

# Acercamiento antropológico a las prácticas populares relativas a la medicina y la alimentación

Roberto Campos Navarro, Facultad de Medicina, UNAM.

## Introducción

Conocer y comprender la coherencia y racionalidad de las manifestaciones populares referidas a la alimentación y la enfermedad constituyen una condición necesaria e imprescindible para el futuro médico, que en su mayoría ejercerá su profesión entre los sectores más pobres de la sociedad, entendiendo que la alimentación y las prácticas médicas populares representan no sólo una estrategia de sobrevivencia individual sino también elementos de reproducción social, es decir, de aquellos mecanismos que perpetúan la vida humana, ya que entonces, ¿de qué otra manera han sobrevivido hasta la actualidad los grupos indígenas latinoamericanos, carentes de servicio médico “moderno” y con una alimentación rutinaria, ancestral y hasta cierto punto autosuficiente?

En el presente capítulo abordaremos —desde el punto de vista de la disciplina antropológica— el concepto de cultura, la noción de cultura o culturas populares, para entrar en el campo de las costumbres y las creencias relativas a la alimentación, su valor inmediato (o nutricional), pero también su valor sociocultural. Igualmente se ofrecerá un panorama de la medicina popular-

tradicional con referencia especial en las enfermedades infantiles (como el empacho, mal de ojo o susto) que se presentan (a veces con diferente nombre) en toda Latinoamérica. Finalmente, un corolario que expresará algunos lineamientos generales respecto a la actitud que debe adoptar el médico ante las manifestaciones culturales de los sectores populares.

## Concepto antropológico de cultura

Desde el surgimiento e implantación de la Antropología como una disciplina social con aceptación académica (finales del siglo XIX) se han generado una multitud de definiciones al principal objeto de estudio de los antropólogos: la cultura. En 1871 uno de sus fundadores, el inglés Edward Burnett Tylor relataba:

“La cultura en su sentido etnográfico amplio es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre, en tanto miembro de la sociedad”.<sup>18</sup>

Esta definición cubriría la totalidad de actos humanos en el pasado y el presente, materiales y no-materiales (cons-

trucciones, vasijas, cultivos, pensamientos, ideas, creencias, etcétera) y que se realizan sobre la propia naturaleza o sobre el hombre mismo. Bajo este concepto no es posible la existencia de pueblos sin cultura u hombres incultos, puesto que todo individuo perteneciente a una sociedad es depositario, portador y difusor de normas, valores, ideas y creencias compartidas colectivamente. De este modo, toda actividad humana es transmitida generacionalmente a partir de instituciones reproductoras (como la familia, la escuela, la iglesia, etcétera), interiorizados en las personas, como hábitos y expresados en la vida cotidiana como prácticas.

Otra dimensión del concepto cultura se refiere a las particularidades en espacio y tiempo que adopta en una determinada sociedad. En este caso, no sólo es "la" cultura sino "las culturas" entendidas como formas particulares y diferenciadas de expresión. Por ejemplo: las culturas americanas, las culturas orientales, etcétera.

Por último, el reconocimiento dentro de una misma sociedad (la mexicana, por exponer un caso concreto) de sectores sociales diferenciados económica, política y socialmente en función de un reparto desigual del poder y la riqueza generada colectivamente. Cada sector polarizado expresará sus manifestaciones y pautas culturales de manera diversa y diferente, constituyéndose en culturas hegemónicas (o dominantes) y culturas populares (o subalternas).

Actualmente las culturas populares no serán definidas como manifestaciones aisladas, homogéneas y autónomas de un pueblo, tal y como las idealizan los estudiosos románticos, exaltadores del folklore y el nacionalismo, sino como la consecuencia de las interacciones sociales dentro de una sociedad estratificada, es decir, dividida en clases. En éstos términos, las culturas populares, según Néstor García Canclini,

"se configuran por un proceso de apropiación desigual de los bienes económicos y culturales de una nación o etnia por parte de sus sectores subalternos..."

o en otras palabras son:

"resultado de una apropiación desigual del capital cultural, una elaboración propia de sus condiciones de vida y una interacción conflictiva con los sectores hegemónicos".

Desde esta perspectiva, los grupos indígenas, las comunidades campesinas o rurales y los habitantes urbanos marginados serán identificados como los portadores de una cultura peculiar y distintiva —aún entre sí— pero que mantienen y conservan en común su ubicación subordinada dentro del contexto de la sociedad nacional

e incluso arrastran un largo proceso histórico de colonización europea, de tal modo que, en palabras del antropólogo Guillermo Bonfil:

"si se compara la cultura de las comunidades campesinas mestizas tradicionales con la de las comunidades indias vecinas, en muchas regiones del país (y de Latinoamérica en general), las semejanzas son, indudablemente, mucho mayores que las diferencias: se habrá cambiado la lengua y se habrá abandonado la indumentaria tradicional como signos perceptibles de una identidad étnica diferente; pero la cultura material, las actividades productivas, las pautas de consumo, la organización familiar y comunal, las prácticas médicas y culinarias y gran parte del universo simbólico, difícilmente se distinguen en una y otra situación." (publicación en prensa)

Por otra parte, se debe reconocer en las culturas populares su gran dinamismo y un elevado grado de adaptabilidad, para conservar y defender ciertos rasgos y en cambio, aceptar, asimilar y re-formular otros. Esto aparecerá con claridad y transparencia al relatar las continuidades y modificaciones en los hábitos alimentarios y en las prácticas curativas: ¿por qué seguir con una dieta basada en tortilla, frijol y chile?, ¿por qué aceptar y añadir el agua gaseosa industrializada (refresco)?, ¿por qué continuar creyendo en el empacho?, ¿por qué tratarlo con ampicilina? y así, sucesivamente.

### La alimentación de las clases populares

La forma de obtener los alimentos representa una actividad tan valiosa y necesaria que arqueólogos e historiadores están de acuerdo en otorgarle una primordial importancia en el origen y evolución de la humanidad, y existe concordancia en que el tránsito de la recolección y caza a la domesticación de plantas y animales significó una verdadera revolución, puesto que la agricultura permitió un mayor dominio del hombre sobre la naturaleza y el sedentarismo que estimuló, puso las bases para el surgimiento de una nueva revolución: la urbana, o sea, el advenimiento de los asentamientos humanos, donde se requiere —obligatoriamente— de un excedente de productos agrícolas y ganaderos, que sean destinados para aquellos que por la división social del trabajo no se dedicaban más, a la producción de sus alimentos.

La alimentación prehispánica de los habitantes de Mesoamérica en años previos a la conquista española se basaba fundamentalmente en el maíz, el frijol, el ama-

ranto (o huatli), calabazas y nopales, diversas variedades de chile, tomate y jitomate, aguacate, huauhzontles, quelites y otras plantas. Consumían en forma domesticada al perro y el guajolote. De los animales silvestres cazaban tlacuaches, zorrillos, armadillos, conejos, ardillas, tuzas, ratas y ratones, el pescado, los mariscos, ranas y culebras, patos, etcétera<sup>4</sup>.

La variedad era inmensa, sin embargo, el acceso geográfico y sobre todo económico para la adquisición de tales comestibles se reducía, de acuerdo a la pertenencia social del consumidor<sup>17</sup>.

En América del Sur, la base de la alimentación en el Imperio Inca lo fueron los tubérculos (como la papa, el camote, la yuca, la oca, ullucu, etcétera), en segundo lugar los cereales (maíz, quina, achita y cañiwa, entre otros), legumbres del tipo del poroto, pallar, tarwi, etcétera y finalmente hortalizas, verduras y frutas (pirca, jattaco, chijchipa, chirimoya, lucena, palta, shiwawaco, etcétera).

El consumo de proteínas animales se obtenía de larvas, insectos, reptiles, crustáceos, pescado, pavos, patos, tortugas, perros, cuyes y auquénidos.

Con tal alimentación, investigadores andinos concluyen que la dieta pre-colombina fue muy superior en cantidad y calidad a la del actual poblador.

El Siglo XVI fue escenario del mayor intercambio de productos comestibles y sus formas de producción doméstica. Enorme impacto en el Viejo Mundo fue la difusión de los cultivos americanos como el maíz, cacao, mandioca y papa, pero no menos lo fue la introducción e incorporación a la economía y la alimentación de América, de los cereales como el trigo y el arroz; gramíneas del tipo de la caña de azúcar y animales domesticados como el cerdo, la gallina, la res, las ovejas, los caballos, etcétera.

Los datos para la elaboración de los patrones actuales de alimentación en México provienen fundamentalmente de los estudios censales que se realizan cada diez años, las encuestas relativas a ingresos y gastos de la población nacional (que realizan dependencias gubernamentales), las encuestas alimentarias levantadas por el Instituto Nacional de la Nutrición (INN) y estudios diversos y aislados, generados por instituciones de enseñanza superior. A pesar de sus limitaciones —que aquí no comentaremos— nos permiten captar las generalidades del panorama de consumo de alimentos en nuestro país.

Conforme a informaciones obtenidas por el INN en 1971, aplicando parámetros de alimentación (cuantificación diaria de calorías y proteínas) y del deterioro de salud (desnutrición y mortalidad pre-escolar), es posible comparar y diferenciar regionalmente la situación nutri-

cional en la República Mexicana. Es evidente que existe un proceso de polarización alimentaria donde predomina lo aceptable o regular en las zonas norteñas, en tanto que en aquellas calificadas como malas y muy malas (que predomina una alimentación hipocalórica e hipoproteica y hay más elevados índices de mortalidad pre-escolar y desnutrición), corresponde a zonas centrales y sobre todo el sur y sureste que, como sabemos, constituyen los principales asentamientos indígenas en el país<sup>20</sup>.

Esta polarización se hace más ostensible si comparamos la distribución del consumo entre el medio urbano y el rural. En 1975, con una población similar en ambos rubros, era menor el consumo en las áreas rurales, sobre todo en productos animales, frutas, aceites, verduras, legumbres y feculentas. Era más o menos similar en azúcares y sólo superaba levemente al sector urbano en leguminosas, otros productos (condimentos, café, té, etcétera) y cereales<sup>6</sup>.

Si se desea una mayor precisión de las condiciones *intrarurales* de alimentación, en la Encuesta Nacional, realizada en 1979, se puede verificar que el consumo de maíz va decreciendo en cuanto hay mejores ingresos y que esto mismo explicaría, a su vez, el incremento en el consumo de otros cereales, de frutas y verduras e incluso de productos animales y sus derivados.

Con datos rural/urbanos\* elaborados en 1963 y 1979 (INN), se pueden observar ciertas tendencias generales en el proceso alimentario: disminución en el consumo de maíz sobre todo en las ciudades, que se compensa con un incremento en el consumo de productos de trigo y arroz; disminución rural en la ingesta de frijol, frutas, hortalizas y, en cambio, mejorando en cuanto a leche y huevo, pero sin llegar a los elevados consumos urbanos; mínimas variaciones en relación a carnes y azúcares; y lo sorprendente: una desmedida (y absurda) elevación en el consumo de refresco embotellado en ambas zonas pero, sobre todo, las campesinas<sup>2</sup>.

Con la información previa se puede caracterizar la alimentación del mexicano en términos de una extrema diversidad y polarización que va desde aquella catalogada como deficitaria e inadecuada (que conduce a la desnutrición) hasta el extremo contrario en que resulta excesiva y también dañina al causar obesidad; que las dietas de los sectores populares resultan insuficientes en aporte energético, proteínico y vitamínico (especialmente A y B<sub>2</sub>); y que las condiciones nutricionales rurales están

---

\* Sólo se tomaron en cuenta población urbana proletaria.

en franca desventaja con respecto a las urbanas (y que en cierto modo contribuyen a la migración hacia los asentamientos ciudadanos).

Para América Latina, se pueden distinguir seis patrones dietéticos fundamentales, de acuerdo al predominio de algunos alimentos:

1. Maíz: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Haití y Bolivia
2. Azúcar y raíces comestibles: Colombia, Ecuador, Perú y República Dominicana
3. Azúcar, trigo y arroz: Cuba, Trinidad-Tobago y Jamaica
4. Arroz: Panamá, Guyana y Surinam
5. Trigo: Argentina, Chile y Uruguay
6. Heterogéneo: Brasil, México, Venezuela y Paraguay

Los patrones de alimentación materna e infantil van a depender del consumo familiar general, aunque se deben anotar algunas peculiaridades:

a) Dieta de la madre embarazada: se continúa con la misma dieta cotidiana, pero en algunos casos se aumenta la cantidad consumida; es frecuente la adición de vitaminas (aún sin receta médica) e intervienen creencias como la satisfacción de los "antojos" y la prohibición de alimentos "fríos" (véase más adelante).

b) Dieta de la madre durante la lactancia: en la etapa del puerperio inmediato, el régimen dietético se vuelve estricto y cuidadoso, se insiste en la ingestión de alimentos que "calienten" el organismo y aumenten la producción láctea (atoles, chocolate con agua o leche, caldos de pollo, gallina, res, frijoles e incluso en algunas comunidades, bebidas alcohólicas). Durante el periodo de lactancia se mantiene la prohibición de alimentos "fríos" y del chile (alimento "caliente") que puede ser el causante del chin-cual (o dermatitis del pañal), así como brindar amamantamiento inmediato después de estar junto al fogón elaborando comida, o bien, al retornar a su hogar, pues en ambos casos se encuentra "muy caliente" y se cree que puede ocasionar diarrea en el infante.

c) Amamantamiento, ablactación y destete: El inicio de la lactancia materna es variable y en algunas ocasiones se pospone hasta las 72 horas, periodo en el cual se hace uso de tisanas (por ejemplo, de manzanilla y azúcar) y nodrizas, pues se considera que el calostro es leche "aguada" o "cruda" y se desconoce su valor inmunológico. No existe un horario específico y es el llanto el principal indicador utilizado para amamantar. La duración de la lactancia materna puede variar hasta los tres años, pero en promedio es entre 6 y 18 meses. Es importante mencionar que se han detectado en nuestro país modificaciones graves en

cuanto a los patrones "tradicionales" de lactancia: 1. Ausencia de amamantamiento tanto urbano como rural. 2. Disminución en la duración por abajo de los 6 meses. 3. Crecimiento vertiginoso en el consumo de leche industrializada. 4. Los médicos e instituciones de salud como los principales promotores de las fórmulas lácteas procesadas<sup>1</sup>. No está por demás insistir en el futuro médico o pediatra que se recuerden las ventajas de la leche materna y los efectos indeseables de las leches industrializadas, sobre todo, las probabilidades elevadas de contaminación, infección gastro-intestinal y muerte.

La ablactación en los sectores populares es iniciada entre los 3 y 6 meses en promedio, siendo el caldo de frijol, la sopa de pasta, el plátano y la manzana los elementos más socorridos. Siempre se evitará el consumo de alimentos crudos, "pesados" o que tengan cáscara u hollejo como acciones preventivas del empacho y, por tanto, tales alimentos se eliminan, se cuecen correctamente, o bien, se les desprende la capa superficial.

El destete se hace por la desaparición gradual de la leche, la presencia de un nuevo embarazo y por retiro del propio niño lactante. Los métodos utilizados varían desde la sustitución (mamila o solo chupón) hasta casos extremos en que la madre se untan chile o sábila en los pezones.

Prácticamente desde el año y medio de edad el infante se va integrando a la dieta familiar acostumbrada por los adultos; su ración será de acuerdo a su edad y se evitarán algunos alimentos excesivamente "calientes".

Cabe mencionar que la alimentación cotidiana de mujeres y niños, comparada con la del jefe de la familia generalmente es menor en cantidad y calidad, justificándose la desigualdad con el argumento de que la alimentación del hombre trabajador debe ser suficiente y adecuada.

En Latinoamérica, como en el resto del mundo, se conservan ideas y creencias sobre los alimentos que difieren o bien co-existen con los conocimientos científicos sobre nutrición. Existen varios criterios para su clasificación:

1. Comestibilidad. Todo grupo social decide si tal o cual recurso es comestible o no. Así por ejemplo, en nuestro medio se prohíbe o se rechaza la carne de perro (a pesar de que era cotidiano su consumo en las culturas prehispánicas y su consumo actual en China); entre los judíos es tabú la ingestión de carne de puerco y entre los hindúes, la carne procedente de las vacas. Todas estas prohibiciones aparentemente son calificadas como irracionales y hasta estúpidas (al observarse la desnutrición de los niños hindúes y la vagancia serena y apacible de las vacas sagra-

das). Sin embargo, el antropólogo Marvin Harris demuestra que esas vacas son utilizadas ventajosamente por las familias asiáticas pobres para las actividades agrícolas temporales, su estiércol como fertilizante, combustible para cocinar y recubrimiento del piso hogareño, además de proporcionarles leche, reproducción de la especie (brindando seguridad económica) y en caso de que muera por inanición ser consumida por las castas inferiores o grupos urbanos no hindúes y finalmente utilizar su cuero. El autor concluye que “El amor a las vacas activa la capacidad latente de los seres humanos para mantenerse en un ecosistema con bajo consumo de energía, en el que hay poco margen para el despilfarro o la indolencia... Si desean ver una verdadera vaca sagrada salgan a la calle y observen el automóvil de la familia”<sup>10</sup>.

2. Naturaleza fría y caliente. Se trata de una división o caracterización binaria no sólo de alimentos, sino también de la naturaleza corporal humana, de sus modificaciones incluyendo la enfermedad así como de los tratamientos respectivos, siendo todo esto parte de un equilibrio que puede ser o no, independiente del valor térmico real.

Para algunos estudiosos, su origen es una degeneración de la teoría hipocrática de los cuatro humores (flema, sangre, bilis negra y amarilla) que resultan de la combinación de lo seco, húmedo, frío y caliente; creencia heredada por romanos e implantada en España, que a su vez la transmite a América Latina y Filipinas. Sin embargo, otros investigadores —especialmente López Austin— plantean (y nos parece correcto) que esta categoría ya formaba parte de la cosmovisión de los pueblos mesoamericanos<sup>13</sup>.

Esta dicotomía —con sus variantes regionales y locales— aún persiste en México y un ejemplo de esta división es la que se da en una comunidad oaxaqueña donde se consideran alimentos fríos: el pescado, el tomate, las papas, la leche y el queso, las sopas de pasta, la carne de guajolote, etcétera, y como calientes: el pollo, el cerdo, las tortillas y los frijoles refritos, el ajo y la cebolla, los chiles y pimientos, las bebidas alcohólicas.<sup>16</sup> A pesar de su aparente arbitrariedad la concepción frío/caliente tiene su coherencia y racionalidad interna y no se trata de una creencia superficial y carente de sentido y significado.

Este tipo de clasificación tiene importancia en cuanto que subyace una concepción de la salud/enfermedad basada en el equilibrio y cuyo desajuste requerirá de una neutralización que restablezca la armonía. Así, por ejemplo, una mujer sana en periodo intermenstrual podría

tener algunos momentos de igualdad frío-caliente, pero durante sus días de menstruación estará propensa al frío, se le prohibirán alimentos fríos como el limón o la sandía y se le recomendará el uso de infusiones a base de orégano (que es calificado como “caliente”). Las relaciones sexuales y la consecuente concepción son eventos —sin duda— cálidos y la ausencia del embarazo deseado puede ser atribuido a una matriz fría, que requiere remedios neutralizados como la aplicación de ventosas (que sacarían el “aire frío”), los baños de asiento y tisanas especiales a base de muicle y otras plantas medicinales. Como ya vimos en líneas previas, el embarazo es un período “caliente” en que se prohíben alimentos “fríos” que puedan dañar a la madre o al feto y finalmente con el parto se expulsa el producto pero simultáneamente entra un frío al cuerpo de la mujer puerpera, que requiere el uso de alimentos “calientes” y la prohibición de alimentos “fríos”.

Bajo esta forma de pensar, e independientemente de la recomendación médica, las personas que padecen alguna enfermedad se abstendrán de comer alimentos irritantes, con alto contenido de grasas, es decir, dejarán de consumir chile, carne de puerco e incluso bebidas alcohólicas.

3. Superalimentos. Se tiende a considerar que algunos alimentos son de un valor excepcional y que puede estar relacionado con las dificultades económicas para conseguirlo, como la leche, la carne y los huevos (que recomienda la medicina científica), pero también aquellos otros de bajo valor nutricional promovidos por las empresas comerciales (refrescos, pastelillos, golosinas, productos enlatados, etcétera). Desgraciadamente, algunas madres de familia son convencidas —mediante la propaganda y otros métodos— de que los alimentos procesados son mejores que los naturales.

4. Alimentación ritual. Se trata de comidas extraordinarias que conmemoran algún acontecimiento familiar o comunitario: bautizos, bodas, aniversarios, negocios, terminación de cursos o estudios profesionales, ascensos laborales, banquetes políticos, inicio del ciclo agrícola, fiestas patronales, cena navideña, día de muertos, cuaresma, etcétera. Tales ocasiones significan gastos cuantiosos para la obtención, preparación y distribución de los alimentos y en compensación una elevación del prestigio social de los donantes o anfitriones.

5. Diversidad y comodidad en el consumo. Los alimentos también pueden ser clasificados en función de las dificultades para obtenerlo, que varían desde unos cuantos que se pueden encontrar o adquirir en el medio rural hasta los miles de productos exhibidos en un supermer-

cado que pueden ser considerados como sofisticados e insólitos. Asimismo pueden categorizarse de acuerdo al grado de complejidad en su preparación, desde el sencillo y cómodo taco, hasta el delicado y sabroso mole, aunque no faltan las invasoras y discutibles formas norteamericanas representadas por las hamburguesas y los “hot dogs”.

Una vez revisadas algunas ideas y creencias, la pregunta clave sería: ¿cuál es el peso de éstas en la causalidad de una alimentación inadecuada que pueda conducir a la desnutrición infantil? Para algunos autores los factores culturales identificados con relación a la ideología y conductas subsecuentes constituyen un “grave problema” o bien la causa directa del problema nutricional. Para otros, —donde nos incluimos— no existe una incidencia y un peso significativo de estos aspectos culturales; pueden influir, pero no ser determinantes. Si se toman en cuenta las variables participantes como las socioeconómicas, políticas, médicas, demográficas y otras, como las culturales, es indudable el peso de las dos primeras.

El sociólogo y economista Ernest Feder, con formación académica en universidades norteamericanas e inglesas, enfatiza tres hechos fundamentales:

1. El hambre (como la desnutrición) se vincula al sistema capitalista y no aparece en los países socialistas, se concentra en los países subdesarrollados donde se presenta “en medio de la abundancia” y avanza a gran velocidad en los sectores populares urbanos y rurales, en función de la crisis y estancamiento económicos, producto del creciente endeudamiento externo e inflación interna.

2. El hambre “es función de la pobreza. Y la pobreza es función del empleo. Donde hay desempleo o empleo con salarios de hambre —fenómenos característicos ambos de nuestra parte del mundo— ahí está el hambre. Así cuando hablamos de ésta, necesariamente nos vemos obligados a hablar de empleo y pobreza. Son parte de un todo; forman un paquete.”

3. Las respuestas de las organizaciones e instituciones capitalistas ante el denominado “síndrome desempleo/pobreza/hambre” es la asistencia o ayuda cuyos objetivos son tratar de neutralizar el problema con fines de seguridad propia, garantizar la producción capitalista, reforzar al capital transnacional que está involucrado en los países subdesarrollados y, finalmente, continuar obteniendo ganancias. Desde esta perspectiva los préstamos monetarios asistenciales serán limitados y sintomáticos, pero en última instancia generarán un mayor

endeudamiento, una mayor pobreza y, por tanto, más desnutrición<sup>8</sup>.

El problema alimentario no es primeramente cuestión de hábito y creencias culturales, ni siquiera de producción de bienes comestibles sino de la distribución desigual del ingreso y del poder adquisitivo: quien tiene empleo y dinero está en posibilidades de comprar alimentos, quien no tiene empleo o sus recursos monetarios son inadecuados no pueden comprar los alimentos suficientes en cantidad y calidad para satisfacer sus necesidades individuales o familiares.

A mediados de los setentas, dos organismos internacionales de comprobada seriedad, como son la FAO y la CEPAL, afirmaban enfáticamente que la *mitad de la población latinoamericana* (sectores populares) disponía sólo del 14% del ingreso global y tenían un déficit energético que nunca alcanzaba la recomendación mínima de 2400 calorías, en tanto que los sectores altos y muy altos (20%) disponían del 61% de los ingresos globales y lograban una alimentación equiparable a la de las naciones industrializadas e incluso llegaban al despilfarro y excesividad<sup>9</sup>.

Otros factores contribuyentes al problema alimentario —según el especialista francés Jacques Chonchol, del Instituto de Altos Estudios de América Latina de la Universidad de París— serían:

- La integración desventajosa de la economía latinoamericana al mercado mundial (dominado por las empresas transnacionales) que exporta productos agrícolas y mineros e importa esos mismos, pero procesados y además substituyéndose las tierras destinadas al cultivo de alimentos básicos por otros como el sorgo, el café o la ganadería extensiva, lográndose la pérdida de la autosuficiencia alimentaria y una mayor dependencia al exterior.

- La persistencia de políticas agrarias que permiten la tenencia de la tierra en grandes propiedades pertenecientes a grupos reducidos de individuos, vinculándose a procesos de modernización tecnológica que, si bien aumentan la producción, fomentan el desempleo en la población rural.

- La penetración mercantil de sociedades multinacionales que inducen a un consumo homogeneizante de alimentos, copiándose burdamente los patrones dietéticos industrializados.

- Por último, las políticas gubernamentales contra la inflación y el pago de la inconmesurable deuda externa, que hacen recaer el peso de los sacrificios en los sectores populares, empobreciéndolos cada vez más<sup>5</sup>.

## Prácticas médicas populares

La enfermedad es un acontecimiento social cotidiano, frecuente y de distribución universal. Toda sociedad (desde la considerada más simple hasta la más compleja) ha desplegado estrategias para eliminarla o apaciguarla, es decir, ha generado ideas, teorías y técnicas que tienden hacia una finalidad curativa. El manejo es generalizado, sin embargo, ciertos individuos serán los depositarios especializados de tales estrategias (curadores). Su misión no se agotará en la prevención y tratamiento de las diversas patologías, sino también ejercerán un poder y un control de tipo social al interior de sus colectividades.

En nuestros países latinoamericanos actualmente se pueden enumerar diversos recursos humanos para la promoción de la salud y el control de las enfermedades que abarcan desde el médico hasta el curandero, desde la enfermera hasta la partera empírica, desde el boticario hasta el yerbero, sin olvidar, homeópatas y acupunturistas, quiroprácticos y sobadores, naturistas, hueseros, mediums espiritualistas, amas de casa, etcétera.

Con el fin de ofrecer una ordenación y coherencia a esta múltiple y heterogénea cantidad de curadores y sus potenciales usuarios, así como su caracterización estructural e interrelaciones, el antropólogo Eduardo Menéndez propone la clasificación de modelos médicos como un instrumento metodológico, definiéndolos como “aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de las mismas, no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los ‘curadores’ (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”.<sup>15</sup>

Con base en los datos empíricos procedentes del trabajo de campo, principalmente en México, dicho investigador expone la existencia de tres modelos básicos: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico de autoatención.

El primero, que equivale a la medicina académica o científica, está integrado por las variantes individuales y corporativas privadas y las corporativas paraestatales. Sus rasgos estructurales (que no serán detallados por falta de espacio) serán su concepción positivista, individualista y biológica de la enfermedad, su carácter a-histórico y a-social de su práctica, su eficacia pragmática, la relación asimétrica y subordinada que establece con sus usuarios y su tendencia mercantilista, entre otros.

El segundo, que equivale a la denominada “medicina

tradicional” y otras prácticas no aceptadas por la medicina científica, poseen un carácter subordinado o subalterno, caracterizados por una concepción englobadora del proceso patológico, su eficacia pragmática que tiende a ser más simbólica, su legitimidad es dada en forma comunal o grupal (puesto que en algunos casos existe exclusión jurídica) y comparte otros rasgos con el hegemónico (como la tendencia a mercantilizarse, mantener subordinación y asimetría con los pacientes, ahistoricidad, etcétera).

El tercero, que incluye las prácticas autocurativas, significa la apropiación de las técnicas curativas sin la intervención de especialistas, existencia de una eficacia pragmática (que la perpetúa), una legitimación grupal y una tendencia a sintetizar ideas, teorías y técnicas procedentes de los modelos previos.

Las interrelaciones que se establecen entre estos modelos es un proceso dinámico en el que “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”.

Bajo este enfoque, las prácticas médicas populares o medicina “tradicional” son el conjunto de saberes y teorías, prácticas e ideologías sustentadas por las clases subalternas donde se mezclan elementos transmitidos generacionalmente sin requisito académico, pero que también integran y complementan con elementos contemporáneos procedentes de otras formas curativas, preponderantemente, las científicas y donde además se combinan explicaciones y tratamientos basados en la experiencia (eficacia empírica) con el uso de contenidos mágico-religiosos (eficacia simbólica). Históricamente, estas prácticas médicas populares son el resultado de la mezcla de actividades y creencias curativas precolombinas, europeas (traídas por los españoles), africanas (procedentes de los esclavos negros) y que actualmente presentan un diverso grado de permanencia, heterogeneidad y transformación.

Para el médico en formación es ineludible conocer las enfermedades que se producen en el país, sus causas directas e indirectas, su frecuencia y distribución, su tratamiento y control. Igualmente debe conocer las condiciones económicas, políticas y culturales que existen en las macro y micro-organizaciones sociales donde pretenderá ejercer su profesión. Del mismo modo, debe conocer las prácticas curativas de los sectores populares, no con

un afán folklorista o costumbrista o bien para saciar una curiosidad que encuentra satisfacción con el descubrimiento del conocimiento insólito o de las ideas aparentemente exóticas e irracionales, sino con el objetivo de lograr un mayor acercamiento y entendimiento de los procesos socioculturales que cotidianamente viven sus pacientes. Deben rechazarse las fórmulas simplistas y superficiales que dividen al mundo en bueno y malo, en ciencia y magia, en doctores y curanderos, o bien, las pretensiones occidentales de un evolucionismo lineal en que la magia de hoy será la ciencia del mañana, porque: ¿cómo explicar en la “civilizada” Europa la coexistencia de la más avanzada tecnología médica junto con las actividades mágicas y la recurrencia a los curanderos? Consúltese el libro de Theo Løbsack que ilustra esta cuestión para el caso alemán.<sup>12</sup>

Los textos médicos especializados en Pediatría siempre han omitido a las enfermedades populares que se presentan en los niños latinoamericanos tales como el empacho o el susto. Los profesores de la materia las han considerado *a priori* y unilateralmente como productos de la superstición y la charlatanería, de la imaginación y la ignorancia, como muestras del primitivismo y la inciviliación del pueblo. Enseñan —sin bases— que esas enfermedades no existen o que carecen de importancia y de seriedad o que, en todo caso, se reducen a una cuestión de nomenclaturas donde el empacho es igual a una infección gastrointestinal o caída de mollera equivale mecánicamente a deshidratación, sin tratar de profundizar en sus características nosológicas propias y diferenciales.

Ejemplo del desinterés médico es que las actuales descripciones de los padecimientos “tradicionales” proceden mayoritariamente de los antropólogos que han investigado en zonas rurales y urbanas marginales de América Latina. Expondremos sus hallazgos en forma sintética, referidos a cuatro patologías infantiles. Cabe aclarar que estas enfermedades presentan peculiaridades regionales en cuanto nombre, causalidad, etcétera, que dependen del país o de la comunidad específica, por lo que se recomienda al interesado que interroge en su propia localidad para encontrar las semejanzas y diferencias con lo que aquí se anota. Las fotografías que acompañan al texto han sido tomadas por el autor de este capítulo.

### *Empacho*

Enfermedad causada por la ingestión excesiva de alimentos “fríos”, “pesados”, crudos o insuficientemente cocidos, descompuestos, fuera de horario, no digeribles (como el papel, chicle, tierra o cabellos), que contienen

hollejos (frijoles, uvas, papas, manzanas, “palomitas”, etcétera) o portadores de microbios. Tales elementos se adhieren a las paredes intestinales y provocan las alteraciones clínico-patológicas. Los signos y síntomas consisten en dolores abdominales, fiebre, náusea y vómito, desgano y pérdida del apatito, estreñimiento o diarrea, evacuaciones fétidas y descoloridas, eructos, ruidos intestinales, aumento de volumen abdominal, sed, sofocación, inquietud y fastidio. Es predominantemente infantil pero también se puede presentar en adultos; es más frecuente en los niños menores de un año, sin diferencia por sexo, puede conducir a la muerte si no se establece la terapéutica adecuada; no se considera contagioso ni heredable y los criterios preventivos están relacionados con el control de los alimentos que se ofrecen a los infantes. En su tratamiento —que aparece en fuentes documentales desde el siglo XVI— hay cuatro técnicas básicas que pueden aparecer aisladas o combinadas: herbolaria medicinal, purga, masaje y la denominada “tronada”, que consiste en levantar la piel paravertebral hasta escuchar un sonido característico; tal signo es casi patognómico del diagnóstico de empacho y a la vez, un aviso de su pronta curación. Generalmente se requieren tres sesiones curativas que se acompañan de dietas especiales. Se considera que los médicos no saben curar el empacho, puesto que usan astringentes como la caolín-pectina, que retrasa la salida de los alimentos adheridos, pero aceptan los beneficios del antibiótico. Los elementos necesarios para el tratamiento (pan puerco, aceite de olivo, etcétera) se pueden obtener en cualquier botica de la ciudad o del pueblo más cercano. El manejo técnico-curativo puede ser realizado por las amas de casa y en casos especiales, por la curandera<sup>3</sup>.

### *Caída de mollera*

Su causa es mecánica: los movimientos bruscos al estar cargando a un lactante, estarlo “zangoloteando”, una sentada o levantada rápida. La fontanela anterior se encuentra deprimida, hay falta de apetito, el niño no puede mamar, hace un ruido característico al comer o “chapalearse la chichi o la botella”, llanto e irritabilidad, vómito, evacuaciones diarreicas, calentura y puede ocasionar la muerte. Es exclusivo de niños, sin preferencia de sexo, no es contagiosa ni heredable, y las medidas preventivas van encaminadas a cuidar más al niño y evitar los movimientos causales. Son varias las técnicas utilizadas para su curación, todas ellas con el objetivo de restablecer la normalidad de fontanela: aplicación de clara de huevo o café y azúcar en la mollera hundida; “chupar” en el sitio

afectado; empujar el paladar hacia arriba; vendaje apretado en la cabeza; baños especiales y poner al bebé cabeza abajo (“embrocarse”) y darle palmadas en sus pies.<sup>3</sup>

#### *Susto o espanto*

Es una enfermedad que se tiene a consecuencia de un evento sorpresivo e inesperado, como un temblor, una caída al agua o al suelo; presencia de actos violentos como riñas, asaltos, atropellamientos; ruidos fuertes; pesadillas; regaños o la visión de algo inexplicable y sobrenatural. En las comunidades indígenas se asocia con la salida y pérdida del alma, que es capturada por algún ente sobrenatural; en los grupos mestizos únicamente es el abandono del alma. Adultos y niños pueden sufrir el susto pero es más frecuente en estos últimos. Distribución universal, sin predominio sexual, no contagiosa, no hereditaria, de presentación rural y urbana en toda Latinoamérica, gravedad variable, sin manera de prevenirse. Se han recopilado cerca de 40 signos y síntomas, pero los más frecuentemente mencionados son: anorexia o hiporexia, insomnio, inquietud al dormir, somnolencia, debilidad, pérdida de peso, diarrea, fiebre, palidez, nerviosismo e irritabilidad, etcétera. Los tratamientos aparecen desde el Códice elaborado por Martín de la Cruz en 1542; en la actualidad rebasan la docena los tipos de curación: vaporizaciones y baños, uso de infusiones herbolarias, unciones corporales, limpiezas, ensalmos, aspersiones repentinas, sahumerios, comidas y actos rituales especializados, emplastos, baños de sol, etcétera hasta uso de medicamentos de patente.<sup>3 7 14</sup>

#### *Mal de ojo*

Quizá se trate de la patología popular con mayor número de referencias a nivel mundial pues existen descripciones de esta creencia en Asia, África, Europa, y por supuesto, América. La causalidad es referida a la mirada “fuerte”, “pesada”, “caliente”, “mala” que una persona deposita en un bebé transmitiéndole su “electricidad” o su “magnetismo”. Tales niños son caracterizados como bonitos y hermosos, a quienes se les desea tocar y no se logra hacerlo. Existe llanto, inquietud, irritabilidad, somnolencia, malestar general, dolor de cabeza, vómitos, diarrea, los ojos se encuentran irritados, lagañosos, hundidos, “chinguñosos” y se ha descrito presencia de ptosis palpebral unilateral. Es más frecuente en las edades pediátricas, sobre todo menores de un año, sin relación con el sexo, presencia rural y urbana, no contagiosa ni hereditaria, puede ser causa de muerte e incluso en el Bajío (Guanajuato, Méx.) se considera incurable y mortal si se

“ojea” al niño cuando está comiendo. Se le previene usando una pulsera especial (“ojo de venado”), haciendo que el extraño toque a la criatura, ensalmándola. El tratamiento es a base de limpiezas con huevo; ramos de pirul, geranio, ruda y santamaría; colirios conteniendo antibiótico del tipo de la sulfa y la gentamicina; haciendo aspersiones, soplando, chupando, etcétera.<sup>3 7 14</sup>

#### **El médico y su relación con la cultura popular**

Como se ha visto hasta aquí, las prácticas y costumbres populares en alimentación y medicina han persistido hasta la actualidad con, sin y a pesar de los médicos. La actitud de éstos ha variado desde el menosprecio hasta la idealización, desde la exaltación hasta el olvido. En una encuesta realizada por nosotros en 1979, las madres de familia que habían expuesto la posibilidad de empacho a su médico pediatra relataron su experiencia: “me regañó”, “la ponen a uno por los suelos, sin oportunidad de explicarles”, “se burlan y nos tiran de ignorantes y atrasados”, “me dijo ignorante y me dio mucha pena”, “le avisé al médico que el niño tenía empacho y me dijo: ‘cómo va a estar empachado? ¡ya déjese de eso!... Los médicos se ríen de eso’, “no se lo menciono al médico, va a decir que estoy ‘chiflis’ (loca)”, “no les digo por temor de que se burlen, se reirían de mí”.

Estas respuestas son dignas de reflexión acerca de la intolerancia y falta de respeto que tiene el médico hacia su paciente y sus familiares; son actitudes que no ayudan a la comprensión de la enfermedad (cualquiera que sea) ni establecen un clima de confianza necesaria en toda relación curador-enfermo.

Sin que existan recetas que se puedan generalizar, proponemos un cambio en la actitud de los profesionales, no en cuanto a aceptar indiscriminadamente las manifestaciones de la cultura popular, sino en *valorarlas críticamente* (diríamos científicamente y sin prejuicios) en relación a sus efectos benéficos o perjudiciales para la salud del paciente o de la comunidad. Se tiene que tomar en consideración que las costumbres pueden ser benéficas, no tener importancia, ser de eficacia dudosa y finalmente tener un carácter nocivo.<sup>11</sup> Es obvio que el médico y el personal auxiliar debe apoyar insistentemente las primeras y tratar de desalentar las últimas. Por ejemplo, rechazar la substitución de las frutas por golosinas, botanas y refrescos embotellados; recomendar hasta el cansancio la lactancia materna por encima del uso de leches procesadas industrialmente, insistir en el uso de alimentos que contengan el grano integral en lugar de las harinas

refinadas que son menos nutritivas, etcétera.

Es deber del médico conocer las condiciones generales de vida de sus pacientes y su contexto cultural, económico y político, porque resultaría absurdo que recomendará una dieta balanceada, adecuada y suficiente, a base de carne, leche y huevo, cuando el problema no es de hábitos para consumirla, sino de insuficiencia monetaria para adquirirla.

Proponemos que el médico escuche respetuosamente las ideas expresadas por el paciente o sus familiares, independientemente de que se esté o no de acuerdo en ellas. Abstenerse de interrumpir abruptamente para calificar negativamente sus planteamientos o hacer muecas de incredulidad o franca burla.

Sugerimos que los médicos traten de investigar en forma seria e imparcial las prácticas y creencias de los sectores populares. El seguimiento metódico y sistematizado de casos relativos a entidades nosológicas populares, su frecuencia y distribución real, sus detalles clínicos, preventivos y terapéuticos, las correspondencias con las nosologías aceptadas académicamente, etcétera, serían algunos de los puntos a valorar y profundizar.

Terminamos esta exposición con la experiencia de un incansable promotor de la salud en América Latina, cuyos libros recomendamos ampliamente:

“Hace 18 años, cuando yo (David Werner) empecé a trabajar en el mejoramiento de la salud con los campesinos de la Sierra Madre Occidental de México, no miraba más allá de las causas inmediatas de la mala salud. A mi manera de ver, las causas de las lombrices y la diarrea eran la falta de higiene y el agua contaminada. La causa de la desnutrición era la escasez de alimentos en una región montañosa y aislada donde las sequías, las inundaciones y los fuertes vientos hacían difícil la agricultura e inseguras las cosechas. La alta tasa de mortalidad de los niños (34%) era resultado de una combinación de infección, mala alimentación y la lejanía de los centros de salud.

En suma, yo veía las necesidades de la gente como problemas físicos, determinados por el ambiente físico. Se podía comprender mi punto de vista miópico, ya que mi educación había sido en ciencias naturales. Yo tenía poca conciencia social o política.

Posiblemente me hubiera quedado así, como se quedan muchos trabajadores de salud, si no hubiera convivido tanto con la gente de la sierra. Me di cuenta desde un principio que ellos tenían fuerzas, sabiduría y resistencia de los que yo carecía. Fue así que dejé que me enseñaran sobre los aspectos humanos e inhumanos— de sus necesidades y de sus vidas... compartieron conmigo sus casas, sus dificultades y sus sueños. Muchas veces he luchado con ellos contra grandes obstáculos para impedir la pérdida de un niño, de una milpa o de la esperanza.

A veces ganamos, a veces perdimos. Poco a poco me dí cuenta de que muchas de sus pérdidas —de niños, de tierra o de esperanza— no sólo tienen causas físicas inmediatas, sino también causas más profundas de tipo social. Es decir, que resultan de la manera en que unas personas tratan o afectan las vidas de otras. Una y otra vez he visto ocasiones en que la muerte y el sufrimiento de niños y otras personas que yo había llegado a querer han sido el resultado directo o indirecto de la codicia humana.

Quizá nadie tenga la culpa. O quizá todos la tengamos. Cuando menos, todos nosotros los que tenemos más de lo que necesitamos mientras otros pasan hambre. En todo caso, no es justo y no es humano guardar silencio en un mundo que permite que unas personas engorden con el duro trabajo de otras que sufren hambre... La cuarta parte de los niños del mundo están desnutridos... Sus problemas no se resolverán con medicinas, ni letrinas, ni centros de nutrición, ni planificación familiar (aunque todo esto, si se trata en forma decente, puede ayudar). Lo que necesitan esas familias es una oportunidad justa de vivir de su propio trabajo, una parte justa de lo que produce la tierra.”<sup>19</sup>

## Referencias

1. Arana, M.: Las fórmulas infantiles para alimentación infantil. Grupo Tercer Mundo: Las multinacionales de la alimentación contra los bebés. México, D.F. Editorial Nueva Imagen, 9-26, 1982.
2. Bourges, H.: Panorama alimentario de México. Cuadernos de Nutrición 5 (1): 17-32, 1981.
3. Campos, R., Cano, J.: Medicina popular-tradicional y automedicación en familias asistentes a la clínica 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F. Tesis para obtener el título de especialidad en Medicina Familiar, 65-75, 1979.
4. Casillas, L., Vargas, L.A.: La alimentación entre los mexicanos. Coords. López Austin, A., Vjesca, C. Historia General de la Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, 136-156. 1984.
5. Chonchol, J.: Desnutrición y dependencia. Problemas alimentarios de la población latinoamericana. Comercio Exterior 30 (7): 735-746, 1980.
6. Coplamar: Necesidades esenciales en México: Alimentación. 1a. ed. México, D.F. Siglo XXI editores, 1982.
7. Estrella, E.: Medicina Aborigen. La práctica médica aborigen de la Sierra Ecuatoriana, Quito. Editorial Epoca, 111-115, 1978.
8. Feder, E.: El hambre, perspectivas socioeconómicas. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, 9-41, 1983.
9. García-Canclini, N.: Las culturas populares en el capitalismo. México, D.F. Editorial Nueva Imagen, 62 y 63, 1982.
10. Harris, M.: Vacas, cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura. 2a. ed. Madrid. Alianza Editorial, 36, 1981.
11. Jellife, D.: Nutrición infantil en países en desarrollo. 2a. ed. México, D.F. Editorial Limusa, 91-93, 1972.
12. Löbsack, T.: Medicina mágica. Métodos y méritos de los curanderos milagrosos. México, D.F. Editorial Fondo de Cultura Económica, 9-11, 1986.
13. López-Austin A.: Textos de Medicina Náhuatl. 2a. ed. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Históricas, 16-31, 1975.
14. Lozoya, X., Zolla, C. (eds.): La Medicina Invisible. Introducción al estudio de la Medicina tradicional de México. 2a. ed. México, D.F. Folios Adicionales, 130-148, 1984.
15. Menéndez, E.: Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y Autoatención (gestión) en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata n. 86, 5, 1984.
16. Moreno, A.R.: La clasificación de los alimentos en fríos y calientes. Cuadernos de Nutrición 9 (3): 10-16, 1986.
17. Ruz, M.: La alimentación de grupos mayas: del Popol Vuh a nuestros días. Cuadernos de Nutrición 10 (3): 3, 1987.
18. Tylor, E.B.: Cultura Primitiva. Los orígenes de la cultura. s. ed. Madrid. Editorial Ayuso, 19, 1977.
19. Werner, D., Bower, B.: Aprendiendo a Promover la Salud. México, D.F., Fundación Hesperian y Centro de Estudios Educativos A.C. 7 y 8, 1984.
20. Ysunza-Ogazón, A.: Polarización alimentaria y nutricional de México. Nueva Antropología 7 (28): 29-49, 1985.