sus capacidades mentales y físicas para dar respuestas culturales a sus necesidades, en especial las relacionadas con la salud y la enfermedad, respuestas que al entrar en contacto con otras dan lugar a procesos de resistencia, adaptación y resignificación de saberes y prácticas.

En tal sentido, en este estudio se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los saberes y prácticas que en torno al proceso salud, enfermedad y atención manejan los habitantes de las comunidades rurales de La Lagunita, El Portachuelo y El Paramito?

Al mismo tiempo esta interrogante se acompaña de tres preguntas orientadoras que permiten tener una comprensión amplia del problema investigado, en la medida en que abren las distintas esferas que lo componen, a saber:

- 1) ¿Cuáles son las principales enfermedades tradicionales y biomédicas reconocidas por los habitantes de las tres comunidades?
- 2) ¿Cuáles son los sistemas de atención a la salud presentes en las comunidades en estudio y cómo las condiciones culturales, sociales, económicas y geográficas inciden en la elección de uno u otro?
- 3) ¿Cuáles son las estrategias de atención que siguen los habitantes desde el nivel de la autoatención, haciendo uso de los sistemas de atención a la salud dentro y fuera del ámbito comunitario?

Consecuentemente con el problema formulado la investigación persigue el siguiente objetivo general: Determinar los saberes y prácticas en torno al proceso salud, enfermedad y atención en las comunidades rurales de La Lagunita, El Portachuelo y El Paramito, identificando los tipos de enfermedad, etiología, formas de diagnosticarlas, técnicas terapéuticas y medidas preventivas aplicadas por los habitantes.

De este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos, que a su vez se adecuan a las tres interrogantes arriba señaladas:

- 1) Identificar las principales enfermedades tradicionales y biomédicas reconocidas por los habitantes de las tres comunidades, en cuanto a sus causas, síntomas, formas de diagnosticarlas y tratarlas.
- 2) Describir los sistemas de atención a la salud presentes en las comunidades en estudio y las condiciones culturales, sociales, económicas y geográficas que inciden en la elección de uno u otro.
- 3) Analizar las estrategias de atención que siguen los habitantes en el nivel de la autoatención, haciendo uso de los diferentes sistemas de atención a la salud dentro y fuera del ámbito comunitario.

Desde el punto de vista metodológico, en la realización de esta investigación se han empleado la observación participante y la entrevista en profundidad como técnicas de recolección de datos dentro del método etnográfico, en tanto que ambas permiten articular las perspectivas emic y etic. Así, la observación participante brinda al investigador la oportunidad de estar presente en las diferentes situaciones de la vida social de manera “natural”, sin llegar a interrumpir su dinámica, profundizando los vínculos con los pobladores hasta el punto de dejar de ser un agente extraño para ser además de un observador un actor más de la acción social.

Por su parte, la entrevista en profundidad permite una aproximación a la manera en que las personas de las comunidades en estudio conciben el proceso salud, enfermedad y atención, a través de relatos que en sus propios términos muestran su mundo de representaciones, lo que abre espacio a la visión interna del grupo. De allí que el trabajo de observación se complementa con la entrevista en profundidad, posibilitándole al investigador contrastar y evaluar su comprensión sobre determinados aspectos de la realidad estudiada. Ambas técnicas le permiten al investigador con base en lo observado, conversado y vivido en su trabajo de campo, hacer interpretaciones de segundo grado sobre las

interpretaciones de primer grado que hacen los pobladores sobre su vida social desde el ámbito del sentido común.

En cuanto a la estructura del trabajo, éste se divide en tres partes, cada una de las cuales está organizada en capítulos, para un total de nueve. La Parte I corresponde al Marco Metodológico, en la que se muestran los aportes de la filosofía de la ciencia, la antropología y la sociología en el surgimiento y consolidación de la lógica de la investigación cualitativa en las ciencias humanas, repasando los conceptos, categorías y proposiciones heredadas de las distintas corrientes. Esta primera parte está compuesta por los Capítulos I, II y III. En el primero se presenta la concepción epistemológica de la investigación cualitativa, su origen y evolución desde los aportes realizados por distintos teóricos, que en conjunto contribuyeron a sentar las bases para que la investigación cualitativa ocupara un espacio importante en las ciencias humanas. En el segundo capítulo se presentan las ideas que gnoseológicamente permiten concebir el objeto de estudio de las ciencias humanas y en especial de la antropología desde un punto de vista interpretativo. En el tercer capítulo se presenta el proceso metodológico de la investigación cualitativa dentro del contexto de la disciplina antropológica.

La Parte II corresponde al Marco Teórico, en la que se exponen los principales conceptos, categorías y teorías antropológicas para el estudio del proceso salud, enfermedad y atención. Está integrado por los Capítulos IV, V, VI y VII. En el cuarto se hace una revisión histórica de la subdisciplina de la antropología de la salud y la enfermedad. En el quinto se despliegan los enfoques teóricos más relevantes de la subdisciplina, así como las críticas realizadas entre ellos. En el sexto se hace un recorrido por los temas fundamentales de la antropología de la salud y la enfermedad. En el séptimo se señalan los principales sistemas de

atención a la salud: tradicional-popular, biomédico y de la autoatención, resaltando su origen, características básicas y criterios nosológicos.

La Parte III corresponde al Trabajo Etnográfico realizado en las tres comunidades, conformada por los Capítulos VIII y IX. En el octavo se hace una caracterización general de las comunidades, al tiempo que se detallan las representaciones sobre la salud y la enfermedad de los pobladores, así como las enfermedades biomédicas y tradicionales reconocidas por ellos, en el caso de esta última se estudia su etiología tanto de orden natural como sobrenatural. En el noveno se describen los sistemas de atención a la salud presentes en las comunidades y las formas en que son empleados por sus habitantes en el campo de la autoatención en su itinerario terapéutico frente a un episodio de enfermedad.

www.bdigital.ula.ve

PARTE I
MARCO METODOLÓGICO

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

CAPÍTULO I

LA LÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN INTERPRETATIVA

Una interpretación definitiva parece ser una contradicción en sí misma.
Hans-Georg Gadamer

1.1 Origen y Desarrollo del Paradigma Interpretativo

A finales del siglo XIX y primera mitad del XX tuvieron lugar en las ciencias sociales una serie de debates acerca de la naturaleza de la realidad social, la manera de entenderla y los pasos adecuados para su estudio, controversias que aún persisten en la actualidad, abarcando el nivel ontológico (qué se conoce), epistemológico (quién y hasta dónde se puede conocer) y metodológico (cómo conocer) sobre el modo de percibir, concebir y conocer la realidad social, principalmente entre quienes todavía sostienen que las ciencias sociales deben conducirse del mismo modo que las ciencias naturales como el positivismo y quienes consideran que debe contar con un método más propicio con la naturaleza de su objeto de estudio, como lo plantean los interpretativistas (Guba y Lincoln 2002) y las distintas variantes de lo que se denomina individualismo metodológico.

Los primeros pensadores en elaborar importantes escritos con el fin de proporcionar un método distinto para las ciencias sociales fueron Dilthey y Weber. Contrario a los postulados del positivismo, estos teóricos sostuvieron que las ciencias sociales debían dar cuenta de un elemento esencial de la condición humana como es la subjetividad, que no podía ser estudiada como un hecho natural y mucho menos ser aprehendida desde el método de las ciencias naturales, esgrimiendo el método de la comprensión o “verstehen”. Este planteamiento sería desarrollado más adelante por distintas corrientes dentro de las ciencias sociales, como el Interaccionismo Simbólico de Mead, Blumer y Goffman y la Antropología Interpretativista de Turner y Geertz, entre otros.

1.1.1 Dilthey y el Método Comprensivo:

En su libro “Introducción a las ciencias del espíritu”, a partir del vínculo entre el sujeto investigador y la realidad investigada, Dilthey establece las diferencias entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias humanas o del espíritu. Si bien para el positivismo las ciencias sociales deben estudiar los comportamientos manifiestamente observables de la misma forma como la física estudia el átomo, por medio de observaciones y experimentaciones con base en las cuales enuncia regularidades comprobables empíricamente, guardando la distancia entre el investigador y su objeto estudio, para Dilthey en las ciencias del espíritu la realidad es interna, no hay distanciamiento, por lo que la dualidad sujeto-objeto se desvanece cuando se intenta pensar y sentir desde la posición del otro.

Siguiendo a Hegel, considera que el espíritu sólo puede comprender lo que él ha creado, no obstante, no pretende hacer una construcción ideal fundada en una concepción metafísica de la historia y del hombre, sino más bien basada en la realidad de las vivencias sociohistóricas (visión historicista). De allí que el investigador debe involucrarse con la realidad estudiada para entender mejor los significados o propósitos que las personas asignan a sus distintas prácticas dentro de su contexto sociocultural, por tanto, mientras más compenetrado se esté con el objeto de estudio más posibilidades hay de comprenderlo. En palabras de Dilthey

Las situaciones en la sociedad nos son comprensibles desde dentro; podemos reproducirlas, hasta cierto punto, en nosotros, en virtud de la perspectiva de nuestros propios estados [En cambio] La naturaleza es muda para nosotros. Solo el poder de la imaginación vierte sobre ella una vislumbre de vida e intimidad. (1980, p. 82)

De acuerdo con Dilthey, además de los textos escritos todas las prácticas humanas pueden ser también objeto de interpretación, en la medida en que los propósitos no siempre están a la vista y por tanto sus significados se deben descifrar a partir de las manifestaciones de los signos tangibles. No obstante, considera que toda interpretación resultaría “imposible si las manifestaciones de la vida fuesen enteramente extrañas. Sería superflua si en ellas no hubiese nada de extraño. Por consiguiente, entre estos dos extremos opuestos se sitúa la hermenéutica.” (citado en Habermas, 1990, p. 172)

Se entiende entonces que si el comportamiento humano guarda una intencionalidad que va más allá de las conductas meramente observables o declarativas, las ciencias humanas deben buscar la interpretación y comprensión del comportamiento humano en lugar de la explicación y formulación de leyes. De esta manera, para Dilthey el principal propósito de las ciencias humanas no es otro que el de objetivar las vivencias subjetivas, desde una perspectiva ideográfica que apunte a la particularidad e irrepetibilidad de los fenómenos sociales en su contexto histórico y cultural. Para ello, propone el método comprensivo, que implica ponerse en el lugar del otro o realizar un acercamiento empático con el fin de dar cuenta de las experiencias psíquicas que constituyen el entramado de interrelaciones de vivencias, que no se pueden desvincular del sistema histórico y cultural en el que tienen lugar.

Hasta este punto se pueden apreciar dos importantes diferencias entre el positivismo y el interpretativismo de Dilthey. En primer lugar para el positivismo lo que cuenta son los comportamientos manifiestamente observables, mientras que para el interpretativismo de Dilthey las intenciones que mueven a las personas a actuar de una manera determinada, intenciones que no son perceptibles empíricamente sino captadas intuitivamente (verstehen). En segundo lugar, con el fin de enunciar leyes o en su defecto generalizaciones empíricas, el positivismo busca lo que de

común tienen muchos hechos individuales, mientras que el interpretativismo enfatiza los rasgos propios que diferencian una realidad social de otra por medio del estudio de casos particulares.

Para Dilthey es importante el estudio del contexto en la medida en que permite observar las conexiones entre todas las partes que conforman la realidad y es en esa conexión donde se manifiesta el significado del todo. Como resultado de esto, en el camino que va del todo a las partes y de las partes al todo se va incrementando el nivel de comprensión en cada ir y venir, pues las partes adquieren significado del todo y el todo se nutre al mismo tiempo de las partes, cobrando importancia la relación entre los individuos, la cultura y la historia como manifestación de las relaciones estructurales en las que tienen lugar las vivencias. A este proceso Dilthey lo denominó “círculo hermenéutico”, que va de manera inductiva de lo particular a lo general por medio de la

captación de partes indeterminadamente determinadas al intento de captar el sentido del todo, alternando con el intento de determinar más en concreto las partes partiendo del sentido del todo. El fracaso se pone en evidencia cuando quedan algunas partes que no se comprenden por completo. Esto obliga a una nueva determinación del sentido que dé satisfacción a aquéllas. Y estos intentos se prosiguen hasta que se agote por completo el sentido contenido en las manifestaciones de la vida. (citado en Habermas, 1990, p. 177)

Ahora bien, de acuerdo con Leyva (2012), en sus últimos años Dilthey dio un viraje a sus planteamientos. En buena medida influido por las “Investigaciones Lógicas” de Husserl, pasó de la comprensión de los estados psíquicos, es decir, de la descripción psicológica de los estados mentales de la conciencia, a los significados construidos socialmente. Por consiguiente,

en “Estudios sobre la fundamentación de las ciencias del espíritu” Dilthey asume el cuestionamiento que Husserl realizó al psicologismo, enfatizando la diferencia entre el acto psíquico y su contenido, entre la percepción y el significado de lo percibido, marcando de esta manera un distanciamiento entre la hermenéutica y la psicología. Desde esta nueva perspectiva, para Dilthey la comprensión es posible a través de las estructuras de sentido intersubjetivamente compartidas, sobre las cuales descansa el orden social, la cultura, la comunicación verbal, las significaciones simbólicas, entre otras, estructuras cuya existencia anteceden a los individuos que participan de ellas.

De este modo, el estudio de los estados mentales de la conciencia es redireccionalizado a las estructuras intersubjetivas de sentido, a las que se accede no de manera directa sino por medio de los sistemas simbólicos, especialmente las formas lingüísticas en las que se expresan. Así, las palabras, ademanes, costumbres, comportamientos, instituciones, normas sociales y leyes jurídicas son manifestaciones objetivadas del mundo de significados socialmente compartido, por medio de los cuales se puede alcanzar la comprensión de los fenómenos sociales. En correspondencia con esta última etapa del pensamiento de Dilthey, el mundo social (referente), su expresión objetivada en las acciones humanas (significante) y la comprensión de sus propósitos (significados) conforman la triada sobre la cual gira el análisis hermenéutico.

En consecuencia, aun cuando permanece la idea de interpretar las acciones como si se trataran de textos, éstas pasan de lo individual a lo social, apartándose de la impronta psicologista de sus primeras obras, conservando la importancia del signo dado como mediación para penetrar en la red de significados socialmente articulados. Sin olvidar que para Dilthey tal comprensión nunca es definitiva, pues siempre está sujeta a modificación en la medida en que la investigación aporte nuevas interpretaciones. Por lo que en cada nueva aproximación a la realidad estudiada se va adquiriendo una

mayor comprensión, en una espiral ascendente que se va desplegando en el progreso de las interpretaciones de las acciones humanas, lo que representa, como ya se señaló, el “círculo hermenéutico”.

1.1.2 Weber y los Tipos Ideales:

Continuando el camino iniciado por Dilthey y desde un enfoque más social que psicológico, Weber trata de dar cuenta de los propósitos subjetivos de las acciones individuales, centrándose en las reglas sociales de carácter intersubjetivo, en las que tanto la acción como el fin que persiguen los actores se adecuan a los valores, normas y creencias aceptadas por la sociedad a la que pertenecen. Desde esta perspectiva, concibe la comprensión no sólo como un proceso empático (“verstehen”) de colocarse en el lugar del otro para ver sus motivaciones e intereses racionales, sino también y principalmente como un proceso de construcción teórica en el que el investigador asigna hipotéticamente intencionalidad a las acciones emprendidas por los actores sociales con base en las reglas intersubjetivas. Para Weber esto es posible en la medida que toda conducta por más irracional que parezca en el fondo es movida por criterios racionales que le dan direccionalidad, por lo que al compartir la misma capacidad racional el investigador puede comprender cómo piensan, sienten y actúan las demás personas, dejando a un lado los aspectos irracionales que pudieran desvirtuar la acción racional y su interpretación.

Esta construcción teórica a la que Weber llamó “tipos ideales” representa una hipótesis acerca de los propósitos de las acciones humanas, que pueden ser entendidos como modos de acción constantes del comportamiento. Generalizaciones que si bien se ajustan en buena medida a la realidad empírica son abstracciones que dejan de lado algunos aspectos poco característicos de ella, para ordenar lógicamente los más representativos en un marco conceptual que los unifica. Aunque inicialmente se basan en casos concretos luego se distancian de ellos hasta perder todo

referente empírico, pues la realidad no se presenta de forma pura tal como lo recoge el tipo ideal, sino desordenada y contradictoria.

Por esta razón, “esos conceptos se vuelven al punto típico-*ideales*, es decir, que, en su plena *pureza* conceptual, no encuentran representante en la realidad, o lo encuentran sólo parcialmente. Aquí, como en todas partes, cualquier concepto que no sea *puramente* clasificatorio, se aparta de la realidad” (Weber, 1973, p. 83). De allí el valor heurístico de los tipos ideales en el estudio de la sociedad, de los que Weber advierte es una aproximación a las motivaciones y no las motivaciones en sí de los actores en la vida real, por lo que no debe confundirse el tipo ideal con la acción misma.

Ahora bien, Weber sostiene que si bien las ciencias naturales enuncian leyes que dan cuenta de uniformidades invariantes, las ciencias sociales describen los rasgos particulares de los estados y procesos mentales de los individuos que se caracterizan por ser únicos y cambiantes, en la medida en que en cada época histórica o sociedad la capacidad racional, a la que Weber parece atribuirle una condición universal, se ajusta a los intereses específicos del contexto en el que tienen lugar.

Por ende, la imputación de sentido desde los tipos ideales adquiere una conformación específica en cada momento histórico. A manera de ejemplo, en su libro “La ética protestante y el espíritu del capitalismo”, Weber plantea cómo el emprendimiento inicialmente promovido como un valor religioso impulsó el trabajo y la acumulación de capital, convirtiéndose en una idea rectora que no solamente orientó el comportamiento de los incipientes empresarios sino que también le dio sentido a las acciones, modeló las interpretaciones y significados otorgados a todos los escenarios de la vida social, superando de esta manera el origen religioso de sus inicios, lo que denominó el “espíritu capitalista”.

Si bien Weber reconoce que la historia está compuesta de realidades fácticas e irrepetibles de las cuales no se pueden extraer regularidades, considera que estudiando esas particularidades se pueden elaborar

generalizaciones por medio de conceptos generales tipos ideales. Es por esto que, la generalidad y objetividad racional de los tipos ideales permite observar algunas regularidades sociales, por ejemplo, tipos de Estados, de instituciones sociales, de autoridad política, entre otros. Sin embargo, advierte que aunque

Para las ciencias naturales exactas, las “leyes” son tanto más importantes y valiosas cuanto más *universalmente válidas*. Para el conocimiento de los fenómenos históricos en su condición concreta, las leyes más *generales* son por lo común también las menos valiosas, en cuanto las más vacías de contenido. Mientras más amplio es el campo de validez de un concepto *genérico* -su extensión-, tanto más nos desvía de la riqueza de la realidad, ya que para contener lo común al mayor número posible de fenómenos debe ser lo más abstracto posible y, en consecuencia, más *pobre* en contenido. En las ciencias de la cultura, el conocimiento de lo general nunca es valioso por sí mismo (...) hasta aquí se infiere que carece de sentido un tratamiento “objetivo” de los procesos culturales, si por tal se entiende que, como meta ideal de la labor científica, haya de valer la reducción de lo empírico a “leyes”. (1973, p. 69)

Cabe considerar entonces que las uniformidades a las que llegan las ciencias sociales no pueden ser vistas como leyes, pues en un evento específico opera un sinnúmero de causas de diversa índole, tantas que resultaría difícil contabilizarlas, en su defecto, Weber propone la idea de “causalidad adecuada”. De donde resulta que, sólo se puede hablar de causalidad para dar cuenta de un fenómeno particular en la medida en que se establezcan asociaciones causales específicas sin ninguna pretensión de universalidad en forma de ley. Al plantear la idea de causalidad adecuada,

Weber llega a una posición intermedia entre lo nomotético y lo ideográfico, de allí que proponga estudiar las condiciones que generan ciertas consecuencias desde la causalidad adecuada junto a la comprensión de los significados de las acciones humanas, lo que permitiría hacer una interpretación comprensible de los efectos de esa causalidad.

En relación con el debate sobre el estudio de la sociedad y la historia entre la concepción positivista nomotética y la concepción hermenéutica ideográfica, Weber pareció inclinarse por esta última en un primer momento, oponiéndose a los historiadores positivistas que pretendían encontrar leyes universales invariantes que determinan los distintos acontecimientos históricos en las diversas sociedades, inclinándose a favor de una visión de la historia sujeta a acciones y sucesos particulares y aleatorios propios de cada sociedad.

Más adelante, en un segundo momento, asumió una posición intermedia entre la tendencia generalizadora e individualista, empleando los tipos ideales en el análisis de personas, sociedades o circunstancias, sin focalizarse en un elemento causal en particular. Es por esto que la pretendida orientación de Weber, catalogada como “individualismo metodológico”, no fue del todo coherente, pues a pesar de propugnar tal enfoque, en sus escritos más relevantes, recogidos en su libro “Economía y sociedad”, se manejó desde un enfoque macrosocial de corte histórico-comparativo, privilegiando el análisis del Estado, la autoridad, la burocracia y la religión.

Finalmente, Weber sostiene que las ciencias naturales al conocer las recurrencias de los fenómenos puede controlarlos de acuerdo con sus intereses, lo que no sucede con las ciencias sociales, que desde los referentes axiológicos del investigador no puede diseñar reglas y valores que permitan controlar los comportamientos sociales, por lo que sólo le queda estudiarlos tal cual como ellos se presentan. Por esto, Weber propone que

las ciencias humanas han de estar libres de juicios valorativos, rescatando así el criterio de objetividad en la formulación de sus proposiciones.

Aun cuando no niega los condicionamientos axiológicos del investigador ni el mundo subjetivo de la sociedad estudiada, considera que la diferencia fundamental entre las ciencias naturales y las ciencias sociales descansa en la forma en que cada una se acerca a su objeto de estudio. Así, por ejemplo, las ciencias sociales buscan comprender las motivaciones de la acción social, comprensión que no debe verse como una intuición, sino más bien como una interpretación racional que trata de entender el propósito de la acción de las personas en sociedad, mientras que en las ciencias naturales el científico no puede comprender las moléculas y los átomos, sino entenderlos sólo por medio de la observación y la experimentación para enunciar explicaciones o uniformidades en forma de leyes.

1.1.3 Schütz y la Perspectiva del Sujeto:

Siguiendo la perspectiva trazada por Weber, Schütz reconoce que los tipos ideales tienen un valor heurístico de gran utilidad para el estudio de la sociedad, pero a diferencia de Weber propone construirlos no desde una pretendida racionalidad invariante, sino desde la racionalidad e intenciones de los actores en las circunstancias reales, es decir, con base en sus conocimientos y creencias y no desde una racionalidad deducida por el investigador.

Para Schütz la acción racional forma parte del sentido común, el cual representa el “acervo de conocimiento” con que cuentan los actores sociales, criterios que les permiten comunicarse, actuar en determinadas circunstancias, saber cómo reaccionar ante los comportamientos de los otros, interpretar situaciones diversas y adquirir nuevos conocimientos compartidos socialmente, en otras palabras, sirve de guía del comportamiento de los actores en el conjunto de las relaciones sociales. Es un conocimiento que hunde sus raíces en la historia y por tanto es específico

de cada sociedad. En este sentido, el acervo cultural de conocimiento a mano que constituye el sentido común representa

un universo de significación para nosotros, vale decir, una textura de sentido que debemos interpretar para orientarnos y conducirnos en él [de forma intersubjetiva, en la medida en que] vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y lugares comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos. (Schütz, 1974, p.41)

Este carácter intersubjetivo del mundo de la vida hace posible la interpretación subjetiva, al mismo tiempo que sitúa la comprensión como el método adecuado para el estudio de la realidad social, esto es, la totalidad de objetos y acontecimientos experimentados e interpretados desde el sentido común de los actores en sus relaciones cotidianas. Por tanto la comprensión de las estructuras de significación constituye el fin primordial de las ciencias sociales y al mismo tiempo el rasgo más distintivo que la diferencia de las ciencias naturales. Diferencia que se basa, según Schütz, en el hecho de que el sentido común les permite a las personas conocer el mundo, no desde la percepción sensorial como lo sostienen los empiristas, sino desde el pensamiento, en el que los objetos se aprecian cargados de significación.

Desde este punto de vista, en las ciencias sociales el comportamiento de los actores “tiene un sentido particular y una estructura de significatividades para los seres humanos que viven, piensan y actúan dentro de él” (1974, p. 37), incluyendo los productos del investigador, mientras que para las ciencias naturales la realidad estudiada (átomos, moléculas, etc.) carece de propósitos y significación, por lo que los resultados de la investigación no tienen relevancia para la unidad de análisis.

Ahora bien, para Schütz el significado de las acciones descansa en la conciencia intencional de los actores que persiguen siempre un objetivo, en tanto que, siguiendo a Husserl, considera que conciencia siempre es conciencia de algo. De modo que, la acción es el resultado del proceso de conformación del propósito en la conciencia del individuo, en el que, como ya se dijo, juega un papel importante la razón, los conocimientos, las creencias, los valores, las normas y todo aquello que forma parte de la esfera del sentido común y que finalmente se expresa en el acto.

Al concebir la acción racional como parte del sentido común, Schütz asegura el ámbito de la intersubjetividad y la elaboración de generalizaciones del comportamiento social, al tiempo que le otorga objetividad al mundo de la vida y por ende a las interacciones sociales. Ulteriormente esto le permite al investigador captar los objetivos del actor en el momento de la acción, en la medida en que éste valora de forma racional los objetivos, medios y consecuencias para lograr los fines propuestos en su acción, relacionando dichos objetivos con otros posibles medios y resultados alternativos.

De acuerdo con Schütz además de los objetos de pensamiento contruidos por los actores sociales con base en el sentido común, también están los contruidos por el investigador social, a los que define como “construcciones de las construcciones hechas por los actores en la sociedad misma, actores cuya conducta el investigador observa y procura explicar de acuerdo con las reglas de procedimientos de su ciencia” (1974, pp. 37-38). A las primeras denomina “construcciones de primer grado” y a las segundas “construcciones de segundo grado”, con la salvedad de que el científico social accede a la realidad estudiada construyendo sus objetos de pensamientos sobre la base de los objetos de pensamiento que los actores construyen desde el sentido común y además elabora “modelos racionales de conducta irracional, como revela una ojeada a cualquier texto de psiquiatría. En cambio, el pensamiento de sentido común suele construir

modelos irracionales de conductas muy racionales” (1974, p. 68). En cualquier caso, para Schütz

Todo nuestro conocimiento del mundo, tanto en el sentido común como en el pensamiento científico, supone construcciones, es decir, conjuntos de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización del pensamiento. En términos estrictos, los hechos puros y simples no existen. 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. (1974, pp. 36-37)

Es por esto que Schütz considera que la objetividad en las construcciones de segundo grado se alcanza cuando el investigador se atiene al mundo de la vida, al significado que proyectan las acciones de los actores, al fin que persiguen y a las interpretaciones que éstos hacen de las situaciones que los envuelve. Por lo que la reconstrucción de sus propósitos debe hacerse desde el ámbito del sentido común de su grupo, en tanto que el mundo social tiene una estructura de significación y valor específico para quienes actúan y piensan dentro de él, donde encuentran sus objetos de pensamiento que motivan la acción.

Dado que el investigador no comparte “ningún aquí dentro del mundo social; más precisamente, considera su posición dentro de él y el correspondiente sistema de significatividades como ajeno a su empresa científica” (1974, p. 64), se mantiene distante en cuanto a los intereses sociales en juego, no así en relación con las redes de significados que pretende comprender, de allí que sus interpretaciones sobre las interacciones sociales pueden variar en relación con las de los propios actores. Visto de esta manera, para Schütz el investigador social es un

observador neutral del mundo social. No toma parte en la situación observada, que no tiene para él interés práctico, sino solamente cognoscitivo. Aquella no es el teatro de sus actividades, sino solo el objeto de su contemplación; no actúa dentro de ella vitalmente interesado en el resultado de sus acciones, con esperanzas o temor frente a sus consecuencias, sino que la contempla con la misma distante ecuanimidad con que el especialista en ciencias naturales observa los sucesos de su laboratorio. (1974, p. 62)

Al reivindicar el criterio de objetividad Schütz establece un puente entre las ciencias sociales y las naturales. Siguiendo a Husserl, desde la noción de “epojé” invita a dejar de lado la actitud natural del investigador de interpretar la realidad desde su sentido común, como también a la pretensión de proyectar de forma anticipada construcciones teóricas que no se adecuan con la realidad estudiada. En contraste propone desde la epojé poner entre paréntesis el juicio para abrir espacio a la observación y comprensión desde el punto de vista de los actores, a partir de los cuales más adelante construir las interpretaciones con ayuda del cuerpo teórico de su disciplina (el conjunto de conocimientos preorganizados y las reglas de conducta que orientan su comportamiento).

Tales interpretaciones no se basan, como en el caso de Dilthey, en un ponerse en el lugar del otro en términos de empatía (psiquis de los individuos) con el fin de reexperimentar sus vivencias, sino en la construcción fundamentada en las estructuras de significación compartidas intersubjetivamente por todos los actores sociales. En consecuencia, si los productos de la cultura: lenguaje, normas, valores, creencias, conocimientos, símbolos, instituciones, arte, literatura, tecnología, etc., son el resultado de las actividades de distintos individuos interactuando entre sí, sus significados han de extraerse a partir del estudio de esas actividades culturales que le dieron origen.

En general, los planteamientos de Schütz han influido en varios enfoques de orientación constructivista, principalmente los relacionados con la producción de significados socialmente compartidos desde el ámbito del sentido común y los significados que los actores atribuyen a sus acciones y a los comportamientos de los otros en la interacción social, comprendiendo las acciones sociales desde la perspectiva del propio actor, en tanto que la forma en que las personas experimentan y definen el mundo en el que viven determina lo que dicen y hacen.

Entre quienes han recibido su influencia se encuentra Garfinkel (1967), que desde una posición fenomenológica se preocupó por estudiar la manera en que los actores a partir del “curso temporal de sus compromisos reales, y ‘conociendo’ la sociedad solamente desde adentro (...) producen actividades prácticas estables, esto es, las estructuras sociales de las actividades diarias” (p. 185). De modo que, Garfinkel se dedicó a estudiar las formas en que los individuos desde la esfera del sentido común le otorgan significados a los comportamientos que tienen lugar en las distintas situaciones o escenarios de la vida social, regidos por un conjunto de normas tácitas a partir de las cuales los actores interpretan los distintos escenarios en los que se mueven y deciden de forma racional las acciones que emprenderán en la interacción social, si bien los individuos no son siempre conscientes de tales normas en sus acciones constantemente se adaptan a ellas. De ahí su interés por cómo los individuos hacen uso de las normas sociales abstractas en la vida social concreta, donde sus significados se vuelven más claros y comprensibles para todos los participantes.

En este contexto, se entiende que para el autor la interpretación de la racionalidad de los comportamientos debe partir de la indagación de las maneras prácticas de razonamiento de los actores sociales en sus propias circunstancias y no de las especulaciones del investigador, quien usualmente intenta asignarle racionalidad a los comportamientos de los actores. Por lo que desde una perspectiva etnometodológica sostiene que el investigador

debe dejar de lado sus nociones para observar la forma en que las personas actúan en la vida cotidiana y le dan significado a sus prácticas, es decir, desde una visión "naturalizada" se deben estudiar los propósitos de las personas dada la condición intersubjetiva de la racionalidad que se expresa en la vida cotidiana.

Asimismo, para Berger y Luckmann (2003) el objetivo de toda investigación social es dar cuenta de la producción de sentido intersubjetivamente construido, a partir de la visión de los actores y el conjunto de significaciones desde el cual interpretan el mundo. Partiendo de la idea de que los individuos no perciben la realidad tal como se les presenta sino a través del lente cultural, Berger y Luckmann sostienen que la realidad es una construcción subjetiva que hacen los individuos del mundo que les circunda y a la que consideran objetiva e independiente.

Lo que en la sociedad se da por establecido como conocimiento, llega a ser simultáneo con lo cognoscible, o en todo caso proporciona la armazón dentro de la cual todo lo que aún no se conoce llegará a conocerse en el futuro. Éste es el conocimiento que se aprende en el curso de la socialización y que mediatiza la internalización dentro de la conciencia individual de las estructuras objetivadas del mundo social. En este sentido, el conocimiento se halla en el corazón de la dialéctica fundamental de la sociedad: "programa" los canales en los que la externalización produce un mundo objetivo; objetiviza este mundo a través del lenguaje y del aparato cognoscitivo basado en el lenguaje, vale decir, lo ordena en objetos que han de aprehenderse como realidad. Se internaliza de nuevo como verdad objetivamente válida en el curso de la socialización. El conocimiento relativo a la sociedad es pues una realización en el doble sentido de la palabra: como aprehensión de la realidad social objetiva y como producción continua de esta

realidad (...) A su vez este mismo cuerpo de conocimiento se transmite a la generación inmediata, se aprende como verdad objetiva en el curso de la socialización y de ese modo se internaliza como realidad subjetiva. (2003, pp. 87-88)

Como resultado, las personas desde su universo simbólico asignan significados a las cosas en el contexto de las interacciones particulares en las que se encuentran, razón por la cual “El mundo de la vida cotidiana no sólo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas [sino que también] Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por éstos” (2003, p. 35). Si bien la construcción de la realidad se nutre de la visión que los sujetos se forman de ella, no quiere decir que sea el resultado de un proceso individual, en la medida en que las personas son influidas por la diversidad de grupos a los que pertenecen, espacios donde comparten y refuerzan pareceres, lo que le da el carácter intersubjetivo a dicha construcción como se señaló anteriormente.

En esencia, el enfoque de Berger y Luckmann sobre la construcción social de la realidad se sitúa en la relación dialéctica entre el espacio subjetivo del individuo y el espacio objetivo de lo social, en el que tienen lugar los procesos de construcción intersubjetiva tanto de la interpretación del mundo de la vida como de las formas de actuar dentro de él. En la cristalización de estos significados se va forjando su institucionalización y naturalización y como si siempre hubieran estado allí las personas se olvidan de su origen socialmente construido, proceso al que Berger y Luckmann han llamado “legitimación de los sistemas de significado” mediante la socialización. De forma que,

La conciencia retiene solamente una pequeña parte de la totalidad de las experiencias humanas, parte que una vez retenida se sedimenta, vale decir, que esas experiencias quedan estereotipadas en el recuerdo como entidades reconocibles y memorables. Si esa sedimentación no se produjese, el individuo no podría hallar sentido a su biografía. También se produce una sedimentación intersubjetiva cuando varios individuos comparten una biografía común cuyas experiencias se incorporan a un depósito común de conocimiento. La sedimentación intersubjetiva puede llamarse verdaderamente social solo cuando se ha objetivado en cualquier sistema de signos, o sea, cuando surge la posibilidad de objetivaciones reiteradas de las experiencias compartidas. Solo entonces hay probabilidad de que esas experiencias se transmitan de una generación a otra, y de una colectividad a otra. (2003, p. 89)

www.bdigital.ula.ve

1.1.4 Winch y las Reglas Sociales:

Sobre la base de las ideas expuestas por Dilthey, Weber y Schütz, Winch (1971) sostiene que las ciencias humanas deben centrarse en el estudio de la acción significativa para dar cuenta del sentido de los comportamientos de los actores sociales, estudio que debe hacerse desde la comprensión de las reglas sociales y el contexto cultural en el tienen lugar. Winch considera que la acción significativa no sólo corresponde a la acción orientada por un propósito, razón o motivo definido, dado que muchos comportamientos en la vida cotidiana son realizados sin que las personas tengan un motivo claro para hacerlo, lo que no implica que su acción carezca de significado. Por consiguiente se distancia de Weber, para quien este tipo de comportamiento se corresponde con la acción tradicional, a la que

concibe como un comportamiento mecánico o reactivo que ahoga la acción significativa debido a la ausencia de conciencia sobre el propósito del acto.

Es justamente por este carácter fijo que Winch elude la noción de tradición o hábito desde el punto de vista weberiano, pues considera que ésta conlleva a una explicación causal que da cuenta de conductas repetitivas y para él lo relevante es el significado presente en las acciones que ha de ser interpretado. En efecto, para Winch una costumbre representa un acto que es reproducido mecánicamente, cuya “Regularidad o uniformidad es la recurrencia constante de la misma clase de acontecimiento o de la misma clase de oportunidad; por tanto, los enunciados de uniformidades presuponen juicios de identidad” (1971, p. 80), en cambio seguir una regla no es una mera repetición de comportamientos cristalizados, en la medida en que los agentes pueden actuar frente a situaciones idénticas de maneras diversas e incluso novedosas, pero siempre ajustado al criterio que ofrece la regla social.

Ahora bien, no se trata de que los individuos se replanteen conscientemente en cada momento los principios que sustentan las reglas como una máxima de comportamiento, sino que el actor-agente con base en la regla distingue reflexivamente cuándo actúa conforme o no con ella, cuándo el comportamiento es correcto o incorrecto. Por consiguiente, “la prueba de que un hombre esté aplicando o no una regla en sus acciones no reside en que podamos formular tal regla, sino en averiguar si tiene sentido distinguir entre un modo correcto y uno erróneo de hacer las cosas, con respecto a lo que esté haciendo.” (1971, p. 57)

Siguiendo a Wittgenstein y su noción de regla, Winch señala que al igual que en el campo de la lingüística en el mundo social las reglas otorgan sentido a los comportamientos, sentido que es el resultado de un acto fundacional en el que por consenso social queda establecido en las reglas sociales, de la misma manera como un significante queda asociado a un objeto dándole su significado. De donde resulta que los comportamientos del

presente comprometen a los agentes a actuar de una manera específica en el futuro reafirmando así la regla.

Es por esto que, “actuar siempre de la misma manera” en situaciones similares no implica que las personas tengan que vincular su acción a un motivo determinado o que ésta sea una reacción mecánica, pues esos comportamientos tienen sentido por su apego a las reglas sociales, sentido que es interpretado por los actores en la interacción social y desde el cual atribuyen intencionalidad a la acción de los otros y evalúan sus comportamientos como correctos o incorrectos. En consecuencia, son las reglas sociales las que otorgan significados a las acciones humanas.

Apoyándose en la noción de elucidación de los “juegos de lenguaje” de Wittgenstein, para quien entender el sentido de las palabras de una lengua exige saber el uso que le dan los hablantes en los diferentes contextos de la vida social, Winch cree que conociendo las reglas sociales de un grupo es posible imputar de forma objetiva los propósitos que motivan a las personas a actuar en un contexto específico. Para él esto es posible en la medida en que considera a las reglas sociales internas y no externas al individuo, internalizadas en el proceso de socialización como un cuerpo de conocimientos y creencias desde las cuales las personas interpretan el mundo y actúan en él según las circunstancias locales. De allí que,

en lo que insiste Wittgenstein es, primero, que debe ser posible en principio que otras personas comprendan esa regla y juzguen cuando se las sigue correctamente, y segundo, que no tiene sentido suponer que haya alguien capaz de establecer una norma de conducta puramente personal, si nunca tuvo alguna experiencia de la sociedad humana con sus reglas socialmente establecidas. (1971, p. 36)

Tomando en cuenta el carácter normativo de las reglas sociales, Winch señala que no deben confundirse con los códigos jurídicos en el que se establecen deberes y obligaciones sujetas a sanciones, tampoco pueden verse como salidas de un manual de buenos comportamientos, sino que tal como Wittgenstein lo planteó para el caso del lenguaje, su normatividad es el resultado del acuerdo de todos los miembros de una comunidad en torno a sus formas de interactuar, acuerdo que hunde sus raíces en la tradición cultural y se renueva con la participación de los agentes en las prácticas sociales. En palabras de Winch,

Quando hablo de 'participación' no implico necesariamente una conjunción física directa entre los participantes. Lo que importa es que todos ellos toman parte en el mismo tipo general de actividad, el cual fue aprendido por todos de manera semejante; que son, por tanto capaces de comunicarse entre sí con respecto a lo que están haciendo; lo que cada uno de ellos hace es, por principio inteligible para los demás. (1971, p. 82)

Asimismo, Winch advierte que las reglas sociales no deben considerarse leyes causales, en tanto que las primeras tienen un carácter normativo y las segundas obligatorias y constrictivas. De donde se infiere que en la vida social el incumplimiento de una norma que prescribe un comportamiento como socialmente correcto no significa su negación, sino solamente la transgresión de la misma, puesto que "Un error es una contravención de lo que se ha establecido como correcto y, por lo tanto, debe ser reconocible como tal" (1971, p. 35). Se entiende entonces que el cumplimiento o no de una norma son las dos caras de la acción social, sirviendo las reglas en ambos casos como una forma de comprender y evaluar su significado. En cambio una ley natural no puede infringirse, pero

cuando sucede queda automáticamente refutada e inservible para elaborar predicciones.

Es justamente en la distinción entre regla social y ley natural que Winch ubica la diferencia entre la explicación de las ciencias naturales fundamentada en las leyes universales y la comprensión de las ciencias humanas basada en las reglas sociales. De hecho, considera que el análisis de los comportamientos a partir de las reglas sociales hace posible las ciencias humanas, en la medida en que no se basan ni en actos fortuitos, ni en la percepción psicológica del actor, ni en una racionalidad de carácter universal.

Ahora bien, para Winch el estudio de las reglas sociales le permite al investigador dar cuenta de la racionalidad de una acción, en la medida en que ellas indican los fines que se deben perseguir en escenarios sociales específicos más allá de la racionalidad occidental que evalúa los costos, riesgos y beneficios en la relación medio-fin, desde los criterios de eficiencia o eficacia. Por esto, de acuerdo con Winch, la racionalidad de una acción no se debe medir por su conveniencia para lograr un fin, sino por su apego a las reglas socialmente reconocidas por los actores y observables por el investigador dentro de cada contexto cultural.

Entonces, la racionalidad de las acciones es tan diversa y particular como lo es cada cultura, de ahí que comprender sus significados compartidos amerita esclarecer las reglas sociales en las que tiene lugar, comprensión que estará siempre supeditada a la elucidación de las reglas de cada grupo, permitiendo su estudio de manera objetiva, como ya fue señalado. Vista las cosas de esta manera, se entiende que las reglas sociales no sólo orientan los comportamientos de los grupos humanos sino que también le dan significación, por lo que conocer el contexto sociocultural en el que se configuran dichas reglas permite interpretar la intencionalidad del actor desde la perspectiva interna del grupo social y no desde el punto de vista externo del investigador tal como lo afirmó Schütz en su momento.

Como se puede observar, la propuesta de Winch va más allá de la visión empática del primer Dilthey de reexperimentar las vivencias del actor para comprender el significado de sus acciones. De igual manera se distancia de uno de los planteamientos más resaltantes de Weber, esto es la asignación de sentido a las acciones sociales desde la construcción de tipos ideales por parte del investigador, posición que en ocasiones se entiende como si los propósitos de los agentes se dedujeran teóricamente del tipo ideal. Igualmente se aparta de la concepción de Schütz de comprender el significado de las acciones basadas en una racionalidad derivada del sentido común, en la que los propósitos obedecen a un criterio de racionalidad que si bien puede variar según el contexto social, sigue imbricado de la relación medio-fin con un cierto criterio de efectividad que se extrapola a todas las sociedades más allá de que orbiten dentro de la esfera occidental.

También se aparta de posiciones que transitan por la senda del individualismo metodológico, como el interaccionismo simbólico y la etnometodología, que desde una orientación psicologista sitúan la comprensión de las motivaciones de los individuos en el centro de su análisis, en la medida en que para Winch son las reglas sociales compartidas intersubjetivamente las que determinan tales motivaciones, desplazando el interés por los actores en particular al de la cultura en general.

1.2 La Comprensión como Perspectiva Interna Versus la Explicación Causal como Perspectiva Externa

El debate hermenéutico en torno al hecho de si la realidad social debe analizarse desde una perspectiva interna ajustada a los valores, normas y creencias de la comunidad privando su punto de vista o si por el contrario, debe hacerse desde una perspectiva externa ajena al contexto de las reglas socioculturales de la comunidad en estudio, privilegiando la crítica racional del investigador, estuvo protagonizado por Winch y MacIntyre. (Velasco, 2012)

En este sentido, MacIntyre (1967, 1971) considera que el estudio de una comunidad desde una perspectiva interna, es decir, desde sus propias reglas de organización, deja de lado entre otros elementos los de orden material, que determinan las acciones de los individuos de las que muchas veces no son conscientes, por lo que puede ser insuficiente para dar cuenta de los factores que movilizan a las personas a actuar de una manera concreta. De allí que propone la explicación causal como el camino por medio del cual el investigador, desde una perspectiva externa, puede develar los hilos ideológicos que enmascaran la realidad y promueven una falsa conciencia, lo que no podría ser observado desde la sola comprensión que busca dar cuenta de las creencias, reglas y motivaciones que inciden en los comportamientos tal como es vivenciado por las personas que forman parte de una cultura.

Al contrario de lo que propone Winch, MacIntyre plantea que la acción humana no siempre está regida por reglas que los individuos han aprendido socialmente y de las que son conscientes, sino que también influyen estructuras sociales de las que no son conscientes, siendo la explicación causal desde una perspectiva externa el medio por el cual el investigador hace evidente los vínculos entre dichas estructuras y la acción social. Aunque no niega la complementariedad entre ambas, le da primacía a la explicación causal por su capacidad crítica para rebelar lo que en principio no se manifiesta, considerando la comprensión como una fase inicial para avanzar hacia la explicación causal.

Sobre este aspecto, Apel (1985) advierte que desde la perspectiva interna defendida por Winch se concibe cada sociedad como una mónada, cuya especificidad la distingue esencialmente de otras realidades como si se tratara de una unidad con características particulares e irrepetibles, lo que da pie a un excesivo relativismo cultural y a una posición acrítica por parte del investigador. Como corolario de esto se puede plantear que cualquier manifestación cultural por más que atente contra criterios ampliamente

aceptados, reconocidos como deseables y respaldados por principios que promueven los derechos humanos elementales quedaría justificada.

Por su parte, Winch (1979) sostiene que evaluar una determinada sociedad desde categorías epistémicas y axiológicas externas a ella no es lo más adecuado para justipreciar la diversidad cultural y comprender sus prácticas sociales. Por tanto, considera que todo investigador que pretenda entender una comunidad a partir de teorías, categorías y conceptos científicos ajenos a su realidad, con el propósito de elaborar explicaciones causales se sitúa en una posición etnocéntrica que de forma velada o manifiesta expresa superioridad. Consecuentemente, señala que cualquier reflexión crítica por parte del investigador que privilegie una racionalidad pretendidamente universal, verdadera e infalible, que escapa de todo condicionamiento o interés, lo aleja de la comprensión de la racionalidad propia de los grupos en sus contextos culturales.

Cuando Winch cuestiona la perspectiva externa basada en la ciencia como la única vía para generar un conocimiento objetivo, sostiene que en una sociedad los criterios para afirmar que algo es válido no vienen dados por su presunta correspondencia objetiva con la realidad, sino por lo que la cultura establece como tal o en última instancia por los resultados sociales valorados desde la propia racionalidad del grupo en cuestión. Es así que todas las sociedades tienen una forma particular de conocer y de calificar un conocimiento como certero, lo que para Winch representa una estructura básica desde la cual los grupos sociales interpretan el mundo y asumen como cierto. De ahí que considere que

Algo puede parecerle racional a alguien sólo en términos de *su* comprensión de lo que es o no es racional. Si *nuestro* concepto de racionalidad es diferente del suyo, entonces no tiene sentido decir que algo pueda parecerle racional a *él* o no, desde nuestra perspectiva. Cuando MacIntyre continúa para decir que el

observador "no puede omitir referencias a la racionalidad, o en su lugar, a aquellas reglas y convenciones" seguidas por el agente extraño, ¿de qué concepción de racionalidad se está hablando, la nuestra o la del agente? Ya que esta vez el observador debe ser entendido como quien se dirige a miembros de su propia sociedad, parece que la referencia aquí debe ser el concepto de racionalidad común en la sociedad del observador. (1979, p. 92)

En la crítica que Winch realiza al trabajo de Evans-Pritchard sobre los azande, ve con buenos ojos que éste recoge desde el punto de vista de los azande el significado que tiene el mundo para ellos, pero se distancia de él cuando afirma que la ciencia es un tipo de conocimiento que reproduce de forma objetiva la realidad que estudia, a diferencia de la magia que no lo hace. "Creo que Evans-Pritchard tiene razón en mucho de lo que dice aquí, pero está equivocado, totalmente equivocado, en su intento de caracterizar lo científico en términos de eso que "concuera con una realidad objetiva." (1979, p. 83)

Para Winch la certeza de un conocimiento reposa sobre las pautas dadas por la misma cultura, recordando a Wittgenstein, señala que cada sociedad posee un juego de reglas culturales que permiten establecer lo que es cierto o no. Por tanto, no considera procedente sostener que el conocimiento científico que surgió en una cultura particular como la europea es la que tiene el monopolio de la verdad, pues tanto la ciencia occidental como la magia de los azande cumplen el mismo papel dentro de sus respectivas sociedades. Se trata de que la magia y la ciencia a su manera tienen efectos sociales similares en la forma de conocer, ambas proporcionan un conocimiento fiable, válido y seguro para sus miembros. Con sus cuestionamientos Winch no intenta equiparar, comparar o relativizar el conocimiento, pues su interés se sitúa en observar el valor que tiene un tipo de conocimiento en una cultura específica. En este sentido, plantea que

el contexto de nuestra cultura científica, no está en el mismo nivel que el contexto en el cual operan las creencias en relación con la brujería. Las nociones azande de la brujería no constituyen un sistema teórico en términos de obtener un conocimiento cuasi científico del mundo (...). Este planteamiento admite inferir algo más: las formas en que la racionalidad se expresa a sí misma en la cultura de las sociedades humanas no puede ser colegida simplemente en términos de la coherencia lógica de las reglas, según las cuales las actividades se llevan a cabo en esa sociedad. Como hemos visto, llega un punto en el que ni siquiera estamos en posición de determinar qué es coherente en este contexto de reglas, sin que surjan preguntas en relación con el sentido de seguir esas reglas en la sociedad (...). La concepción de la realidad es ciertamente indispensable para la comprensión del sentido de cualquier forma de vida. Pero no es una concepción que pueda explicarse de la manera en que Evans-Pritchard trata de hacerla, en los términos que la ciencia manifiesta como relevantes, ya que una forma de concepción de la realidad debe estar presupuesta antes de que podamos comprender algo de la expresión: lo que la ciencia manifiesta como relevante. (1979, pp. 90-91)

Dicho esto, Winch no descarta el valor de la crítica, por el contrario la ve necesaria, sólo que la crítica que reivindica es la interna, pues alega que la misma comunidad puede por medio de un cuestionamiento propio cambiar elementos de su mundo sociocultural, a partir de una racionalidad anclada en su propio sentido común sobre el cual se asientan las reglas de su comunidad. Para Winch las transformaciones generadas desde una crítica surgida en el seno mismo de la sociedad, podrían ser el resultado del

autoconvencimiento de la necesidad de cambiar determinadas reglas para enfrentar o dar respuesta a situaciones novedosas.

Tales cambios pueden ser impulsados inevitablemente una vez que los miembros de una cultura entran en contacto con otra, bien por la influencia directa que ésta ejerza sobre ella o porque los valores, normas y creencias de las otras culturas le sirven para evaluarse desde su propia racionalidad. Aun cuando hay algo de externo, lo importante es que la propia comunidad desde sus criterios pone en marcha los cambios sin tener que criticar a la otra cultura. También puede resultar que del contraste con otras culturas los integrantes de una comunidad reafirmen las reglas propias por considerarlas más adecuadas para el funcionamiento de su sociedad. De cualquier modo, estudiar otras culturas en este caso implica ensanchar el conocimiento que se tiene de la propia. En efecto,

Al estudiar otras culturas no sólo podemos aprender distintas posibilidades de hacer las cosas, otras técnicas. Es mucho más importante que podamos aprender otras posibilidades de darle sentido a la vida humana, diferentes ideas acerca de la importancia que puede tener para alguien el desarrollo de ciertas actividades, al tratar de contemplar el sentido de su vida como un todo. Esta dimensión es precisamente la que pierde MacIntyre en su estudio de la magia azande; la puede ver sólo como una técnica (frustrada) de producción de bienes para el consumidor. Pero las cosechas azande no son sólo objetos potenciales de consumo: la vida que llevan, sus relaciones con sus compañeros, sus oportunidades de actuar decentemente o de hacer maldades, todo ello puede emanar de su relación con las cosechas. (1979, p. 97)

CAPÍTULO II

LA REALIDAD DE ESTUDIO EN LA INVESTIGACIÓN INTERPRETATIVA

Lo que en realidad encara el etnógrafo... es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o enlazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarle de alguna manera para captarlas primero y para explicarlas después... Hacer etnografía es como tratar de leer un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito no en las grafías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada
Clifford Geertz

2.1 El Símbolo y la Discursividad

Comprender los sistemas simbólicos desde los cuales las personas interpretan y dan sentido al mundo que les rodea pasa por reconocer que la capacidad de crear y comprender los símbolos es una característica distintivamente humana, que como lo señala Cassirer (1968) define su naturaleza. Por tanto, más que racional el hombre es un animal simbólico, condición que le permite nombrar, ordenar, rememorar, imaginar, comunicar, pensar, evocar diversas realidades, trascender tiempo y lugar. De hecho,

El hombre no puede enfrentarse ya con la realidad de un modo inmediato; no puede verla, como si dijéramos, cara a cara. La realidad física parece retroceder en la misma proporción que avanza su actividad simbólica. En lugar de tratar con las cosas mismas, en cierto sentido, conversa constantemente consigo mismo. Se ha envuelto en formas lingüísticas, en imágenes artísticas, en símbolos míticos o en ritos religiosos, en tal forma

que no puede ver o conocer nada sino a través de la interposición de este medio artificial. (p. 26)

A diferencia de los demás seres del reino animal, el hombre al percibir el mundo que le circunda construye una red de significados que transforma ese mundo en símbolos, lo que le permite relacionarse con sus semejantes y de manera general darle sentido a la vida. En palabras de Blumer (1982), el mundo no es comprensible sin los signos (entendido de forma flexible), pues sin ellos los objetos (físicos, sociales y abstractos) se muestran a los sentidos sin coherencia y significado alguno, por consiguiente los individuos deben realizar una percepción significativa que implica su conceptualización. De ahí que lo importante no es el registro sensorial sino la forma cómo las personas definen, ordenan e integran a sus esquemas cognitivos las experiencias vividas. Es por ello que, “los objetos (en lo que concierne a sus significados) deben ser considerados como creaciones sociales en cuanto que se forman y surgen como resultado del proceso de definición e interpretación, ya que éste tiene lugar a su vez en la interacción de las personas” (p.9).

Se entiende entonces que los sujetos actúan frente a los objetos del mundo y a las personas, de acuerdo con lo que éstos significan para ellos, significados que no son el resultado de una predisposición natural, sino que se van formando y aprendiendo a partir de las distintas maneras en que responden a ellos en la interacción social. Como resultado de esto, los significados no son individuales sino sociales, por ende “la vida de un grupo humano es un vasto proceso en el que las personas van formando, sustentando y transformando los objetos de su mundo a medida que les van confiriendo un significado” (p. 9). Esta producción de sentido lejos de ser estática es dinámica, marcada por los vaivenes de la vida social y es precisamente su carácter compartido por los miembros de una sociedad lo que configura una cultura, esquemas de valores y normas que una vez

internalizados por cada individuo pasan a mediar en la interpretación que hacen del mundo que les circunda.

Al respecto, Ricoeur (1965) sostiene que el símbolo se puede entender como una estructura de sentido que expresa un significado directo, que al mismo tiempo guarda un significado o múltiples significados no directos que permanecen velados y es justamente en este no manifestarse donde se sitúa lo simbólico, de allí que para dar cuenta de ese significado oculto se debe hacer un esfuerzo de interpretación. Por consiguiente, desde la perspectiva de Ricoeur el trabajo de exégesis pone siempre en entredicho lo que se muestra en la estructura de superficie, pues en las capas que conducen a la estructura profunda subyace una arquitectura de sentido, que por no ser evidente es necesario desentrañarla por medio de la interpretación. Ahora bien,

El símbolo es un signo; como tal, apunta hacia algo y vale por eso a que apunta. Pero, no todo signo es un símbolo: éste esconde en su apuntar una doble intencionalidad; antes que nada, la intencionalidad primera o literal que, como toda intencionalidad significativa, supone el triunfo del signo convencional sobre el signo natural (...). Así, contrariamente a los signos técnicos, perfectamente transparentes y que no dicen más de lo que quieren decir, proponiendo el significado, los signos simbólicos son opacos, puesto que el sentido primero o literal o patente, él mismo, apunta análogamente a un segundo sentido que, por lo demás, no se da sino en el primero. Esta opacidad es la hondura misma del símbolo, inagotable (...). Contrariamente a una comparación que hagamos desde fuera, el símbolo es el movimiento mismo del sentido primario que nos conduce a participar del sentido latente y, así, nos asimila a lo simbolizado (...). Por eso decimos que el símbolo es donante, es donante

puesto que dada una intencionalidad, ésta conduce a una nueva intencionalidad. (pp. 9-10)

Siguiendo a Ricoeur se puede sostener que si bien en sentido lato todo símbolo es un signo, en sentido estricto no es así, ya que los signos poseen un significado por sí mismos o dicho de otro modo, su sentido es directo y evidente, por lo que suelen ser denotativos y en muchos casos unidireccionales en sus significados, mientras que los símbolos poseen una multiplicidad de sentidos que permanecen ocultos, lo que los hace connotativos. No obstante, ambos tienen en común, como lo estableció Saussure (para el caso específico de los signos lingüísticos), un carácter contingente, arbitrario y representativo, por lo que son el resultado del consenso social y ocupan el lugar de otra cosa.

2.1.1 El Mundo Social, los Símbolos y el Lenguaje:

Entre todas las cosas que se emplean para evocar a otra, los signos lingüísticos son los más extensos y al mismo tiempo son condición de posibilidad para que surjan otros. Por lo que en este proceso el lenguaje juega un papel fundamental en la manera en que se conoce, piensa y enuncia la realidad, al tiempo que forma parte de ella. Esto es así en tanto que el lenguaje, entendido como un sistema de signos compartidos por los miembros de una sociedad, es un aspecto constitutivo fundamental de la cultura, lo que no quiere decir que el mundo simbólico se limite a los signos lingüísticos, pero tampoco se puede negar que por medio de él

las experiencias se vuelven transmisibles con facilidad. En principio, cualquier sistema de signos podría servir, pero normalmente el decisivo es el lingüístico. El lenguaje objetiva las experiencias compartidas y las hace accesibles a todos los que pertenecen a la misma comunidad lingüística, con lo que se

convierte en base e instrumento del acopio colectivo de conocimiento. Además, el lenguaje aporta los medios de objetivizar nuevas experiencias, permitiendo que se incorporen al acopio de conocimiento ya existente, y es el medio más importante para transmitir las sedimentaciones objetivadas y objetivadas en la tradición de la colectividad de que se trate. (Berger y Luckmann, 2003, pp. 89-90)

De hecho, antropológicamente se entiende que la lengua cumple la función de identificar, clasificar y dar sentido a las percepciones que sobre la realidad tiene un grupo determinado, influyendo en sus maneras de percibir, sentir, valorar e interpretar el entorno así como de estructurar su cultura, la que de igual manera también lo estructura. De donde resulta que, los significados lingüísticos se van modelando en sus usos cotidianos según las circunstancias sociales en las que se emplea, abriendo espacio a las distintas posibilidades de interpretación por parte de los actores sociales implicados.

Más allá de suponer al estilo saussuriano que las sociedades en general y los hablantes en particular siguen reglas estables y definidas de comunicación, en las que la palabra, el significado y el referente se articulan de forma precisa, la realidad muestra que la construcción de significados, de la que participan todos los hablantes, está sujeta a múltiples variantes. Ciertamente, tal como lo concibió Wittgenstein en sus "Investigaciones filosóficas", el lenguaje es flexible y la construcción de significados es un proceso complejo que está influido por la diversidad de los espacios sociales en los que tiene lugar la comunicación. De ahí que "Para una extensa clase de casos -aunque no para todos- en que empleamos la palabra 'significado', ésta puede definirse así: el significado de una palabra es su uso en el lenguaje." (1999, p. 43)

Sobre la base de este planteamiento, que Wittgenstein recoge en los “juegos de lenguaje”, se entiende que toda comunidad lingüística se guía por reglas que le indican la forma en que deben utilizar las palabras y sus consiguientes significados, por esta razón el sentido de las expresiones ha de entenderse conforme al uso que esa comunidad le da a las mismas, al empleo que hace de éstas en su práctica cotidiana, más que detenerse en un supuesto significado estático y unívoco de las palabras. En consecuencia, para Wittgenstein no es posible hablar de un lenguaje como si toda una comunidad lo empleara de la misma forma con idénticas reglas y sistemas de signos-significados-significantes en todo momento y lugar, como si se tratara de una totalidad uniforme.

Por el contrario, dentro de una misma comunidad de hablantes hay tantas reglas o juegos de lenguaje, que sus usos se vuelven tan plurales como las diversas situaciones en las que se emplean, así un juego de lenguaje puede tener sentido en un contexto y en otro no. Incluso, “la multiplicidad no es algo fijo, dado de una vez por todas; sino que nuevos tipos de lenguaje, nuevos juegos de lenguaje, vienen a la existencia, y otros se vuelven obsoletos y son olvidados” (p. 23). En todo caso para Wittgenstein un juego de lenguaje es el reflejo de una forma de vida, en la que operan los usos comunicativos pasados y las estructuras sociales intersubjetivas del presente, los cuales definen los límites de los significados y hace posible la inteligibilidad entre sus practicantes.

Sucede entonces que si bien la producción de sentido en la comunicación se fundamenta en reglas lingüísticas, sus efectos se manifiestan en distintos aspectos de la realidad social que trascienden su esfera, los que a su vez reoperan en su estructuración y uso. En virtud de esta doble determinación los actos comunicativos son influidos por situaciones sociales en las que intervienen intereses, estrategias de dominación, formas de producción económica e ideologías que van

distorsionando la comunicación, al punto de generar conflictos en la comunidad de hablantes (Habermas, 1987).

Más aún, las estructuras sociales condicionan las formas de habla de los actores en distintos escenarios, en palabras de Habermas, las instituciones sociales al colonizar el mundo de la vida modelan la comunicación. Desde esta perspectiva, se puede afirmar que los usos del lenguaje no siempre son tan flexibles como se pudiera inferir de los juegos de lenguaje, en la medida en que las instituciones desde una posición hegemónica producen cierres de significados o asignan interesadamente determinados significados.

En este orden de ideas, desde un razonamiento distinto, Derrida (1972) afirma que si bien los significados de las palabras siempre serán diversos en tanto que son los actores sociales quienes clasifican y le dan sentido a las cosas del mundo, la comunicación exige límites temporales para hacer posible la comprensión. Dicho de otro modo, aunque la realidad siempre está sujeta a distintas enunciaciones y significados según las circunstancias y el contexto histórico, el lenguaje y el pensamiento que van unidos delimitan los significados de los términos sobre los cuales se hacen las enunciaciones, por ejemplo lo que es normal y lo que es patológico, los tipos de sexualidad aceptados, entre otros. Así, los cierres de significados sobre los discursos que se expresan en la práctica social obedecen por un lado a la necesidad social de la comunicación en la que convenientemente los actores asignan unos significados específicos a las palabras y por el otro a determinados grupos que por medio de ciertos significados ocultan formas sociales de dominación.

En cualquier caso, estos cierres de significado no niegan el carácter contingente del lenguaje y el surgimiento de nuevas narrativas en el tiempo. De allí que el análisis discursivo deba contemplar lo que Derrida denominó la deconstrucción, esto es, sacar el discurso del logocentrismo para dar cuenta

de discursos alternativos o que permanecen en la periferia y que han sido invisibilizados por un discurso dominante. En palabras de Derrida,

La desconstrucción no consiste en pasar de un concepto a otro, por el contrario en invertir y cambiar tanto un orden conceptual como uno no conceptual con el cual se articula. Por ejemplo, la escritura, en tanto que concepto clásico, implica predicados que se han subordinado, excluido o marginado por fuerzas y unas necesidades que deben ser analizadas. (p. 393)

De lo expuesto hasta ahora se puede afirmar que ni las estructuras sociales, ni los sistemas de signo propios de un lenguaje son tan rígidos que se resistan a los cambios, dado que en uno y otro siempre hay márgenes de flexibilidad que abren espacio a sucesivas aperturas de significados y discursos, que posteriormente se estabilizan en un cuerpo de normas en principio desprovistas de temporalidad. De hecho, el cambio es uno de los aspectos que más definen su condición, por más que actúen fuerzas sociales que desde una posición de dominación establezcan lo que se puede decir, hacer (la comunicación no debe ser entendida sólo como un acto de habla sino también como una forma de acción, en la medida en que el lenguaje produce efectos en la acción como un acto perlocutorio) y significar, pretendiendo controlar los esquemas de sentido, como lo plantea Foucault en muchos de sus escritos.

Ahora bien, a partir de lo que se ha denominado el “giro lingüístico” en las ciencias sociales en la década de los sesenta, los estudios centrados en lo discursivo se han ido separando de los aspectos meramente verbales y de sus relaciones con las formas de pensar, interpretar y enunciar la realidad, para acercarse más hacia las prácticas sociales y su carácter simbólico, considerando que en toda interacción social las prácticas poseen significación. En su expresión más extrema, autores como Gadamer o

Ricoeur, sostienen que la realidad puede ser vista como un texto y de la misma forma leída e interpretada.

Asimismo, Laclau mantiene que analizar la realidad social como discurso o texto no implica sólo el análisis del lenguaje verbal, en la medida en que lo que denomina discursividad se extiende a toda praxis social no lingüística que implica producción de efecto de sentido. En ese caso, el significado de las prácticas sociales se puede inquirir también allende de la esfera lingüística, en las acciones, en las relaciones sociales y en todos aquellos elementos de orden material que expresen significado, tales como iconografía, arquitectura, disposición del espacio, entre otros, dentro de contextos específicos. En definitiva, entender la realidad como discursividad implica ver las acciones sociales tanto los actos individuales, relaciones grupales o prácticas institucionales, como acciones cargadas de sentido y por ende con propósitos sujetos a interpretación. Para Laclau,

El concepto de discurso no es lingüístico sino previo a la distinción entre lo lingüístico y lo extralingüístico (...) incluye acciones de ambos tipos (...) Es por el hecho de que toda acción social tiene un sentido que ella se constituye bajo la forma de secuencias discursivas, las cuales articulan elementos lingüísticos y extralingüísticos (...) [Y] es justamente este carácter relacional del discurso el que permite la generalización del modelo lingüístico al conjunto de las relaciones sociales. No se trata de que la realidad sea "lenguaje" sino de que la formalización creciente del sistema lingüístico condujo a la definición de un conjunto de lógicas relacionales que no caracterizan solamente a lo lingüístico en un sentido restringido. (1998, pp. 62-63)

Por su parte, Foucault (1973) sostiene que la discursividad implica superar la "soberanía del significante" para ubicarse entre las palabras y las

cosas, en este sentido, más que considerarla una estructura semiótica basada en la lógica de los signos, la concibe como una estructura de proposiciones que se basa en la lógica del contenido, limitado siempre de forma temporal, en el que se abren o cierran las posibilidades de lo que se puede o no decir, cuya manifestación en el campo social se da sólo en la praxis. Se entiende entonces que para Foucault el análisis del discurso no se reduce a las estructuras de signos, sino que apunta a las ideas acerca de los objetos de los que se habla.

Paralelo a ello están las instituciones, la producción material y todos aquellos aspectos no estrictamente lingüísticos de la vida social. Aun cuando la noción de discursividad de Foucault no se limita al lenguaje, tampoco llega a afirmar que toda realidad es un texto que puede ser leído, pues lo que le preocupa es cómo las cosas no lingüísticas adquieren significado, tomando en cuenta que el orden de sentido que se vierte sobre ellas nunca se desprende de ellas mismas, ya que son los esquemas cognitivos valiéndose del lenguaje los que derraman sobre las cosas su significado.

No obstante, se puede afirmar que si bien el lenguaje, el pensamiento y la realidad guardan una relación compleja de mutua determinación y toda producción discursiva, incluyendo la ciencia, implica conceptualizar, clasificar e interpretar, no significa que todos sus productos al igual que su objeto se comporten como textos. Entonces, resulta excesivo pensar que la realidad se asemeja a un texto y que ha de analizarse como tal, pues esto conlleva a una especie de reduccionismo lingüístico en el que las ciencias sociales se convierten en una semiología del mundo social.

Pues bien, diluir la realidad en lo textual como una narración cuya lógica queda subsumida en una estructura de significado, es confundir el lenguaje, entendido como una herramienta por medio de la cual se puede razonar, pensar y definir la realidad, con la realidad misma, es decir, fusionar el objeto de estudio con la forma en que se le representa. Esto conduce a un punto medio en el que no toda realidad tiene las propiedades de un texto que

puede ser leído, ni todo discurso se reduce al lenguaje o estructura de signos, pues la noción de discursividad extiende lo lingüístico a determinadas prácticas sociales sin subsumir, claro está, la realidad al lenguaje.

2.1.2 El Símbolo y El Ritual:

Uno de los autores que en el campo de la antropología trabajó el tema de los símbolos y contribuyó a su consolidación como área de estudio en la década de los sesenta fue Turner. Buena parte de sus ideas sobre el ritual y el símbolo las desarrolló en sus investigaciones del pueblo ndembu. Turner dirigió su atención al carácter polisémico (varios significados) y multivocálico (capacidad de representar paralelamente diversos temas) del símbolo, el cual definió como “una cosa de la que, por general consenso, se piensa que tipifica naturalmente o representa, o recuerda algo, ya sea por la posesión de cualidades análogas, ya por asociación de hecho o de pensamiento” (1999, p. 21). Sostuvo que para poder comprender el papel de un símbolo dentro de una cultura es necesario distinguir los aspectos de orden material de los interpretativos.

En este sentido, para analizar un símbolo se debe estudiar su origen y trayectoria histórica, así como su incidencia en los cambios sociales y culturales en un momento determinado, lo que implica analizarlo dentro de una sucesión temporal que vincula contextualmente diferentes fenómenos del entramado social. Enfoque que influyó de alguna manera en la antropología interpretativa de Geertz, en su planteamiento de analizar los significados de los símbolos en el flujo de la acción social, lo que comúnmente ha sido denominado “análisis simbólico procesal”, idea que en buena medida se contrapone al enfoque estructuralista, centrado más en lo estático que en el dinamismo social.

De modo que, comprender los significados de un símbolo exige ubicarlo dentro de un contexto más extenso del que el ritual apenas es una parte o una etapa de él, entendiendo el ritual como “una conducta formal

prescrita en ocasiones no dominadas por la rutina tecnológica, y relacionada con la creencia en seres o fuerzas místicas” (1999, p. 21). Lo que no quiere decir que el significado del símbolo no se estudie en escenarios concretos por medio del trabajo de campo, observando los diferentes aspectos de la vida social como los rituales, con el fin de dar cuenta de la estructura social.

Como todos los autores que han transitado dentro del enfoque simbólico, Turner considera que el rasgo más definitorio de la naturaleza humana es su capacidad simbólica, de ahí que plantee que la cultura está compuesta de símbolos, en consecuencia, las investigaciones antropológicas sobre la cultura deben focalizarse en él. Si bien ésta es una capacidad universal, Turner señala que cada cultura tiene estructuras simbólicas diferentes, pues no existe una cultura única sino múltiples culturas, cada una con un sistema de símbolos y significados particulares acompañado de una forma específica de enculturación.

Desde el punto de vista metodológico, estableció tres formas de estudiar los símbolos: En primer lugar el “exegetico”, que se realiza por medio de la entrevista en el trabajo de campo etnográfico, abriendo espacio a la perspectiva emic de los nativos para conocer la forma cómo ellos interpretan sus símbolos. En segundo lugar el “operacional”, que se refiere a las interpretaciones que por medio de la observación participante hace el antropólogo sobre el comportamiento que los distintos sujetos-actores tienen en relación con el símbolo, nivel intermedio entre la perspectiva emic y etic. En tercer lugar, la interpretación que el antropólogo hace para dar cuenta del significado global de un símbolo en el contexto de la vida social del grupo estudiado, lo que se corresponde con la visión etic.

Al respecto, Turner sostiene que la interpretación que hace el investigador puede divergir de la del nativo, por lo que ese contraste entre uno y otro permite al antropólogo cotejar hasta qué punto los nativos son conscientes de los significados y propósitos de sus actos. Frente a estas dos perspectivas Turner se decanta por la etic, en la medida en que considera

que las personas pueden tener una visión muy reducida sobre los significados y el papel de los símbolos dentro de su propia cultura, más aún pueden ignorar o no explicitar su influencia a lo largo de toda la estructura social, sus vínculos diversos con distintos aspectos de su cultura y cómo actúan de forma específica en un ritual. Dado que el investigador no está imbuido de los propósitos, emociones e intereses del grupo que estudia, Turner piensa que puede tener una visión mucho más amplia que le permita observar los distintos significados de los símbolos y su expresión en los escenarios de las relaciones sociales o de forma más general en la estructura social, en la que se generan procesos de cooperación o conflicto entre los individuos, grupos o actores sociales.

Para Turner los símbolos se pueden clasificar en dos tipos, a saber, los instrumentales que se expresan en la acción social como medios para alcanzar fines, por lo que su propósito está vinculado con el logro de objetivos e intereses concretos y los dominantes que tienen un valor y un significado mucho más estable en el tiempo y abarcan contenidos más amplios, actuando como axiomas con un fin en sí mismos, al tiempo que conservan su autonomía en relación con los intereses concretos en el ritual. Por tanto, en el trabajo etnográfico el investigador debe interpretar la forma en que cada cultura emplea esos símbolos abstractos y estables de manera concreta en contextos específicos.

En términos generales, Turner considera que todo símbolo posee tres características que lo definen. La primera es que los símbolos “condensan” una variedad de cosas y comportamientos en una sola forma. La segunda es que “unifican significados dispares”, por medio de “cualidades análogas o porque están asociados de hecho o en el pensamiento, esas cualidades o esos vínculo de asociación pueden en sí mismos ser totalmente triviales o estar distribuidos al azar o muy ampliamente por todo un ancho abanico de fenómenos” (1999, pp. 30-31).

La tercera corresponde a la “polarización de sentido”, que incluye por un lado las ideas en torno a los valores y normas sociales y por el otro las sensaciones fisiológicas de la condición corporal humana, como corolario de esto se presentan sentimientos de agrado y desagrado. Este vínculo entre lo ideológico y lo sensorial, vale decir, lo moral y lo emocional, inicialmente sobrepone lo primero en tanto obligación y deber a lo segundo en tanto que gusto y deseo, al tiempo que éstos definen y modelan a aquellos en una determinación dual. De las contradicciones entre las obligaciones y los deseos van surgiendo conflictos, que según Turner son dirimidos o apaciguados en los rituales que pueden ser de orden económico, social, natural entre otros, a través de una compensación simbólica entre las partes, aunque no siempre éstos se resuelvan del todo, permaneciendo veladamente e incluso haciéndose manifiesto en el propio ritual. Así pues, el ritual tiene un doble propósito, por un lado enmendar las faltas a las normas y por el otro evitar que se repitan más adelante y con él los conflictos.

2.1.3 La Comprensión de la Cultura:

Estudiar la cultura desde un enfoque interpretativo sitúa el interés por la significación de las prácticas sociales en el centro del análisis, en tanto que dichos significados constituyen el aspecto más relevante del mundo cultural. Para Geertz (2003), el concepto de cultura es básicamente semiótico, siguiendo a Weber afirma

que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. (p. 20)

Al enfatizar el contenido simbólico de la cultura, Geertz hace de la antropología una semiótica de la vida social, desplazando la explicación basada en leyes universales por la comprensión en contextos específicos y desalojando la experimentación con control de variables por la “descripción densa” de las expresiones culturales. Desde esta perspectiva, entiende la cultura como “una jerarquía ordenada de estructuras de significación”, que han sido establecidas socialmente y con base en las cuales las personas se orientan en los distintos escenarios de la vida social, donde tienen lugar las múltiples relaciones en las que se producen, perciben y comprenden esas mismas estructuras, expresándose en comportamientos, valores, imágenes, normas o vocablos, cuya arquitectura de sentido no siempre es evidente, por lo que debe ser develada a través de la interpretación.

De hecho, comprender el rasgo distintivamente humano pasa según Geertz por comprender la cultura, en la medida en que ella es depositaria de los “sistemas de significación históricamente creados en virtud de los cuales formamos, ordenamos, sustentamos y dirigimos nuestras vidas” (2003, p. 57). En este sentido, la cultura es adquirida por medio del aprendizaje de los símbolos, sobre los que se sostienen las ideas que permiten interpretar la vida social, compuesta por un conjunto de normas, reglas y valores que guían la acción humana y por la cual fluye o se manifiesta la cultura.

En tanto que esas estructuras de significación son el resultado de las interacciones sociales en las que los distintos actores asignan significado al mundo que les rodea, dichos significados tienen un sentido compartido por todos los miembros de una cultura, lo que le da un carácter público. Visto de esta manera, según Geertz, la cultura sería el “contexto dentro del cual pueden describirse todos esos procesos de manera inteligible, es decir, densa” (2003, p. 27), por lo que las estructuras de significación adquieren características particulares dentro de ella, fuera de ella perderían su sentido.

Ahora bien, Geertz considera que la antropología tradicional significó un progreso en los estudios sociales al superar la tendencia a cosificar su objeto

de estudio y mantener la separación investigador-realidad investigada, no obstante, cuestiona que sus trabajos etnográficos marcadamente descriptivos privilegiaron más la observación que la participación, limitándose a observar, recolectar y analizar los datos. En cambio, la antropología más reciente, por la cual transita, al poner el acento en la participación conlleva a la compenetración del investigador con la realidad estudiada, integrándose a la realidad hasta el punto de que los actos de las personas comiencen a resultarle lógicos, normales y singulares y así poder desentrañar su ámbito de acción, alcance social y lo enigmático de las estructuras con el propósito de hacerlas inteligibles y dar cuenta de sus significados.

De este modo, la descripción densa es el método más adecuado para comprender las acciones enigmáticas y extraer sus significados, puesto que la descripción a secas tal como se suele emplear hace alusión a los comportamientos en su expresión física, dejando de lado los marcos de interpretación con base en los cuales las personas clasifican las acciones y le dan significado. Como resultado, lo denso no quiere decir profuso, confuso y obscuro, tal como Geertz lo ilustra al hacer alusión al

caso de dos muchachos que contraen rápidamente el parpado del ojo derecho. En uno de ellos el movimiento es un tic involuntario; en el otro, una guiñada de conspiración dirigida a un amigo. Los dos movimientos, como movimientos, son idénticos; visto desde una cámara fotográfica, observamos 'fenoménicamente', no se podría decir cuál es el tic y cuál es la señal ni si ambos son una cosa o la otra. Sin embargo, a pesar de que la diferencia no puede ser fotografiada la diferencia entre un tic y un guiño es enorme, como sabe quien haya tenido la desgracia de haber tomado el primero por el segundo. (2003, p. 21)

Es por esto que la descripción no debe entenderse como una exposición, un registro o un conjunto de anotaciones de lo percibido sensorialmente por el investigador, de lo que ve, oye, huele y siente, sino que la descripción más allá de lo que comúnmente se entiende por ella deviene en densa, en tanto que lo observado por medio de los sentidos se complementa con las interpretaciones sobre los significados de las acciones de los sujetos en las interacciones sociales que tienen lugar dentro de un contexto histórico y cultural específico. El trabajo no resulta sencillo habida cuenta de que las prácticas sociales no tienen siempre un único significado, sino una riqueza de significaciones entrelazadas o sobrepuestas, a lo que hay que agregar el mundo teórico y cultural del investigador, elementos que en conjunto hacen de la descripción del antropólogo una trama construida de estructuras de significación que se expresa en una narración que exige al lector una lectura igualmente densa.

Esto implica que el investigador debe captar las estructuras interpretativas con las que se manejan los actores y que le dan sentido a sus acciones y a la de los demás, lo que no quiere decir que la construcción que elabora el investigador sobre las prácticas sociales de una determinada comunidad representen la realidad misma, pues son una aproximación que hace como resultado de su trabajo de campo. En síntesis,

El análisis consiste pues en desentrañar las estructuras de significación (...) y en determinar su campo social y alcance (...). Lo que en realidad encara el etnógrafo (salvo cuando está entregado a la más automática de sus rutinas que es la recolección de datos) es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o enlazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse de alguna manera, para captarlas

primero y para explicarlas después. Y esto ocurre hasta en los niveles de trabajo más vulgares y rutinarios de su actividad: entrevistar a informantes, observar ritos, elicitación de términos de parentesco, establecer límites de propiedad, hacer censos de casa... escribir un diario. (2003, p. 24)

Como se puede observar, la propuesta de Geertz transitó por el denominado giro lingüístico que influyó a las ciencias sociales en la década de los sesenta, es por ello que para este autor las prácticas sociales se consideran discursos sociales y en tanto textos cargados de simbolismo pueden ser leídos para comprender sus significados. De ahí que para Geertz hacer etnografía es similar a la tarea de leer un texto que exige interpretación y por ende “una meta a la que se ajusta peculiarmente bien el concepto semiótico de cultura. Entendida como sistemas en interacción de signos interpretables” (2003, p. 27). En virtud de ello, la realidad ha de ser leída para decodificar su sentido, lo que equivale en el mundo social a la interpretación de las acciones, los sistemas de valores y normas, los procesos sociales y demás expresiones de la cultura, respetando la perspectiva de los actores pues el investigador interpreta aquello que han interpretado los actores en sus interacciones sociales.

En suma, los escritos antropológicos son ellos mismos interpretaciones y por añadidura interpretaciones de segundo y tercer orden (por definición, sólo un “nativo” hace interpretaciones de primer orden, se trata de su cultura.) De manera que son ficciones; ficciones en el sentido de que son algo “hecho”, algo “formado”, “compuesto” -que es la significación de fictio-, no necesariamente falsas o inefectivas o meros experimentos mentales de “como si”. (2003, p. 28)

Por otra parte, al considerar Geertz que la cultura es pública al igual que la significación se distancia de forma indirecta de la posición psicologista de Dilthey y cuestiona la corriente denominada etnociencia, análisis componencial o antropología cognitiva por plantear que “la cultura está compuesta de estructuras psicológicas mediante las cuales los individuos o grupos de individuos guían su conducta” (2003, p. 25). En contraste, más cerca de la propuesta interpretativista de Weber, para Geertz la cultura está constituida por un conjunto de estructuras ordenadas jerárquicamente y establecidas socialmente, con base en las “cuales la gente hace cosas tales como señales de conspiración y se adhiere a éstas, o percibe insultos y contesta a ellos no es lo mismo que decir que se trata de un fenómeno psicológico (una característica del espíritu, de la personalidad, de la estructura cognitiva de alguien).” (2003, p. 26)

Igualmente, propone que en las descripciones puede entrar en juego el mundo valorativo del antropólogo, al proyectar sentido que imagina tienen las acciones de los agentes, habida cuenta que la complejidad de los procesos sociales deja espacios de opacidad que la mirada del antropólogo no alcanza a descifrar. Como tampoco podrá, por más que intente ponerse en el lugar del nativo, captar toda la profundidad de las estructuras significativas que le dan vida a su cultura.

2.2 Las Representaciones Sociales

Cuando se habla de representaciones sociales se hace alusión a Durkheim como el primero en tratar el tema. Durkheim las llamó representaciones colectivas, entendiéndolas como ideas compartidas por todos los integrantes de una comunidad, que guardan relación con la visión del mundo que les envuelve, con su manera de conocer y de actuar, las cuales se manifiestan en y generan comportamientos diversos, objetos materiales y símbolos, aunque no siempre de manera clara y directa. Al ser construcciones colectivas son externas y coercitivas a los individuos, lo que

no excluye su carácter interno en la medida que se aprenden a lo largo del proceso de socialización.

Estos planteamientos fueron retomados más adelante por Moscovici, para quien las representaciones tienen un carácter grupal en tanto que están arraigadas y son compartidas por todos los integrantes de una comunidad, pero a diferencia de Durkheim, las concibe como sociales y no colectivas. Esto es así toda vez que las sociedades modernas reúnen una gran variedad de grupos con intereses diversos, que hacen que las representaciones no sean asumidas de la misma manera por todos los sectores sociales, presentándose en ocasiones contradicciones entre ellas, además de estar sujetas a cambios según la dinámica social.

Por consiguiente, para Moscovici (1981) las representaciones son construcciones de significados a partir de las cuales los individuos perciben, aprehenden, dan sentido, conceptualizan y se integran a la vida cotidiana, de allí que las concibe como un modo específico de conocimiento que permite organizar los comportamientos y las formas de comunicación entre las personas. Más precisamente las define como un

conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común. Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar. Este principio de carácter motivacional tiene un carácter universal. (p.181)

Se entiende pues que son el resultado de las interacciones sociales, construidas desde el sentido común, ofreciendo esquemas que guían los comportamientos de acuerdo al rol que desempeñan los individuos dentro del tejido social y a las características específicas de cada grupo, es decir, lo que consideran adecuado en los distintos escenarios de la vida social, consideración que a su vez está determinada por las normas, tradiciones, hábitos, valores que orbitan en el campo del sentido común, en tanto que “son modos de pensamiento práctico. Una actividad mental dirigida hacia la práctica, principio que orienta la acción concreta sobre cosas y personas (...) las representaciones sociales se articulan a la práctica (...) y prevén los comportamientos sociales que se desprenden de ésta.” (Jodelet, 1984, p. 31)

Entonces, la realidad no se aprecia de forma pura o directa, en la medida en que la representación vincula percepción y sentido de lo percibido, esto es, entre el sujeto que observa y el objeto observado se entremezclan, percepción, palabra y pensamiento que hacen posible que los individuos construyan su noción de la realidad con base en la cual se vinculan con ella. Por ende,

La representación no es así un simple reflejo de la realidad, sino una organización significante. Esta significación depende a la vez de factores contingentes (...) -naturaleza y obligaciones de la situación, contexto inmediato, finalidad de la situación- y factores más generales que rebasan la situación misma: contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, desafíos sociales.

La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas. (Abric, 2001, p. 13)

Según Moscovici, estas construcciones ayudan a simplificar la diversidad de los esquemas cognitivos y las acciones, reuniendo aspectos de la realidad que en principio se muestran distantes y contradictorios hasta hacerlos familiares. De modo tal que las representaciones juntan vocablos, vivencias, opiniones, estereotipos, ideologías, conocimientos, actitudes y prácticas de diversas procedencias, articulándolas en un todo con sentido que posibilita las relaciones sociales a través de códigos compartidos sobre la base de un sustrato cultural común que hunde sus raíces en la historia y aglutina en torno a una identidad, sirviendo de marcador para establecer diferencias hacia afuera y cohesión hacia adentro entre los grupos que conforman una misma sociedad.

Por esta razón, el análisis de las representaciones le permite al investigador conocer cómo las personas clasifican, reducen, sintetizan e interpretan la realidad social. Análisis que debe hacerse tanto de las representaciones como de las prácticas, entendida esta última como el conjunto de acciones socialmente modeladas que se dan tanto en la vida cotidiana como en los acontecimientos contingentes en los diferentes escenarios de la vida social, considerando a una y otra en el contexto sociohistórico que las envuelve y las maneras cómo los grupos las integran a su realidad cotidiana, sin olvidar que “Cualquier contradicción entre las representaciones sociales y las prácticas lleva necesariamente a la transformación de una u otra.” (Abric, 2001, p. 213)

Ciertamente, al igual que la realidad social las representaciones son dinámicas y flexibles, por lo que están sujetas a cambios permanentes al integrar elementos que hacen posible que surjan nuevas configuraciones. En el entendido de que las personas no solamente reciben las representaciones ya existentes, sino que también en la vida cotidiana van forjando otras, al incorporar saberes y prácticas provenientes de diferentes contextos o ante las rupturas culturales que exigen nuevas interpretaciones de la realidad que la hagan inteligible y familiar. Sin embargo, como ya se señaló, no se debe

perder de vista que en ellas está presente el peso de la historia, pues difícilmente se forman de un día para otro o rompen con todo lo que les precede. Así, entre el sustrato histórico compartido en una sociedad y los valores emergentes se van reacomodando las existentes y creando nuevas representaciones sociales. (Abric, 2001)

Ahora bien, de acuerdo con Moscovici (1979) la conformación de las representaciones pasa por las etapas de objetivación y anclaje. La objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos en imágenes, por medio de la clasificación de elementos que estructuran el objeto de la representación y el anclaje hace alusión a la incorporación de la imagen al contexto cultural del grupo. Adicionalmente, Moscovici señala tres aspectos previos que dan origen a la conformación de las representaciones. El primero es la “dispersión de la información”, tiene que ver con el hecho de que no siempre la gente maneja información clara y concreta sobre un aspecto de la realidad, pues en ocasiones ésta puede ser escasa, disgregada y desordenada. El segundo es la “focalización”, frente a una información dispersa en la que un grupo puede manejar menos o más información que otro, las personas fijan su atención en algunos elementos, privilegiando unos aspectos más que otros. El tercero es la “presión a la inferencia”, en la que todo individuo se ve conminado a manifestar una opinión, fijar posición y asumir un comportamiento frente a determinadas situaciones para demostrar conocimiento sobre el tema en cuestión. En resumen, las representaciones son una herramienta de comunicación, comprensión del mundo social y guía de las acciones de los actores sociales, al tiempo que ofrece un conjunto de interpretaciones que permiten asimilar lo novedoso desde un acervo cultural históricamente acumulado por cada grupo social.

CAPÍTULO III

EL MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN INTERPRETATIVA

El etnógrafo no es un encuestador que casi sin ningún preámbulo se dirige a su encuestado para obtener, con un sí o con un no, una respuesta con que rellenar su casilla, para pasar inmediatamente a otro encuestado, olvida el primero y así sucesivamente colaborar para que aquellos encuestados se transformen en números y porcentajes. Contrariamente a la eficacia exigida a este tipo de encuestas que se mide por el número de encuestados por hora o por día, el etnógrafo debe entender que en su quehacer diario saber perder el tiempo es algo fundamental. La inmersión en una sociedad distinta no puede hacerse de otra forma. Y para mí, perder el tiempo es emplearlo para crear lazos humanos, para descubrir el entorno de la sociedad en la que queremos movernos, sus calles, sus caminos, sus montañas y ríos, su gente, sus lugares de encuentro, sus labores, sus actividades lúdicas... sin bloc de notas, sin cámara, sin magnetófono aunque sea digital e imperceptible...; sin ningún protocolo, plan o cuestionario elaborado sabiamente...; estando, yendo, dejándose empapar de todo aquello que rodea al etnógrafo. Sé perfectamente que esta forma de perder el tiempo es difícil de justificar ante los organismos científicos que subvencionan nuestros trabajos de campo. Pero es el primer paso que hay que dar.

Lluís Mallart Guimerà

www.bdigital.ula.ve

3.1 La Metodología Cualitativa

Los orígenes de la investigación cualitativa se pueden rastrear a finales del siglo XIX y comienzos del XX en el campo de la filosofía con el interpretativismo iniciado por Dilthey, seguido entre otros por Weber y Schütz, así como por la antropología de comienzos del siglo XX en los trabajos etnográficos llevados a cabo por Boas, en especial los realizados con la etnia Kwakiutl en Vancouver Canadá y por Malinowski en Nueva Guinea e Islas Trobriand. De forma similar en el campo de la sociología con la escuela de Chicago, en las investigaciones llevadas a cabo por Frazier, Mead y Park, entre otros, en torno a la vida urbana, la delincuencia juvenil y la vida de los inmigrantes europeos en Estados Unidos.

Ciertamente todos ellos contribuyeron a la conformación del método cualitativo, para mostrar más detalladamente, el interpretativismo proveniente

del campo de la filosofía, como se expuso en el Capítulo I, aportó las bases epistemológicas desde las cuales aproximarse al objeto de estudio, es decir, la comprensión de los propósitos y significados de las acciones en el marco de las interacciones sociales, lo que derivó en el denominado individualismo metodológico.

Por su parte, la antropología de comienzos del siglo XX, periodo en el que se configuró el enfoque clásico de la disciplina y el quehacer antropológico, aportó el método etnográfico. Método caracterizado por el estudio naturalista de la vida social de grupos a pequeña escala en sus propios espacios, manteniendo un contacto cara a cara entre el investigador y el grupo en estudio que le permite involucrarse en sus prácticas cotidianas durante un tiempo relativamente extenso, valiéndose para ello de informantes clave y de dos técnicas fundamentales como la observación participante y las entrevistas no estructuradas en profundidad, entre otras. Desde un enfoque holístico se analizan los valores, conocimientos, creencias, normas, tradiciones, lengua, religión, instituciones, formas de producir y prácticas sociales con el fin de dar cuenta de la cultura de manera global. Su objeto de estudio está constituido por los grupos étnicos no occidentales, relativamente pequeños, geográficamente distantes y con características culturales homogéneas, integradas e indiferenciadas con un universo cultural propio.

En cuanto a la sociología, sus aportes vinieron por medio de la Escuela de Chicago, que entre 1920 y 1940 adoptó de la antropología su técnica de la observación participante dentro del enfoque etnográfico, incluyendo la entrevista y la investigación documental como complemento de los datos recogidos “in situ” (Corbetta, 2003). El uso de la observación participante se hizo de manera similar a como se venía haciendo en la antropología, esto es, permanencia en el lugar de estudio, involucramiento en la vida cotidiana de las personas en sus escenarios, la búsqueda de informantes clave y visión de la realidad desde el punto de vista de los nativos con el propósito de

comprender los significados que le asignan a sus actos. Así, el método etnográfico que inicialmente la antropología empleó para el estudio de grupos étnicos tribales, desde la sociología cualitativa

fue trasladado al estudio de las “tribus urbanas”, pero siempre dirigiendo su atención hacia los “distintos”: segmentos de sociedad separados de la corriente principal, dotados de una subcultura propia y diferente de la cultura dominante, ya se trate de grupos sociales (bandas juveniles, sectas religiosas, minorías étnicas, grupos desviados, etc.) o de comunidades territoriales (barriadas, barrios urbanos, ciudades de provincias, etc.). Sin embargo, muy pronto, a medida que se desplazaban del estudio de tribus más lejanas a tribus cada vez más próximas, los investigadores se dieron cuenta de que el método podía emplearse no sólo para los “distintos”, sino también para estudiarse a sí mismo. Y se dieron cuenta que a través de la observación participante y del enfoque del etnógrafo se podía analizar cualquier campo del sector humano que tuviera una especificidad cultural. (2003, pp. 355-356)

De esta manera, los estudios sociológicos se enfocaron en un primer momento en las “comunidades territoriales” o comunidades con cierta especificidad cultural como comunidades campesinas, luego en grupos considerados “distintos” del resto de la sociedad como grupos de inmigrantes” o por sus comportamientos “desviados” como bandas juveniles de barrios pobres. Más adelante al ampliarse el espectro y la percepción de los sectores sociales estudiados, estos grupos empezaron a ser vistos como parte de la “normalidad social” de las sociedades modernas y reconceptualizados como “subculturas”, abarcando sectores de la “cultura dominante” como un partido político, una institución educativa, un gremio profesional influyente o un grupo empresarial; grupos en “conflicto parcial”

con la sociedad nacional: cultos religiosos o movimientos juveniles; grupos en “abierto conflicto” con la estructuras de poder: organizaciones delictivas, población carcelaria o movimientos radicales anti “status quo”. (Corbetta, 2003)

Dentro de este contexto, el empleo de la observación participante junto con otros aportes teóricos metodológicos de procedencias diversas entre los que se cuenta el interaccionismo simbólico de Mead y Blumer junto con el pragmatismo de Dewey, abrieron espacio a numerosas investigaciones microsociológicas sobre los aspectos cotidianos de la vida social, como los trabajos de Anderson “The hobo” (1923), Thrasher “The gang” (1927), Park “Human migration and the marginal man” (1928), Wirth “The ghetto” (1928), Landesco “Organized crime in Chicago” (1929), Cressey “The taxi-dance hall: A sociological study in commercialized recreation and city life” (1932), Frazier “The negro family in Chicago” (1932), White “La sociedad de las esquinas” (1943) y Lewis “The children of Sanchez. Autobiography of a mexican family” (1961).

A diferencia de los estudios macrosociológicos centrados en las grandes estructuras sociales, éstos se enfocaron en los aspectos micros de la vida diaria cargados de significación, pero considerados irrelevantes por las teorías y los métodos del paradigma cuantitativo dominante más interesados en las instituciones sociales y el dato estadístico. Aunque sus trabajos tuvieron gran acogida perdieron fuerza a mediados de la década de los 40, sin poder abrirse espacio dentro de la sociología debido a la primacía de las teorías macrosociológicas de corte neopositivista, hasta la década de los 60 cuando vuelven a tomarse en cuenta los métodos cualitativos. (Taylor y Bogdan, 2002)

Es precisamente en la década de los sesenta que se da un proceso de transformación en las ciencias sociales que abre espacio al paradigma cualitativo, como consecuencia del debilitamiento de los planteamientos del consenso ortodoxo, el surgimiento del giro lingüístico, la aparición de

distintos enfoques y el progresivo borramiento de las fronteras entre las distintas disciplinas que daría paso a la interdisciplinariedad. Para la antropología estos cambios vinieron de la mano de la fenomenología, la lingüística, la perspectiva crítica y el interpretativismo, posiciones desde las que se cuestionaron los principios de la antropología clásica, como la autoridad del etnógrafo, la veracidad de los escritos etnográficos, la visión externa de las investigaciones y el estilo excesivamente descriptivo. En contraposición proponían privilegiar la visión interna, dándole espacio en la etnografía a las voces de quienes eran estudiados, un producto etnográfico sustentado en la argumentación persuasiva del relato, con un estilo reflexivo y literario, una concepción interpretativa de la cultura y el cuestionamiento de la influencia de las estructuras de poder nacionales, regionales y mundiales en la vida social de las comunidades estudiadas.

En estas circunstancias en las que se proyecta la desaparición de los grupos étnicos tradicionalmente estudiados por la antropología como resultado de los procesos de industrialización, transculturación y globalización a partir de la segunda mitad del siglo pasado, el uso del método etnográfico por parte de la sociología en las sociedades modernas y de un mayor número de antropólogos dedicados al oficio, es que la antropología dirigió su interés a las sociedades modernas occidentales, por lo que

Las tradiciones inauguradas por la Escuela de Chicago constituyen referencia obligada para dos importantes líneas de investigación en torno a las que se estructura parte de la Antropología (...) [Primero] los estudios sobre los procesos de urbanización en África (...) sobre todo en torno a los procesos migratorios, los de proletarización del campesinado y en relación a la transformación de lo primitivo en el Tercer Mundo, todo ello desde una perspectiva crítica (desarrollada especialmente por la antropología económica de orientación marxista) que tiene en

cuenta las relaciones centro-periferia. [Segundo el estudio dentro de la propia sociedad occidental de los] grupos sociales urbanos [y] las instituciones urbanas [que] se desarrolla inicialmente analizando hospitales psiquiátricos a los que se define como una “comunidad” pequeña y a los que se aplica el enfoque holístico procedente del mundo primitivo. (Guasch, 2002, p, 25)

Al igual que la sociología cualitativa, el estudio antropológico dentro de las sociedades occidentales, se orientó en un primer momento hacia las comunidades territoriales (comunidades campesinas) y posteriormente hacia las tribus urbanas, consideradas subculturas dentro de las propias ciudades, cuyos valores y normas guardan cierta especificidad en relación con el resto de la sociedad. Análogamente, se interesó en la investigación etnográfica de una diversidad de unidades sociales: institución educativa, hospitalaria, penitenciaria, partido político, gremio profesional, entre otros, en los que se manifiestan determinadas peculiaridades socioculturales (Corbetta, 2003; Guasch, 2002; Werner y Schoepfle, 1987). En efecto,

Conforme la Antropología se ha ido quedando sin su objeto de estudio tradicional, los “primitivos”, y ha tenido que sustituirlos por “otros” grupos humanos como objeto de estudio, ha ido tomando fuerza la idea de que la Antropología es una ciencia definida más por su método y técnicas de investigación que por su objeto de estudio; más por cómo estudia que por lo que estudia. Sin embargo, aunque no se manifieste explícitamente o podamos no ser del todo conscientes de ello, un determinado método presupone ya implícitamente, y a la vez modela, un objeto teórico. Por ello no debemos perder de vista la relación dialéctica entre teoría y práctica y entre objeto y método. (Téllez, 2007, p. 64)

Si bien esto ha representado una serie de diferencias epistemológicas y metodológicas entre la antropología clásica y la antropología actual, se pueden puntualizar dos aspectos fundamentales. En primer lugar, para la antropología clásica su unidad de análisis estaba conformada por grupos étnicos geográficamente aislados con una cosmovisión o una cultura cerrada, integrada y homogénea, mientras que para la antropología actual su unidad de análisis se centra en grupos a pequeña escala, cuyos integrantes comparten similitudes culturales y están insertos dentro de una sociedad nacional o urbana pero que es posible estudiarlos como una “unidad social” o comunidad humana separada. (Werner y Schoepfle, 1987)

En segundo lugar, la orientación holística de la etnografía clásica que daba cuenta de las costumbres y creencias culturales de un grupo étnico de forma global o total, ha dado paso a una etnografía sobre una o varias temáticas específicas de la cultura del grupo estudiado (Spradley, 1980), enfatizando una visión profunda e intensiva de la temática escogida que contextualiza cada uno de los elementos dentro del escenario de la vida social.

Así, “La etnografía también se ha vuelto más especializada. Los antropólogos culturales ahora se dirigen al campo con un problema específico en mente, en vez de con la meta de producir una etnografía holística, una explicación completa de una cultura dada” (Kottak, 2011, p. 349). Desde los primeros estudios antropológicos en sociedades pequeñas y homogéneas en las que todos sus componentes estaban fuertemente integrados, se fue consolidando la idea de que las culturas de estos grupos eran unitarias y por tanto debían ser analizadas como una totalidad desde una perspectiva holística, que permite ver las interrelaciones entre los componentes que la conforman alcanzando una visión global de la misma.

Tarea posible si se piensa en sociedades pequeñas, relativamente poco diferenciadas y asentadas en espacios reducidos como una cultura unitaria, pero que ahora encuentra obstáculos en tanto que esas comunidades no

están desvinculadas de la sociedad nacional, sino que son arrojadas por su dinámica además de estar sometidas a las influencias de las fuerzas globalizadoras, de allí que el estudio holístico de las mismas se hace inviable en la medida que se tendría que dar cuenta de los aspectos macros que la determinan. En este sentido, frente al debate de si los estudios antropológicos pueden aprehender la realidad como una totalidad o por el contrario una parte de ella, la antropología actual se inclina por una visión intensiva que le permite alcanzar la comprensión de las estructuras significativas, para lo cual como señala Geertz (2003) “no es necesario saberlo todo para comprender algo”. Dentro de este orden de ideas se entiende que,

La pretensión de aprehender la totalidad induce a la idea de que el investigador debe ejercer la observación en condiciones de ubicuidad, de omnipresencia. Pero la práctica enseña pronto que en realidad esto es otra utopía, medianamente alcanzada con sentido de la oportunidad y con una adecuada (a veces sólo en lo posible) selección de lugares y de acontecimientos. Del mismo modo, tal pretensión parecería obligar a entablar relación social con todos los miembros de la sociedad objeto de estudio, constituyéndolos en informantes: otra utopía que llega a ser abandonada tan rápidamente como la anterior, al tener que diferenciar, por razones prácticas, entre informantes según su cualificación o su accesibilidad (....) Definitivamente la totalidad es una ambición irredenta para quienes pretenden estudiar sociedades complejas. Las razones son obvias. En ellas es obligado seleccionar grupos o sectores de la sociedad. Parece que sólo la investigación en sociedades primitivas y tal vez en “comunidades morales” permite satisfacciones parciales de tal

ambición. El problema de la “representatividad” suele plantearse por contraste. (Velasco y Díaz, 2006, pp 35-37)

Hasta aquí se puede señalar que inicialmente la sociología cualitativa siguió a la antropología en su método y luego la antropología a ésta al ampliar su unidad de análisis. No obstante, si bien coinciden en la metodología (etnografía) y en el objeto de estudio (comunidades territoriales y tribus urbanas), se separan en la perspectiva teórica empleada por cada una. Por consiguiente, el marco teórico interpretativo de la antropología se enfocó en la urdimbre de significados entrelazados en tramas sociales que sostienen las estructuras subyacentes, las cuales modelan las reglas sociales que se expresan en normas, valores, creencias, saberes, costumbres y representaciones que de manera consciente o inconsciente están presentes en las prácticas sociales y que en conjunto dan forma a la cultura.

En cambio, la micro sociología representada por el interaccionismo simbólico (uno de los enfoques que ha tenido una fuerte influencia en la sociología norteamericana) se centró más en el análisis de episodios sociales delimitados espacial y temporalmente en el que tienen lugar comportamientos concretos, focalizándose en los significados que los actores otorgan a la realidad circundante a partir de las normas sociales. Por añadidura, no se interesaron tanto por el origen y conformación de las normas desde el punto de vista cultural, ni por su manifestación e incidencia en cada uno de los escenarios de la vida social, como por la forma en que esas normas se manifiestan en comportamientos sociales en circunstancias específicas, dándole especial consideración a la capacidad reflexiva de los actores para interpretarlas y emplearlas creativamente en la interacción social.

Análisis que no vinculan con un contexto mucho más amplio que pueda dar cuenta de patrones culturales, en tanto que el interaccionismo simbólico,

como toda la corriente microsociológica, no estaba interesada en la perspectiva macro que hace énfasis en las grandes estructuras sociales que determinan los comportamientos de los individuos en sus prácticas cotidianas, tal como queda reflejado en los planteamientos de Mead, Blumer, Garfinkel y Goffman. Entonces, como se ha podido observar,

Si bajo el modelo clásico Sociología y Antropología se definen y oponen a partir de los objetos de estudio, en el modelo plural [que se inicia en la década de los sesenta] se produce un proceso de acercamiento de ambas. Por un lado, la desaparición del mundo primitivo impulsa a la disciplina antropológica a ocuparse de las sociedades más complejas. Por otro, en Sociología se produce una creciente preocupación por comprender los procesos sociales desde el punto de vista del actor (....) En el periodo plural tanto la sociología como la antropología van abordar la realidad en sociedades complejas, algo en lo que la antropología tendría poca o nula experiencia. (Guasch, 2002, p. 24)

En general, estos cambios han derivado en la pérdida de exclusividad del método etnográfico por parte de la antropología y sus aplicaciones diversas por otras disciplinas. En este sentido, para algunos antropólogos usar el método etnográfico fuera del ámbito antropológico (marco teórico-interpretativo) no es más que una aplicación superficial del mismo, cuyas investigaciones distan de la profundidad del enfoque etnográfico propiamente antropológico (Ogbu, 1993). De hecho, para Goetz y LeCompte (1988) las etnografías que no emplean el marco teórico-conceptual antropológico se pueden “denominar cuasi-etnografía, al igual que a la investigación que, aun empleando conceptos y métodos etnográficos tradicionales, los combina con otros métodos y marcos teóricos” (p. 42).

Se entiende pues que el malestar no viene dado tanto por la multiplicidad de realidades en las que se emplea el método etnográfico (instituciones educativas, grupos juveniles, zonas urbanas marginadas, comunidades campesinas, entre otros), como por dejar de lado dos aspectos esenciales del mismo, a saber, la visión contextualizadora que relaciona los elementos estudiados con la cultura y su comprensión desde el marco teórico-interpretativo de la disciplina antropológica. Aspecto éste que suele considerarse el más decisivo en la medida en que el marco teórico hace de lentes que permiten percibir y conceptualizar las prácticas y representaciones culturales.

Desde esta perspectiva, se pueden considerar cuasi-etnografías los trabajos que dejan de lado estos dos aspectos aun cuando conservan muchas de sus características distintivas, tales como la lógica inductiva, la aplicación de diversas técnicas de recolección en el trabajo de campo que permite la triangulación metodológica, el tiempo relativamente largo del trabajo de campo, el enfoque naturalista que posibilita el contacto cara a cara al estudiar a las personas en su ambiente, tanto desde la perspectiva emic como etic y el trabajo con informantes claves. De forma similar sucede con los trabajos que se autodenominan etnográficos pero que difícilmente pueden ser considerados como tales, bien porque su unidad de análisis es extremadamente reducida, porque el tiempo de duración del trabajo de campo es muy breve e intermitente o porque se reduce al empleo de una sola técnica de recolección de datos. Vistas las cosas de esta manera, en sentido estricto la etnografía es el método por excelencia de la antropología y privativo de ella.

En suma, el entrecruzamiento del objeto de estudio y la metodología entre la antropología cultural y la sociología cualitativa, hace borrosa las fronteras de muchos trabajos en cualquiera de las dos disciplinas, de hecho, muchos son calificados como socioantropológicos. Determinar cuándo se está frente a una investigación propiamente antropológica o sociológica

resulta difícil, sin embargo, lo que si queda claro es que la interdisciplinariedad ha incrementado la comprensión y producción del conocimiento sobre la vida sociocultural y por ende un mayor enriquecimiento y popularidad del método cualitativo.

3.2 El Proceso de Investigación en la Metodología Cualitativa

La metodología cualitativa al igual que la cuantitativa posee una serie de pasos, procedimientos y técnicas para formular y dar respuestas a problemas de investigación, pero se diferencian en tanto que la investigación cuantitativa se basa en datos empíricos, busca la corroboración de hipótesis, la generalización y su principal propósito es la explicación, mientras que la investigación cualitativa se basa en los datos subjetivos, persigue la contextualización del fenómeno de estudio, se interesa por lo particular de cada realidad y su fin es la interpretación. Como señala Canales, "Entre el pensamiento estadístico -para estudiar distribuciones de variables- y el pensamiento discursivo -para estudiar estructuras de significación- se separan las aguas de los números y las palabras, arrastrando diferencias previas incluso a la específica cuestión metodológica de investigación." (2006, p. 13)

De esta manera, la metodología cuantitativa parte del planteamiento del problema, en el que están claramente definidos la formulación del problema, los objetivos y las hipótesis. En cambio en la metodología cualitativa no se inicia con un problema específico, hipótesis definidas y objetivos determinados, sino con un área problemática abierta a diversas interrogantes sobre la realidad que se estudia, las que se van dilucidando a lo largo de la investigación, por tanto, más que de la formulación de un problema parte de ideas orientadoras o si es el caso de hipótesis que pueden ser reconsideradas a lo largo del estudio. En todo caso "La definición del problema siempre es provisional, porque la tarea central del análisis cualitativo es averiguar si la definición está bien definida, si la comprensión

del fenómeno no está viciada ella misma por una comprensión viciada o viciosa (como acertadamente insiste A. Schütz).” (Ruiz, 2012, p. 53)

Esto es así, en tanto que en el trabajo de campo el investigador se enfrenta a una serie de acontecimientos, situaciones y episodios diversos que progresivamente van haciendo más selectiva su percepción, por lo que delimitar de antemano el problema le impediría más adelante visualizar situaciones que pudieran resultar importantes para el estudio, de allí que se replantee sus estrategias investigativas según como se va manifestando la realidad analizada. Se trata de un diseño flexible del proyecto que aun cuando se haya delimitado en tiempo, espacio, población y contenido, el investigador irá reajustando los criterios, las técnicas y el problema de investigación.

Asimismo, la metodología cualitativa busca que la interpretación no esté orientada por un modelo teórico divorciado de la realidad y profundamente abstracto e inoperante. Por lo que la revisión documental, necesaria para seleccionar las ideas que han de nutrir la teoría, se hace de forma flexible permitiendo el diálogo con la realidad, integrando las interpretaciones que emergen o se construyen en el proceso de investigación, recolectando datos particulares que progresivamente se van agregando, hasta establecer relaciones entre ellos y poder dar cuenta de la estructura compleja en la cual tienen lugar las prácticas sociales significativas relevantes para la investigación.

Por esta razón en la investigación cualitativa no se parte de una teoría preestablecida, de la que se deduce una hipótesis elaborada previa al trabajo de campo y que debe ser corroborada empíricamente con la ayuda del análisis estadístico, como tampoco los objetivos se redactan en función de unas variables específicas de investigación, ni de las relaciones que se pudieran establecer entre ellas, como se hace en el modelo cuantitativo, sino de dar cuenta de una estructura significativa de relaciones, centrándose en un fenómeno en el que se busca develar su condición esencial.

Desde este punto de vista no se considera procedente el aislamiento de variables, pues dificultaría la comprensión de la red de significados presentes en una situación, dado que ésta sólo puede extraerse dentro del contexto en el que están articulados los distintos elementos que la configuran. En efecto, ni las proposiciones están predefinidas ni las variables reducidas y separadas de su contexto, ya que en esta modalidad de investigación se hace

necesario comprender primero o, al menos, al mismo tiempo, el *sistema de relaciones* en el cual las variables o propiedades se encuentran insertas, enclavadas o encajadas y del cual reciben su propio sentido. También se consideraría impropio definir las variables *operacionalmente*, ya que los actos de las personas, en sí, descontextualizados, no tendrían significado alguno o podrían tener mucho significado. El significado preciso lo tienen las “acciones humanas”, las cuales requieren, para su interpretación, ir más allá de los actos físicos, ubicándolas en sus contextos específicos. El acto en sí no es algo humano; lo que lo hace humano es la *intención* que lo anima, el *significado* que tiene para el actor, el *propósito* que alberga, la *meta* que persigue; en una palabra, la función que desempeña en la estructura de su personalidad y en el grupo humano en que vive. (Martínez, 2004, p. 75)

En síntesis, la metodología cuantitativa desde el modelo hipotético-deductivo posee una dinámica circular, es un proceso que nace de la teoría de la que se deriva una hipótesis sujeta a corroboración empírica que termina confirmándola o negándola. Desde la modalidad inductiva el modelo cuantitativo busca generalizaciones empíricas o regularidades, con base en

el estudio de determinadas variables en situaciones particulares que conduce a una idea o explicación general válidas para todas ellas.

Al contrario, la metodología cualitativa sigue una lógica ideográfica-inductiva, en la que la revisión teórica tiene como propósito exponer todo lo que hasta el presente se ha investigado en relación con la unidad de análisis, jugando un papel referencial y no de camisa de fuerza que determina todas las proposiciones de la investigación, las que una vez concluido el proyecto no se pretenden extrapolar a otras realidades, para lo cual “Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas” (Taylor y Bogdan, 2002, p. 20). Esto no implica que la investigación cualitativa descarte *per se* las generalizaciones, sólo que cuando las elabora lo hace a partir de la comparación entre distintas realidades, cuidando el contexto que les da su singularidad.

Por lo general, en la investigación cuantitativa se suelen realizar estudios extensivos de realidades a gran escala, que por su tamaño y complejidad obligan a enfocarse en un reducido número de variables, habitualmente se emplea la técnica de la encuesta por muestreo acompañada del análisis estadístico que permiten tanto la descripción como la explicación y por su nivel de representativa las conclusiones a las que se llegan son válidas para toda la población en estudio. En cambio, la investigación cualitativa realiza estudios intensivos sobre grupos relativamente pequeños en espacios geográficos reducidos, que comparten características comunes que los diferencia del resto de la sociedad, los que bien pueden ser comunidades, instituciones y asociaciones, manteniendo un contacto directo con ellos por medio del trabajo de campo en el que se emplea entre otras técnicas la observación participante, la entrevista, la historia de vida y los conversatorios, que permiten recolectar una gran cantidad de datos que sirven para contextualizar el fenómeno de estudio y

alcanzar la comprensión de las estructuras de significación más que la explicación.

Como se puede observar, entre el paradigma positivista e interpretativo existe notorias diferencias ontológicas, epistemológicas y metodológicas, diferencias que parten de la definición de la naturaleza óptica del objeto de estudio, en tanto que ella determina las otras dos dimensiones, pues la concepción que se tenga de la realidad está estrechamente relacionada con la forma de conocerla y estudiarla. (Guba y Lincoln, 2002)

3.3 La Etnografía

La etnografía es tanto el método como el producto textual que se genera después de su aplicación, corresponde al “conjunto de operaciones desde que se recoge información hasta que se escribe el texto antropológico (...) es el proceso metodológico global que caracteriza a la Antropología y el trabajo de campo es la fase central de ese proceso” (Téllez, 2007, p. 65). Este método se caracteriza por enfocarse en el estudio de las acciones humanas, las cuales son analizadas en sus contextos naturales, identificando las relaciones entre los distintos elementos que entran en juego en la interacción social sin aislar determinadas variables, lo que exige ir más allá de la simple descripción de los comportamientos sociales para situarse en la interpretación y comprensión de las motivaciones que dan cuenta de las estructuras de significación en las que están insertas.

En este sentido, la etnografía da cuenta de la vida social de los grupos que estudia a partir del trabajo de campo, por lo que el investigador permanece un tiempo relativamente largo compartiendo con el grupo para recoger los datos necesarios por medio de la observación participante, en un encuentro cara a cara con las personas. Estos datos son interpretados permanentemente hasta lograr develar los significados de la acción social, lo que implica que el investigador debe “identificar temas, mostrar su vinculación, exponer el conjunto de reglas en las que quedan encuadrados,

construir la estructura simbólica subyacente, etc. (...) [cuya] recompensa está en el procedimiento mismo: comprender, tornar inteligible la acción humana.” (Velasco y Díaz, 2006, p. 72)

De modo que esto sólo es posible interpretando y contextualizando las prácticas desde un marco teórico propiamente antropológico, precisamente éste su rasgo distintivo, sin el cual la etnografía no se diferenciaría de otro método que incluyera el trabajo de campo y técnicas diversas como la observación participante, la entrevista, el conversatorio y la historia de vida, pues como señala Stocking (1993) por sí mismas estas técnicas no pueden ser consideradas etnografía si no son vinculadas a una armazón epistemológica y metodológica mayor dentro de la disciplina antropológica. Se entiende entonces que aun cuando la etnografía es más que el trabajo de campo y las técnicas señaladas, sin ellas tampoco sería etnografía puesto que no hay etnografía de escritorio, pero para que ésta pueda ser considerada propiamente antropológica ha de transitar dentro de su marco teórico-interpretativo. De hecho,

comprendiendo lo que es la etnografía o más exactamente lo que es *hacer etnografía* se puede comenzar a captar a qué equivale el análisis antropológico como forma de conocimiento. Corresponde advertir en seguida que ésta no es una cuestión de métodos. Desde cierto punto de vista, el libro de texto, hacer etnografía es establecer relaciones, seleccionar a los informantes, transcribir textos, establecer genealogías, trazar mapas del área, llevar un diario, etc. Pero no son estas actividades, estas técnicas y procedimientos lo que define a la empresa. Lo que la define es cierto tipo de esfuerzo intelectual: una especulación elaborada en términos de, para emplear el concepto de Gilbert Ryle, “descripción densa”. (Geertz, 2003, p. 21)

Considerando entonces que la interpretación es el rasgo distintivo de la etnografía moderna, ésta no puede ser realizada desde cualquier disciplina, en la medida en que la interpretación etnográfica busca develar los significados del mundo cultural que orienta las prácticas sociales del grupo estudiado y esto sólo es posible desde el marco de referencia que ofrece la antropología cultural. Sin duda, no se trata de cualquier tipo de interpretación sino de aquella que busca comprender el comportamiento cultural, sin embargo, no toda interpretación que apunte en esta dirección es válida *per se*, pues como señala Geertz,

Una buena interpretación de cualquier cosa -de un poema, de una persona, de una historia, de un ritual, de una institución, de una sociedad- nos lleva a la médula misma de lo que es la interpretación. Cuando ésta no lo hace así, sino que nos conduce a cualquier otra parte -por ejemplo, admirar la elegancia de su redacción, la agudeza de su autor o las bellezas del orden euclidiano- dicha interpretación podrá tener sus encantos, pero nada tiene que ver con la tarea que debía realizar: desentrañar [las estructuras de significación]. (2003, p. 30)

En este caso al igual que como ocurre con otros métodos de estudio, mientras el investigador mejor conozca los procedimientos y técnicas que encierra el método etnográfico mejor será su producto. Para alcanzar tal fin el investigador cuenta con una variedad de técnicas para la recolección de datos, formas de analizarlos y bases epistemológicas para su comprensión, elementos todos que facilitan el estudio de las experiencias cotidianas y de aquellos aspectos imponderables de la vida social.

3.3.1 El Trabajo de Campo:

El trabajo de campo es el fundamento del trabajo etnográfico, que aun cuando en las últimas décadas se tiende a confundir ambos conceptos el segundo no se agota en el primero. El trabajo de campo es más que la aplicación de una técnica o grupo de técnicas, si bien es un proceso, por sí solo no representa la metodología general de una investigación etnográfica, ni necesariamente ha de concluir con un informe (lo mismo ocurre en la metodología cuantitativa donde el trabajo de campo es una parte esencial de la investigación de campo o del diseño de campo). De igual modo, la observación participante no engloba el trabajo de campo, como advierten Hammersley y Atkinson (1994), en las ciencias sociales en general se puede realizar trabajo de campo sin tener que hacer observación participante. Por el contrario el trabajo de campo hace posible la observación participante, pues éste no se podría realizar desde el escritorio.

El trabajo de campo etnográfico hace referencia a la fase de recogida de datos y a la manera de llevarlo a cabo, “Casi todo en el trabajo de campo es un ejercicio de *observación* y de *entrevista*” (Velasco y Díaz, 2006, p. 33). Pese a ello el investigador no se conforma únicamente con los datos recogidos por medio de estas dos técnicas, pues también hace uso entre otras de conversatorios e historias de vida, almacenando los datos recolectados en diversos dispositivos o instrumentos de investigación tanto en formatos físicos como digitales: cuestionario, diario de campo, cámara fotográfica, grabadora, filmadora, computadora, pen drive, entre otros, formatos en los que se acopian datos primarios que han sido recolectados directamente por el investigador en el campo (fuentes vivas). Los que complementa con documentos que aportan datos secundarios que han sido recolectados por otras personas (fuentes documentales) y que comúnmente se les llama información, que pueden ser tanto físicos (archivos históricos, reseñas en los diarios, etc.), digitales (documentos alojados en dispositivos tecnológicos o disponibles en la web) como audiovisuales (documentales,

películas, entrevistas grabadas, etc.). Tanto unas como otras ofrecen una visión de la realidad, empleando la distinción de Schütz, algunas como interpretaciones de primer grado y otras de segundo grado. Precisamente “Lo refrescante que tiene la antropología es su eclecticismo, su disposición para inventar, tomar prestado o hurtar técnicas o conceptos disponibles en un momento dado y lanzarse al trabajo de campo.” (Lewis, 1975, pp. 100-101)

A diferencia de la investigación cuantitativa estos datos no se presentan en el informe final de forma estadística o como simples descripciones, pues en la investigación cualitativa lo que importa son las “descripciones densas” sobre lo ocurrido, lo dicho, lo visto, contextualizándolo dentro de la vida cultural, con el fin de captar la arquitectura de sentido que los envuelve. Por lo tanto, en la medida en que “El trabajo de campo versa sobre el sentido y el valor de lo que es la realidad para los grupos sociales sobre los que investiga (...) tiene por ello un carácter básicamente hermenéutico.” (Guasch, 2002, p. 27)

Desde esta perspectiva, siguiendo a Geertz (2003), a lo largo del trabajo de campo el etnógrafo observa y registra de manera detallada el contexto, pero sus registros son descripciones acompañadas de las interpretaciones (muchas veces parciales) de esos hechos, que no sólo van develando la imperceptible urdimbre de relaciones sociales tejida en el marco de las interacciones cotidianas, sino también la particularidad y complejidad de cada contexto cultural, lo que sólo se hace visible tras la mirada penetrante y meticulosa del investigador para captar lo que el contexto le va mostrando. Esta manera de entender la descripción como interpretativa implica una concepción de la cultura, que Geertz define como estructuras de significación socialmente construidas con base en las cuales las personas actúan e interpretan las distintas prácticas sociales.

Por esta razón, el trabajo de campo dentro del contexto etnográfico requiere que el investigador se adentre en el mundo cultural de los grupos

estudiados por un tiempo relativamente largo, adoptando en la medida de lo posible de forma espontánea sus estilos de vida y observando sus comportamientos en el escenario en el que tienen lugar, con el propósito de comprender el significado de sus acciones. Si bien no se trata de ser un igual o simular ser un miembro más de la comunidad, el investigador debe procurar ser aceptado hasta lograr en la medida de lo posible ganar su confianza, al punto de que le permitan presenciar muchas de sus prácticas, por ejemplo ceremonias, fiestas, momentos familiares, actividades rutinarias tanto de la esfera pública como de la considerada por ellos privada o que éstos le cuenten aspectos importantes de su vida social. Se entiende entonces que

el principio guía del procedimiento en la recogida de datos cualitativos es el de la inspección de primera mano que obliga al investigador a buscar la mayor proximidad a la situación, a la involución analítica de su persona con el fenómeno de estudio, a buscar el foco descriptivo y a estudiar la conducta rutinaria de cada día sin interferencias ni aislamientos artificiales. Los datos cualitativos son recogidos en aquellas situaciones en las que el observador dispone de una accesibilidad fácil para su adquisición, sin tener que recurrir a “crear” o “fingir” situaciones inexistentes en la realidad, y sin tener que recurrir a intermediarios. (Ruíz, 2012, p. 73)

Ciertamente, este involucrarse en la vida cotidiana de las personas, en sus momentos de alegrías, de dramas o de conflictos, permite la comprensión de sus acciones y del sentido que le asignan, en tanto que “La interpretación es resultado del trabajo de campo como *interacción social* del investigador con los sujetos de estudio, y es reflejo de esa interacción (...) [De hecho], las estructuras de significación no se alcanzan si los actores las

niegan” (Velasco y Díaz, 2006, p. 49). Sin embargo, esto no resulta tan fácil para el investigador en la medida que los miembros de la comunidad no son ingenuos, indiferentes o acrílicos ante su presencia o como advierte Spradley (1980), en toda situación social además del lugar y los actores el investigador se encuentra con un conjunto de actividades, las que se le muestran en un primer momento carentes de sentido y aparentemente inconexas, hasta que de manera progresiva como resultado de reiteradas observaciones comienza a visualizarlas como actos articulados con propósitos determinados. De allí que,

La comprensión en la etnografía aumenta a medida que progresa la recolección de datos. La observación inicial es desenfocada y la recolección de datos significativos procede con lentitud, pues el investigador aprende primero cosas acerca de la localidad en general y luego se va centrando en el problema de investigación más específico (...). La recolección de datos se vuelve más centrada y los acontecimientos ajenos al tema ya no distraen al investigador. (Morse, 2003, p. 45)

Como se señaló anteriormente el investigador debe permanecer un tiempo relativamente largo en la comunidad, más aún si no tiene un conocimiento previo de ella, por lo que la estadía ha de prolongarse durante meses o años. Por esto, tiempo y presencia son dos de los elementos fundamentales en el trabajo de campo etnográfico, sin embargo, “permanecer mucho tiempo haciendo un trabajo de campo no produce, en y por sí mismo, una ‘mejor’ etnografía, y no asegura de ninguna manera que el producto final será etnográfico” (Wolcott, 1993, p. 129). En todo caso, existen otros elementos que ayuda a alcanzar una mejor etnografía, como “la habilidad del investigador, su sensibilidad, el problema y el contexto, [es por

ello que] los periodos 'óptimos' en el trabajo de campo pueden variar tanto como las circunstancias." (1993, p. 129)

A esto se suma que el etnógrafo debe acercarse al campo dejando de lado las nociones previas así como las interpretaciones precipitadas de lo que observa, haciendo un esfuerzo fenomenológico de suspender el juicio o "epojé", para no proyectar su mundo cultural y teórico "contaminando" desde sus prejuicios la comprensión de la realidad en estudio. De hecho, "uno de los principales requerimientos de la etnografía es que suspendamos momentáneamente nuestro sentido común y conocimiento teórico para así minimizar el peligro de confiar demasiado en presuposiciones engañosas sobre el lugar y la gente que lo habita." (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 105)

De lo que se trata es que las proposiciones que orientan la investigación y que se ven reflejadas en las conclusiones no se desprendan de forma deductiva de la teoría como ocurre en las investigaciones hipotético-deductivas de corte cuantitativo, en las que se parte de premisas previas a la observación. Por el contrario, en la investigación cualitativa se pone entre paréntesis las teorías para poder observar la realidad sin las interferencias de las ideas previas contenidas en un cuerpo teórico que pudiera distorsionar la aprehensión y posterior interpretación del fenómeno. En su forma más extrema la teoría fundamentada, propuesta por Glaser y Strauss (1967), transita por este camino, al dejar de lado las teorías existentes que pudieran condicionar al investigador y posibilitar que los conceptos, categorías y proposiciones emerjan en el trabajo de campo deformando la percepción e imposibilitando el descubrimiento.

Pero, el prescindir de las teorías puede hacer que el investigador se vea abrumado por la enorme cantidad de eventos y desorientado por la gran cantidad de datos inconexos recolectados en la observación, cuando no quedarse en aspectos superficiales de poco calado al no contar con las herramientas conceptuales necesarias para profundizar en los fenómenos,

develar las estructuras subyacentes, articular acontecimientos específicos a una trama que le permita contextualizar sus significados o en el mejor de los casos pretender descubrir lo ya descubierto. En consecuencia, no se trata de descartar las teorías sino de no permitir que condicionen la mirada como para no ver el detalle, los pequeños relieves, lo extraño y lo aparentemente irrelevante, pues inevitablemente en el trabajo de campo se va dando una relación dialéctica entre la teoría, las interpretaciones del investigador y las interpretaciones de las personas estudiadas.

De estas relaciones surgen las proposiciones portadoras de ideas particulares o generales, que en algunos casos pueden coincidir con teorías, partes de ellas o con los resultados a los que se ha llegado en investigaciones similares realizadas en otras realidades. A partir de estas coincidencias el investigador establece comparativamente determinadas pautas culturales, generalidades a las que es posible llegar justamente por el vínculo que desde la teoría se establece entre lo particular y lo general.

3.3.2 La Perspectiva Emic y Etic:

En el trabajo etnográfico el investigador se mueve dentro de la distinción antropológica entre la perspectiva “emic” que corresponde al punto de vista que el actor tiene de sus propias prácticas y creencias (perspectiva interna sobre su cultura que permite acercarse a las motivaciones y significados que las personas les atribuyen a sus acciones en las interacciones sociales) y la perspectiva “etic” que alude al punto de vista del investigador (perspectiva externa que hace referencia a la interpretación del investigador, las teorías que emplea y las que elabora para comprender la realidad estudiada).

Ambas posiciones son igual de importantes y se emplean en el trabajo de campo, algunos antropólogos privilegiando el enfoque emic le dan mayor preponderancia a los datos extraídos a partir de la técnica de la entrevista, en tanto que le permite acercarse al mundo de los actores sociales tal como

es experimentado y narrado por ellos, en otros casos prefieren trabajar con la técnica de la observación para recolectar datos de los comportamientos de los sujetos estudiados, los cuales pasan por el tamiz de sus referentes cognitivos con el fin de develar aspectos de la cultura de los que incluso las personas no son plenamente conscientes, lo que depende de la formación, la disciplina, el enfoque y el interés que pueda tener el investigador.

De este modo, el investigador trabaja con dos tipos de interpretaciones, las que hacen los actores sobre su mundo de vida o de acuerdo con Schütz interpretaciones de primer grado y las que hace el propio investigador sobre las prácticas de estos grupos o interpretaciones de segundo grado. Se trata de dos visiones necesarias, la primera porque el nativo es quien posee mayor conocimiento sobre su cultura en tanto que ella vive en él y se expresa en todos sus comportamientos y relaciones sociales y la segunda, porque las personas muchas veces están tan imbuidas de su propia realidad que muchas veces no son conscientes de ciertos aspectos relevantes de la misma o pueden incluso desconocer elementos de ella en un mundo sometido cada vez más a presiones de diversa índole que van transformando sus significados y comprensión de la misma. Es por esto que

La información que interesa a los etnógrafos no se limita a lo que los informantes digan o puedan decirnos. Por más que esto sea significativo, no podemos depender ni de la observación participante ni de las entrevistas en profundidad. En un mundo cada vez más interconectado, los informantes locales carecen de conocimientos sobre muchos factores (regionales, nacionales e internacionales) que afectan a sus vidas. Pueden estar tan engañados como nosotros mismos por el ejercicio del poder desde los centros regionales, nacionales e internacionales. (Kottak, 1997, p. 10)

3.3.3 Población y Muestra:

En la investigación cuantitativa se busca a través de las técnicas de muestreo probabilístico (aquella que da a todos los miembros de la población la misma posibilidad de ser incluidos dentro de la muestra) extraer un subconjunto de la población, previa operación estadística, procurando alcanzar la mayor representatividad de la población objeto de estudio, recogiendo los datos de manera estandarizada por medio de un mismo instrumento que se aplica a toda la muestra. Antes bien, en la investigación cualitativa el criterio a emplear se corresponde con la saturación por redundancia de los datos o “saturación teórica”, término inicialmente usado por Glaser y Strauss (1967), según el cual la incorporación de nuevos datos no incrementa o aclara la visión sobre la realidad investigada, en otras palabras, no se obtienen nuevas explicaciones o interpretaciones del fenómeno en cuestión.

A pesar de esto, también se impone el criterio de proporcionalidad que permite la inclusión de todos los integrantes de la población estudiada, “Es decir, se trata de buscar una muestra que sea comprensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos” (Martínez, 2004, p. 86), por lo que los instrumentos que se aplican se adecuan a la diversidad de individuos con los que se está trabajando. En todo caso

Las muestras en los estudios cualitativos no están generalmente preespecificadas, sino que pueden evolucionar una vez comenzado el trabajo de campo (...) Las elecciones iniciales de informantes te guían a otros informantes similares o diferentes; el observar un tipo de sucesos invita a la comparación con otro tipo. (Miles y Huberman, 1994, p. 27)

3.3.4 Informantes Clave:

En el trabajo de campo etnográfico el investigador se apoya en determinadas personas que bien “por accidente, experiencia, talento o preparación pueden proporcionar la información más completa o útil sobre aspectos particulares de la vida” (Kottak, 1997, p. 8). Estas personas conocidas como informantes privilegiados son de especial interés para el investigador, por su nivel de participación en las actividades de la comunidad, por sus años residiendo en ella, por tener una posición de liderazgo dentro del grupo o por ser representantes típicos de la comunidad (Corbetta, 2003).

Es precisamente sobre la base de esas características que en el trabajo de campo se le confiere “legitimidad” al informante como conocedor de su propia cultura y capaz de transmitirla a otros. Por esta razón, no cualquier persona sirve de informante, pues sólo cumple este papel el “informante bien informado, el informante cualificado, es decir, aquel sujeto a quien su papel social, o sus capacidades personales (memoria, sagacidad, habilidad verbal.... y tal vez buen entendimiento con el investigador) lo convierten en ‘autoridad’ sobre su campo de saber.” (Velasco y Díaz, 2006, p. 34). En virtud de ello, en las entrevistas y conversatorios el investigador conmina al informante privilegiado a desplegarse y profundizar en algunos temas de su interés, de allí que la entrevista por lo general no es estandarizada sino que varía según la persona con la que se está conversando, en la medida en que cada informante tiene características muy diferentes y una riqueza informativa de gran valor para el investigador.

En definitiva, podría decirse que el informante juega el rol de auxiliar del investigador, pues además de informarle sobre distintos aspectos de la vida social, en determinados momentos se convierte en una prolongación de sus sentidos y en exegeta que le revela la forma cómo percibe e interpreta su propia cultura tanto él como los demás miembros de la comunidad. Visto de esta manera, ellos son

quienes aportan las claves que permiten entender el sentido de la actuación de los observados. Es con los informantes con quienes hay que desarrollar lazos de confianza y cooperación. Los informantes (o mejor: los interlocutores) actúan como guías que permiten a quien investiga moverse en un ámbito social desconocido. (Guasch 2002, p. 43)

3.3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Toda investigación bien sea cuantitativa o cualitativa incluye dos aspectos básicos: la recolección de la información necesaria para dar respuesta al problema de investigación en función de los objetivos trazados y su respectiva sistematización e interpretación por el cuerpo teórico que orienta la investigación (Martínez, 2004). Ahora bien, el criterio para seleccionar las técnicas que han de emplearse en el trabajo de campo dependerá en primera instancia de la naturaleza, extensión y complejidad de la realidad a estudiar y en segunda instancia de los conocimientos teóricos que se tienen sobre dicha realidad.

En este sentido, tanto la observación participante como la entrevista en profundidad aportan información relevante, desde la perspectiva del investigador la primera le permite hacer descripciones e interpretaciones del mundo cultural que estudia, lo que correspondería con la visión *etic* y la segunda, desde la perspectiva de las personas estudiadas, le permite al investigador acercarse al mundo cultural de éstas tal como es vivido y expresado por ellos, lo que vendría a ser la visión *emic*. Pasar de la perspectiva *etic* a la *emic*, de la observación a la entrevista y viceversa, permite al investigador revisar sus interpretaciones. Se trata de dos técnicas presentes de forma complementaria en todo trabajo de campo, en tanto que

Observación y entrevista son dos modos básicos de obtener información, o más bien, de *producirla*. Siendo el trabajo de campo

una interacción social, cada uno de estos modos muestra el aparente predominio de los intervinientes en la interacción: el investigador, por un lado, y los sujetos de estudio, por el otro. (...) La observación, suele decirse, proporciona el contraste de la realidad -de la objetividad- a lo que a veces imaginativamente se comunica en la entrevista. La entrevista, a su vez, proporciona sentido a las acciones a veces incomprensibles que se observan, o corrige las inferencias a veces precipitadas que se obtienen por observación (...) Pero ambas técnicas hablan precisamente de los dos tipos básicos de producción de información en el trabajo de campo: a) la observación y la observación participante proporcionan *descripciones*, es decir, discurso propio, del investigador; b) la entrevista, tejida sobre el *diálogo*, proporciona discurso ajeno, de los sujetos de estudio (...) Corresponden respectivamente, a lo que en esencia aluden las categorías *etic* y *emic*. (Velasco y Díaz, 2006, pp. 33-35)

3.3.5.1 Observación Participante:

Comprender cómo las personas construyen el sentido de sus prácticas implica adentrarse en su mundo cultural más allá de la mirada de un espectador u observador ajeno. Así, en la medida en que el investigador emplea la observación participante puede acceder al universo cultural del grupo que estudia, pues al involucrarse en la realidad cotidiana de las personas puede observar la complejidad de su vida social: la visión de mundo, las representaciones culturales, el imaginario social, las expectativas de las personas y las intenciones que animan sus comportamientos, con base en las cuales construyen las redes de significación. En esencia, como señala Berreman (1968),

La observación participante hace referencia a la práctica que consiste en vivir entre la gente que uno estudia, llegar a conocerlos, conocer su lenguaje y sus formas de vida por medio de una intensa y continua interacción con ellos en su vida cotidiana. Esto significa que el etnógrafo conversa con la gente, trabaja con ellos, asiste a sus funciones sociales y rituales, visita sus casas y les invita a la suya, es decir, está presente en tantas situaciones como le sea posible, conociéndolos en tantos ambientes y tantas facetas como pueda. (p. 337)

Es entre todas las técnicas, bien sea la entrevista, la revisión bibliográfica, la encuesta o la historia de vida, la única que permite adentrarse en la realidad estudiada, compartiendo y adoptando las prácticas y costumbres de las personas en el día a día. Lo que difícilmente podría hacerse desde la observación distante de orientación positivista en la que el investigador procura no implicarse o identificarse con la comunidad en estudio. Claro está, el investigador debe buscar un punto medio para no tergiversar los datos, en la medida en que una marcada distancia o una elevada identificación con el grupo de estudio puede afectar su comprensión (Corbetta, 2003). Por consiguiente,

La observación participante connota por un lado relaciones igualitarias, en las que la información se intercambia a modo de comentario a los acontecimientos que se viven simultáneamente; connota asimismo el aprendizaje de las reglas de comunicación del grupo estudiado -incluido el aprendizaje del sentido de oportunidad a la hora de hacer preguntas- y el seguimiento de esas reglas; y además, un cierto grado de empatía, de forma que la información sea obtenida como prueba de confianza, como un don, no como algo obligado. (Velasco y Díaz, 2006, p. 25)

Por eso la utilidad de la observación participante en el trabajo de campo para alcanzar ese acercamiento y familiaridad, necesarios para percibir ciertos aspectos de las relaciones sociales que generalmente no se manifiestan o que permanecen encubiertos tras determinadas prácticas, lo que le permite al investigador “captar una variedad de situaciones o fenómenos que no son obtenidos por medio de preguntas, desde el momento que, observados directamente en la propia realidad, transmiten lo que hay de más imponderable y evasivo en la vida real” (Cruz, 2007, p. 47). Asimismo, por medio de esta técnica el investigador puede detectar en la comunicación no verbal intenciones y propósitos que los actores asignan a sus comportamientos, que luego contrastará con lo dicho en las entrevistas para determinar la veracidad de tales afirmaciones y viceversa corregir ciertas interpretaciones a partir de lo que las personas dicen.

Si bien el escenario ideal para realizar el trabajo de campo es aquel donde el investigador puede adentrarse con facilidad, entablando en corto tiempo una relación amistosa con los informantes que le permite recolectar los datos necesarios de acuerdo con los fines de la investigación, no siempre son posibles tales condiciones pues por lo general presenta diversos grados de dificultad (Taylor y Bogdan, 2002). Sirva de ejemplo señalar que en el trabajo de campo algunos investigadores se enfrentan al dilema de hacer explícitos sus propósitos o mantenerlos encubiertos, pero en cualquiera de los dos casos

la presencia de un personaje ajeno al escenario (aunque haya sido aceptado) condiciona siempre el desarrollo de la actuación. Los actores no pueden ignorar la presencia en el escenario de un personaje que continuamente (en ese momento, o más adelante) está pidiendo explicaciones respecto al sentido de la representación. (Guasch, 2002, p. 41)

En el caso de manifestarlos abiertamente el investigador corre el riesgo de que la gente se predisponga y al sentirse observados no actúen de manera espontánea o por desconfianza no suministren información fidedigna o al mantenerlos encubiertos puede reducir la predisposición de las personas estudiadas, pero generarse una incomodidad por sentir que las engaña y utiliza, lo que le plantearía un problema ético y una contrariedad que pudiera afectar su natural desenvolvimiento por actuar indebidamente (Guasch, 2002). No obstante,

el argumento con el que se critica la observación declarada (si uno sabe que le están observando, se comporta de forma distinta) es válido para las primeras fases de la observación, pero a medida que el observador es aceptado en el ambiente estudiado y su presencia se convierte en habitual, la desconfianza se atenúa y el comportamiento de los “observados” vuelve a ser normal. (Corbetta, 2003, p. 337)

A estas dificultades se suma, como señala Corbetta (2003), que la observación participante no es una técnica que se desarrolle de forma secuencial, como si contemplara una serie de pasos preestablecidos de manera ordenada en donde una etapa sigue a la otra, por el contrario, debe entenderse como una vivencia marcada por la dinámica de las relaciones que se van estableciendo entre el investigador y los investigados. De hecho, es en el transcurrir del trabajo de campo que muchas veces el etnógrafo selecciona qué lugares recorrer, qué acontecimientos observar, qué preguntas realizar y a qué personas, por lo que no hay “procedimientos estandarizados” que se deban seguir en todo caso de estudio y momento de la investigación, más aún cuando “el investigador es el *instrumento* de la investigación, en el sentido de que toda la recogida de datos se filtra a través

de sus ojos y de sus sentidos, su sensibilidad y su capacidad de identificación.” (2003, p. 362)

Por esta razón, la observación participante sólo se puede emplear en estudios sobre realidades relativamente pequeñas y delimitadas geográficamente, en la medida que le permite al investigador abarcar los distintos aspectos relacionados con la vida social del grupo, lo que comúnmente se denominan estudios intensivos o en profundidad, esto es, referido a un caso o conjunto reducido de casos. De cualquier modo, contrario a lo que normalmente se afirma, sus interpretaciones, explicaciones, teorías o conclusiones no necesariamente son válidas únicamente para esa realidad, sin posibilidad de hacerla extensible a otras, pues si bien son estudios ideográficos, esto no impide que más adelante se puedan buscar elementos comunes que permitan hacer algún tipo de generalización, claro está, distanciándose de las generalizaciones empíricas y de la pretendida enunciación de leyes propias de investigaciones de corte positivista.

3.3.5.2 Entrevista no Estructurada:

La entrevista es una técnica frecuentemente empleada en los estudios cualitativos, junto con la observación participante permite al investigador aproximarse al punto de vista de las personas estudiadas. Su importancia va más allá del carácter referencial o meramente informativo sobre acontecimientos o circunstancias, dado que en la expresión verbal el investigador puede captar buena parte de las motivaciones de los comportamientos de las personas investigadas y del sentido que le otorgan, sin olvidar los elementos extraverbales como gestos, entonaciones, susurros, complicidades y otros aspectos del contexto que afectan la producción de sentido. De allí que

La entrevista más que buscar información sobre hechos busca un discurso nativo que los comente, que los valore, que los relacione y contraste con otros, de modo que en dicho discurso nos vierta el actor modos de categorizar su experiencia; un discurso donde el actor despliegue estrategias cuya observación resulte relevante para nuestros propósitos o desarrolle todo un conjunto de descripciones y opiniones desde las cuales podamos inferir pautas, valores, principios o creencias en operación. (Sanmartín, 2000, p. 111)

Dicho lo anterior, cabe señalar que la entrevista como técnica presenta distintas modalidades: estructurada, semiestructurada y no estructurada. En la primera las preguntas están preestablecidas con un orden secuencial, que no es alterado en ningún momento durante la entrevista, en la segunda es posible algunos desvíos pero siempre se retorna al guión y en la tercera las preguntas son orientadoras pero la interacción es más distendida, da mayor libertad y permite que el entrevistado se extienda y abra puertas que no estaban inicialmente concebidas en la entrevista, lo que ayuda a profundizar y obtener mayor información sobre una diversidad de temas importantes (Minayo, 1997). En resumen, no son tan claramente marcadas las diferencias entre la entrevista semiestructurada y la no estructurada como sí lo son entre éstas y la estructurada.

En relación con la entrevista no estructurada se trata de un proceso dinámico marcado por la subjetividad del entrevistado y el entrevistador, en donde el primero narra los hechos desde sus vivencias y el segundo ordena y provoca respuestas desde su batería de preguntas, recabando de esta manera información por medio del contacto directo. Representa una relación dialógica en el que el entrevistador no constriñe al entrevistado, por el contrario permite que éste se despliegue, convirtiéndose en un buen

interlocutor que pregunta y escucha sin alterar su narrativa. Como dice Ruiz (2012):

La entrevista nace de una ignorancia consciente por parte del entrevistador quien, lejos de suponer que conoce, a través de su comportamiento exterior, el sentido que los individuos dan a sus actos, se compromete a preguntárselo a los entrevistados, de tal modo que estos puedan expresarlo en sus propios términos y con suficiente profundidad para captar toda la riqueza de su significado. (p. 171)

Desde el enfoque cualitativo el conocimiento que tienen las personas es fundamental para comprender la realidad estudiada, por lo que los individuos seleccionados para la entrevista han de poseer determinadas características que respondan a los fines de la investigación y a la preocupación por la calidad y profundidad de la información más que a la cantidad, por lo que la entrevista no estructurada se puede aplicar a un reducido número de entrevistados y no por ello se dejan de recabar los datos necesarios. Al contrario de lo que sucede con la encuesta por muestreo de corte cuantitativo, cuyo interés se centra en las variables trazadas en los objetivos y por tanto las respuestas de los encuestados serán importantes siempre que permitan medir o establecer correlaciones entre dichas variables, cumpliendo con el porcentaje de error que estadísticamente se establece para que la muestra sea aceptable.

Como se puede observar el criterio de escogencia para la primera dependerá de la información que aporten los entrevistados, la que ayuda a dilucidar los enigmas que impiden la comprensión sobre distintas actividades del grupo estudiado, mientras que en la segunda es la representatividad de la muestra. De hecho, la entrevista no estructurada no busca

reproducir sobre una escala reducida las características de la población. Y ello no porque el objetivo sea deseable, sino porque resultaría caprichoso y en cualquier caso inalcanzable dadas las dimensiones de la muestra. Muy a menudo las muestras utilizadas en las investigaciones que emplean entrevista cualitativa rondan el centenar de casos, número insuficiente para lograr cualquier objetivo de representatividad. (Corbetta, 2003, p. 372)

En aras de comprender los esquemas mentales por medio de los cuales las personas interpretan el entorno, construyen los significados y expresan sus vivencias, el investigador busca recrear un contexto en el cual el entrevistado se sienta lo suficientemente cómodo sin autolimitarse, extendiéndose todo lo que considere necesario para manifestar en sus propios términos su apreciación del mundo que le rodea. De ahí que el entrevistador procure motivar al entrevistado para que responda y despliegue los temas, interviniendo lo menos posible, pues como señala Spradley (1979) la entrevista es una estrategia para que las personas hablen de las cosas que saben.

En virtud de ello, el investigador ha de amoldarse no sólo a las circunstancias en las que tiene lugar la entrevista sino también a las particularidades del entrevistado, pues dependiendo de la persona, de la información que suministre, su simpatía y apertura, se tratarán diversos temas, incluso aquellos que representen un peligro, un tabú o cualquier otra situación que incomode al entrevistado y que haga que se reserve mucha información. En tal sentido, la entrevista debe llevarse a cabo durante varios encuentros con sesiones que pueden durar varias horas según se despliegue el entrevistado en sus respuestas sin que el entrevistador interrumpa el desarrollo de su narración, claro está, conminando de manera cuidadosa a la

persona a centrarse en unos temas más que en otros para evitar las digresiones que alejen la conversación de la idea principal.

A diferencia de la encuesta que contiene una serie de preguntas precisas que demandan respuestas igualmente precisas, la entrevista no estructurada es una técnica flexible, que si bien define los temas a tratar no parte de preguntas predeterminadas, ni de su orden, número y contenido, pues como ya se señaló están sujetas a cambio según las circunstancias, el propósito del entrevistador y las características del entrevistado. Es por esto que aun cuando el entrevistador posea una guía de preguntas, ésta siempre será flexible permitiendo al entrevistado tocar otros temas que si bien no están contenidos en el guión original suministran información importante para comprender el fenómeno, de allí que obvie ciertas preguntas e incorpore otras que pudieran surgir en el momento mismo de la entrevista si lo considera necesario.

Al respecto, Spradley (1979) de forma amplia clasifica cuatro grandes áreas desde las que generalmente se elaboran las preguntas, la primera corresponde a las interrogantes típicas que abren la conversación en relación con el problema de estudio; la segunda las específicas que buscan profundizar en aspectos determinados; la tercera las guiadas que se hacen directamente sobre el terreno, indagando sobre elementos muy puntuales que van surgiendo en las visitas de campo y la última que indaga sobre los propósitos de un comportamiento en el contexto de una actividad.

En cualquier de sus modalidades la entrevista implica tres pasos: el primero tiene que ver con la preparación de la entrevista o elaboración del guión, en el que se tiene en cuenta la realidad estudiada, los objetivos de la investigación y las personas que serán entrevistadas. El segundo se refiere a la realización de la entrevista, aquí se contactan las personas, se establece la comunicación con ellas y se considera no sólo el guión sino la forma en que van a ser registradas las respuestas, es decir, si van a ser filmadas,

grabadas o escritas. El tercero tiene que ver con la transcripción y clasificación de la entrevista para ser sometida a análisis e interpretación.

Ahora bien, la entrevista no estructurada no tiene un momento específico para su aplicación, bien puede ser al comienzo o cuando esté muy adelantado la investigación, todo dependerá de los objetivos de la misma y la dinámica de la realidad estudiada. En todo caso, en un primer momento la entrevista se empleará con el fin de indagar en áreas o temas de la vida social de las personas, las cuales una vez precisadas serán desarrolladas con mayor detalle más adelante con diferentes personas y escenarios en la medida que el investigador profundice su relación con la comunidad.

En general, en toda entrevista se debe cumplir con los cuatro criterios establecidos por Merton y Kendall (citado en Valles, 1997), a saber: No direccionalidad, es decir, que las respuestas sean espontáneas y no inducidas. Especificidad, motivar a las personas a dar respuestas concretas en la medida de lo posible. Amplitud, permitir la distensión en aquellas respuestas que aun cuando sean largas aporten información al tema de estudio. Profundidad, estimular los elementos afectivos relevantes para la investigación que permitan reflejar las ideas y creencias de las personas, que al mismo tiempo sean representativas de la colectividad.

3.4 Análisis de los Datos

Esta etapa se corresponde con la clasificación e interpretación de los datos recolectados a lo largo del trabajo de campo, que hasta ese nivel sólo son datos inconexos esperando que el investigador los integre a un discurso que articule lo disgregado, establezca relaciones, encuentre regularidades y refleje estructuras que develen el sentido de la realidad estudiada y

Tal vez radique en esto la “magia del etnógrafo”: en la *transformación* de una masa caótica de datos producidos en el transcurso de la interacción diaria con los nativos, convertida

finalmente en un discurso coherente y unitario, en el que cada dato no sólo encaja en un segmento apropiado del discurso sino que va mostrándose multireferido a los demás hasta conseguir presentar una cultura como un todo. (Velasco y Días, 2006, p. 36)

Esta búsqueda de un discurso coherente y unitario requiere que el investigador esté atento para no perderse entre un sinnúmero de detalles irrelevantes que lo pudieran desviar de los objetivos de la investigación, haciendo de su trabajo etnográfico un recuento extenso de los “datos originales de las entrevistas o las notas de campo; por desgracia, [estos] ofrecen poca ayuda en el campo del análisis. El truco es desarrollar el análisis primero, decirles a sus lectores de qué se trata y luego ilustrarlo con algunas citas, seleccionadas, de sus informantes” (Boyle, 2003, p. 191).

En este mismo orden de ideas Minayo (1997) advierte sobre tres obstáculos que de igual manera pueden afectar el proceso de análisis, en primer lugar la “ilusión del investigador”, que lo lleva a creer que los datos son una expresión transparente de la realidad que estudia, por lo que puede terminar haciendo un manejo simple de los mismos y consecuentemente a elaborar conclusiones superficiales y erróneas. El segundo está relacionado con “olvidar los significados” que se desprenden de los datos, toda vez que el investigador se detiene más en la disertación sobre los métodos y técnicas empleadas que en su relevancia. El tercero tiene que ver con el “distanciamiento entre la fundamentación teórica y la práctica de la investigación”, es decir, en no establecer las relaciones adecuadas entre los datos concretos y las proposiciones abstractas para realizar un análisis más profundo, en el que la interpretación vaya más allá de la descripción.

De allí la dedicación que requiere la organización de una ingente, diversa y aislada cantidad de datos, a lo que se suma la falta de pasos unificados en la investigación cualitativa para tal fin, por lo que la tarea de reunir, ordenar y darle sentido en un discurso coherente recae en las

destrezas o habilidades del investigador para lograrlo. De hecho, siguiendo a Minayo (1997), en la metodología cualitativa la producción de conocimiento a la que se llega una vez analizado los datos no obedece a un diseño consensual en la comunidad científica, en el que se establece un punto de partida y un punto de llegada. Las conclusiones son siempre una construcción interpretativa que permite una comprensión aproximada y provisoria de la realidad, que de ningún modo puede ser reducida a los datos olvidando el contexto sociohistórico en el que tienen lugar las relaciones entre los distintos elementos del fenómeno estudiado. En todo caso, continua la autora, el análisis de los datos debe cumplir tres fines, a saber, comprender los datos recolectados, ratificar o invalidar las proposiciones teóricas y dar respuestas a las interrogantes, objetivos o hipótesis planteadas en la investigación que permitan generar nuevos conocimientos o ampliar y confirmar los ya existentes.

3.4.1 El Proceso de Análisis de los Datos:

Si bien el análisis de los datos representa la última etapa de la investigación, ello no implica que en algunas ocasiones sea necesario retornar a etapas previas con el fin de recolectar algunos datos faltantes y consecuentemente establecer las conclusiones o en su defecto, que aun contándose con los datos suficientes no estén adecuadamente planteados el problema, los objetivos o las hipótesis de investigación. Puede suceder también que no se tenga una base teórica bien definida para extraer toda la riqueza informativa contenida en los datos. (Gomes, 2007)

Erickson (1992) considera que la tarea de análisis de los datos es un proceso que se inicia en el momento mismo en que el investigador está en el campo, recogiendo acontecimientos e historias de individuos que muestran la cotidianidad de la vida social, momento en el que decide qué situaciones, individuos y acciones ha de valorar, afinando cada vez más su percepción selectiva. Tarea que continua más adelante cuando el investigador, a partir

de sus mapas interpretativos, integra y relaciona esos datos con los aspectos más generales de la cultura como las representaciones, creencias, valores y normas, con base en los cuales definirá los patrones de la interacción social.

De la misma manera, para Corbetta (2003) el análisis de los datos es un “proceso continuo” que acompaña su recogida, lo que en buena medida evita que se aglomeren dificultando el trabajo posterior de ordenarlos y relacionarlos. Así, en la recolección el investigador va haciendo análisis e interpretaciones parciales que le ayudan a entender lo que observa y simultáneamente a orientarse en la búsqueda de nuevos datos sin perder de vista los objetivos centrales de la investigación. Por tanto, la etapa correspondiente al análisis de los datos es para el autor tanto “retroactivo” como “cíclico”, pues “la reflexión teórica, a medida que avanza, vuelve sobre elementos observados ya analizados, para releerlos a luz de los nuevos avances o bien para reutilizar el material empírico en nuevas interpretaciones colocadas en un grado superior de abstracción, intercalando así distintos niveles de análisis” (p. 350). Desde esta perspectiva, se entiende que el análisis de los datos es un proceso que incluye tanto la descripción como la interpretación, aunque

Hay autores que entienden el "análisis" como descripción de los datos y la "interpretación" como articulación de esta descripción con conocimientos más amplios y que extrapolan los datos específicos de la investigación. Otros autores comprenden el "análisis" en un sentido más amplio, abarcando la "interpretación". Somos partidarios de esta posición por creer que el análisis y la interpretación están contenidas en el mismo movimiento: el de mirar atentamente los datos de la investigación. (Gomes, 2007, p. 53)

Con todo, en el campo de la metodología cualitativa aun cuando no hay un protocolo rígido y secuencial avalado consensualmente por los investigadores para la realización del análisis de los datos, por lo general se siguen tres fases. La primera fase tiene que ver con el “procesamiento y clasificación de los datos”, en la que se revisan y agrupan los datos recolectados en el trabajo de campo por medio de distintas técnicas, datos que pueden referirse a acciones individuales, acontecimientos sociales, procedimientos institucionales, entre otros, en la medida que para la metodología cualitativa el análisis de los datos no se realiza sobre variables de estudio, a partir del empleo de técnicas estadísticas dirigidas a medir o establecer correlaciones entre ellas, sino que se centra en las interacciones de la vida social, pues su fin es el de comprender las estructuras de significación. En este sentido, no busca tanto establecer generalizaciones empíricas como dar cuenta de los contextos culturales e históricos específicos en los que tienen lugar dichas estructuras de significación.

En esta primera fase se deben seleccionar los datos que se consideren más relevantes con el fin de comprender la realidad estudiada, lo que implica centrarse en unos y dejar otros que aun cuando sean importantes no son significativos para dilucidar el tema en cuestión. Esto es lo que Lofland (citado en Corbetta, 2003) denominó el “drama de la selección”, que consiste en un cierre cada vez mayor, a manera de embudo, del foco de análisis. En cada cierre el investigador separa y ordena los datos en grupos, clases o tipos que emergen de la realidad estudiada, ubicando los datos más relevantes en el contexto de las relaciones cotidianas, para identificar prácticas recurrentes en períodos de tiempo, así como establecer las semejanzas y diferencias entre los distintos comportamientos y acontecimientos, lo que exige ir más allá de lo singular o accidental de los procesos, actos y situaciones.

En este punto se puede apreciar una diferencia entre las investigaciones cualitativas y cuantitativas, en la primera se hacen

definiciones situacionales, vinculando distintos aspectos de la realidad y contextualizando el fenómeno de estudio, mientras que en la segunda se aíslan las variables y se delimitan en definiciones operacionales, que se miden por medio de indicadores de forma individual cuando son univariadas y correlacionales cuando son bivariada o multivariadas.

Una vez agrupados esos comportamientos y acontecimientos en conjuntos y subconjuntos se pasa a la segunda fase de “interpretación de los datos”, correspondiente al análisis minucioso del contexto como una complejidad específica y circunstancial, en la que se tejen las redes o tramas de significación que vinculan las distintas estructuras subyacentes, construidas socialmente y cuyos significados culturales sólo pueden ser develados en el “flujo de la acción social”, como lo plantea Geertz (2003).

En la tercera fase de “construcción de la teoría”, una vez establecido los conjuntos y las relaciones entre ellos, las distintas tramas se articulan en redes que permiten comprender de forma más amplia la estructura subyacente que las agrupa, la trama que los integra, el contexto general o el sistema cultural en el que tienen lugar las distintas áreas temáticas, lo que contiene y ordena aquello que en principio se mostraba aislado y disgregado, poniendo en evidencia las relaciones de interdependencia entre las partes, esto es lo que Spradley (1980) llamó “temas culturales”. Los temas culturales representan núcleos centrales que cruzan la realidad observada, pueden ser implícitos o explícitos, recurrentes en muchas categorías culturales o “dominios” que permiten vincular “subsistemas de significados culturales”, en principio identificados en las situaciones particulares de la vida social, en los pequeños detalles del día a día que son registrados en el trabajo de campo, los que una vez analizados y relacionados constituyen los ejes entorno a los cuales giran y adquieren sentido las prácticas sociales.

3.5 Construcción de la Teoría

El análisis cualitativo desde el enfoque etnográfico parte de una gran cantidad y diversidad de datos que inicialmente están disgregados, entremezclados y aislados, por lo que deben ser ordenados y clasificados en subgrupos para poder encontrar regularidades entre ellos. Como señala Guasch (2002), en el trabajo de campo, el investigador se mueve en el espacio correspondiente a la "unidad de observación", es decir, el conjunto de todas las esferas sociales de donde se extraen los datos que luego una vez procesados serán aplicados a la unidad de análisis para comprenderla, esto equivale según el autor hablar de campo y escenario.

El *campo* es la realidad social que pretende analizarse a través de la presencia del investigador en los distintos contextos (o escenarios) en los que esa realidad social se manifiesta. El campo tiene siempre diversos escenarios, aunque la relevancia de los distintos escenarios para la comprensión del fenómeno social, no siempre es la misma. (pp. 35-36)

Ciertamente, el investigador registra acontecimientos, situaciones y circunstancias específicas así como acciones, vivencias y emociones observadas a lo largo del trabajo de campo en los distintos escenarios de la vida social del grupo estudiado. Datos crudos que serán clasificados y replanteados en conceptos, categorías y redes de relaciones con el fin de comprender los significados que las personas le dan a sus distintas prácticas culturales.

Esto implica un proceso de análisis exhaustivo de los datos, en el que el investigador en un primer momento los separa en taxonomías más rigurosas, pasando de un caso a otro hasta hallar comportamientos y significados recurrentes y en un segundo momento, en un ejercicio de síntesis los reagrupa, integra y recontextualiza para poder dar cuenta de pautas y

variaciones de comportamientos. Con la intención de observar dichas pautas cada evento particular o historia personal ha sido sacado de su contexto característico, con el propósito de dejar de lado los aspectos menos relevantes o accidentales y quedarse con lo importante o significativo, proceso al que Atkinson (1992) denominó “descontextualización”. Se trata entonces de una dinámica que va de la descontextualización de los datos de del mundo social en los que están insertos, hasta su contextualización nuevamente e interpretación por medio de un marco teórico, que con un cierto nivel de abstracción los articula permitiendo develar, como señalan Velasco y Díaz (2006) parafraseando a Geertz, las

estructuras de significación que, desde luego, aparecen muchas veces irregulares, no explícitas, extrañas unas a otras; y que el investigador debe conectar de alguna manera (...) captar la variedad de significados y hacerlos accesibles situándose en el punto de vista de los actores (...) aislar sus elementos, especificar las relaciones internas entre ellos y, finalmente caracterizar el sistema de acuerdo al núcleo de símbolos en torno al cual está organizado, o a las estructuras subyacentes de las cuales es una expresión, o a los principios ideológicos de los cuales es un desarrollo. (p. 49)

Así, al juntar distintos casos particulares y establecer patrones el investigador da cuenta de prácticas culturales aprendidas y compartidas por los miembros de un grupo, con base en las cuales va construyendo generalizaciones que muestran regularidades. Si es el caso el investigador comparará dichas regularidades con las elaboradas por él o por otros investigadores sobre otros grupos para establecer generalizaciones más amplias y de allí conjeturas con una mayor extensión al relacionar los datos, las generalizaciones y las interpretaciones teóricas.

Pese a ello, las teorías no se derivan deductivamente, como en los modelos cuantitativos, de conceptos, categorías y proposiciones preestablecidas que buscan confirmar o contrastar su validez con cada nueva investigación, aportando conocimientos pocos novedosos, por el contrario son puestas entre paréntesis momentáneamente para no condicionar la búsqueda de los datos y la construcción de conceptos, categorías e interpretaciones de forma inductiva a partir de los datos extraídos de la realidad. Sin embargo, no se trata de descartar las teorías preestablecidas sino de emplearlas de forma flexible, en un diálogo permanente entre la realidad observada, la reflexión del investigador y las teorías disponibles, diálogo que se realiza en las distintas etapas de la investigación para definir las técnicas, recolectar, clasificar y analizar los datos, hacer una descripción densa y finalmente elaborar las conclusiones finales, que no son otra cosa que construcciones teóricas para comprender el fenómeno estudiado.

En esta relación dialéctica entre observación participante, interpretaciones, teorías inducidas y teorías predeterminadas se va construyendo las proposiciones sobre la realidad particular en estudio, descubriendo su lógica interna, la que una vez comparada con otras investigaciones en contextos similares permite identificar patrones generales que son transversales para distintos sociedades o culturas. A pesar de esto, como se acaba de aclarar, aun cuando la investigación cualitativa obedece más a una lógica inductiva no descarta el empleo de las teorías existentes, sino que lo hace de manera flexible en la medida en que el investigador no pretende confirmarlas o ceñirse a ellas para dar cuenta de la realidad.

En este sentido, el investigador echa mano de las teorías disponibles tanto las de mediano como de pequeño alcance, alternándolas con sus propias reflexiones y las de los actores que estudia y en general con lo que el contexto le mostrando, todo a un mismo tiempo. Es por eso que, en contraste con el modelo cuantitativo, en el cualitativo no hay unas pautas precisas y

secuenciales de lo que ha de hacerse a lo largo de la investigación, dependiendo más de la creatividad e ingenio del investigador que de la rigidez del método científico, por lo que esta dialéctica se expresaría en términos lógicos en una sobredeterminación inductiva-deductiva.

Por esta razón, descartar las teorías al estilo de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967) tiene sus méritos y dificultades. Es meritorio en tanto que deja de lado concepciones preestablecidas que pueden sesgar la mirada del investigador al reducir la posibilidad de ver lo novedoso y aplicar su creatividad en la interpretación, apuntando más bien a la generación inductiva de conceptos, categorías e interpretaciones a partir de la misma realidad. En otras palabras, prescindiendo de las teorías preestablecidas el investigador elabora teorías a partir de los datos obtenidos de la realidad, mediante un proceso que aísla, conceptualiza, ordena y articula los datos recolectados con un cierto nivel de abstracción en redes de conceptos que conducen a categorías y éstas a proposiciones. Las conclusiones a las que se llegan por medio de este proceso nunca son definitivas sino que están sujetas a modificaciones.

Sin embargo, lo que representa su mérito es también su dificultad, pues al depender en buena medida del ingenio del investigador hace que el poder interpretativo se reduzca a dicha capacidad. Por otro lado al descartar las teorías se deja de lado la riqueza de proposiciones que ayudan a observar los fenómenos en profundidad, es decir, aquellos comportamientos, acontecimientos y estructuras de significación que no se pueden percibir de forma directa o inmediata, sino concebir de manera indirecta, tangencial o mediata. En este caso la descripción que expone lo que captan los sentidos sin una interpretación apoyada por las teorías que componen una disciplina no permiten del todo concebir conceptualmente las dimensiones y complejidad del fenómeno estudiado, lo que a la postre se traduce en teorías de poca profundidad interpretativa cuando no el riesgo de creer descubrir lo ya sabido.

Ahora bien, procurar que la interpretación teórica no se desvincule de la particularidad de la dinámica social estudiada exigirá del investigador una actitud creativa que le permita relacionar adecuadamente sus proposiciones con las teorías establecidas, descartando conceptos, redireccionalizando categorías y estableciendo conexiones entre distintos enfoques teóricos. Para ello deberá trabajar con teorías de mediano alcance tal como lo propuso Merton a finales de los cincuenta, en contraste con las teorías de largo alcance como la funcionalista de Parsons que por su alto nivel de abstracción resultan poco operativas. Empleando la terminología de Glaser y Strauss (1967) el investigador se mueve entre las “teorías sustantivas” (corto alcance), que van dirigidas a tratar fenómenos particulares en espacios localizados, como instituciones educativas o centros de salud y “teorías formales” (mediano alcance) que según los autores, van dirigidas a fenómenos complejos que requieren un análisis más amplio, por ejemplo clase social, sistema de atención a la salud y prestigio social. Por lo general, en toda investigación se emplean ambos tipos de teorías ya que permiten una comprensión tanto de lo específico como de lo general, lo que remite al planteamiento de “triangulación teórica” de Denzin (1978).

Por su parte, Hammersley y Atkinson (1994) sostienen que en la sociología los enfoques teóricos se pueden clasificar en macro y micro, de esta manera las teorías que apuntan al nivel macro son empleadas para el análisis de fenómenos sociales a gran escala en el que vinculan distintas realidades por medio de modelos que apuntan a las relaciones causales entre variables. Entre tanto las del nivel micro se usan para estudiar fenómenos a pequeña escala como una comunidad o una institución hospitalaria, en las que el investigador se convierte en el principal instrumento de recolección de datos al entablar un contacto directo con las personas estudiadas en el trabajo de campo con el fin de comprender los propósitos de sus acciones.

En el ámbito antropológico este debate ha estado ausente en buena medida porque su objeto y método están dirigidos al estudio de realidades relativamente pequeñas, valiéndose de teorías que se mueven en el nivel micro, aunque como advierte Geertz (2003), la antropología no estudia aldeas sino en aldeas, lo que no quiere decir que se rehúse a estudiar grandes temas sociales y globales, de hecho, los autores sostienen que sus investigaciones pueden contribuir a la corroboración de teorías a nivel macro. De la misma manera “Las teorías macros realizan formulaciones sobre procesos que suceden en lugares y épocas particulares, las cuales pueden ser comprobadas y desarrolladas mediante el estudio etnográfico” (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 223). Para Hammersley y Atkinson los niveles macro y micro se pueden relacionar con la propuesta de teoría formal y sustantiva elaborada por Glaser y Strauss. Así, sostienen que “En cuanto la dimensión macro-micro se refiere a la variación en el alcance de los casos estudiados, la dimensión formal-sustantiva concierne a la generalidad de las categorías bajo las cuales se pueden clasificar los casos. Las categorías formales engloban a las categorías sustantivas.” (1994, p. 223-224)

En este orden de ideas sostienen que una investigación sustantiva puede ser englobada dentro de categorías formales, asimismo el análisis de una realidad específica sobre un tema determinado puede servir como punto de partida para la elaboración de una teoría formal que dé cuenta de una sociedad en general. Al respecto, afirman que “podemos identificar cuatro tipos amplios de teorías, y, verdaderamente, ejemplos de todos ellos pueden encontrarse en los trabajos de los etnógrafos” (1994, p. 224). Esta clasificación va desde teorías macro formales, macro sustantivas hasta micro formales y micro sustantivas.

PARTE II
MARCO TEÓRICO

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

HISTORIA DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

*La ciencia, como la conocemos hoy en día, no puede explicar
el significado humano de los efectos físicos.
Para expresarnos en términos de todos los días,
la ciencia, al igual que la ciencia médica, puede explicar el "cómo"
pero no el "por qué" de la enfermedad;
puede apuntar a las cadenas
de causa y efecto, pero al por qué me tocó en este momento
y no en otro, o por qué me tocó a mí y no a otro,
la ciencia médica sólo puede responder
con una variedad de la teoría de las probabilidades,
que no es satisfactoria para la mente
que busca certidumbre y sentido.
Michael Taussig*

En todas las sociedades está presente la necesidad de entender la enfermedad y buscar la curación, sin embargo cada una lo hace de forma particular. Así, los diferentes grupos humanos construyen su propia noción de la salud y la enfermedad, desde la cual identifican, nombran y clasifican las afecciones, le asignan sentido a la experiencia del enfermo y en general le dan una respuesta cognitiva y comportamental a los padecimientos, en el marco de un sistema cultural cargado de simbolismos, tradiciones y valores que orientan sus comportamientos e interpretaciones. "Actúa entonces la cultura sobre la enfermedad para transformarla de hecho puramente biológico en hecho bio-psico-social. La enfermedad es así concebida para provocar una constante creatividad y producción cultural." (Clarac, 1996, p. 478)

Este despliegue de conocimientos es el resultado de un proceso que tiene lugar dentro de un contexto histórico particular, en el que se van configurando ideas, creencias, conocimientos y opiniones que luego se

cristalizan en un sistema de atención a la salud que se extiende a todas las prácticas sociales. Por medio del siguiente ejemplo se puede ilustrar cómo a finales del siglo XIX en Europa la idea de procurar y mantener la higiene bucal dio paso al desarrollo de la odontología profesional como una ciencia médica especializada en la salud bucal,

un estudio de la odontología (...) demuestra cómo la profesión dental estableció como su objeto la dentadura y la potencial aparición de las caries en alianza con la salud pública, lo que a su vez ayudó a justificar la necesidad del cuidado bucal para asegurar la prevención de enfermedades infecciosas. El examen dental, implicó la evaluación y comparación de las bocas, sirviendo de base para establecer un criterio de boca "normal", con la que todas las demás podrían ser comparadas. Así fue que se extendieron estas rutinas de prevención que confirmaron el objeto dental y con ello la aparición de la profesión más allá del simple desarrollo como una sub-rama especializada de la cirugía. (Nettleton, 2006, p. 30)

4.1 El Nombre de la Subdisciplina

La Antropología de la Salud y la Enfermedad estudia el modo en que cada grupo social construye, a partir de sus referentes culturales, su perspectiva de la salud, la enfermedad y la atención, en tanto que el cuerpo humano además de su dimensión biológica posee también una sociocultural. En este sentido, busca dar cuenta de los significados, propósitos e intenciones que subyacen en las representaciones y prácticas de los grupos humanos, más allá de lo que resulta evidente, es decir, lo que permanece oculto y que en principio no se problematiza por su cotidianidad. En general, es el

estudio de cómo la gente en diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la enfermedad, los tipos de tratamientos en los que creen, y a quién recurren si se enferman. Éste es también el estudio de cómo esas creencias y comportamientos están relacionados con los cambios biológicos, psicológicos y sociales en el organismo humano tanto en la salud como en la enfermedad. Éste es el estudio del sufrimiento humano, y los pasos que la gente da para explicar y aliviar el sufrimiento. (Helman, 2007a, p. 8)

Ahora bien, dentro de la antropología no existe consenso sobre el nombre para denominar esta subdisciplina, según Perdiguero (2003), una de las expresiones más usadas ha sido la de “Antropología Médica” que se popularizó a partir de la década de los sesenta, cuando médicos y antropólogos estadounidenses se dedicaron a la revisión de investigaciones antropológicas llevadas a cabo en diversas partes del mundo en décadas pasadas, estructurando de esta manera su cuerpo teórico y metodológico.

Estos esfuerzos sirvieron para delimitar el objeto de estudio y centrarse exclusivamente en su análisis, a diferencia de los primeros trabajos etnográficos, de finales del siglo XIX y comienzos del XX, en los que la comprensión del proceso salud-enfermedad se perdía entre los variados aspectos culturales de carácter religioso y ceremonial de los grupos étnicos investigados. Aunque para algunos el nombre de Antropología Médica no implica controversias, para otros el término presupone la hegemonía de un modelo, en este caso el biomédico, a partir del cual todas las demás formas de curación han de ser evaluadas. Por lo que el

excesivo médico-centrismo ha llevado a que se proponga como más adecuado, por más amplio y ajustado a la realidad el término Antropología de la Salud, que es, sin embargo, muy infrecuente en

la literatura internacional. Otro término usado con cierta frecuencia es el de Antropología de la Enfermedad que resalta un objeto de estudio en el que se han centrado especialmente los estudios antropológicos dedicados a la problemática sanitaria. (Perdiguero, 2003, p. 17)

Tomando en cuenta estas disertaciones sobre el nombre y sus implicaciones epistemológicas sobre el objeto de estudio, en lo sucesivo en el presente trabajo se usará el término “Antropología de la Salud y la Enfermedad”, por ser más inclusivo que el de antropología médica o de la salud al considerar las dos caras del proceso.

4.2 Perspectiva Histórica de la Antropología de la Salud y la Enfermedad

El interés antropológico por entender las diferentes concepciones sobre el proceso salud, enfermedad y atención en comunidades no occidentales, ha estado presente desde mucho antes del desarrollo de la antropología de la salud y la enfermedad como subdisciplina a partir de la segunda mitad del siglo XX. Se puede afirmar que los primeros trabajos etnográficos sobre enfermedad y cultura realizados a finales del siglo XIX y comienzos del XX, se llevaron a cabo fundamentalmente en sociedades no occidentales relativamente pequeñas en el marco del colonialismo europeo, desde la mirada dicotómica de sociedades “civilizadas”, científicas y racionales del mundo occidental e “incivilizadas” mágico-religiosas de los “pueblos primitivos”. Durante esta primera etapa

Los antropólogos médicos apenas pueden dejar de reconocer los vínculos entre el colonialismo y la temprana escritura antropológica en relación con las "creencias y prácticas" médicas, lo que resultó en el uso de términos analíticos altamente

peyorativos como los empleados por Rivers en "medicina, magia y religión." (Good, 1994, p. 25)

A finales del siglo XIX investigadores de diversas disciplinas, movidos por el interés de encontrar "culturas exóticas", formaron parte de un sinnúmero de expediciones a tierras lejanas, cuyos trabajos de campo sirvieron de soporte para el desarrollo progresivo de la antropología en general y de la antropología de la salud y la enfermedad en particular. Dentro de este contexto, resaltan los trabajos del patólogo Virchow, fundador de la Sociedad Antropológica de Berlín en 1869. En sus investigaciones hizo énfasis en los factores sociales, culturales, políticos y económicos que inciden en la distribución desigual de la riqueza y por tanto en la inequidad en el acceso a la asistencia sanitaria y de forma general en las condiciones de vida. Por su enfoque más allá de lo biológico se le ha considerado el padre de la medicina social (Singer y Baer, 2012). Sus trabajos permitieron relacionar los problemas médicos con variables socioculturales, abriendo paso a un sinnúmero de investigaciones en las distintas disciplinas sociales.

Más adelante, el médico antropólogo Rivers realizó varias expediciones en las que recolectó información de los grupos nativos de Australia, observando con gran interés la relación entre el tratamiento de la enfermedad y las creencias culturales de origen mágico-religiosas. De hecho, en un momento en el que se creía que las prácticas etnomédicas de las sociedades no occidentales eran una mezcla confusa de tradiciones desconexas, "él argumentó, que las ideas y prácticas en torno a la salud y la curación que se encuentran en las sociedades ágrafas constituyen estructuras internamente coherentes de las creencias culturales sobre las causas de la enfermedad" (Singer y Baer, 2012, p. 12). Si bien planteó una visión holística de la relación entre la medicina y la cultura no logró plasmarlo con éxito en sus teorías.

Por su parte, el antropólogo Clements elaboró una clasificación sobre las distintas causas de la enfermedad que *grosso modo* estaban presentes en todas las sociedades tradicionales: magia y hechicería, violación de tabúes, penetración del cuerpo por objetos, cuerpos poseídos por espíritus y pérdida del alma. Tanto Rivers como Clements fueron los primeros antropólogos en realizar etnografías sobre la curación y sus vínculos con elementos socioculturales, analizando los sistemas de curación como una institución más dentro de la sociedad.

En la década de los cuarenta el médico e historiador Ackerknecht investigó las prácticas curativas de las sociedades no occidentales, mostrando cómo los valores culturales operaban como mecanismos de control para el mantenimiento del orden social. De acuerdo con Singer y Baer (2012),

Ackerknecht trató de desarrollar un sistema de comprensión de las creencias y prácticas de curación haciendo hincapié en que los comportamientos saludables y las ideas tienden a reflejar las tradiciones culturales más amplias de la sociedad en que se desarrollan y que cualquiera que sea su capacidad para mejorar la salud de los pacientes, los sistemas de curación refuerzan los valores centrales de la cultura y las estructuras sociales que contribuyen a mantener el *statu quo* mediante el control de los conflictos sociales y la desviación. (p. 15)

En sus investigaciones sobre cirugía, psicoterapia y prevención sanitaria “primitiva” como le llamó, intentó a partir de argumentos procusteos ajustar las evidencias empíricas a sus propias hipótesis, las que en definitiva calcaban las nociones de la cultura occidental. Es por esto que su consideración de que el poco desarrollo de la “cirugía primitiva” se debía a las limitaciones culturales de los pueblos tradicionales y el pretender medir la

atención sanitaria de otros pueblos desde las estructuras occidentales y nociones propias de la ciencia médica profesional, le dieron un carácter marcadamente etnocéntrico a sus proposiciones. (Kleinman, 1980)

En términos generales, Rivers, Clements y Ackerknecht emplearon los términos “prelógico”, “primitivo”, “místico” y “mágico” para nombrar las prácticas terapéuticas de los distintos pueblos nativos que estudiaron. A partir de una estructura conceptual jerárquica de menor a mayor racionalidad categorizaron los sistemas de salud en las sociedades no occidentales como expresión de los primeros estadios del conocimiento médico, pasando de la magia a la religión y de ésta a una “protociencia” que mostraba algunos aspectos racionales, que más adelante, según ellos, abriría paso a una ciencia médica completamente racional. (Good, 1994)

De modo que estos investigadores transitaron por la dicotomía primitivo-moderno y se concentraron en estudios comparativos de los sistemas de curación en sociedades tradicionales. Al enfatizar los aspectos mágico-religiosos de la curación restaron importancia a las terapias empleadas por estos grupos. Como resultado de esto, contribuyeron no sólo a la conformación de la antropología de la salud y la enfermedad, sino también de manera indirecta a la hegemonía del paradigma biomédico, en la medida en que no lo consideraron objeto de estudio de las investigaciones antropológicas, sino un producto del conocimiento científico universal que se desprendía tanto de la razón como de la verificación empírica y por lo tanto más allá de la cultura. (Baer, Singer y Susser, 2003)

Para Kleinman (1980), al centrarse estos trabajos en las creencias y prácticas mágico-religiosas de comunidades pequeñas y ágrafas y en sus formas sagradas y exóticas de curación, obstaculizaron el desarrollo de una concepción más amplia sobre la relación cultura-enfermedad. En consecuencia, la temprana perspectiva holística que se inició con Rivers derivó en estudios fragmentados y muchas veces superficiales, dejando temas sin estudiar, tales como: los comportamientos específicos dirigidos a la

búsqueda y mantenimiento de la salud, las vivencias del enfermo y de sus cuidadores, la relación entre el sanador y el enfermo, entre otros.

En las décadas de los cincuenta y sesenta la preocupación por los aspectos clínicos orientó los esfuerzos al desarrollo de concepciones teóricas de mayor alcance, las cuales permitieron reinterpretar un gran número de investigaciones etnográficas realizadas en años anteriores. Contribuyendo así a la conformación de una visión mucho más amplia de la antropología de la salud y la enfermedad.

Durante ese período resaltan los aportes del médico y antropólogo Caudill, el primero en usar el nombre de antropología médica en 1953 en una de sus publicaciones, término acuñado más adelante por su colega Scotch en 1963 en su artículo titulado: "Medical Anthropology". Así, la expresión se fue popularizando y con ella la expansión y consolidación de esta subárea antropológica, gracias a las ponencias internacionales y la incorporación de antropólogos en el campo de la salud, bien como docentes, investigadores, en labores administrativas, en la planificación de programas de salud a nivel internacional o como médicos etnólogos. Actividades que frecuentemente tuvieron un carácter etnocéntrico que desestimaba toda práctica sanadora distinta al modelo biomédico, favoreciendo a su vez la penetración de la cultura occidental en otros pueblos. (Baer y cols., 2003)

Luego, en los años setenta se comenzó a valorar la perspectiva del enfermo y del entorno familiar, es decir, el mundo cultural que orienta los conocimientos y experiencias de unos y otros en la búsqueda y mantenimiento de la salud. Enfoque que contrasta con la relación dicotómica objeto-sujeto y de la enfermedad como un hecho exclusivamente biológico propio del modelo biomédico, donde el médico, único sapiente, receta un tratamiento al enfermo lego quien cumple pasivamente con la prescripción, guardando no sólo una relación distante sino también de autoridad, en la que se desconoce el papel del enfermo en el proceso de curación.

A lo largo de las décadas de los setenta y ochenta surgió un renovado interés por conocer distintos sistemas terapéuticos, ya no sólo de pueblos originarios relativamente pequeños o comunidades étnicas minoritarias dentro de una sociedad nacional, sino también de culturas con poblaciones numerosas, tal es el caso de los sistemas de curación de la India, China, Latinoamérica, África y Medio Oriente, lo que promovió al mismo tiempo estudios comparativos entre ellos. A partir de entonces las investigaciones antropológicas se extendieron también a los sistemas terapéuticos de las sociedades occidentales, considerando a la biomedicina como un sistema médico más entre otros, lo que vino a cuestionar su hegemonía. (Good, 1994)

Desde entonces, se ha abierto paso una perspectiva que plantea que la medicina occidental no se encuentra por encima de las otras formas de curación, sino que es un conocimiento más que puede ser estudiado antropológicamente, lo que ha descentrado el debate entre racional e irracional, moderno o primitivo (Kleinman, 1980). Es por esto que la consideración de la medicina occidental como una etnomedicina, representa uno de los aspectos más importantes en la consolidación de la Antropología de la Salud y la Enfermedad en las últimas décadas. (Perdiguero, 2003)

Posteriormente, en los noventa y en la primera década del siglo XXI, las investigaciones han girado en torno a la influencia de la sociedad globalizada en la aparición de nuevas enfermedades, tanto las infecciosas como las derivadas de los estilos de vida y el modelo de desarrollo occidental, afecciones conocidas comúnmente como enfermedades del siglo XXI. De la misma manera ha habido mayor interés por los problemas ambientales, los distintos sistemas de atención a la salud, el campo de acción de los sanadores y cuidadores en diferentes sociedades, la autoatención, la alimentación y los trastornos de comportamiento alimenticio, la salud materno infantil, la fertilidad, la pobreza y el acceso a la salud, la vejez, el género y la salud, la industria farmacológica, la medicalización, la bioética, las políticas

públicas sanitarias, el cuerpo y la salud, la incidencia de las nuevas tecnologías en el campo de la salud, el pluralismo médico, la etnobotánica, la superpoblación y los intereses económicos asociados con el sistema sanitario, entre otros, lo que en conjunto ha enriquecido a la subdisciplina. En síntesis,

La Antropología Médica se desarrolló sobre todo en los EE.UU., si bien los estudios sobre los procesos de salud/enfermedad/atención/prevención se venían gestando desde finales del siglo XIX, como disciplina específica se irá organizando durante la década de 1950 para emerger en los 60 como especialización caracterizada por un vertiginoso desarrollo, que en los 80 la convertirá en la especialidad que no sólo cuenta con más antropólogos activos, por lo menos en los EE.UU., sino que ha dado lugar a la producción de una masa creciente de trabajos etnográficos, así como a la gestación de algunos de los principales aportes teóricos de la Antropología Social actual. (Menéndez, 2012, s. p.)

4.2.1 La Antropología de la Salud y la Enfermedad en América Latina:

De acuerdo con la periodización realizada por Menéndez (1985), en América Latina se pueden identificar de manera general tres etapas que corresponderían al inicio, desarrollo y consolidación de los estudios antropológicos sobre la salud y la enfermedad. En la primera etapa, que abarca las décadas de 1920 y 1930, se llevaron a cabo estudios aislados con escasa construcción teórica y con un acentuado enfoque biomédico.

En la segunda etapa que va de 1940 a 1960 se establecieron las áreas temáticas, los procedimientos metodológicos y las bases teóricas de la

antropología de la salud y la enfermedad en América Latina. Este periodo se caracterizó por un aumento considerable de las investigaciones llevadas a cabo en centros locales de asistencia sanitaria en zonas rurales habitadas por comunidades campesinas de origen indígena, principalmente en México, Colombia y Perú. Las temáticas giraban en torno a las enfermedades tradicionales, las patologías especiales como desnutrición, alcoholismo y problemas mentales, los tratamientos autóctonos y la relación sanador-enfermo. En su mayoría los investigadores eran de origen estadounidense, quienes mantenían estrecha relación con el Smithsonian Institution. Así, las reflexiones antropológicas de la época planteaban que

la medicina científica debe ser reconocida como la medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas “tradicionales” tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones ideológicas (culturales) y productivas dominantes en la comunidad. Deben en consecuencia hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y aculturación de las prácticas médicas científicas, sin alterar culturalmente a dichas comunidades. (Menéndez, 1985, pp. 13 y 14)

En la década de los 60 irrumpe la Sociología Médica, que si bien en sus inicios se basó en los estudios antropológicos de corte funcionalista, en los 70 se distancia de éste y sugiere la necesidad de otros enfoques tal como se evidenció, de acuerdo con Menéndez, en la Reunión de Cuenca de 1972 en Ecuador. A diferencia de la antropología que se había desarrollado a través de las investigaciones de campo y el trabajo conjunto con los centros de salud a nivel local, la sociología médica lo hizo dentro de las instituciones universitarias con una fuerte orientación teórica y con escaso trabajo de campo.

La perspectiva funcionalista de corte culturalista, hasta entonces dominante en la antropología de la salud y la enfermedad en Latinoamérica, fue cuestionada por la sociología médica desde el marxismo y la teoría de la dependencia, por los supuestos contenidos ideológicos que enmascaran las relaciones de dominación de la que forman parte las instituciones sanitarias. Estas críticas representaron un debilitamiento de la antropología de la salud y la enfermedad, en la medida en que la teoría marxista hacía más énfasis en las variables económicas que culturales, ganando terreno dentro del ámbito académico y sociopolítico como postura que denunciaba las relaciones de desigualdad en América Latina.

La tercera etapa comenzó en la década de los 70, en este periodo la sociología médica ganó espacio en detrimento de la antropología, logrando imponerse en los círculos académicos en los años siguientes. Sus indagaciones sobre fenómenos no estudiados hasta entonces por la antropología, por ejemplo: “las relaciones entre clase y la mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo médico ‘científico’ se convertirán en los ‘nuevos problemas’” (Menéndez, 1985, p. 16). En contraste con la preocupación antropológica por la “integración cultural”, la sociología se posicionó como un modelo “histórico-estructural” con un fuerte interés en los aspectos socioeconómicos. (Menéndez, 1985)

Notablemente, las investigaciones antropológicas de estos años transitaron por las mismas temáticas de los periodos anteriores, siendo cortapisa para el desarrollo de nuevos y diferentes estudios que permitieran interpretar la realidad desde perspectivas teóricas mucho más amplias y que al mismo tiempo aportaran soluciones a los problemas de salud en la región. Al concentrarse las investigaciones antropológicas en los aspectos de carácter étnico y en las prácticas culturales en torno al proceso salud-enfermedad se desestimaron, según Menéndez, las variables estructurales que modelan el sistema de atención médico en las diversas sociedades. En este sentido, siguiendo a Osorio (2001)

Puede decirse que hay una tradición antropológica que tiende a estudiar los procesos de s/e/a, desde una perspectiva centrada más en los aspectos ideológicos-culturales (símbolos, significados y rituales), secundarizando los aspectos propiamente sanitarios y de daños a la salud que la población sufre. Este sesgo se refleja también en el hecho de que buena parte de los estudios realizados en el campo de la Antropología Médica en América Latina, se han orientado al análisis de los síndromes culturalmente delimitados, dejando de lado las enfermedades reconocidas por la biomedicina (...) aun a pesar de que éstas puedan ser las principales causas de enfermedad y muerte en las poblaciones estudiadas. (p. 38)

Para Menéndez (1983, 1985), algunos postulados funcionalista de la antropología en América Latina a lo largo de estas etapas quedaron en entredicho por la misma realidad. Por ejemplo, la sostenida afirmación de la resistencia de las comunidades indígenas y campesinas al paradigma biomédico, no sólo por su tradición sino también por una supuesta incapacidad para comprenderlo, resultó no ser tan cierta, al observarse una gran receptividad por parte de estos grupos hacia sus medicamentos y terapias. De hecho, la biomedicina no sólo ha sido aceptada por estos grupos sino que además ha representado un mejoramiento de sus condiciones de vida, por ejemplo en Venezuela Freire (2007) sostiene que

El crecimiento poblacional indígena es en gran medida debido a la expansión -aunque precaria- de la biomedicina a sus territorios. Una comparación de aspectos de salud entre dos segmentos de la población Piaroa, en 1992, uno con acceso y otro sin acceso al sistema de salud pública nacional, mostró que las poblaciones con acceso a la biomedicina crecían 65% más rápido que las que no lo

tenían. Asimismo, las comunidades sin ningún tipo de servicio tenían dos veces más nacimientos muertos que las que sí tenían algún servicio, y la esperanza de vida de los nacimientos exitosos en éstas era de unos 34 años, mientras que para los individuos con acceso a servicios médicos era de 47 años (...). Más aún, en ninguno de los casos aquí descritos encontramos choques entre las concepciones indígenas de la salud, sus tratamientos y explicaciones de la enfermedad, y las de la biomedicina (...). Por el contrario, los pueblos indígenas, incluso aquellos más alejados de la sociedad nacional geográfica y culturalmente, han incorporado buena parte de las terapias biomédicas a sus propias nociones de salud y enfermedad, favoreciendo la necesaria complementariedad que debe establecerse entre éstas y sus terapias tradicionales (...). El derecho a un sistema de salud pública apropiado y de calidad es, de hecho, uno de los motores fundamentales del acercamiento de sus comunidades a la sociedad nacional y uno de los principales reclamos de sus organizaciones políticas y de base. Aun así, si algo es común a todos los pueblos indígenas venezolanos (y una vez más, esto es extensible a toda América) es que, estén donde estén, forman parte del estrato más desatendido por el estado y, a pesar de las mejoras reportadas, continúan teniendo los peores indicadores de salud de sus respectivas regiones. (p. 14)

A esto se suma que debido a la ausencia de modelos explicativos, las abundantes etnografías que pretendieron interpretar el fenómeno apenas lograron describirlo, sin contar que la antropología de ese periodo no pudo predecir los cambios que tendrían lugar en el campo de la salud, la enfermedad y la atención en América Latina y paralelamente ofrecer “alternativas explicativas respecto de los ‘nuevos’ problemas que se iban

configurando en nuestros países (...) al escotomizar la realidad contribuyó a ocultar los determinantes estructurales, y operó de hecho como apoyo indirecto de las ideologías 'aculturativas' y desarrollistas." (Menéndez, 1985, p. 20)

Sin embargo, el Congreso Mundial de Etnomedicina realizado en Perú en 1979 permitió la socialización de nuevos trabajos como los del mexicano Cabieses y la chilena Weisner, los cuales mostraron que la antropología de la salud y la enfermedad en Latinoamérica era más que un campo para el trabajo etnográfico de investigadores estadounidenses y europeos, que podía ser también un campo fecundo para una antropología hecha por antropólogos latinoamericanos.

En lo sucesivo, numerosos antropólogos latinoamericanos en algunos países como Argentina (Palma, Idoyaga y Maffia), México (Menéndez, Zolla y Osorio) Bolivia (Zalles y Castellón) y Venezuela (Clarac, Pollak Eltz y Rivas), han realizado investigaciones que en términos generales, se han centrado en las prácticas médicas indígenas o campesinas en zonas rurales, los rituales curativo-religiosos urbanos, la pobreza y la inequidad sanitaria, la medicina popular y los sistemas de autoatención, el género y el pluralismo médico, analizados todos desde distintos enfoques antropológicos, a saber: estructuralista, fenomenológico, crítico, interpretativo, entre otros.

CAPÍTULO V

PRINCIPALES ENFOQUES EN EL CAMPO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

El sufrimiento, la disminución forzosa o voluntaria de la actividad habitual, el deterioro orgánico, la decadencia mental son constitutivos de un estado de mal, pero no son por sí mismos los atributos específicos de aquello que el médico de hoy identifica como enfermedad, precisamente en el momento en que intenta hacer cesar el mal o, simplemente, atenuarlo. Sin embargo, la relación enfermo-enfermedad no puede ser de absoluta discordancia
Georges Canguilhem

Desde la antropología el proceso salud-enfermedad se ha estudiado a partir de diferentes enfoques, a continuación se presentarán tres de los más conocidos: ecológico, interpretativo y crítico, analizando sus planteamientos más importantes y las críticas que se le han hecho.

5.1 Enfoque Ecológico

Los trabajos del microbiólogo Dubos y del antropólogo Alland sobre la cultura y sus recursos adaptativos sirvieron de fundamento para el desarrollo del enfoque ecológico, concepción que hunde sus raíces en la teoría evolutiva y la ecología cultural. Su planteamiento central se basa en el concepto de “adaptación”, que hace referencia a los cambios biológicos y comportamentales tanto grupales como individuales, que realizan las personas en un entorno específico para garantizar de manera exitosa su supervivencia y reproducción. En consecuencia, la salud se percibe como el resultado positivo de la adaptación a un hábitat determinado, siendo la cultura el espacio donde se aprenden y regulan las conductas orientadas a prevenir la enfermedad. Visto de esta manera la cura chamánica o la

atención biomédica se pueden considerar estrategias culturales de adaptación. (Singer y Baer, 2012)

Desde esta perspectiva, la salud de un grupo refleja el tipo de relaciones que establecen los individuos entre sí y con el ambiente natural: clima, topografía, cuerpos de agua, diversidad de flora y fauna, entre otros. En este sentido, la causa de la enfermedad se considera un hecho natural externo al organismo y los tratamientos acciones destinadas a corregir o contrarrestar los desequilibrios corporales ocasionados por los factores ambientales. Es precisamente en este aspecto que entra en juego la cultura como orientadora de la “capacidad adaptativa” de los seres humanos al entorno natural. De allí que vincule las enfermedades, los hábitos alimenticios, las actividades productivas, las formas de resguardo, la tasa de natalidad y la densidad demográfica con la adaptación al medio. (MacElroy y Townsend, 2009)

En los últimos años este modelo ha tratado de matizar su marcado carácter biologicista, al acercarse al paradigma crítico ha valorado otros elementos que le han permitido ampliar su mirada de la enfermedad, la salud y la cultura. Al respecto, McElroy y Townsend (2009) señalan que:

Nuestro modelo se basa en ciertas premisas acerca de la ecología de la salud y la enfermedad. En primer lugar, no hay una sola causa de la enfermedad. El estímulo inmediato, clínicamente detectable de la enfermedad puede ser un virus, deficiencia de vitaminas o un parásito intestinal, pero la enfermedad en sí misma es, en última instancia parte de una cadena de factores relacionados con los desequilibrios de los ecosistemas. En segundo lugar, la salud y la enfermedad se desarrollan dentro de un conjunto de sistemas físicos, biológicos y culturales que se afectan continuamente el uno al otro. En tercer lugar, el medio ambiente es más que el hábitat físico, el suelo, el aire, el agua y el

terreno en el que vivimos y trabajamos, es también el medio ambiente culturalmente construido: calles y edificios, granjas y jardines, barrios y suburbios. Además, las personas también crean y viven en entornos sociales y psicológicos y su percepción del ambiente físico y de su papel se ve influida por los valores sociales y la visión de mundo. Por lo tanto, nuestro medio ambiente y la salud se vinculan en un modelo que reconoce plenamente el impacto de la conducta humana en el medio ambiente. (p. 30)

Pese a esta valoración de los elementos sociales, este enfoque sigue orientando sus investigaciones más hacia los problemas ambientales y sus consecuencias en la salud.

5.2 Enfoque Interpretativo

En oposición al modelo ecológico surgió el interpretativo cultural. A finales de la década de los setenta, el médico antropólogo Kleinman (1980), planteó que la enfermedad debía ser vista no sólo como un hecho natural, sino también como una construcción cultural. Esta construcción representa un conjunto de orientaciones cognitivas acerca del proceso salud-enfermedad que da cuenta de los orígenes de las dolencias, maneras de diagnosticarlas y tratarlas, asignación de roles al sanador, enfermo y cuidador. Ideas que sirven de hilo conductor en la elección de las terapias y en el significado de las vivencias que durante y después de la enfermedad tienen todos los actores involucrados. Si bien, tanto la enfermedad como los esfuerzos orientados a mantener la salud son universales, cada pueblo construye su noción de la enfermedad desde sus particulares referentes culturales, es decir, una etiología, diagnóstico y terapia curativa marcada por el contexto local.

Kleinman (1980) se enfoca en los aspectos micro como la comprensión del paciente sobre su padecimiento, en las interpretaciones que los grupos hacen sobre el proceso salud-enfermedad-atención como una internalización de los sistemas de cuidados a la salud presentes en la sociedad, de manera especial se centra en el ámbito clínico, por ejemplo en las narrativas que se dan en la relación médico-paciente. De ahí su interés en el papel que juegan tanto los pacientes como los sanadores en la práctica curativa, así como el mundo cultural-simbólico que los envuelve: ideas, creencias y representaciones sociales, lo que permite entender cómo cada uno interpreta y trata las enfermedades. Aunque reconoce la importancia de elementos de orden macro como las condiciones económicas, históricas, sociales y políticas que influyen en la concepción de la enfermedad, les brinda poco espacio en sus trabajos acentuando los significados que sobre el proceso salud-enfermedad tienen cada uno de los actores comprometidos.

Para Kleinman (1980) los sistemas de cuidado a la salud representan sistemas culturales desde los cuales se pueden estudiar las respuestas sociales a la enfermedad. Estos sistemas no son una entidad, sino un modelo elaborado por el investigador con base en las particularidades locales, cuyo propósito es el de comprender las relaciones y funciones que se establecen en la esfera individual, familiar, colectiva e institucional entre los distintos actores sociales, en tanto construcciones teóricas sufren modificaciones de acuerdo con los rasgos específicos de la realidad estudiada. Por ende, los sistemas se manifiestan en la vida social mediante el conjunto de relaciones que se dan entre los individuos, relaciones que externamente están institucionalizadas e internamente asumidas por ellos, quienes asignan significados específicos en cada contexto. Así,

Salud, padecimiento y atención son aspectos que en una sociedad están articulados como sistemas culturales. [Esos] Sistemas de cuidado a la salud, son parecidos a otros sistemas culturales, por

ejemplo, el sistema de parentesco y religioso, sistemas simbólicos contruidos de significados, valores y normas de comportamiento. Sistemas de atención a la salud que articulan el padecimiento como un idioma cultural, vinculando creencias acerca de las causas de la enfermedad, la experiencia de los síntomas, patrones específicos de conducta ante el padecimiento, decisiones concernientes a los tratamientos alternativos, prácticas terapéuticas actuales, y evaluaciones de los resultados de las terapias. Así, el sistema establece relaciones entre esos componentes. (Kleinman, 1978, p. 86)

Si bien se habla de un sistema de cuidado a la salud, Kleinman (1978,1980) identifica tres subsistemas o arenas desde las que se concibe la enfermedad y se despliegan las respuestas curativas, a saber: popular, profesional y tradicional (folk). La arena popular es ejercida por personas que aunque tienen escasa formación profesional identifican y tratan buena parte de las enfermedades con base en el conocimiento dado por la cultura, el cual se caracteriza por ser indefinido y no especializado tanto en la práctica como en la teoría. Se ubica en el nivel de las acciones individuales y familiares y de forma más amplia en el conjunto de redes comunitarias donde se van configurando las ideas y creencias sobre la enfermedad y los cuidados. Dado que Kleinman no establece muchas relaciones entre el sistema folk y el profesional, pues los concibe con cierta independencia, es en la arena popular donde observa sus vinculaciones desde el momento en que las personas asisten a un sistema u otro y se apropian de sus terapéuticas a nivel del ámbito doméstico. Para Kleinman en este espacio las personas evalúan la eficacia de los tratamientos que siguen, deciden a quién consultar e incluso cuándo acudir a las otras arenas, momento en el que se intercambian los diferentes puntos de vista de los actores involucrados. El autor considera que pese a su dinamismo y a ser la primera y más usada

forma de atención en casi todas las sociedades, alrededor del 70 y 90% de las enfermedades se atienden en esta arena, generalmente había sido ignorada por la antropología médica que se concentró principalmente en la medicina tradicional.

Por su parte, la arena de los cuidados tradicionales o folk corresponde a los curadores no profesionales, quienes pasan por una formación especializada dada por la tradición de cada grupo étnico, aunque no tan estructurada como la recibida por los profesionales de la salud, está conformada por formas diversas de sanación en el que se emplean rituales sagrados y no sagrados, como el chamanismo y el curanderismo. Por último se encuentra la arena del profesional, que en las sociedades occidentales comprende a la medicina científica, mientras que en otras sociedades los sistemas curativos tradicionales están profesionalizados y reconocidos oficialmente en su ejercicio y formación, como la medicina china o ayurvédica en la India. En el caso de la primera, se les exige a sus profesionales una amplia preparación académica cuya práctica está legitimada por las distintas instituciones del Estado, operando a diferencia de los otros sistemas desde una racionalidad que enfatiza el aspecto biológico de la enfermedad y explicaciones basadas en el dato objetivo. En términos generales,

Esas arenas contienen y ayudan a construir distintas formas de realidad social. Es decir, estos subsistemas se organizan legitimando creencias particulares, expectativas, roles, relaciones, intercambios y gustos. Estos contextos socialmente legitimados de la enfermedad y la atención (...) Además reflejan con precisión los cambios importantes en los sectores socio-políticos subyacentes de la atención y de sus estructuras ideológicas (culturales). (Kleinman, 1978, p. 87)

Ciertamente los subsistemas de cuidado profesional, tradicional y popular desde sus propias lógicas le dan sentido a la enfermedad y a las vivencias de formas distintas. Sin embargo, en las sociedades occidentales no todos estos subsistemas tienen la misma capacidad de legitimar lo que ha de considerarse enfermedad, lo que ha de ser el tratamiento adecuado y lo que ha de ser considerado como la única situación clínica, en la medida en que el subsistema biomédico domina gracias al apoyo oficial que recibe tanto en la enseñanza como en su ejercicio en comparación con los otros subsistemas. (Kleinman, 1980)

Ahora bien, Kleinman (1978, 1980) considera que las personas recurren a los subsistemas de cuidado a la salud de manera secuencial o simultánea pues no son excluyentes, más aun tomando en cuenta la complejidad y multiculturalidad de las sociedades de hoy en la que en un mismo espacio se encuentran disponibles distintos sistemas, tales como ayurveda, acupuntura, medicina oficial, curas mágico-religiosas, entre otras, las que se entretajan como una “red terapéutica”. La preferencia por uno u otro dependerá de los conocimientos y creencias sobre la enfermedad, la etiología, la identificación de los síntomas, los efectos y los tratamientos que manejan las personas.

Estas respuestas culturales cargadas de significación que se expresan tanto en las interacciones sociales como en las institucionales es lo que Kleinman llamó “modelo explicativo”, que se puede entender como derivaciones de los sistemas de atención a la salud de una sociedad que se expresan de manera puntual en las nociones y prácticas sobre la enfermedad y las formas de curación que tienen todos los involucrados en un episodio de enfermedad, tanto sanadores, enfermos como entorno familiar y comunitario. Para ilustrar mejor, el modelo explicativo del enfermo y su grupo familiar refleja cómo le dan significado y entienden el padecimiento y los criterios desde los cuales valoran y eligen los tratamientos en la búsqueda de la curación, se caracteriza por ser indefinido e incorporar conocimientos diversos desde su mundo cultural y experiencias vividas. Mientras que el

modelo de los sanadores da cuenta de cómo conciben y atienden la enfermedad, en el caso del médico desde los conocimientos teóricos adquiridos en su formación profesional y su práctica médica y en el caso del curandero de su formación heredera de la tradición y su práctica curativa.

Es precisamente a nivel clínico donde se da la relación médico-paciente y se entrecruzan los modelos explicativos de ambos (transacciones) y como consecuencia se producen por un lado relaciones de complementariedad, pues aunque el médico profesional posee su propio modelo explicativo y el enfermo otro, la enfermedad, la terapia, la vivencia del enfermo, el rol del curador y las instituciones sociales están articuladas culturalmente, lo que da paso al acuerdo y por el otro se dan brechas epistémicas y comunicacionales (esquemas cognitivos de los diferentes actores) entre ellos. No obstante, tanto en uno como en otro caso Kleinman deja de lado las condiciones materiales globales (nivel de ingresos, grado educativo y posición de autoridad) en las que tienen lugar.

Según Kleinman (1983), en todos los modelos explicativos subyacen criterios comunes que permiten explicar elementos diversos tales como: las causas de la enfermedad (etiología), el momento y la forma en que se presentan los indicios (sintomatología), el tipo de afección (patología), el desarrollo (evolución), la terapia de curación y los terapeutas (tratamiento y sanador) y los efectos físicos, mentales y emocionales en la vida del enfermo y su entorno familiar y social (secuelas).

Dentro de esta orientación también resaltan los aportes de Good (1994), para quien la cultura es una construcción simbólica mediante la cual las personas experimentan el mundo que les rodea, siendo la salud-enfermedad parte de dicha construcción. De allí que las sensaciones corporales y la evaluación de los síntomas por el enfermo y el sanador reflejen las representaciones culturales de los grupos humanos a los que pertenecen.

En definitiva, para el enfoque interpretativo la antropología debe tener como propósito develar y examinar los elementos culturales que envuelven el proceso salud-enfermedad y que orientan y dan sentido a la vivencia del paciente, al tratamiento del sanador, a los roles asignados a cada uno de ellos, a las representaciones culturales, a las clasificaciones y causas de las enfermedades, todos articulados dentro del sistema sociocultural.

5.3 Enfoque Crítico

Entre las décadas de los ochenta y noventa surge el enfoque crítico como una reacción al interpretativo, basado en la tradición marxista y neomarxista, en la Escuela de Frankfurt y en los trabajos del sociólogo Mills. Entre sus principales representantes se encuentran Baer, Susser, Singer, Young, Scheper-Hughes, O'Connor y Menéndez. Este paradigma plantea que las interacciones sociales se dan al interior de estructuras verticales que se expresan a nivel local, nacional, regional y global. Vínculos jerárquicos que penetran todo el tejido social modelando actitudes, hábitos y pensamientos de acuerdo con una lógica que reproduce las relaciones de dominación y desigualdad entre las clases sociales, grupos étnicos y de género. (Singer y Baer, 2012)

Desde esta posición, la antropología de la salud y la enfermedad debe analizar la noción de salud de una determinada sociedad a partir de las fuerzas históricas que explican su origen y las condiciones sociales que posibilitan su consolidación. Así, para Young (1979), la práctica médica se vuelve ideológica al justificar la atención desigual según el estrato social y al enmascarar los factores sociales que inciden en la enfermedad. Por consiguiente, una etiología de la enfermedad debe dar cuenta de la inequidad social, la disparidad en el acceso al sistema médico, la discriminación en la atención y cómo estos factores de índole socioeconómica afectan la salud de la población, siendo la enfermedad el resultado de un sistema excluyente que va enlazando la pobreza y la

enfermedad. Es por esto que, de acuerdo con el enfoque crítico, en la sociedad moderna occidental la estructura de atención médica, al igual que el resto de las instituciones sociales, desde una ideología hegemónica, beneficia a los sectores política y económicamente privilegiados en detrimento de los menos favorecidos.

Para Baer y cols. (2003), en la mayoría de las sociedades occidentales la ideología capitalista penetra el sistema de salud en sus distintos niveles. En el nivel macro la biomedicina ha logrado posicionarse como el conocimiento médico dominante impulsado por el avance tecnológico, lo que le ha permitido el empleo de sofisticados instrumentos médicos y la producción masiva de fármacos para un sinnúmero de enfermedades. Por su parte, el Estado contribuye a legitimar este sistema al crear las condiciones legales, financieras y políticas para su afianzamiento en menoscabo de otros sistemas terapéuticos.

En el nivel intermedio, el de las instituciones sanitarias, hospitales, clínicas, ambulatorios y centros médicos, la lógica del sistema capitalista se refleja tanto en el ámbito público como privado. En este nivel el poder se transfiere por medio de una estructura jerárquica, en la que los intereses económicos de los distintos estratos ligados a ella: médicos, enfermeros, auxiliares y camilleros están bien establecidos y recompensados según la capacitación profesional, lo que evita por un lado el acercamiento entre los distintos segmentos y por otro la homologación de intereses laborales.

En el nivel micro se dan las interacciones entre el médico y el enfermo, donde aquél asume determinados roles, por ejemplo, es quien “sabe” sobre la enfermedad y su tratamiento, no siempre en función del paciente sino de conocimientos e intereses al servicio de la sociedad del lucro y el consumo promovidos desde el nivel macro, que comúnmente desde una visión mercantilista cosifica al paciente. De esta manera,

Las interacciones médico-paciente con frecuencia refuerzan las estructuras jerárquicas a lo largo de la sociedad, haciendo hincapié en la necesidad de que el paciente debe cumplir con el juicio de los expertos. Aunque un paciente este experimentando estrés relacionado con el trabajo que se manifieste en diversos síntomas difusos, el médico puede recetar un sedante para calmar al paciente o ayudarlo a hacer frente a un ambiente de trabajo difícil en lugar de desafiar el poder de un jefe o supervisor. (Baer y cols., 2003, p. 15)

Dentro de esta perspectiva se encuentran también los trabajos de Menéndez (1984), quien desde una visión macrosocial estudia la relación de hegemonía y subordinación que se da entre los distintos modelos médicos, a los que llama “modelo médico hegemónico”, “modelo médico alternativo subordinado” y “modelo de la autoatención”. Para el autor estos modelos no se pueden entender por separado sin considerar la diada hegemónico-subordinado, lo que se extiende a las interrelaciones que se dan entre los distintos actores sociales en el proceso curativo. Aunque considera en determinado momento el mundo de significados que los grupos sociales le atribuyen a sus acciones en la detección y atención de la enfermedad, a diferencia de Kleinman se enfoca en los aspectos de orden macro sociales objetivos en los que tienen lugar las prácticas curativas.

Para Menéndez los modelos médicos representan elaboraciones abstractas que se construyen a partir de realidades sociohistóricas concretas, a la manera de los tipos ideales de Weber identifica y aísla los elementos más característicos de la realidad para construir dichos modelos, los cuales tienen un fin heurístico que permite al investigador analizar elementos estructurales de orden económico, político, social y cultural presentes en una realidad sociohistórica específica. Claro está que el estudio de tales elementos debe hacerse ajustando los modelos a la dinámica de la realidad

estudiada para operativizar los conceptos y las explicaciones, lo que permitirá resaltar determinados elementos más que otros conforme sea cada particularidad sociohistórica, por lo tanto no debe confundirse el modelo con la realidad misma. Por consiguiente, los modelos son

aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales supone una construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluido los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. (Menéndez, 1984, p. 101)

En este sentido, para Menéndez (1983) el modelo médico hegemónico está representado por la biomedicina. Concepción reduccionista que se fundamenta en la ciencia y considera sus postulados objetivos y únicos, con una base “real” de tipo biológico que se va renovando y acrecentando permanentemente, tamiz desde el cual mide y valida las otras terapéuticas médicas. Concibe la enfermedad como una disfuncionalidad fisiológica y dirige sus tratamientos a eliminar los síntomas. Se centra en el individuo dejando de lado las condiciones sociohistóricas y genera las condiciones para una relación asimétrica médico-paciente y por último, una fuerte tendencia a la medicalización. Su ejercicio es legitimado por el sistema jurídico y académico, lo que le ha permitido establecer sus preceptos como únicos y válidos para identificar, entender y tratar las enfermedades en gran parte de las sociedades. De allí que a pesar de coexistir junto a otros modelos de atención médica, el modelo médico hegemónico

intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en

mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico. (Menéndez, 1983, p. 98.)

En otro plano, el modelo médico alternativo subordinado agrupa una gran variedad de prácticas curativas tradicionales, algunas de larga data derivadas de la tradición, con cierto grado de complejidad como la acupuntura y el ayurveda y otras más recientes y menos complejas como la medicina curanderil urbana. Sistemas curativos que conciben al individuo como una unidad psicosomática, aunque toman en cuenta el contexto social ignoran su historicidad. Algunas se desprenden del propio modelo médico hegemónico, otras reciben su influencia, cuando no tratan de apropiarse de algunos conocimientos y prácticas biomédicas. En general, estas prácticas que se caracterizan por 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), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su “saber y prácticas curativas”, y tendencia reciente a la mercantilización. (Menéndez, 1983, p. 103.)

Finalmente, completa su clasificación con el modelo basado en la autoatención, donde sitúa los cuidados autosuministrados y la atención por parte del grupo familiar y de manera más extendida de la comunidad. Constituye el nivel primario de atención médica que precede a todos los

demás y está presente en toda sociedad. Dentro de este modelo no hay sanadores profesionales, las funciones de los cuidadores van más allá de la atención médica, abarcando también la asistencia económica proporcionada por el entorno socio-familiar. Sus conocimientos son el resultado de la apropiación de distintos conocimientos.

Por su parte O'Connor (1995) establece una clasificación de los sistemas de atención a la salud observando las desigualdades generadas dentro de las sociedades modernas. Menciona que el sistema médico en las sociedades occidentales se ha estructurado sobre la base de un modelo dicotómico, en el cual la biomedicina ocupa el lugar oficial tanto en el sistema de salud como en los centros académicos, modelo a partir del cual se evalúan los demás sistemas de salud, relegándolos al ámbito de "medicinas no convencionales o no oficiales". Precisamente, a las llamadas "medicinas no convencionales" las ubica dentro de la categoría de "sistemas de creencias de salud vernáculas", que

www.bdigital.ula.ve

en materia de salud y enfermedad, "vernácula" no se refiere a lo que se supone hace o debería hacer la gente de acuerdo a un conjunto oficial de normas, sino a lo que realmente hacen cuando están enfermos, cuando desean prevenir la enfermedad, o cuando son responsables del cuidado de un enfermo. (1995, p. 6)

Si bien reúne a los sistemas de curación folk y popular en la categoría de "medicinas no convencionales", establece diferencias entre ellos. Así, el sistema folk se corresponde con grupos reducidos, en los que la enseñanza de los conocimientos y técnicas curativas son llevadas a cabo por los mismos practicantes siguiendo la tradición oral. En cambio, en el sistema popular la instrucción cuenta con un mayor grado de formalidad que va más allá de la oralidad, incluyendo documentos impresos, así como centros de formación reconocidos. Para la primera señala como ejemplo la santería y el sistema de

curación de origen afro-hispano-caribeño y la tradición mágica “pow wow” de origen alemán. Para la segunda sugiere la naturopatía o la quiropraxia. En cambio, dentro del “sistema de creencias oficial de salud” sitúa a la biomedicina, a la que cataloga de “medicina convencional” que en sociedades como la estadounidense cuenta con todo el apoyo jurídico y político del Estado, lo que le permite ocupar un papel predominante.

5.4 Una Mirada Crítica sobre los Tres Enfoques

Cada uno de estos enfoques sobre la salud y la enfermedad ha acentuado una variable más que otra, no obstante, la necesidad de entender la complejidad del fenómeno ha llevado progresivamente a un intercambio de ideas, pasando previamente por décadas de cuestionamientos mutuos.

Al respecto, el modelo interpretativo criticó al ecológico por considerar la enfermedad un resultado de las circunstancias ambientales, hecho objetivo separado del mundo axiológico y al sistema médico como una respuesta cultural frente a las presiones del entorno natural. En consecuencia, el paradigma ecológico superpone la naturaleza a la cultura y su estudio queda reducido a la “eficacia adaptativa” del hombre al medio, lo que circunscribe las acciones humanas a un comportamiento meramente reactivo a las condiciones naturales. (Good, 1994)

Los interpretativistas cuestionan a los teóricos críticos al considerar que es fundamental dar cuenta de las construcciones culturales desde las cuales los miembros de una sociedad otorgan sentido a sus prácticas, en lugar de trasladar un concepto de justicia ajeno y pretendidamente universal que no reconoce los valores y normas sociales propias de cada pueblo. Consideran que el énfasis en aspectos económicos y políticos no permite visualizar la diversidad de las relaciones culturales más allá de los intereses contrapuestos entre los estratos sociales y las estructuras de dominación, ignorando que en la vida social también tienen lugar relaciones de cooperación entre las partes. De allí que, para el paradigma interpretativo los

cuidados terapéuticos más que el reflejo de las relaciones de desigualdad en un sistema médico determinado son la expresión de los esquemas cognitivos que manejan los grupos humanos, a partir de los cuales delimitan, conceptualizan y entienden el trinomio salud-enfermedad-atención.

Desde el modelo ecológico se cuestiona al interpretativo por enfatizar aspectos subjetivos y dejar de lado fenómenos que se derivan de las relaciones del hombre con la naturaleza y el ambiente construido. Para el enfoque ecológico las condiciones ambientales propician determinadas prácticas culturales, muchas de las cuales están dirigidas a prevenir, mitigar o atender patologías generadas por el entorno en el proceso adaptativo, ignorar esto conlleva a no entender el significado de muchos comportamientos, tradiciones y hábitos culturales. En relación con el paradigma crítico, el modelo ecológico sostiene que los sistemas médicos se establecen en parte como respuesta a unas condiciones ambientales determinadas y no exclusivamente en función de intereses grupales, clasistas o étnicos.

Por su parte, el enfoque crítico cuestiona al ecológico por supeditar el papel de la cultura y en general de las prácticas humanas al proceso adaptativo, omitiendo el hecho de que la actividad humana no es solamente reactiva al ambiente y que la cultura también puede generar respuestas destructivas, tales como una excesiva explotación y contaminación de la naturaleza que en la sociedad industrial se realiza desde un modelo productivo utilitarista.

En relación con el interpretativo señala que no toma en cuenta las relaciones de dominación presentes en el sistema de salud, desestimando la influencia de la cultura en la producción, reproducción y legitimación de esta situación y desconociendo el peso de las variables políticas, económicas, sociales e históricas en el acceso desigual a la asistencia médica, en el contexto de una estructura jerarquizada que a nivel macro se expresa en las políticas sociosanitarias y en las leyes que la amparan, a nivel medio en la

relación médico-paciente y a nivel micro en las prácticas sociales medicalizadas. Ciertamente, critica el énfasis en las variables semióticas presentes en la interacción entre estos dos y los esfuerzos que uno y otro hacen para tratar de acercar la comprensión en el proceso comunicativo, con el propósito de mejorar los resultados en la aplicación de la terapia, visualizándolos como cooperadores en la realidad clínica, lo que oculta las relaciones de conflicto entre ambos y la desigualdad entre los modelos explicativos en la medida que el biomédico goza de mayor preponderancia y legitimidad. La perspectiva crítica considera que

La Antropología interpretativa trata la cultura como un texto. Pero al hacerlo, puede olvidar que «la cultura no está constituida únicamente por símbolos sociales, sino que también es un instrumento de intervención sobre el mundo y un dispositivo de poder» (Nivón y Rosas 1991: 48). La Antropología interpretativa recibe las mismas críticas que se vierten sobre la mayoría de las perspectivas de orientación fenomenológica: obvian las estructuras de poder. Al separar el texto (la cultura) del contexto (la estructura social), puede averiguarse e interpretarse el punto de vista de los actores, pero no las relaciones de poder y dominación que los engloban. (Guasch, 2002, p. 27)

Advierten que los interpretativistas al privilegiar los elementos simbólicos y el análisis de los significados en el proceso salud-enfermedad dejan de lado lo macrosocial. Si bien Kleinman (1980) señala las relaciones que se dan entre los distintos modelos explicativos, fundamentalmente en lo que él llama “indigenización”, es decir, los cambios que se dan en la medicina moderna una vez implementados en sociedades no occidentales y “popularización”, esto es, las modificaciones de determinados elementos del modelo médico profesional una vez que son adoptados en la esfera popular,

no considera las relaciones de dominación o conflicto que se establecen entre ellas. A lo sumo identifica contradicciones sólo en las estructuras cognitivas y comunicacionales en la relación médico-paciente, como consecuencia de las divergencias de los modelos explicativos más que de las estructuras de clase. En términos generales, ignoran las relaciones de dominación y control social que se dan, por ejemplo, en la cada vez más creciente medicalización de la sociedad occidental.

Como se puede observar, estos enfoques y sus respectivas críticas han permitido ampliar la comprensión del proceso salud-enfermedad. De hecho, hoy muchos estudios incorporan las distintas perspectivas de estos enfoques así como aportaciones de otras disciplinas, con el interés de dar cuenta desde una visión compleja de la multiplicidad de factores presentes en las distintas prácticas curativas y su relación con la esfera sociocultural.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VI

EL PROCESO SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN COMO CONSTRUCCIÓN CULTURAL

*Por tanto, no podemos hablar de salud y enfermedad
sin tener en cuenta la cultura, pues dentro de
ese modo de vivir que aprendemos al crecer en un
determinado grupo humano aprendemos
también a explicarnos los fenómenos
que llamamos salud y enfermedad.
Enrique Perdiguero*

6.1 Cultura y Representaciones Sociales sobre el Proceso Salud, Enfermedad y Atención

Uno de los conceptos más importantes para comprender el comportamiento humano desde las ciencias sociales es el de cultura, es por esta razón que en disciplinas como la antropología cada perspectiva teórica ha propuesto un concepto de cultura y formas diferentes de estudiarla. Así, por ejemplo, para el evolucionismo cultural de finales del siglo XIX, la cultura es entendida como el resultado de la evolución natural de los distintos grupos humanos por diferentes estadios de desarrollo, salvajismo, barbarie y civilización, proceso unilineal regido por leyes por el que han de transitar necesariamente todas las sociedades, en una sucesión de niveles superpuestos que explican las diferencias entre culturas. En consecuencia, desde una visión uniforme, gradual y universal Tylor propuso entender la cultura de forma general como "ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, la costumbre y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad" (Kottak, 1997, p. 18). Los neoevolucionistas conservan a grandes rasgos las mismas ideas de los evolucionista, pero conceptualizan de forma más compleja la noción de cultura, así por ejemplo,

White (1975) concibe la cultura como un sistema formado por tres subsistemas, a saber: tecnológico (instrumentos materiales y técnicas de uso), sociológico (relaciones interpersonales) e ideológico (creencias, ideas y conocimientos organizados y manifiestos por medio del lenguaje), que si bien están interrelacionados e interactúan entre sí, le da prioridad al tecnológico en la medida que considera que las culturas se desarrollan al aprovechar la energía disponible o crear nuevas tecnologías que permitan mejorar su aprovechamiento.

En oposición al evolucionismo, Boas rechazó la universalización del concepto de cultura y propuso que se debía hablar de culturas, habida cuenta que cada grupo humano transita por un camino singular y no por una sucesión única de etapas determinadas por leyes invariantes. En contraste, consideraba que cada cultura debía ser estudiada como un caso específico, desde sus particulares condiciones históricas, geográficas y sociales. Es precisamente en este aspecto donde se dan dos de las divergencias más significativas con el evolucionismo, por un lado éste sostenía que las diferencias culturales venían dadas por la etapa evolutiva en que se encontraba una cultura mientras que para el particularismo histórico de Boas obedecía al contexto específico en que se desarrolla cada una y por el otro, Boas defendía un relativismo cultural que otorgaba el mismo valor a todas las culturas, al contrario del enfoque evolucionista que las clasifica de superior o inferior según su cercanía o lejanía de la cúspide. De esta manera, desde una visión particular, histórica y relativa Boas definió la cultura como

la totalidad de las reacciones y actividades mentales y físicas que caracterizan la conducta de los individuos componentes de un grupo social, colectiva e individualmente, en relación a su ambiente natural, a otros grupos, a miembros del mismo grupo y de cada individuo hacia sí mismo. También incluye los productos de estas actividades y su función en la vida de los grupos. La

simple enumeración de estos varios aspectos de la vida no constituye, empero, la cultura. Es más que todo esto, pues sus elementos no son independientes, poseen una estructura. (Boas, 1964, p. 166)

Desde la teoría funcionalista Malinowski también se opuso a la teoría evolucionista en lo que respecta a la unilinealidad del proceso evolutivo, centrando su concepto de cultura en las necesidades psicobiológicas de los individuos y la satisfacción de esas necesidades por medio de la creación de instituciones. Instituciones que no siempre cumplen con el propósito de satisfacer directamente una necesidad, puesto que muchas de ellas lo hacen de forma tangencial o indirecta. De hecho, "Ninguna institución puede ser funcionalmente relacionada con sólo una necesidad básica, ni tampoco, como regla general, con una simple necesidad cultural" (Malinowski, 1970, p. 119). En este sentido, las instituciones no tienen un origen y una función simple sino compleja y en ocasiones funciones secundarias, por lo que pueden ser entendidas como respuestas culturales articuladas y orientadas a la satisfacción de las necesidades del grupo, siendo la cultura un conjunto de comportamientos integrados en correspondencia con la multiplicidad de instituciones que conforman la sociedad. En virtud de ello, la cultura es un sistema en el que sus partes guardan una relación de interdependencia, socialmente organizadas entorno a las instituciones, adquiriendo un carácter instrumental en tanto que medio para alcanzar un fin.

Por su parte, el estructuralismo de Lévi-Strauss (1969) pone el acento en la distinción entre cultura y naturaleza, al considerar que "todo lo que es universal en el hombre corresponde al orden de la naturaleza y se caracteriza por la espontaneidad, mientras que todo lo que esté sujeto a una norma pertenece a la cultura y presenta los atributos de lo relativo y lo particular" (p. 41). En su búsqueda de los universales culturales por medio de los comportamientos observables, sostuvo que la prohibición del incesto es

una conducta tanto natural presente en todos los grupos humanos como cultural, pues en cada sociedad adquiere una forma específica según sus normas. Para él la naturaleza posee reglas universales mientras que la cultura particulares, por lo que consideraba que el rasgo distintivo que separa a la naturaleza de la cultura es la norma que dicta la prohibición, de lo que se deriva que donde hay normas siempre habrá cultura y por ende el comportamiento será particular y determinado, de lo contrario será natural, espontáneo y universal.

Es justamente la norma como una expresión del paso de la naturaleza a la cultura lo que da origen a la sociedad, pues a partir de ella se establecen las reglas con base en las cuales se relacionan sus miembros. De esta manera se crean las condiciones para un orden social que garantiza su permanencia y permite el intercambio material y simbólico entre los individuos, siendo la cultura un sistema de comunicación que permite el intercambio de bienes valorados por todos.

Dentro de la antropología interpretativa, Geertz (2003) propuso que la cultura debía ser leída como un texto conformado por una red de significados jerárquicamente estructurados, con base en los cuales los miembros de una sociedad entienden el mundo que les rodea. Esto es así, en tanto que Geertz (2003), basándose en Max Weber, sostiene “que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones” (p. 20). De ahí que considere que no existe una condición humana separada de la cultura, pues “Llegar a ser humano es llegar a ser un individuo, y llegamos a ser individuos guiados por esquemas culturales” (p. 57), es con base en esos esquemas que todos los grupos humanos construyen su visión del mundo y orientan sus comportamientos y formas organizativas en los diferentes ámbitos de la vida social.

De estas perspectivas se desprende el carácter total, particular, compartido, integrado y simbólico de la cultura, pudiendo definirse de manera general como una serie de pautas manifiestas y no manifiestas que las personas adquieren al ser parte de un grupo determinado. Como señala Helman (2007b), estas pautas les indican a las personas cómo interpretar el mundo, vivirlo emocionalmente, interactuar con los otros, con el ambiente y con los dioses e incluso la manera de reproducir o enseñar esas pautas a las nuevas generaciones a través de símbolos, lenguajes y rituales, entre otros. En este sentido, “la cultura puede ser vista como unos ‘lentes’ heredados a través de los cuales los individuos perciben y entienden el mundo que habitan y aprenden cómo vivir dentro de él” (p. 13). Se entiende entonces que los valores, creencias, conocimientos, símbolos, rituales y normas median y modelan las concepciones y comportamientos compartidos socialmente, otorgando significados a las acciones humanas en contextos específicos de la vida social.

Ahora bien, aun cuando la cultura abarca todos los aspectos de la vida humana, Helman (2007b) sostiene que no es el único elemento que moldea las creencias y acciones de los hombres, pues la misma está articulada a factores individuales como la idiosincrasia y grupales de carácter social, político y económico como educación, pobreza, ingresos monetarios, densidad demográfica, ambiente construido, sistemas de salud, etc. En consecuencia la cultura se da en un espacio concreto, en el marco de la multiplicidad de vínculos que se establecen entre estos factores como un entramado que arropa las diferentes dimensiones de la vida social y de manera conjunta definen los valores y normas del grupo, por consiguiente para el autor, la cultura se debe estudiar dentro de un contexto de lugar, tiempo y situaciones específicas.

En virtud de ello, se entiende que los actores sociales no perciben la realidad tal como ella se presenta sino que lo hacen desde sus referentes culturales. Siguiendo a Berger y Luckmann (2003), los individuos construyen

de manera intersubjetiva su concepción sobre la realidad, a la que le otorgan un carácter objetivo e independiente. Por consiguiente, desde su universo simbólico las personas le dan significado al mundo que les rodea en el contexto cultural en el cual tienen lugar las interacciones sociales. Así, las percepciones sobre la salud y la enfermedad son construcciones culturales de una sociedad determinada, conocimientos internalizados en los procesos de socialización en los que los individuos aprenden a reconocer esquemas de síntomas, tanto físicos como mentales, desde los cuales identifican los padecimientos y se organizan socialmente para darle una respuesta también modelada por la cultura.

Por medio de esas construcciones culturales las personas intersubjetivamente ordenan, clasifican e interpretan el mundo, asignándole contenidos y significados, proceso en el que juegan un papel importante las representaciones sociales, en la medida en que en ellas convergen gran cantidad de opiniones, tradiciones, información proveniente de los medios de comunicación, imágenes, prejuicios, valores y creencias que conforman el sentido común, desde el cual los individuos orientan su conducta y las formas de interactuar (Moscovici, 1979). Al ser las representaciones una síntesis de esas visiones son importantes para entender la manera en que los sujetos conocen, reflexionan y actúan en la vida diaria desde el ámbito del sentido común (Jodelet, 1984). En efecto, las representaciones influyen en el conjunto de las prácticas sociales y éstas a su vez reoperan en las representaciones en una determinación mutua.

En consecuencia, cada grupo humano construye sus representaciones de la salud y la enfermedad no desde criterios analíticos, evidencias empíricas o conocimientos evaluados sino desde el sentido común, apropiándose y reinterpretando la información que les llega por diferentes fuentes y las experiencias propias y ajenas, con base en las cuales establecen lo que es real, las formas correctas de percibirlo y de actuar. En este proceso, las personas propenden a desconocer o alterar la información

recibida al adaptarla a sus propósitos, idiosincrasia e ideología, por lo que perciben, eligen, descartan y enfatizan aspectos específicos de la misma, que más adelante pueden ser olvidados o recordados con ciertas distorsiones por el paso del tiempo o por emplearlos en contextos que no se corresponden con sus significados originarios.

Es por esto que no se puede pensar que las representaciones en general y las de la salud y la enfermedad en particular son construcciones imaginarias basadas en las creencias mágicas, religiosas, mitológicas y de tradiciones muy alejadas del presente, sino que ellas también tienen un fundamento concreto basado en las experiencias tanto individuales como colectivas. Como señala Comelles (2000) “Una tuberculosis pulmonar no es una metáfora. Tampoco el hambre, la pobreza o los malos tratos a mujeres y a la infancia” (p. 19). Así, los científicos sociales elaboran las representaciones sociales de cada grupo a partir de las interpretaciones y representaciones que éstos hacen de las enfermedades o padecimientos más comunes,

Eso significa que los reconstruimos a partir de las experiencias colectivas de la enfermedad y de la desgracia, de los procesos asistenciales a los cuales dan lugar, y que incorporan los conocimientos empíricos y las prácticas, las representaciones culturales sobre la significación de los signos, de los síntomas y de los recursos, y los sentimientos y las emociones vividas en torno a situaciones que son, por su propia naturaleza, dramáticas (...) eso significa que son las experiencias más frecuentes las que tendrán una parte más importante en la configuración de los saberes y las prácticas en los procesos asistenciales. (Comelles, 2000, pp. 19-20)

De modo que, las personas elaboran sus representaciones de la salud y la enfermedad sobre la base de afecciones biológicas, mentales y emocionales, la manera en que son incorporadas a las representaciones permitirá su identificación como una enfermedad y movilizará al grupo para buscar su solución. Por tanto, cada sociedad crea una forma de reconocer e interpretar la enfermedad, incluso de manifestar la carga emocional que la acompaña, en palabras de Kleinman (1986), un “lenguaje del dolor” que es aprendido en las distintas etapas de enculturación en las que se asimilan estructuras de comportamientos ante la misma. A lo largo de este proceso la condición fisiológica queda envuelta por los valores culturales y normas sociales, en la medida en que también

El cuerpo está construido socialmente, en un momento histórico determinado, y no es posible percibir sensaciones biológicas, sin tomar en consideración el contexto cultural. Lo que nos llega, lo que entendemos son “señales” con significados construidos social y culturalmente, en el marco de la manera de entender la salud y la enfermedad de nuestro grupo social. (Perdiguero, 2006, p. 39)

En este sentido, Herzlich (1969) ha propuesto tres tipos de representaciones sobre cómo la gente concibe y actúa frente al padecimiento. La primera es la “enfermedad destructiva” que conduce a la persona a desatender sus responsabilidades sociales y aislarse del grupo; la segunda la “enfermedad liberadora” asumida como un descanso y liberación de las tareas cotidianas y por tanto espacio para la realización de otras actividades de mayor agrado, disfrute y dividendos; la tercera es la “enfermedad profesión” en la que la relación médico-paciente se presenta como una oportunidad para que el enfermo aprenda nuevas prácticas que le permitan recobrar y mantener la salud.

Como se observa, la salud y la enfermedad pueden tener múltiples significados y referentes tanto a nivel individual como grupal, pues como apunta Menéndez (1994), la enfermedad constituye una de las esferas más ricas en cuanto a representaciones sociales. De ellas no escapa ninguno de los sistemas médicos incluyendo la biomedicina, aun cuando

La idea que domina con amplitud es que la causalidad (bio) médica es inmune a la representación, como si experimentásemos la dificultad de admitir que la interpretación de la enfermedad es un fenómeno social no exclusivo del especialista, sino de absolutamente todo el mundo (...) [De hecho] Cualquier médico, incluso en su práctica del diagnóstico, en el tratamiento que administra y obviamente en su propia experiencia de la enfermedad, posee también una comprensión no (bio) médica de la patología y de la terapia. Enfrentado día a día con la enfermedad, no puede tener acerca de ella un comportamiento estrictamente racional. (Laplantine, 1965, pp. 17 y 21)

Vista las cosas así, las representaciones se pueden entender como el sistema de creencias que influyen en las maneras en que las personas experimentan, perciben y clasifican los padecimientos, identifican las causas e interpretan la sintomatología, toman decisiones sobre la terapéutica a seguir y le dan sentido a las circunstancias desde el rol del enfermo, del cuidador o cuidadores y del sanador. Estos roles están delineados culturalmente dentro del sistema de pautas regulativas de comportamientos para cada contexto de la vida social reconocidos por el grupo, con base en el cual los grupos humanos movilizan los recursos humanos y materiales disponibles para atender y prevenir la enfermedad y mantener la salud.

Desde esta perspectiva, es importante comprender el comportamiento del enfermo, cuáles son los criterios para el reconocimiento social de la

enfermedad, las maneras como se organizan las personas para atenderla, cómo se distribuyen las tareas para el cuidado dentro del hogar, el camino que recorren en la búsqueda de la curación, los sistemas médicos a los que acuden y la combinación que hacen de ellos, la concepción, clasificación y etiología de la enfermedad que maneja el grupo y los sanadores, las creencias acerca del efecto curativo de los tratamientos y cuáles consideran más efectivos para determinadas dolencias, las explicaciones mágico-religiosas y naturalistas que ofrecen las personas sobre la enfermedad y la manera en que vinculan el padecimiento con los demás ámbitos del orden social. El estudio de estos aspectos y otros más permitirán comprender la manera en que los esquemas cognitivos y los comportamientos se retroalimentan, estructurando y renovando las representaciones en torno a los procesos de salud, enfermedad y atención, que se refleja en las prácticas que llevan a cabo las personas en un episodio de enfermedad.

Esto remite al hecho de que aun cuando las personas tengan representaciones sobre las enfermedades y el itinerario terapéutico que siguen, sus comportamientos ante la enfermedad en ocasiones pueden ir más allá de esas representaciones, es decir, no siempre hay una correspondencia entre representación y práctica, entre lo que se concibe y hace y lo que se concibe de lo ya hecho, lo que abre espacio para la construcción de nuevas representaciones. Si bien la representación actúa en la práctica y la práctica en la representación, en la dinámica y complejidad de las interacciones sociales los cambios van generando desfases que necesitan ser analizados con detenimiento, esto implica observar los discursos e interpretaciones sociales subyacentes, para comprender el significado que las personas le atribuyen a las acciones o en su defecto detenerse en lo que propiamente hacen con el fin de reconstruir las representaciones o significados que tienen sobre las cosas para las que han puesto en marcha acciones, cuyos propósitos están orientados a su vez por las representaciones. Es justamente este dinamismo, complejidad y

transformación lo que hace conveniente emplear una categoría mayor como la de “saberes culturales”, que permita dar cuenta de estos aspectos, pero al mismo tiempo operativizar las categorías de análisis ajustándolas lo más posible a la realidad estudiada.

Este aspecto guarda relación con la idea de Bourdieu (1991) sobre las “estructuras estructurantes y estructuradas”, en la que las reglas sociales están influidas por las estructuras pero ellas a su vez influyen sobre las estructuras en una determinación mutua. Asimismo apunta a la “capacidad de agencia” y “las consecuencias inesperadas de la acción” de Giddens (1995), que permiten observar cómo se modifican las reglas sociales abriendo paso a los cambios que inciden en las estructuras.

Para los fines del presente trabajo se entenderán las representaciones y prácticas de la salud, enfermedad y atención como un proceso en el que actúan múltiples factores de carácter cultural, económico, político y social que históricamente van modelando las estructuras sociales. Pero como se señaló anteriormente, no se trata de estructuras estáticas, sino sujetas a cambios bien por las acciones intencionadas o no intencionadas de los actores o por elementos ambientales o sociales. En el caso de la salud y la enfermedad la relación entre representaciones y prácticas debe estudiarse en el marco de las acciones de los grupos sociales que enfrentados a la enfermedad van incorporando experiencias, conocimientos y creencias a los ya existentes, lo que les permite ampliar, resignificar y modificar la interpretación del proceso asistencial.

6.2 La Eficacia Simbólica y La Eficacia Terapéutica

En los sistemas de atención a la salud tradicional y popular la terapia curativa puede ser entendida, siguiendo a Lévi-Strauss (1997), desde la “eficacia simbólica”, en la medida que permite comprender las significaciones que subyacen en las prácticas mágico-religiosas con fines terapéuticos, situándose en el ámbito de la fe que permite la cura ritual. Sin embargo,

como señala Lévi-Strauss “es verosímil que los médicos primitivos, como sus colegas civilizados, curen al menos una parte de los casos que tratan, ya que, de no ser por esta eficacia relativa, los usos mágicos no hubieran podido lograr la vasta difusión que los caracteriza en el tiempo y en el espacio”. (1997, p. 206)

Entonces, para que se dé la cura ritual debe haber, como señala Lévi-Strauss, una coherencia simbólica, es decir, que ambos: sanador y enfermo, deben compartir un mismo sistema lógico dentro del cual tiene lugar el tratamiento, por lo que la cura real viene dada a través de la práctica simbólica. Con base en ese simbolismo compartido, ambos hacen una interpretación de los síntomas y su significado trazando el camino para lograr la curación. Si bien el chamán y el curandero son portadores del conocimiento sagrado, en virtud de haber pasado por un proceso de aprendizaje, tanto ellos como el enfermo participan de un mismo mundo de representaciones que sostienen sus creencias. De hecho, si

www.bdigital.ula.ve

la mitología del chamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta, o mejor, ella jamás los ha puesto en duda. (1997, p. 221)

Ciertamente, el componente mágico-religioso presente en la curación hace que el grupo reconozca en el sanador un poder para tratar la enfermedad, en tanto que poseedor de un conocimiento vedado para todos los demás. Es precisamente, según Bourdieu (1985), en esa relación de desconocimiento del grupo y delegación de autoridad en el sanador que se fundamenta la eficacia simbólica. Por consiguiente, en virtud del imaginario

social, cosmológico y mítico que los envuelve, el sanador activa procesos mentales y emocionales tanto en él como en el enfermo, estimulando pensamientos favorables, deseos de vivir y fe en el terapeuta, diagnóstico, invocaciones y remedios empleados.

Al contrario de lo que sucede con el médico profesional, que de acuerdo con Le Breton (2002), cura no porque haya sido elegido, porque posea determinadas características que lo califican para ello o porque haya atravesado por un proceso de enfermedad que a pesar de su gravedad ha logrado superar, dotándolo de capacidad para curar a otros, sino que lo hace porque ha pasado por una formación educativa oficialmente establecida que le otorga un título que lo acredita para sanar. En este sentido, la medicina deja de lado el componente simbólico que pudiera incidir positivamente en el proceso curativo, claro está no lo hace completamente, pues ya la idea de depositar confianza en el médico o el efecto placebo de los fármacos indica su posibilidad, sólo que éste es residual y no está en el centro de la práctica curativa como en la curación chamánica. De allí que,

El malestar actual de la medicina, y más aún el de la psiquiatría, y el flujo de enfermos derivados hacia los curanderos y los que ejercen las llamadas medicina paralelas, muestran la fosa cavada entre el médico y el enfermo. La medicina está pagando por su desconocimiento de datos antropológicos elementales. Olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y que el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar. (2002, p. 181)

En este contexto, la biomedicina explica la curación mágica desde la sugestión y la psicosomatización, por ende, “La ideología mágica es aparente. Cuando una persona está convencida que alguien le embrujó, el miedo actúa sobre el sistema vegetativo, causando gradualmente síntomas orgánicos reales, que provocan malestares crónicos y quizás la muerte”

(Pollk-Eltz, 2001, p. 30). En este caso para la ciencia no es el mal, el hechizo o el embrujo lo que efectivamente ocasionó la enfermedad mental o física leve o aguda sino la sugestión que desencadena procesos biopsíquicos que terminan somatizándose.

6.3 Cómo Entender los Síndromes Ligados a la Cultura

La categoría síndromes ligados a la cultura surgió de la psiquiatría para estudiar las enfermedades relacionadas con los trastornos del comportamiento en las sociedades no occidentales. Desde un marcado sesgo etnocéntrico, muchos investigadores occidentales al no comprender las enfermedades de culturas no occidentales desde las categorías biomédicas les restaron crédito y las denominaron síndromes ligados a la cultura, reduciéndolas a enfermedades tradicionales o folk (Ritembaugh, 1982). Entendiendo a las enfermedades folk como el conjunto de conocimientos y prácticas sobre las enfermedades y las formas de tratarlas, cuyo origen se encuentra en la tradición, perviviendo en las creencias populares de los distintos grupos culturales, muchas veces divorciadas y opuestas a la concepción biomédica oficial dominante.

Efectivamente tanto psiquiatras como antropólogos han empleado dicha categoría para referirse a desviaciones del comportamiento. Para unos obedece a síndromes propios de grupos humanos no occidentales con una cultura particular, una determinada diferenciación biológica y un ambiente específico y para otros corresponde a variaciones de síndromes psiquiátricos o padecimientos mentales definidos por occidente, sobre la base de un sustrato biopsicosocial presente en todos los pueblos pese a las aparentes diferencias entre unos y otros.

De cualquier modo, Ritembaugh (1982) advierte que en ambos está presente el sesgo etnocéntrico, en el primer caso por considerar que las enfermedades que no se pueden explicar desde las categorías biomédicas son irreales o un producto de la cultura, a diferencia de las enfermedades

biomédicas que se consideran reales y no culturales. En palabras de Wig (1984), para los psiquiatras occidentales las enfermedades que se registran tanto en Estados Unidos como en Europa son típicas y no culturales, mientras que las que se registran en países no occidentales son atípicas y vinculadas a la cultura, como si occidente no presentará síndromes ligados a la cultura. En el segundo caso, se cae en posiciones etnocéntricas al pretender que la psiquiatría puede explicar las enfermedades de otros pueblos desde sus supuestas categorías universales, cuando la psiquiatría es una disciplina que ha surgido de la ciencia médica occidental y por tanto una construcción cultural de esa sociedad.

En esta dirección se encuentran los trabajos que desde la etnopsiquiatría llevó a cabo Devereux (1973), definiendo lo normal y anormal a partir de criterios considerados por él válidos para todas las culturas. El primer criterio se corresponde con la idea de que todos los hombres poseen una estructura psíquica común y el segundo con la existencia de universales culturales. Así, valiéndose de la perspectiva psiquiátrica para analizar lo patológico y de la etnología para estudiar las manifestaciones culturales, concluyó que si bien habían diferencias culturales entre un pueblo y otro, éstas obedecían a la forma cómo cada uno ajustaba los contenidos culturales de carácter universal a sus circunstancias y necesidades específicas, incidiendo en las nociones que cada grupo se forma sobre lo que es normal y anormal. De allí que, según Devereux, sea la etnopsiquiatría basada en los universales bioculturales la que puede definir lo patológico del comportamiento humano en cualquier cultura, independientemente del tiempo y lugar. De lo que se deduce el marcado carácter etnocéntrico del que se habló anteriormente, al pretender imponer los conceptos y teorías de la psiquiatría al estudio de los comportamientos humanos tanto en las sociedades occidentales como no occidentales.

De sus estudios sobre las enfermedades de orden mental presentes en las sociedades no occidentales, a las que llamó “síndrome étnico”, Devereux

(1972) las caracterizó como recurrentes en una cultura, las cuales se expresan en comportamientos que sobrepasan lo aceptado como normal, pero en todo caso comportamientos determinados por la cultura y aceptados socialmente. Si bien son el reflejo de los conflictos psicológicos y sociales de un grupo, se manifiestan con mayor intensidad en el individuo que las padece.

Al respecto, Scheper-Hughes señala que no se pueden “subsumir dentro de las categorías diagnósticas de la biomedicina las de las distintas etnomedicinas” en tanto que puede conducir a graves errores al convertir “una forma comunicativa culturalmente rica en el estrecho e individualizante lenguaje de la fisiología, la psicología y la psiquiatría.” (citada en Bartoli, 2005, p. 90)

En este sentido, como señala Ritembaugh (1982), si se parte de la idea de que cada grupo cultural es particular, es de suponer que existan diferencias entre unos y otros, incluso aun cuando esté presente un mismo síndrome en varios grupos humanos pues el contexto local tenderá a imprimirle diferencias. Por ende, sostiene que los síndromes ligados a la cultura no se reducen a las sociedades no occidentales, sino que es posible encontrarlos en todas incluidas las occidentales.

De igual modo, considera que no pueden ser estudiados desde los criterios de la psiquiatría occidental sino desde la cultura de donde surgen, desde una visión emic y no etic, que permita comprender cómo los diversos grupos humanos reconocen y viven los padecimientos, las formas en que interpretan los datos biológicos desde su marco cultural para organizarlos en categorías de enfermedades, obedeciendo a su sistema particular de racionalidad, más allá de los conceptos homogeneizantes de la biomedicina con base en los cuales se pretende establecer los criterios de salud y enfermedad.

De hecho, afirma que la no identificación de enfermedades folk en sociedades occidentales como la estadounidense no se debe a su

inexistencia, sino a la errada concepción de muchos investigadores, según la cual el empleo del enfoque etnomédico en el estudio de las enfermedades bionaturales limita el uso de los datos biológicos como criterios comunes con base en los cuales realizar comparaciones entre distintos grupos étnicos y personas.

Este error obedece a la estrecha relación conceptual entre los datos biológicos, que pueden ser medidos en cualquier cuerpo humano y los conceptos biomédicos para su análisis, omitiendo el hecho de que la biomedicina representa una construcción entre otras que permite interpretar los datos biológicos, que como señala Helman (2007b), en su percepción y conceptualización participan elementos sociohistóricos que permean el cuerpo teórico y la praxis clínica del profesional de la biomedicina, por lo que no se puede pensar que la ciencia médica en particular y la ciencia en general es un conocimiento completamente racional y fundado en la evidencia empírica, exento de creencias, ideologías, representaciones e intereses.

La autora señala que efectivamente la recolección de los indicadores biológicos puede ser realizada por cualquier persona en cualquier tiempo y lugar, la discrepancia estriba en la interpretación que cada sistema médico hace de dichos datos. Como un ejemplo de ello, menciona los estudios llevados a cabo en Estados Unidos en 1975 sobre las diferencias en los niveles adecuados de hemoglobina en sangre entre poblaciones anglos y afro descendientes. Durante mucho tiempo se creyó que los bajos niveles de los grupos afros correspondían a fuertes cuadros anémicos debido a deficiencias dietéticas, pero en 1981 se descubrió que éstos eran normales aun en individuos sin insuficiencias nutricionales. A partir de entonces un cambio en la interpretación de los datos hizo que se les dejara de considerar anémicos, cambio que no fue ni biológico ni nutricional sino interpretativo. Por esta razón,

No sólo es posible sino imprescindible conceptualmente separar los datos biológicos de las categorías biomédicas (...) Esto es muy importante para comprender cómo varias culturas, incluyendo la occidental, organiza el continuum biológico en categorías de salud y enfermedad. Al distinguir entre los datos biológicos y las categorías biomédicas, la biomedicina se hace susceptible de análisis [la comprensión] de los procesos bioculturales no sólo incluye cómo el continuum biológico está organizado en categorías culturales, sino también cómo estas categorías culturales, a su vez afectan a la biología, la genética y el medio ambiente. (Rittembaugh, 1982, pp. 349-350)

Frecuentemente, los cuestionamientos a esta categoría se han centrado además de su marcado sesgo occidental en su reduccionismo culturalista. Así por ejemplo, Hahn (1995) considera que se han dejado de lado elementos económicos, políticos, sociales y ambientales que ayudan a su comprensión, de la misma manera cuestiona su aplicación fundamentalmente a las sociedades no occidentales como si las occidentales no contaran con enfermedades vinculadas a la cultura. Al respecto, se puede considerar que desde una visión más amplia del fenómeno todos los síndromes están ligados a la cultura, en la medida en que la enfermedad es una construcción cultural además de una condición biológica, identificada, clasificada e interpretada por cada sociedad y experimentada subjetivamente por cada individuo.

En este sentido, la obesidad corresponde a un síndrome ligado a la cultura propio de las sociedades occidentales, que se ha extendido a otras en la medida en que lo hace la misma cultura occidental y la biomedicina. Al ser la obesidad y la delgadez parte esencial de los valores sociales ha pasado a ser objeto de interés para la biomedicina, de esta manera las fuerzas culturales influyen en los estándares biomédicos más que los mismos

estudios científicos, lo que termina convirtiéndose en una cultura médica que a su vez influye en los patrones sociales. (Rittembaugh, 1982)

Algo similar ocurre con la anorexia nerviosa, enfermedad en la que la persona posee una imagen distorsionada de sí misma que le produce un fuerte temor a verse obesa, llevándola a un estado de cuasi inanición y pérdida severa de peso. Del conflicto entre el cuerpo que se tiene y el que se desea lograr, promovido por el patrón occidental de belleza de un cuerpo delgado y esbelto en oposición a un cuerpo gordo, los individuos se ven sometidos a las presiones sociales hasta el punto que los desequilibra.

Ahora bien, como se ha podido observar las nociones que los diferentes grupos humanos tienen sobre la enfermedad se enmarcan dentro de un modelo cultural de características específicas. Son precisamente estas particulares formas de concebir la enfermedad, su etiología, clasificación y terapia lo que permite hablar de “síndromes ligados a la cultura” (Rittembaugh, 1982). Sobre la base de esta idea se entiende que el estudio de los padecimientos ha de realizarse dentro del contexto sociocultural en el que se manifiestan, pues son “padecimientos vinculados a esquemas de significados culturalmente particulares, que se sobreponen a las enfermedades que son universales” (Kleinman, 1980, p. 77). De allí que “hay un acuerdo en que su ‘delimitación cultural’ se refiere al hecho de que es un tipo de dolencia reconocida principalmente por los miembros de un determinado grupo cultural y que no son reconocidos como tales por la biomedicina.” (Osorio, 2001, p. 37)

Por lo tanto, los síndromes ligados a la cultura no pueden ser analizados desde una visión estrecha como padecimientos imaginarios de un grupo humano, en la medida en que obstaculizaría su investigación y la comprensión de cómo desde la psiquis se interpretan y asocian determinados síntomas a enfermedades, con base en los cuales los grupos humanos se organizan para dar una respuesta cultural a los mismos.

Se entiende entonces, que como cada cultura es particular así como las condiciones geográficas, históricas y sociales en las que ha surgido, con el nombre de síndromes ligados a la cultura se agrupa una diversidad de signos, síntomas y alteraciones tanto del cuerpo como del comportamiento que los miembros de un grupo determinado reconocen como anormal. Éstos proyectan una carga de sentido psicológico, moral y simbólico tanto para el enfermo como para su entorno cercano, afectando los vínculos de éste con la sociedad, el ambiente y las deidades (Helman, 2007b), frente a los cuales los grupos humanos buscan darle orden y sentido desde su marco cultural. De esta manera,

El cuerpo tiene necesidades físicas que deben ser satisfechas, así como perturbaciones que deben ser eliminadas. En ambos casos, la cultura ofrece respuestas que lo transforman en un sistema dinámico culturalmente determinado: el hambre necesita, para ser eliminada, de un complejo de acciones que la cultura produce y ordena; de la misma manera, el deseo sexual, históricamente orientado y culturalmente satisfecho. La enfermedad, que produce la visión amenazadora del no-ser, debe ser eliminada y este proceso permite, junto a los otros, la nominación del cuerpo. La acción de nominación sustrae porciones de realidad al no-conocido, ampliando así el mundo de la cultura: del cuerpo físico se produce el cuerpo cultural. (Amodio, 1997, p. 65)

En síntesis, los síndromes ligados a la cultura se definen con base en cuatro criterios, a saber: 1) No se pueden entender separados del contexto cultural o subcultural específico del que emergen. 2) La etiología condensa y simboliza significados básicos y normas de conducta de la cultura. 3) El diagnóstico se basa en el empleo de la tecnología e ideología específica de

esa cultura 4) El tratamiento sólo puede ser llevado de manera exitosa por los miembros de la cultura. (Rittembaugh, 1982)

6.4 La Enfermedad Vista desde Tres Dimensiones: Disease, Illness y Sickness

El enfoque biomédico de la enfermedad basado en su evolución natural o clínica deja de lado la vivencia colectiva, reificando la enfermedad hasta invisibilizar los factores sociales, culturales, económicos, políticos y psicológicos involucrados en ella (Menéndez, 1978). Desde esta perspectiva, siguiendo a Fábrega (1974), la enfermedad es vista como una entidad abstracta cuya forma, contenido y evolución es universal con características definidas y repetitivas o como señala Kleinman (1980), el resultado de una disfuncionalidad biológica o psíquica que genera una anormalidad, que se expresa en una patología tanto de la estructura como de las funciones de los órganos y sistemas corporales, cuya existencia es independiente del sujeto y del reconocimiento social.

En este sentido, para algunos la biomedicina es “Considerada un estándar *etic* para el conocimiento objetivo de universales orgánicos y fisiopatológicos, cabe [sin embargo recordar] el carácter intersubjetivo y cultural que engloba el conocimiento médico” (Haro, 2011, p. 33). De hecho, aun cuando la sintomatología identificada clínicamente por la medicina profesional a través de su cuerpo teórico deja de lado los elementos existenciales presentes en el padecimiento, la enfermedad en última instancia no es una entidad ajena a la cultura, pese a ser tipificada en términos biológicos es también una construcción cultural elaborada por los profesionales médicos.

Siendo las cosas así, la enfermedad debe ser entendida no sólo en términos biológicos desde una perspectiva individual y clínica, reducida a su evolución natural y alteraciones fisiológicas, sino también, como se ha señalado, desde el padecimiento, malestar o sufrimiento, perspectiva

colectiva e intersubjetiva en la que entran en juego aspectos de orden cultural, social, político, económico, ambiental e idiosincrático que varían de una sociedad a otra y a lo largo de la historia. En consecuencia, el estudio de la enfermedad debe englobar la noción de mal social, la vivencia del enfermo y su grupo familiar, las representaciones culturales, los diferentes sistemas de atención a la salud incluyendo las redes sociales, las ideologías, la moral, las políticas sanitarias, la pobreza y la inequidad sanitaria, entre muchos otros aspectos. Por lo que

Las miradas socio-antropológicas menos comprometidas directamente con la problemática médica han preferido considerar que podía ser útil no restringir la investigación a la noción de enfermedad, puesto que eso significaba una homologación del objeto de estudio entre la antropología y la medicina, sino a ampliarlo a una concepción mucho más amplia representada por la noción de mal, desgracia o infortunio. Lo que la sociedad considera mal, desgracia o infortunio permite una consideración más amplia de las situaciones que implican la ayuda mutua, o la asistibilidad, diluye la posición de la medicina dentro de los dispositivos más amplios de protección social incluso en contextos en los que no puede, ni debe hablarse de una sociedad medicalizada. (Comelles, 2000, pp. 17-18)

Efectivamente, como lo sostiene Comelles (2000), en occidente esta idea de la enfermedad como sufrimiento, padecimiento o mal que se deriva de acontecimientos colectivos como epidemias, pobreza, hambrunas y desmanes de la guerra, no es nuevo, pues escritores, políticos y médicos desde la Grecia clásica, pasando por el Medioevo hasta el Renacimiento ya sabían sobre estas cosas. Lo novedoso, señala el autor, es que a partir del siglo XIX las causas ya no apuntaban a la diosa fortuna, al destino, a la

divina providencia, ni a ningún tipo de fatalismo, sino que progresivamente se fue dirigiendo la mirada hacia factores ambientales, luego biológicos y por último económicos, sociales y culturales. Además de este cambio, la mayor diferenciación se puede rastrear en la praxis terapéutica para revertir la enfermedad y el mal y las medidas preventivas para evitar su aparición por distintos medios, como las políticas públicas y no exclusivamente desde teorizaciones especulativas divorciadas de propuestas prácticas para su solución. Así, considerar la enfermedad, como lo plantea Comelles (2000), a partir del

concepto de mal, más que el de sufrimiento social que finalmente debe ser reducido a formas de patologías para operativizarlo, es útil porque nos permite incorporar como objetos de estudio, las enfermedades (disease), los trastornos psicopatológicos que no pueden asociarse directamente a una alteración biológica como la depresión, y las consecuencias personales del sufrimiento social derivado del mal social. Así es, por ejemplo, en desgracias colectivas como las inundaciones periódicas de Bangladesh, el hambre relacionada con los períodos de sequía cíclica o derivado de las guerras o de la deportación, o el maltrato sistemático de las mujeres y de la infancia en muchas culturas. (p. 18)

La adopción de esta perspectiva ha sido reciente dentro de las ciencias sociales en las que hasta no hace mucho prevalecía una visión médico-centrista, en la antropología desde la década de los setenta y luego de manera paulatina en la sociología en las décadas siguientes y mucho más tarde su incorporación en las políticas públicas sociosanitarias. Es por eso que ese cambio implicó que la antropología comenzará a estudiar la enfermedad como una manifestación corporal moldeada por la cultura, esto es, como una respuesta cultural más que como una alteración fisiológica que

remite a una patología. En consecuencia, no se interesa por las categorías de normal-anormal en términos fisiológicos de la ciencia médica ni por la evidencia empírica que remite a una patología clínica, sino por las lógicas culturales con base en las cuales las personas interpretan la enfermedad y el comportamiento del enfermo. Como señala Mallart (2008),

la antropología no está equipada para elucidar si unas plantas, por ejemplo están dotadas de aquellos principios activos que permitan afirmar o negar su eficacia en el tratamiento de la enfermedad por la cual han sido utilizadas. Sólo farmacéuticos y químicos equipados con sus laboratorios podrían llegar a tales conclusiones. Pero sí, en cambio, el etnógrafo puede interesarse por la manera en que una sociedad piensa la noción de eficacia que atribuye a las plantas que elige en sus tratamientos. (p. 192)

Por consiguiente, la antropología estudia el proceso salud, enfermedad y atención no desde una concepción médica preestablecida, sino observando las formas en que las personas reconocen, identifican las causas, nombran y tratan la enfermedad desde sus referentes simbólicos, ambientales, lingüísticos y religiosos que componen su cosmovisión y orden social. Lo que le permite tener una visión profunda del proceso salud, enfermedad y curación, que “no se limita a tratar unos desórdenes orgánicos, puesto que muchas veces lo orgánico aparece articulado con lo social y lo simbólico, dando a [las] ‘medicinas’ una dimensión mucho más amplia [de lo que contempla la medicina occidental]” (Mallart, 2008, p. 194). Esto refleja que todos los grupos humanos tienen una manera particular de comprender la enfermedad, interpretarla y movilizar los recursos humanos y materiales con los que cuentan, dentro de una dinámica social sujeta a cambios y cruzada por múltiples discursos, algunas más que otras.

Esa preocupación por la concepción biomédica de la enfermedad como hecho puramente biológico que deja de lado la dimensión social, subjetiva y simbólica, llevó en la década de los 70 a algunos autores a distinguir entre el estatus biológico de la enfermedad (“disease”), basado en las manifestaciones fisiológicas y psíquicas y la vivencia subjetiva del enfermo (“illness”), que se basa en la interpretación cultural de la enfermedad como padecimiento. Esta última forma de estudiar la enfermedad implica, siguiendo a Menéndez (1978), rechazar la visión clínica de la biomedicina y adoptar una mirada que muestre los aspectos culturales, sociales, económicos, políticos y subjetivos ignorados por el reduccionismo biológico que cosifica la enfermedad ocultando su contexto situacional.

En este sentido, para Fábrega (1974) illness corresponde a las conductas sociales sobre la enfermedad, en cambio para Eisemberg (1977) alude a la vivencia subjetiva de la misma, Eisemberg hace más énfasis en el sujeto y Fábrega en lo colectivo. En todo caso ambos tratan de distinguir la enfermedad como fenómeno subjetivo y objetivo, entendiendo illness como “la manera en que un determinado trastorno o ‘mal’ es experimentado subjetivamente por los individuos e incluye básicamente a los síntomas de una patología pero se extiende también a síndromes y formas de malestar que pueden o no estar reconocida por la biomedicina” (Haro, 2011, p. 33). Entre tanto, para Kleinman (1978) el padecimiento (illness) tiene una base subjetiva, relacionada con la vivencia psicosocial y con los significados que las personas colectivamente construyen sobre la enfermedad, por tanto permanece en una posición intermedia entre lo individual y grupal. Si bien

disease denota un mal funcionamiento o mala adaptación de los procesos psicológicos y/o biológicos. Illness, por otro lado, significa la experiencia del enfermo (o la enfermedad percibida) y la reacción social frente a la enfermedad. Illness es la forma en que

la persona enferma, su familia, y su entorno social perciben, etiquetan, explican, valoran y responden a la enfermedad. (p, 88)

Por su parte, desde una visión crítica que va más allá del componente individual y cultural presente en illness, Taussig (1995) planteó el término “sickness” para referirse al agregado de elementos (condiciones materiales) que desde el punto de vista social rodean la enfermedad, dejando illness al padecimiento vivido por la persona y la interpretación cultural de los síntomas, pues consideraba que en todas las sociedades independientemente de si transitan por una epistemología científica occidental, “Los hechos no están separados de los valores, las manifestaciones físicas no están desgarradas de sus contextos sociales y, por lo tanto, no se requiere un gran esfuerzo mental para leer relaciones sociales dentro de los acontecimientos materiales” (p. 113). En esta misma dirección, para Young (1982) sickness o malestar es el proceso mediante el cual la conducta inquietante del padecer y los signos biológicos de la enfermedad adquieren un significado social. Dicho de otro modo, es el proceso cognitivo por medio del cual las personas pasan de los signos reconocidos individualmente a los síntomas reconocidos socialmente.

De forma similar, Benoist (1983) propuso el término sickness para referirse a los eventos de carácter histórico, social y cultural que influyen en las representaciones y prácticas que los grupos hacen de la enfermedad. Desde esta perspectiva, el contexto sociocultural en el que tienen lugar tanto el padecimiento como la enfermedad hace que necesariamente sean entendidos en el campo de las interrelaciones sociales en los que se generan y adquieren sentido. Por su parte, para Kleinman (1988) sickness se refiere a la enfermedad desde una visión macro que vincula los factores de orden político, económico e institucional con la aparición de enfermedades en ciertos sectores sociales, así pone como ejemplo la industria del tabaco y su responsabilidad en el cáncer de pulmón o la pobreza y la malnutrición en el

caso de la tuberculosis. Por lo tanto, *sickness* se aproxima más a los elementos de orden social y colectivo que influyen en la enfermedad y menos a los de orden cultural e individual como *illness*.

Para Good (1994) *sickness* no corresponde a los síntomas objetivos, ni su conocimiento pasa por reconocer dichos síntomas pues tanto en uno como en otro entra en juego la interpretación, en el que actúan al mismo tiempo lo fisiológico, lo psicológico y lo social, generando el malestar. La posición de Kleinman y Good apunta a una visión interpretativista mientras que la de Taussig y Young a una crítica, que en términos generales cuestiona

la reducción culturalista, interpretativa y hermenéutica de lo patológico a las “narrativas de aflicción”, (...) también cuestionada como un impedimento para la investigación empírica de la biomedicina (Browner, Ortiz de Montellano Rubel 1988) y sobre todo para el desarrollo de una visión crítica, debido a que el planteamiento *emic* del *illness* al estar basado en lo individual y lo pragmático, dejaba fuera la bases sociopolíticas más amplias que operan en la construcción tanto del *disease* como del *illness*. (Haro, 2011, p. 34)

Puntualizando lo expuesto, a los fines de esta investigación, *disease* se entenderá como la enfermedad en términos objetivos (fisiopatología), que alude a una ruptura de base biológica del funcionamiento normal del organismo. Corresponde al enfoque del médico, quien diagnostica una patología a partir de los datos medidos, registrados y analizados desde el punto de vista bioquímico. *Illness* se entenderá como la manera en que es experimentada y sobrellevada la enfermedad por el individuo y su entorno familiar (padecimiento), se ubica en el plano de las percepciones subjetivas, es decir, la lectura que hace el enfermo sobre las manifestaciones físicas de

la enfermedad, sus causas, cómo interrumpe su vida diaria y las interacciones con el medio social desde el punto de vista cultural. En tal sentido, son importantes los componentes emocionales y los esquemas mentales con base en los cuales los miembros de un grupo valoran los síntomas de la enfermedad.

Desde enfoques distintos ambas son construcciones sociales, la primera por los profesionales y la segunda por el enfermo y su entorno, sin embargo, Kleinman (1980) señala que en un mismo episodio ambas se pueden presentar de forma simultánea o por separado. Por ejemplo, un cuadro de enfermedad aguda o una enfermedad latánica puede llevar a una persona a la muerte de forma virulenta sin llegar a percibir padecimiento, en otras circunstancias, una persona con desarreglos psicológicos sin manifestaciones corporales o lesiones físicas, puede percibir el padecimiento y finalmente una enfermedad crónica puede dar lugar a que coexista el padecimiento (illness) y la enfermedad (disease).

Por último, sickness se entenderá como los aspectos sociales, políticos y económicos que se entretajan a lo largo del proceso salud, enfermedad y atención. Así como los elementos ideológicos y simbólicos que influyen en la construcción que hacen los grupos humanos sobre el mismo, desde la identificación de las causas y los síntomas hasta las terapias seleccionadas para atender la enfermedad y alcanzar la curación, estableciendo patrones de comportamientos o formas de actuar tanto del enfermo, como del cuidador y del sanador, cada uno desde conocimientos, intereses y prácticas distintas.

En todo caso, bien como disease, illness o sickness la enfermedad no existe sin el reconocimiento e identificación que los practicantes y las personas hacen de ella, con base en la cual elaboran un diagnóstico, despliegan los primeros cuidados y trazan un camino hacia la curación. De allí que la determinación de asistir al enfermo no descansa en la presencia o

no de signos biológicos o en las sensaciones que éste manifiesta, sino en las interpretaciones culturales de los síntomas que hace él y su grupo.

Se entiende entonces, que el estudio antropológico de la salud y la enfermedad se realice desde la visión emic y no etic, esto es, desde las interpretaciones y significados que el enfermo y los cuidadores hacen sobre el padecimiento, lo que pasa por comprender el entorno sociocultural del paciente, para dar cuenta de una manera más amplia de su situación, incorporando a illness y sickness, en la medida en que disease por sí solo no contempla “una métrica de las cualidades existenciales, tales como el dolor interno, la desesperación, la esperanza, y el dolor moral que con frecuencia acompañan, y a menudo constituyen, en efecto, las enfermedades que sufren los pueblos.” (Greenhalgh y Hurwitz, 1999, p. 50)

6.5 El Sentirse Enfermo y el Reconocimiento Cultural de la Enfermedad

La enfermedad puede experimentarse desde una esfera individual en la cual los síntomas son evaluados desde la particular situación de cada sujeto y desde una esfera colectiva en la que entra en juego el reconocimiento que los grupos humanos hacen de una determinada sintomatología, por lo que la decisión de consultar a un médico no es una reacción automática frente a la enfermedad (Mechanic 1962). De hecho, el que hayan individuos enfermos que no recurren a la atención médica y otros que estando sanos si lo hacen, demuestra que existen elementos que van más allá de las prescripciones biomédicas que impulsan a las personas a buscar o no atención. (Mechanic, 1992)

Entonces, el “sentirse enfermo” o padecimiento exige distinguir entre lo fisiológico que refiere a un mal funcionamiento del organismo que genera anomalías y lo subjetivo que alude a la percepción de sentirse enfermo independientemente de si existe o no esa base biológica (Mechanic, 1992). La manera como una persona reacciona ante las impresiones corporales, identificando sus causas, escuchando sus signos e interpretando sus

síntomas es lo que Mechanic (1962) denominó sentirse enfermo, entendido como

las formas en que los síntomas dados pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados, y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas. Ya sea por razones de experiencias anteriores con la enfermedad, apreciación diferencial con respecto a los síntomas, o cualquier otra razón, algunas personas van a tratar los síntomas, otras a encogerse de hombros, y evitar la búsqueda de atención médica; otras responderán a las más leves punzadas de dolor o malestar mediante la búsqueda rápida de la atención médica que está disponible. (p. 189)

Se entiende pues, que “la consideración de una sensación como síntoma y tomar alguna acción al respecto es un proceso mucho más complejo que requiere situar al individuo en su contexto para comprender por qué toma o no toma determinadas decisiones” (Perdiguero, pp. 39-40). A partir de esta perspectiva, el sentirse enfermo involucra aspectos de orden normativo y valorativo que influyen en las apreciaciones, sensaciones, emociones y acciones que emprenden las personas y los miembros de su grupo para cambiar el curso de la enfermedad (Mechanic, 1978). Entre el sentirse enfermo y buscar atención médica las personas recorren un largo viaje que puede tener matices distintos, esto es lo que Mechanic definió como el “comportamiento del enfermo”, el cual

describe las formas en que las personas responden a las sensaciones corporales y a las condiciones bajo las cuales ellos llegan a verlas como anormales (...) involucra la manera en que las personas evalúan sus cuerpos, definen e interpretan sus

síntomas, toman medidas correctivas y utilizan varias fuentes para ayudarse así como también el sistema de atención médica. También está relacionado con la forma cómo las personas monitorean y responden a los síntomas y los cambios de los síntomas en el curso de una enfermedad y cómo éstos afectan comportamientos, toman acciones correctivas, y responden al tratamiento. (1986, p. 101)

En este sentido, la atención al enfermo no está determinada sólo por la identificación de signos objetivos de carácter biológico, pues en ocasiones éstos no son evaluados como casos que requieran asistencia, pero como señala Comelles (2000), tampoco es suficiente la valoración subjetiva del enfermo, pues “La decisión de cuidar, de asistir, depende de criterios globales con los cuales los colectivos interpretan la situación en función de su experiencia específica previa, de su incorporación colectiva de las mismas y de los recursos de que disponen.” (p. 22)

En efecto, la percepción tanto individual como grupal de la enfermedad está vinculada por un marco sociocultural que la modela y permite crear patrones con base en los cuales reconocer las enfermedades, leer los síntomas, evaluar su gravedad, dar sentido al padecimiento, elegir un sistema de atención, el momento para acudir a él y la manera en que debe comportarse el enfermo. Por lo que en ocasiones éste “decide atenderse o no en relación a las expectativas de su grupo social de referencia para el caso en que se encuentra” (Comelles, 2000, p. 22). Lo que en general da cuenta de la enfermedad como una experiencia colectiva que se construye en función de los recursos culturales, sociales, económicos y educativos del enfermo y de las personas involucradas, variando de un grupo a otro e históricamente.

Desde una posición individual el sentirse enfermo puede ser estudiado a partir de la categoría de “somatización”, tal como lo sostiene Liposwki

(1986), entendida como la manera en que las personas viven y manifiestan determinados síntomas o tensión corporal sin que éstos sean identificados o definidos como una patología, aunque no por ello los individuos dejen de experimentarla como una enfermedad real y decidan buscar asistencia médica. Por consiguiente, el individuo somatiza la enfermedad en tres áreas, a saber:

experiencial, cognitivo y conductual. Lo que los pacientes perciben subjetivamente como dolor o molestias somáticas representa el aspecto experiencial. La forma en que interpretan y atribuyen su percepción somática (es decir, que los síntomas son graves, posiblemente enfermedad física letal,) constituye el aspecto cognitivo. Las acciones y comunicaciones de los pacientes (es decir, la búsqueda de ayuda médica y la manifestación de los síntomas físicos) conforman el aspecto conductual. (pp. 610-611)

Dentro de un contexto socio-individual Corbin y Strauss (1985) plantean tres momentos por los que pasan las personas desde que se reconocen enfermos hasta su curación. La primera corresponde al “trabajo de enfermedad”, que hace referencia a la manera cómo el individuo enfrenta los síntomas, los tratamientos que sigue y los remedios que consume. La segunda está relacionada con la “vida cotidiana”, cómo la persona en su crisis de enfermedad lleva a cabo sus actividades diarias, desde asumir las tareas del hogar, ocuparse de sus hijos hasta las responsabilidades laborales. La tercera alude a la “construcción biográfica”, esto es, la forma en que las personas recuerdan su situación una vez superada la enfermedad, recreando a través de un relato sus padecimientos en el que adquiere sentido todo el proceso vivido, desde las posibles causas que desencadenaron el desequilibrio, los medicamentos consumidos, los

médicos visitados, los momentos de mayor aflicción emocional hasta algunas prácticas que a nivel personal le permitieron superar o controlar su situación.

Por último, en el ámbito individual-biológico Helman (2007a) señala ocho etapas que vivencian las personas a lo largo de la enfermedad, a saber: la percepción de cambios corporales, modificaciones en el funcionamiento regular del cuerpo, la expulsión de elementos corporales poco frecuentes, la alteración del funcionamiento límbico, anomalía en las percepciones sensoriales, dolores físicos perturbadores, irregularidad en los estados emocionales y modificación de la conducta.

En términos generales, el sentirse enfermo implica que las personas evalúen los síntomas, diagnosticando posibles padecimientos, justipreciando determinados sistemas de atención y tratamientos para elegir el que consideran más conveniente o compartiendo simultáneamente terapias de los diferentes sistemas dentro de lo que le ofrece la sociedad, entrelazando distintas formas de atención a lo largo del camino a la curación, lo que comúnmente se denomina el itinerario terapéutico.

6.6 El Itinerario Terapéutico

Para Comelles (2000), analizar la enfermedad como un proceso que comienza con una crisis y concluye con una resolución en un periodo de tiempo determinado, ha llevado a algunos médicos y científicos sociales a describir este proceso enfatizando las distintas etapas clínicas por las que atraviesa la persona y a otros a dar cuenta de aspectos más contextuales que contemplan las nociones de “padecimiento”, “comportamiento del enfermo”, “carrera moral”, “itinerario terapéutico”, entre otros. Según el autor entre ambos enfoques se dan diferencias teórico-metodológicas, pues la primera (la descripción del curso de la enfermedad) obedece más a la historia clínica e individual de la enfermedad de base biológica y la segunda (la contextual) a la forma cómo el enfermo y su entorno comprenden la

enfermedad desde una visión intersubjetiva en el marco de sus referentes socioculturales.

Desde esta última perspectiva, Comelles (2000) emplea el término de “procesos asistenciales”, pues considera que permite observar las prácticas o comportamientos reales que siguen las personas para hacer frente a la enfermedad, en tanto que dichos procesos son el resultado de las experiencias de los grupos sociales frente a un episodio de enfermedad, más allá de las prescripciones o normas valoradas como aceptables desde el conocimiento biomédico o de cualquier otro sistema de atención, es decir, sin superponer concepciones médicas al estudio de las prácticas que efectivamente llevan a cabo las personas en el camino a la curación.

Detenerse en lo que las personas hacen más que en lo que dicen permite comprender la complejidad de las prácticas que emprenden los grupos humanos frente a un episodio de enfermedad, lo que en términos generales, dentro de la literatura antropológica se conoce como “itinerario terapéutico”. Entendiendo el itinerario como las etapas por las que transita el enfermo desde el momento en que él y/o su entorno perciben alguna anomalía hasta concluir con el restablecimiento de lo que consideran normal o en su defecto, la solución más satisfactoria a un padecimiento (Kleinman, 1980).

Se trata entonces de un recorrido o conjunto de acciones en los que se contemplan diferentes modos de atender la enfermedad, evaluando los tratamientos hasta estacionarse en uno de ellos o combinándolos, sin excluir ninguno de los sistemas médicos disponibles en su sociedad. Proceso que está determinado por el contexto social, cultural y económico del enfermo. Visto las cosas así, se podría afirmar que

Los itinerarios terapéuticos se adentran en los usos sociales de la enfermedad y en las interrelaciones entre lo biológico, social y lo cultural superando las limitaciones de los enfoques micro-

sociológicos y macro-sociológicos. Desde ese punto de vista, tratan de tomar en cuenta las experiencias personales como parte fundamental en la comprensión del pluralismo médico. (Perdiguero, p. 41)

Por lo tanto, en las sociedades Latinoamericanas, como ocurre en buena parte del mundo globalizado, el itinerario terapéutico trazado por el enfermo y su grupo o “red social” implica elegir de entre la diversidad de ofertas de la “red terapéutica” (Kleinman, 1980) o sistemas de atención a la salud, tanto formales como informales disponible en una sociedad. Se entiende entonces que el itinerario terapéutico opera como un eje horizontal, que al articularse con la red social, que actúa como un eje vertical, vinculan de forma compleja los diferentes sistemas de atención a la salud que ofrece la red terapéutica, lo que da cuenta del pluralismo médico (comportamientos reales de las personas ante un episodio de enfermedad, en el que combinan distintos conocimientos y prácticas provenientes de diversos sistemas médicos), en el que de forma dinámica se entrecruzan lo biológico, lo cultural, lo social y psicológico. De allí que, el pluralismo médico pone el acento en “La capacidad que los grupos tienen (...) para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos.” (Menéndez, 1994, p. 20)

6.7 Etiología y Clasificación de las Enfermedades

Cada pueblo privilegia determinadas situaciones como causantes de la enfermedad, para las sociedades tradicionales pueden ir desde la transgresión de reglas de corte religioso que desatan la ira de los dioses, el maleficio de un hechicero hasta la secuela de un comportamiento pecaminoso, en el marco de una cosmovisión que concibe al individuo compuesto de cuerpo y espíritu vinculado a la vida social, a la naturaleza y a los dioses, por lo que la curación contempla elementos naturales y rituales

mágico-religiosos. Mientras que para las sociedades modernas se fragmenta esta cosmovisión y se cosifica la enfermedad al separar el cuerpo del espíritu, de la sociedad, de la naturaleza, de los dioses y del universo, entendiendo la enfermedad como el resultado de la probabilidad genética, la acción de un agente patógeno, condiciones ambientales insalubres o los estilos de vida. Sin embargo, frecuentemente ambas visiones se entremezclan tanto en sociedades que han atravesado un proceso de transición de lo tradicional a lo moderno, en sociedades multiétnicas en su conformación como en las sociedades globalizadas de hoy.

En su clasificación sobre los orígenes de la enfermedad, Helman (2007a) señala cuatro causas en las que de forma general agrupa diferentes visiones culturales, a saber: la esfera de los hábitos individuales, que tiene que ver con las costumbres saludables que debe seguir cada individuo, en correspondencia con la idea de la responsabilidad individual ante la enfermedad. La esfera natural, en la que actúan elementos inanimados como el viento, el agua, el sol, entre otros y los animados que van desde formas de vida animal complejas hasta simples como los microorganismos. La esfera social, que guarda relación con el conjunto de interacciones que se dan entre los individuos y por último la esfera sobrenatural, en la que entran en juego dioses y espíritus. Según el autor, las sociedades no industrializadas suelen atribuir las enfermedades a elementos de orden sobrenatural y social, mientras que las industrializadas a lo natural e individual. No obstante, matiza las líneas divisorias de su clasificación al señalar que lo más común es ver rasgos de una y otra en ambas sociedades, presentándose según el contexto una variable más que otra en una relación multicausal, ya que generalmente no existe una única causa que explique las enfermedades.

Por su parte, Foster y Anderson (1978) en sus investigaciones en sociedades indígenas y campesinas, plantearon dos causas de la enfermedad. La primera corresponde a una etiología personalista, en la que no tiene espacio lo casual, pues se considera que tanto la enfermedad como

la muerte provienen de un agente que puede estar representado por fuerzas humanas (brujo, chaman o hechicero), no humanas (un espíritu maligno, fantasma o ancestro) o sobrenaturales (deidades o un ambiente animado) que de forma intencionada dirige el mal hacia la víctima cuando violenta las normas y valores de la comunidad o entra en conflicto con algunos de sus miembros. De allí que el sanador (chaman, huesero, curandero, hierbatero, etc.) guiado por los espíritus, por el trance chamánico o rituales adivinatorios busca identificar la causa del mal para luego eliminarla y prevenir su reaparición empleando técnicas mágicas, como exorcismo, despojos, limpiezas, contras y de ser necesario atender ciertas manifestaciones físicas del mal.

En segundo lugar una etiología impersonal o naturalista, vinculada con la relación hombre-naturaleza, según la cual las enfermedades no obedecen a maleficios, castigos, venganzas o represalias de un agente personal, sino a desequilibrios de las partes constitutivas del cuerpo por la acción de los elementos naturales, tales como: la humedad, el viento, el frío, el calor o la edad. Su curación se basa en tratamientos naturales a base de hierbas, minerales y animales. Dentro de esta esfera se encuentra la biomedicina para la que las enfermedades infectocontagiosas son atendidas por el médico profesional, atendiendo los síntomas físicos de origen natural descartando elementos que vayan más allá de lo fisiológico y biológico.

Por otro lado, Ngokwei (1995) planteó una clasificación de las enfermedades y sus orígenes sobre la base de cuatro categorías. La primera tiene que ver con las causas y el tratamiento, las que divide en materiales e inmateriales. Las materiales obedecen a elementos naturales: ambientales, genéticos o infectocontagiosos; elementos sociales: condiciones precarias de existencia, hacinamiento y pobreza; elementos psicosociales: emocionales y afectivos, frecuentemente el tratamiento incluye fármacos o remedios naturales. En cambio las no materiales hacen alusión a fuerzas

sobrenaturales y su tratamiento generalmente demanda rituales mágico-religiosos asistidos por un chamán, curandero o rezandero.

La segunda categoría está relacionada con las vías de transmisión de la enfermedad, que pueden ser internas de origen genético o externas como las infecciosas. La tercera categoría se basa en el nivel de gravedad de la enfermedad: leves o comunes en oposición a graves o poco comunes. La cuarta categoría tiene que ver con el nivel de riesgo que representa para un grupo determinado, por ejemplo enfermedades etarias que afectan más a un segmento social que a otro.

Para Young (1976), la enfermedad puede estudiarse desde la visión dicotómica de “internalización” y “externalización”. La internalización hace referencia a los modelos que se enfocan en los mecanismos fisiológicos, valorando los signos físicos y biológicos que indican el estado de la enfermedad, se corresponde con la sociedad industrial caracterizada por la diversidad, complejidad y división de las tareas sociales. Dentro de este contexto la enfermedad pasa a ser un problema del individuo y no de la sociedad cuyo diagnóstico depende de la formación del médico para reconocer los síntomas en su manifestación fisiológica.

En contraposición, la externalidad concibe la enfermedad fuera del cuerpo, atribuyéndole a los factores causantes propósitos como si tuviesen una intencionalidad, en palabras de Young “antropomorfizados”. En consecuencia, el diagnóstico gira en torno a los hechos que atraen la enfermedad al individuo, tales como rencor, brujería o el castigo de los espíritus ancestrales, cuando no por condiciones ambientales animadas por fuerzas sobrenaturales. Este modelo es propio de las sociedades tradicionales, caracterizadas por una reducida población, complejidad y división de roles.

En esencia, Young considera que en las sociedades tradicionales, donde impera el sistema externalizado, la visión sobre el origen de la enfermedad se centra en las relaciones sociales y cosmológicas, vinculando

la salud con todo el entramado sociocultural, lo que reduce la autonomía de las prácticas y saberes en torno a la salud al subsumirlas en el tejido sociocultural. Mientras que en las sociedades complejas, la división del trabajo, la especialización y distinción entre los variados ámbitos de la sociedad, crean las condiciones para que haya un sistema de salud autónomo del resto de las esferas que la integran, haciendo posible que surja el modelo de la internalización.

En este mismo orden, Canguilhem (1978) identifica tres grandes enfoques sobre las causas de la enfermedad. El primero es ontológico, representa la enfermedad como una entidad independiente con existencia propia que está fuera del cuerpo y que una vez que lo penetra le ocasiona anomalías. Dentro de esta concepción ubica ciertas enfermedades mágico-religiosas de las sociedades tradicionales como algunas biomédicas de las sociedades modernas, en la medida en que la causa está fuera del cuerpo. Para la primera pone como ejemplo la acción de fuerzas sobrenaturales y para la segunda de los microorganismos.

El segundo enfoque es de corte naturista y está presente en muchas culturas. En Europa hunde sus raíces en la antigua Grecia y Roma, en las concepciones hipocráticas y galénicas respectivamente, según las cuales las enfermedades son una consecuencia de la violación de las leyes de la naturaleza que rigen tanto el ambiente como las condiciones de vida. De modo que cuando el hombre rompe la relación apropiada con su cuerpo, con el entorno social o con el medio natural, ocasiona desequilibrios y sobrevienen las enfermedades.

El tercer enfoque explica la etiología de la enfermedad como el resultado de una multicausalidad de factores de orden social. Así, la pobreza, la densidad demográfica, la dieta, la contaminación ambiental y las condiciones de trabajo forman parte del complejo número de causas que la generan. Inicialmente estuvo relacionado con la aparición de las ciudades

modernas a finales del siglo antepasado y hoy con los estilos de vida que dan cuenta de buena parte de las enfermedades crónico-degenerativas.

Por último, Langdon (2014) establece una causalidad que implica tres áreas, la primera es la “causa instrumental” en la que vincula afecciones del cuerpo con condiciones ambientales, la segunda, la “causa eficaz” en la que se precisa al factor que ocasiona la enfermedad, al agente patógeno y la tercera la “causa última” que confronta al individuo con las razones del infortunio, por ejemplo, respondiendo a preguntas ¿por qué a mí? ¿por qué en este momento? ¿por qué me toca esto?, situación “que genera gran inquietud, y en ese sentido el sistema médico puede ser comparado con la ‘religión’, en la medida que trata con las preocupaciones humanas ligadas al significado de la vida.” (p. 245)

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VII

LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD

*La medicina, en su diversidad, y el curanderismo, en la suya,
representan dos polos del saber y de la acción.
Sus modos de validación son contradictorios.
Lo que no significa que uno u otro sea falso.
La pertinencia de un acto terapéutico
no significa que otro sea erróneo, pueden
diferir en la modalidad de aplicación y, sin embargo,
lograr los mismos resultados positivos.*

David Le Breton

7.1 Sistema de Atención a la Salud

La enfermedad es un fenómeno universal que experimentan todos los pueblos, sin embargo, cada uno la comprende y trata de manera particular de acuerdo con los valores y normas que conforman su mundo cultural y dentro del cual adquieren significado las prácticas sociales. El hacer frente a la enfermedad es un acto colectivo que aunque es universal varía de una sociedad a otra, en tanto que los conocimientos, técnicas y tratamientos dirigidos a mantener la salud, prevenir la enfermedad y alcanzar la curación están modelados por las condiciones ambientales, las formas de producción, las creencias sociales y las fuerzas históricas que actúan en una sociedad determinada. Lo que se traduce en un sistema de atención a la salud, que de acuerdo con Foster y Anderson (1978)

abarca la totalidad de los conocimientos en salud, tratamientos y habilidades de los miembros de cada grupo. Puede (...) incluir las actividades clínicas y no clínicas, las instituciones formales y no formales y muchas otras actividades que (...) sostienen los niveles de salud del grupo y promueven el óptimo funcionamiento de la sociedad. (p. 97)

Siguiendo a estos autores, todo sistema de atención a la salud está integrado por dos subsistemas, el primero de ellos es el “sistema teórico de la enfermedad” relacionado con los conocimientos y creencias sobre la misma, su explicación, causas, efectos, clasificación, remedios y técnicas terapéuticas empleadas, nociones que reflejan los esquemas cognitivos que manejan los individuos de una sociedad. El segundo está representado por el “sistema de cuidado de la salud”, que corresponde a la aplicación práctica de esas nociones, esto es, las formas en que una sociedad organiza y moviliza los conocimientos para la curación.

Ahora bien, desde un punto de vista cultural, se puede decir que el sistema de atención a la salud refleja la concepción que tiene una sociedad en torno al proceso salud-enfermedad y desde un punto de vista social, la manera en que se organiza con base en esa concepción para crear un cuerpo de reglas e instituciones destinadas a su tratamiento y prevención (Langdon y Wiik, 2010). Por tanto,

www.bdigital.ula.ve

siempre que haya un proceso asistencial encontraremos representaciones, prácticas y experiencias subjetivas, pero no siempre encontraremos los profesionales diferenciados o las instituciones específicas que podríamos esperar encontrar, sino un conjunto mucho más amplio de recursos e instancias que dependen de las características de la red social que se moviliza en el entorno de la situación particular de crisis. (Comelles, 2000, p. 15)

Entonces, la distinción entre lo teórico y lo práctico, lo cultural y lo social, lo ideológico y lo práxico remite a considerar los primeros como las estructuras cognitivas, las visiones culturalmente construidas sobre la salud y la enfermedad con base en las cuales los grupos identifican sus causas, las clasifican y tratan, esto abarca el plano ideológico conformado “por

representaciones, valores y actitudes propios de los sectores sociales implicados en los mismos” (Comelles, 1985, p. 73). Mientras que los segundos se refieren a las organizaciones y procedimientos institucionales que estructura una sociedad con el propósito de emplear los recursos materiales y humanos y regular los comportamientos de los distintos actores involucrados en el proceso salud, enfermedad y atención, involucrando fundamentalmente dos actores: el enfermo y el sanador, unidos por el interés de recobrar la salud y por un marco cultural casi siempre compartido, a partir del cual cobran sentido los conocimientos y comportamientos de ambos.

Esto corresponde a la praxis entendida como “el conjunto de comportamientos, actuaciones, toma de decisiones y técnicas destinadas a la utilización de esos marcos institucionales dentro de los límites que marca la compatibilidad ideológica” (Comelles, 1985, p. 73). En consecuencia, un sistema de atención no puede ser concebido como si se tratara de un ente con facultad “propia que pueda analizarse por sí solo. Se inscribe en el seno de un entorno biofísico determinado, de un grupo social con su estructura propia, su organización económica y política, su cosmovisión, su historia...; una serie de ámbitos que, sin duda alguna, mantienen relaciones entre sí.” (Mallart, 2008, p. 194)

Vistos como un producto sociocultural los sistemas de atención varían de una sociedad a otra, así por ejemplo, en las sociedades tradicionales por lo general existe un sistema de atención a la salud reconocido y aceptado por todos sus miembros, con un número reducido de sanadores, cuyos roles suelen extenderse al ámbito político, social, religioso y familiar. En cambio, en las sociedades modernas, donde predomina el sistema biomédico, el sistema de atención se estructura de manera compleja agrupando a diversos profesionales de la salud con funciones claramente delimitadas. Su preponderancia no lo exime de coexistir con otros sistemas en sintonía con la multiplicidad de instituciones, grupos, etnias, clases, creencias y

pensamientos que la integran, los que son incorporados de forma simultánea o secuencial por los individuos en su itinerario terapéutico. (Menéndez, 2005)

De ningún modo en la presente investigación se intenta examinar los sistemas de atención a la salud desde la perspectiva biomédica. Caracterizada por analizar las terapias de los otros sistemas de salud separados de sus principios, a partir de categorías ajenas a ellas, clasificándolas como alternativas, por lo que “La atención de la salud no es pensada como el traslape de distintas medicinas, sino como una oferta centrada en la biomedicina que puede incluir en ciertos casos algunas terapias complementarias” (Idoyaga, 2005, p. 136). Desde esta posición no sólo se reduce la complejidad y diversidad de los otros sistemas, sino que también se ignora las combinaciones que hacen las personas de los mismos en sus estrategias curativas que muchas veces puede no contemplar a la biomedicina.

Por el contrario, en el presente trabajo se estudiarán los sistemas de atención biomédico y popular a los que recurren las personas en un episodio de enfermedad y la forma en que éstos son integrados y combinados de maneras diversas al conjunto de saberes y prácticas que los grupos emplean en el mantenimiento de la salud, la atención y la prevención de la enfermedad en el ámbito familiar y comunitario. Espacio que corresponde al sistema popular de Kleinman (1978), el de la autoatención en Menéndez (1983), a los procesos asistenciales de acuerdo con Comelles (2000) o autotratamiento según Idoyaga (2005), que en sociedades pluriculturales como la latinoamericana integra los distintos sistemas terapéuticos (popular, tradicional, biomédico, religioso, nueva era, entre otros) sin mayores contradicciones, lo que hace de la salud y la enfermedad un proceso dinámico y complejo.

7.2 Principales Sistemas de Atención a la Salud

A continuación se expondrán tres sistemas de atención a la salud: popular, biomédico y de la autoatención, por considerar que son los que más se acercan a la realidad latinoamericana, asumiendo que quedan por fuera otras prácticas médicas empleadas por los individuos, por ejemplo, las tradiciones medicas orientales que en los últimos años han ganado aceptación en el contexto de la globalización.

En este sentido, la disertación del sistema popular se basará en la distinción entre medicina tradicional y popular y las razones por las que éste último es el término más adecuado en la actualidad. En relación con el sistema biomédico se plantearan sus principales características y los aspectos históricos más importantes y en cuanto al sistema de la autoatención se presentarán sus elementos básicos e importancia para la comprensión de las prácticas reales que siguen las personas en el camino a la curación.

www.bdigital.ula.ve

7.2.1 Sistema Tradicional-Popular de Atención a la Salud:

Generalmente en las tipologías sobre los sistemas de atención a la salud se suelen emplear de forma indistinta el término tradicional y popular. Esto se debe fundamentalmente, de acuerdo con Menéndez (1983), a la dificultad para definir lo qué es tradicional, ya que de referirse a las prácticas de vieja data no existe consenso a la hora de establecer cuán profunda debe ser su raíz histórica o si se afirma que lo tradicional es lo que corresponde a las creencias y comportamientos de los grupos originarios antes de la llegada de los europeos, se hace espinosa su caracterización debido al sincretismo cultural que tuvo lugar en el continente a partir del siglo XVI.

Sin embargo, con el propósito heurístico de hacer más comprensible el estudio histórico y actual del proceso salud-enfermedad en Latinoamérica, se intentará establecer las características de uno y otro sistema, a sabiendas

que con el paso del tiempo se han superpuesto y reconfigurado de tal manera que se hace complicado establecer fronteras claras entre ellos.

7.2.1.1 Sistema Tradicional de Atención a la Salud:

Se basa en los conocimientos ancestrales de los grupos originarios que poblaron todo el continente, de allí que existen tantas concepciones de salud y enfermedad como grupos étnicos presentes en la región. De forma amplia se podría decir que el sistema tradicional se asienta en principios mágicos y en el manejo de poderes sobrenaturales que rigen el mundo, cuyo orden permanece inamovible y al cual se accede por medio de rituales sagrados que incluyen invocaciones, oraciones, pociones, cánticos, recitación de palabras secretas, entre otros, en los que predominan los estados alterados de la conciencia como el trance chamánico. Lo mágico-religioso se entiende como un poder sobrenatural que puede ser usado para ocasionar el mal o como medio para la curación.

Junto a la visión mágica también hay una naturista de orden material sobre las propiedades curativas de plantas, minerales y animales usadas en forma de bebedizos, ungüentos y cataplasmas, que reposa en un cuerpo de creencias y técnicas que se emplean en tratamientos para restablecer y conservar la salud con un considerable grado de eficacia. Habitualmente ambas prácticas se aplican de forma simultánea en los tratamientos. Esta visión también se extiende a la identificación de enfermedades, tal como lo señalaron Berlin y Berlin (1996) de la medicina tradicional Maya, que contemplaba además de enfermedades de orden sobrenatural un considerable número de enfermedades a las que le asignaban una etiología, síntomas, diagnósticos y tratamientos de orden natural.

Sus sanadores pasan por un proceso de iniciación que los conduce por distintas etapas de adiestramiento que se trasmite de generación en generación. Según el contexto son llamados hueseros, yerbateros, curanderos, santeros o chamanes. Dentro de su cosmovisión el cuerpo no se

concibe separado de la mente y del alma, sino como parte del todo, integrado al grupo, a la naturaleza y al cosmos en una relación armoniosa en la que los elementos de la naturaleza y del universo son representados como entes vivos, sagrados y con fuerzas superiores a las humanas.

Como resultado de esto, el nacimiento, la salud, la enfermedad y la muerte están articulados por una cosmovisión que integra, ordena y da sentido a la vida cotidiana, a las interacciones sociales, a las relaciones con la naturaleza, el universo y los dioses, por lo que la enfermedad no es sólo del cuerpo sino también del espíritu y los tratamientos incluyen elementos naturales, mágicos y religiosos, tal como lo observaron los primeros antropólogos de la salud y la enfermedad como Ackerknecht.

Las rupturas con alguno de estos órdenes generan conflictos sociales, desgracias naturales y enfermedades, por lo que el cumplimiento de las normas sociales y el respeto del orden divino y natural previenen tales sufrimientos. De allí que en sus rituales el chamán entra en trance parcial o total, separándose de su cuerpo y penetrando en los mundos de arriba o de abajo movilizand o determinadas fuerzas de la naturaleza o intercediendo ante los espíritus para lograr la curación o la resolución de ciertos males.

Desde esta perspectiva, la enfermedad puede sobrevenir por una palabra ofensiva, un pensamiento inadecuado, una mala intención o una acción incorrecta bien hacia sí mismo, la comunidad, el ambiente y las divinidades, actuando como mecanismo de control social que mantiene los comportamientos en sintonía con los valores del grupo. Así, la acción de las fuerzas de la naturaleza en forma de frío o lluvia o de las fuerzas sobrenaturales a través del espíritu de un ancestro, pueden ocasionar enfermedades bien por descuido o por violentar un tabú. En este sentido, la enfermedad se entiende como un acto que busca corregir las faltas al orden moral, espiritual, natural o social y la curación el restablecimiento de la armonía perdida, involucrando al grupo y a las fuerzas naturales y

sobrenaturales, haciendo uso de los recursos que le ofrece el entorno de forma efectiva o simbólica. Por lo que

El curandero toma en consideración la personalidad total del paciente, su mente y su cuerpo, la historia de su vida y sus relaciones sociales (....) Las causas psicológicas del malestar pueden estar vinculadas a la posición social del paciente; también la enfermedad puede ser la expresión de problemas mentales, puede ser recompensa de fracasos personales, puede ser creada para expiar pecados imaginarios o reales (....) Los curanderos toman todas estas posibilidades en cuenta (...) el valor de los ritos es ambiguo, pero corresponde a funciones sociales de apaciguamiento. (Pollak-Eltz, 2001, pp. 14-15)

Ahora bien, en América Latina las formas de curación de los grupos originarios se suele denominar tradicional, así como al sincretismo de prácticas curativas indígena, española y africana antes del afianzamiento de la medicina moderna occidental. No obstante, en la medida en que muchos elementos fueron incorporados al sustrato inicial de la medicina tradicional de los grupos originarios, incluyendo elementos de la biomedicina, ésta se fue reconfigurando hasta derivar en el siglo XX, con la consolidación de la vida urbana, en lo que comúnmente se llama medicina popular. (Clarac, 1996)

Dada la integración y dinamismo de elementos diversos en el proceso salud, enfermedad y atención en las sociedades occidentales y latinoamericanas en particular, es que Menéndez (1994) considera que es difícil hablar de la existencia hoy de un modelo de atención tradicional que haya permanecido inalterado, independiente o pleno. Más aún si se toma en cuenta que la historia cultural de América Latina ha demostrado, por encima de la visión excluyente o de oposición de las concepciones médicas de los distintos grupos, un sincretismo caracterizado por “la capacidad de

innovación cultural (...) para incorporar y refigurar ideas y prácticas culturales de otras sociedades” (Idoyaga y Korman, 2002, p. 192).

Incluso es difícil hoy rastrear en las comunidades campesinas en América Latina una medicina tradicional nativa, en la medida en que el eclecticismo médico deja ver las influencias de los distintos componentes étnicos y sus diversos entrecruzamientos en el continente. Además de este carácter heterogéneo, en ocasiones contradictorio, en otras complementario y coherente, la medicina tradicional pervive hoy en Latinoamérica más como medicina popular, no sólo por factores de índole cultural sino también material en la medida en que “su función en las estrategias de supervivencia -incluso cultural- del grupo se deja analizar sólo *junto* a las carencias del servicio médico y *junto* a la precariedad de las condiciones económicas e higiénicas de la población.” (Bartoli, 2005, p. 84)

Como se señaló anteriormente, antes de la llegada de los españoles el sistema de atención a la salud de los grupos indígenas se basaba en rituales mágico-religiosos, que desde su cosmovisión integraba tanto la acción de fenómenos geoclimáticos como las relaciones humanas de la vida diaria, sin embargo, con la llegada de los españoles se alteró esa cosmovisión y con ella su noción de la salud, la enfermedad y la curación, en la medida en que los españoles

No aceptaron que los médicos-sacerdotes-hechiceros indígenas siguieran utilizando sus ritos terapéuticos-mágico-religioso, justamente por el contexto mágico-religioso de éstos, que los españoles se sentían en el deber moral de destruir por su propia representación de exclusividad y monopolio religioso. Porque era más sensible el español al aspecto religioso de esos ritos terapéuticos y a su aspecto mágico que a su sentido terapéutico, hubo de su parte, frente al trinomio medicina-magia-religión de los

indígenas una actitud de desprecio y de temor. (Clarac, 1996, p. 74)

De igual modo, las prácticas médicas de los grupos étnicos españoles y africanos, como señala Clarac (1996), sufrieron alteraciones al entrar en contacto con la tradición indígena y no contar con todos los elementos que proveía su cultura en materia de salud y curación. Dicho de otra forma, al estar desprovistos de los recursos acostumbrados los españoles debieron adaptar sus técnicas médicas a las que ofrecían no sólo los grupos nativos sino también africanos, lo que también hicieron éstos, de allí que con el paso del tiempo los tratamientos tuvieron preponderancia española pero la farmacopea siguió teniendo una impronta indígena.

A manera de ejemplo, Pollak-Eltz (2001) señala cómo la medicina indígena llegó a España a través de los registros que los frailes hicieron sobre las técnicas terapéuticas de los grupos nativos y cómo a su vez los curanderos populares en Latinoamérica al tener conocimiento de las obras sobre la medicina oficial española, las incorporaron a su terapéutica. Por lo tanto, no sólo se dio una relación de arriba hacia abajo sino también de abajo hacia arriba, en el que los préstamos, negociaciones y reacomodos generaron nuevas formas terapéuticas que fueron incluidas por cada uno de los sistemas de atención a la salud.

Si bien el proceso de dominación que se inició con la conquista y colonización española introdujo nuevas nociones que se combinaron de manera gradual con las de los grupos indígenas y africanos, fue la cultura española la que terminó imponiendo por la fuerza los criterios para definir el sistema de atención a la salud que se iría configurando en el continente, situación que continuó después de las guerras de independencia (Clarac, 1996).

Esta imposición se llevó a cabo por medio de la enseñanza de la medicina en las primeras universidades fundadas en América Latina, la

creación de hospitales y el trabajo evangelizador de los misioneros españoles (Foster, 1994). Sin embargo, es preciso aclarar que el sistema de atención español no era autóctono, en la medida que sus preceptos eran el resultado de una mixtura de distintos sistemas que incluían la concepción hipocrática griega y galénica romana, la religiosa medieval, la influencia de la diáspora judía y la cultura árabe asentada durante siglos en el sur de España. (Clarac, 1996)

A pesar de ello se produjeron nuevas configuraciones culturales sobre la salud y la enfermedad, cuyas diferencias entre una región y otra dependieron de la organización social indígena, su escasa o abundante población, el nivel de conocimientos y destrezas médicas que manejaban. Según el tipo de poblamiento fue más preponderante una práctica que otra, por ejemplo, donde los descendientes eran mayoritariamente europeos se orientaron de acuerdo con los principios médicos de su cultura, en cambio donde los grupos indígenas o africanos tenían una mayor presencia poblacional con un despliegue relativamente considerable de sus actividades productivas y culturales o eran grupos reducidos relativamente aislados, predominó su concepción. (Clarac, 1996)

Al contrario, donde se dio un fuerte proceso de mestizaje biocultural se superpusieron los distintos sistemas de atención en una amalgama de prácticas y creencias con predominio la mayor parte de las veces del sistema español. Asimismo, en medio de ese sincretismo cultural, más adelante al entrar en escena el moderno sistema de atención a la salud occidental y el crecimiento poblacional en espacios urbanos a partir del siglo XX, se fue generando una medicina popular con variantes que no se debían a la biomedicina sino a las particularidades de cada localidad. (Clarac, 1996)

Recapitulando, de acuerdo con Clarac, en Venezuela como en el resto de Latinoamérica, se entremezclaron representaciones y prácticas de los distintos grupos étnicos, en las que se pueden rastrear en un primer momento la cultura indígena conjuntamente con la europea durante los

primeros siglos de la conquista, principalmente de españoles y canarios, sin dejar de mencionar de forma indirecta la presencia de la cultura árabe que dejó su influencia en el sur de España. En un segundo momento la cultura de portugueses e italianos y fundamentalmente de africanos. En un tercer momento, a partir del siglo XVIII, estos componentes se reconfiguraron a la luz de los conocimientos de la ciencia médica occidental, la que finalmente se consolidó en el siglo XX.

En consecuencia, se fue estableciendo una concepción de la salud y la enfermedad derivada de la reconfiguración de las prácticas indígenas con las españolas y africanas, a la que bien puede identificarse como una segunda medicina tradicional o para algunos simplemente como medicina tradicional, la que una vez conformadas las grandes ciudades en Latinoamérica, producto de las migraciones del campo a la ciudad, como se señaló anteriormente, adquiere nuevas características generadas por el dinamismo y complejidad de las zonas urbanas y por una importante influencia de la biomedicina.

Al respecto, Clarac (1996) señala que a partir de la década de los 70 en adelante en Venezuela en las zonas urbanas, el incremento de la renta petrolera aceleró el encuentro entre la medicina oficial biomédica (B) con las distintas formas o manifestaciones de la medicina tradicional (A), dando como resultado la medicina popular (C). Para la autora las enfermedades de cada uno de estos sistemas varía de la misma manera como lo hacen sus practicantes, por ejemplo, en la medicina tradicional se encuentra el chamán y las enfermedades mágico-religiosas, en la biomédica el médico profesional y las enfermedades biológicas y en la popular el curandero y las “enfermedades postizas”. La coexistencia de estos tres fenómenos pone en evidencia que

en Venezuela el sistema médico es, de hecho, un conjunto de sub-conjuntos de representaciones, creencias y técnicas

terapéuticas que se articulan entre sí sin cesar; de modo que al estudiar todos esos subconjuntos, se descubre una articulación del momento, porque las transformaciones son rápidas en nuestra época, por distintas razones [por consiguiente] existe un pluralismo médico, mayor o menor según los grupos, donde se entrecruzan y entre-influencian modelos etiológicos y terapéuticos, aportes médicos de religiones importadas y/o sincréticas (...) articulación en la cual juegan también un papel importante (y más importante cada día) las nociones y conductas sacadas de la medicina occidental. (Clarac, 1996, p.81)

Más recientemente, a partir de la última década del siglo pasado, este proceso ha sido impactado por la globalización, por una mayor circulación de personas, bienes, servicios, tecnologías, medios de comunicación, información, entre muchos otros aspectos, que han reconfigurado el mundo cultural en general y en particular la vida cotidiana de las personas. Progresivamente esto ha apuntado tanto a una homogenización como a una heterogeneización de las prácticas sociales, es decir, si bien existe un proceso de dimensiones globales con un discurso hegemónico, el mismo es apropiado por la cultura local que desde sus características particulares lo resignifica, esto es lo que Robertson (1992) ha denominado “glocalización”, que en el proceso salud, enfermedad y atención se traduce en una plétora de opciones curativas que amplía aún más el pluralismo médico ya presente en las sociedades latinoamericanas. Como señala Pollak-Eltz (2001),

Hoy en día, muchos curanderos espirituales “modernos” incorporan a las terapias tradicionales elementos auténticos o fingidos, derivados de la medicina científica. Viajan por el mundo, leen libros, pasan una temporada en un convento hindú, observan visiones mágicas en las Filipinas o participan en congresos de

parapsicología (...) en el curso de las últimas cuatro décadas, la cultura popular venezolana se está transformando y las prácticas de los curanderos están cambiando también. Los curanderos educados utilizan métodos nuevos para impresionar a los clientes. (p. 17)

7.2.1.2 Sistema Popular de Atención a la Salud:

La medicina popular se presenta como un conjunto heterogéneo y contrapuesto de prácticas, ideas y creencias extendidas y aceptadas socialmente, integradas algunas veces de forma complementaria y coherente en la cosmovisión de los diferentes sectores que componen la sociedad nacional y desde el cual las personas tratan diferentes dolencias. La vitalidad de este sistema de atención va en correspondencia con las condiciones socioeconómicas de cada uno de los sectores que integran la sociedad.

Lejos de ser un cuerpo homogéneo de conocimientos, es un sistema conformado por un sinnúmero de saberes curativos en el que coexisten diversas etiologías, diagnósticos y terapias que se aplican simultáneamente en un mismo episodio de enfermedad por distintos sanadores: hueseros, yerbateros, sobadores, chamanes, curanderos, médium, adivinadores, médico-brujo, hechicero, entre otros, aunque no se descarta que algunos cultos o prácticas en particular puedan organizar de manera más coherente sus conocimientos. De ahí que para un observador foráneo no representa más que una amalgama de creencias contrarias y contradictorias, pero a los ojos de sus practicantes resultan completamente normales y coherentes.

Uno de los pilares en los que descansa su lógica y validez es la concepción del cuerpo estrechamente vinculado con la condición psico-emocional de la persona y el entorno social, en tanto que, como dice Bartoli (2005), sitúa la salud y la enfermedad en un contexto en el que actúan fuerzas beneficiosas y perniciosas, por lo que

la unidad de la experiencia psico-físico-relacional, que la biomedicina tiende a separar y descomponer en ámbitos separados de intervención, fundamenta la racionalidad y quizás la eficacia de la medicina popular; en otros términos, esto equivale a subrayar que entre las múltiples diferencias que separan los procedimientos científicos de los populares existe también una distinta “geografía” de los padecimientos que los unos y los otros están llamados a aliviar. (Bartoli, 2005, pp. 89-90)

En sus estudios sobre la medicina popular en Venezuela, Clarac (1996) identifica una serie de aspectos que caracterizan la práctica del curandero, a saber: manejo de un amplio conocimiento acerca del uso de las plantas medicinales, conocimiento nutrido por la herencia indígena americana, española y africana. Percepción aguda que le permite captar algunos rasgos físicos de las personas que acuden a sus consultas, los que desde un conocimiento amplio del imaginario social relaciona con la naturaleza en la práctica curativa. Capacidad de incorporar sin contradicción a su universo simbólico las distintas concepciones presentes en la sociedad, de las que se vale en el proceso de sanación. Autodominio que le ayuda a personificar diferentes roles de acuerdo con las circunstancias, el tipo de persona que lo visita y el padecimiento a tratar, generando procesos de sugestión tanto en él como en quien solicita sus servicios. Control sobre sí mismo para suprimir el dolor o alterar estados de conciencia tanto en él como en quien lo consulta y empleo de rituales terapéuticos en los que recurre a una gran cantidad de símbolos que le permite generar una respuesta emocional en el enfermo.

Por su parte, Torrey (1972) considera que hay similitudes en las técnicas curativas empleadas en la consulta tanto por los chamanes como por los médicos psiquiatras, de allí que alcancen análogos resultados en determinados tipos de tratamientos. Con base en este planteamiento enumera cuatro condiciones presentes en la terapéutica de uno y otro: en

primer lugar, el proceso de identificación y conceptualización de la enfermedad, es decir, si existe una palabra para identificarla también existe un tratamiento para atenderla. En segundo lugar, la actitud del médico-sanador, aquéllos que se vinculan emotivamente con el paciente y muestran mayor interés en su curación son los que tienen más posibilidades de alcanzar su objetivo. En tercer lugar, las expectativas del enfermo condicionadas por los años de experiencia del médico-sanador, los instrumentos que maneja en el ritual de curación y la distancia geográfica que ha de recorrer el enfermo para recibir la atención. Por último, las prácticas terapéuticas, cuantas más variadas sean las técnicas empleadas para lograr la sanación, mayor será la sugestión del paciente. Desde el punto de vista de las etnomedicinas se podría decir que “El curandero trabaja como psicoterapeuta, ayuda a sus clientes a solucionar los problemas y a mirar al mundo desde un nuevo punto de vista. En este contexto los ritos mágicos juegan un papel decisivo (...) la fe es el elemento más importante en el sistema mágico-religioso y médico-popular.” (Pollak-Eltz, 2001, pp. 16-17)

Se podría decir, siguiendo a Greifeld (2004), que el médico como el curandero navegan en un mundo virtual aunque de formas distintas, el primero a través de la tecnología, es decir, radiografías, tomografías y resonancias accede a imágenes que le permiten llegar a las posibles causas de una enfermedad, mientras que el segundo también en la búsqueda de las causas de la enfermedad, ayudado de rituales mágico-religiosos puede acceder a imágenes con la ayuda de fuerzas sobrenaturales, bien en forma de energías o antropomorfizadas. Para ello el médico se vale del método racio-empírico y el curandero del trance y la fe.

7.2.2 Sistema Biomédico de Atención a la Salud:

La medicina moderna occidental es un conocimiento especializado que epistemológicamente se basa en el biologicismo y metodológicamente en la experimentación, la evidencia empírica y los procedimientos de

autocorrección con pautas estandarizadas y replicables, llevadas a cabo para contrastar hipótesis a partir de un cuerpo teórico desde el cual explica su objeto de estudio.

Este paradigma se caracteriza en primer lugar por un enfoque lineal entre causa de origen externo y efecto de manifestación interna, linealidad reducida a una o dos variables, que análogamente se corresponde con la concepción mecanicista establecida en el siglo XVI con Descartes. Así, “la medicina moderna privilegia al mecanismo corporal, la disposición en engranajes de un organismo percibido como una colección de órganos y de funciones potencialmente sustituibles” (Le Breton, 1994, p. 198). En segundo lugar por una explicación de la enfermedad que privilegia las variables biológicas, específicamente las infectocontagiosas, basada en la teoría de los microorganismos que en los siglos XIX y comienzos del XX plantearon Pasteur y Fleming respectivamente y curación que viene dada por el empleo de elementos opuestos: antibióticos y antivirales.

En tercer lugar por la aplicación de tratamientos basados en protocolos estandarizados que omiten las particularidades de cada organismo. En cuarto lugar por un diagnóstico orientado a identificar los síntomas físicos de la enfermedad, con el fin de determinar la disfuncionalidad fisiológica a partir del cual seleccionar la terapia. En quinto lugar por el empleo de la tecnología en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades: exámenes de laboratorio, ecografías, tomografías, entre otras, privilegiando la evidencia empírica y el criterio de objetividad. Aspectos que en general se pueden sintetizar de la siguiente manera: “a) (...) énfasis en el individuo; b) toda enfermedad se debe a desordenes biológicos o psíquicos analizados; c) se establece la universalidad de la cura (...) d) se separa al cuerpo (...) de la totalidad del individuo; e) el concepto de asepsia sustituye los ritos de pureza y tabú.” (García, 2000, p. 204)

En las sociedades occidentales este paradigma corresponde al campo del profesional médico y al sistema de salud hegemónico promovido

oficialmente desde el Estado, a través del conjunto de instituciones académicas y sanitarias a las que le otorga el monopolio exclusivo de la enseñanza y el ejercicio médico, al tiempo que restringe jurídicamente otras prácticas curativas (Baer y col., 2003). El reconocimiento con el que cuenta no se debe sólo a su eficacia sino también a la fuerza reguladora de intereses políticos, económicos y sociales que por lo general pasan inadvertidos para la población, librándolo muchas veces de cuestionamientos sobre su funcionamiento y efectividad (Menéndez, 2003). En América Latina al igual que el resto de las sociedades modernas,

existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar ciertas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación. [Sin embargo, con] frecuencia desde la perspectiva del sector salud y de la biomedicina, toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese frecuentemente a ser utilizada por diferentes sectores de la población. (Menéndez, 1998, p. 186)

Para este modelo la enfermedad se entiende como el efecto de la acción de un agente patógeno, de un desarreglo ocasionado por los procesos adaptativos del cuerpo humano al ambiente o por una disfuncionalidad genética, lo que explica su énfasis en los síntomas de carácter físico y en muchas ocasiones el desconocimiento de las variables psicosociales en la aparición de las enfermedades. De ahí que se maneje dentro de la “eficacia terapéutica” dirigiendo su mirada al cuerpo como el espacio en el que se presentan las enfermedades y en consecuencia cada vez más a una mayor sofisticación en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Esta objetivación de la enfermedad ha despersonalizado la relación médico-paciente, como señala Menéndez (2003), el médico se centra en la patología y no en la persona, silenciando su voz y contexto sociocultural y con ello la experiencia subjetiva y el rol del paciente en el proceso de curación. Se trata de un enfoque médico que cosifica el cuerpo dejando de lado al ser humano, atendiendo a la enfermedad y no al enfermo. (Le Bretón 2002)

No obstante, recientemente la biomedicina ha considerado otros elementos para dar cuenta de las llamadas enfermedades del siglo XXI o mejor conocidas como crónico-degenerativas, resaltando la importancia de los estilos de vida en su aparición. Aunque esta noción atenúa el causalismo biologicista para situarse en una esfera psicológica que vincula las decisiones del individuo con lo biológico, Menéndez (2005) sostiene que este discurso centrado en la responsabilidad del individuo para explicar la aparición de este tipo de enfermedades sigue dejando de lado la variables socioculturales, en la medida que la sociedad moderna estimula hábitos inadecuados que se van internalizando desde las primeras etapas de socialización y posteriormente por medio de las modas, la publicidad y el consumismo que estimula la sociedad moderna. En tal sentido, para los individuos resulta cuesta arriba resistirse a esas presiones sociales y escapar del contexto sociocultural que las produce y reproduce, desencadenando problemas de obesidad, diabetes, hipertensión y cardiopatías en buena parte de la población.

Ahora bien, desde una perspectiva histórica el origen del paradigma biomédico se puede ubicar en la obra de Vesalio "De corporis humani fabrica" publicada en 1543, tratado que gira en torno al estudio anatómico del cuerpo a partir de la observación, manipulación y disección de cadáveres, técnicas que navegaron a contracorriente de las creencias, dogmas y prejuicios de la época, representando una ruptura con los tratados de Galeno y Avicena y en lo sucesivo, la consolidación de un conocimiento cada vez

más especializado sobre el cuerpo y la enfermedad. De hecho, “Las primeras disecciones practicadas por los anatomistas con el fin de tener formación y conocimiento muestran un cambio importante en la historia de las mentalidades occidentales” (Le Breton, 2002, p. 47). Junto a la obra de Vesalio también figuran los aportes de Harvey, quien en su trabajo “De Motu Cordis” publicado en 1628, aplica de manera incipiente el método experimental al estudio biológico del cuerpo humano. (Pérez, 1999)

De esta manera, se fueron gestando los principios sobre los cuales se desarrollaría la práctica médica en occidente, produciéndose paulatinamente un distanciamiento del mundo religioso del medioevo y un acercamiento cada vez mayor al pensamiento racional que estaba emergiendo en la Europa del siglo XVI. Todo esto

va a suponer un cambio en las concepciones de enfermedad, salud, tratamiento, médico y, por supuesto, del paciente. Un paciente que para ser curado debe necesariamente ser vuelto objeto, cosificado, en tanto el médico intenta separarse de su subjetividad para lograr un máximo de eficiencia (...). El cuerpo, considerado espacio de lo divino durante la Edad Media, no podía ni debía ser objeto de disección. Éste era un cuerpo que aún no había sido separado del sujeto, ni de la comunidad, y mucho menos del cosmos, pero pronto iba a serlo. (Castro, 2008, p 133)

En el marco de este contexto de cambios, el examen médico valiéndose exclusivamente de los sentidos: escuchando los latidos del corazón y la respiración, palpando el pulso, viendo las señales en la piel, oliendo las emanaciones corporales e interrogando al paciente por sus sensaciones y zonas de dolor, comenzará a ser superado por el uso de aparatos, específicamente el estetoscopio en 1816, simultáneamente con el avance de conocimientos, técnicas e implementos como la anestesia en 1846 o la

antisepsia en 1865 que hicieron posible el desarrollo de la cirugía. En adelante, el aumento de instrumentos tecnológicos en los análisis médicos permitirá una profundización del conocimiento sobre el cuerpo y su funcionamiento, al tiempo que mayor precisión en el diagnóstico de las enfermedades. (Pérez, 1999)

En la actualidad esta tendencia ha dado paso al estudio del cuerpo humano sin que esté necesariamente presente, bien a través de radiografías, resonancias magnéticas o tomografías, entre otros. Simultáneamente, los avances científico-tecnológicos en la industria farmacológica han representado la oferta de una gran variedad de medicamentos. Esta incorporación de la tecnología no sólo ha tenido consecuencias en el conocimiento, sino también en el diálogo médico-paciente, invisibilizando el mundo psico-emocional del enfermo frente a la evidencia de los datos suministrados por los instrumentos tecnológicos (Pérez, 1999). Ciertamente, esto ha conducido a la cosificación y fragmentación del cuerpo, presentándolo por medio de la imagenología como una especie de rompecabezas digital.

Junto a este desarrollo científico-tecnológico ha tenido lugar cada vez más una penetración del discurso biomédico en las sociedades modernas, discurso que ha venido a normatizar cada día distintos ámbitos de la vida social, desde la sexualidad, la alimentación, el desarrollo infantil, el envejecimiento, la recreación hasta el deporte, llegando a calificar comportamientos y sensaciones corporales como enfermedades cuando antes eran vistas como parte de los vaivenes de la vida cotidiana. Desde este punto de vista, el sistema biomédico se ha convertido en un mecanismo de control social que se ejerce a través de las distintas instituciones y leyes que van modelando la conducta de los individuos desde sus preceptos gnoseológicos, en lo que se ha denominado la medicalización de la sociedad. (Foucault, 1996)

Aun cuando no se puede negar que hoy el enfoque biomédico ha alcanzado una mayor comprensión sobre las distintas variables biológicas, que se ve reflejado en un conocimiento especializado sobre determinadas partes del cuerpo, en el estudio de enfermedades mentales tratadas desde las psicoterapias, en una profusión de especialistas con competencia en áreas específicas, en la prevención y atención de un sinnúmero de enfermedades (por ejemplo las infecciosas gracias al desarrollo de vacunas y antibióticos), en la identificación de un número mayor de patologías y en el desarrollo de una gran variedad de técnicas terapéuticas que aumentó en el siglo XX las expectativas y la calidad de vida de muchas sociedades, sigue ignorando en buena medida las condiciones sociales, culturales, económicas y psicológicas que influyen en la aparición de las enfermedades.

Aun cuando el sistema de salud pública ha tratado de incorporar recientemente algunas de estas causas, continúan siendo subvaloradas en relación con las variables biológicas, lo que se refleja en la exigua formación social de los profesionales de la salud (Menéndez, 2003). En consecuencia, el énfasis en el cuerpo y en las causas de carácter biológico (infectocontagiosas y genéticas) desestimando las de origen social, reduce la complejidad del fenómeno, impidiendo entender desde una perspectiva mucho más amplia su aparición y atención. Baste como muestra señalar que, en el caso de las infecciosas se dejan de lado las condiciones de insalubridad y pobreza que caracterizan a muchas ciudades y en cuanto a las crónico-degenerativas no se repara en los aspectos socioculturales que modelan los estilos de vida de las personas, que en definitiva terminan por provocar su aparición.

En esto ha jugado un papel importante el aumento de la expectativa de vida, del poder adquisitivo y el mejoramiento de las condiciones materiales de vida, elementos que inicialmente se tradujeron en un crecimiento poblacional que posteriormente apuntó a un equilibrio demográfico con una tendencia hacia el envejecimiento poblacional, que en el marco de la

sociedad industrial caracterizada por el consumo y el sedentarismo ha conllevado a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas. De hecho, cuanto más aumentan estos indicadores, expectativa de vida, nivel de ingreso y disponibilidad de bienes de consumo, más aumenta el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas.

Finalmente, se podría afirmar que el desarrollo y expansión de los conocimientos biomédicos alcanzó su consolidación como sistema de atención a la salud en la segunda mitad del siglo pasado, a diferencia del vertiginoso proceso de mundialización de la enfermedad que tuvo lugar a partir del siglo XVI con los procesos de conquista y colonización en América Latina. Incluso las condiciones socioeconómicas que afectan la implementación de políticas sanitarias y la inequidad en el acceso al sistema biomédico en algunos países de renta baja aún lo mantienen rezagado, a lo que se suma la difusión de enfermedades infectocontagiosas como resultado del contacto entre personas de distintas regiones y la aparición de las crónico-degenerativas por los estilos de vida promovidos desde la cultura global, condiciones que han contribuido al hecho de que la mundialización de las enfermedades esté un paso adelante de la mundialización del sistema biomédico.

7.2.3 Sistema de la Autoatención:

La autoatención corresponde a la esfera de los cuidados autosuministrados por el enfermo, por el grupo familiar y de manera más extensa por la red social del individuo, que abarca el grupo vecinal, amigos, compañeros de trabajo, entre otros. Como afirma Menéndez (1990), constituye el nivel primario de atención médica que precede a todos los demás y que está presente a lo largo del proceso salud, enfermedad y atención. Es el espacio desde el cual las personas evalúan, identifican y tratan la enfermedad con base en sus conocimientos, recursos disponibles y vivencias sin la asistencia de sanadores especializados, quedando las tareas

de cuidado en manos del grupo familiar. Aunque es una actividad que se da de forma independiente por los individuos, se nutre de los diferentes sistemas de atención a la salud. En esencia, la autoatención se puede entender como

las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. (Menéndez, 2003, p. 198)

www.bdigital.ula.ve

En este ámbito los individuos sintetizan el proceso salud-enfermedad, combinando los conocimientos y técnicas de los diferentes sistemas sin detenerse en las fronteras entre ellos o en los elementos que los contraponen. Aun cuando el curandero recomiende el consumo de algún fármaco o el médico recete remedios de la herbolaria tradicional, son los individuos los que van entremezclando desde sus esquemas cognitivos las distintas lógicas médicas a lo largo de la curación (Menéndez, 2003). En virtud de ello, la autoatención se presenta como recipientes vacíos “que se llenan con los contenidos particulares de los contextos locales y regionales (...) como el traslapeo entre distintas medicinas entre las que puede estar, o no, la biomedicina.” (Idoyaga, 2005, p. 136)

De esta manera, las personas en sus prácticas cotidianas hacen uso de las más diversas y contradictorias creencias y saberes provenientes de distintas lógicas curativas: biomédicas, religiosas, tradicionales y alternativas,

estableciendo puentes entre ellas en un eclecticismo gnoseológico que adquiere sentido en los cuidados del grupo familiar. Se podría decir que la autoatención “supone saberes y técnicas específicas, una visión intersubjetiva de la enfermedad, la salud, la terapia y sistemas de creencias. Obviamente, los modos particulares de autotratamiento también varían entre las distintas culturas” (Idoyaga, 2005, p. 119). El empleo de algunas técnicas terapéuticas se hace sacándolas de sus contextos originarios, es decir, divorciada de sus principios y de la cosmovisión de las que emergieron.

Dentro de este punto de vista, la esfera de los autocuidados se relaciona con illness en tanto que corresponde con las percepciones que el enfermo como su grupo familiar tienen sobre la etiología, síntomas y terapéutica, que como ya se señaló, en muchos casos varía en relación con el modelo explicativo de los sanadores profesionales, a lo interno de una sociedad entre los grupos que la componen y entre culturas. Ciertamente

Estas racionalidades pueden ser complementarias, conflictivas o incluso contradictorias, pero coexisten y tienen una coherencia interna, son operativas, pragmáticas y funcionales; reflejan una síntesis de saberes que corresponden a diferentes modelos médicos relativamente diferenciados entre sí, en particular de la biomedicina y de la llamada “medicina tradicional”. Dichos saberes se expresan, producen y transforman en cada experiencia de morbilidad y mortalidad y adquieren una especificidad sincrética en la estructura de autoatención, donde se destaca el rol de la mujer como madre/esposa en la atención a la salud familiar. (Osorio, 2001, p. 14)

Se trata de un tipo de atención presente en cualquier sociedad, practicada por todas las personas dependiendo claro está de la gravedad o crisis de la enfermedad (Kleinman, 1978). Uno de los pilares sobre el cual se

asienta es precisamente el rol activo del enfermo y su entorno, de allí que “una misma medicina puede ser alternativa y/o complementaria, ello depende de la estrategia de salud desarrollada por el paciente” (Idoyaga, 2005, p. 121). Por lo que las personas hacen sus propios diagnósticos y en muchas ocasiones varían las prescripciones del médico, ingiriendo los medicamentos antes o después de lo recetado, combinándolos con otros o modificando la dosis indicada. La validación de los tratamientos tiene un marcado carácter subjetivo e intersubjetivo en el que se puede entrever una lógica epistémica subyacente en su concepción de la salud y la enfermedad, aunque esto no implique necesariamente que se descarte la evidencia objetiva naturalista en muchas de sus terapias.

Si bien involucra activamente a todos los miembros del grupo familiar en el cuidado del enfermo, como se menciona en la cita anterior, son las mujeres como madres, esposas e hijas las que asumen la mayor responsabilidad, encargadas de la alimentación, la higiene, el suministro del tratamiento, la prevención de las enfermedades y el fomento de hábitos saludables en el hogar. (Menéndez, 1990)

Se podría decir que la autoatención corresponde con el concepto de proceso asistencial de Comelles (2000) entendido como las diferentes formas en que los grupos sociales se organizan para hacer frente a un episodio de enfermedad individual o colectiva, si bien esta movilización es universal cambia de una sociedad a otra según su cultura. Son prácticas asistenciales que los grupos despliegan en función de los recursos socioculturales: cognitivos, emocionales e institucionales con los que cuentan, con base en los cuales establecen los criterios sobre las causas, clasificación y diagnóstico de las enfermedades y deciden la aplicación de cuidados y tratamientos.

Se trata de un proceso modelado por los conocimientos aprendidos empíricamente y el desarrollo de destrezas para emplear recursos diversos, que se configura sobre la base de experiencias individuales y colectivas más

que en las formales del sistema biomédico, por lo que casi siempre dentro de sus representaciones y prácticas sociales se entremezclan los conocimientos, los sanadores, los tratamientos y los espacios de atención, en la medida en que las personas hacen uso de todos los recursos humanos y materiales en circunstancias específicas.

De allí que pueda verse, de acuerdo con Comelles (2000) como un bricoler de opciones para dar respuesta a la enfermedad, orientado más por las eventualidades que por pautas institucionales, soluciones improvisadas que van formando parte de los saberes colectivos que se aplican nuevamente cuando se presentan similares condiciones y es justamente por ser una expresión de lo fortuito e idiosincrático que no llegan a convertirse en conocimientos y prácticas formales del sistema de salud. Si bien no constituye un dispositivo formal de atención tampoco se le puede calificar, como lo hace el sistema sanitario, de creencias y supersticiones, negando su valor en el proceso salud, enfermedad y atención

Ahora bien, Menéndez (2003) establece una distinción entre la autoatención y los autocuidados, aclarando que desde el enfoque biomédico el concepto de autocuidado está vinculado con la noción de estilo de vida, es decir, con el conjunto de comportamientos llevados a cabo por los individuos con el fin de prevenir las enfermedades y fomentar hábitos saludables. En contraste, desde un enfoque social la autoatención implica un diagnóstico, un tratamiento y cuidados que van desde la preparación de los alimentos, suministro de medicamentos, apoyo moral, hasta la higiene del cuerpo y del espacio físico, todos llevados a cabo por el enfermo y su entorno sin la intervención de sanadores profesionales.

Como se puede observar, siguiendo a Menéndez (2003), hay una clara diferencia entre ellas, pues el autocuidado es acentuadamente individualista en contraposición a la autoatención que es colectivista al incluir al grupo familiar y vecinal. De acuerdo con el autor la biomedicina entiende la autoatención como automedicación, esto es, el consumo imprudente de

medicamentos sin la debida prescripción de un profesional de la salud, ignorando muchas veces que la automedicación también incluye el consumo de plantas, animales y minerales. En lo esencial la biomedicina considera que la autoatención es una “desviación potencialmente peligrosa” de la terapéutica de la medicina moderna occidental (Perdiguero, 2006). Frecuentemente se le identifica con los sectores económicamente más deprimidos, aunque muchas investigaciones sostienen que se extiende por igual a todo el tejido social.

Para Menéndez (2003), no darle la adecuada importancia a esta esfera deja incompleto el análisis del proceso salud, enfermedad y atención, en la medida en que en ella se da un buen número de situaciones fundamentales para su comprensión. En consecuencia, considera que la caracterización de las distintas formas de atención ha de hacerse desde las prácticas que los grupos sociales llevan a cabo para tratar sus afecciones, lo que exige una metodología que privilegie la perspectiva emic de los enfermos y no etic de los sanadores de los distintos sistemas de atención, pues desde estos últimos se tendría una visión parcial del fenómeno, tomando en cuenta que cada sistema por lo general maneja una concepción excluyente y prejuiciosa que niega las bondades del otro.

Al respecto, Comelles (2000) considera que desde la perspectiva de las políticas socio-sanitarias epidemiológicas se elaboran estudios basados en datos estadísticos que se extraen de la aplicación de encuestas para medir indicadores demográficos, nivel de instrucción, estado civil, edad, sexo, ocupación, nivel de ingresos, tipo de vivienda, entre otros por parte del epidemiólogo y los casos registrados en su experiencia clínica en su contacto con los enfermos en los centros de salud.

Para el autor el problema de estos estudios es que tanto los datos generales de las estadísticas como el registro de los casos en consultorio están distantes de la complejidad de elementos que entran en juego en la aparición de las enfermedades y se reduce sólo a las patologías atendidas

en los centros de salud, quedando por fuera los casos del resto de la población que no acude a los consultorios. Son precisamente estos casos no registrados por las estadísticas los ignorados por el sistema sanitario, pero no por ello dejan de darse “procesos asistenciales y por tanto experiencias colectivas que hacen que estos trastornos se constituyan en el entorno de prácticas terapéuticas o de ayuda colectiva al margen de los dispositivos profesionales e institucionales.” (p. 20)

Esta situación, según Comelles (2000), genera diferencias entre las formas de concebir, representar y actuar ante las enfermedades por parte de la institución médica oficial y los grupos sociales. De este modo, el sistema socio-sanitario se basa en los casos que registra quedando por fuera muchos otros, mientras que los grupos sociales lo hacen desde la experiencia colectiva, marcados muchas veces por circunstancias especiales como crisis ambientales, epidemias, situaciones económicas precarias o convulsiones sociales, frente a las cuales de manera creativa responden a ellas, generando remedios y terapias que pasan a ser parte del conjunto de conocimientos y prácticas sobre la salud y la enfermedad. Esto genera grandes divergencias en lo que es importante para cada una, sin descartar algunas coincidencias en su apreciación e interés.

Este desconocimiento de las prácticas y necesidades reales de la gente (pobreza, densidad demográfica, calidad de los servicios públicos, hábitos higiénicos, entre otros) que determinan su percepción y comportamientos ante la enfermedad, está entre las razones que permite entender la poca efectividad o el fracaso de políticas sociosanitarias destinadas a prevenirlas, aunado al hecho de que los profesionales de la salud dan por descontado con mucha ligereza la penetración y aceptación del sistema biomédico en toda la sociedad. Es así como

se les informa al público que no deben dejar recipientes con agua, que ésta debe hervirse durante 10 minutos cuando es agua

potable, que hay que mantener la basura cerrada en bolsas plásticas, etc. Este discurso en los sectores de menores recursos económicos (...) no tienen ninguna efectividad porque no tienen estos servicios: cómo no mantener agua en recipientes si ésta sólo se obtiene cuando pasa el camión cisterna y por supuesto hay que recogerla en pipa; cómo hervirla durante diez minutos si lo que se tiene es una bombona, o en otro caso cocinas de kerosén y resulta sumamente costoso mantener la llama encendida; cómo mantener la basura en bolsas plásticas si el Servicio de Aseo Urbano y domiciliario no pasa nunca por estos barrios (...) en ningún momento los encargados del puesto de Salud Pública asumen la responsabilidad que les toca en este proceso y siempre buscan la causa de la ineficiencia del servicio en el otro, en “su ignorancia” o en “su falta de higiene”, etc. (García, 2000, p. 200)

www.bdigital.ula.ve

Es por todas estas consideraciones que el estudio de la autoatención permite entender los comportamientos reales de las personas (Menéndez, 2003), el rechazo o aceptación de las indicaciones dadas por el médico o por el curandero, los conflictos comunicacionales sanador-paciente y la necesidad de adecuar el tratamiento a las nociones y prácticas del enfermo. Lo que a la postre redundaría en un menor gasto económico y de tiempo tanto para el paciente como para el sistema de salud y de forma más amplia en un mejoramiento de las condiciones de vida de las personas.

Por consiguiente, la comprensión de tales prácticas es lo que le debe interesar al sector salud de una sociedad si quiere conocer lo que las personas hacen en términos reales para atender sus padecimientos. Claro está, siguiendo al autor, el fin no es identificar las afecciones y sus tratamientos basado exclusivamente en el punto de vista de los grupos sociales, pero tal acercamiento serviría para rediseñar las políticas sanitarias

ajustándolas a la idiosincrasia de los pueblos con el propósito de ganar una mayor aceptación y un menor rechazo que garantice su efectividad.

Esta aproximación implicaría detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan en forma particular el saber biomédico, el saber de los curadores tradicionales, el saber de los curadores alternativos y/o el saber de los grupos sociales, lo cual posibilitaría observar no sólo las convergencias y divergencias en la construcción del perfil epidemiológico dominante, sino el tipo de atención utilizada en situaciones específicas (...) que posibilitaría comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales, así como también la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual permitiría desarrollar estrategias que articulen dichas racionalidades. (Menéndez, 2003, p. 188)

www.bdigital.ula.ve

Como se ha podido observar tanto el sistema biomédico como el popular representan formas distintas de concebir la enfermedad, la salud y la atención. Si en cierto modo sus lógicas en principio se presentan opuestas, en muchos casos en la dinámica social, las personas acuden a ellos de manera secuencial o simultánea sin reparar en sus contradicciones. De hecho, independientemente de la condición socio-económica y nivel de instrucción los individuos no se manejan desde un solo sistema de atención a la salud, sino desde una pluralidad de sistemas, que aun cuando predomine el biomédico en la práctica coexisten dentro de lo que ofrece cada sociedad.

A pesar de la modernización de la sociedad venezolana en el siglo XX (Clarac, 1996), que en términos generales implicó el desarrollo de una infraestructura vial y urbana, procesos de escolarización, apertura de centros de salud, proliferación de medios de comunicación social y diferentes grados de industrialización de la producción, aún siguen presentes las terapias

curativas mágico-religiosas en las prácticas y representaciones sobre la salud y la enfermedad de los diferentes estratos sociales del país, en el que conviven la biomedicina, el espiritismo, el catolicismo y más recientemente las medicinas alternativas de origen oriental. Realidad extensible para toda Latinoamérica, tal como lo refleja Idoyaga (2005) en un estudio realizado en el área metropolitana de Buenos Aires entre los sectores medios y altos, donde pudo observar cinco tendencias en la escogencia del sistema de atención a la salud:

a) un grupo que prefiere la biomedicina y es renuente a utilizar otro tipo de terapia, b) un grupo que privilegia la combinación entre la biomedicina y las medicinas alternativas, c) un grupo que privilegia la combinación entre la biomedicina y las terapias religiosas, d) un grupo que combina la biomedicina con las religiosas, las alternativas y las tradicionales (curanderismo) y e) un sector que evita la biomedicina en todo lo posible. Todos los grupos sugeridos recurren, por supuesto, al autotratamiento. (p. 131)

En efecto, esta realidad se puede observar en todos los sectores y grupos étnicos que conforman una misma sociedad, independientemente de si son países de renta alta o de renta baja. En algunos las opciones pueden ser amplias y en otros reducidas o puede haber preponderancia de un sistema de atención más que otro, sin embargo, por más racionales o mágicas, más empíricas o religiosas que sean las ofertas y decisiones de las personas, todas buscarán combinar distintas alternativas más que conformarse con un solo sistema. Por ende, el estado civil, la edad, el sexo, el nivel de instrucción, los ingresos económicos, entre muchos otros indicadores sociales determinarán el tipo de combinación que hagan las personas para aliviar sus padecimientos.

Esto sucede aun en sociedades que tienen un sistema de atención a la salud hegemónico, que a pesar de ello, como en el caso de Latinoamérica de característica pluriétnicas, los individuos desarrollan estrategias curativas que integran sistemas que van de lo mágico a lo científico, de lo chamánico a lo religioso cristiano, sin mayores contradicciones. Aun cuando el sistema biomédico es hegemónico, en la práctica los individuos y su entorno, según el episodio de enfermedad y la condición sociocultural, le darán igual o más importancia a otras opciones curativas.

En buena medida esta realidad se puede ilustrar con el caso arriba expuesto de la zona metropolitana de Buenos Aires, también se puede hacer con un grupo indígena venezolano, cuya realidad social dista mucho de aquella, pero culturalmente con comportamientos que guardan algunas similitudes en lo que respecta a la búsqueda de la curación. De esta manera,

Ni la biomedicina ni la conversión religiosa parecen haber tenido mayor impacto sobre las concepciones de salud e'ñapa, ni provocado mayores conflictos en este terreno. Al respecto los E'ñapa han adoptado una posición pragmática y ecléctica: si Cristo, Dios, médicos, enfermeros y chamanes alegan poder curar males, pues se recurre a todos los que estén disponibles, simultáneamente o por separado, hasta que desaparezca la enfermedad. Así, no es inusual que un enfermo e'ñapa sea objeto de un culto evangélico de sanación, visite al médico, acuda a un chamán, y cante alabanzas al Señor. Sólo en el caso de las comunidades evangelizadas por las Nuevas Tribus se puede hablar de un desplazamiento en detrimento del chamanismo, debido a que la implacable demonización de la práctica por parte de los misioneros condujo a su clandestinización. En esas condiciones pervive aún el chamanismo en esas comunidades,

bien porque los E'ñapa lo practican furtivamente, o bien porque acuden a chamanes fuera del grupo. (Villalón, 2007, p. 36)

Ciertamente, las contradicciones entre los diferentes sistemas no son un obstáculo para el individuo que en busca de “una cura eficaz no se siente de ningún modo molesto por el hecho de pasar de un tipo de cura a otra, de acuerdo con las características de su enfermedad” (Le Breton, 2002, p. 90). En todo caso, esa búsqueda la realiza a partir de un crisol de saberes y creencias provenientes de fuentes diversas que nutren su visión de la curación y le dan forma a las prácticas de autoatención, que como ya se ha señalado, es la esfera donde las personas articulan conocimientos, técnicas y procedimientos curativos de un sistema y otro sin el recelo de los sanadores-médicos que generalmente desestiman todo aquello que no orbite dentro de su campo. Desde esta perspectiva se entiende que

Más allá del hecho de que el curandero puede incorporar a sus prácticas elementos de la biomedicina (...) o que el médico puede reconocer e incluso aconsejar algunos remedios tradicionales (...) son antes que nada los miembros de la comunidad quienes incorporan a sus propias estrategias de autocura elementos heterogéneos, irreductibles a la rígida dicotomía tradición/modernidad, que resultarían incompatibles o contradictorios a una mirada externa. (Bartoli, 2005, pp. 86-87)

Razón por la cual, la posición dominante de la biomedicina en las sociedades latinoamericanas no ha implicado la desaparición de las formas populares de curación ni ha sido obstáculo para la acogida de otros sistemas alternativos. Al contrario, los sistemas de atención arriba descritos, atraviesan las sociedades de manera transversal como una red de atención a la salud tejida por los distintos grupos sociales. De hecho, de acuerdo con

Idoyaga (2005), esta combinación de diferentes tipos de sistemas de atención a la salud: popular, alternativos o biomédico, es una situación que está presente tanto en las sociedades no industrializadas como en las industrializadas, lo que debe entenderse como una realidad cultural cuyas motivaciones y sentido han de estudiarse en los contextos locales en los que se dan sin perder de vista los aspectos políticos, económicos, históricos y globales que la cruzan. Por lo que, como señala la autora “es un error asociar la vigencia de las terapias tradicionales o la expansión de las llamadas medicinas alternativas y de las curas religiosas con la pobreza, la falta de instrucción de los usuarios o la ausencia de oferta biomédica en regiones alejadas.” (p. 111)

En tal sentido, el estudio del sistema de atención a la salud de una sociedad va más allá del análisis de cada sistema por separado y de los comportamientos normativos prescritos por el médico profesional, para enfocarse en los comportamientos reales que llevan a cabo las personas en la vida cotidiana, haciendo uso de los conocimientos, creencias, técnicas y terapias de los diferentes sistemas desde sus referentes culturales, experiencias personales y condición socioeconómica a nivel de la autoatención, lo que refleja un pluralismo médico en el que se advierte la complejidad del proceso salud, enfermedad y atención.

Finalmente, como se ha señalado desde el inicio, las personas en diferentes sociedades y momentos históricos han entendido, explicado y respondido a los padecimientos desde sus referentes culturales de maneras diversas, en función de los cuales han estructurado sistemas de atención a la salud. De allí que, no se debe olvidar que la biomedicina es una entre muchas otras formas de curación, que como todas también es el resultado de una construcción cultural que emergió en la Europa de los siglos XVIII y XIX y se expandió al mismo tiempo que lo hizo la cultura occidental.

PARTE III
TRABAJO ETNOGRÁFICO

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VIII

CONSTRUCCIÓN CULTURAL DEL PROCESO SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN EN LAS COMUNIDADES DE LA LAGUNITA, EL PORTACHUELO Y EL PARAMITO

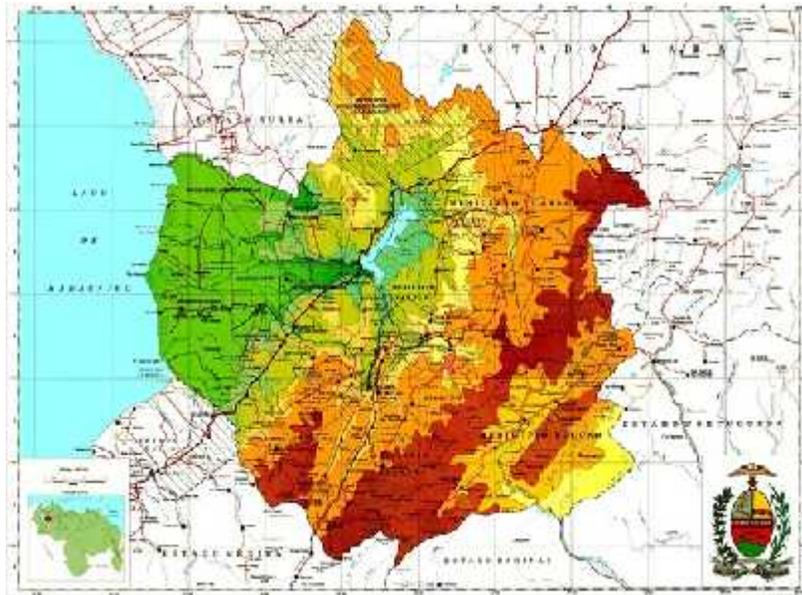
*Volverse un afable camarada de la persona estudiada,
un amigo distante, un extranjero circunspecto, un padre compasivo,
un patrón interesado, un comerciante que paga por revelaciones,
un oyente un tanto distraído ante las puertas abiertas
del más peligroso de los misterios,
un amigo exigente que muestra un vivo interés
por las más insípidas historias familiares,
así el etnógrafo hace pasar por su cara
una preciosa colección de máscaras
como no tiene ningún museo.*
Marcel Griaule

8.1 Ubicación Geográfica de las Comunidades en Estudio

El presente trabajo etnográfico se realizó en las comunidades campesinas de La Lagunita, El Portachuelo y El Paramito, sectores pertenecientes a la Parroquia La Puerta del Municipio Valera del Estado Trujillo. Las tres comunidades se encuentran entre los 1.940 a 3.275 msnm., con un clima templado de altura, una temperatura promedio que oscila entre los 18 y 20 C° durante el día y entre los 12 y 14 C° durante la noche, con un patrón bimodal de precipitaciones cuyos niveles más altos se registran en el primer semestre del año entre los meses de abril y mayo y el segundo entre los meses de octubre y noviembre, alcanzando un promedio anual de 1.200 mm.

Estas comunidades están ubicadas en el límite sur de la Parroquia La Puerta, colindando con el Estado Mérida, dentro de la subcuenca del Río del Valle del Momboy, a 10 Km (20 min. en vehículo por una carretera estrecha con pronunciada pendiente) del pueblo de La Puerta y 44 Km (50 min. en vehículo) de la ciudad de Valera.

**Mapa N° 1
Estado Trujillo**



Fuente: <https://www.google.com/search>

**Mapa N° 2
Estado Trujillo. En rojo Municipio Valera**



Fuente: <https://www.google.com/search>

Mapa N° 3
Municipio Valera. En azul Parroquia La Puerta



Fuente: <https://www.google.com/search>

Croquis N° 1
Municipio Valera

www.bdigital.ula.ve



Fuente: <https://www.google.com/search>

8.2 Dinámica Socioeconómica

Las tres comunidades han sido pobladas por personas procedentes de los páramos y montañas cercanas, como La Caja de las Lomas, el Páramo de Los Torres, El Paramito de Timotes, Cruz Colorada, entre otros. Según como se van conformando las familias, algunos suben y otros bajan, por ejemplo hombres que se casan con mujeres de las zonas bajas y viceversa, asentándose en una u otra comunidad, lo que explica por qué la gran mayoría se conoce y sigue el rastro de lo que cada uno ha hecho o están unidos por lazos familiares. La totalidad de la población en las tres comunidades se define como católica y de ellos una buena parte como practicantes, no se encontraron personas que siguieran otros cultos religiosos.

En las tres comunidades habita un total de 70 familias, 35 en El Portachuelo, 23 en La Lagunita y 12 en El Paramito, en promedio cada familia cuenta con 5 miembros para un total aproximado de 350 personas (ver Cuadros 1 y 2). El número de habitantes de La Lagunita es fluctuante, debido a que algunas familias no son originarias de la zona, por lo general vienen del Zulia en temporadas vacacionales, fuera de ésta sus casas permanecen solas o con una persona que las cuida. A esto se suma que muchos pobladores de las tres comunidades se mudan a La Puerta, Valera o a ciudades más distantes como Maracay y Caracas, algunos de forma definitiva sin perder contacto con sus familiares y otros retornando luego de un periodo largo de ausencia.

Cuadro N° 1
Población Total de El Portachuelo, La Lagunita y El Paramito

COMUNIDAD	N° DE FAMILIAS	N° DE PERSONAS
El Portachuelo	35	194
La Lagunita	23	102
El Paramito	12	54
TOTAL	70	350

Nota. Cuadro elaborado con datos tomados de los Consejos Comunales La Lagunita y Siete Lagunas.

Cuadro N° 2
Distribución por edad y sexo de la población de El Portachuelo, La Lagunita y El Paramito

GRUPO ETARIO DE LAS TRES COMUNIDADES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Niños: 0-12 años	29	23	52
Adolescentes: 12-20 años	35	31	66
Jóvenes: 20-40 años	52	41	93
Adultos: 40-65 años	43	38	81
Ancianos: 65 en adelante	35	23	58
TOTAL	194	156	350

Nota. Cuadro elaborado con datos tomados de los Consejos Comunales La Lagunita y Siete Lagunas.

Las casas de las tres comunidades están construidas casi en su totalidad con bloque y cemento y un número reducido con material de tapia, poseen servicios básicos como agua, luz eléctrica, gas por bombona que alternan con el fogón en El Paramito, televisión por antena satelital y señal abierta, telefonía fija en El Portachuelo y La Lagunita y telefonía móvil en El Paramito. La luz y el teléfono son los servicios más antiguos, instalados en 1976, quedando pendiente aún la construcción de un sistema de drenaje de aguas servidas. Las comunidades cuentan con un Ambulatorio Rural Tipo 1, una Capilla y una Escuela ubicadas todas en La Lagunita a excepción de El Paramito que cuenta con una Escuela. La vía de acceso de La Puerta a La Lagunita se pavimentó a mediados de los años setenta y la que conduce desde La Lagunita hasta El Portachuelo en diferentes etapas. La carretera de tierra de La Lagunita hacia El Paramito se hizo a comienzos de los 80, cuando se instalaron las torres de cables de alta tensión que conducen al Páramo de Los Torres.

En La Lagunita la actividad económica dominante es el comercio y el turismo que se tejen alrededor de la laguna, la producción agrícola es exigua, sólo cultivan dos familias, el resto lo hace en las comunidades aledañas, especialmente en El Portachuelo, debido a que en su mayoría el poco espacio está dispuesto para el turismo (posadas, restaurantes y pequeños

locales comerciales). Al contrario, en El Paramito y El Portachuelo la principal actividad económica es la producción agrícola, la que realizan en el mismo lugar donde viven.

En general, la zona se caracteriza por tener suelos profundos, pedregosos, bien drenados, con texturas franco-arenosas y un alto contenido de materia orgánica. Las familias cubren sus necesidades de alimentación en gran medida de su actividad agrícola. Entre los cultivos de verduras y hortalizas destacan papa, zanahoria, apio, brócoli, coliflor, repollo, alcachofa, acelga, ajo porro y lechuga; entre las frutas fresa y mora; en menor proporción legumbres como caraotas y cereales como el maíz. Crían vacas, cabras, pavos, gallinas, pollos y conejos para el consumo propio y como herramientas de trabajo los bueyes para el arado y los caballos para la carga y el transporte, aunque este último menguado por el creciente empleo de vehículos rústicos y motos. En algunas casas practican el compostaje artesanal y el cultivo de huertos de plantas medicinales y florales.

www.bdigital.ula.ve

8.3 Aproximación Metodológica al Tema de Investigación

Desde una perspectiva etnográfica, en la presente investigación se concibió la realidad como particular y por tanto sus características no siempre generalizables, estudiando el proceso salud, enfermedad y atención ligado a la cultura como resultado, por una parte de una dinámica histórica en la que se han entremezclado creencias y prácticas ancestrales de los grupos indígenas, españoles y africanos y por el otro de los procesos de modernización y contacto con la vida urbana, sin dejar de considerar las estrategias adaptativas a las condiciones ambientales. Por lo que desde el enfoque emic y etic se estudiaron los comportamientos y creencias como respuestas culturales que se expresan en el modelo explicativo que manejan las personas, en sus interpretaciones de las experiencias con el personal médico profesional y curanderil, las redes de solidaridad que establecen entre ellos y los tratamientos que emplean.

En este sentido, el trabajo de campo se inició a partir del conocimiento previo que se tenía de las tres comunidades en estudio, procediendo inicialmente a contactar a aquellas personas que pudieran proporcionar información sobre la dinámica de la vida diaria de las comunidades y propiciar su acercamiento. Para tal fin se empleó la técnica de muestreo “bola de nieve” propuesta por Polsky, que consiste en “comenzar con un pequeño número de personas, ganar su confianza y a continuación pedirles que nos presenten a otros” (Taylor y Bogdan, 2002, p. 41). De allí que el contacto con los primeros informantes permitió un acercamiento con algunos habitantes de las comunidades, que se fue profundizando en una serie de visitas que sirvieron para conocer a otros y con el tiempo interactuar con ellos en los distintos escenarios de su cotidianidad. En esa misma medida se recabaron datos cada vez más importantes para la comprensión del fenómeno de estudio. Durante este proceso se estableció el vínculo con 5 informantes clave con los que se trabajó a lo largo de la investigación: 2 en La Lagunita, 2 en El Paramito y 1 en El Portachuelo.

Los datos se recolectaron en sucesivas visitas en un período de tres años (2013, 2014 y 2015). El Paramito fue la primera comunidad conocida tras algunas excursiones realizadas hacia esas montañas a comienzos del año 2013, lo que posibilitó las relaciones con sus habitantes y posteriormente ir conociendo de forma gradual algunos miembros de las otras dos, considerando que los pobladores de las tres comunidades están estrechamente relacionados por lazos de parentesco y amistad. Para mediados de 2013 ya se mantenía un contacto directo y continuo con las comunidades de El Portachuelo y La Lagunita, por lo que se pudo delimitar con mayor precisión las distintas áreas de estudio. En este periodo el trabajo de campo se focalizó en la temática a investigar, claro está sin descartar datos que espontáneamente las personas suministraban sobre su diario vivir, los que fueron igualmente registrados y agrupados en sus respectivas áreas temáticas. Tomando en cuenta que el binomio salud-enfermedad ocupa

buena parte de las conversaciones de la vida cotidiana, bien porque las personas sienten la necesidad de contar sus episodios de enfermedad para desahogarse, encontrar solidaridad, consolación ante las dificultades o intercambiar experiencias para ampliar sus conocimientos, se pudo acceder con relativa facilidad a este ámbito de la vida social.

A partir de 2014 se profundizaron las relaciones con los pobladores de las tres comunidades, aprovechando distintas situaciones como jornadas de trabajo y de descanso, tanto al aire libre como en espacios cerrados. En El Paramito, un pequeño galpón que hace las veces de lugar para las reuniones comunitarias, la realización de misas, el almacenamiento de materiales diversos y alojamiento para excursionistas, sirvió de morada para permanecer días continuos en la zona, desde la cual se visitaban las otras dos comunidades. Durante este tiempo se ahondó en la recolección de datos al tiempo que se procedió a su respectiva categorización.

Gracias a la dinámica del trabajo de campo que abre los escenarios para compartir comidas, espacios de la casa, charlas, fiestas tradicionales, episodios de enfermedad y demás momentos de la cotidianidad, se pudieron aprehender elementos que trascienden lo verbal y que no son el resultado de una entrevista, de un guión elaborado, sino que surgen libremente en el encuentro más allá del grabador, del lápiz y del papel, en el que se develan elementos significativos de la cultura, muchas veces implícitos y desconocidos por los mismos integrantes del grupo cultural, pero con una riqueza informativa en ocasiones mayor a la recolectada por vía de un instrumento como la encuesta. Esto “ilustra el modo como irrumpe la etnografía que resulta relevante y a cuya ocurrencia hemos de amoldarnos, recordándola o anotándola lo antes posible. En realidad, lo que esos hechos rebelan es algo enteramente usual en todo trabajo de campo.” (Sanmartín, 2000, p. 116)

Finalmente, en el año 2015 la información reunida sobre los distintos aspectos de la realidad en estudio y el análisis de la relaciones entre ellos,

permitieron observar lo que Glaser y Strauss (1967) denominaron “saturación teórica” o “saturación de los datos”, lo que indicaba desde la perspectiva de la metodología cualitativa que se había alcanzado la representatividad, tomando en cuenta que al “llegar a un punto en la información o en la comprensión tal que lo aportado por nuevas entrevistas resulte ya sabido y redundante. Esta saturación de la información puede servir como criterio para estimar la suficiencia de la muestra etnográfica recogida.” (Sanmartín, 2000, p. 120). De igual manera se trabajó con una representación tipológica en la que estuvieran presentes los distintos segmentos sociales, garantizando una mayor heterogeneidad de los datos de acuerdo con los objetivos perseguidos en la investigación.

Ahora bien, en cuanto a las técnicas de recolección de datos se emplearon la observación participante y la entrevista no estructurada en correspondencia con las estrategias etic y emic, toda vez que ellas se adecuan a los fines de esta investigación, como es acceder a los datos significativos de las acciones e interacciones sociales y dar cuenta del sentido que las personas le otorgan a las mismas, enfatizando su punto de vista y valorando los procesos comunicativos en la interacción, en el que el lenguaje se presenta como un instrumento para conocer, interpretar y producir ese mundo.

En este sentido, se aplicaron conjuntamente dos tipos de muestreo: el intencional que permite seleccionar a las personas con mayor conocimiento sobre el tema privilegiando el grado de participación en la atención de los enfermos y el intensivo, por medio del cual se profundiza el contacto con aquellas personas que dan cuenta del fenómeno en su forma más común y cotidiana. Muestreos que se emplearon a las tres comunidades integradas por un total aproximado de 350 personas, las que conforman la unidad de análisis.

Al respecto, se entrevistaron personas de todos los segmentos sociales cuyos nombres, edad, sexo, ocupación, grupo familiar, lugar y fecha se

apuntaron en el diario de campo. En este sentido, se incluyeron ancianos, padres de familias, adultos, personal de salud que labora en los centros médicos y curanderos locales, en general hombres y mujeres de edades comprendidas entre 25 y 75 años de edad, quienes brindaron información sobre la etiología de las enfermedades, formas de diagnosticarlas, las técnicas curativas empleadas, las maneras de prevenirlas, las experiencias vividas frente a un episodio de enfermedad, entre otros.

Los individuos a los que se les aplicó la entrevista en profundidad (unidad de registro), quienes conforman la unidad análisis (población de estudio), estuvo representado por 38 personas incluidos los 5 informantes clave. Se entrevistó mayoritariamente a personas del sexo femenino en total 23, habida cuenta que en las tres comunidades son las mujeres las que se ocupan de la atención de los enfermos bien como madres, hijas, esposas o hermanas, teniendo los hombres poca responsabilidad en estas tareas de cuidado. Especialmente mujeres entre los 35 y los 75 años que por mantenerse en el hogar y al crecer la familia siguen ejerciendo el papel de cuidadoras, a quienes la comunidad les reconoce el conocimiento acumulado. En el caso de las mujeres más jóvenes, las ocupaciones laborales en ocasiones las distancian un poco del hogar, dejando muchas veces en sus madres el resguardo parcial de sus hijos. Por su parte, las abuelas de avanzada edad aportan consejos e ideas pero más retiradas de las tareas de cuidado o en algunos casos son ellas objeto de los cuidados debido a su edad y deteriorada salud. En cuanto a los hombres, el reducido número obedeció a sus ocupaciones, la poca participación en las tareas de cuidado de los enfermos y al escaso interés que mostraban para hablar sobre temas relacionados con la salud y la enfermedad.

La entrevista no estructurada en profundidad fue administrada en distintos momentos sin limitación de tiempo, extendiéndose pocas veces más allá de una hora y media, con algunas salvedades en las que el entrevistado mostraba claro interés en seguir ahondando en el tema o no manifestaba

desagrado ante las preguntas. No todas las entrevistas fueron grabadas, ya que algunas personas reflejaban cierta incomodidad o timidez al saberse grabados, a pesar de ello, las que pudieron serlo se hicieron desde una grabadora digital. La mayoría de las entrevistas se realizaron en las casas de las personas, algunas en los centros de salud, mientras que a la curandera se le entrevistó en su casa donde atiende a las personas y a los profesionales médicos en sus lugares de trabajo.

8.4 El Vínculo Hombre-Naturaleza

Entre las tres comunidades estudiadas se pueden observar algunas diferencias que vienen dadas de su actividad económica, la accesibilidad vial, el contacto con turistas, las personas provenientes de otros Estados que se establecieron en la zona y los vínculos con la ciudad de Valera. De las tres La Lagunita es la que tiene más relación con La Puerta y Valera, además del contacto con turistas los fines de semana y temporadas vacacionales, sin contar las personas que han comprado propiedades en el sector, en su mayoría provenientes de Maracaibo y Valera.

Foto N° 1
Comunidad La Lagunita





En cambio, El Portachuelo está en un término medio, es una comunidad de campesinos que viven y cultivan en el mismo lugar, en ocasiones sus propias tierras y en otras a propietarios no lugareños, producción que los vincula con La Puerta y Valera donde comercializan las cosechas y compran mercancías e insumos.

Foto N° 2
Comunidad El Portachuelo



Por su parte, El Paramito está más distante de La Lagunita y El Portachuelo, por ende de La Puerta, su difícil acceso a través de una carretera no asfaltada con pendientes prolongadas refuerza esta condición. Allí, la mayoría de las personas viven y trabajan sus propias tierras, en muchos casos venden sus cosechas en el mismo lugar a personas que suben de El Portachuelo, La Lagunita y La Puerta o cuando mucho bajan y las comercializan en estos lugares, donde también adquieren sus insumos.

Foto N° 3
Comunidad El Paramito



Ahora bien, independientemente de lo mucho o poco tradicionalista, de la cercanía o lejanía con turistas o ciudadanos, de manera general se observa en los pobladores tres formas de concebir la naturaleza. Estas formas son un reflejo de sus representaciones sobre el medio natural, lo que incide en todos los aspectos de su vida sociocultural, incluyendo la concepción de la salud y la enfermedad.

Entre estas formas se encuentra en primer lugar una visión de la naturaleza que se deriva de las creencias de los antepasados, pero que a diferencia de antaño ya no simboliza un lugar sagrado, en tanto que se ha ido perdiendo su percepción mística conforme también han dejado de existir aquellas personas a las que llamaban “idólatros” (así lo pronuncian), hombres que por medio de sus dones accedían a ese mundo sobrenatural, tal como lo relatan los más ancianos, que si bien aún lo recuerdan, desconocen el origen de su denominación. Por lo que se presume que deriva de la imposición de los sacerdotes católicos a los grupos indígenas para condenar formas religiosas de adoración-veneración distinta a la profesada por ellos, denominación que posteriormente pasaría a las poblaciones campesinas. Sin embargo, como el idólatro en realidad corresponde a la figura del chamán, hombre bastante apreciado por la comunidad, tal denominación no tenía en el pasado, como tampoco hoy tiene, connotaciones negativas para los habitantes de las tres comunidades.

Pues bien, de esa pérdida de lo místico los más ancianos conservan borrosos recuerdos en los que representan a la naturaleza habitada por fuerzas sobrenaturales, seres con características malignas más que benignas, destinados a proteger determinados sitios con el propósito de que no sean visitados o en su defecto, para repeler a las personas que no transitan por ellas con la actitud adecuada. Como resultado de ello tienen una noción más que de respeto de temor por los encantos de lagunas y montañas y debido a la pérdida del carácter sagrado de la naturaleza surgen a veces disputas por el uso y control de algunos recursos como el agua, como si de un bien material se tratara. Este temor está presente principalmente en los habitantes de El Paramito y en menor medida de El Portachuelo y La Lagunita, de hecho, la laguna de este último sector tiene para ellos principalmente un valor comercial en tanto que a su alrededor se realizan las diferentes actividades turísticas.

En segundo lugar hay una visión relacionada con los riesgos que representan las fuerzas de la naturaleza, las que son percibidas como amenazantes por la acción de sus elementos: viento, sol, lluvia y baja temperatura que pueden afectar tanto la salud como las condiciones físicas del medio, por ejemplo los caminos, las cosechas, los derrumbes, entre otros. En tercer lugar está presente una visión que tiene que ver con las actividades económicas que realizan en ella, de la que se deriva una noción de la naturaleza como medio de producción, lo que no se traduce necesariamente en una concepción mercantilista de agresiva explotación o excesivo usufructo. El concepto de máxima ganancia o cualquier otra forma de racionalizar la producción no es una idea fuerza en ellos, de hecho, existe un ritmo y una conformidad con lo que se hace, sin sobre exigirse ni sobre explotar la tierra. Lo que contrasta con la actividad comercial-turística que se desarrolla en La Lagunita, principalmente los fines de semana y temporadas vacacionales, de la que tratan de obtener rápidas ganancias ofreciendo espacios para la recreación, el alojamiento y el consumo.

8.5 Las Representaciones sobre la Salud y la Enfermedad de los Pobladores de las Comunidades en Estudio

Aun cuando la enfermedad es un fenómeno universal cada pueblo la concibe y trata de manera particular en el contexto de sus creencias, tradiciones, valores y normas que constituyen sus referentes interpretativos, los cuales le dan sentido a sus conocimientos y prácticas curativas y de forma más amplia al mundo que les circunda.

En este sentido, todas las sociedades elaboran representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad, entendidas de acuerdo con Moscovici (1981), como construcciones de significados con base en las cuales las personas perciben, interpretan y actúan en los distintos escenarios de la vida social. De esta manera, las representaciones reúnen aspectos de la realidad que en principio se muestran distantes y contradictorios hasta

hacerlos familiares, al tiempo que simplifican la diversidad de conocimientos y creencias, lo que le da orden y sentido a la interacción social. Tomando en cuenta que la biomedicina no escapa de estas construcciones culturales, la enfermedad no debe ser estudiada únicamente desde las consideraciones epistemológicas de la ciencia médica occidental, cuyos postulados se presentan deliberadamente divorciados de las condiciones socioculturales con base en las cuales las personas construyen sus representaciones sobre el mundo en general y sobre la salud y la enfermedad en particular.

En todo caso, comprender la concepción de la salud, la enfermedad y la atención de los pobladores de las comunidades en estudio desde su perspectiva, pasa por considerar dicha concepción entrelazada con los diferentes ámbitos de sus vidas cotidianas, con los espacios naturales, los ritmos de las temporadas de lluvia o sequía, el trabajo de la tierra, la actividad turística, las creencias religiosas, las precarias condiciones económicas e higiénicas de vida, la memoria local y las estrechas relaciones grupales. Elementos todos que están en la base de las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad presente en las tres comunidades.

Dentro de este contexto, entre sus representaciones sobre la salud y la enfermedad se puede encontrar en primer lugar la percepción de la salud como la posibilidad de realizar las actividades productivas sin que un malestar, dolor o agotamiento excesivo lo impida, pues la interrupción del trabajo trae aparejado dificultades para la sobrevivencia y la satisfacción de las necesidades básicas, en la medida que su ausencia en las tareas diarias no es fácilmente reemplazada, convirtiéndose en muchos casos en una carga familiar. En segundo lugar, la salud implica participar en las actividades familiares y comunitarias, por lo que la enfermedad es vista como una ruptura con la cotidianidad que los priva de compartir y reforzar los vínculos socio-afectivos, generando un desequilibrio en todos los ámbitos de la vida de la persona y del grupo familiar, situación que va acompañada del abatimiento y la preocupación como un agregado emocional.

Si el gozo es expansión, ensanchamiento de la relación con el mundo, el dolor es acaparamiento, interioridad, cerrazón, desapego de todo lo que no sea él mismo (...) [el individuo] se retira en sí mismo para afrontar su mal sin debilitar su energía o evitar los contactos, que amenazaban, según su parecer, la estima con la cual lo han investido los demás. (Le Breton, 1999, pp. 25-26)

En tercer lugar, como suele ocurrir en buena parte de la sociedad nacional, están las representaciones de carácter religioso de raigambre católica. En consecuencia, muchas de las enfermedades naturales y sobrenaturales que ellos identifican tienen un fundamento compartido en la idea católica del pecado, idea inicialmente impuesta a los grupos indígenas de América Latina durante la conquista y colonización española, para quienes era “preciso que el indio, como todo hombre, se contemple a sí mismo de una forma peculiar, se contemple como ‘pecador’.” (Gutiérrez, 2000, p. 89)

De esta idea se desprende un precepto moral de carácter religioso sobre lo que es bueno y malo, cuya violación acarrea consecuencias en el “acá” como enfermedades, infortunios y perturbación de las bases sobre las cuales se sostiene el orden social y natural y en el más “allá” la pérdida del alma. Dentro de esta perspectiva tiene cabida una imagen de Dios como el gran curador pero también como el responsable de algunas enfermedades por medio del castigo, imagen que oscila entre un ser martirizador y misericordioso. Por ende, la enfermedad tiene connotaciones de “mal”, que se manifiesta tanto a nivel mental como corporal, por lo que la curación deviene en religiosa aunque puede incorporar otros elementos, jugando la eficacia simbólica un papel más importante que la eficacia médica. Visto de esta manera

El mal es entendido como desarmonía o como agresión y sus manifestaciones particulares toman en el individuo la forma de una aflicción o una enfermedad. Que el mal se represente como causado por la desarmonía supone que se postula la existencia de un “contrato” previo, de un acuerdo que armoniza las relaciones del individuo con la naturaleza, consigo mismo, con otros, y con los poderes sobrehumanos. Es la ruptura de cualquiera de estos “contratos” lo que produce la aflicción. (Gutiérrez, 2000, p. 103)

En este sentido, la salud es percibida como una gracia de Dios y la enfermedad como un castigo derivado de comportamientos pecaminosos. Como resultado de esto, cuando padecen una enfermedad “generada” por una acción mal intencionada que acarrea un “castigo”, sobreviene un sentimiento de culpa y desasosiego, en tanto que la enfermedad los enfrenta con las “causas últimas” (Langdon, 2014). Aun cuando las personas consideran que no han hecho nada malo para merecerse una enfermedad, si algunos familiares, amigos o vecinos lo creen, sacan a relucir cuentos y especulaciones de todo tipo para justificarlo.

Pero cuando no observan claramente la responsabilidad del enfermo, desde las creencias religiosas ofrecen otras explicaciones que les ayuda a resignarse ante el padecimiento. Por ejemplo que son pruebas para medir la fe, limpiar un pecado, fortalecer el alma, cambiar un comportamiento o incluso desde el “todo sucede por algo” se justifica una enfermedad leve o aguda como el mal menor para evitar un mal mayor, como el quedarse en casa y no salir a transportar verduras a otro Estado por la supuesta ocurrencia de un accidente en donde perdería la vida.

También se pudieron identificar representaciones por grupo etario, así, en el caso de los jóvenes consideran que estar sano es tener buen aspecto, poder compartir con familiares y amigos en los distintos ámbitos de la vida social y realizar cualquier actividad física. Para los hombres adultos es poder

mantener económicamente a la familia y para las mujeres realizar los oficios del hogar y atender la familia, cuando no buscar el sustento diario. En el caso de los ancianos es no tener dolencias y limitaciones físicas que les impida valerse por sí mismos, manteniéndose activos dentro del grupo familiar.

Con frecuencia esta última representación también se observa entre los pobladores con enfermedades crónicas, independientemente de su edad, quienes ven mermadas sus fuerzas e imposibilitados para cumplir cabalmente con sus tareas diarias. Condición que los lleva a una suspensión de la dinámica de la vida cotidiana y a un retiro parcial de las actividades colectivas, haciendo mella en las bases sobre las cuales se sustenta su sentido de la vida y de lo que culturalmente es considerado como “normal”, lo que incide en su autoestima y posición dentro del grupo. Se entiende que, “Todo dolor, incluso el más modesto, induce a la metamorfosis, proyecta a una dimensión inédita de la existencia, abre en el hombre una metafísica que trastoca su ordinaria relación con el prójimo y con el mundo.” (Le Breton, 1999, p. 26)

En todo caso, la apreciación que los enfermos crónicos tienen de la enfermedad es distinta a la de quienes padecen enfermedades agudas, en la medida en que no pueden volver a la regularidad teniendo que ajustar la vida diaria y las actividades productivas a su nueva condición. Como señala Uribe (1989), el diagnóstico médico resulta desalentador para quien padece este tipo de enfermedad, pues ve disminuida sus expectativas de curarse, visualizando la enfermedad como un desafío con el cual tendrá que lidiar en el futuro.

Ciertamente la enfermedad crónica condiciona la vida de la persona que la sobrelleva, al sentir que en parte pierde su libertad de decidir cómo llevar su vida, qué comer, cómo trabajar y adonde ir, por lo que en algunos casos se resiste a cambiar sus hábitos y adaptarse a las nuevas circunstancias, como sucede con el señor Ramón Araujo, quien recuerda con nostalgia y resignación los tiempos en los que caminaba páramos y lagunas

o realizaba sus labores de cultivo, momentos que contrasta con su condición actual determinada por las limitaciones que le imponen sus dolencias articulares a causa de la artritis.

Al igual que muchas personas en estas situaciones el señor Ramón inicialmente no aceptaba su estado, resistiéndose a cambiar su rutina diaria y visitar un médico, lo que probablemente fue agravando sus síntomas, de hecho, a pesar de su avanzada edad y padecer estas dolencias no cumple un tratamiento y se esmera por tratar de llevar una vida lo más normal posible para una persona de su edad. En ocasiones se interpreta la no asistencia al sistema biomédico o a cualquier otro sistema subalterno por tener un umbral de dolor muy alto, sin embargo, una mirada más compleja revela razones de diversa índole, como la precariedad económica, el no querer ser una carga para los demás, las deficiencias del sistema de atención pública, entre otros aspectos. De forma similar, la señora Candelaria Abreu ve disminuida su participación en la producción agrícola y en los quehaceres del hogar por problemas en su columna (compresión de discos intervertebrales), siendo asistida por sus hijas en su atención y en muchas de su responsabilidades.

Con todo, se pudo observar en varias familias que la no aceptación de la nueva condición por parte de la persona enferma, retrasa la superación del estado emocional que implica dejar de vivir como lo venía haciendo hasta ahora. Lo que obliga al grupo familiar hacer ajustes también en sus estilos de vida, verbigracia, en la dieta, en el presupuesto y en general en sus vidas cotidianas para atenuar la resistencia del enfermo y ayudar a controlar su sintomatología, conminándolo a cumplir con el tratamiento indicado.

8.5.1 Clasificación de las Enfermedades según su Etiología:

Desde un punto de vista heurístico y tomando en cuenta los planteamientos de Foster y Anderson (1978) sobre la clasificación de las enfermedades según la etiología, en las tres comunidades se puede

identificar dos tipos de enfermedades: impersonales o naturalistas que son el resultado de desequilibrios corporales provocados por elementos naturales y personalistas o sobrenaturales generadas por la intencionalidad de un agente que puede ser humano (chamán), fantasmal (espíritu maligno) o sobrenatural (deidades). En el caso de las enfermedades impersonales o naturalistas las hay tradicionales y biomédicas y en cuanto a las personalistas o sobrenaturales se encuentran las mágico-religiosas, las que según la parte afectada se pueden dividir en tres tipos (ver Cuadro N° 3): las que sólo afligen al cuerpo, las que iniciándose en el cuerpo se extienden al alma y aquellas que comenzando en el alma pasan al cuerpo. Las enfermedades que inicialmente abaten el alma si no son atendidas a tiempo terminan enfermando el cuerpo y viceversa y las que sólo se manifiestan en el cuerpo si no se tratan oportunamente se agudizan comprometiendo la vida de la persona o volviéndose crónicas sin consecuencias para el alma.

www.bdigital.ula.ve
Cuadro N° 3
Enfermedades Tradicionales

Enfermedades	Afectan solamente al cuerpo	Afectan inicialmente al cuerpo y después al alma	Afectan inicialmente al alma y después al cuerpo
Naturales			
Dolores de huesos y coyunturas, pérdida de la vista y la audición, debilitamiento de los dientes y tos	X		
Frío	X		
Mal viento	X		
Susto o enfermedad de los nervios		X	
Sobrenaturales			
La promesa		X	X
Las transgresiones		X	X

morales			
El mal de ojo			X
El cuajo caído o descuajo		X	
El encanto de laguna			X
El mal de arco			X

8.5.1.1 Enfermedades Impersonales o Naturalistas:

Dentro de las enfermedades de origen impersonal o naturalista se pueden encontrar las tradicionales y biomédicas, muchas de las cuales están presentes en diferentes grupos étnicos originarios de Latinoamérica o son el resultado de la combinación y reconfiguración de las creencias culturales indígena, española y africana.

8.5.1.1.1 De Orden Tradicional:

Para los pobladores existen diversas causas naturales que pueden conducirles a la pérdida de la salud, entre ellas están el fuerte trabajo durante largos años, subir y bajar las montañas cargados de peso, el frío que baja de los páramos, la vejez, el no cuidar la salud sobre todo cuando se es joven, el haberse expuesto a los elementos de la naturaleza (el sol, el frío, la lluvia y la humedad) y el cocinar con leña durante muchos años en el caso de las mujeres. En algunas circunstancias de forma clara y otras no tanto, ellos enlazan todos estos elementos para explicar buena parte de las causas de las enfermedades naturales, como dolores de huesos y coyunturas, pérdida de la vista y la audición, debilitamiento de los dientes y tos.

Al repasar esas enfermedades naturales y sus causas, se observa que son el resultado de procesos biológicos naturales de envejecimiento fisiológico del cuerpo y de envejecimiento patológico por haberlo sometido a fuertes condiciones ambientales y de trabajo, para las cuales elaboran explicaciones empíricas desde la tradición. No siendo el caso del “mal viento”

y el “frio” o “pasmadura”, que si bien en apariencia son ocasionadas por condiciones ambientales, subyace una construcción cultural que reviste a ambas de una fuerza intrínseca que no se percibe sensorialmente, pero que tiene el poder de ocasionar desequilibrios corporales que conducen a la enfermedad.

En este sentido, se cree que el mal viento es una enfermedad generada por el paso de un viento o aire que afecta a las personas. A diferencia de las creencias de algunos grupos étnicos latinoamericanos como los Mayas Yucatecos de Mesoamérica (Gutiérrez, 2000), en las tres comunidades el mal viento no está ligado al espíritu de un muerto, entidades malignas, dioses o elementos perniciosos portadores de enfermedad. Por el contrario, se le vincula con las condiciones geofísicas que influyen en las corrientes de aire, su temperatura y densidad, las que en determinadas situaciones al entrar en contacto con el cuerpo pueden enfermarlo por la acción de la fuerza intrínseca arriba nombrada.

www.bdigital.ula.ve

Mama Chica. *El mal viento es que la gente se llena de gases y se avienta y le da por un mal aire, eso le da a los niños y a los grandes también. A los niños se les da un poquitico de alka-seltzer con unas ramitas de guayabita y a los grandes se les da eneldo con anís estrellao, a los niños más grandecitos se les puede dar también.*

(Francisca Ramírez, mejor conocida como Mama Chica o Pancha. Mujer de 73 años, curandera, vive en El Portachuelo con dos de sus hijos)

Ramona. *Lo que si es que mi nieta tenía el ombligo salido y tenía como aire, eso tenía una pelota así de aire y entonces la mamá la llevó al pediatra y él le dijo que la tenía que operar a los dos años, que tenía una hernia, entonces la señora Francisca (Mama Chica) la vio, porque ella es la madrina de agua, ella pone las aguas, entonces yo aproveché y le pregunté por qué la niña tenía el ombligo así, entonces ella dijo eso es aire por un mal viento que le dio por el ombligo, yo le dije que un pediatra la iba a operar y ella dijo ¿cómo que la van a operar? Venga, yo le voy a mandar el remedio y le mandó un poco de cosas que ella compra, no me acuerdo, eso lo ponen en la iglesia, mirra, incienso y estoraque, lo molió y me dijo busque el aceite alcanforado y uno se lo pone y si se puede se compra el aceite de tártago y le pone alcanfor y le pone ahí 9 noches. Ella dice que es porque ahora no le acostumbran a ponerle fajero a los niños y por eso es que se le pone el*

ombligo así, eso es aire que agarran. Ah entonces le hice yo misma las nueve noches porque la mamá es muy jovencita y se mejoró, ahora tiene el ombligo muy bonito. Asimismo le pasó a una señora de La Puerta que tenía la hija con el mismo problema y la llevó pa donde la señora Francisca y se le quitó.

(Ramona González, hija de la Señora Genarina Lobo de González. Mujer de 52 años, dedicada a los oficios del hogar, vive en La Lagunita)

Genarina. *Lo que sí una vez se me enfermó fue Nelson (señalando a un hijo que estaba en la casa de al lado) y eso fue por culpa mía porque yo estaba muy apurada haciéndole comida a unos obreros que tenía, entonces el muchacho se dijo a llorar en la cama y entonces yo fui y le cambie la ropa y lo saqué y le dio aire y en la noche le dio ese vómito y diarrea y se estuvo al otro día con ese vómito y diarrea y entonces me acordé que en el hospital me habían recomendado en aquel tiempo el arroz dorado, uno lo doraba en un sartén y después lo ponía a hervir y le daba esa agüita y yo tenía té, que a mí nunca me ha faltado té, y entonces agarré las ramitas del té de una mata que yo tenía y se la eché al agua que yo estaba hirviendo y yo con el arroz que casi que se me quemaba porque haciendo todo eso y con él en los brazos y entonces se la eché al agua con el arroz, le di a tomar y le puse una untura de agua florida con tuétano, eso es una grasita que yo hago y le di un masaje y lo envolví en un trapo y le di tres onzas de agüita y con eso se mejoró... eso fue porque le dio un mal viento, porque lo saqué de la cama pa fuera y había mucho viento y de eso se enfermó y bueno por eso le dio vómito y diarrea, bueno y con eso se mejoró, con el arroz dorado y la matica de té.*

GP. *¿Cómo es esa grasita que usted prepara?*

G. *Eso es algo que yo hago con algo que está dentro de la patica de la res, adentro como en el centro, yo se lo saco lo mezclo con una ramitas y los derriro en fuego en un sartén y lo guardo y eso si es bueno para echarle una untura a los muchachos, se mezcla con alcohol, como le dije yo embojoté al muchacho de la rodilla pa rriba y le di tres onzas de agua y así fue que se mejoró, pero me quedó muy desgastado después de eso, no me recibía tetero, no me recibía sopita y entonces fui aonde un médico al que le tenía mucha fe, no sé si ustedes habrán oído hablar de él, él se murió hace mucho tiempo, Elio Montilla, le decían Don Elio y lo llevé pa llá, él recetaba puras bromitas así como papeleticas, puras papeleticas y me dijo lo que le iba a dar, él mismo me las dio y que se las diera en la comida, eran como polvitos, ese fue el remedio pa él, pa que comenzara a comer otra vez.*

(Genarina Lobo de González. Madre de Ramona y Nelson González. Mujer de 82 años, vive en La Lagunita con sus hijos)

Por su parte, el frío o pasmadura se da por un desequilibrio térmico que se produce cuando la temperatura corporal es mayor que el elemento con el que se entra en contacto, sobre todo cuando se ha consumido previamente algo caliente. Bien al ingerir bebidas frías, alimentos fríos, bañarse con agua fría, mojarse con la lluvia sin cambiarse la ropa, dejar húmeda una parte del cuerpo como la cabeza o los pies, exponerse a bajas temperaturas en especial cuando se ha estado en un ambiente caliente y sentarse o caminar descalzo sobre la tierra.

Desde el punto de vista histórico en occidente, el desequilibrio frío-caliente hunde sus raíces en la antigua Grecia en la concepción hipocrática de los humores, la que pasa a Roma con Galeno. Posteriormente llega a España por medio de los árabes, convirtiéndose en la doctrina más influyente en la Europa del siglo XVI, desde donde se extendió a Latinoamérica a través de los conquistadores, permaneciendo hasta el siglo XVIII como una de las más importantes doctrinas médicas dentro de las instituciones educativas. (Foster y Anderson, 1978)

Para los pobladores la visión caliente-frío se extiende a las condiciones ambientales, a las plantas y animales, a los alimentos y bebidas y algunas enfermedades. En el caso de esta última, es una distinción que mayoritariamente hace la curandera para determinar el tipo de tratamiento que aplicará, en sus palabras las enfermedades calientes se atienden con plantas frías y las frías con plantas calientes. No obstante, esto no es tan simple en la medida que una planta fría puede convertirse en caliente al ser usada junto con otras plantas en un brebaje, lo que dependerá del tipo de preparación que se haga.

Esta apreciación también la observó Rojas (1999), en su estudio sobre la concepción del cuerpo en las curanderas y comadronas de Mucuchíes, para quienes la relación caliente-frío no hace referencia únicamente “a las sensaciones de temperatura, sino más bien a una serie de cualidades muy complejas y difíciles de precisar, pues no solamente el cuerpo (...) sino

también las plantas, los animales, los alimentos, las enfermedades, la tierra, 'los vientos' y, al parecer todas las cosas" (pp. 159-160), participan de ésta cualidad.

Rafael. *¿Qué hacen ustedes por ahí?*

GP. *Esperando a Ramón, nos dijeron que está buscando leña.*

R. *Eso debe ser que anda pa quel zanjón buscando chamicita...con este frío eso no es bueno estar sentado así en la tierra como están ustedes, no ve que eso es muy peligroso, de ahí se pueden enfermar...igual que caminar sin zapatos y andar muy desarropao, porque le pasa el frío pa dentro, pal cuerpo y eso sí es malo no ve que lo puede enfermar a uno, más que el piso no esté muy frío. Eso es lo mismo que uste en la mañana se levante y salga sin abrigarse bien...*

GP. *¿Por qué es malo recibir frío?*

R. *Porque se enferma uno, no ve que uno es caliente, uste se toca y es caliente y se enfría entonces se enferma, después es que vienen muchas enfermedades. Lo mismo que uste beba algo frío, le duele el estómago después.*

(Rafael Araujo, hombre de 53 años, agricultor, vive en El Paramito. Hermano de Ramón y Ángel Araujo, cuñados de Candelaria Abreu)

www.bdigital.ula.ve

Foto N° 4

Señor Rafael Araujo



Mama Chica. *Pero también los niños pueden agarrar mucho frío y se le enfría la vejiga y eso les da por orinar a cada rato, pa cuando le pega el frío en la vejiga es bueno el aceite de tártago con manzanilla caliente. También una mujer embarazada que reciba mucho frío en el vientre porque no se cubre bien o se moja mucho puede hacer que el niño nazca con ese frío ahí en la vejiga también.*

Los síntomas tanto del mal viento como del frío son similares, resultando confusas a una mirada desprevenida, en la medida en que ambas en general se presentan en los niños como acumulación de gases, “ombliigo brotado”, “frío en la vejiga”, vómito, diarrea y pérdida del apetito, en los adultos dolores musculares, de hueso, en el tórax, en la espalda, en el cuello, desarreglos estomacales y “frío en el vientre” para el caso particular de las mujeres. No obstante, desde su perspectiva no existe tal confusión en la medida en que distinguen el tipo de mal por la causa, en este caso por las circunstancias que ellos interpretan como la fuente que los originó. Ciertamente ambas enfermedades tienen un fundamento empírico, más no por las mismas razones que argumenta la ciencia.

8.5.1.1.2 De Orden Biomédico:

En cuanto a las enfermedades biomédicas, el conocimiento del que disponen ha sido el resultado de la presencia de las distintas instituciones del Estado (sistema de salud y educativo), del contacto con la ciudad y los medios de comunicación, situación que se puede rastrear desde la década de los 60 con la expansión del sistema biomédico y su consolidación en los 80 como sistema hegemónico. Esto implicó nuevos conocimientos y experiencias que se fueron entremezclando con las concepciones tradicionales, transformándolas paulatinamente. Entre las enfermedades que reconocen se encuentran las respiratorias, gastrointestinales, dérmicas y osteomusculares

Ahora bien, no se puede olvidar que muchas de las enfermedades biomédicas ya eran conocidas por ellos, por lo que el contacto con el médico

o el sistema de salud no significó tener conciencia de las mismas, sino más bien una resignificación sobre su origen, manifestación, consecuencia y tratamiento, aun cuando no tuviesen una comprensión de ellas en términos biomédicos. De hecho, algunas personas sobre todo mayores, siguen nombrando algunas enfermedades como lo hacían en el pasado: tos (nombre bajo el que aglutinan las diversas enfermedades que afectan el sistema respiratorio), puntada de barriga, de muela, de oído, de cabeza, entumecimiento y descoyuntamiento.

De igual modo, enfermedades claramente identificadas por la biomedicina como las crónico-degenerativas, son interpretadas por ellos a partir de la tradición, aunque no necesariamente apelando a elementos sobrenaturales. Baste como muestra la aparición de la artritis, que en ocasiones la asocian con la exposición prolongada durante muchos años al frío mañanero y al sol radiante ya entrado el día o a la exposición al agua fría y al calor del fogón. Por tanto, no se puede hablar de una pérdida total de la tradición en la medida que aún pervive en el imaginario cultural y en las prácticas curativas.

8.5.1.2 Enfermedades Personalistas o Sobrenaturales:

Las causas personalistas sobrenaturales que llevan a la pérdida de la salud van desde una palabra ofensiva, una emoción perturbadora, una actitud mal intencionada hasta un comportamiento inapropiado hacia una divinidad, el ambiente, la comunidad, los valores y las creencias establecidas, el entorno familiar o el propio cuerpo, operando como mecanismo de control social que busca ajustar los comportamientos a los valores y normas que establece la sociedad. Situaciones que derivan en enfermedades diversas, en las que muchas veces se confunde la causa y el efecto, pues el nombre hace referencia a ambas.

Siguiendo a Ritembaugh (1982), estas enfermedades se pueden considerar síndromes ligados a la cultura, en tanto que aluden a una serie de

síntomas y desarreglos corporales y mentales que afectan el comportamiento, los cuales son interpretados por los integrantes de un grupo particular desde sus referentes culturales, identificándolos como anormales y clasificándolos en categorías de enfermedades. De allí que la etiología, diagnóstico, tratamiento y sanadores surgen del mismo sistema de conocimientos, creencias, valores y normas del grupo, por lo que no pueden ser entendidas fuera de su contexto cultural. En tal sentido, en las tres comunidades se encuentran el “susto o enfermedad de los nervios”, la “promesa”, los “malos comportamientos”, el “mal de ojo”, el “cuajo caído o descuajo”, el “encanto de laguna” y el “mal de arco”.

En sus narraciones describen sus experiencias de una forma muy vívida, convencidos de que lo que vieron de primera mano o escucharon de familiares y vecinos ocurrió así, sin embargo, en ocasiones los más jóvenes dejan entrever una cierta incredulidad, que aunque pone en duda el relato mantiene un respeto como “por si a acaso”. Cuando se les preguntaba por qué esas historias no eran comunes hoy, sin mucha complicación, la gran mayoría respondía que eran cosas de otros tiempos que se fueron con los antepasados.

El susto, como lo llaman los más viejos, lo identifican con el temor de ver o escuchar algo, por ejemplo un espanto, una sombra, una voz, un encanto o una entidad. Enfermedad muy extendida en toda Latinoamérica, en muchos de los casos relacionada con la pérdida del alma, no obstante, en las comunidades en estudio no tiene ese sentido. Para los adultos y jóvenes la palabra susto ya no es de uso frecuente, siendo más bien llamada por los síntomas que presenta, es decir, “alteración de los nervios”, de allí la expresión más popular entre ellos “enfermedad de los nervios”. Conforme cambia el nombre también lo hace el principio que lo origina, pasando de lo sobrenatural a lo natural.

En efecto, hoy la entienden como la consecuencia de una situación adversa que genera preocupación, bien por el incumplimiento de las labores

diarias, la imposibilidad de responder a compromisos como el pago de una deuda o llevar el sustento a la familia. En cualquiera de los casos, sea porque se le identifique como susto o enfermedad de los nervios, se cree que hace a las personas más vulnerables al profundizar sus problemas, ralentizar la solución de los mismos o contraer otras enfermedades, habida cuenta de los desajustes psicológicos como angustia, ansiedad y sobresaltos nocturnos que pueden terminar somatizándose.

En relación con esta enfermedad de orden mental se pudo conocer un caso que sirve al mismo tiempo para ejemplificar la pluralidad de sistemas de atención a la que suelen recurrir las personas ante una misma enfermedad. La situación fue narrada por el señor Francisco Mendoza quien vive en La Flecha, uno de los caseríos cercanos a La Lagunita y trabaja como chofer en la ruta que comunica La Puerta con La Lagunita. Cuenta que hace tiempo pasó por una situación personal difícil, no le iba bien en el trabajo, tenía problemas con la que entonces era su pareja y estaba lleno de deudas, por lo que empezó a sentirse mal.

Lo primero que experimentó fue una fuerte preocupación que no lo dejaba dormir, malestar que fue aumentando con el paso de los días, según él “vivía enrabietao”, hasta que llegó a tener dolores musculares y andar acelerado y temeroso. Cuando decidió ir con un médico en La Puerta, éste le dijo que tenía “una carga acumula de estrés”, al preguntarle “cómo que estrés”, el médico le respondió que “debido al cansancio, preocupaciones y tanta pensadera”, estaba en esa situación, por lo que le recetó unos medicamentos para calmar los nervios y poder dormir. Dado que su condición se prolongó por algunas semanas, su mamá le pidió que fuera a la iglesia de La Puerta y que si podía acercarse hasta Valera y buscar al padre Waikely (sacerdote que oficia en la Iglesia San Pedro, frete a la Plaza Sucre, quien rompe en buena medida con los protocolos de la iglesia católica, al hacer exorcismos, misas de sanación, contacto con los símbolos sagrados,

oraciones e imposición de manos), era mucho mejor, incluso ella se ofreció a acompañarlo.

Al mismo tiempo, un amigo le recomendó que hiciera una promesa (ir a misa todos los domingos por tres meses) “para que le comenzara a ir mejor y volviera a tener la vida alegre y tranquila de antes”. Finalmente, por emplazo de una de sus hermanas también fue adonde Mamá Chica para que le recetara unos remedios y le diera unos consejos. Ante la pregunta si encontró mejoría después de todo lo que hizo, señaló que sí. La conversación terminó cuando concluyó el viaje, pues es el chofer de uno de los tantos rústicos que trasladan a las personas hasta La Lagunita. Este ejemplo sirve también para ilustrar como las personas ante un mismo episodio de enfermedad acuden a los distintos sistemas médicos y a las diversas formas de curación que le enseña su cultura, lo que refleja el pluralismo médico propio de las sociedades latinoamericanas.

Genarina. *La hija mía, la menor, Ramona, la que estaba horitica por ahí, ella era muy nerviosa, yo no sabía qué hacer con ella, entonces yo la lleve pa onde Don Elio y él le mandó una medecina y se mejoró, porque ella sufría de susto.*

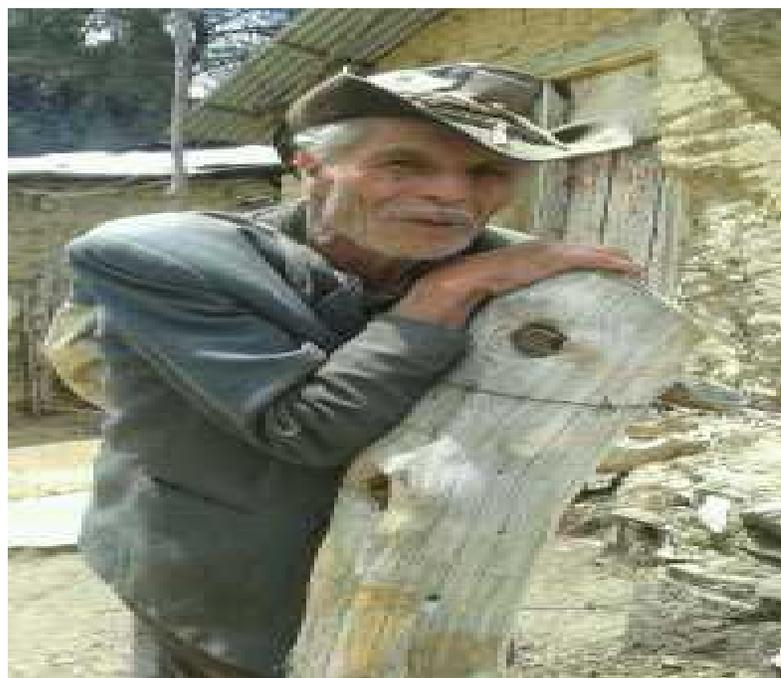
GP. *¿Por qué le daba susto?*

G. *Porque le tenía miedo a todo, a la oscuridad, a encontrarse con algo, si uno tenía una vela y veía una sombra se asustaba y a veces formaba esa llorason (risas).*

Mama Chica. *La gente sufría de susto, como le decían antes, pero eso era por algo que le daba miedo a la persona, que lo asustaba, veían una cosa o escuchaban una cosa y a veces quedaban como paralizaos, fríos. Entonces eso los va poniendo nerviosos...de tonto que era uno... Pero también se pone la gente mal de los nervios por las preocupaciones que tiene. Lo que se ve ahora es eso, que si no se consigue esto o lo otro, la medicina, la comida, que si no se les da la siembra, que si lo van a robar cuando van por allá (se refiere a vender las cosechas en Valera o en otras ciudades del país) y no viven tranquilos... lo que va a pasar va pasar, por eso es que se enferman más rápido y no salen de una gripe, de un dolor en el estómago y qué sé yo... no ve que eso los enferma más.*

De igual manera, los malos comportamientos pueden generar enfermedades como resultado de contravenir normas y valores ampliamente reconocidos y aceptados por la comunidad, de los que generalmente no hay dudas ni cuestionamientos de sus bondades y conveniencia para el grupo, reglas que vienen dadas por la tradición y el catolicismo. Por ejemplo, privar a alguien del usufructo de un bien, no ayudar cuando se puede o no compartir lo que se tiene. Las enfermedades que se derivan de estas causas son de lo más variopintas y por tanto difíciles de determinar. Más allá de las fronteras de las enfermedades del cuerpo actúan en otros ámbitos, como la pérdida de una cosecha, de un familiar o el derrumbe de una casa. De hecho, en conversaciones con el señor Ramón Araujo, al referirse a una disputa familiar entre dos hermanos por el control del agua que viene de las montañas, atravesando primero las tierras de uno de ellos que se niega a compartirla con el otro que está ubicado más abajo, con una expresión de malestar y preocupación señalaba lo peligroso de tales comportamientos.

Foto N° 5
Señor Ramón Araujo



Ramón. *Lo que hace el hermano mío de allá arriba de negarle el agua al otro que está más abajo no está bien. Uno no puede negarle algo a alguien y menos el agua. Si él no la usa toda por qué no la comparte con los demás, más siendo familia... después es que le vienen las cosas malas a uno, no ve que el que obra mal le va mal, dice el dicho y no levanta cabeza la gente después. Eso es un pecao oyó, yo sé que no debería estar hablando de estas cosas porque él es hermano mío pero lo que está bien está bien y lo que está mal está mal y hay que decirlo. La gente de momento no piensa y después se pregunta por qué me pasó esto a mí, ah pero no se acuerdan de lo que hicieron.*

(Ramón Araujo, hombre de 78 años, no tuvo esposa ni hijos, hasta hace unos años fue guía de excursionistas hacía lagunas y páramos, sobador y agricultor, actividad esta última que realiza aún hoy de manera esporádica por su estado de salud, vive en El Paramito)

Antaño las personas ofrecían promesas a los santos para superar una enfermedad o situación difícil, sin embargo, su incumplimiento acarreaba la reaparición de la condición que se quería superar. Entre la petición y la sanación mediaban las divinidades invocadas bajo el compromiso de cumplir con el pago. Recurrían en primer lugar a Dios, después a los santos, en especial a San Benito, San Martín de Porras, San Isidro y Santa Teresita; a los Arcángeles Gabriel y Miguel y a las Vírgenes del Santo Rosario de Durí, de La Candelaria y de Coromoto.

En el caso de incumplir la promesa la persona podía recibir como castigo, derivado de la “molestia del santo”, un daño o enfermedad, aquí como en el mal comportamiento el castigo podía extenderse a otras esferas de la vida. Por tanto, cuando la persona hacía una promesa destinada exclusivamente al restablecimiento de la salud y no la cumplía, el castigo se traducía en la reaparición de la enfermedad, en ocasiones agudizándose sus síntomas. En palabras de Mamá Chica: “con los santos no se juega, a ellos hay que cumplirles, uno debe tener palabra más que sea mujer... porque los santos son muy delicados”. En la actualidad esta práctica sigue presente aunque en menor medida.

Mama Chica. *Me acuerdo yo que la gente se enfermaba por no cumplir una promesa. Si no pagaban la promesa se enfermaban, porque el santo cobra, porque si uno se cura y no paga la promesa se vuelve a poner mal...La gente pagaba promesas caminando a Durí y Monte Carmelo. Mire yo conocí a una señora que tenía ese cuello hinchao, papera que le llaman, entonces yo le dije: ¡Ay comadre! ofrézcale ese collar tan bonito que usted tiene a la Virgen del Rosario de Durí pa que le quite eso y mire se le quitó...y me dijo: ¡Ay gracias a Dios y a este collar se me quitó eso! y mire le volvió aparecer y se le pusieron esas paperas más grandes porque no le reconoció a la Virgen del Rosario de Durí. Los santos son santos, no hay que jugar con los santos porque ellos viven.*

GP. *¿Pero si la persona vuelve hacer una promesa y la cumple, se mejora nuevamente?*

MCh. *Sí. Yo acompañe mucha gente a pagar promesa pa Monte Carmelo, comienza uno el rosario en la primera estación y así hasta cantar el Nazareno... pa llá no pasa carro y si uno hace la promesa caminando tiene que ir.*

GP. *¿Además de la Virgen del Rosario de Durí a qué otros santos le hacían promesas?*

MCh. *A todos, a San Benito, a la Virgen del Carmen, a la Virgen del Santo Rosario del Socorro, a San Isidro... a todos... La gente se encomendaba mucho también a San Gabriel, a San Rafael, porque ellos ayudan a curar todas las enfermedades. La gente se encomendaba al santo que más le tenía devoción como dicen. ¡Ah bueno! también a San Antonio y a Santa Teresita.*

Una enfermedad que continua en la representación colectiva sin sufrir grandes cambios es el mal de ojo. En efecto, si se tuviera que mencionar una enfermedad tradicional presente con toda la fuerza del pasado, sin lugar a dudas sería ésta. El mal de ojo es un tipo de padecimiento que se extiende por toda Latinoamérica, proveniente de las culturas que circundan el mediterráneo y de forma más remota de los pueblos árabes del Oriente Medio.

Poco ha variado la percepción sobre sus orígenes y sintomatología a pesar del contacto con la biomedicina. En las visitas de campo se podían escuchar una gran cantidad de relatos sobre sus causas, tan diversas como contradictorias a la vista del observador foráneo. Desde una mala mirada o una mira no intencionada, una mala palabra, el cariño o desprecio de

alguien, el cargar al niño al llegar de la calle, el niño en medio de una reyerta entre familiares o extraños, hasta la presencia de una persona de “sangre pesada”, son todas ellas posibles causas de mal de ojo.

Al contrario, los síntomas sí parecen ser más reducidos y se expresan en un cambio inmediato del comportamiento habitual del niño. Aura, una madre que lleva a su hijo para que Mamá Chica lo atienda, lo expresa de este modo: “uno como madre conoce muy bien a su hijo y sabe cuándo está bien y cuándo está mal... porque su comportamiento es raro”. Este decaimiento como también lo llaman, no es progresivo sino por el contrario casi siempre repentino, de allí que puedan identificar con certeza quién o quiénes fueron los responsables del mal de ojo. A este síntoma también lo acompaña la diarrea, el vómito, la falta de apetito, la deshidratación, la fiebre, el llanto constante, la fontanela blanda (para ellos la mollerita hundida) y dificultades para dormir.

Las personas recurren a un curandero para que lo sobe o rece y al mismo tiempo le prepare una contra que lo proteja en lo sucesivo. La contra puede ser una pulsera de peonia o una bolsita de tela preparada con peonías, coralitos y otros componentes. Si se rompe, se descompone o se cae, significa que cumplió su función de absorber o repeler un mal que de otro modo habría pasado al cuerpo del niño. Algunas veces la contra se hace con parte del cordón umbilical, el cual se pone a secar y se guarda en una bolsita roja que se le adhiere a la cara interna de su ropa con un ganchito.

GP. *¿Viene mucha gente para que usted les cure el mal de ojo a sus niños?*

Mama Chica. *¡Ay sí! No ve que yo soy la única vieja que queda por ahí ya (risas). Yo tengo ya 73 años... yo me puse a agarrar a la hija mía pa que curará el mal de ojo porque ya no hay quien...pero ella no quiso.*

GP. *¿Cómo aprendió usted?*

MCh. *Yo aprendí con mi abuela que era curandera y un tío mío que era doctor en Barinas y yo me la pasaba de niña escuchándola y mirándola así como un gato (risas) y me dio Dios el don... Mire aquí viene gente de, Chachopo, Timotes, La Puerta, Pueblo Nuevo, Valera, de todos lados, de*

todas partes, no ve que no hay más. A mí me dicen: “que Dios le de vida porque cuando se muera usted se acaba todo”, porque quién va a curar.

GP. *¿Cuándo usted era niña habían muchas personas que curaban el mal de ojo?*

MCh. *Sí, había muchas. Una tía mía, una abuela, una señora que vivía por allá abajo que leía la orina, ella ya se murió. Pal páramo allá arriba vivían ellas.*

GP. *¿El mal de ojo le da sólo a los niños o a los grandes también?*

MCh. *No, a los viejos no, pero eso sí le da a los grandecitos también. Eso va de los 2 meses a los 12 años.*

GP. *¿Por qué da?*

MCh. *Eso da por una mala mirada o una mala palabra que digan delante del niño o la niña o que la persona venga de la calle caliente y los agarre. Uno se da cuenta porque al niño se le hunde aquí arriba la mollejita, se pone blandita. Y también porque le duele la paletilla (tocándose las costilla del lado derecho). También si el niño se cae y entonces algunos les da fiebre y a otros frío. Entonces hay que saber con qué hacer el remedio. Si tiene frío hay que hacerle caliente, si tiene calor hay que hacerle fresco. Entonces uno lo toca para saber cómo está.*

GP. *¿Cómo se cura el mal de ojo?*

MCh. *Se les reza y se le va dando su masajito con la oración y se les da una ramita con yerbabuena, cilantro. Cuando tiene frío se le da una matica de yerbasanta, de atroverán, de yerbabuena y el cilantro, todo se le da caliente. Y cuando es caliente se le da un poquito de asarado.*

GP. *¿Eso es una planta?*

MCh. *No, eso se lo doy yo con aceite, con manteca, las ramas las hiervo, las hiervo, las hiervo y las echo en una botella. Una rama se llama árnica y la otra colombiana y lechuguilla que esas son de monte. La árnica también sirve mucho para las fracturas de pies, de pierna, de mano, de rodillas, de espalda, de todo. Tres días hay que hacerlo, a la segunda vez ya el niño está bastante recuperado... Ellos cuando llegan, llegan muy apagaditos y a la segunda ya están muy avispaditos y a veces que no les da apetito de comer.*

GP. *¿El mal de ojo es distinto al cuajo caído?*

MCh. *Con el mal de ojo se cae el cuajo también, pero a veces puede tener problemas con el cuajo que se cae, se desladea, que se dice descuajó, que no es mal de ojo sino que se descuajó.*

GP. *¿Cuándo se descuaja se atiende con los masajes?*

MCh. *Sí con el mal de ojo también. Porque le da fiebre y hay que untarle fresco. Con el descuajo les da vómito y diarrea y con el mal de ojo fiebre. Pal mal de ojo se le da una pepita que se compra en el mercado que se llama peonia, que son negritas con rojo y otra caraotica roja que se llama coralito, la regaliz y la raíz de mato, eso se cocina pa que lo beba. Con la peonia venden pulseritas en el mercao y se le pone a los niños, todos los niños tienen pulserita, si le da mal de ojo muy fuerte se revienta la pulsera. Pero pa la contra que yo hago se usa la peonia sin huequito, arcadia, una cruz de*

ramo bendito y una cinta roja bendito de San Benito, se guarda en una bolsita de tela y se le pone al niño pa que lo proteja.

GP. *¿Un niño se puede morir de mal de ojo?*

MCh. *Sí, en el hospital se han muerto...los médicos no creen en eso, pero sí se mueren. Hay que hacerle las contras y el cocido para tomar, porque de nada sirve hacerle el masajito sino se acompaña de la bebida y de la contra.*

Yenny. *Mi primer hijo también se enfermó de mal de ojo en el hospital. Yo lo tenía hospitalizado por neumonía y faltando tres días pa que saliera llegó una mujer con su hijo enfermo, el niño necesitaba sangre y el tipo de sangre era muy difícil de conseguir. Entonces la mujer un día llegó diciendo muchas groserías y se ponía a pelear con raimundo y todo el mundo y el niño se me enfermó.*

Mama Chica. *Eso es verdad, lo mismo que el hombre y la mujer se pongan a pelear delante del niño.*

Y. *Sí, al niño me le dio fiebre, diarrea y vómito, después un ojito, no es que se alarga pero le cambia de tamaño, se le pone uno más grande que otro. Mi tía dice que una pierna se recorta más que otra, cada quien tiene su manera de explicarlo. Bueno yo lo llevé a Cubita (Municipio Carvajal hora y media de El Molino) en eso estaba un señor vivo, se llama, no, se llamaba Jorge Basal, después de echarle el cuento, él me dijo eso fueron las malas palabras de la señora, ella no lo hizo por maldad.*

GP. *¿Él se lo sobó?*

Y. *Él no sobaba, él rezaba y bueno me lo rezó y cuando llegamos a la casa el niño ya no lloraba y lo que hizo fue dormir.*

GP. *¿Además de rezarlo qué más le hizo?*

Y. *Él lo cargaba, agarraba su mano y salía y agarraba una matica y se lo pasaba por la espalda y de una vez automáticamente se calmó. El mal de ojo es más difícil de curar. Hay personas que lo hacen no por maldad sino por una mala mirada, por un cariño que le hace una persona, una mala palabra o hay quien lo hace por maldad.*

GP. *¿Usted le puso a su hijo una contra después que le dio el mal de ojo?*

Y. *Sí, él se la hizo con la cuestión del ombligo, él me dijo tráigame el ombligo y la puso en una bolsita y me dijo póngasela siempre, siempre y así fue hasta después de viejo cuando tenía 10 años, hace 2 años. Mire yo vivía en un refugio y habían muchas personas y una señora igual peleaba y maldecía, decía muchas groserías y se ponía a pelear y el niño se me enfermó y eso era pasar él por ahí y se me enfermaba. Le dio vómito y fiebre y lo llevé al hospital, al seguro, a un médico pago, al ambulatorio, le hice exámenes y le di medicamentos por casi 15 días y no. Pero era justo salir del refugio y a él no le daba fiebre, vómito ni diarrea, jugaba, hablaba, pero era justo llegar ahí pa que se enfermara, se decaía...porque era dentro del refugio donde él se me enfermaba. Mire yo a veces llegaba en la noche y me pasaba todo el día afuera pa que el niño no presenciara esas cosas porque se me enfermaba.*

GP. *¿En esa ocasión qué hizo?*

Y. *Lo llevé adonde una señora de por ahí más arriba de la casa, ella me lo sobó por tres días y bueno... ella le mando una esclava de plata y como a los tres días se le reventó.*

MCh. *¡Ay Santísimo! si no hubiese estado esa esclava se revienta el niño.*

Y. *¿Sí?*

MCh. *¡Claro!, ellos se revientan, por eso es que ellos tienen que tener algo... una pulserita así.*

Y. *Mi papá también enfermaba al morocho de él (refiriéndose al hermano de ella que los acompañaba en ese momento). Mi papá era un borracho, él llegaba a pelear con mi mamá pero el que se enfermaba era el morocho y le daba fiebre todos los días.*

GP. *¿Y cómo lo curaban?*

Y. *Lo llevábamos pa llá pa Cubita y el señor le dijo a mi papá: usted tiene que dejar el alcohol porque uste va a matar a su hijo. Uste tiene que venir porque uste sabe por qué tiene que venir.*

GP. *Cuénteme algo mamá chica, si hay contra para los niños ¿para los adultos también hay?*

MCh. *Sí, un escapulario y el rosario y se reza.*

GP. *¿El mal de ojo le da a los niños aun cuando han sido bautizados?*

MCh. *Sí, a todos.*

(Yenny Rojas. Mujer de 28 años, dedicada a los oficios del hogar, vive en El Molino y acude a Mama Chica para que atienda a su niño con mal de ojo)

GP. *¿Qué es el mal de ojo?*

Carmen Franco. *El mal de ojo proviene del individuo o que se caiga.*

María Silvina. *Otro que se lo eche con una mirada al niño sobretodo.*

CF. *El individuo que tiene la sangre muy áspera como dicen.*

Ramón. *Muy pesada con no más mirar al muchacho.*

GP. *¿Cómo se curaba?*

CF. *Buscaban un individuo inteligente para sobarlo, porque eso del mal de ojo dicen que como que es que se le voltea el cuajo al niño que le da eso.*

MS. *Le da vómito.*

(Carmen Franco, hombre de 84 años. María Silvina Franco, mujer de 76 años. Hermanos, ninguno se casó ni tuvo hijos, actualmente viven juntos en el camino que conduce hacia Monte Carmelo)

GP. *¿A los niños los bautizaban los primeros días de nacido?*

Candelaria. *Sí, mi esposo ponía aguas y él mismo lo hacía como a los tres días o a los ochos días.*

GP. *¿Pero la gente no temía que al niño le pudiera pasar algo por no estar bautizado?*

C. *Sí y uno tenía que ponerle contras, así dicen, como una tijera en cruz debajo de la cama pa que no le pasara nada o se le ponían escapularios.*

GP. *¿Y durante el embarazo también había que cuidar a la mujer?*

C. Bueno después que el niño haiga nacido, cuando ya lo tenga en los brazos, ahí sí. Por el mal de ojo.

GP. ¿Eso es lo mismo que el cuajo caído?

C. Casi igual. Sí, pero dicen que hay un mal de ojo muy fuerte. Dicen que la misma familia le puede echar mal de ojo. Dice la gente, yo no sé, disque el mal de ojo de la familia pone al niño como bobo, dicen, yo no sé si es verda. Un día están bien y otro día están muy mal. Que cuando ven a la persona se ponen así (se encorva dejando caer los hombros).

(Candelaria Abreu. Mujer de 72 años, dedicada a los oficios del hogar y la agricultura. Viuda, vive con tres de sus hijos y varios nietos quienes establecieron sus casas a escasos metros de ella. Cuñada de Ramón, Rafael y Ángel Araujo)

Foto N° 6

Yenny Rojas con su hermano e hijo en consulta con Mama Chica



En relación con el cuajo, consideran que está ubicado en la zona abdominal, específicamente a la derecha, desde el punto de vista biomédico coincide con el hígado y la vesícula, sin embargo, para ellos no guarda relación con dichos órganos, pues en sus descripciones es una zona del cuerpo en la que reposa el alma, por lo que sin el cuajo la persona se moriría. Si bien tanto en hombres y mujeres, en niños y adultos está en la misma parte del cuerpo, para ellos, de manera exclusiva son los niños los que padecen del cuajo caído o descuajo.

Para detectarlo el curandero ausculta la barriga y la “paletilla” del niño, es decir, la región abdominal y el tórax del lado derecho, si presenta inflamación y dolor es cuajo caído, en sus palabras el cuajo está “desladeado” hacia la izquierda, en cuyo caso soban al niño para llevarlo a su lugar. El cuajo caído puede ser ocasionado por lo que ellos llaman un “bote”, es decir, una caída brusca o por movimientos fuertes al alzarlo, en su jerga “batuquiar”, “jamaquear” o “aventar pa rriba” al niño. Sucede que el niño con mal de ojo también puede sufrir de cuajo caído, lo que no pasa de forma contraria. Si bien los síntomas de ambas son similares, para ellos el mal de ojo es siempre mucho más delicado.

GP. *¿Qué es el cuajo?*

Carmen Franco. *El cuajo lo tiene uno por dentro del estómago.*

Ramón. *Yo oí antes que se descuajaban.*

GP. *¿Cómo se descuajan?*

María Silvina. *Un bote que se dé un niño y se descuaja.*

R. *Lo sobaban para que se enderezara el cuajo. Si no se enderezaba se iba secando, no comía y se moría.*

GP. *¿El que curaba el cuajo caído era el mismo que curaba el mal de arco?*

CF. *No, eso es aparte, el cuajo caído era uno y el de los encantos era otro, aunque él también curaba.*

GP. *¿Qué es el cuajo?*

Mamá Chica. *Es lo que todos tienen.*

GP. *¿Incluso los mayores?*

MCh. *Sí, todos lo tienen, sino no viviera uno, el cuajo está a un lado (tocándose la zona abdominal).*

GP. *¿Pero a la derecha o a la izquierda?*

MCh. *A la derecha, hombre y mujer lo tienen a la derecha. Él todo lo más se ladea y de ahí le entra viento y se pone como una clara de huevo, igualito. De ahí vienen el vómito, la diarrea y la fiebre.*

GP. *¿Y para curarlo cómo se hace?*

MCh. *Él se va sobando y se va acomodando bien bonito y se bebe un bebedizo pa que se cure. Cuando se acomoda se pone del lado derecho.*

Aura. *Uno es madre y uno sabe qué es lo que tiene el muchacho de uno. En este caso mi hijo tiene el cuajo caído.*

GP. *¿Y por qué se descuajo el niño?*

A. *Porque el papá lo batucaba mucho y yo siempre le he dicho a él no mueva tanto el niño porque ese no es de juguete, se le va a voltear el cuajo.*

Mamá Chica. *Él llegó ayer muy apagadito con fiebre y le di sus masajitos con la ayuda de Dios y la Virgen, con fe.*

A. *Eso sí, porque si uno no tiene fe no se cura.*

GP. *Además de apagadito ¿qué más tenía el niño?*

A. *La mollerita aguadita, uno lo toca y se hunde.*

GP. *Y ¿ustedes son de por aquí?*

A. *No, de Los Cerrillos, más abajo de La Puerta.*

GP. *Tan lejos.*

A. *Pues sí, es que ya casi no queda quien cure a los niños así. Por eso nos vinimos pa ca*

(Aura Andrade. Mujer de 32 años, comerciante en la ciudad de Valera, vive en Los Cerrillos y acude a mamá chica para que atienda a su niño con el cuajo caído).

De acuerdo con Clarac (1995), dentro de la cosmovisión de los campesinos de la Cordillera Andina de Mérida el cuajo es representado como un “centro equilibrante” u órgano del equilibrio, una corriente vital o alma que circula por la sangre. En este sentido, tanto el cosmos, el espacio físico como el cuerpo son representados por una relación dual del arriba y del abajo, el día y la noche, el hombre y la mujer, la luna y el sol, Arca y Arco. Esta visión del arriba y del debajo de los espacios de la Cordillera se expresa en la representación del cuerpo humano, estando el arriba y el abajo unidos por ese centro equilibrante o cuajo.

Siguiendo a la autora este órgano varía según la edad y el sexo. En el caso del niño dicho órgano del equilibrio se representa a través del “cuajo” que al convertirse en adulto pasa a ser la “pelota”, ubicada en la mitad del

cuerpo, debajo del ombligo. Se cree que el niño tiene poca fuerza vital, por lo que su cuajo tiende a caerse, cuajo caído, que se acompaña o es producido por el mal de ojo. En cambio, cuando se alcanza la pubertad el hombre desarrolla la pelota, lo que se conoce como “pelota padre”, a diferencia de la mujer que desarrolla la pelota cuando queda embarazada, “pelota madre”, lo que le da un valor biosocial. Si la mujer no concibe hijos permanece en estado de niña con poca energía vital, en consecuencia con poca alma e inteligencia. Cuando la mujer se enferma por desmando o por no tener hijos se afecta su pelota, esto es “mal de hijada”. En ambos casos la pelota permanece en su lugar cuando las personas están sanas, pero cuando hay excesos en la alimentación o el trabajo el órgano del equilibrio se mueve hacia arriba tratando de salir por la cabeza, si lo hace es retenido por los espíritus y llevado a su mundo, el cual debe ser buscado por el mohán (chamán) para traer el alma de regreso, recobrando la salud.

Entonces, sostiene Clarac, como el cuajo en el niño tiende a moverse hacia abajo, que según los campesinos aún no tienen alma, en el adulto hombre o mujer hacia arriba por donde sale el alma del cuerpo y es llevada al mundo de los muertos, las terapias de unos y otros varían de acuerdo con estos movimientos. Es así como a los niños se les soba hacia arriba con el fin de llevar el cuajo a su lugar y evitar que muera, en la mujer hacia abajo y al hombre no se le soba. Para el cuajo caído se aplican cataplasmas, bebedizos, rezos y ensalmes, desde su nacimiento el mohán debe bañar al niño en una laguna para su protección, práctica que hoy pervive en la idea del bautismo. En el caso de mujeres y hombres se aplican cataplasmas de alimentos agradables para la pelota, que se cree ayudaran al cuerpo a recuperar su equilibrio y evitar que el alma salga por la cabeza.

Ahora bien, una de las enfermedades que más ha perdido espacio en las representaciones colectivas, principalmente entre los habitantes de El Portachuelo y La Lagunita y en menor medida en los de El Paramito, es el encanto de laguna. Afección que se manifiesta de dos formas, una asociada

con la desorientación espacio-temporal de las personas que caminan cerca de ellas, extraviándolas, bien porque las irrespetan haciéndole bulla, lanzándole piedras, tomando de su agua sin pedirle permiso, caerle “mala sangre” o por imprudencia al salir en días nublados o demasiado lluviosos.

Una segunda forma corresponde a un extravío ya no geográfico sino mental. En los relatos de los lugareños los encantados parecen seres enajenados, “idos de sí mismos”. En principio pudiera ser una enfermedad de orden mental, sin embargo, para ellos va más allá, pues representa la sustracción o retención del alma por parte del encanto, lo que no se traduce necesariamente en la muerte.

Para su curación se requería de la asistencia de una persona sabia con cualidades superiores a las del curandero común, es decir, ciertos dones o poderes espirituales como conocimiento, fuerza y valor para conjurar el encanto, cualidades que sólo reunía el idólatro. Hombre sabio capaz de hacer que las personas “volvieron en sí mismas” o rescatarlas cuando se extraviaban, por medio de una serie de rituales mágicos hacía que el alma volviera a la persona y con ella la sanación, rituales que realizaba en la laguna de donde se creía provenía el encanto. Aunque en la memoria de los ancianos se han desvanecido los rituales, palabras y materiales que empleaba el idólatro para deshacer el encanto, no así sus características peculiares que le granjeaban el prestigio y el respeto de toda la comunidad.

Ramón. *Hay que tener cuidado con las lagunas, porque lo encalamucan a uno.*

GP. *¿Cómo es eso?*

María Silvina. *Pierden el sentido y la gente se pone a caminar.*

Carmen Franco. *La laguna le presenta los caminos bonitos pa que se pierda.*

GP. *¿Por qué la laguna hace eso, será porque se portan mal algunas personas?*

CF. *Aunque no la molesten.*

R. *No. Aunque no la molesten. No ve lo que le pasó al hombre de allá abajo.*

MS. *¿Cuál hombre?*

R. Sotero, a ese hombre la laguna lo perdió. Una vez que fue a la laguna y mi papá le dijo no vaya pu llá que está oscuro y va y se pierde, pero ese hombre es muy testarudo. Él no le hizo caso y se fue. Y qué iba estar molestándola él y le digo porque es verdad.

MS. Y conociendo Sotero el camino.

R. Un tío mío, Ramaso Araujo, ese conocía el páramo como esto (se mira la palma de la mano) de tanto ir al páramo de Los Torres. Él traía chivos, compraba bestias, reses. Un día se vino en la mañanítica y lo perdió la Laguna Calzona. Traía una cabra y se fue pa Los Chorotes y que estaban unos señores ya mayores y que le enseñaban unas vacas blancas y unas cabras blancas y que le ofrecían comida y le ofrecían café y él no le recibía y él con esa cabra por todo eso y volvía a llegar aonde estaba esa gente, los hombres mayores ordeñando una vaca.

CF. Eso eran los encantos que lo tenían así.

R. Y un calorón que le da a uno.

GP. ¿En el páramo, con ese frío?

R. Sí, como estar aquí en una hoguera (señalando el fogón).

GP. ¿Quién curaba eso?

CF. Médicos, pero le llamaban idolatreros que conversaban con los espíritus.

R. Tenían que traer el espíritu pa onde lo habían llevao. Esos eran unos hombres muy sabios.

CF. Los idolatreros que le llamaban, tenían compromiso con los encantos y antonces esos eran los que curaban algo en un individuo.

R. Ellos lo curaban de viaje, lo alentaban. Eran unas preparaciones las medecinas y antes la gente duraba mucho.

CF. Esos individuos conocían mucho las cosas y también eran muy útiles para curar enfermedades.

GP. Cuando usted vivía en el páramo La Caja de las Lomas ¿no oyó de encantos de laguna?

Genarina. Claro, se escuchaba mucho de eso. Mi papá decía que él había pasado cerca de las lagunas. Decían que si las cuqueaban se ponía a llover. Los más creyentes de eso eran los que estaban más cerca de las lagunas. Una vez fuimos una hermana mía con una amiga por allá por aquellos laos (señalando El Paramito) y fuimos por la laguna, ¿cómo es que le llaman? La Laguna Negra no, La Corba, que es muy brava, pierde a la gente, perdía a la gente en esos tiempos y antonces la muchacha que nos acompañaba, muy jovencita ella, dijo muy asustada ¡ay Genarina no vayan a molestar a la laguna! ¿Y eso por qué? le dije yo, no se asuste eso es si uno le cae mala sangre a la laguna y le dije: yo que tengo tanta sed cómo vamos hacer pa tomar agua. Ella dijo pidámosle permiso a la laguna pa que no pase nada. Antonces nosotras tomamos agua, muy aseada y pasamos.

GP. ¿Le pidieron permiso?

G. Sí porque la muchacha dijo que le pidiéramos permiso. Y pasamos y bueno nos quedamos por allá arriba en casa de unas amigas, al otro día nos vinimos y pasamos tranquilas. Decían que esa laguna perdía a la gente, porque una vez una señora que vivía por ahí, que se fue a pasear por allá por arriba onde tenía unos hijos y pasaron por el lao de una de esas lagunas y llevaba una muchacha, pero la muchacha era así como soquetona, entonces ella y que caminaba pero la muchacha no la alcanzó más y entonces ella se preguntaba qué pasaría con la muchacha que no la veo más y se regresó y no la consiguió, ¡ay qué le pasaría!, eso es que la laguna me la escondió y se fue aonde el hijo y vinieron a buscarla y nada, no la consiguieron por ninguna parte. Al otro día disque se vinieron y estaba sentada a un lao de la laguna.

Foto N° 7
Señor Ramón Araujo al fondo y los hermanos Franco



A pesar de que hoy no están presentes los idólatros y no son tan frecuentes los casos de encantos de laguna, aún queda un temor residual, temor que se aviva en las tertulias cuando recuerdan historias de personas

extraviadas, como el caso de dos montañistas que aproximadamente en el 2008 se perdieron en la vía que conduce de La Lagunita a Monte Carmelo pasando por El Paramito, con el trágico desenlace de la muerte de uno de ellos. En estos cuentos aprovechan de repasar las explicaciones dadas por la tradición reafirmando sus creencias.

Candelaria. *Aquí han ocurrido muchas cosas como le vengo contando. Está este otro caso de Edixon que se perdió y él conocía muy bien esto. Por aquí estuvo cuando se perdió y habló con nosotros. Él conocía todo esto, a veces subía solo (se refiere al caso muy conocido de dos excursionistas que se perdieron hace aproximadamente 7 años y fueron buscados durante un mes hasta que el cuerpo de Edixon fue encontrado sin vida).*

GP. *Sí, yo lo conocí, él estudió conmigo en bachillerato. La persona que lo acompañaba sí logró sobrevivir.*

C. *Bueno yo no sé, será que uno es muy creído o qué... pero dicen que eso les pasó porque le robaron una piedra a la laguna, que le quitaron una piedra de esos montones que la gente va dejando. Esas piedras son ofrendas que le hace la gente a las lagunas... Se llevaron una piedra de allá. Y esa piedra disque la tenían allá onde la familia, onde los papás de él, porque Zoraida la hija mía fue allá, onde ellos y ella vio la piedra. Porque dicen que cuando lo encontraron, yo no sé, sería que cargaba la piedra y entonces reconocieron que era la piedra que se había llevado de la Laguna La Gata.*

Otra enfermedad que también ha retrocedido en las representaciones colectivas es el mal de arco. En las narraciones de los abuelos traslucen un sinnúmero de experiencias, que a la vista del extraño genera incertidumbre o inaprehensión, pues sobre ella reposan las más diversas creencias a la hora de identificar de qué se trata y cómo se produce. Sin embargo, como una constante resaltan dos aspectos en las historias descritas, una de ellas es la relación de los arcos con la lluvia y los cuerpos de agua: arroyos, cascadas, ríos, lagunas, pozos y cajas de agua que producen enfermedades de la piel: salpullido, sarna, erupciones, culebrilla y quemaduras focalizadas en determinadas partes del cuerpo a la que denominan “brasa” y la otra tiene que ver con los encantos.

Al arco le atribuían características antropomórficas, lo identificaban con el sexo masculino y le adjudicaban malas intenciones, creían que se enamoraba de niñas o adolescentes de cabellos rubios. Podía ser un arco cojo, ciego, sordo o mudo, lo que se sabía por los males que trasmitía a la persona encantada. Cuando el arco aparecía las personas se resguardaban en sus hogares, distanciándose de la lluvia y de los cuerpos de agua. Una forma común de alejarlo era golpear una mata de ruda que nunca debía faltar en las casas, pues se creía que su olor lo espantaba.

En su forma más extrema este miedo no reposaba en las secuelas que dejaba en la piel sino en su encantamiento. A diferencia del encanto de laguna que enajenaba por completo a las personas, el de arco los sumía en un estado de letargo en el que algunos permanecían acostados, sin apetito, un tanto “idos” y con visiones en las que se le aparecía el arco incluso dentro de sus casas, estado que si no era tratado a tiempo podía conducir a la muerte.

Para las enfermedades de la piel el tratamiento podía ser realizado por un curandero, pero para los encantos sólo valía el idólatro, tal como ocurría con el de laguna. A pesar de que los ancianos poseen vagos recuerdos de la manera cómo procedía el idólatro, cuentan que llevaba a la persona al mismo lugar donde había sido encantada, golpeándola repetidas veces con un ramillete de ruda hasta que el encanto lo soltara, en palabras de ellos “cueriaos”, “ramazos” que continuaban en el camino de regreso. Los conocimientos y poderes del idólatro le permitían a través de rituales y el uso simbólico de objetos liberar a la persona del mal, del influjo de espíritus o entidades que moraban en los espacios naturales, podría decirse que el idólatro actuaba en el más allá para traer a la persona al más acá, sin entrar necesariamente en trance.

Una vez que la persona era liberada del encanto el idólatro hacía recomendaciones a los familiares para asegurar la curación y que el mal no volviera. Cuando el mal además de los efectos mentales y espirituales

dejaba también físicos, como erupciones en la piel, problemas estomacales, inapetencia, etc., esas recomendaciones contemplaban algunos cuidados por medio de la dieta, remedios a base de plantas, entre otros. A pesar de ser conocido el mal de arco por todos los pobladores hoy pocos se resguardan de la lluvia de arco, restándole fuerza por considerar que es un mal de otro tiempo.

GP. *¿Qué saben ustedes del mal de arco?*

Carmen Franco. *Muchos se enfermaban de esa enfermedad y disque era muy bravo pa curase.*

GP. *¿Qué es el mal de arco?*

CF. *Es un espíritu, un encanto que viene de las lagunas.*

Ramón. *Donde hay agua.*

María Silvina. *En los zanjones lóbrigos. Es como una cabuya de tres colores.*

GP. *¿Hay arco macho y arco hembra?*

R. *Arco y arca es lo mismo.*

CF. *De eso dicen que le da al individuo una sarna.*

MS. *Una rasquiña.*

R. *Eso es una enfermedad muy brava, incurable. No hay medecina pa eso.*

CF. *No ve que los arcos le roban el espíritu.*

MS. *Se muere la gente.*

R. *Ya pa qué*

GP. *¿Qué hacían ustedes cuando había arco, se quedaban en sus casas?*

CF. *Pues si salíamos, porque a veces uno comenzaba a caminar y ya salía y qué iba hacer uno.*

GP. *¿Ustedes conocieron alguna persona que por el mal de arco perdió el espíritu?*

MS. y CF. *No.*

R. *Sí, a una prima mía, Aparicia. Eso fue ahí en el pantano onde vive el compadre Antonio. Dicen que había una cura, pero ahora ya no hay quien cure eso.*

GP. *¿Había curanderos aquí en El Paramito?*

Antonio. *Curanderos por aquí casi no.*

GP. *¿Y los idólatros?*

A. *Ah, esos que atendían el arco. El abuelo mío por parte de mamá dicen disque era idólatro y que hablaba con los encantos y con arco. Las lagunas que tenían encanto ellos iban y hablaban con ellas, tocaban el agua, eran acuáticos. Había un viejito, León Villegas, disque era muy bueno. Cuando los*

arcos agarraban a una persona y se la llevaban, él iba allá y los traía y los rescataba de los encantos.

GP. ¿Usted vio personas encantadas de arco?

A. Sí, hace años aquí a una muchachita en la escuela estuvo encantada y el señor León Villegas la curó, pero estuvo muy mal, pasó seis meses sin hablar, sin querer comer, casi se moría.

GP. ¿Qué le pasa a la gente encantada por arco?

A. Si usted va por un camino así, se esgarita y no vuelve, le cuesta pa conseguir el camino. Pero ya ahora ya no.

GP. ¿Por qué ya no?

A. Como que se amansaron, ya no se escucha que se esgarite la gente así. Antes sí se perdía la gente.

GP. ¿Es malo mojarse cuando llueve y hay arco iris?

A. No, a uno no, a los niños, el problema es que pierde a la persona y la lleva a otro zanjón.

(Antonio Paredes. Hombre de 68 años, esposo de María Dolores Rincón, agricultor, vive en El Paramito con su esposa y dos de sus hijos)

GP. Cuénteme algo señora Candelaria, ¿qué sabe usted del mal de arco?

Candelaria. Pues de eso no sé mucho.

GP. ¿Por qué?

C. Bueno una señora de por aquí abajito creo la perseguía un arco, porque eso le salía un salpuchero en el cuerpo y eso tenía días que se ponía muy mala y días que se le quitaba.

GP. ¿Se ponía mal cuando salía el arco iris?

C. Yo no sé cuándo le salía, porque eso habían días que se ponía muy malita y le daba hasta fiebre.

GP. ¿Pero eso tiene que ver con el arco iris?

C. Sí, tiene que ser. También yo he escuchado de personas que se lo llevan los arcos.

GP. ¿Y eso es cómo?

C. Yo allá en Monte Carmelo me acuerdo yo de una muchacha, ella no era muy vamos a decir muy avispada, era como demente y de repente ella se fue por allá más abajito de la casa, por onde hay unos charcos, una ciénega y cuando acordaron se perdió la muchacha y la encontraron como a los tres días. Y la encontraron abajo como en una peña.

GP. ¿Viva?

C. Sí, viva pero no hablaba. Tuvieron que buscar un idólatro, de esos que saben los secretos.

Genarina. A los arcos, a eso sí le tenínos nosotros miedo, llegaban cerquita de la casa, una vez estaban los muchachos míos pequeños y había un corredor así como aquí, estaban jugando y yo estaba haciendo los oficios en la cocina y más alantico de la casa estaba una cajita de agua y antonces me

llama el esposo mío y me dice: venga acá y asómese por aquí por la ventana, porque se veía que el arco estaba bebiendo agua en la cajita de agua y estaba claro el sol y estaba como brisando y me asomé y estaba el arco, ahí mismito el arco y me decía mi esposo llame a los muchachos, llámelos pa ca, eso es por los muchachos que está ahí, porque una de las hijas mías era muy catira y entonces él me dijo eso es por los muchachos, llámelos pa ca, pa la cocina y vaya y le da una cueriza a la mata de ruda.

GP. ¿Por qué a la ruda?

G. Porque el olor de la mata de ruda los corría y así fue, salí pa fuera de la casa, le di una cueriza a la mata de ruda y de una vez se fue.

GP. ¿Qué hacía el arco?

G. Bueno él puede enfermar, por allá había una señora que vivía lejos, arriba por allá vivían ellos y que bajaron a un chorrerón de agua y llevaba una muchacha y que se les enfermó y la señora decía yo vi el arco, un hombre que decía ella y que la mordió por la coronilla. Ella decía que la había mordido el arco, entonces dice ella que se bajaron de por allá, de esas cuevas que habían y se vinieron, ellos tenían familia que eran vecinos de nosotros y yo veía a la muchacha como un garruñito en la cama, un garruñito en la cama y yo decía: ¡ay Dios mío se irá a morir! Entonces en eso llegó un señor que sí sabía de eso, que le decían idólatro, era muy bueno, ese sí sabía de eso y llegó el señor, disque le dijo el papá de la muchachita: mire qué será lo que tiene esta niña y entonces él le dijo es que ya se la va a llevar el arco y entonces le dijo; yo le voy a dar el remedio y le dio el remedio... yo no sé qué sería lo que le dio y que le dio el remedio echándole cuero con las ramas, llamándola y regañando a la muchacha y la llevó al lugar onde la encantaron y por todo el camino la llamaba y le echaba cuero y la regañaba. Después al otro día el médico (idólatro) le dio una medicina y así se curó y esa muchacha si le tenía miedo después a los arcos. Y otra fue cuando vivíamos nosotros por allá (señalando las montañas que dan hacia El Paramito), que a la muchacha le daban clases por allá arriba por El Paramito, esa era hija de Aurencio Araujo, y más abajo onde daban clases había un pozo de agua, un fango ahí, que se hacía un pocito. Disque se le perdió a la muchacha una naranja y se fue agarrarla y había un arco y el arco la agarró, ¡ay entonces disque esa muchacha se le puso gravísima; la llevaban al médico, la llevaban a Valera, la llevaban onde quiera, entonces le dijeron que era el arco, entonces una vez disque la muchacha estaba acostada y le llevaron al cura y entonces el cura y que le dio el remedio, que era echarle cuero y la muchacha y que veía que el arco se subía así y se subía así (apuntando hacia una pared alta) y ella y que decía ahí está papá échele cuero, señalando la pare y después entonces la llevaron aonde el señor León, Leoncito le decían a él, porque no se curaba, él vivía por allá por la cuesta de La Mocoti, enfrente de la Mesa de Esnujaque, León Villegas se llamaba él. Él la curó, él tenía idea pa eso, no era cualquiera el que curaba, pa eso se estudia y Dios le da el sí, el don que le llaman.

GP. *¿Usted ha visto o sabido de personas enfermas de arco?*

Mamá Chica. *Sí, una vez supe de una muchachita de Los Aposentos. Entraron aquí a preguntarme si estaba María Luisa, que es la doctora de la medicatura. Y yo le dije no sé si estará. Iba la mamá y una niña como de 12 años, la mamá me dijo: llevo esta niña con una cosa aquí en el cuello, se rasca mucho y le arde, entonces le dije de todas manera venga pa ver. Yo me acuerdo que mamá Anita, que era mi abuela, decía que cuando a un niño lo mordía un arco, lo miaba un arco, le daba un salpuido y se ponía como quemao y lloraba agua, yo estaba chiquita, mi mama Anita murió hace muchos años. Entonces yo le dije esto es mal de arco, pero llévela donde María Luisa, pero yo le voy a recetar algo, yo no soy médica pero si uste lo hace con fe ella se mejora. Entonces le dije que le hiciera un baño con diente de ajo, pólvora, ramo bendito, cedrón, ruda, hojadito, bosta e vaca, ajenjo, altamisa, yerbamora, incienso, mirra, estoraque y agua bendita, que la bañara todita en una bañera, que la bañara todita y que después que la bañara que botara el agua pa llá, pa un pozo que hay por allá y ahí estaba el arco y se curó la muchachita.*

GP. *¿Por qué da mal de arco?*

MCh. *Pues porque los arcos se enamoran de las personas y se la pasan cerca del agua, del pozo...los arcos son malos.*

GP. *¿Cómo se protege uno del arco?*

MCh. *No salir cuando hay arco. A veces cuando está el arco y llueve uno no debe salir porque le da sarna.*

GP. *¿Ustedes podían distinguir si era arco hembra o arco macho?*

MCh. *Eso era igual todo. Había arco cojo, ciego, sordo. Los arcos viven cerca del agua y el caso de la niñita de ahora es que ella y su mamá vivían cerca de un pozo. Ahora casi no salen arcos.*

GP. *Cuénteme Mamá Chica ¿cómo se trata a las personas encantadas de arco?*

MCh. *Las personas encantadas se perdían por el páramo.*

GP. *¿Y qué le ocurría a la persona?*

MCh. *Pues que andaba como ida, como sonámbula...esta es mi nieta, ésta es la que va a seguir mis pasos, porque las hijas mías ninguna quiso... bueno hay una que a veces soba, pero la otra que está en Timotes si no sabe nada, ni de ramitas, ni de rezo, ni nada. No sacaron el don, porque Dios y la Virgen son los que le dan a uno el don, le dan a uno el permiso.*

GP. *Entonces su nieta heredo el don.*

MCh. *Sí (risas).*

GP. *¿Cómo se curaba una persona encantada?*

MCh. *Ah, eso lo hacía un señor, Don León Villegas, ese sí lo curaba. Las volvía a llevar donde las había agarrao el encanto, llevaba ruda y le daba una golpiza por allá para que se fuera el encanto, porque el espíritu de la persona es lo que se roba el encanto, pa que le vuelva el espíritu, el alma a la persona, porque quedan como tontos, sin espíritu.*

Foto N° 8
Señora Genarina Lobo



Al respecto, Clarac (1981) consiguió en sus investigaciones que los campesinos, tanto de las tierras altas frías como de las bajas cálidas de los andes merideños, aún conservan como parte de un antiguo mito indígena la creencia del arco iris como una pareja mítica: arca o diosa lunar “Jama-Chía”, la gran culebra mítica y arco o dios “Ches” o “Shuu”. Se presentan como arco iris en el cielo, como una serpiente y a veces en forma humana. Se cree que arco mora en los cuerpos de agua y causa daño cuando se entra en contacto con ellos, por ejemplo sumergirse en las lagunas o recibir llovizna cuando hay un arco en el cielo (“miao de arco”), produciendo enfermedades de la piel como sarna o “culebrilla” (herpes zoster), por lo que las personas evitan salir cuando esta llovizando con arco iris. Para curarse recurren al mohán, quien reza ensalmos y recomienda ungüentos, baños de bejuco de uvito, de azufre, mastuerzo, guayabito agrio, verbena y matagusano y como contra hacen la oración de la Magnífica Blanca, mito bastante extendido no sólo en la zona andina sino en muchas partes de Venezuela y de Latinoamérica, relacionado con el encanto de laguna y de páramos, entre otros.

CAPITULO IX

SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS COMUNIDADES DE LA LAGUNITA, EL PORTACHUELO Y EL PARAMITO

La toma de conciencia de lo que es normal o anormal, no se derivan de un simple registro pasivo de lo que "es normal o anormal" en los hechos mismos, según una perspectiva física, química y/o biológica, sino de una propuesta activa de interpretación y de intervención práctica, derivada de modelos simbólicos del sujeto, congruentes con el orden social actual al que pertenece, y al cual no puede cuestionar, en tanto funciona como el "fundamento originario" desde el cual da sentido a su experiencia.

Juan Samaja

Como ya se ha señalado, la enfermedad es una construcción cultural compartida socialmente en el marco de un conjunto de símbolos, imágenes, representaciones, ritos y prácticas que le dan orden y sentido a las experiencias vividas. A partir de esas concepciones los grupos se organizan empleando los recursos humanos y materiales con base en los cuales identifican las causas, clasifican las enfermedades, ponen en práctica estrategias curativas y definen además los criterios de lo que es normal y anormal. Estos esfuerzos se cristalizan en un sistema de atención a la salud que contempla una gran diversidad de conocimientos, técnicas, tecnologías, sanadores, prácticas e instituciones orientadas a preservar la salud, prevenir la enfermedad y tratar los padecimientos.

Son precisamente esas estructuras cognitivas o modelos explicativos contruidos culturalmente, los que van modelando concepciones y patrones de comportamiento que le permiten a los grupos identificar las causas de la enfermedad (etiología), el momento y la forma en que se presentan los síntomas (sintomatología), el tipo de afección (patología), evaluar su desarrollo (evolución), contar con una terapia de curación y terapeutas (tratamiento y sanador) y justipreciar los efectos físicos, mentales y

emocionales de la enfermedad en la vida del individuo, el entorno familiar y social (secuelas). (Kleinman, 1988)

Ahora bien, a partir de la clasificación de los sistemas de atención médica de Menéndez (1983), en la comunidad se pueden identificar el sistema tradicional o popular, el biomédico y el de los autocuidados, no así sistemas de atención alternativos o de la tradición oriental como acupuntura, ayurveda, yoga, reiki, shiatsu o de las llamadas nueva era como la reflexología y la aromaterapia.

9.1 Sistema Popular de Atención a la Salud

Antes del acceso al sistema biomédico la población dependía de curanderos, rezanderos, hierbateros, parteras, sobadores e idólatros, cuyos conocimientos se basaban en las enseñanzas y repetidas prácticas de sus antepasados, en la acuciosa observación y estrecha relación con la naturaleza de la que se valían para los tratamientos. Sus formas de curación estaban relacionadas con un saber antiguo que empleaba plantas, rituales mágico-religiosos, oraciones y masajes, muchos de los cuales desconocidos por la biomedicina a pesar de su reconocida efectividad por parte de los pobladores. Al igual que todo sistema de atención a la salud, contemplaba una serie de medidas preventivas, por ejemplo las contras hechas de peonía para proteger al niño del mal de ojo, evitar la exposición corporal al contraste caliente-frió o el empleo de la ruda para la protección de la persona contra las fuerzas anímicas de la naturaleza.

Aun cuando en su mayoría estas formas de curación han quedado como creencias desconectadas del sistema del cual derivan, siguen siendo usadas en el ámbito de la autoatención y de la medicina popular o perviven como recuerdos en la memoria de los más viejos, para quienes aquellos curanderos como los idólatros poseían facultades para movilizar las fuerzas divinas y naturales, comunicarse con los espíritus de las montañas, suavizar

comportamientos poco benévolos de ciertas entidades o apaciguar las fuerzas de la naturaleza.

A los idólatros le atribuían conocimientos sobre plantas y diversas formas de utilizarlas, así como poderes extraordinarios que le conferían habilidades curativas, espirituales y de calificado consejero en las distintas actividades de la vida cotidiana, descripciones que coinciden con las características del chamán. Sin embargo, lo que más sobresale en las conversaciones con los lugareños son sus excepcionales capacidades para curar y comunicarse con los encantos de laguna y arco, fuerzas invisibles que dejan sus efectos en el mundo visible, de allí que sus terapias curativas estuviesen dirigidas a actuar sobre ese mundo invisible, conocimiento oculto que remite a la idea de una dimensión extrasensorial de carácter divino que da origen, mantiene y da forma al mundo, reafirmando la existencia de lo sagrado como una fuerza que lo envuelve todo y que se manifiesta por medio de los rituales llevados a cabo por el idólatro, por tal motivo se les representa como seres de otros tiempos, como si en el mundo de hoy ya no existiera espacio para ellos.

No está claro qué elementos los hacía especiales, cómo adquirirían sus dones y reconocimientos, si un vidente los escogía, si una señal natural o sobrenatural lo indicaba o si era una cualidad que se heredaba de padre a hijo, lo que sí está claro es que eran considerados hombres sabios y respetados por la comunidad. Hoy esas personas ya no están y sus conocimientos son prácticamente inexistentes entre los pobladores, de la misma manera el trabajo de las parteras ya no es solicitado, siendo sustituido por las salas de maternidad del Ambulatorio de La Puerta, el Hospital Central o el Seguro Social de Valera, asimismo el último sobador conocido ya no lo hace debido a su avanzada edad y precario estado de salud y la señora que leía la orina hace tiempo murió.

Entre ellos la única curandera que aún continua prestando sus servicios a las tres comunidades es la señora Francisca Ramírez, mejor conocida

como Mamá Chica o Pancha, quien además de sobar, rezar y recetar bebedizos, trata fundamentalmente a los niños con mal de ojo y cuajo caído. De acuerdo con lo relatado por ella, su vocación curativa se hizo manifiesta cuando era adulta, pero desde niña sentía curiosidad por lo que hacían los curanderos e idólatros, en sus palabras ella era “como un gato que lo veía todo”.

Muchas prácticas curativas las aprendió en el hogar de la mano de su abuela, mamá y tías, mientras que de adulta se nutrió de libros y programas de televisión. La experiencia de su aprendizaje está en un punto medio de lo que Bautista (2000) encontró en sus trabajos realizados en la ciudad de Mérida a finales de los 90 con un grupo de once curanderos y curanderas, según el cual quienes tenían aproximadamente más de 50 años se iniciaron desde la infancia o la juventud, enseñados por un curandero que bien podía ser su abuelo o padre, en cambio quienes tenía menos de 50 años aproximadamente comenzaron tardíamente a mostrar esa disposición y su aprendizaje se sustentó en gran medida en los libros.

En las conversaciones y consultas presenciadas se pudo observar que Mamá Chica invoca a Dios y a la virgen, principalmente la Candelaria y la del Santo Rosario de Durí, haciendo hincapié en que ella hace las cosas “en el nombre de Dios porque él es quien cura y le da el don a las personas y yo con ese don no me puedo negar a atender a quien lo necesite”. Entre sus rituales de curación incluye sahumeros, velas, oraciones y palabras que susurra guardando su secreto.

En sus representaciones sobre la enfermedad está presente una influencia religiosa de orientación católica, según la cual la enfermedad es el resultado de comportamientos desagradecidos hacia Dios, familiares, vecinos y naturaleza, como también los malos hábitos en la alimentación, el ajetreo de la vida diaria, el hacer muchas cosas que dejan preocupaciones y angustias, el exponer el cuerpo a las condiciones ambientales como el frío o el sol, el paso de los años y el descuido de la gente de no atender los

síntomas a tiempo. Lo que según ella se expresa en las personas como enfermedades, dolor, sufrimiento y desgracia.

Por el contrario, representa la salud en la alegría, vitalidad y bienandanza, pues según ella “una persona sana está bien consigo mismo y con los demás porque anda tranquila y en paz con todos, pero primeramente con Dios...por eso a mí me dicen y uste a su edad que por qué no se enferma... y yo les digo porque yo ando alegre, converso con la gente, voy a la misa, bailo el día de San Benito y sobre todo siempre me encomiendo a Dios y a la virgen.”

De la misma manera, Bautista describe que en la ciudad de Mérida todas las curanderas y curanderos en sus trabajos de sanación siempre invocan a Dios, en tanto que consideran que Dios les ha dado ese don que debe ser usado para servir a la gente y no en su propio beneficio. Las deidades invocadas a viva voz son de origen católico, aunque Bautista hace la salvedad que aun cuando “Los dioses indígenas fueron desplazados, no sabemos si ellos los invocan en silencio, pero abiertamente invocan a los dioses predominantes en el área, los católicos, en un marco de símbolos de ancestros que no hemos olvidado del todo.” (2000, p. 80)

Esto contrasta con las prácticas de los curanderos en regiones donde hubo un asentamiento indígena importante, así por ejemplo Bartoli (2005) señala haber encontrado en los curanderos de Temalac, México, “aspectos arcaicos, atribuibles al menos en parte a la medicina prehispánica (...) tanto en el plano empírico de las plantas medicinales como en el simbólico de las oraciones, los conjuro y los rituales” (p. 79), los que son empleados para el tratamiento de diversas enfermedades no reconocidas por los médicos. Lo que refleja cómo la medicina tradicional en América Latina ha sobrevivido con ciertas variaciones a las imposiciones culturales del dominio español y más recientemente a la penetración del sistema biomédico. Hecho que se puede entender, siguiendo a Clarac, que allí “donde fue mayor el mestizaje también fue mayor la transformación de los mitos y creencias, así como las

prácticas simbólicas en general; y que dicho cambio se realizó en relación con una mayor influencia de las creencias y rituales cristianos.” (1981, p. 129)

GP. *¿Cómo se les llamaba a los que curaban antes?*

Mamá Chica. *Se les llamaba curandero, yerbatero, sobador y a los que le llamaban idólatros. Eso de brujo no existía por aquí... de que si se hacía un trabajo o se le hacía maldad a otro, de poner a pelear a los vecinos pa sacarles plata como dicen que hacen por otras tierras, no, nada de eso se hacía aquí. Aquí todo lo más se cura con Dios y la Virgen.*

GP. *¿Cómo se le llamaba al que leía la orina?*

MCh. *También curandero. Ramoneta (sobrenombre de Ramón Araujo que vive en El Paramito y primo segundo de Mama Chica), ¿ustedes lo conocen?*

GP. *Sí.*

MCh. *Él sobaba antes, pero eso lo hacía llorar a uno de dolor, no ve que él sobaba las reses y el que soba las reses es muy basto.*

GP. *Y antes, hace 40 años, ¿por aquí había médicos?*

Ramona. *No, uno tenía que ir a Valera. Pero antes, eso sí me acuerdo yo, en Timotes había un “médico”, la gente decía vamos pa donde el médico Urbano (década de los 60 y 70) y él disque era un médico muy bueno, la gente iba mucho pa llá, pero ya no, esos médicos así ya ahora no hay. Esa gente veía las aguas, yo nunca fui, dice mi mamá (se refiere a Genarina Lobo) que llevó a mí hermano (Nelson González) porque sangraba mucho por la nariz y le mandó vitaminas, dijo que era falta de vitaminas.*

GP. *¿Ese médico era también graduado en Mérida?*

R. *No, ese era un médico de aguas. Ese se murió hace mucho tiempo. Ahora no hay gente que conozca las ramas, las aguas, ya no quedan de esos.*

Gorgonio. *Los doctores no saben muchas cosas.*

GP. *Como ¿qué?*

G. *La orina, leer la orina. Usted vamos a decir que se enferma y lleva la orina a un médico de esos de antes y sabe qué tiene, con no más ver la orina en un frasco clarito.*

GP. *¿Y todavía hay médicos de esos que leen la orina?*

G. *Eso está muy acabado. Porque es gente muy avanzada, mayor y no enseñaron a los que venían.*

Sotero. *Hay médicos que son buenos buenos y conocen la enfermedad de uno hasta con verlo.*

G. *Eso es lo que llamaban idólatros, no más verlo a uno y ya sabían lo que uno tenía. Antes no había doctores sino médicos de los que yo le digo, idólatros, pero eso está muy acabado.*

GP. *¿Y esos médicos qué otras cosas atendían?*

S. *Ellos trabajan con los encantos de la laguna y de arco.*

(Gorgonio Mendoza. Hombre de 75 años de edad, no tuvo esposa ni hijos, agricultor, vive solo en La Lagunita. Sotero Villegas. Hombre de 77 años de edad. No tuvo esposa ni hijos, agricultor, vive solo en El Paramito)

GP. *Señora Lola. ¿Dónde parió a sus hijos?*

Lola. *Aquí en la casa.*

G. *¿Y quién se los atendió?*

L. *Una partera. La señora Candelaria.*

GP. *¿La señora Candelaria!*

L. *Sí, ella parteaba. Ya ahora todo es más moderno y la gente va a Valera, se hacen cesarías.*

GP. *¿Y ella atendió a Betania (nieta de Candelaria que dio a luz hace un año)?*

L. *No, ella no la atendió porque era primeriza y de muy poca edad, entonces fue a Valera. Yo no fui nunca a un hospital, los parí a todos aquí en la casa con la ayuda de Candelaria. Después mis hermanas me ayudaron en los 45 días de la dieta. Yo me cuidé y hasta el día de hoy he estado muy alentada. Yo le tenía fe a Candelaria, muuucha confianza. Ella se hizo madrina de todos los 7 hijos míos. Yo tuve 9 hijos, dos se me murieron, una duró tres días y la otra la aborté.*

GP. *¿Y la señora Candelaria le aplicó algún tratamiento después del aborto?*

L. *No, ella no hacía ningún tratamiento.*

(María Dolores Rincón, conocida como Lola, mujer de 59 años de edad, esposa de Antonio Paredes, dedicada a los oficios del hogar, vive en El Paramito)

GP. *Señor Ramón, nos dijeron que usted es el sobador de por aquí.*

Ramón. *Sí, antes, ahora no sobo, estoy muy viejo. Eso no es así no más, se tiene que saber, uno sabe cuando son cuerdas que son unas cosas que corren y hay que irle dando a los huesos poco a poco. A veces son ventosidades, como una copita ahí que se forma y uno le saca el viento. Pero yo con estos dolores ya no puedo hacer nada.*

Si bien la solicitud de atención médica popular ha disminuido significativamente entre los pobladores por las razones antes expuestas, también es cierto que la demanda por los servicios de Mamá Chica es alta, pues es la única curandera en la zona que atiende a las comunidades aledañas y distantes como La Puerta, El Molino, Los Cerrillos, entre otros, en vista de que en esos lugares no se sabe de personas que curen

enfermedades tradicionales como el mal de ojo o el cuajo caído. En sus propias palabras, no sin antes mostrar en su rostro una cierta preocupación, se pregunta quién va hacer su trabajo cuando ella ya no esté, sin embargo, guarda la esperanza en una de sus nietas, una niña de 11 años a la que está preparando para que siga sus pasos.

GP. *Hablando con el señor Gorgonio nos dijo que ya casi no hay curanderos por aquí, que sólo queda la señora Francisca (Mamá Chica).*

Ramona. *Eso sí, la señora Francisca... a ella le llega mucha gente.*

GP. *Nos dijo el señor Gorgonio que ella atiende el cuajo caído y el mal de ojo.*

R. *Yo no creo en eso, porque yo tuve tres hijos y nunca les pasó nada, pero yo he escuchado que eso pasa mucho.*

GP. *¿Dónde vive la señora Francisca?*

R. *Por aquí por El Portachuelo. Esa señora sí atiende... si le da un dolor a alguien va pa llá y ella le da un masaje y se le quita, se le tuerce un pío y ella lo cura.*

GP. *¿Usted le tiene fe a ella?*

R. *Sí, a ella sí, para esas cosas por su experiencia. Pero pa otras cosas sí prefiero ir a Valera a un especialista, porque hay enfermedades que sólo atiende el médico graduao.*

Foto N° 9
Mamá Chica y dos nietos



9.2 Sistema Biomédico de Atención a la Salud

Hasta hace escasas décadas el sistema biomédico no era el más preponderante en la zona. Tal como lo relata la señora Genarina Lobo, quien recuerda que en sus tiempos mozos (década de los 50) la gente recurría muy poco al médico profesional, bien porque no habían personas con esos conocimientos cerca de las comunidades, porque las vías de acceso no permitían la fácil movilización hacia los poblados más cercanos como Timotes y Valera o porque no contaban con los medios económicos suficientes. Situación aún más difícil en el tiempo de sus padres.

Genarina. *Mi mamá vivía en un páramo que queda lejos de aquí, tuvo 6 hijos y todos con comadronas, por esos lados no habían médicos ni pastillas, cuando alguien se enfermaba lo cuidaban en la casa con ramitas y otras veces tocaba caminar para buscar un curandero. Uno no sabía de eso de pastillas, no es como ahora que hay pastillas pa todo... aunque últimamente no se ven y están muy caras, con eso de que no se consigue nada. El hijo mío es el que me dice, porque yo ya no salgo con lo viejita que estoy (risas).*

Fue a partir de la década de los 60 y más notoriamente de los 70 y 80 que los pobladores pudieron acceder de forma regular a la medicina oficial, a través de la ampliación de las vías de acceso que permitieron un mayor contacto con los centros de asistencia médica en La Puerta, Timotes y Valera, así como la extensión hacia las zonas rurales del sistema de salud oficial en dependencias como ambulatorios y jornadas de salud, primero en La Puerta y posteriormente en La Lagunita. Los criterios sanitarios promovidos por estas instituciones del Estado contravenían en muchos casos con los estilos de vida propios de las comunidades campesinas de las zonas rurales y las prácticas curativas que tenían lugar en el seno familiar, algunas de esas prácticas aún hoy están presentes a pesar de la penetración del sistema biomédico.

Este proceso de expansión atravesó un estancamiento durante la década de los 90 a raíz de la disminución de la renta petrolera, lo que implicó

un retroceso del sistema de atención biomédico por la baja asignación de presupuesto en el área de la salud que se tradujo en pocos insumos a los hospitales, reparación o adquisición de tecnología médica, la no apertura o cierre de dispensarios, el costo de las medicinas, consultas y exámenes de laboratorio que llevaron a muchas personas a recurrir nuevamente a las medicinas populares. Es decir, que si en sus inicios la expansión del sistema de salud oficial implicó una disminución o pérdida de influencia de la medicina popular, su posterior contracción condujo a un reforzamiento del sistema popular en una relación inversamente proporcional (Clarac, 1996). Por lo que la pervivencia en gran medida del sistema popular de raigambre tradicional, no sólo se debe a razones culturales sino también a las deficiencias/ausencia del sistema de salud oficial en la zona y a las privaciones socioeconómicas de los pobladores.

Posteriormente, en medio de un contexto de cambios económicos y sociales generados por un incremento de la renta petrolera en la primera década del siglo XXI, que representó una mejora del ingreso per cápita y de las condiciones de vida de las poblaciones campesinas y de la sociedad en general, el sistema biomédico se profundizó con la creciente oferta de consultorios, centros médicos y clínicas privadas en La Puerta, Timotes y Valera. Más recientemente desde el 2005 con las políticas estatales de creación de CDI y módulos de Barrio Adentro.

Ciertamente, esto ha conducido a una mayor aceptación del sistema biomédico por parte de los pobladores, principalmente de los más jóvenes. Lo que se refleja en la prioridad que le dan a éste en la búsqueda de la curación, el número de visitas a los médicos, el uso de palabras técnicas para identificar enfermedades como neumonía, bronquitis, asma, entre otras, la familiaridad con la que nombran ciertos medicamentos: expectorantes, analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios y el conocimiento que tienen sobre las especialidades médicas, por ejemplo, nefrología, urología y gastroenterología. Realidad que se aprecia principalmente en La Lagunita y

El Portachuelo y en menor medida en El Paramito, que debido a las distancias geográficas y a las carencias económicas y sociales su contacto con el sistema biomédico no ha sido permanente, razón por la cual las creencias y prácticas de la medicina tradicional han pervivido un poco más que en las otras dos comunidades.

GP. *¿Las personas acuden aquí también por enfermedades no biomédicas, es decir, que obedezcan más a la tradición o creencias populares como el mal de ojo?*

Médico María Luisa. *No, porque la gente se maneja más con la medicina moderna. De hecho, ellas (las pacientes) a veces buscan incluso atención especializada y se recomiendan médicos especializados, por ejemplo el obstetra, el ginecólogo, el oftalmólogo, etc. Igual los hombres con una infección de orina o cálculo acuden al urólogo. No se tratan acá, pero cuando uno se encuentra estos casos en las visitas a las casas, uno le dice pasen primero por el Ambulatorio para hacerle el diagnóstico y ver en qué le podemos ayudar o remitirlo al especialista indicado, pero muchas veces se van directo a Valera para tratarse con un especialista, en ese sentido ellos están muy actualizados.*

(María Luisa Briceño. Mujer de 51 años, médico del Ambulatorio Rural Tipo 1 de La Lagunita)

Si bien en las tres comunidades en estudio se puede observar que hay gran acogida del sistema biomédico, esto no significa que su conocimiento sobre el mismo no tenga matices, vaguedades, confusiones, distorsiones y que muchas veces no encuentre espacio entre sus referentes culturales, como sucede con variaciones en el resto de la sociedad nacional. Aun cuando la terminología biomédica se ha popularizado la emplean en muchas ocasiones divorciado de su marco gnoseológico, incorporándolas dentro de sus conocimientos y prácticas de atención y en las descripciones de sus experiencias de salud en las que cuentan sus emociones, angustias y esperanzas.

De la misma manera, nociones como los microorganismos, virus, bacterias o gérmenes les resulta un tanto abstracto, como también le sucede a la población en general, por lo que en ocasiones esa información no es

puesta en práctica efectivamente en la vida cotidiana, por ejemplo al no seguir medidas preventivas en el tratamiento del agua para evitar algunas enfermedades. También sucede que el tratamiento prescrito por el médico no siempre se cumple estrictamente, pues las personas introducen variaciones en la hora, dosis, tiempo de duración o las complementan con remedios naturales.

Se entiende que desde el sentido común las personas se apropian del conocimiento biomédico reinterpretándolo según su marco cultural, proceso en el que los términos, la clasificación de las enfermedades y los tratamientos van tomando un nuevo significado al ser integrado a las representaciones ya existentes, expresándose en un lenguaje familiar, articulado con el contexto de sus vidas, las exigencias del día a día y las normas sociales en el que continua presente la fuerza del pasado. Es precisamente desde esas interpretaciones que las personas comprenden la realidad y confirman sus esquemas cognitivos. Este proceso de construcción es permanente e implica que

A cada nueva experiencia socialmente compartida, frente a una realidad no “nombrada”, los mecanismos organizativos existentes se ponen en acción hasta el límite de su posibilidad. De aquí en adelante es necesario un nuevo proceso un “nombramiento”, un reajuste o una nueva organización de datos y percepciones y, por ende, un nuevo “relato”. La porción de realidad “no nombrada” presiona para tener sentido cultural y los grupos están obligados a producirlo si no quieren quebrar la trama que los mantiene socialmente. De esta manera, la experiencia del mundo es la que impone la “nominación” y es ella, en sus aspectos actuales, la que permite la dinámica misma de la cultura. (Amodio, 1997, p. 65)

Sin embargo, si se le compara con otros sectores sociales dentro de las ciudades, en especial con los sectores económicamente más deprimidos, se puede observar que sus conocimientos son mucho más amplios. Esto obedece a que por su distanciamiento geográfico y limitaciones económicas no se pueden dar el lujo de bajar a los centros de salud y a las farmacias cada vez que se enfermen, lo que los obliga a memorizar determinados protocolos para aplicarlos en caso de que se repita un episodio de enfermedad y el Ambulatorio no esté disponible, así como de conservar ciertos medicamentos en sus casas.

Sucede también que la aceptación del sistema de atención biomédico no ha estado exenta de críticas. Basados en sus experiencias los pobladores observan contradicciones dentro del mismo, por lo que algunas veces cuestionan al sistema biomédico y otras al profesional de la salud. Así, cuando se presentan divergencias en los diagnósticos dados por distintos médicos en la identificación de una misma enfermedad o cuando los tratamientos prescritos no les reportan mejoría, surgen dudas sobre la eficacia del sistema biomédico.

Igualmente, si la curación viene dada por otro sistema, por ejemplo el tradicional, como ocurre en enfermedades como el descuajo y la culebrilla, también ponen en duda la eficacia del sistema biomédico, al menos en lo que respecta en la atención de ese tipo de padecimientos. Por el contrario, cuando en el salto de un médico a otro se encuentra la cura el cuestionamiento no va dirigido al sistema sino a la mala praxis del médico. Esto ha permitido que las personas hoy sean más conscientes de las consecuencias generadas no sólo por la mala praxis médica, sino también por los efectos colaterales de los fármacos y tratamientos biomédicos, responsable en ocasiones del agravamiento de los mismos síntomas o del surgimiento de otras enfermedades.

Fabiola. *Bueno como le pasó hace poco a chuy (Jesús, un vecino), él decía que le costaba orinar, que tenía un dolor aquí en la espalda y la mamá contaba que le costaba orinar. Entonces él decía que en lo que pudiera iba a ir al Ambulatorio de La Puerta, porque en esos días estaban recogiendo la cosecha, la mamá y yo le decíamos váyase a un especialista en Valera y no a un médico general, porque lo que uste tiene lo atiende es un nefrólogo o un urólogo. Hasta que se puso muy mal y lo tuvieron que llevar con un nefrólogo allá en Valera y resulta que lo que tenía era una infección.*

GP. *¿Y qué tomó?*

F. *El médico le mando antibióticos pa la infección.*

GP. *¿No tomó plantas para eso?*

F. *Pues no, se tomó los antibióticos y mejoró.*

(Fabiola Aranguren. Mujer de 29 años de edad. Trabaja en el Centro Comercial Valle Verde en La Puerta, vive en El Portachuelo)

GP. *¿Cuándo usted era niño habían médicos?*

Sotero. *Sí, si había y baratos los médicos, médicos rameros. Esos médicos miraban la orina, recetaban frascos, pero era muy buena medecina, le hacía a uno, no era ni cara y era buena. La de ahora no, porque no se cura la gente.*

GP. *¿Qué medicina mandaba?*

S. *La medecina eran frascos, pastillas. Bebedicitos de manzanilla y hasta la verbenita, esa que hay por ahí.*

Teresa. *Yo sigo con mis dolores, a veces bien a veces mal.*

GP. *Ah, pero la última vez que estuvimos aquí (hace dos meses) usted estaba mejor.*

T. *Sí, pero de ahí me ido poniendo peor. He ido pa onde un médico y otro y unos me dicen una cosa y otros otra cosa, uno me manda una pastilla y el otro me dice que cómo me mandaron eso, que esa medicina no es pa eso y así voy. Total que no sé qué tengo ni que es lo que tengo que tomar, lo único seguro que sé es que me duele la espalda... ¿Será que esos médicos no saben o es que uno no les cae bien? (risas). Pero bueno, ahí voy pasándola, porque si uno se queda sin hacer oficio se pone peor, se va entumeciendo uno y de ahí no sirve uno ni pa hacer el cafecito.*

(Teresa Torres. Mujer de 63 años. Dedicada a los oficios del hogar, vive en El Portachuelo)

Candelaria. *El hermanito de ésta (señala a una de sus nietas) Juan David, bueno ese cuando estaba chiquitico ya se moría de mal de ojo y decimos que era mal de ojo porque eso no lo curaban los médicos, los doctores, eso no le valía nada.*

GP. *¿Y quién lo curó?*

C. *Lo curó una señora, Isaura que vive por allá, más allá de la Lagunita (la señora ya murió y vivía en Malpica, caserío cercano a El Portachuelo)... Éste mismo es (en ese momento llega Juan David niño de 9 años de edad). Venga pa contarle el chiste de éste muchachito. A él lo llevaron pal dispensario de La Puerta y le ponían suero, ya ese estaba muy acabaito, muy flaquito, no comía y antonces le iban a poner suero y no encontraban la vena. Ya ni lloraba y eso lo agarrábanos por los pies, por las manos y por aquí (indicando la espalda). Antonces yo le dije a la mamá, allí está el niño muy enfermo, parecía una ramita, hablé con una amiga y le dije que después del suero lo íbamos a llevar pal hospital y me dijo eso es peligroso, por qué no lo lleva pa onde la señora Isaura. Vamos pa que ella lo vea.*

GP. *¿Cuántos meses tenía?*

C. *Pues tenía como 5 meses. Eso lo habíamos llevao pa todos laos... Bueno la señora Isaura nos dijo llévenlo pa mi casa. Bueno nosotros le dijimos que sí, pero antes lo llevamos a la medicatura pa ponerle un suero y diaonde que le conseguían las venas a ese pobre muchacho. Eso fue como a las diez y media (pm) y yo me movía pa llá y pa ca clamándoles a los santos. Al otro día en la mañanítica nos fuimos pa onde la señora Isaura, como a las ocho y ya como al mediodía ya abría los ojos y había cambiado y al otro día amaneció más mejor, se le dio las tres comidas y se mejoró y santo remedio ya no tuvo que llevarlo más. La señora Isaura dijo: ¡ay! yo no había sentido nunca a un niño tan raro, que me pasara tan raro, que yo sentí después que lo sobé un escalofrío y una cosa tan fea en el cuerpo. El niño tenía la muerte muy cerca me dijo. Pero se mejoró, por eso digo yo que sí existe.*

GP. *¿Y usted vio lo que la señora le hizo?*

C. *Ella lo que hizo fue sobarlo y quien sabe que encomendará ella dentro de ella.*

Foto N° 10
Señora Candelaria Abreu con sus nietos



9.2.1 El Ambulatorio Rural Tipo 1 de La Lagunita:

Como parte del sistema de atención biomédico, en la actualidad, los pobladores cuentan con un Ambulatorio Rural Tipo 1 ubicado en la entrada de La Lagunita, que además de atender a las tres comunidades también lo hace con las comunidades aledañas. La atención es gratuita y se realiza de lunes a viernes de 8am a 4pm. Se hacen consultas generales, prenatales, citologías, control pediátrico y en las tardes consultas domiciliarias para casos muy puntuales. Cuenta con equipos de atención básica y suministran medicamentos de uso común como analgésicos y desparasitantes, así como otros más específicos para el control de la diabetes y la hipertensión. No obstante, desde el 2014 el suministro de medicamentos a la red de Ambulatorios Rurales ha disminuido significativamente, dada la situación de escasez generalizada que se presenta en el país. Si bien los medicamentos llegan, alcanzan para muy pocas personas, por lo que deben comprarlos en farmacias haciendo un largo recorrido por distintos establecimientos, particularmente en la ciudad de Valera, consiguiéndolos a precios onerosos.

Foto N° 11
Médico María Luisa Briceño del Ambulatorio Rural Tipo 1 de La Lagunita arriba y Tipo 2 de La Puerta abajo



De acuerdo con los datos que maneja el Ambulatorio de La Lagunita, las enfermedades más comunes en primer lugar son las respiratorias (infecciones respiratorias agudas superiores: resfrío y rinitis. Infecciones respiratorias agudas inferiores: gripe, bronquitis y neumonía. Crónicas: asma), en segundo lugar las enfermedades gastrointestinales (parasitosis intestinal, dolores abdominales, vómito y diarrea) en tercer lugar dermatosis (dermatitis, micosis y piodermatitis ocasionadas fundamentalmente por el mal sistema de drenaje de las aguas servidas, muchas de ellas superficiales), en cuarto lugar las que comprometen el sistema musculoesquelético (artritis, artrosis y osteoporosis) y en menor medida casos de alergias, intoxicaciones por agroquímicos, picadas de insectos, sobre todo de alacrán y quemaduras ocasionadas por el contacto con plantas

Cuadro N° 4
Número de pacientes atendidos entre agosto de 2014 y agosto de 2015

Número de pacientes atendidos entre agosto de 2014 y agosto de 2015 en el Ambulatorio Rural Tipo 1 de La Lagunita: 1427	ENFERMEDADES	N° DE PACIENTES
	Respiratorias	335
	Gastrointestinales	312
	Dermatosis	227
	Musculoesquelético	186
	Otras	367

Nota. Cuadro elaborado con datos tomados del Ambulatorio de La Lagunita.

Muchas de estas afecciones son estacionales, por ejemplo, en los meses de lluvia se presenta un mayor número de enfermedades gastrointestinales, acompañadas principalmente de fiebre, vómito y diarrea. En los meses fríos enfermedades respiratorias, especialmente resfriados, gripe, bronquitis, neumonía y asma, además de los dolores de hueso, articulaciones y músculos. En los meses donde las temperaturas suelen ser un poco más altas se presentan enfermedades de la piel como micosis y dermatitis, además de parasitosis contraída bien por ameba o tenia.

Pese a la estacionalidad de muchas enfermedades, hay dos que están presentes a lo largo de todo el año, afectando a uno que otro miembro de la familia, principalmente a los niños, tal es el caso de las enfermedades virales y parasitarias en las que juegan un papel importante las prácticas higiénicas deficientes. En ello contribuye la costumbre de compartir los utensilios, los alimentos que no son lavados correctamente para su consumo o no son resguardados de los insectos portadores de agentes patógenos, primordialmente de moscas, atraídas por los abonos a base de estiércol y por un mal manejo de los desechos sólidos, sin dejar de considerar el consumo de agua que en algunos casos no ha sido hervida o almacenada correctamente.

Esto ha dado pie a que desde el sistema sanitario en general y desde los profesionales médicos en particular se afiance la idea de que la enfermedad es responsabilidad exclusiva de las personas, bien por no cuidarse, por no asistir a tiempo al médico, por no prestarle atención a los síntomas y aguantar el dolor o el malestar o por falta de conocimientos higiénicos. En este punto se puede observar un trasiego de las creencias religiosas en las que se culpabiliza a las personas de la enfermedad por sus comportamientos, a la adjudicación de la responsabilidad de la enfermedad al individuo por no haberse cuidado, mientras que el mantenimiento y recuperación de la salud a la eficiencia del sistema biomédico.

Visión que deja de lado aspectos antes señalados, en primer lugar que la sociedad moderna promueve estilos de vida que generan enfermedades como las crónico-degenerativas, en segundo lugar que el Estado no garantiza los servicios adecuados ni el cumplimiento de las leyes, normas y ordenanzas que regulan las construcciones en las zonas rurales y urbanas, en tercer lugar, las condiciones económicas de pobreza que empujan a las personas a resolver sus problemas habitacionales y a satisfacer sus necesidades básicas creando villas de miseria en el que la insalubridad y las enfermedades se extienden por doquier, en cuarto lugar las condiciones

ambientales: bajas temperaturas, excesiva humedad, altura, entre otras y en quinto lugar los conocimientos, creencias y hábitos culturales que resultaban inocuos en el pasado y hoy ya no por las nuevas condiciones de poblamiento.

A manera de ilustración, el lanzar desechos orgánicos hacía los alrededores de las casas no generaba mayores problemas en el pasado pues eran biodegradables, pero al consumir productos procesados en envoltorios de plástico, lata o vidrio y ser arrojados en las proximidades generan contaminación ambiental que posteriormente se convierten en focos infecciosos que ponen en riesgo la salud de todos. No se trata de exculpar a las personas pero sí de distribuir la carga de las responsabilidades, pues identificar correctamente el problema en buena medida garantiza políticas más ajustadas a la realidad y con mayor posibilidad de éxito.

GP. *¿Sabe de casos de personas con cáncer en la comunidad?*

Médico María Luisa. *Sí, no muchos casos pero se ven, yo creo que en general las enfermedades por cáncer aquí se deben a los agroquímicos que usan sin protección alguna, junto a las radiaciones solares y el consumo de alcohol de algunos cuando están trabajando la tierra, según ellos para apaciguar el frío. La verdad es que no se cuidan, son reacios a cuidarse y manipulan los agroquímicos sin ningún tipo de protección. Ah y también como le decía se dan problemas de alcoholismo en algunos, pero ellos no vienen por eso, ni tampoco lo ven como una enfermedad.*

En el caso de los padecimientos que requieren una mayor atención son remitidos al Ambulatorio Rural Tipo 2 ubicado en La Puerta, que atiende las 24 horas los 7 días de la semana, ambulatorio al que se reportan mensualmente todas las consultas atendidas en el Ambulatorio Rural Tipo 1 de La Lagunita. Si la gravedad de la enfermedad lo amerita, el paciente es referido directamente al Hospital Central o al Seguro Social de Valera.

En su mayoría los hombres no asisten al Ambulatorio de La Lagunita ni al de La Puerta, pasan directamente con un médico general privado que viene de Maracaibo y atiende en La Puerta los días viernes, sábado y

domingo. Esto se debe en parte a sus ocupaciones laborales en la semana y al no sentirse cómodos cuando son atendidos por una mujer, bien por machismo o por timidez de mostrar parte de su cuerpo cuando se trata de enfermedades que lo ameritan.

Aun cuando el Ambulatorio de La Lagunita está concebido para la atención primaria, siempre se encuentran opiniones divididas entre quienes agradecen por contar con este servicio y quienes resaltan lo deficiente del mismo, por no tener un mayor número de aparatos e insumos médicos. En el Ambulatorio laboran tres profesionales de la salud, una enfermera, una médico cirujano general y un médico integral comunitario (mic). En relación con éste último se observa en la gente poca confianza, opinión extendida comúnmente hacia los egresados de la carrera de Medicina Integral Comunitaria, carrera recientemente aperturada por el gobierno nacional. Ellos consideran que los mic no están lo suficientemente capacitados para ejercer como médicos, por lo que solicitan en menor medida sus servicios, situación que también se presenta en el Ambulatorio Tipo 2 de La Puerta, donde 10 de los médicos que allí trabajan 6 son mic. Es difícil saber con certeza en qué se asienta esta opinión, si es por mala praxis, si es porque ellos son de la misma comunidad y nadie es profeta en su tierra o por la creencia difundida, con o sin fundamento, de que los egresados de las misiones no reciben una educación de calidad.

9.2.2 La Escogencia del Médico:

En la escogencia del médico influyen los consejos de familiares, amigos y vecinos, consejos que con frecuencia se intercambian en la sala de espera del ambulatorio de La Lagunita. En este espacio se socializan experiencias y se recomiendan los especialistas con los que se han visto, de los cuales valoran además de sus conocimientos, títulos exhibidos, logros alcanzados en la curación, tiempo que les dedica y el trato cercano que les provee, siendo igualmente importante la distancia geográfica y los costos de la

atención. De todas ellas la que más influye en la elección de un médico son las recomendaciones que dan de boca en boca, con las que de alguna manera pareciera “que se subordina la legitimidad del ejercicio profesional a los éxitos comprobados por la colectividad más que a la posesión de un diploma.” (Le Breton, 2002, p. 191)

En esas recomendaciones las personas hacen hincapié en el trato cercano que les ofrece el médico, de allí la popularidad de algunos, baste como muestra el médico Ramón Ramírez quien presta sus servicios privados en Timotes. Tal como lo señala la señora Ramona González: “la gente acude a él porque además de sus conocimientos escucha a las personas... habla como uno y hasta le hace a uno bromas y le da ánimos y a veces con esas palabras uno sale hasta sintiéndose mejor.”

GP. *Arriba en El Paramito nos dijeron que les gustaba ir más a Timotes que a Valera.*

Ramona. *A mí me parece que Timotes queda más lejos. Lo que pasa es que les gusta porque Timotes es un pueblo más campesino que Valera. Yo fui una vez allá adonde un doctor, Ramón Ramírez, él es de Chachópo, él es campesino y trata así a la gente y le va muchísima gente, van con más confianza.*

GP. *¿Él es especialista en qué?*

R. *Él es médico general, él tiene su propio consultorio y atiende como dos cuadras más arriba de la Plaza Bolívar. Yo fui a llevar a mi hija aunque yo prefiero ir a Valera. A mi hija sí le gustó, porque él sí conversa, no anda con aquella apuradera de otros médicos que lo atienden rapidito a uno y a uno no le alcanza ni pa preguntarle cosas. Mi hija tenía unos dolores aquí (señala el cuello), se hacía unos exámenes y seguía y fue con él y él le dijo uste está mejor que yo, uste no está enferma, uste lo que está es malcriada (risas). Le puso ahí una medicina y ella se mejoró.*

GP. *¿Él manda pastillas o plantas?*

R. *No. Él es doctor doctor, graduado en Mérida, él tiene los diplomas allá pegaos en la pared, le va mucha gente allá, porque además no es carero y es conversador.*

De acuerdo con las narraciones de los más ancianos, la valoración de esta proximidad entre el médico y el paciente se entiende en el contexto de las estrechas relaciones que se entretendían entre ellos y el curandero-idólatro,

relaciones forjadas por lazos de vecindad, desde las cuales el enfermo al consultar al curandero le hacía una descripción amplia no sólo de su condición física sino también emocional, de sus circunstancias personales, actividades familiares y labores productivas. Información que en buena medida el curandero ya conocía y que era importante para él, pues no sólo atendía la enfermedad sino también actuaba como consejero para que la persona consiguiera tranquilidad interior, en tanto que toda situación desfavorable en términos económicos (mala cosecha) o afectivos (pérdida de un familiar o ser querido) aflige a las personas haciéndolas más vulnerables de contraer enfermedades. Este proceder subyacentemente reforzaba la vigencia de las reglas sociales, cuyo incumplimiento ponía en riesgo la cohesión y el orden social, evitando de esta manera comportamientos incorrectos que pudieran traer infortunios individuales o colectivos, lo que demuestra que la institución de atención a la salud desde siempre ha sido una agencia de enculturación y control social en todas las culturas.

Del mismo modo, la relación cercana se veía reforzada por su disposición para asistir a quien lo necesitara, sin importar el día, hora y lugar, disposición que se basaba en la creencia de que sus dones curativos eran dados por Dios, en consecuencia no podía negarse. Por consiguiente, la relación entre el curandero y los pobladores no se reducía al tratamiento de los padecimientos, sino que también permitía reafirmar los vínculos sociales entre ellos, idea que aún pervive, con menor intensidad en el imaginario social.

GP. *Perdón ¿Usted de dónde viene?*

Carolina. *De La Flecha.*

GP. *Ah no tan lejos.*

C. *Sí, lo que pasa es que ya casi no se consiguen personas que curen el mal de ojo, la única es Mamá Chica. Aunque una vez a mí me dijeron que por allá vía a Valera, detrás del Club Italven, había una señora que lo curaba y yo una vez fui con mi primer hijo enfermo pero no me quiso atender, salió una persona y me dijo: no ella no la puede atender y a mí si medio rabia, yo hasta*

llore de la rabia, yo le grité de todo, porque cómo no iba a salir sabiendo que un niño estaba enfermo.

Mamá Chica. *Eso es muy delicado, si a uno Dios y la Virgen le dio el don uno no se puede negar, aquí hay gente que viene hasta los domingos a la hora que sea y yo los atiende y converso con ellos para saber que los enferma y aconsejarlos. Si yo no los atiende sería yo muy mala, a veces yo me estoy arreglando para ir a misa y viene una persona a buscarme y yo le digo venga rapidito pa atenderlo porque voy a misa... pero yo los atiende y los escucho.* (Carolina Mejías. Mujer de 26 años, dedicada a los oficios del hogar, vive en La Flecha, consulta a Mamá Chica por el mal de ojo de su hijo)

Hoy una serie de factores como la atención cercana o distante del médico hacia ellos, el lenguaje que emplea, el costo de las consultas y tratamientos, las distancias geográficas y los comentarios y recomendaciones hechas por conocidos, determinan su elección, la relación que se establece entre ambos, la confianza en el médico y el cumplimiento del tratamiento. En esto se puede ver que la eficacia simbólica sigue operando aunque de forma muy distinta a la del pasado, en la medida que las personas trasladan el vínculo afectivo y emocional que mantenían otrora con el idólatro y aun hoy con la curandera y sus remedios al médico profesional y sus fármacos, aun cuando el sistema biomédico pretende vaciar su práctica terapéutica de elementos simbólicos privilegiando la eficacia terapéutica. Por lo que la valoración positiva dependerá en última instancia del trato afable, de la relación de confianza que establezca el médico con ellos abriéndole espacio a sus creencias culturales para que no se sientan cohibidos de hablar de sus dolencias, de su disposición para atenderlos más allá de las horas de consulta, lo que contrasta claramente con la práctica usual del médico profesional, quien por lo general ofrece un trato parco en un horario y espacio determinado.

En este sentido, una de las formas en que ellos procuran establecer una relación más estrecha con el médico profesional cuando éste después de sucesivas visitas aún se muestra muy distante o mantener el vínculo cuando ya tienen una relación cercana, es por medio de obsequios que les

llevan a las consultas, lo que también hacen con la curandera. Práctica muy común en las zonas rurales, que se pueden observar en distintas partes del mundo, tal como lo ilustra Le Breton (2002) al hacer referencia a lo que frecuentemente ocurre en Saint-Louis en Senegal, allá

los pacientes no se conforman con pagar la consulta como está impuesto por el Estado, agregando algo más (el suplemento simbólico, suplemento de sentido y de valor) en especies (aves, platos cocidos, etc.), a veces en dinero, que duplica el precio de la consulta. La dádiva tiene como objetivo personalizar la relación con el médico y reducir de esta manera, lo extraño que éste representa. La cultura erudita es conjurada y absorbida de otro modo por medio de la corrupción popular. Gracias a lo que pasa de boca en boca, y a la dádiva que hace familiar el hecho de recurrir a sus servicios, el médico es considerado como el curandero, como el que posee un “secreto” y lo insólito de su saber y de sus maneras no es más que una versión entre otras de las que diferencian a todos los curanderos. (p. 191)

Por otro lado, como parte de la ausencia de una relación estrecha entre el médico y el paciente se observó con frecuencia, principalmente entre personas de mayor edad, dificultades en la comunicación. De allí que siempre asistan a la consulta acompañados por sus hijas o nietas, quienes hacen las veces de intérprete o traductora entre el enfermo y el médico. En un primer momento el acompañamiento representa la ayuda ante una dolencia o la dificultad para movilizarse por sí solo, sin embargo, en un segundo momento se puede notar que no siempre se da por un impedimento físico sino por las razones antes expuestas. Lo que se constata cuando al salir de la consulta la persona mayor le pregunta al acompañante si entendió,

anotó o recuerda todo lo que le dijo el médico, verificando si efectivamente comprendió las instrucciones.

En todo caso, bien porque se trate de una persona mayor o joven, la conversación amplia y distendida médico-paciente permite una mejor comprensión del padecimiento y por ende mayor confianza en la praxis del médico y su tratamiento, lo que abre la posibilidad de mantener un vínculo perdurable. En virtud de ello se entiende que a los pobladores no les agrada un médico de pocas palabras o que determine los síntomas sólo a través de los datos empíricos, es decir, exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías entre otros, en estos casos se observa que la falta de convencimiento lleva a las personas a buscar otros médicos u otras alternativas de atención a la salud, lo que va retrasando la posibilidad de alcanzar la curación.

Así, en el ambulatorio de La Lagunita se pudo observar que la médico deja que los pacientes se extiendan en la descripción de sus enfermedades, para después de sus explicaciones formularles preguntas esperando que la respuesta aun cuando no sea tan precisa le permita chequear si se han entendido mutuamente. Este trato se da la mayor parte de las veces cuando el médico es de origen campesino, como el médico Ramón Ramírez de Timotes o cuando los años de trabajo continuo con poblaciones campesinas han preparado al médico para este tipo de paciente, ajustando su explicación al mundo cultural del mismo.

En este intento de uno y otro por interpretar los mensajes se van dando lazos de empatía en el que una palabra, una mirada, un gesto o incluso un sonido onomatopéyico comienzan a tener sentido. No obstante, lo más habitual es que buena parte de los médicos no abran el espacio para escuchar a sus pacientes, bien por la cantidad que atienden por día, por un interés mercantilista en obtener mayores ganancias, porque en el momento de establecer un diagnóstico le dan mayor peso a la tecnología y no al diálogo o por la falta de sensibilidad social.

Finalmente, otro aspecto que valoran de un médico son los títulos que posee, los que son interpretados como indicador de su capacitación. Sobre la base de este reconocimiento establecen una clara distinción entre un médico profesional y uno que no lo es. De hecho, cuando recuerdan a Don Elio, médico muy popular que atendía en la vía hacia Timotes y al que la mayoría frecuentó hasta la década de los 80 cuando murió, hacen la aclaratoria que si bien él no estudió en la universidad, era un médico profesional y no un curandero, porque él aprendió el oficio de su padre, quien sí era médico graduado y le había enseñado sus conocimientos y dejado sus libros, como si el padre le hubiera transferido su título y con él sus conocimientos.

Sotero. *Hace como tres años por los telares vinieron unos doctores, había uno Roberto. Yo tenía la pierna muy hinchada, no podía caminar, no salía más que por ahí. Antonces Ramón y la señora Candelaria lo encaminaron pa ca, pa que viniera a verme y antonces vino y me dijo: mire yo le voy a recomendar un dotor de Valera de La Beatriz, que se llamaba Víctor Salas el tal dotor me arecuerdo yo. Antonces le dio un papel a Hermelinda, la hija de Candelaria, una gatica muy bonita, pa que ella me llevara pal Seguro Social, allá en La Beatriz. Bueno yo con el enteres de mejorarme, que lo único bueno era que me daban la medecina, a uno no le cobraban, pero eso no me hizo. Hice siete viajes, que no me lo están preguntando, hice siete viajes pa llá, que los sobrinos míos también me llevaban (el señor Sotero no tiene esposa ni hijos, siempre ha vivido solo) y me traían y Candelaria también jue unas cuantas veces pa llévame. ¿Sabe qué me preguntó el dotor el primer día sin saber nada de mí? que si era que yo estaba alcoholizao. El mismo dotor me dijo eso y sabe que hice siete viajes y no me curó, qué le parece eso. No me hizo nada, nada de nada y yo le preguntaba que qué era lo que yo tenía, que me dijiera por más que no me gustara. Candelaria le dijo él alcoholizado no está. Le pregunté, dígame la verdad, si es que tengo algo mal puesto pa yo buscar quien me sobe. Dijo que no, que yo no tenía de eso nada y eso fue lo único que me dijo. Pero dígame que ese señor no habla naitica, será que creen que uno no va entender porque uno no es estudiao. Ya le digo, yo hice siete viajes pa pagar ese cobrero, lo único que tenía yo era pa pagar el pasaje y la comida que tiene que tenerla uno, pero de ese dotor no sentí mejoría nadita de nada.*

GP. *¿Y después fue a otros médicos?*

S. *Sí, sigui hasta con otros médicos hasta hace tres años.*

GP. *¿Qué le dijeron esos otros médicos?*

S. *Que tenía reumatismo. Esta mano se me desoca y no puedo agarrar nada con esta mano (mostrando la mano derecha). Ah entonces se vino pa ca un hermano de la señora Lola (María Dolores), va hacer dos años pasao mañana que es viernes santo, me dijo que la señora de él me iba a llevar pa onde un médico, un dotor en Valera. Yo le dije como no, mande avisar, entonces yo fui porque se me hinchaba la pierna, morada se me ponía la pierna y una dotora en La Puerta también vio y me saco un líquido de la pierna, un vaso así, amarillo amarillo y sí me alivió un poco. Bueno volví a seguir y me jui a un médico a Valera y me recetó unas empolletas, 9 empolletas y unas pastillas así de chirriquiticas. Bueno con eso, primero Dios y la Virgen, se me quitó el dolor pero tengo la pierna desocada. Yo me he hecho muchísimo. Yo todavía trabajo, poco a poco, busco la leñita y hago la comida y los vecinos de por aquí siempre vienen a verme y la señora Lola siempre me trae comida o candelaria me manda.*

Foto N° 12

Señores Sotero Villegas a la izquierda y Gorgonio Mendoza a la derecha



Ramona. *Yo me acuerdo que había uno en Timotes y por aquí por La Vega donde dicen Ciquiao, por la "Y" que lleva a Timotes y a la Mesa por un lao. Le decían Don Elio Montilla, era hijo de un doctor graduado que se murió y le dejó los libros y él estudiaba y se guiaba por eso, era muy bueno, él atendía*

como médico médico. Allá si fui yo, porque yo a los otros así (refiriéndose a los curanderos) no les tenía mucha fe, aunque mucha gente sí, no sé...me daba miedo, porque yo decía si ellos no han estudiado cómo van a curar.

GP. *¿Cuándo los atendía era como médico o como curandero?*

R. *No, como médico. Él decía yo no soy yerbatero. Él me recetó varias veces. Yo le decía a mi papá pero si él no estudió, si él no tiene títulos cómo es médico y él me decía pero su papá era muy buen médico, graduado de los de antes y él aprendió el oficio de su papá... pero Don Elio ya se murió.*

9.3 Sistema de la Autoatención

El sistema de la autoatención o de los cuidados familiares parte de la idea de que la enfermedad abarca aspectos sociales, culturales, económicos, religiosos y psico-emocionales que demandan la participación de todos los miembros del grupo familiar y en algunos casos el apoyo de amigos y vecinos, por lo que el tratamiento de la enfermedad no se reduce únicamente a la atención del médico profesional o del médico popular. De hecho, las personas se quedan en el nivel de la autoatención cuando consideran que desde el espacio familiar, con sus propios recursos y conocimientos pueden tratar episodios de enfermedad o en su defecto, cuando dentro de las distintas opciones que ofrecen los sistemas de atención no encuentran una cura para su malestar.

En esta esfera las personas se nutren de lo aprendido en las distintas consultas con el médico y la curandera, los conocimientos transmitidos en el hogar, la información que les llega por los medios de comunicación, de las experiencias propias, de familiares y amigos. Estos elementos son reinterpretados e incorporados como nuevos aprendizajes a su mundo de conocimientos, creencias y prácticas, que se actualizan de tiempo en tiempo, dándole forma a su modelo explicativo que luego es aplicado en un episodio de enfermedad. En consecuencia, en el camino que va de la enfermedad a la curación las personas tomarán decisiones particulares en las que influyen además de esos elementos su capacidad económica, nivel educativo, relaciones sociales y experiencias particulares.

Por consiguiente, las personas valoran el tipo, gravedad, evolución y persistencia de la enfermedad desde su modelo explicativo, desde la escasa o abundante información que poseen sobre la enfermedad, las formas de tratarla, las experiencias propias, las de familiares y amigos, principalmente de los mayores, la oferta de profesionales y las distancias geográficas. Con base en estos aspectos las personas evalúan el sistema de atención al que acudirán y los tratamientos que seguirán, estacionándose en aquellas terapias y medicamentos que califican más convenientes para restablecer el equilibrio perdido, combinándolos o consumiéndolos de manera sucesiva.

De allí que el empleo de las nociones y técnicas curativas de los diferentes sistemas de atención pueden ser considerados, como señala Menéndez (1983), redes que van entrelazando el enfermo y su grupo familiar en el camino hacia distintos campos de sanación. Lo que pone en evidencia el carácter dinámico de la cultura y la capacidad creativa de los individuos para comprender e integrar elementos diversos a su mundo de saberes y prácticas, en el marco de unas condiciones sociales, económicas y culturales cambiantes.

En ese proceso que va de la enfermedad a la curación las personas se organizan en función de brindar al enfermo la ayuda necesaria, esta ayuda se manifiesta tanto de forma moral como material. La moral implica ofrecer resguardo y apoyo anímico al enfermo ante las limitaciones que impone la enfermedad a la acción humana, como una forma de brindar sosiego ante la imprevisibilidad del curso que pueda tomar la enfermedad, esperando que la naturaleza actúe restableciendo el equilibrio perdido.

Este apoyo se extiende también a los intentos por parte del grupo familiar de entender y darle sentido a la condición del enfermo desde preceptos religiosos, implorando la ayuda divina y buscando respuestas a las preguntas que subyacen al sufrimiento físico, por ejemplo: ¿por qué a mí? ¿por qué me tuvo que pasar esto en este momento? ¿qué mal he hecho para merecerme esto? En cambio, la material está relacionada con los

comportamientos dirigidos concretamente a tratar la patología, bien a través de remedios empíricos, tratamientos del médico profesional o rituales de curación. Aunque ambas son inseparables,

intentar curar adopta un carácter diferente al de cuidar: a veces porque es visto como una prerrogativa divina que a veces necesita de un intercesor que establezca una relación con la divinidad, o como una prerrogativa de conocimiento técnico que da lugar a roles especializados que se sitúan a lo largo de un continuum en el que encontramos en un extremo el conocimiento derivado de las experiencias particulares o de la transmisión oral, y en el otro la última y más sofisticada técnica biomédica. (Comelles, 2000, p. 23)

Ahora bien, el apoyo económico que brinda el grupo familiar o red social es fundamental, en tanto que la mayoría de los pobladores de las tres comunidades viven en medio de condiciones económicas precarias que determinan su acceso al sistema de salud público o privado, tratamientos y medicamentos. Estas condiciones económicas varían a lo interno de las comunidades, donde se puede observar que algunas familias tienen mejores posibilidades que otras para brindar ayuda monetaria al enfermo, además de contar con otros recursos como por ejemplo vehículos rústicos que facilita el traslado a centros de salud distantes tanto en Valera como en Timotes.

Desde una perspectiva más amplia, estas limitaciones económicas influyen no sólo en el acceso desigual al sistema de salud entre ellos, sino también cuando se les compara con otros de sectores sociales del Municipio Valera. Situación que se profundiza en la medida que el sistema sociosanitario posee una estructura jerárquica, burocrática, tecnocrática y clientelar, que en ocasiones de forma abierta y en otras velada limita el acceso de los distintos grupos según su condición social. Máxime, cuando

por la actual coyuntura económica que atraviesa el país el sistema de salud pública no puede dar respuesta a las demandas de atención de toda la población. Lo que genera por un lado un servicio público de pésima calidad, que lleva cada vez más a la gente a recurrir a la atención privada con las dificultades que esto representa por el mermado poder adquisitivo y por otro, a un aumento de la demanda de la medicina popular o en su defecto, a la resolución de los problemas de salud en el ámbito de la autoatención, aun en casos en los que la gravedad de la enfermedad exige una atención especializada y urgente, con el consecuente riesgo que implica posponer o no recibir una oportuna atención. En todo caso se puede observar

que hay mecanismos socialmente establecidos para diagnosticar, tratar y evaluar los procesos de s/e/a, que son diferencialmente accesibles a la población según sea su posición social y económica y el contexto sociocultural y político específico. Las relaciones sociales en las cuales se desarrolla un mismo malestar, producirán en cada caso, una distribución diferencial de padecimientos y enfermedades y condicionarán también procesos diferenciales de atención (de la enfermedad y del padecer), según sea la posición socioeconómicamente estratificada del enfermo. Tanto la enfermedad como el padecimiento producen y son producto de una determinada estructura social y de significados. (Osorio, 2001, p. 35)

Si bien el espacio de los autocuidados involucra a todo el grupo familiar, en las tres comunidades son las mujeres las principales protagonistas, debido al rol que la sociedad les asigna como cuidadoras y por tanto receptoras de un conocimiento tradicional que es transmitido y empleado en el seno del hogar. Este rol lo desempeñan como madres, esposas, hermanas e hijas, en la medida que la edad y la vitalidad les permite dedicarse al

cuidado del enfermo, que bien pueden ser los padres, los hermanos, los hijos, el esposo o ellas mismas, siendo siempre importante la participación directa de la madre cuando los hijos están enfermos o indirecta si están casados, pues son las esposas quienes asisten fundamentalmente al enfermo. Mientras que el papel de las abuelas de avanzada edad se ve reducido al de consejeras, cuando no son ellas quienes requieren de los cuidados familiares.

En cualquier caso, son las mujeres las encargadas de tomar las decisiones en relación con el enfermo, sobre la higiene del hogar, de suministrarle los tratamientos médicos, de prepararle la dieta prescrita, de compaginar la condición del enfermo con el resto de la familia y las responsabilidades personales de éste, de asistirle en sus necesidades básicas en caso de gravedad. Casi siempre es quien lo acompaña a la consulta médica o a la hospitalización, trasladando a los lugares de reclusión hospitalaria el ambiente familiar con el propósito de hacerlo más cercano al enfermo e incluso a ellas mismas, modificaciones que también realizan en la casa al adaptarla a las necesidades físicas y emocionales del enfermo para beneficiar su mejoramiento.

Se trata entonces de un rol fundamental que cumplen las mujeres en las estrategias curativas en el campo de la autoatención, bien como cuidadora principal o secundaria, lo que no significa que los hombres no participen en los cuidados del enfermo brindando ayuda moral y material para cubrir los gastos que implica la enfermedad. Por lo general, ante episodios críticos las familias se organizan como una red de apoyo que involucra a todos los miembros en las labores de cuidado del enfermo, operando como un micro sistema de seguridad social no oficial, basado en la solidaridad familiar, que en sociedades dónde las instituciones no satisfacen estas necesidades, la familia pasa a ser el primer sistema de asistencia.

Así, se pudieron observar diferentes formas de organización familiar en función del enfermo y la gravedad de su padecimiento. Cuando el enfermo es

un hombre o mujer con hijos y nietos hay una cuidadora principal que asume su higiene personal, alimentación y cumplimiento del tratamiento, quien además toma las decisiones de su cuidado diario, comúnmente es una hija que tiene mayor disponibilidad para estas labores. Esta cuidadora es auxiliada en quehaceres muy puntuales por sus hermanas o sus propias hijas, quienes no descuidan sus trabajos y a sus respectivas familias cuando es el caso, pero que en los momentos de mayor agotamiento físico, mental y emocional la relevan circunstancialmente, asumiendo nuevamente la responsabilidad más adelante. Ese apoyo se refleja en el traslado del enfermo al médico, la búsqueda de medicinas, la limpieza del hogar y cualquier otra tarea que sea necesaria.

En los casos donde el enfermo es un hombre casado y con hijos pequeños es su esposa la cuidadora principal, recibiendo el apoyo de sus hermanas, quienes la asisten en el cuidado de los niños y algunos quehaceres del hogar, así como la ayuda de la madre y familia del esposo quienes tratan de asistirlos económicamente si es necesario. Pero si la enferma es la esposa el apoyo de sus hermanas y madres es fundamental, no sólo para el cuidado de ella sino también para la atención de los hijos y el esposo, quien se ocupa de la parte económica principalmente, en este caso la familia del esposo es menos participativa. Cuando el enfermo es un hijo, bien niño, adolescente o adulto soltero, de la misma manera la madre es la cuidadora principal y el resto de la familia brinda apoyo.

9.3.1 Etapas por las que Transitan las Personas en su Itinerario Terapéutico:

El itinerario terapéutico es un proceso marcado por circunstancias diversas, en el que las personas van transitando por diferentes etapas que van desde la identificación de la enfermedad hasta su curación. A lo largo de este proceso las personas hacen uso de los distintos sistemas de atención que ofrece la sociedad, influidos por las condiciones económicas, nivel

educativo, entre otros elementos, toman decisiones sobre los sistemas de salud, terapias y sanadores a los que recurrirán. En términos generales, en las comunidades en estudio se pueden identificar cinco etapas o momentos que recorren las personas en su itinerario terapéutico.

El primer momento se inicia dentro del círculo familiar con la autopercepción del enfermo, es decir, el “sentirse enfermo”, percepción definida culturalmente sobre las sensaciones experimentadas o signos visibles en el cuerpo, con base en las cuales el individuo interpreta la sintomatología o un familiar identifica alguna anomalía en la persona. De esta manera, el enfermo y su entorno familiar van reconociendo los indicios (dolor, ardor, picazón, etc.), la parte del cuerpo comprometida y su magnitud, datos que son traducidos culturalmente y con los que elaboran un posible diagnóstico identificando y nombrando la afección. La tarea de diagnosticar la enfermedad recae principalmente en las personas de mayor experiencia dentro de la red social. Con base en ese diagnóstico deciden el tratamiento a aplicar, que bien puede ser el consumo de plantas, de algunos fármacos o restricciones en la dieta, evaluando la evolución de los síntomas y recuperación o no del enfermo.

En reiteradas ocasiones se pudo observar que ante un enfermo las personas ponían en práctica los conocimientos adquiridos cuando ellas, un familiar o vecino tuvieron una dolencia similar, apelando a los récipes y medicamentos guardados que tiempo atrás fueron prescritos por el médico o curandera. Por lo general se observó que algunos vecinos recomendaban terapias que habían leído en un manual básico de medicina, escuchado en un programa de radio o visto en uno de televisión. De igual forma, cuando alguien necesitó de una inyección para cumplir un tratamiento, recurrió a la ayuda de una vecina que lo aprendió en el ámbito doméstico y una vez dominada la técnica se corre la voz en la comunidad, por lo que siempre solicitan su servicio. Es sobre todo en los episodios de enfermedad donde las

personas intercambian y se apropian de la diversidad de saberes y prácticas sobre patologías, terapias y remedios.

De acuerdo con la gravedad la atención se puede circunscribir a los cuidados familiares o extenderse a una consulta con la curandera o con el médico profesional. Habitualmente si el malestar es leve es atendido sólo desde la autoatención, como en el caso de diarrea, gripe, fiebre, cefalea, entre otros, siempre que no sean muy severos.

En ocasiones algunas personas ponen en riesgo su salud pues al ignorar o restarle importancia a los síntomas terminan posponiendo la visita oportuna al médico profesional. Esto obedece a varios factores entre los que sobresale en primer lugar las presiones económicas, por el gasto de dinero que genera la atención médica y que muchas veces no alcanzan a cubrir. En segundo lugar, especialmente los hombres, para no ausentarse de sus labores diarias y no dejar de llevar el sustento familiar. En tercer lugar por el temor de sucumbir ante una enfermedad que pudiera lastrarlos psicológica y socialmente, devaluándolos ante su grupo familiar, vecinal y posibles nuevos trabajos, convirtiéndose en una carga para los demás. En cuarto lugar, algunas personas por su elevado umbral de dolor muchas veces ignoran o soportan los padecimientos sin que se les haga crisis o les impida realizar sus tareas cotidianas, en la medida en que la crianza y las duras jornadas de trabajo durante años han fortalecido el cuerpo, sobre todo en las personas más ancianas y en menor medida en los adultos. Por último, las dificultades económicas y de tiempo que conlleva trasladarse a otra ciudad en busca de un especialista.

GP. *Cuando usted está enfermo ¿a quién recurre?*

Sotero. *Por ahí a los vecinos con ramitas del páramo y pastillitas va uno ahí. La señora Lola siempre viene por ahí a visitarme y me dice tómese esta ramitas o aquella otra. Ella siempre sabe pa que son buenas y uno que se acuerda de lo que hacían los papás de uno, cómo las preparaban y así de lo que uno se va acordando. Pero nunca falta que alguien le eche una manito cuando uno tiene un dolor o esta indispuerto. Si no puede uno pues*

manda al otro, a veces la señora Lola me manda una medicina con José Luis, el hijo de ella, no sé si ustedes lo habrán conocido o viene Candelaria o algunas de las hijas, pero nunca falta quien lo visite y le traiga algo a uno. Hay que conocer algo de ramas porque no puede uno por cualquier cosita ir al médico o bajar pa comprar medicina... en veces uno no tiene los cobritos y tampoco puede uno dejar el trabajo porque ahí si se pone peor la cosa... no le queda a uno de otra que aguantarse el dolor... y poco a poco llevándola.

GP. *Pero usted en ocasiones baja, porque hace tiempo me contó que estuvo en el Seguro Social de Valera.*

S. *Sí, cuando uno se ve muy malo y ya no queda de otra uno baja, siempre lo acompañan a uno y menos mal porque sino yo me pierdo por ahí. Es que yo hasta en La Puerta me pierdo (risas).*

En una segunda etapa, si los síntomas persisten porque no son suficientes los autocuidados, la persona y su grupo familiar deciden el tipo de atención médica a la que recurrirán para el restablecimiento de la armonía perdida, escogencia que se basa en la caracterización que han realizado previamente sobre su padecimiento. Esta decisión los ubica culturalmente en una concepción médica determinada, bien popular o biomédica, lo que implica no sólo una manera de llamar la enfermedad, un tipo de tratamiento y de sanador, sino también concepciones y valores diferentes sobre la misma.

En virtud de ello, el diagnóstico primario será reconsiderado según la concepción del proceso salud, enfermedad y atención de cada sistema. Por esto, cuando el enfermo pasa de un sistema de atención a otro su enfermedad es conceptualizada (nombre, sintomatología y tratamiento) por el médico de una manera (herpes zoster, problemas gastrointestinales y cuadro viral) diferente a la del curandero (culebrilla, descuajo y mal de ojo), lo que refleja las divergencias entre ambos. Divergencias en las que las personas no se detienen pues no ven fronteras infranqueables que les impida alternar entre uno y otro de manera sucesiva o complementaria simultáneamente. En algunas ocasiones esa complementariedad es sugerida por la curandera y en muy contadas ocasiones por el médico profesional, pero dado que la identificación de la dolencia como enfermedad moviliza al individuo y su grupo familiar hacía la búsqueda de la curación, son ellos quienes en última

instancia deciden qué hacer, cómo, cuándo, dónde y con quién tratarse. Es desde este ámbito que las personas vinculan uno y otro sistema, intercambiando significados y símbolos de ambos a partir de su mundo cultural.

A pesar de que la medicina popular haya retrocedido en las tres comunidades y el número de curanderos ha decaído hasta sólo quedar Mamá Chica, en general, sus conocimientos siguen presentes en las prácticas curativas de todas las personas. Esta persistencia se refleja por un lado en la aplicación de los consejos dados por los ancianos sobre terapias curativas tradicionales, consejos que son empleados por los más jóvenes en el campo de los cuidados familiares y por otro lado, en las consultas que continúan haciendo a Mamá Chica.

En relación con esta última, las razones por las que las personas siguen acudiendo a la curandera se pueden reagrupar en tres áreas: en primer lugar cuando están convencidas de que la enfermedad sólo puede ser atendida por ella, como en el caso del mal de ojo y el cuajo caído, que a sabiendas de que es Mamá Chica quien cura las causas de este tipo de padecimientos, tratan la deshidratación y otros síntomas con la médico María Luisa. En esta circunstancia la biomedicina es empleada por ellos como auxiliar de la medicina popular en el tratamiento de las enfermedades. En segundo lugar, cuando los padecimientos no son graves se tratan con la curandera y la médico de forma simultánea, por ejemplo enfermedades respiratorias y dérmicas, para estas enfermedades no le dan preponderancia a un sistema sobre otro por lo que se da una complementariedad entre ambos. En tercer lugar, cuando las enfermedades son graves como un quiste o una hernia que requieren de una intervención quirúrgica, tratan estas enfermedades con especialistas médicos, recurriendo a la curandera y en general a la medicina popular como auxiliar de la biomedicina.

Aun cuando la curandera no tiene problemas en aconsejarles que asistan con el médico profesional y tanto ella como la médico María Luisa de

manera particular no tienen problema si las personas pasan a consulta con ambas, pues los años de servicio rural de la médico le han permitido comprender que son prácticas comunes de los pobladores, ellos le ocultan a los médicos y en menor medida a la médico María Luisa, que han consultado a la curandera o empleado terapias de la medicina popular.

Asimismo, las personas siguen acudiendo a Mamá Chica porque con ella pueden mantener un diálogo más profuso que con el médico profesional, pues además de expresarles sus síntomas como lo hacen con el médico, entablan una conversación en la que le manifiestan sus dolores, sufrimientos y pareceres a los que ella le da crédito, al tiempo que los alienta y les brinda explicaciones enmarcadas en una cosmovisión compartida por todos, en la que son importantes los elementos socio-mágicos para comprender sus padecimientos, lo que la biomedicina no alcanza a satisfacer.

Otra razón que se puede esgrimir también es que al participar Mamá Chica en las actividades que organiza la Iglesia Católica y mantener una buena relación con el cura y los feligreses, se reviste de una cierta legitimidad que hace que las personas valoren sus buenos oficios en tratamientos que no sólo echan mano de lo natural sino también de lo religioso. Lo que no ocurre con los exiguos practicantes de cultos evangélicos, pentecostales y jehovistas que viven en las comunidades y zonas aledañas, quienes no aprueban por recomendación de sus pastores asistir con curanderos por considerar que no es “grato a los ojos de Dios”.

Ahora bien, las personas deciden asistir al sistema de atención biomédico buscando una explicación de su malestar, que les permita entender qué les sucede y encontrar una mejoría. Por eso algunas personas al salir de la consulta disipan la incertidumbre una vez que el médico les diagnostica la enfermedad, bien porque confirman sus sospechas o descartan temores sobre algo grave, en función de ello encarrilan sus esfuerzos para buscar la curación.

Al igual que en el pasado reconocían que ciertos padecimientos debían ser atendidos por un curandero dotado de poderes especiales como el idólatro y otros por el curandero común, hoy también reconocen que el médico general es para los padecimientos leves y el especialista para los graves. Por lo que en primer lugar acuden al Ambulatorio de La Lagunita con la médico María Luisa, quien les realiza un diagnóstico identificando con más precisión las características de la patología, que de no ser tan grave les prescribe un tratamiento, caso contrario los remite a un especialista.

Esto último da inicio a la tercera etapa, pues al no encontrar solución a sus problemas buscan una atención más especializada en Timotes o Valera, preferiblemente en esta ciudad, si el servicio es público van al Hospital Central de Valera, al Seguro Social o al Ambulatorio del Seguro Social, pero si es privado acuden a las distintas opciones médicas que se ofertan en Valera. También se da el caso de muchas personas que buscan la atención de médicos profesionales que ejercen la medicina alternativa, entre ellos, la de un médico que emplea tratamientos homeopáticos en el Municipio Boconó, a tres horas de distancian en vehículo.

Médico María Luisa. *Las comunidades que están más cercanas a Timotes, es decir, de El Portachuelo en adelante van a Timotes, a consulta privada con el doctor Filiberto Hernández que es un médico general, además de chequeos generales también hace ecos. Está también el doctor Ramón Ramírez al que acuden mucho. Además van al Ambulatorio, al CDI y al Hospital de Timotes y a un centro médico privado que hay allá. Si la gente no queda conforme con la atención en Timotes o La Puerta pasa directo a Valera, bien a consultas privadas o al Hospital Central o al Seguro Social. Pero si los síntomas pueden ser atendidos aquí o en La Puerta uno los refiere a La Puerta, en caso contrario uno los refiere directamente al Hospital Central o al Seguro Social de Valera.*

Mercedes. *Mamá siempre nos dice, cuando tengan un dolor no corran de una vez pal médico, no sean flojos (risas) que eso no es bueno acostumbrarse a ir al médico por todo, entonces le dice a uno tómese esto o póngase aquello. Pero cuando ya no se puede uno coge pal ambulatorio*

porque está aquí mismo y no se paga o uno baja hasta el ambulatorio de La Puerta. A veces no se tienen los rialitos pa bajar a Valera.

Andrés. *Sí, siempre cuesta, cuando papá se puso mal del corazón ahí sí tuvimos que bajar pa Valera.*

M. *Sí porque eso eran controles con el cardiólogo.*

GP. *¿Cómo hacen para buscar la medicina?*

A. *Ahí sí hay que bajar pa La Puerta o pa Valera, si es pa La Puerta voy yo en la moto, sino llevo a mi hermana (Mercedes) hasta la parada de Valera y después si puedo la busco.*

M. *¡Ay! a mí me da mucho miedo esas motos, pero salir de aquí pa La Puerta cuesta mucho.*

(Mercedes Zambrano, Mujer de 32 años de edad. Trabaja de secretaria en una Escuela Básica en La Puerta. Andrés Zambrano. Hombre de 28 años de edad. Trabaja en un taller mecánico en La Flecha. Hermanos, viven en El Portachuelo)

En la cuarta etapa, si después de consultar distintos médicos en Timotes o Valera no han conseguido la sanación, al contrario sus dolencias se han agudizado, entonces se trasladan a ciudades como Maracaibo, Barquisimeto, Valencia, Maracay o Caracas, estas dos últimas son las más concurridas en la medida en que los pobladores tienen familiares que emigraron a ellas en décadas pasadas. El caso del señor Roberto Araujo ejemplifica esta etapa, después de haber consultado a especialistas en Valera sin lograr un diagnóstico y tratamiento certero, en la medida que su visión se hacía más borrosa, por recomendación de un familiar en Caracas, decidió buscar atención médica en esa ciudad. Por lo que fue operado de emergencia en una Clínica Oftalmológica en Caracas por desprendimiento de retina en ambos ojos.

En ese discurrir de médicos y tratamientos, cuando la persona encuentra mejoría con un médico en lo sucesivo lo tiene presente en caso de reincidencia de la patología, recomendándolo también a otros. En este punto la persona socializa su experiencia y los conocimientos adquiridos durante el proceso de curación, observándose que la percepción inicial que tenía sobre su enfermedad se ha nutrido del diagnóstico médico, de su transitar por

distintos consultorios y de la vivencia de otros enfermos, lo que le da sentido a lo padecido más allá de lo fisiológico.

En la quinta etapa se ubican quienes después de un largo recorrido por diversos médicos, bien en Valera u otras ciudades, sin haber encontrado solución a sus padecimientos, sobre todo cuando se trata de enfermedades terminales, crónico-degenerativas o propias de la vejez, retornan a sus hogares para desde los autocuidados mitigar los síntomas bien con la ayuda de la curandera o de la médico. Resignados a convivir con la enfermedad se refugian en sus creencias religiosas para encontrar sentido a su infortunio y probando “ante trastornos que saben de pronóstico funesto (...) terapéuticas rituales o simbólicas que no van dirigidas a resolver la enfermedad como a aligerar la ansiedad del enfermo y de su red social.” (Comelles, 2000, p. 23)

Si bien estas etapas no se presentan claramente delimitadas en la vida cotidiana, los pobladores en su “itinerario terapéutico” de alguna manera las experimentan, apelando a los tratamientos y remedios disponibles y recomendados como eficaces. A lo largo de las cuales la enfermedad no sólo ha dejado un impacto en el cuerpo del individuo, también en su vida personal, familiar y comunitaria, siendo reinterpretada tanto por él como por el grupo e incorporando nuevos elementos a las representaciones culturales ya existentes. Se entiende entonces que la enfermedad no se reduce a lo que se ha registrado objetivamente en la historia clínica, implica además lo que la persona siente y cómo lo evalúa, lo que demuestra que el proceso salud, enfermedad y atención no es simple sino complejo y dinámico, en la medida que se va construyendo desde distintos discursos.

9.3.2 Terapias Curativas:

Dentro de las técnicas curativas de los cuidados familiares heredadas de la tradición, sigue presente el empleo de plantas medicinales, sabiduría depositada básicamente en las mujeres de más edad. A diferencia de otros tiempos en el que la poca disponibilidad de medicamentos hacía de la

herbolaria una técnica esencial de curación entre los pobladores, hoy se observa una disminución de su uso en la medida en que ha ganado espacio el consumo de fármacos sintéticos, de hecho en muchas ocasiones las plantas se consumen simultáneamente con jarabes, aspirinas, alka-seltzer, cremas alcanforadas y alcohol o consumen exclusivamente fármacos.

Igualmente continua presente como en el pasado el empleo de oraciones, sahumeros, encendido de velas, recitación de palabras en secreto, recurrencia a un altar con santos y deidades católicas, escapularios, contras, uso de plantas, semillas y penitencias, todas ellas dirigidas a tratar enfermedades tanto corporales, mentales como espirituales. Por lo general, las personas mayores recurren a la oración y a la promesa a Dios, a un santo o a una virgen para implorar por la salud del enfermo, aguardando la esperanza de que se produzca la curación, a diferencia de los más jóvenes que sin dejar de serlo se muestran menos religiosos y en esa misma medida más propensos a la atención biomédica.

Habitualmente, son las mujeres quienes manifiestan mayor religiosidad por medio de las oraciones, la asistencia a misa, promesas y encendido de velas en el altar, pues los hombres normalmente se conforman con pedir o encomendar a Dios. Independientemente de la medicina que consuman, siempre está presente la fe, sobre todo cuando el medicamento ha sido usado con éxito bien por ellos o por otras personas. De hecho, en reiteradas ocasiones se observó que colocaban las medicinas sintéticas en el altar rogando a un santo o a Dios para que fortaleciera sus propiedades curativas y en el caso de las plantas muchas personas la encomendaban a Dios cuando la estaban arrancando o cuando la consumían. El empleo de oraciones, súplicas o encomendaciones es usado tanto para las enfermedades de orden natural como sobrenatural, pues como señala Achterberg en “El curador herido: viajes transformadores en la medicina moderna”, expuesto por Bautista (2000)

nuestra fe se vuelca hacia lo que nuestros sentidos nos indica que es real, en nuestra sociedad es real la cirugía, los medicamentos, las vitaminas y la acupuntura; para la cultura chamánica los tambores, la succión de objetos y los cristales (...) para el campesino las hierbas, los rezos, las estampas, la llama de las velas, el chimo, lo caliente o lo frío. Así, identificamos un complejo particular a cada grupo, de dimensiones cualitativas que nos permite aseverar con Achterberg, que todo puede curar o no hacerlo, que todo funciona según el poder invertido en el símbolo (...) pero en nuestras sociedades mestizas los grupos no están identificados con un único complejo sino que participan consciente o inconscientemente de varios de ellos. (p. 79)

Ahora bien, como en el pasado las plantas se siguen preparando en infusiones, cataplasmas, maceraciones y ungüentos. Se hace con el fin de purificar, vigorizar, calentar o desinflamar determinados órganos del cuerpo, aliviar dolores musculares, articulares, estomacales, de cabeza, oído y muela, controlar fiebre, vómito, diarrea, gripe y resfriado, sobar en caso de esguince y fracturas e incluso para retener el feto ante amenazas de aborto o para hacer que baje el flujo menstrual. El uso que le dan para fines curativos es tan flexible que en el trabajo de campo se podía observar cómo una misma planta servía para tratar una enfermedad en particular y al mismo tiempo múltiples enfermedades.

Esto se puede ilustrar con una práctica común entre algunos pobladores de El Paramito, quienes acostumbran a cocinar varias plantas por horas para hacer un bebedizo que se consume a lo largo de la semana o agregar una hierba a las bebidas, verbigracia la ruda al café, con el fin de prevenir o tratar diversas enfermedades. A esta costumbre le atribuyen gran efectividad cuando recuerdan que la “gente de antes” casi no se enfermaba y se mantenían fuertes sin tomar pastillas ni visitar a los médicos, por lo que

algunos ancianos lo siguen preparando a pesar de que le resten efectividad al poder curativo de las plantas, por considerar que la contaminación de la tierra ha mermado sus propiedades.

Ramón. *Las plantas ya no actúan como antes, antiguamente la gente de pu aquí, la gente de antes le guardaba respeto a la naturaleza... decían que las plantas curaban más rápido si se les hablaba y cuidaba...pero las plantas ya no tienen la misma fuerza, por eso es que no curan como antes, no ve que la tierra está contaminada y si la tierra está contaminada está mala y no le da esa fuerza a la planta, es la tierra la que le da ese poder a las plantas, si la tierra está débil las plantas también.*

Mamá Chica. *Mi mamá cuando iba a buscar ramitas ella les rezaba, les pedía permiso y decía: que esta ramita sirva para curar tal cosa...uno tiene que hablarles, cuidarlas, regarlas, encomendarlas a Dios y a la Virgen para que le de fuerza y viva.*

Como ya se señaló, en cualquiera de las etapas la gran mayoría consume de manera simultánea fármacos de laboratorios recetados por el médico, junto a remedios de la medicina popular a base de plantas, animales y minerales, empleados según la relación cálido-frío o simbólico-ritual de tipo religioso suministrados por la curandera, consumo que combinan en la esfera de la autoatención. Los fármacos son adquiridos por distintas vías, a saber, de los Ambulatorios, del Hospital Central, del Seguro Social, de las farmacias, de pequeñas bodegas donde venden medicamentos de venta libre o de algún vendedor ambulante que ofrece ungüentos y vitaminas para tratar determinadas dolencias. En cambio los remedios naturales son obtenidos de sus huertos o en menor medida jarabes y ungüentos en el Mercado Municipal de Valera.

En las conversaciones mantenidas con las personas principalmente mujeres en las visitas a sus casas, se pudo observar la variedad de fármacos y plantas que consumen, las afecciones para las que son usadas, la manera de prepararlas y administrárselas al enfermo. En este sentido, los fármacos más usados son los siguientes: analgésicos como la aspirina, el

acetaminofén y el parsel; antiespasmódicos como el atroveran; expectorantes como el bisolvon; antibióticos diversos; antiácidos como el alka-seltzer; antiinflamatorios por vía oral como el ibuprofeno y de uso tópico como el dencorub; descongestionantes nasales como el vaporub y el mentol; vitaminas C y B y en el caso de las mujeres embarazadas vitamina B9 (ácido fólico) y minerales como el hierro y el calcio.

Del contacto permanente con el sistema biomédico estos medicamentos han pasado a ser de uso común dentro de la atención familiar, llegando incluso a considerar algunos de ellos panaceas en el tratamiento de múltiples dolencias, como lo hacen con las plantas al usar una misma para diversas afecciones. Así, se da el caso de que las pomadas mentoladas o alcanforadas (dencorub, vaporub y mentol) se destinan para la congestión nasal, tos, gripe y resfriado, en otros casos para aliviar dolores musculares, de articulaciones y de huesos y untado en la frente para calmar el dolor de cabeza. La aspirina al igual que el acetaminofén se ingiere para atender la gripe, el resfriado, el dolor de cabeza y el dolor corporal.

De los animales emplean la grasa, los tendones y el tuétano mezclados con plantas y otros ingredientes, de los minerales se pudo observar básicamente el uso de objetos de hierro en la preparación de bebedizos. Las plantas utilizadas para la preparación de remedios casi siempre son las mismas en todas las casas, variando en ocasiones las formas de preparación, así como los usos que le dan para tratar una determinada enfermedad, empleando una misma para muchas y variadas dolencias al atribuirle una gran cantidad de beneficios. Tanto unos y otros son utilizados en cataplasmas, baños de asiento, bebedizos, ungüentos y sahumerios. A pesar de ello, hay consenso entre los elementos bases para la preparación de los remedios tradicionales: aceite, manteca, sal, panela, miel de abeja, agua, alcohol y pomadas alcanforadas.

De las plantas usan hojas, raíces y en menor medida las semillas. Entre ellas las de mayor uso son: la ruda (*Ruta graveolens*), hierba buena (*Mentha*

spicata), hierba santa (*Piper auritum*), sanalotodo (*Sedum telephium*), malva (*Malva sylvestris*), hinojo (*Foeniculum vulgare*), sábila (*Aloe barbadensis*), atroveran (*Papaver rhoeas*), menta (*Mentha piperita*), ajenjo (*Artemisa absinthium*), cebolla de páramo (*Allium cepa*), frailejón morado (*Espeletia schultzi*), chicoria (*Hypochoeris setosus*), árbol de té (*Melaleuca alternifolia*), manzanilla (*Matricaria recutita*), chilca (*Amaranthaceae*), toronjil (*Melissa officinalis*), poleo (*Mentha pulegium*), geranio (*Geranium*), verbena (*Verbena officinalis*), salvia (*Monticalia andicola*), mastuerzo (*Lepidium sativum*), mejorana (*Origanum majorana*), romero (*Rosmarinus officinalis*), cilantro (*Coriandrum sativum*), lechuguilla (*Agave lechuguilla*), colombiana (*Kalanchoe pinnata*), árnica (*Arnica montana*), coralito (*Ixora coccinea*), regaliz (*Glycyrrhiza glabra*), raíz de mato (*Aristolochia ringens*), arcadia (*Hibiscus pride arcadia*), guayabita (*Pimenta dioica*), eneldo (*Anethum graveolens*), anís estrellado (*Illicium verum*), chaya (*Cnidoscolus chayamansa*), flor de zapallo (*Cucurbita maxima*), hierba mora (*Solanum nigrum*), valeriana (*Phyla scaberrima*), diente de león (*Taraxacum officinale*), espadilla (*Gladiolus*), borraja (*Borago officinalis*), altamisa (*Ambrosia persiana*), berro (*Nasturtium officinale*), y cedrón o cidrón (*Aloysia triphylla*).

GP. *Cuénteme señora Candelaria, cuando usted era niña y la gente se enfermaba ¿adónde acudían o qué tomaban?*

Candelaria. *Aquí mismo, con plantas, pero yo casi no me acuerdo (se ríe). La manzanilla, la yerbabuena, la ruda que sirve pa muchas cosas, pa la tos, pa esas cosas de arco. Eso se usa mucho. Sánalotodo que se da por allá arriba. La chilca, un monte que da por ahí, como pegajoso que es bueno pa ponerse cundo a uno le dan dolores. El frailejón con toronjil que también es bueno pal mal de paramo y se cocina en guarapo e panela. Pa la gripe es bueno el poleo, eso es bueno pa los ronquidos pa la gente que ronca.*

Lola. *Aquí uno se toma las ramitas que siembra, porque uno no puede estar bajando a cada rato al médico o comprar pastillas porque le duele una uña... Esa mata que está ahí es la malva, si uste tiene un dolor, una hinchazón, vamos a decir que uste se dé un golpe y se le hincha, uste cocina eso hasta que le hace una babita uste le pone panela y sal y se la va poniendo caliente ahí donde está hinchao y al otro día ya está mejor.*

GP. ¿Se lo unta con un paño o con la misma hoja?

L. No, con la misma hoja uste se va masajeando y se lo deja ahí un rato. Y pal dolor de muela cuando duele con infección sirve también, se cocina y se pone la rama en la muela hasta lo que uno aguante de caliente con el agua. Hay que dejarla cocinar mucho hasta que haga hebra, se farate, hasta que no quede nada.

José Luis. Eso es como lo que viene pa los golpes pa que se deshinche rápido, como el dencorub y esas cosas que venden pa bajar la hinchazón.

L. Es igual que la sábila. Es buena pa una persona que tiene presión, uno la hierva y se la toma. Se licua con la baba, yo le pongo panela y limón, la guardo en una botella y todas las mañanas me la tomo. Sirve también pa limpiar el estómago, además ayuda a botar parásitos.

Antonio. Eso es como el sanalotodo.

L. Si a uste le duele el estómago cocina esto (sanalotodo) y se lo toma, pa la llenura es bueno. Eso sí es amargo.

A. Eso también es bueno pal azúcar.

GP. ¿Aquí tienen sembrado sanalotodo?

A. No, aquí no se da, sino en Cruz Colorada, páramo arriba. Aquí se da ajenjo, yerbabuena y menta.

L. Borraja, esa se toma pal resfriaio, gripe, tos y escalofrío. Se cocina el gancho con las hojas y con ajenjo, toronjil y geranio, se toma en té pa la tos y el resfriaio.

GP. Y aquellas plantas que están más arriba ¿para qué sirven?

L. Ah esa son mejorana, romero y ruda. La mejorana es buena pal pasmo, el mal de páramo, la tos, resfriaio, dolor de estómago. El romero y la ruda sirven pal dolor de estómago y de muela. La ruda también corre los arcos y ésta de aquí es mastuerzo, según vi en la televisión disque sirve pa la artritis y la osteoporosis. Se usa la raíz, el tallo y las hojas, se cocina y se bebe. La manzanilla que sirve pal dolor de estómago, la altamisa tomada me dijeron la otra vez disque es muy buena pal frío. Pero supóngase que se le olvida y toma un traguito de agua fría, ahí sí le cae mal.

(José Luis Paredes, hombre de 23 años, agricultor hijo menor de Antonio Paredes y María Dolores Rincón (Lola), vive con sus padres en El Paramito)

GP. Señor Antonio y cuando ustedes se enfermaban páramo arriba, ¿cómo se curaban, acudían a algún médico?

Antonio. No, por allá no había nada de eso, con ramitas y así iba uno pasándola y a los más viejos lo mismo. Usaban cebolla de páramo, frailejón morado.

GP. ¿Y para qué es buena la cebolla de páramo?

A. Esa se da páramo arriba, tiene coyunturitas, como una cinturita. Es buena pa los riñones, pa los que se orinan en la cama, a los niños chiquitos le daban eso.

GP. ¿Y el frailejón morado?

A. *Ese se tomaba puro. Eso se ponía en un perol grande, se hacía un jarabe, se le ponía cebolla morada, chicoria y miel de abeja y no me acuerdo que más. ¡Ah y chorotico!*

GP. *¿Y el dítamo real, lo tomaban?*

A. *No, ese no. Yo he andado todos esos páramos y nunca lo he visto. Conocí el chorotico y el cachito e venao, una cosita que sale así de la tierra blanca que sale extendido y sale solo sin regarlo. Con todo eso mezclao hacían una olla, como decir está (señala una olla grande), le echaban agua como por la mitad y ahí la iban moviendo hasta que mermara bien y quedara espesito, eso lo vendían también. Era bueno pal reumatismo, se tomaba frío o caliente, era una cosa muy amargosa.*

GP. *¿Y usted de niño se tomaba eso?*

A. *Qué más le quedaba a uno, se lo bebía porque se la bebía.*

GP. *Señor Ramón y ¿Qué hacía usted cuando le daba dolor de muela?*

R. *Hay un remedio bien bueno pa cuando a uno le sacan una muela, el geranio, eso se machuca bien machucao pero no se cocina ni nada, se pone uno esa cura ahí, eso sirve pa la cura de una cortada, pero crudo no cocido. Eso me lo recetó a mí una tía mía, hermana de mi ama, entonces cuando me saco una muela me pongo la cataplasmita ahí.*

Isabel. *Mire Mamá Chica me dijeron que pa que la regla baje es bueno tomar chaya.*

Mamá Chica. *Mire yo una vez fui con un médico en Betijoque y me dijo gran cosa que es la chaya, eso sirve pa todo...eso controla la regla.*

GP. *¿Y cuándo hay hemorragia?*

MCh. *Eso es bueno el agua de coco, se pone a hervir y se le pone un clavo bien caliente, de esos clavos que se ponen a la cerca pa cuidar el ganao, se pone en un fogón hasta que se ponga coloraito y de ahí se le pone al bebedizo de agua de coco y la tranca.*

I. *¿Qué bonito tiene el romero?*

MCh. *Sí, con eso cura San Martín, con romero y manzanilla, San Martín de Porras, para el dolor de estómago. Y el romero también se toma con el diente de león cuando uno está así borracho, como mareao. También pal dolor de estómago es bueno el eneldo, ese que está ahí al lao del romero, con anís estrellao y con gotas de valeriana y gotas de atroveran también puede ser.*

GP. *¿Y para el dolor de cabeza?*

MCh. *Para el dolor de cabeza uno usaba el bral, pero ahora ya ni sale.*

GP. *¿Pero cuando no había pastillas, qué tomaban?*

MCh. *Verbena, se tomaba y se colocaba en la cabeza, mi mamá se ponía y se acostaba. Para el dolor de muela se usaba el perejil con la yerbamora y la concha de aliso. Hacían bebedizos y con eso gárgaras para aliviar. ¡Ay! porque antes si dolían las muelas, no es como ahorita que hay doctores pa*

eso, antes no. La gente hacía gárgaras y se ponía un poco y a esperar a que se le pasara.

I. ¿Y pal dolor de oído? que eso es tan feo.

MCh. Pa los oídos la malva con un poquitico de agua se revolvía y hervía y con un gotero se colocaba un poquito y la manteca de coco y pa los ojos gotas que siempre ha habido, eso nunca faltaba y se lavaba con hinojo que es fresco.

GP. Y para expulsar los parásitos qué bebían.

MCh. Pa los parásitos se les da el sen de castilla, la yerbasanta y la espadilla, se cocina y se le da como un jarabe, todos los días un vasito, hasta que lo bote. Yo hago caramelos con eso, cocino todo eso, yo le echo poca agua y le echo panela y eso se va mezclando, mezclando, mezclando lo dejo que se vaya mermando y hago caramelos con eso, también se toma con leche en las mañanas. Mire aquí viene la gente con brasa, culebrilla.

I. ¿Cómo se cura la culebrilla?

MCh. Eso se hace una mezcla con yerbamora y se le echa alumbre, porque la lumbre seca rápido y quema y la persona mejora rápido y pa la brasa se usan los carbones, se ponen en la cocina que queden coloraitos, bastante y se refrescan y con eso se lavan porque pa la brasa brasa, leí yo en un libro que decía “plantas curativas naturales”. Con la culebrilla a veces que se mete pa dentro hay que tomar 15 pepitas de yerbamora.

GP. ¿Una cada día?

MCh. No, eso se hace un bebedizo con las 15 pepitas de una vez y se va tomando una copita cada día. Uste lo guarda y se lo va tomando. Ahora si tiene seco eso ya no es necesario el alumbre. Pero si sigue el dolor es porque le paso pa dentro.

GP. ¿Ha conocido personas que se hayan muerto por la culebrilla?

MCh. Algunos, muy pocos, pero eso hace tiempo ya.

GP. ¿Y qué más se le hace a un enfermo de culebrilla?

MCh. Eso es todo, se le reza y se le pone la yerbamora con el alumbre mezclao con manteca los tres cochinitos o con la que encuentre porque esa ya no sale... la manteca es fresca y la culebrilla y la brasa son calientes.

GP. ¿Cuántas veces se hace?

MCh. Hasta que seque.

GP. ¿Cuándo las personas se fracturaban un hueso que se hacía?

MCh. Se le ponía mucha cebolla porque la cebolla es fría, porque la fractura se pone caliente y se hincha, pero ahora a la gente no le gusta que le pongan cebolla.

GP. ¿Cuándo alguien viene con una fractura qué le pone usted?

MCh. Yo le pongo mastuerzo y la colombiana. La sobo y le pongo una masita ahí como si fuera una tortillita y le amarro con una ramita.

GP. ¿Y para los dolores de las articulaciones qué se tomaba?

MCh. La cascara del huevo criollo, se lavaba bien y se molía y se toma con cualquier jugo. También es muy bueno pa cuando uno camina mucho y le duelen las rodillas el árnica, eso lo sé porque lo vi en un programa de

televisión, porque eso no se usaba por aquí cuando yo era una niña. Eso lo aprendí después de vieja, aquí se usaba la cebolla y el frailejón y un aceite alcanforado. Se usa también dencorub, mentol y vaporub... eso ya casi no se ve, todas esas pomadas. Para las enfermedades por el frío se le da mejorana y toronjil, todas las plantas aromáticas son buenas.

GP. ¿Para la bronquitis, asma, neumonía qué es bueno?

MCh. No, eso no se conocía, uno lo que sabía era que tenía el pecho apretao, tos, moco, gripe y para todo eso se usaba el berro. Se cocina con leche y sino con agua, se colaba y se le ponía miel de abeja y se tomaba, porque esa enfermedad está en los pulmones y en el pecho. Todo lo más se conocía como que tenía tos, no como ahora que tiene muchos nombres según como diga el médico.

(Isabel Linares. Mujer de 42 años de edad. Dedicada a los oficios del hogar y venta de artesanía en La Lagunita los fines de semana y en temporada, vive en El Portachuelo)

Genarina. ¿Saben de una mata que le llaman yerbasanta?

GP. Sí.

G. De esa se tomaba mucho. Mi mamá preparaba mucho bebedizo de eso y le daba a uno pa que botara los parásitos nos hacía los bebedizos con yerbasanta y yerbabuena y yo no me acuerdo de qué más y con eso le iba pasando a uno... ¡Ay dígame! que cuando uno se va poniendo viejita se le van olvidando las cosas. Antonces, se cocinaban las raicitas y se tomaba como bebedizo y le daban también ramitas a uno cuando tenía la tos y esas gripes bravas. Lo que yo más acuerdo es que lo primero que le daban a uno era un aceite de castor pa botar los parásitos, pa botar el calor, porque decían que eso era encierro de calor... claro lo purgaban a uno pa que botara el calor y así rapidito se le iba la fiebre... se disolvía el aceite de castor en agua de eneldo y le daban a uno y con eso era rápido que le pasaba a uno la fiebre.

GP. La vez pasada creo que usted o su hija nos hablaron de la brasa. Mamá Chica también nos habló de la brasa

G. Ah yo no sé de la brasa, de eso disque dicen que es como una quemada que le aparece a uno. Está también la culebrilla que es una cosa que le va saliendo a uno en el cuello, dicen que si se ajuntan las cabezas uno se muere.

GP. ¿Cómo se trata?

G. Yo no sé cómo será, porque dicen que eso es que la queman.

GP. Cuando le dolía el estómago ¿qué le daban?

G. Le untaban a uno un poco de miche (risas). Le sacaban al cochino cuando lo mataban el "unto".

GP. Y ¿qué es eso?

G. Una manteca que le sacaban cuando componían el cochino, le sacaban de un lado de la tripa una tela y decían que era el unto y la echaban en una botella y le echaban miche y la gente se mejoraba con eso.

GP. ¿Eso era sólo para untar o también para tomar?

G. No, sólo pa untar.

GP. Y si les dolía la cabeza ¿qué hacían?

G. Nada, aguantar, porque en ese tiempo como ya le decía no habían pastillas pa tomar como ahora. Ni mentoles.

GP. Y el dolor de muela ¿se lo tenían que aguantar?

G. ¡Ay, más! eso fue lo que a mí me pasó, que se me cayeron todas las muelas porque me ponían caraña. Una broma que le untaban a uno con graso y le ponían ahí a uno en la muela que le dolía, entonces se fueron pudriendo todas las otras y se cayeron.

GP. ¿Qué era la caraña?

G. Eso era una cosa que se compraba, era como una pelotica y le untaban a uno con graso y se la ponían en la muela que le dolía y de eso se le van pudriendo a uno todas las muelas.

GP. Era peor el remedio que la enfermedad.

G. Así es (risas). Así se acababa con el dolor y cómo no, si ya no le quedaban muelas a uno (risas). Así se me fueron pudriendo las muelas, las buenas y las malas. Una vez ya vivíamos por aquí y fuimos aonde una colombiana en Valera y me sacó 7 raicitas, 7 patas de las piezas que tenía dañada, me las sacó toitas.

GP. ¿Le dolió mucho?

G. ¡Ay, qué sino!...eso me estuve unos días sin poder comer bien porque me las sacó toitas.

GP. Y cuando tenían dolor de rodilla, de hueso, ¿qué tomaba la gente?

G. Aguantar y se echaban una cosita, yo no sé, yo ya no me acuerdo. En esos tiempos uno tenía que aguantar todo, qué más.

GP. Y para el dolor de oído.

G. Pal dolor de oído a veces le iban untado a uno cositas y le iba pasando. Ya cuando estaba más grande se compraba una agua florida, eso sí se conseguía ya en la farmacia. Aunque eso ya no se consigue ahora. En estos días la mandé a buscar con mi hijo allá en La Puerta y me dijo que eso estaba muy caro.

GP. El agua florida ¿es una gota?

G. No eso es un líquido y se lo unta uno en el oído, eso no se lo puede echar uno en el oído porque se le revienta a uno el oído, eso se unta así (tocándose la oreja).

Sotero. Uno antes tomaba muchas ramitas como el sanalotodo, eso es bueno pa todo, pal dolor de estómago, cuando uno se pone muy fastidioso que le da como punta e barriga, cocina unas ramitas y le echa la fruta del aguacate y le echa yerbabuena. Esa sí tengo yo aquí y si tiene una migajitica de bicarbonato le pone una choritica y con eso va uste.

GP. ¿Y para los dolores de hueso qué es bueno?

S. Ah, eso sí me han conocido los doctores a mí, yo tengo reumatismo y eso sí que no tiene cura. Mi papá sufrió muchísimo de eso. No ve que se le ponen a uno los deos gruesos, esta mano no la puedo estirar, es por Dios que yo puedo hacer mi comida y sembrar algunas cositas, yo a naide le doy guerra aquí pa que me haga comida, yo mismo hago mi comida pero nunca falta quien venga a verme.

GP. ¿Qué ramas toma para aliviar esos dolores?

S. Bueno frailejón morado y salviecita, eso lo hay en la laguna pa rriba. Eso sirve pa todo, pa tomar pa hacerse baños, pa todito pa todito igual la salvia pa todo tipo de enfermedades. La sábila también es buena, se mezcla se lícua y mezcla con miel, eso es bueno pa toítico, pa los golpes, pa la gripe, pa lo que sea, pa aclarar la garganta cuando se le irrita a uno la garganta. Pa un golpe agarra y le echa salicita como si fuera un pedazo de carne y se pone, se unta.

Gorgonio. Hay gente que se aporrea y no se saca sangre y toma de eso, porque será que lo saca por dentro y lo seca, porque hay gente que se da un bote y esos si son botes peligrosos porque no sacan sangre, entonces se apelota.

GP. Señor Gorgonio y ¿usted prepara sus remedios?

G. No, yo lo más que hago es buscar unas ramas pa una persona que necesite (risas). Quien sí sabe es Pancha (Mamá Chica), ella sabe si es descuajao o mal de ojo. Usted no ve que los doctores no conocen de esas cosas como el mal de ojo por muy finos que sean... Pues descuajao el muchacho se morirá porque ellos no conocen de eso, por muy veterano que sea el doctor.

Foto N° 13

Esposos Antonio Paredes y María Dolores Rincón (Lola) con sus nietos



Finalmente, aunque los pobladores se manejan dentro de los tres sistemas de atención, tanto ellos como la curandera reconocen que hay enfermedades que atiende la medicina popular y otras la biomedicina, no así los profesionales médicos que formados dentro de una ciencia médica experimental hegemónica, difícilmente aceptan las concepciones del sistema popular y de la autoatención, tachando generalmente a la primera de superstición y a la segunda de automedicación, subvalorando la eficacia de ambas e ignorando los usos reales que las personas hacen de ellas.

No obstante, más allá de lo declarado por los médicos de La Lagunita, La Puerta y Timotes en las conversaciones que se mantuvieron, se pudo advertir que tenían sus reservas en relación con las causas y síntomas de ciertas enfermedades a las que le atribuían un origen y consecuencias no determinadas, creencias que ocultan en la medida en que el rol de su profesión les exige negar. Probablemente la falta de confianza impidió ahondar más al respecto, sin embargo, al estar los médicos arropados por el mismo manto cultural no es de extrañar que participen de las representaciones propias de la sociedad en general, lo que Clarac ha expuesto muy bien en sus investigaciones sobre el proceso salud, enfermedad y atención en los andes venezolanos.

Mamá Chica. *Yo misma me hago mis remedios. También tomo muchas vitaminas y voy a la medicatura a verme con la doctora María Luisa. Yo hablo mucho con ella y me tomo las medicinas que ella me manda, pastillas pal dolor de hueso, de las articulaciones y así... También tomo mis ramitas naturales porque no todo puede ser pastillas. Eso no es bueno tanta pastilla. Las ramas naturales tienen bastantes vitaminas, aunque uste no lo crea... Los médicos saben de todas las enfermedades pa eso estudiaron. Pero hay enfermedades que ellos no conocen. El mal de ojo ellos no lo curan porque el médico no sabe de mal de ojo como de otras cosas, tampoco de los encantos, bueno yo tampoco sé de los encantos porque de eso sabían los idólatros no más y yo le tenía miedo a eso.*

En la medida en que la biomedicina no tiene una traducción de las patologías de la medicina popular en su cuerpo de conocimientos, se hace

difícil que se establezcan puentes de comunicación entre ellas, a pesar de haber enfermedades populares que pueden ser clínicamente tratadas por la biomedicina a las cuales les asignan nombres y causas distintas, como ocurre con el herpes zóster o culebrilla y la dermatitis o brasa. La divergencia estriba, como ya se ha señalado, en la conceptualización que cada una hace de la enfermedad, esto es, si la enfermedad no se puede nombrar entonces no es posible identificarla y por consiguiente tratarla. Por lo tanto,

La curación de una determinada enfermedad será consecuencia de la categorización de la enfermedad (el “nombre”), produciéndose curaciones mecánicas, vegetales, rituales, etc. Mientras que la suma de todas las enfermedades conocidas por cada grupo cultural, junto al saber curativo que se refiere a cada una, produce de manera retroactiva los “nombres” de aquellas partes del cuerpo susceptibles a “enfermarse” con más frecuencia, en un medio ambiente determinado. (Amodio, 1997, p. 65)

GP. *¿Vienen personas para que usted les trate el cuajo caído o mal de ojo?*

Médico María Luisa. *Las personas que vienen con enfermedades de ese tipo son básicamente por mal de ojo, las madres vienen y traen a sus hijos pero yo no les atiendo el mal de ojo, yo los veo por la sintomatología que ellos presentan: fiebre, diarrea, vómito. Yo se los atiendo, pero ellas de igual manera van con la curandera, no sé si ustedes la conocen, le dicen Mamá Chica. Igual hay personas que le llegan a ella por mal de ojo, ella los atiende y me los manda a mí (risas). A ella le va mucha gente.*

GP. *Además de ese tipo de enfermedades ¿le han llegado pacientes con enfermedades similares?*

MML. *No, sólo esa. Ah bueno y otras como la culebrilla y la brasa como le llaman popularmente, pero nosotros la atendemos como un herpes la primera y la segunda como dermatitis (como una quemadura), de resto no he recibido otros casos.*

GP. *La brasa ¿es una dermatitis?*

MML. *Sí, pero un tipo de dermatitis, porque es como una quemadura, por lo general por la picada de un insecto, pero como le dije nosotros la tratamos como dermatitis. Pero también hay otros tipos de dermatitis por reacciones*

alérgicas, por condiciones higiénicas, etc., muchas dan por esta razón porque las personas permanecen mucho tiempo abrigadas y no se bañan mucho.

GP. *¿Cuándo las madres traen un niño con mal de ojo, qué síntomas presenta el niño?*

MML. *Ellos vienen apagaditos, la mayoría trae diarrea y yo les mando hacer los exámenes y busco hidratarlos porque llegan muy deshidratados. Pero ellos después me dicen o me entero que de todas maneras lo llevaron adonde Mamá Chica (risas) y después vienen nuevamente. Lo que pasa es que uno los atiende según los síntomas que presentan: vómito, diarrea y fiebre. Ellos no se conforman porque dicen que el niño está bien y repentinamente se enferma, entonces dicen que fue una señora que lo agarró, que fulanito lo miró o que comenzó a reírse con zutanito, entonces yo lo examino pero muchas veces todo está bien, sin embargo presentan las características de una deshidratación severa, entonces ellos dicen eso es mal de ojo, pero eso es en niños pequeños grandecitos ya no.*

Si bien cada sistema de atención tiene su propia lógica y eficacia que exige ser analizado desde sus particularidades, también es cierto que no debe hacerse únicamente desde lo que tienen de opuesto sino también de lo que tienen de común y complementario más allá de sus diferencias epistémicas.

A pesar de estas divergencias entre el sistema popular y biomédico, en el trabajo de campo se pudo observar que son las personas quienes establecen puentes comunicantes entre estos sistemas, al transitar de uno a otro en el contexto de la autoatención (Menéndez, 1983; Clarac, 1996; Idoyaga, 2005). Es por esto que, en el campo de la autoatención desde sus propias concepciones, elementos tan diversos como fármacos y plantas son empleados simultáneamente en el tratamiento de una misma enfermedad o explicaciones de ambos sistemas son tomadas para dar cuenta de las causas de una enfermedad. De ahí que, para el investigador foráneo resulte difícil establecer una clasificación o criterios claros y distintos que permitan identificar cuándo se está frente a uno u otro sistema de atención.

Efectivamente, más allá de que la medicina popular y la biomedicina desde sus lógicas epistémicas ofrecen a los pobladores visiones de la salud,

la enfermedad y la atención que les permiten identificar las causas de los padecimientos y emplear terapias curativas, son las personas con base en un sustrato cultural compartido quienes le dan forma a su noción del proceso salud-enfermedad. En otras palabras, a partir de sus referentes culturales las personas en su cotidianidad elaboran, intercambian, se apropian y reinterpretan los múltiples discursos que les llegan por fuentes distintas, sobre los cuales van cimentando sus prácticas y representaciones.

Incluso se pueden registrar variaciones dentro de un mismo grupo social debido a una serie de factores que influyen en las decisiones individuales y familiares como las condiciones sociales, las características familiares, las limitaciones económicas y la formación educativa, factores que también se ven afectados por la “capacidad de agencia” de los actores, lo que en conjunto impulsa el dinamismo social. Vista las cosas de esta manera, el estudio de la concepción de la salud, la enfermedad y la atención de los diferentes grupos sociales debe hacerse desde su marco cultural, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas en las que viven, condiciones que inciden en sus saberes y prácticas.

CONCLUSIONES

Como se ha podido observar a lo largo de esta investigación, la enfermedad no es solamente un proceso biológico o natural, es también un proceso cultural cargado de significaciones, de la misma manera que “la fisiología humana nunca funciona en una especie de pureza o virginidad biológica que la mantendría fuera de la historia, fuera del inconsciente, fuera de lo social, sino que está atravesada por símbolos sociales y culturales.” (Le Breton, 1999, p. 133). De allí que la enfermedad debe ser estudiada como una construcción cultural, con base en la cual las personas identifican y perciben los síntomas, le dan sentido al dolor y al sufrimiento al tiempo que se organizan en función de su atención. Esto es así, siguiendo a Berger y Luckmann (2003), en la medida que las personas otorgan sentido al mundo de manera compartida desde sus referentes culturales, a partir de los cuales registran sus experiencias, las interpretan e integran como nuevos aprendizajes. Más aún, de acuerdo con Helman (2007b), desde su posición social, nivel educativo y vivencias tanto personales como grupales las personas construyen su mundo de significados en contextos complejos y dinámicos.

Complejidad y dinamismo social que permite comprender cómo una vez establecido el sistema biomédico en las comunidades en estudio a lo largo de las décadas de los sesenta, setenta y ochenta, las “causas personalistas” de la enfermedad fueron retrocediendo por las “naturalistas” de la biomedicina, conocidas por ellos como las “enfermedades del médico”, agrupadas básicamente en enfermedades infecciosas y virales. A partir de ese momento se produjo un intercambio de conocimientos entre ambas concepciones, lo que trajo como consecuencia que los saberes y prácticas sobre la salud y la enfermedad de los pobladores se nutrieran de una forma diferente de concebir y tratar los padecimientos, que más adelante se tradujo

en un reacomodo de las creencias viejas en relación con las nuevas y una adaptación o interiorización de lo nuevo a su sistema de significados y símbolos. Esto se puede entender en tanto que el conocimiento existente en una sociedad es el fundamento desde el cual los individuos aprenden lo nuevo e internalizan en su conciencia el mundo como “estructuras objetivas”.

Por consiguiente, no es posible hablar enteramente de una pérdida de la tradición o de una aceptación completa del modelo biomédico, sino más bien de una reinterpretación y estimación de lo nuevo desde sus propios referentes culturales, así como de lo viejo a la luz de las nuevas vivencias. En tal sentido, muchas personas en las comunidades se manejan con esquemas cognitivos que se nutren de la tradición, cargados de un discurso mágico-religioso junto a explicaciones médico-científicas que se ven reflejos en sus prácticas frente a la enfermedad. Así por ejemplo, la fe, elemento fundamental de la tradición en el proceso de curación continúa presente pero ya no sólo en la figura del curandero y sus rituales, sino también en la del médico y su praxis. Sin embargo, la fe que antaño le tenían al curandero y le tienen a la curandera hoy en día, no es la misma que le depositan al médico, en apariencia se podría pensar que sí, pero subyacentemente ha sufrido alteraciones.

De esta manera, si en el pasado todos creían que los dones o capacidades del curandero no venían de él sino que eran dados por Dios, los santos o la virgen, esa creencia los vinculaba empáticamente. Se entiende, siguiendo a Lévi-Strauss (1997), que en la medida en que el grupo comparte la misma creencia se retroalimenta la fe en la curación y en el curandero, quien cree tanto como el enfermo en todos los elementos que entran en juego, por lo que la eficacia simbólica descansa en la correspondencia entre los actos llevados a cabo por el curandero y el conjunto de significados compartidos, convicción en la que reposa en gran parte la sanación. Por lo tanto, al estar presentes ambos aspectos en el ritual de curación se vuelve comprensible lo incomprensible, dando certeza al desasosiego. En este

caso, la fe involucra una carga emocional importante que está integrada al conjunto de creencias que posee el grupo.

Ahora bien, si el poder sanador del curandero reposaba en la creencia de que eran dones dados por Dios, santos y deidades, sobre los cuales se alimentaba la fe en él, la fe en el médico reside inicialmente en sus aciertos y títulos, pero esto no es suficiente en tanto que la fe descansa en elementos dados por su cultura, por eso lo encomiendan a los santos para que lo ilumine a la hora de establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuado, en especial cuando el padecimiento es grave. Aunque el médico no participe de esa creencia, la cultura lo hace partícipe desde el momento en que el enfermo lo encomienda a Dios, pese a que él no sea consciente de ello.

Dentro de esta perspectiva, si el tratamiento del curandero no surte efecto la culpa recae sobre el enfermo, pues se cree que es por su falta de fe, de allí que aún hoy tanto el enfermo como la curandera Mama Chica hagan hincapié en la fe que se debe tener para que la curación sea efectiva. En cambio, si el médico tiene éxito las personas le reconocen su conocimiento pero hacen la salvedad que “Dios primero”, pues es la Gracia Divina que obra. Pero si el médico falla las personas en algunos casos lo responsabilizan o en otros reconocen lo inevitable del desenlace cuando la enfermedad es muy grave, aunque hayan implorado a un santo para su iluminación.

La razón obedece al hecho de que con la penetración de la biomedicina se transformó la relación de fe curador-enfermo, así al atribuir el médico sus aciertos a su formación y experticia profesional una de las partes dejó de participar de la creencia. Con la fractura de esta relación se produce un reacomodo cultural en el vínculo médico-paciente, en el que de forma unilateral la cultura local le dice al médico “si tu no participas yo te hago participar”, pero al mismo tiempo la sociedad nacional le dice a la cultura local “desde ahora te vas a incorporar al proceso de curación desde los parámetros del sistema de atención biomédico”. Justamente aquí tienen

lugar las imposiciones, resistencias, negociaciones, préstamos y reconfiguraciones culturales.

Esto sucede porque la biomedicina de alguna manera ha dejado por fuera de su cuerpo de conocimientos y praxis el simbolismo presente en la relación tradicional curador-enfermo y de forma general en todo el proceso de atención, lo que no contribuye a reforzar la eficacia simbólica que pudiera incidir en la eficacia terapéutica. Así, la formación especializada del médico, el lenguaje técnico que emplea, las destrezas en el manejo de los diversos instrumentos tecnológicos, el protocolo en el trato con el paciente y un conocimiento pretendidamente racio-empírico desvanecen su poder simbólico, que se expresa de forma secundaria en otros símbolos como la bata, el estetoscopio colgado al cuello, el escritorio y un sinnúmero de títulos y diplomas que acreditan su facultad para curar.

El resultado de este desconocimiento se manifiesta en un distanciamiento médico-paciente en tanto que ambos se manejan desde “modelos explicativos” distintos, lo que genera entre otras divergencias, distorsiones en el proceso comunicativo. De ahí que para el médico el campesino formula su padecimiento desde una lógica cognitiva en clave de “desorden discursivo” que no le permite al mismo tiempo responder de “forma lineal” a las preguntas que él le hace, mientras que para los campesinos de la zona les resulta muchas veces complicado seguir sus explicaciones frecuentemente cargadas de palabras técnicas, con un estilo parco y directo que se reduce en buena medida a la patología fisiológica.

Es por eso que la “manera de explicar y de comprender [del campesino] no es compatible con los paradigmas maestros de la cultura [científica occidental], que separan lo mental de lo material, lo moral de la determinación física y las ‘cosas’ del contexto social y del sentido humano al que son inherentes” (Taussig, 1995, p.119). Por ende la salud y la enfermedad son interpretadas de formas distintas por uno y otro, generando contradicciones en el proceso comunicativo en el consultorio.

Consecuentemente se da una brecha epistémica entre la esfera institucional y cultural que se traduce en una escisión del sentido de lo que cada uno entiende y practica.

Como corolario de esto, el médico muchas veces trata a los pacientes campesinos desde una imagen estereotipada, en ocasiones despectiva, que se distancia de aquella que en palabras de Langdon y Wiik (2010) se considera “un ‘buen paciente’ (...) aquel que ‘posee cultura’, cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero.” Imagen que al ser comparada con la del paciente “‘sin cultura’, considerado un paciente más ‘difícil’, que actúa equivocadamente por ‘ignorancia’ o guiado por ‘supersticiones’” (p. 178), refuerza prejuicios desde los cuales se da eventualmente un trato discriminatorio hacia el campesino. Dentro de este contexto el médico profesional desconoce que

cuando se estigma al otro “en su ignorancia”, en “su carencia” (de higiene, de educación, etc.), se pierde una de las mejores oportunidades de tener acceso a un contexto único y particular, entretelado por diferentes redes simbólicas referidas a las creencias, valores, los hábitos de vida de la persona (y de sus familiares más cercanos), al impacto que la enfermedad tiene sobre ella y su medio moral. Si el curador o la persona encargada del cuidado de la salud tiene un mínimo de conocimiento y comprensión de esta red de significados, podrá descubrir la coherencia de la situación, del cuidado de la salud y el rol que a él o a ella le tocará realizar. La persona a quien se le está practicando tratamiento es la primera fuente de información para tener acceso al sentido y coherencia de la situación de salud del grupo. (García, 2000, p. 201)

De lo antes expuesto se puede afirmar, en términos generales, que se trata de dos modelos explicativos de la enfermedad, para el profesional biomédico se reduce a una disfuncionalidad orgánica o psíquica, que aun cuando reconoce aspectos psicosociales que influyen en la aparición de las enfermedades, los relega al centrarse en lo biológico, en las manifestaciones fisiológicas, en tanto que a partir de ellas elabora la historia clínica. Mientras que para las personas de las comunidades en estudio el modelo explicativo sobre la enfermedad es más abarcante, pues incluye además de lo corporal, aspectos de orden familiar, económico, social y cultural junto a otros de orden psico-emocional que en general le dan a la enfermedad el sentido de desgracia, infortunio, sufrimiento, mal o dolor. Frente a esto, el modelo explicativo del médico no contempla un conocimiento que le permita asistir al enfermo desde su padecimiento, desde el drama que se genera para él y su familia.

Ahora bien, más allá de estas diferencias, en el campo de la autoatención las personas en la búsqueda de la curación articulan los distintos sistemas médicos de atención, en el marco de sus representaciones, creencias y símbolos desde los cuales le dan sentido a sus prácticas. Dentro de este contexto, el apoyo familiar y comunal se teje en torno al enfermo como una “red social de atención a la salud” que le brinda apoyo material y moral, fundamental en la toma de decisiones y acciones que llevan a cabo conjuntamente al transitar de forma secuencial o paralela por los diferentes sistemas de atención a la salud que ofrece su sociedad.

Entonces, la red social opera como una instancia de atención, en la que actúan de manera decisiva familiares, amigos y vecinos, cuyo campo de acción va desde el ámbito privado de los cuidados familiares o de la autoatención al ámbito público de los diferentes sistemas de atención. Sistema que puede ser formal cuando se trata de instituciones, asociaciones y organizaciones que se manejan dentro del sistema hegemónico de salud (en el que tiene preponderancia la biomedicina) o cuando se trata de

instituciones que aun cuando legales, no cuentan con el respaldo del Estado por tratarse de prácticas médicas alternativas a la biomedicina (subalternas respecto a ella como la quiropraxia o la acupuntura, entre otras). Sistema Informal en el que se puede encontrar los centros de atención popular (hierbateros, hueseros, rezanderos, entre otros), que no son ni legales ni reconocidos por el Estado, pero que tienen una gran aceptación social o una institución legal afianzada dentro de la sociedad, pero cuyo rol no tiene como función directa o explícita la curación, como es el caso de los cultos religiosos (por ejemplo la iglesia católica o evangélica, entre otros).

En atención a lo señalado hasta aquí, cabe agregar que los saberes y prácticas en torno al proceso salud, enfermedad y atención de los pobladores de las tres comunidades no se puede entender sin considerar la penetración cada vez más profunda de la dinámica de la sociedad nacional, a través del contacto con turistas, residentes de zonas urbanas que se mudan a estas comunidades en busca de un ambiente campestre, lugareños que se han establecido en ciudades como Valera, el centro-occidente del país o Caracas manteniendo contacto con sus familiares o retornando más adelante, la apertura de ambulatorios rurales, la proliferación de pequeños locales comerciales, instituciones educativas, medios de comunicación, ampliación y mejoramiento de las vías de transporte y el ordenamiento municipal. Elementos que en conjunto han trastocado sus modos de vida y en términos generales su cultura, trayendo con ello un mayor posicionamiento de la biomedicina y en ocasiones una imagen de la medicina tradicional como un conocimiento cargado de creencias y prácticas propias de otros tiempos.

Este paulatino “borramiento cultural” de los conocimientos tradicionales hace difícil la reconstrucción de sus prácticas y significados, así como la relación con los demás elementos de la cultura que le dieron origen. En estas circunstancias las personas más ancianas hacen el papel de “bisagra cultural” entre el pasado y el presente, pues el haber recibido las influencias de una sociedad en transición les permitió tener nociones de una realidad y

otra. Es por eso que en las conversaciones con la curandera y en sus consultas se pudo observar que ella, al igual que otras personas de su edad, intercalan conocimientos, nombrando aspectos mágicos-religiosos presentes en muchas enfermedades y formas de curación tradicional junto a denominaciones y terapias de la medicina alternativa, de la homeopatía y de la biomedicina.

Precisamente esta combinación de elementos es la que permite afirmar, como señala Clarac (1996), que la medicina tradicional ha devenido en popular. De hecho, en la medida que la conceptualización del proceso salud, enfermedad y atención se fue separando de su contexto o estructuras de significación que le daban orden y sentido en el pasado y progresivamente se fue entremezclando con otros sistemas de atención, se generó una mixtura de saberes que hoy le da forma a la medicina popular, renovando su forma y asegurando su vigencia al ofrecer una atención cercana al mundo cultural del paciente y manejar la “capacidad para movilizar una eficacia simbólica que la institución médica a menudo no tiene en cuenta.” (Le Breton, 2002, p. 190)

Por último, se podría decir que una manifestación cultural no desaparece del todo, sus símbolos, representaciones, creencias y prácticas se niegan a morir y siempre buscan grietas, esquinas o agujeros por donde fluir en el presente. Salvo que el tiempo y el poder de fuerzas socioculturales transformadoras la hagan retroceder hasta desvanecerse. En el caso de las poblaciones campesinas estudiadas, al igual que otras comunidades campesinas y la sociedad nacional, mantienen elementos de la concepción tradicional de la enfermedad, lo que permite entender que en el camino a la curación combinen al mismo tiempo una terapéutica que trata las causas mágico-religiosas de la enfermedad y otra las fisiológicas, dando cuenta del pluralismo médico característico de las sociedades Latinoamericanas y de buena parte de las sociedades del mundo globalizado de hoy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apel, K-O. (1985). *La transformación de la filosofía* (t. 2). Madrid: Taurus
- Abric, J-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Atkinson, P. (1992). *Understanding ethnographic texts* (Vol. 25). Newbury Park: Sage.
- Amodio, E. (1997). Cuerpos abiertos, cuerpos cerrados representación cultural del cuerpo y enfermedades estomacales entre los Makuxi. En M. Perera (Comp.), *Salud y ambiente. Contribuciones al conocimiento de la antropología médica y ecología cultural en Venezuela* (pp. 63-78).Caracas: FACES/UCV.
- Baer, H., Singer, M. and Susser, I. (2003). *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective* (2ª. ed.). USA: Greenwood Publishing Group.
- Bartoli, P. (2005). ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Antropología Social*, 14, 71-100.Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801403> [Consulta: 2012, Junio 12]
- Bautista, F. (2000). La culebrilla o herpes zoster: Una enfermedad y su curación entre diversas visiones del mundo. En J. Clarac, B. Rojas y O. González (Comps.), *El discurso de la salud y la enfermedad en la Venezuela de fin de siglo*. (pp. 65-86). Mérida: ULA.

- Benoist, J. (1983). Quelques repères sur l'évolution récente de l'anthropologie de la maladie. Bull. *D'Ethnomédecine*, 9, 51-58.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Berlin, E. and Berlin, B. (1996). *Medical ethnobiology of the highland Maya of Chiapas, México: The gastrointestinal diseases*. Princeton: Princeton University.
- Berreman, G. (1968). Ethnography: Method and product. En J. Clifton (Ed.), *Introduction to cultural anthropology: Essays in the scope and methods of the science of man* (pp. 337-373). Boston: Houghton Mifflin Co.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora D.L.
- Boas, F. (1964). *Cuestiones fundamentales de antropología cultural* (1ª. ed.). Buenos Aires: Solar.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- _____. (1985). *¿Qué significa hablar?*. Madrid: Akal.
- Boyle, J. (2003). Estilos de etnografía. En J. Morse (Comp.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 185-214). Colombia: Universidad de Antioquia.

Canales, M. (2006). Presentación. En M. Canales (Comp.), *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (pp. 11-30). Chile: LOM.

Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo Veintiuno.

Clarac, J. (1981). *Dioses en el exilio. Representaciones y prácticas simbólicas en la Cordillera de Mérida*. Caracas: FUNDARTE.

_____. (1995). Representación del cuerpo humano en la Cordillera de Mérida, su relación con la representación del espacio físico de la cordillera y del espacio cósmico de la Cordillera. *Boletín Antropológico*. 34, 61-66.

_____. (1996). *La enfermedad como lenguaje en Venezuela*. Mérida: Consejo de Publicaciones ULA.

www.bdigital.ula.ve

Cassirer, E. (1968). *Antropología filosófica. Introducción a una filosofía de la cultura* (5ª. ed). México: Fondo de Cultura Económica.

Castro, L. (2008). Tecnologías terapéuticas: sistemas de interpretación en la regla de ocha y el espiritismo bogotano. *Antipoda*, 06, 133-151.

Comelles, J. (1985). Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Jano*, 655, 71-83.

_____. (2000). *De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas: una revisión conceptual*. [Documento en línea]. Ponencia en la 1era Jornada de promoción i educación per a la salut. Aragón. Disponible: <http://www.equiponaya.com.ar/articulos/med01.htm> [Consulta: 2014, Agosto 17]

- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. España: McGrawHill.
- Corbin, J. and Strauss, A. (1985). Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative Sociology*. 8(3), 224-247.
- Cruz, O. (2007). El trabajo de campo como descubrimiento y creación. Capítulo III. En M; De Souza Minayo (Coord.), *Investigación social. Teoría, método y creatividad* (pp. 42-52). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Denzin, N. (1978). *The research act.: A theoretical introduction to sociological methods* (2ª. ed). New York: McGraw-Hill.
- Derrida, J. (1972). *Marges de la philosophie*. París: Minuit.
- Devereux, G. (1972). *Etnopsicoanálisis complementarista*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral.
- Dilthey, W. (1980). *Introducción a las ciencias del espíritu*. Madrid: Alianza.
- Eisemberg, L. (1977). Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*. 1, 9-24.
- Erickson, F. (1992). Ethnographic microanalysis of interaction. En: M. LeCompte, W. Millroi y J. Preissle (Eds.), *The handbook of qualitative research in education* (pp. 201-225). New York: Academic.

- Fábrega, H. (1974). *Disease and social behavior: An interdisciplinary perspective*. Cambridge: MIT.
- Freire, G. (2007). Introducción. En G. Freire y A. Tillett (Comps.), *Salud indígena en Venezuela* (Vol. I, pp. 11-18). Caracas: Arte.
- Foster G. (1994). *Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the new world*. USA: Gordon and Breach Science.
- Foster, G. and Anderson, B. (1978). *Medical anthropology*. New York: MacGraw-Hill.
- Foucault, M. (1973). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- García, N. (2000). Los significados sociales de la enfermedad: ¿Qué significa curar?. En J. Clarac, B. Rojas y O. González (Comps.), *El discurso de la salud y la enfermedad en la Venezuela de fin de siglo* (pp. 193-214). Mérida: ULA.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. U.S.A.: Prentice Hall.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.
- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. U.S.A.: Aldine.

- Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: why study narrative. *British Medical Journal*. 318(7175), 48-50.
- Goetz, J. y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Gomes, R. (2007). El análisis de datos en la investigación cualitativa. Capítulo IV. En M; De Souza Minayo (Coord.), *Investigación social. Teoría, método y creatividad* (pp. 53-64). Buenos Aires: Lugar.
- Good B. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. USA: Cambridge University.
- Greifeld, K. (2004). Conceptos en la antropología médica: síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología*. 18(35), 361-375.
- Guasch, O. (2002). *Observación participante*. Madrid: CIS.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencias en la investigación cualitativa. En C. Denman y J. Haro (Comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). México: Colegio de Sonora.
- Gutiérrez, M. (2000), La colonización del cuerpo. El otro en las aflicciones maya-yucatecas. En M, Gutiérrez (Comp.), *Sustentos, aflicciones y postrimerías de los Indios de América* (pp. 87-106). Madrid: Casa de América.
- Habermas, J. (1990). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.

_____. (1987). Teoría de la acción comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social (t. 1). Madrid: Taurus.

Haro, J. (2011, Marzo). *Reflexiones sobre el cambio epistemológico en salud desde una epidemiología sociocultural*. Trabajo presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica en CIESAS. México.

Hahn, R. (1995). *Sickness and healing: an anthropological perspective*. New Haven: Yale University.

Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. España: Paidós.

Helman, C. (2007a). *Culture, health and illness* (5a. ed.). USA: Oxford University.

_____. (2007b). Anthropology and its contributions. En K. Bhui and D. Bhugra (Eds.), *Culture and mental health. A comprehensive textbook* (pp. 11-15) USA: Taylor and Francis Group LLC.

Herzlich, C. (1969). Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 24(6), 1519-1521.

Idoyaga, A. y Korman, G. (2002). Alcances y límites de la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires. *Scripta Ethnologica*, 24, 163-214.

Idoyaga, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica* [Revista en línea],

27, 111-147. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14811516007> [Consulta: 2014, Marzo 25]

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómeno, conceptos y teoría. En S. Moscovici (Comp.), *Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social. Psicología Social y Problemas Sociales* (pp.469-494). Barcelona: Paidós.

Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.

_____. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California.

_____. (1986). *Social Origins of Distress and Disease*. USA: Yale University.

_____. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*. USA: Perseus Books Group.

Kottak, C. (1997). *Antropología cultural. Espejo para la humanidad* (1a. ed.). España: McGraw-Hill.

_____. (2011). *Antropología Cultura*. (14^a. ed.). México: McGraw-Hill.

Laclau, E. (1998). Política y los límites de la modernidad. En R. Buenfil (Coord.), *Debates políticos contemporáneos: En los márgenes de la modernidad* (pp. 55-74) México: Plaza y Valdes.

Langdon, E. y Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem* [Revista en línea], 18(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf [Consulta: 2014, Mayo 11]

Langdon, E. (2014). *La negociación de lo oculto: Chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo*. Colombia: Universidad del Cauca.

Laplantine, F. (1965). *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Argentina: Payot.

Le Breton, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Revista Especial de Investigaciones Sociales*, 68, 197-210.

_____. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.

_____. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lévi-Strauss, C. (1969). *Las estructuras elementales del parentesco*. España: Paidós.

_____. (1970). *Tristes trópicos*. Buenos Aires: Eudeba.

_____. (1997). *Antropología estructural*. España: Paidós.

Lewis, O. (1975). Controles y experimentos en el trabajo de campo. En J. Llobera (Comp.), *La antropología como ciencia* (pp. 97-127). Barcelona: Anagrama.

Leyva, G. (2012). La hermenéutica clásica y su impacto en la epistemología y la teoría social actual. En E. de la Garza y G. Leyva (Coords.), *Tratado de metodología de las ciencias sociales: Perspectivas actuales* (pp.134-198). México: Fondo de Cultura Económica.

Lipowski, Z. (1986). Somatization: A Borderland Between Medicine and Psychiatry. *Canadian Medi Association*, 135, 609-709.

MacElroy, A. and Townsend, P. (2009). *Medical anthropology in ecological perspective* (5ª. ed.). USA: Westview.

MacIntyre, A. (1964). Is understanding compatible with believing? En B. Wilson (Comp.), *Rationality* (pp. 62–77). New York: Harper and Row.

_____. (1971). The idea of a social science. En B. Wilson (Comp.), *Rationality* (pp. 112-130). New York: Harper and Row.

Malinowski, B. (1970). *Una teoría científica de la cultura*. Barcelona: Edhasa.

Mallart, Ll. (2008). Reflexiones sobre la etnografía por el estudio de los sistemas médicos africanos. En G. Fernández (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 187-196). Ecuador: Abya-Yala.

Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.

Mechanic, D. (1962). The Concept of Illness Behavior. *Chronic Disease*, 15, 189-194.

_____. (1978). *Medical Sociology* (2a. ed.). New York: The Free Press. A Division of Macmillan Publishing.

_____. (1986). Illness behaviour: an overview. En S. McHugh y T. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 101-109). New York: Plenum.

_____. (1992). Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. *Social Science and Medicine*, 34, 1345-1350.

Menéndez, E. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores, En F. Basaglia y otros (Comps.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud* (pp. 11-53). México: Nueva Imagen.

_____. (1983). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. *Centro de investigaciones y Estudios Superiores en antropología Social*, 86.

_____. (1984). El modelo médico hegemónico, transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arcxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 83-119.

_____. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11-28.

_____. (1990). *El modelo médico hegemónico: estructura, función y crisis*. En E. Menéndez (Comp.), *Morir de alcohol* (pp. 83-117). México: Alianza.

_____. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 4(7), 71-83.

_____. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51, 17-22.

_____. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva* [Revista en línea]. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014> [Consulta: 2012, Febrero 15]

_____. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.

_____. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología* [Revista en línea], 28(3). Disponible: <http://hdl.handle.net/10481/22988> [Consulta: 2014, Abril 25]

Miles, M. and Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2a. ed.). California: Sage.

Minayo, M. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.

Morse, J. (2003). Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En J. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 29-52). Colombia: Universidad de Antioquia.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

_____. (1981). On social representation. En J. Forgas (Comp.), *Social cognition. Perspectives in everyday life* (pp. 181-209). Londres: Academic.

Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity.

Ngokwey, N. (1995). Home remedies and doctors' remedies in Feira (Brazil). *Social Science e Medicine*, 40(8), 1141-1153.

O'Connor B. (1995). *Healing traditions. Alternative medicine and the health professions*. USA: University of Pennsylvania.

Ogbu, J. (1993). Etnografía escolar. Una aproximación a nivel múltiple. En H. Velasco, F. García y Á. Díaz (Comps.), *Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar* (pp. 145-175). Madrid: Trotta.

Osorio, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, CONACULTA-INAH.

Parsons, T. (1988). *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.

- Pedrique, L. (2000). Discurso e identidad. El rol del discurso oral en la relación médico-paciente. En J. Clarac, B. Rojas y O. González (Comps.), *El discurso de la salud y la enfermedad en la Venezuela de fin de siglo* (pp. 25-44). Mérida: ULA.
- Pérez R. (1999). La transformación de la medicina. *Letras Libres* [Revista en línea]. Disponible: http://www.letraslibres.com/sites/default/files/pdfs_articulos/pdf_art_6016_5741.pdf [Consulta: 2013, Enero 20].
- Perdiguerro E. (2003). Salud y enfermedad. Una visión antropológica. En: *Salud pública y enfermería comunitaria* (2ª. ed., Vol. I). España: McGraw-Hill.
- _____. (2006). "Una reflexión sobre el pluralismo médico". En G. Fernández (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-49). Ecuador: Abya-Yala.
- Pollak-Eltz, A. (2001). *La medicina tradicional venezolana*. Caracas: UCAB.
- Ricoeur, P. (1965). Hermenéutica de los símbolos y reflexión filosófica. *Anales de la Universidad de Chile*, 136, 5-42.
- Ritenbaugh, Ch. (1982). Obesity as a culture-bound síndrome. *Culture Medicine and Psychiatry*, 6, 347-361.
- Robertson, R. (1992). *Globalization: social, theory and global culture*. London: Sage.

- Rojas, B. (1999). Conceptualización del cuerpo entre los campesinos de Mucuchíes. En L. Meneses, J. Clarac y G. Gordones (Comps.), *Hacia la antropología del siglo XXI* (t. I.) (pp. 158-166). Mérida: Karol.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la Investigación cualitativa* (5ª. ed.). España: Universidad de Deusto.
- Sanmartín, R. (2000). La entrevista en el trabajo de campo. *Revista de Antropología Social*, 9, 105-126.
- Singer, M. and Baer, H. (2012). *Introducing medical anthropology. A discipline in action* (2ª. ed.). USA: AltaMira.
- Schütz, A. (1974). El sentido común y la interpretación científica de la acción humana. En M. Natanson (Comp.), *El problema de la realidad social* (pp. 35-70). Buenos Aires: Amorrortu.
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- _____. (1980). *Participant observation*. Nueva York: Holt, Rinheart and Winston.
- Stocking, G. (1993). La magia del etnógrafo: el trabajo de campo en la antropología británica desde Tylor a Malinowski. En H. Velasco, F. García y A. Díaz (Comps.), *Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar* (pp. 43-93). Madrid: Trotta.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.

- Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente. En *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. (pp. 110-143). España: Gedisa.
- Téllez, A. (2007). *La investigación antropológica*. España: Club Universitario.
- Torrey F. (1972). *The mind game: witchdoctors and psychiatrists*. New York: Emerson Hall.
- Turner, V. (1999). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Madrid: Siglo XXI.
- Uribe, M. (1989). El centro de salud: una nueva mirada médica. *Arxiu de Etnografía de Catalunya*, 7, 25-35.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Velasco, A. (2012). Hermenéutica y ciencias sociales. En E. de la Garza y G. Leiva (Eds.), *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 199-228). México: Fondo de Cultura Económica.
- Velasco, H y Díaz, A. (2006). La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela (5ª. ed.). España: Trotta.
- Villalón, M. (2007). Los E'ñapa (Panare). En G. Freire y A. Tillett (Comps.), *Salud Indígena en Venezuela* (Vol. II, pp. 13-73). Caracas: Arte.

- Weber, M. (1973). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Werner, O. y Schoepfle, G. (1987). *Systematic fieldwork: foundations of ethnography and interviewing*. (Vol. I). Newbury Park: Sage.
- White, L. (1975). El concepto de cultura. En J. Khan (Comp.), *El concepto de cultura: textos fundamentales* (pp. 29-46). Barcelona: Anagrama.
- Wig, N. (1984). Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. Aspectos transculturales. *Confrontaciones psiquiátricas*, 20, 12-45.
- Wittgenstein, L. (1999). *Investigaciones filosóficas* (A. García y U. Moulines, Trad.). Barcelona: Atalaya.
- Winch, P. (1971). *Ciencia social y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1979). Para comprender a una sociedad primitiva. *Alteridades*, 1(1), 82-101.
- Wolcott, H. (1993). Sobre la intención etnográfica. En H. Velasco, F. García y A. Díaz (Comps.), *Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar* (pp. 127-144.). Madrid: Trotta.
- Young, A. (1976). Internalizing and externalizing medical belief systems: an Ethiopian example. *Social Science and Medicine*, 10(3-4), 147-156.
- _____. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.