

¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México

Waiting for the doctor? Reflections on a medical anthropological research in Mexico

¿Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico

Paolo BARTOLI

Facoltà di Lettere e Filosofia. Università degli Studi di Perugia
paobart@tiscalinet.it

Recibido: 30 de diciembre de 2004

Aceptado: 29 de marzo de 2005

Resumen

El artículo, que hace referencia a una investigación de antropología médica del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) de México, discute una serie de cuestiones teórico-metodológicas que atañen particularmente al estatus de la medicina tradicional y a las relaciones de reciprocidad que se establecen en el trabajo de campo entre antropólogos y nativos. Se destaca la imposibilidad de considerar la medicina tradicional –en este caso, de algunas comunidades indígenas de México– como un conjunto inalterable de saberes y prácticas, homogéneo y coherente: en la investigación sobre el terreno, la medicina tradicional aparece completamente incorporada a los escenarios de la vida cotidiana y sólo puede ser observada junto a las carencias de la asistencia médica y la precariedad de las condiciones económicas e higiénicas de la población. De este modo, el objeto propio o primero de la mirada del antropólogo médico no es un inventario abstracto o un repertorio sistemático y estructurado de creencias y prácticas tradicionales, sino un conjunto heterogéneo, provisorio y cambiante de interpretaciones y acciones puestas en juego por las personas para enfrentar el sufrimiento, la enfermedad y el dolor. En las estrategias locales de defensa de la salud se entrelazan una pluralidad de recursos, que van desde la llamada medicina tradicional –entendiéndola como medicina doméstica o como actividad de los curanderos– hasta el médico del Centro de Salud y, a menudo, hasta los mismos antropólogos cuando éstos, como en el caso que estamos examinando, poseen también una formación médica. En la segunda parte del artículo se expone, a partir de datos de investigación, la complicada cuestión de la eficacia de la medicina tradicional con respecto a “enfermedades” como el *enfado* y la *vergüenza*.

Palabras clave: México, reciprocidad, salud, medicina doméstica, medicina tradicional.

Abstract

This article focuses on research in the field of medical anthropology conducted by the Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) of Mexico. It discusses a set of theoretical and methodological issues pertaining particularly to the status of traditional medicine and the relations of reciprocity between anthropologist in the field and natives. The author stresses the difficulty in considering traditional medicine –in this case, in some indigenous communities of Mexico– as an unchanging set of homogeneous and coherent knowledge and practice. Traditional medicine in the field appears closely tied to the settings of everyday life, and it can only be observed in conjunction with the scarcities of medical health care and the poor economic and hygienic conditions of the population. Thus, the first or proper object of the medical anthropologist regard is not an abstract inventory or a systematic, structured repertoire of traditional beliefs and practices, but a heterogeneous, provisional and changing set of interpretations and actions displayed by people to confront suffering, pain and disease. A plurality of resources are intertwined in the local strategies for defending health, spanning the so-called traditional medicine –domestic medicine or the activities of traditional healers– to the practitioner in the Health Care Centre, and often even the anthropologists themselves when they have, as is the case here, a training in medicine. In the second part of the article the author presents, using ethnographic data, the vexed question of the efficacy of traditional medicine in relation to diseases such as *enfado* and *vergüenza*.

Key words: Mexico, reciprocity, health, domestic medicine, traditional medicine.

Riassunto

L'articolo, facendo riferimento a una ricerca di antropologia medica dell' Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) del Messico, discute una serie di questioni teorico-metodologiche che riguardano in modo particolare lo statuto della medicina tradizionale e le relazioni di reciprocità che si stabiliscono sul campo fra antropologi e nativi. Si sottolinea l'impossibilità di considerare la medicina tradizionale –in questo caso di alcune comunità indigene del Messico– come un insieme inalterabile di saperi e di pratiche omogeneo e coerente: nella ricerca sul campo la medicina tradizionale si presenta completamente incorporata negli scenari della vita quotidiana e si lascia osservare soltanto insieme alle carenze dell'assistenza medica e insieme alla precarietà delle condizioni economiche e igieniche della popolazione. Così l'oggetto proprio o primo dello sguardo dell'antropologo medico non è un astratto inventario o un repertorio sistematico e strutturato di credenze e pratiche tradizionali, bensì un insieme eterogeneo, provvisorio e mutevole di interpretazioni e di azioni messe in campo dalle persone per fronteggiare la sofferenza, la malattia, il dolore. Nelle strategie locali di difesa della salute si intrecciano una pluralità di risorse che vanno dalla cosiddetta medicina tradizionale –intesa sia come medicina domestica che come attività dei curanderos– al medico del Centro de salud e, spesso, agli stessi antropologi sul campo quando, come nel caso in esame, questi hanno anche una formazione medica. Nella seconda parte dell'articolo si accenna alla complicata questione della efficacia della medicina tradizionale a partire da dati di ricerca riguardanti “malattie” come l'*enfado* e la *vergüenza*.

Parole chiave: Messico, reciprocità, salute, medicina domestica, medicina tradizionale.

SUMARIO: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. Referencias bibliográficas.

1. Quedan ya muy lejos aquellos tiempos en los que Ernesto De Martino, etnólogo y militante de un partido político, que quería representar las necesidades de emancipación de las clases populares, podía entrar “en las casas de los campesinos pulleses como un ‘compañero’, ... que quiere participar, junto con los hombres encontrados, en la fundación de un mundo mejor” (De Martino, 1953: 318). Cincuenta años después de esta afirmación explícita del compromiso político-cultural de la etnografía, muchos estudiosos que reconocen en De Martino a uno de los fundadores de la antropología médica italiana, parecen haber olvidado que sus investigaciones sobre la medicina popular de los pueblos meridionales no respondían a un simple interés por conocer o sistematizar creencias y prácticas exóticas o arcaicas, y menos a una abstracta finalidad académica, sino “al explícito reconocimiento de una pasión actual, unida a un problema vital de la civilización a la que uno pertenece, a un nudo de la praxis, a un estímulo de la *historia condenda* o de las *res gerendae*” (De Martino, 1961: 20), a una “originaria motivación transformadora” (De Martino, 1961: 35). Quizás no se trata de un olvido, sino más bien del convencimiento de que hay que aceptar el hecho de que muchos aspectos de la cultura popular se han muerto o se están muriendo “por sí solos, sin que la conciencia y la razón tengan responsabilidad alguna en este hecho” (De Martino, 1961: 381), o tal vez aun los caóticos e incoherentes procesos de modernización que ha vivido nuestro país nos han enseñado que no es verdad, como optimistamente pensaba De Martino, que “la ley interna de la cultura es la de procurar la muerte del pasado a través de la llama de la conciencia y de la razón” (De Martino, 1961: 381).

Es un hecho que hoy en día, como es sabido, no hay más “compañeros” –y, si queda alguno, es insistentemente invitado a avergonzarse y a arrepentirse– ni hay más proletarios o explotados –y, si queda alguno, es sistemáticamente ignorado por el discurso político– junto a los que aspirar a construir un mundo mejor y más justo. Y, mientras tanto, la llamada cultura campesina o tradicional, sea ésta lo que sea, se ha quedado recluida y momificada en los distintos museos de folklore regional para ser desenterrada de vez en cuando en los falsos *tableaux vivants* de las fiestas populares; y, sobre todo, la denominada medicina popular¹ ha sido ya completamente entregada y restringida a los textos de *demoiatría* o, como mucho, a los recuerdos más o menos nostálgicos y fragmentados de los ancianos. Finalmente, tanto sus detractores, que desde hace tiempo denuncian su carácter supersticioso y su desmoralizante ineficacia, como sus eruditos admiradores pueden coincidir en el hecho de que, en cada caso, la medicina popular hoy, literalmente, *no hace daño a nadie*: ni a los campesinos supervivientes, que como todos los demás van a los mismos médicos y hospitales, ni mucho menos a la biomedicina que aún ejerce, triunfado-

¹ Sobre el carácter bastante problemático de la noción de medicina popular, me limito a remitir a Di Nola, 1983; Martínez y Comelles, 1994; Comelles, 1996; y a Charuty, 1997.

ra, su influencia sobre toda la sociedad², no obstante las alarmadas o complacidas denuncias de su crisis.

Además, parece que cuanto más moribunda o muerta y, por consiguiente, inofensiva es la medicina popular tanto más es “buena para pensar”; por ejemplo, en los cursos de formación para los médicos que trabajan en el campo de la educación para la salud o con los inmigrados, puede ser resucitada, sin correr ningún riesgo de contaminación epistemológica, como recurso didáctico para ilustrar la pluralidad de las lógicas cognitivas y operativas en el campo de la salud y la enfermedad y para que los trabajadores sanitarios puedan adquirir una “sensibilidad antropológica”, necesaria para relativizar su propio saber (Loux, 1990). Pero la medicina popular resulta sobre todo “buena para estudiar”, ya que un cierto número de antropólogos italianos —entre los cuales puedo incluirme— se inició en la antropología médica a través de una experiencia de investigación, más o menos intensa, sobre la medicina popular de las clases subalternas italianas³. Fundamentalmente, por lo menos en mi caso, se trataba de un trabajo sobre el *pasado* o, mejor dicho, sobre tres de sus diferentes representaciones: el pasado recogido en las cartas de los archivos locales, que cuentan el tortuoso desarrollo de la organización sanitaria en el medio rural y su progresivo sobreponerse o contraponerse a las prácticas y a los estilos de vida de las clases campesinas; el pasado de las creencias y prácticas populares recogidas y sistematizadas en las etnografías de los médicos folkloristas⁴; y, por último, el pasado revivido en la memoria de los ancianos informantes. El intento de hacer dialogar distintas fuentes y distintos puntos de vista sobre la medicina popular responde a una elección metodológica precisa, que consiste en asumir como objeto de análisis la experiencia concreta y unitaria de los individuos en la lucha contra la enfermedad: en efecto, en este terreno es donde conviven las prácticas populares más escandalosamente “supersticiosas” o mágicas con los procedimientos de la medicina científica en una relación social e históricamente variable, irreducible a las separaciones o a las exclusiones hechas tanto por los médicos como por los folkloristas. Esta perspectiva, por otro lado, ha permitido enfocar algunas de las mismas cuestiones teórico-metodológicas que se imponen con mayor evidencia en la investiga-

² Sobre algunos aspectos de la historia político-cultural del encuentro/enfrentamiento entre “medicina oficial” y “medicina popular”, se puede ver Bartoli y Falteri, 1983; Bartoli, 1985; y Bartoli, 1989.

³ En la historia de los estudios italianos de medicina popular, un verdadero punto de viraje fue el *Covegno nazionale* su “Salute e malattie nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane” (Pesaro, 15/18 diciembre, 1983), organizado por el Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale de la Universidad de Perugia, entonces dirigido por Tullio Seppilli. Al mismo Seppilli se le debe la edición del número monográfico de *La Ricerca Folklorica* (n.º. 8, 1983), *La medicina popolare in Italia*, publicado con ocasión del simposio.

⁴ Para una evaluación de las etnografías de los médicos folkloristas italianos, y en particular de Zeno Zanetti, apasionado y diligente estudioso de la medicina popular de Umbría, se puede ver Bartoli y Falteri, 1987; y Comelles, 1996.

ción de campo: ¿qué actores sociales “hablan” en los documentos de archivo y cuáles, al contrario, son sólo recordados o simplemente olvidados? ¿En qué medida resultan banalizadas y tergiversadas las prácticas de las clases subalternas en las etnografías de los folkloristas, que tienden sistemáticamente a ignorar la presencia de los médicos en los poblados rurales y a acentuar los aspectos “extraños”, “exóticos”, o incluso más repugnantes de las prácticas populares en contra de otras compartidas o aceptadas por los mismos médicos y totalmente incorporadas en la praxis de los actores sociales? ¿Además, cuántas omisiones o reticencias afectan a los recuerdos de los ancianos informantes? Se podría continuar largamente con el listado de trampas a evitar, de vacíos a llenar, de silencios que forzar cuando se trata de reconstruir aquel conjunto complejo de representaciones y prácticas que llamamos medicina popular, interrogando documentos y testimonios de un pasado ya desaparecido.

En este momento, sin embargo, bastará decir que este recorrido de preguntas y provisorias respuestas ha sido un conveniente y útil punto de partida, cuando se me ha presentado la oportunidad de participar en una investigación etnográfica en un contexto geográficamente lejano, México, en comunidades en las cuales la denominada medicina tradicional⁵ constituye, para bien o para mal, un recurso fundamental para la defensa de la salud y la cura de la enfermedad. Sin embargo, el bagaje de experiencias teóricas adquirido en el estudio de la medicina popular italiana, aunque valioso para enfocar algunos puntos cruciales del trabajo de campo, no exime al antropólogo médico de la necesidad de una reflexión radical sobre su disciplina y la relación que tiene con ésta; más bien puede ocurrir fácilmente –por lo menos a mí me ha ocurrido– que el antropólogo se encuentre estimulado u obligado a una profunda reconsideración de sus perspectivas científicas y académicas, e incluso existenciales. La desorientación con la que uno tiene que enfrentarse no es tanto por la excitación del paso desde la biblioteca o desde el archivo histórico al mítico *field*, además exótico, al cual muchos antropólogos de mi país y de mi generación han llegado demasiado tarde, sino más bien se trata de una especie de desconcierto y, al mismo tiempo, de ansiedad acontecidos al concienciarse de que pasa del estudio de una cultura –la medicina popular italiana– desde hace tiempo “condenada a morir”, al estudio de una cultura que, en cambio, quién sabe por cuánto tiempo está “condenada a vivir”.

2. En 1997, gracias a una pequeña financiación de la Universidad de Perugia, empecé a colaborar en un proyecto de investigación del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) de México denominado: *Actores sociales de la flora medicinal en México*. Se trata de un proyecto interdisciplinario muy comple-

⁵ También la noción de “medicina tradicional” resulta muy problemática y difícil de usar sin ponerla entre comillas; para un examen crítico de esta noción se puede ver Menéndez, 1990 y 1994.

jo y de larga duración, diseñado y llevado a cabo por el Centro INAH del Estado de Morelos, bajo la dirección del médico y antropólogo Paul Hersch Martínez, investigador de esta entidad⁶. El título del proyecto sintetiza eficazmente el objeto de la investigación. Por un lado, las *plantas medicinales*, que en México representan un recurso terapéutico y económico importante, son estudiadas como organismos vegetales, con características bioquímicas específicas, y como productos culturales dotados de sentido y arraigados en la práctica social. Por otro lado, se contempla una pluralidad de *actores sociales* que juegan un papel importante en la atribución de significados y en la modalidad de uso de la flora medicinal: las madres de familia que recurren frecuentemente a ésta en el ámbito de la *autoatención*⁷ y de la medicina doméstica, las distintas figuras de terapeutas tradicionales –*curanderos*, *hueseros*, *parteras*–, los recolectores y acopiadores que aseguran la disponibilidad y la circulación en el mercado local y nacional (Hersch Martínez, 1996), y también los representantes de la biomedicina, en particular los miembros de la Comisión Nacional encargada de la reglamentación de los fármacos de origen vegetal (Hersch Martínez, 2003).

La investigación se centra en algunas comunidades rurales, con fuerte presencia indígena, caracterizadas por un alto índice de pobreza y marginalidad y por la insuficiencia o inexistencia de algunos recursos básicos como agua potable, alcantarillado, recogida de basura, servicio médico, etc. Por decirlo por boca de Bonfil Batalla, se trata de una de las tantas piezas que constituyen el variado mosaico del *México profundo*, donde la alteridad y la diversidad cultural han sido hasta ahora sinónimo de desigualdad social y de una relación asimétrica de dominación /subordinación (Bonfil Batalla, 1994).

La metodología del proyecto se inspira en las pautas, y se enfrenta con las dificultades, de la investigación-acción: la *participación comunitaria* y la *reciprocidad* son entendidas por el grupo de investigación como una puesta en común y un intercambio de conocimientos entre investigadores y actores sociales nativos –madres de familia y terapeutas tradicionales– con vistas a la conservación y a la potenciación de los saberes y de las prácticas locales de salud. En tal perspectiva, la inserción del grupo de investigadores en la comunidad está precedida por una negociación de los objetivos con las autoridades locales y, en particular, con la *regeduría de salud* y, cuando es posible, con los organismos sociales de base, es decir, con todas las instancias locales que juegan cualquier papel en los procesos de gestión y transforma-

⁶ Con Paul Hersch Martínez y con Lilian González Chévez, docente de antropología médica en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, tuve la ocasión de tener una estrecha relación de amistad durante su estancia en Perugia en el invierno de 1993-94. Quiero aquí agradecerles la generosidad con la que me abrieron las puertas de su terreno de investigación.

⁷ Sobre el carácter estructural de la *autoatención* es indispensable ver Menéndez, 1984, 1990 y 1992. Se puede ver también la reciente reseña de Haro Encinas, 2000.

ción de las condiciones de salud de la comunidad. En este sentido, las comunidades incluidas en la investigación son entendidas no como un simple objeto de análisis del antropólogo profesional, sino más bien como una realidad socio-cultural habitada por los “dueños del problema” (Greenwood, 2000: 32), con cuya colaboración la investigación adquiere sentido y utilidad.

En efecto, el verdadero trabajo de investigación se ha combinado frecuentemente en el campo con una serie de encuentros e intervenciones, caracterizadas por el compromiso directo y activo de los actores sociales. Las iniciativas más importantes de este tipo se pueden resumir brevemente en estos puntos: a) *caminadas botánicas*, excursiones con grupos de población y terapeutas en las inmediaciones de la comunidad para identificar y recoger ejemplares de plantas usadas localmente con un fin curativo; b) *talleres de capacitación*, encuentros de carácter práctico en los que se ponen en común, son sintetizados y presentados los saberes botánicos y terapéuticos locales, además del modo de preparación de remedios específicos; c) encuentros periódicos entre terapeutas tradicionales operantes en la zona; d) encuentros con grupos de mujeres en los que son discutidos los conocimientos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos tradicionales; e) intervenciones en educación sanitaria; f) elaboración de folletos informativos y educativos sobre temas de prevención y cura de las enfermedades más frecuentes.

La necesaria interdisciplinariedad de un proyecto tan amplio y complejo está garantizada por la presencia de investigadores de diversa formación, quienes se dedican a las distintas y específicas líneas de trabajo en las que se basa la investigación: el grupo de trabajo, que con el tiempo ha sufrido variaciones, está constituido por médicos que poseen también una formación académica en antropología médica, por agrónomos, biólogos, botánicos e historiadores⁸. En este grupo de profesionales, todos mexicanos, soy el único extranjero y también el único con competencias exclusivamente antropológicas; dada la distancia geográfica del campo de investigación y sobre todo la escasez de medios económicos, mi participación es obviamente menos intensa y continuada que la de mis colegas mexicanos, así que mi trabajo se ha orientado básicamente hacia las concepciones locales de salud y enfermedad, *la autoatención* y la medicina doméstica. Con los años, la investigación se ha interesado por numerosas comunidades, en particular en los Estados de Morelos, Veracruz, Puebla y Guerrero, pero mi presencia en el campo se ha concretado sobre todo en Ixhuatlán del Café (Veracruz) y, en los últimos años, en la comunidad de Temalac, municipio de Atenango del Río (Guerrero), donde a partir de octubre de 1999 se concentró también gran parte del trabajo de los miembros del equipo.

⁸ No hay que dejarse engañar por el “machismo obligatorio” de nuestro idioma: al menos la mitad de los investigadores son mujeres. Me parece importante asimismo resaltar que en el curso de 2003 también un nativo fue integrado en el grupo de investigación.

No sería posible presentar aquí, ni siquiera parcialmente, los resultados de una investigación tan ambiciosa, y además por ahora no concluida; por tanto, este artículo se limita a enfocar algunas cuestiones específicas que, a partir del minúsculo pero muy denso campo de investigación constituido por la comunidad de Temalac, se proyectan en problemáticas generales de carácter teórico-metodológico conectadas con la práctica etnográfica en antropología médica.

3. Antes que nada, para contextualizar las reflexiones y los análisis que ahora seguirán, es necesaria una breve descripción de la comunidad en la que se realizó de un modo más continuado y prolongado el trabajo de campo. Temalac es una comunidad pequeñísima, alejada de otros centros habitados y de la capital del municipio, Atenango del Río, con la que se conecta a través de una carretera en pésimas condiciones. Según los datos del último censo, la población está constituida por alrededor de 1.200 individuos aunque, en realidad, residen de forma estable no más de 600-700 habitantes, porque la mitad emigró a las localidades turísticas del Pacífico o a los Estados Unidos –en particular a Carolina del Norte y Chicago⁹–. La mayoría de los individuos son bilingües, pero numerosos ancianos saben hablar correctamente sólo el *nahuatl*¹⁰. Una gran parte de la población es analfabeta y vive en condiciones de extrema pobreza. Se practica una economía de subsistencia basada en el cultivo de maíz y en una pequeña ganadería. El vastísimo territorio montañoso, que rodea al pueblo, posibilita una intensa recogida de vegetales espontáneos en gran parte destinados al autoconsumo, pero que alimentan también un pequeño comercio: se recogen numerosas especies de plantas medicinales; leña para cocinar; caña de *otate* para la construcción de viviendas; hojas de palma para cubrir los techos, la construcción de cintas con múltiples usos y la producción de esterillas; *maguey* para la destilación del *mezcal*; y frutas y plantas usadas para comer. El alcoholismo es muy frecuente, incluso entre las mujeres, pero no es percibido como un problema de orden ético o sanitario. Hay graves carencias en la disponibilidad de agua y en las condiciones higiénicas: los retretes son raros y en malas condiciones, y cerdos, perros, burros... circulan libremente por la calle depositando grandes cantidades de heces.

En este contexto están presentes y operan muchos terapeutas tradicionales, cuyo número con relación a la población residente es bastante elevado. Entre *curanderos*, *parteras* y *hueseros* se han identificado hasta el momento una decena, todos de edad

⁹ Algunos aspectos del fenómeno migratorio en la comunidad de Temalac han sido investigados en la tesis de licenciatura de Abbdel Camargo Martínez (2000), dirigida por Lilian González Chévez y presentada en la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

¹⁰ No es éste el momento para discutir la cuestión de los criterios de definición de “indígena”. Me limito, por tanto, a remitir al lector al texto ya citado de Bonfil Batalla, 1994 y al texto recienteísimo de Warman, 2003.

bastante avanzada, y algunos de los cuales gozan de un notable prestigio en la comunidad. Por lo que hemos podido constatar de momento, aunque ninguno de ellos parezca poseer características de tipo chamanístico, sus saberes y poderes muestran aspectos arcaicos, atribuibles al menos en parte a la medicina prehispánica. Disponen de vastas y diversas competencias, tanto en el plano empírico de las plantas medicinales como en el simbólico de las oraciones, los conjuros y los rituales, a través de los cuales son capaces de intervenir en una amplia gama de molestias y enfermedades que los médicos no reconocen ni saben tratar. En este sentido, como es demostrado también por la frecuencia con que la población recurre a sus prestaciones, los terapeutas tradicionales representan un recurso importante en el sistema médico local.

Además se extrae de los itinerarios terapéuticos de varios sujetos que muchas personas de Temalac recurren también a las prestaciones de curanderos de otras localidades –por ejemplo, del municipio colindante de Copalillo, donde operan especialistas particularmente reconocidos en toda la región– y, a veces, de algunas muy lejanas. Sin embargo, parece que este recurso está destinado a desaparecer en un futuro cercano, ya que prácticamente la totalidad de los terapeutas entrevistados lamentan el hecho de que no encuentren jóvenes interesados en aprender sus saberes y prepararse para sustituirlos en su puesto. Las mujeres poseen y transmiten un rico patrimonio de conocimientos y prácticas terapéuticas, gracias a las cuales pueden tratar un gran número de molestias, sufrimientos o enfermedades, en particular –pero no sólo– referentes a los niños –por ejemplo, el *daño* o las distintas formas de *empacho*–. El conjunto de las prácticas empíricas y simbólicas que constituyen el extenso terreno de la *autoatención* doméstica y femenina juega un papel fundamental y, en ciertos casos, insustituible en las estrategias locales de atención a la salud.

La importancia de la medicina tradicional en la vida cotidiana de la comunidad no es en absoluto puesta en cuestión o amenazada, a los ojos de los nativos, por la presencia de un *Centro de Salud*, que funciona desde hace más de diez años en Temalac. Se trata de un servicio de medicina de base que dispone de un ambulatorio para las visitas médicas, un almacén farmacéutico y una sala de parto. Trabajan un médico y una enfermera que no residen habitualmente en la comunidad, a donde sólo acuden cuatro días a la semana, desde el lunes por la tarde hasta el viernes por la mañana. El resto de los días, las personas que necesitan una intervención médica urgente están obligadas a esperar la vuelta de los profesionales del Centro o, si tienen recursos económicos suficientes para pagar el viaje en coche, que dura más de una hora, pueden ir a un médico privado o, en los casos más graves, al hospital. Desde este punto de vista, se podría decir que Temalac constituye un ejemplo entre tantos de cómo las pretensiones universalistas y totalizantes de la biomedicina pueden ser frustradas o reducidas por su impotencia en el terreno de la práctica social. A pesar de la precaria y limitada posibilidad en el plano técnico de realizar la tutela de la salud de la población, el *Centro de Salud* juega un papel importante en el control social sobre la comunidad. A los trabajadores del *Centro*, de hecho, se les

ha confiado la gestión a nivel local de un programa de ayuda federal, del cual se beneficia la mayoría de los grupos domésticos. Se trata del controvertido Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA¹¹), instituido en 1997 por el presidente Zedillo y entendido como una forma de apoyo a las familias que se encuentran en condiciones de pobreza y marginación particularmente graves. Las madres de familia son las destinatarias efectivas de esta ayuda, que consiste en pequeñas sumas de dinero, alimentos para los niños pequeños y material escolar para los que van a la escuela. A cambio deben comprometerse a vacunar a sus hijos, acudir periódicamente a visitas médicas y asistir a lecciones mensuales de educación sanitaria, impartidas por los trabajadores del *Centro de Salud* sobre temas de higiene doméstica y prevención de enfermedades. Es competencia de los mismos trabajadores del Centro de Salud la obligación de verificar y registrar la participación de las mujeres en tales encuentros, que constituye un requisito indispensable para conservar el derecho a dicha ayuda, de manera que estos trabajadores controlan procesos de inclusión/exclusión de notable relevancia en el contexto local. Por lo que se ha podido observar, las mujeres asisten regularmente a las lecciones, aunque la mayoría de ellas reconocen no estar muy interesadas en los argumentos tratados y, sobre todo, no aprender mucho: en general, no tienen ninguna experiencia de aprendizaje en contextos formales desconectados de una situación concreta que afrontar o de un problema que resolver y, por tanto, no es de extrañar que la mayor parte de ellas vivan estos encuentros solamente como una obligación que es necesario cumplir.

Por último, cabe recordar que el pueblo de Temalac se encuentra en el mismo territorio de Atenango del Río donde, en el primer cuarto del siglo XVII, investigó el sacerdote Hernando Ruiz de Alarcón, autor del famoso “Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales desta Nueva España” –fechado en 1629, pero publicado por primera vez en 1892–. Se trata, como es sabido, de un texto que el mismo Gruzinski (1988) considera fundamental para el conocimiento de los rituales terapéuticos, que –después de un siglo desde la Conquista y aunque reducidos a la clandestinidad– dominaban todavía la escena de la enfermedad en las comunidades de Guerrero. Pero aún hoy, tres siglos y medio después, representa una referencia imprescindible para interpretar el rico patrimonio de dispositivos míticos-rituales, que el investigador encuentra frecuentemente en el campo y que ha resistido la violenta presión desculturante de los dominadores españoles y, más recientemente, la competencia de la biomedicina.

4. En este contexto, la “medicina tradicional” no se deja ver ni describir como un cuerpo homogéneo y compacto de creencias y prácticas, sino que se presenta como

¹¹ El Gobierno de Vicente Fox ha decidido refinanciar el programa, denominándolo esta vez: Oportunidades.

un espacio de acción articulado y complejo dentro de un campo de fuerzas más amplio, en el que convergen o rivalizan una pluralidad de actores y de puntos de vista –curanderos y trabajadores sanitarios, mujeres y hombres, jóvenes y ancianos...– y en el cual se inscriben las tensiones ideológicas y los juegos de poder que atraviesan la comunidad. Algunos aspectos de la vida local aparecen como particularmente relevantes a este respecto: el conflicto latente entre la mayoría católica y la minoría protestante; los resentimientos creados por la escasa transparencia de los criterios con los que han sido atribuidas las ayudas de PROGRESA a las familias; la división del pueblo en dos barrios y los procesos identitarios, así como las dinámicas competitivas relacionadas con esta fragmentación; el inicial resurgimiento de instancias indigenistas centradas en la defensa y valorización de la cultura tradicional¹². Como siempre, también aquí el antropólogo experimenta inmediatamente la imposibilidad de atrincherarse dentro de un improbable papel de observador objetivo e imperturbable, mientras se encuentra inevitablemente envuelto dentro de una trama de miradas y discursos que constantemente le interpelan e implican.

Las personas, que habitan el campo que el etnógrafo pretende estudiar –aquellos sujetos que algunos insisten en definir todavía como objetos de investigación–, “buscan evaluar cuánto se pueden fiar [del etnógrafo], qué podría ofrecer como conocido o amigo, y quizás también cuán fácilmente puede ser manipulado o utilizado” (Hammersley y Atkinson, 1983: 78). De mil modos y ocasiones, los nativos invitan más o menos implícitamente al investigador a establecer con ellos una relación de *reciprocidad*, que le obliga tanto a *dar* como a *decir* algo o mucho de sí mismo. No se está hablando aquí, obviamente, de la reciprocidad como noción canónica de la *teoría antropológica*, sino como una modalidad y una condición de la *práctica antropológica*. Más precisamente, se pretende subrayar el hecho de que la *reciprocidad* en el campo, antes de ser una estrategia que el investigador *puede* llevar a cabo para obtener la confianza y colaboración de los informantes (Jorgensen, 1989: 71-73; Guasch, 1997: 43), es a menudo un vínculo ineludible en el que se manifiesta la iniciativa del nativo y que el investigador debe afrontar de alguna manera.

Leo, por ejemplo, en mi diario de campo (Temalac, 6 de Octubre de 2000) que una vecina de casa e informante me para por la calle y me cuenta que tiene un mal de espalda que le duele mucho y no consigue que se cure. Me pregunta cuándo vendrá uno de los médicos y antropólogos del equipo de investigación en el que confía

¹² En 2001 se constituyó una asociación denominada Unión de campesinos independientes “Tlakaélel”. La asociación ha tenido una vida bastante breve, pero es significativo el hecho de que fuera presentada a la población con un programa de modernización y mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad y, al mismo tiempo, de reivindicación de las raíces indígenas –Tlakaélel era un importante sacerdote azteca–. En cuanto a la “política sanitaria” se proponía potenciar el servicio médico prestado por el Centro de Salud y valorizar a la vez la medicina tradicional.

mucho y que ya la ha visitado alguna vez; le respondo que en los próximos días seguramente no podrá venir y me disculpo por no poder serle de ayuda porque no soy médico. Me responde con una pregunta y con tono de desilusión y casi resentimiento: “¿Por qué no eres médico?” Son muchas, y algunas aún más arduas, las solicitudes implícitas o explícitas de reciprocidad que he tenido que registrar¹³; sin embargo, es ésta la que compendia uno de los puntos cruciales de nuestra investigación. En efecto, la presencia en el campo de tres médicos –además de antropólogos médicos– ha resultado una circunstancia que ha condicionado de modo decisivo la relación con los informantes y, en definitiva, los propios resultados de la investigación.

Es fácil imaginar que, de esta doble formación y competencia, los nativos reconocen y valoran sólo la médica y, en cada caso, es ésta la tarjeta de identidad con la cual se hace más fácil y libre el acceso a sus casas y a los lugares de la vida comunitaria¹⁴. Es verdad que *en cuanto antropólogos* los investigadores proponen recompensar la hospitalidad y disponibilidad de los nativos con el empeño en producir, *a largo plazo*, un *texto* que recoja la memoria de una forma de vida y de una cultura que, si no fuera por ello, pronto podría olvidarse¹⁵. Pero es sobre todo *en cuanto médicos* cómo los investigadores se encuentran *de inmediato* con la obligación de llevar a cabo *acciones*, que los miembros de la comunidad solicitan y en las que confían. De hecho, cuando estás en casa de un informante, o estás paseando por las calles del pueblo o entras en una tienda para comprar agua o fruta, casi siempre te encuentras a una persona que te pide una visita o una medicina, que tiene un problema de salud y no sabe cómo curarlo, o que te enseña una articulación deformada y dolorida¹⁶. A veces ocurre también que el médico antropólogo esté curando alguna enfermedad de los mismos *curanderos*, generalmente personas muy ancianas y con escasos recursos económicos. Así, por lo menos en los periodos en los que están presentes

¹³ Me refiero, por ejemplo, a las continuas preguntas sobre mi familia, mi país, mis opiniones religiosas o políticas, el precio de mis zapatos o de mis gafas, pero también a los reproches por no haber visitado a algunas personas, y hasta a las demandas de regalos o de dinero más o menos explícitas.

¹⁴ También Giuseppe Pitré y Zeno Zanetti, dos de los mejores médicos etnógrafos operantes en Italia al final del siglo XIX, reconocen haber aprovechado su práctica profesional entre los campesinos para recoger la enorme cantidad de informaciones sobre la medicina popular.

¹⁵ En verdad, el riesgo de que la abundante emigración, que priva a la comunidad de la gran mayoría de sus jóvenes, pueda condenar al olvido o al abandono la cultura local tradicional parece ser advertido más por los investigadores que por los nativos.

¹⁶ Una similar experiencia penosa es narrada por Nancy Scheper-Hughes que escribe: “A menudo la gente de las chabolas brasileñas del Alto do Cruzeiro se me acercaba bruscamente para hacerme ver, tocar, examinar una herida infectada e inflamada, o bien una fractura mal curada que asoma por debajo de los pantalones rasgados”; pero la antropóloga estadounidense parece capear el problema de *qué hacer* frente al sufrimiento ostentado por un nativo, invocando el hecho de que “los antropólogos médicos no son doctores frustrados”, y teorizando que “la mirada del antropólogo médico roza la superficie del cuerpo para moverse en el contexto, para coger el juego de metáforas, figuras retóricas y significados simbólicos” (Scheper-Hughes, 2000: 282).

en el campo, los médicos antropólogos representan *un recurso local de salud*, en el cual, aunque de modo intermitente, la población de Temalac deposita evidente confianza. Ciertamente las actividades de los colegas médicos, consideradas desde la óptica positivista de la recolección objetiva de datos, representan graves interferencias en el campo de observación: en este sentido es probable que en un eventual próximo *restudy* se observara una situación en cierta medida modificada también por el efecto de estas intervenciones.

Por otra parte, la puesta en marcha de un proceso de cambio constituye precisamente uno de los objetivos específicos de la investigación-acción basada en la participación comunitaria y la reciprocidad. Al mismo tiempo, sin embargo, la experiencia en el campo muestra que el papel de médico ofrece nuevas y enriquecedoras oportunidades a las posibilidades cognoscitivas de las cuales dispone el investigador-antropólogo; de hecho, gracias a este papel el etnógrafo puede establecer con los nativos un implícito, y recíprocamente ventajoso, pacto de reciprocidad: en cuanto médico está en condiciones de responder a las peticiones de ayuda por parte de los nativos, mientras que como antropólogo gana un acceso más fácil y directo a sus saberes y a sus prácticas. Así, el etnógrafo médico, invitado a ocupar un espacio en el itinerario terapéutico del paciente, a intervenir en una concreta situación problemática o molesta, viene a encontrarse de facto en una posición privilegiada para acceder directamente al mundo de la experiencia vivida de las personas, observar *en acción* los criterios de los que éstas disponen para formular su problema de salud, arriesgar un diagnóstico o negociar la elección de un tratamiento.

Al contrario que en las entrevistas formales, que obligan al nativo, en cuanto *representante* de su propia “cultura”, a responder ordenadamente a las preguntas del investigador, los momentos de la visita médica, de la reconstrucción del historial clínico de una molestia, del suministro de un fármaco o de la prescripción de una dieta, favorecen un tipo de *protagonismo* del nativo, ofreciéndole la ocasión de explicitar en un significativo “desorden” los mapas cognitivos y operativos con los cuales se orienta en la búsqueda de una solución a sus propios problemas. En realidad, el proyecto de investigación-acción en curso en Temalac conlleva interferencias en el campo de observación mucho más fuertes y, podríamos decir, sistemáticas: se trata, como se ha apuntado al principio, del conjunto de procesos de interacción e intercambio entre los saberes biomédicos y los locales, que están en la base de un complejo trabajo de sistematización de los conocimientos tradicionales relativos a los usos de la flora medicinal¹⁷.

La actividad más significativa en este sentido es la desempeñada por los médicos antropólogos que, durante algunos meses, sustituyeron a los profesionales del

¹⁷ Sólo como ejemplo, aunque particularmente significativo, se puede recordar la introducción en la comunidad, por parte de los investigadores médicos, de la tintura de guaco (*Aristolochia fragantissima*) para el tratamiento de la picadura de alacrán. El guaco de cuya raíz se obtiene la tintura

Centro de Salud en la tarea de organizar y conducir los encuentros con las mujeres beneficiarias de PROGRESA. Estos encuentros, dedicados cada vez a un problema de salud identificado según los criterios de la cultura local –por ejemplo, los distintos tipos de *empacho*, la *vergüenza*, el *daño*–, eran organizados de tal forma que ofrecían la posibilidad a las mujeres presentes de describir el modo en el que afrontan tales problemas en el ámbito doméstico. Los relatos de las mujeres son, obviamente, registrados como importantísimos datos en la investigación, junto a sus comentarios, reacciones o silencios hacia los etnógrafos médicos que intervienen para confrontar, integrar, precisar interpretaciones etiológicas, criterios diagnósticos y modalidades de intervención terapéutica. Es de resaltar asimismo que el espacio de negociación abierto en estos encuentros en el Centro de Salud no se ha limitado a las narraciones o a los intercambios verbales, ya que ha favorecido también una implicación directa de las mujeres en la preparación de remedios vegetales e, incluso, en la demostración práctica de sus técnicas de manipulación del cuerpo con fines terapéuticos –por ejemplo, el modo de *tronar el empacho*–¹⁸.

5. Al principio he recordado cómo una larga experiencia de investigación en los textos y los documentos de la medicina popular italiana representa un valioso bagaje de conocimientos y de concienciación teórico-metodológica, que resulta útil también en el momento en que hay que llevar a cabo un estudio de la medicina tradicional en un contexto indígena. Sin embargo, como es evidente, este bagaje no ofrece ninguna sugerencia al antropólogo respecto a la posición, que tiene que asumir en el campo o al modo en que debe actuar frente a la materialidad y la urgencia de los problemas de salud que cada día se presentan ante él. En efecto, distintamente a lo que ocurre con respecto a los textos de folklore médico, en el campo la medicina tradicional se presenta a la mirada del antropólogo completamente incorporada a los escenarios de la vida cotidiana, donde la vitalidad de 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. Así, también en un contexto indígena como es el de Temalac, el objeto propio o primero de la observación del antropólogo médico no es un abstracto listado o un repertorio sistemático y estructurado de creencias y prácticas tradicionales, sino un conjunto heterogéneo, provisional y variable de interpretaciones y acciones por medio de las cuales las personas intentan hacer frente

es una planta que abunda en la zona y que, sin embargo, no se usa localmente como medicina; resulta que la planta era ya conocida al menos por una curandera de la comunidad, pero sólo como calmante para la tos. Algunas informaciones sobre la investigación científica de las propiedades farmacológicas del guaco se pueden encontrar en Hersch-Martínez, 2000: 433.

¹⁸ Para esta forma de terapia manual del empacho se puede ver Zolla, 1994: II, 830-832; González Chévez, 1996 y 2000.

al sufrimiento, a la enfermedad y al dolor. Para entender adecuadamente la complejidad y también la inevitable contradicción de tal escenario, cualquier tentativa de representar la medicina tradicional –ya sea la de los curanderos o la de las mujeres– como un todo coherente para ser contrapuesto sistemáticamente a la biomedicina sería en vano, igual que resultaría bastante inútil indagar sobre el origen autóctono o español de las representaciones y las prácticas que la constituyen¹⁹. En este sentido, la elección de privilegiar el punto de vista de los actores sociales (Menéndez, 1996) responde a una perspectiva teórico-metodológica que es prácticamente obligada: de hecho, es la única que permite al investigador reconocer en las prácticas, que las personas llevan a cabo para resolver sus problemas de salud, formas de racionalidad que

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” (Osorio Carranza, 2001: 14).

Para los antropólogos no es una novedad, y tanto menos un motivo de escándalo, el hecho de que las personas, según el problema de salud que tengan que resolver, hagan referencia a una pluralidad de recursos, recurriendo en cada ocasión, con mucha desenvoltura, a las prácticas de autocura, al médico o al curandero. Todos estos recursos, también en una pequeña comunidad como Temalac, son a su vez caracterizados por fuertes heterogeneidades internas, irreductibles a cualquier tentativa de simplificación: en las prácticas de autocura coexisten reinterpretaciones y adaptaciones de elementos tradicionales y de la biomedicina; el médico es generalmente el del Centro de Salud, pero en caso de necesidad se acude a un médico particular de otra comunidad o al hospital; curanderos, como se ha dicho, hay muchos y con distintas competencias, recurriéndose a veces a especialistas de otras localidades, incluso bastante lejanas. A este panorama, deberíamos añadirle la fe en Dios y las oraciones, a las cuales muchos en el pueblo atribuyen un rol importante en la prevención y en la cura de enfermedades y, en fin, también el sacerdote que puede curar *rezando vangelio*²⁰, entre otras enfermedades, al niño que *tiene daño*.

Verdaderamente ninguna representación homogénea y coherente de la medicina tradicional puede resistir la comprobación de la etnografía y, en el caso de que se

¹⁹ Obviamente, no se está poniendo en duda el interés histórico de tal tipo de investigaciones que apasionan a tantos estudiosos de la medicina tradicional mexicana: se puede ver, por ejemplo, Foster, 1980 y Lupo, 1998.

²⁰ Así, por ejemplo, una informante relata: “Tienes que ir ocho veces a la iglesia para que te rece, le hablas al sacerdote, rézame, estoy enfermo, te va a rezar”.

intentase, se mostraría enseguida como una construcción reificada del observador externo: las contaminaciones, reinterpretaciones, experimentaciones, adaptaciones individuales no son en absoluto aspectos contingentes o marginales sino que, en cierto modo, constituyen la “verdad” profunda, y al mismo tiempo en continuo cambio, de las prácticas subalternas de defensa de la salud²¹. Si se observa de cerca y, sobre todo, desde el punto de vista de los distintos actores sociales, la presunta homogeneidad y coherencia de la llamada medicina tradicional se descompone y divide en un calidoscopio de diversidad, que constituye propiamente el objeto que el antropólogo tiene que registrar e interpretar. No se alude aquí solamente a la heterogeneidad “estructural” de la medicina tradicional, es decir, al hecho de que la misma “tradicción” entrega a los nativos una pluralidad de variantes en lo que se refiere a la etiología, al diagnóstico y sobre todo a la terapia de un mismo cuadro patológico. Se quiere hacer referencia también –y sobre todo– al hecho de que los itinerarios terapéuticos de los miembros de una misma comunidad, aun siendo atribuibles a un fondo compartido de representaciones, pueden seguir caminos muy distintos con relación a la diversidad de las condiciones de existencia de los individuos y, en particular, a las redes sociales a las que pertenecen, a las constricciones materiales que les afligen, al capital cultural con que pueden contar. He aquí un ejemplo, entre tantos, particularmente significativo, ya que el protagonista es uno de los poquísimos, si no el único, originario de Temalac que ha conseguido una licenciatura y ejerce su profesión de abogado en la ciudad: hablando de que muchas personas en el pueblo saben tratar pequeñas molestias sin ser ni siquiera curanderos, este señor cuenta que un tío suyo le curó los ojos haciéndole *limpias* con el *cordoncillo*²², afirmando ser un mal causado por el *aire*; por la misma molestia fue también a un oftalmólogo que le recetó unas gotas y una pomada; y además visitó a una señora que con el método tradicional del huevo intentó averiguar si era realmente *aire*.

La heterogeneidad y el recorrido sinuoso de los itinerarios terapéuticos no se manifiestan, sin embargo, simplemente en la desenvoltura con que las personas acuden alternativamente al médico o al curandero, sino en una actitud de más radical disponibilidad a contaminar, en el ámbito de la autoatención, pautas de interpretación y acción que pertenecen a horizontes culturales completamente distintos. Más allá del hecho de que el curandero puede incorporar a sus prácticas elementos de la

²¹ No se resaltaré nunca lo suficiente el hecho de que los nativos manifiestan a menudo niveles de conocimiento y de confianza muy diversos hacia una misma práctica tradicional; a puro título de ejemplo, aquí expondré algunas de las expresiones con las que los informantes matizan su posición respecto al objeto de la pregunta del investigador: “Lo comprobé y sí me hizo; nomás platican, lo he escuchado; lo he visto, pero nunca lo ocupó; eso sí no sé; los ancianos lo hacían pero ahora ya no se hace; eso lo saben los curanderos...”.

²² Planta silvestre (*Piper amalago*) cuyas hojas exhalan un intenso y agradable olor y que “se usa para limpiar o bañar en caso de daño.” (Actores Sociales de la Flora Medicinal en México, 2000: 14).

biomedicina –por ejemplo, recetando medicinas de patente– o que el médico puede reconocer o incluso aconsejar algunos remedios tradicionales –por ejemplo, ciertas plantas medicinales–, 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 para una mirada externa. El panorama de prácticas que resulta de ello es muy variado y capaz de meter en situaciones embarazosas al investigador, que aspira a construir ordenadas taxonomías de formas cognitivas y operativas. El recurso a los remedios tradicionales, sean vegetales o de tipo simbólico-ritual, coexiste, a menudo en el cuadro de un mismo evento patológico, con el uso de medicinas entregadas por una pluralidad de sujetos: están, obviamente, aquellas recetadas y suministradas por el médico del Centro de Salud²³, pero también las que algunas señoras venden en la pequeña tienda familiar junto a refrescos y cigarrillos y que la gente compra sin prescripción médica. También están los vendedores ambulantes que periódicamente visitan el pueblo proponiendo *vitaminas*, *inyecciones* y un gran número de otras medicinas “para el dolor de cintura, el dolor de pulmones o el dolor de cabeza o para la diarrea”. En este marco se insertan –de un modo significativo, aunque limitado a los periodos de presencia en el campo– asimismo los fármacos que los médicos antropólogos del equipo de investigación regalan a las numerosas personas, que acuden a ellos para pedir consejo o para una visita.

En la densa circulación local de *vitaminas poderosas*, *alkaseltzer*, *aspirina*, *reconstituyentes* y *Sucrol: alimento ideal para el cerebro y los nervios*, es de resaltar el *vaporú* por su increíble multiplicidad de aplicaciones, una pomada a base de alcanfor que recuerda al famoso producto industrial de Vicks VapoRub y que, sin embargo, se puede preparar fácilmente en casa. Los informantes refieren su uso terapéutico a una amplia gama de molestias físicas como tos, catarro, resfriado, dolor de pecho, estómago, piernas, cabeza, o picadura de alacrán. Puede ser usado también como medida preventiva: cuando se está velando a un muerto, se untan con *vaporú* eventuales heridas para que “no caiga cáncer” a causa “de lo feo que está soltando el muerto”. También, a causa probablemente de su olor penetrante, se usa para aliviar el *dolor del alma* y el *enfado*, una verdadera enfermedad que, como dice la palabra, es causada por una experiencia penosa. El *enfado* o *coraje* se manifiesta al mismo tiempo como un dolor en el pecho –*cólico de enfado*– y una profunda tristeza; se considera como una enfermedad muy grave que puede causar diabetes –*azúcar*– y llevar a la muerte; su causa es referida al sufrimiento provocado por la muerte de una persona querida o por una experiencia dolorosa de abandono²⁴.

²³ Un ejemplo, entre tantos, es aquel de un anciano señor que se curó un gran forúnculo con velas y oraciones junto con una pomada prescrita por el médico del Centro de Salud.

Además de con *vaporú*, el *enfado* se puede curar con Coca-Cola o Pepsi Cola –pero no con Fanta, que “no es fuerte”–, cerveza, *agua de enfado* rezada por un curandero, o *aceite rosado*²⁵ o simplemente masticando y chupando una rama de orégano. Muchos de estos remedios, incluida la Coca-Cola, son usados también para curar muchos otros males, cada uno de los cuales, a su vez, puede ser tratado con varios remedios...

En la misma inestable frontera entre “tradicional” y “moderno” y con la misma fluidez para pasar de un campo a otro, se encuentran igualmente una serie de personas que poseen fragmentos de saberes biomédicos que ponen a disposición de su grupo doméstico y de la comunidad. Así, una descripción esmerada de los recursos locales de salud tendrá que registrar la actividad de la señora que, antes de que se abriera el Centro de Salud, vendía en su casa algunos fármacos, cuyas propiedades y usos había aprendido en un manual comercial para las farmacias que le había regalado un médico; o la actividad de otra señora que, empujada por la necesidad de curar a sus hijos, aprendió en el Centro de Salud a poner inyecciones intramusculares y ahora, más allá de vender medicinas, está muy solicitada en la comunidad para inyectar diversos tipos de fármaco; o un señor que aprendió en un libro el uso de algunas plantas medicinales y estudió ciertas nociones básicas de medicina en la edición española del famoso manual de David Warner: *Donde no hay doctor*, destinado a las comunidades rurales donde no existe servicio médico.

Análogamente, pero en la vertiente de la “tradicición”, se tendría que registrar la actividad de otras personas que, aun no siendo curanderas, han aprendido de ellas, observando sus prácticas terapéuticas, las técnicas para intervenir sobre algunas molestias específicas. Todas estas personas y también las mujeres que cuidan la salud de su grupo doméstico e, incluso, muchos de los propios curanderos pueden ser confrontados con la figura del *bricoleur*, tal como la describió Levi-Strauss (2003: 30):

El *bricoleur* es capaz de llevar a cabo un gran número de tareas diferentes pero, a diferencia del ingeniero, él no lo subordina a tener materias primas y herramientas concebidas y creadas expresamente para la realización de su proyecto: [...] para él la regla del juego consiste en adaptarse siempre al equipamiento del que disponga, es decir, a un conjunto de herramientas y de materiales cada vez “limitado” que es el resultado contingente de todas las ocasiones que se han presentado para renovar o enrique-

²⁴ Así lo ejemplifica una informante: “Tus hijos si están lejos, nunca te han hablado o no llaman ni se acuerdan de tí, a lo mejor te vas a enfadar porque les quieres hablar; ni sabes como están, ni siquiera se acuerdan de tí, ni siquiera te mandan un peso... te vas a enfadar, pues, porque así ya crecieron, ya son grandes, ya no se acuerdan de mí”.

²⁵ El aceite rosado es un preparado a base de pétalos secos de rosa en aceite de ajonjolí: hace más de un siglo formaba parte de la farmacopea mexicana; hoy es producido artesanalmente y vendido en las farmacias de pueblo (información de Paul Hersch Martínez).

cer el *stock* o conservarlo con los residuos de construcciones y de destrucciones antecedentes²⁶.

Y, por otra parte, ¿no nos ha enseñado Michel de Certeau (1990) a observar las *tácticas* con las que las clases subalternas, los “débiles”, se apropian, manipulándolas en su propio beneficio, de las prácticas y representaciones que las élites imponen con la fuerza o la seducción?

6. Hace diez años, en un trabajo sobre la noción de “medicina tradicional”, Eduardo Menéndez criticó, entre otras cosas, la tendencia de la biomedicina a descalificar los procesos de eficacia simbólica y, en particular, a considerar las prácticas populares de salud y la actividad de los curanderos sólo como recursos subordinados, de repuesto o complementarios a las insuficiencias organizativas de la asistencia sanitaria (Menéndez, 1994: 79). Ahora se puede añadir que este modo de concebir la medicina tradicional no sólo produce una representación reificada y ahistórica de ella, sino que también oculta una característica fundamental que, en nuestros trabajos sobre la medicina popular italiana, habíamos identificado como “*difusividad*”. Esta característica hace que resulte problemática la misma delimitación del ámbito de la medicina popular y, además, convierte en impracticable y mistificante cualquier intento de contraponer o yuxtaponer término a término la medicina popular y la biomedicina –a lo mejor para comparar, en desventaja para las prácticas populares, sus diferentes grados de eficacia–. De hecho: a) la medicina popular se configura, en realidad, como un saber difundido y como un conjunto de comportamientos socialmente compartidos, que se insertan sin solución de continuidad en la concepción del mundo de las clases subalternas, forman parte de su complejo patrimonio de conocimientos empíricos y “mágicos-religiosos”, y toman sentido con relación a sus condiciones materiales de existencia; b) la medicina popular, mientras introduce la salud y la enfermedad en un juego más amplio de fuerzas benéficas y maléficas, tiende a considerar el cuerpo como un conjunto psicofísico inseparable y a establecer una relación muy estrecha entre la esfera psíquica, somática, comportamental y relacional; cada una de las cuales constituye un potencial ámbito de intervención (Bartoli y Falteri, 1983: 57-58). Así, 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

²⁶ La noción de bricolage, como es sabido, ha sido retomada por Bastide (1970) en sus estudios sobre los procesos de aculturación de las poblaciones afro-americanas.

también una distinta “geografía” de los padecimientos que los unos y los otros están llamados a aliviar.

Creo que no es necesario exagerar las numerosas correspondencias entre la “medicina popular” de las clases subalternas italianas y la “medicina tradicional” de las poblaciones rurales e indígenas de México, para reconocer también en ésta la característica de la “*difusividad*”. Como ejemplo, puede ser útil un dato que se ha presentado, de manera imprevista y casi casual, en la investigación en Temalac²⁷. Se trata de un malestar causado por una intensa perturbación en la relación madre-hijo/a que sólo puede curar la madre. Las informantes describen de un modo extraordinariamente parecido la secuencia etiológica: la madre sufre una profunda pena causada por el hijo *–tiene coraje de él, se enoja, se molesta–* porque él no la obedece, se comporta mal o porque se ve obligado a emigrar y alejarse de ella *–se va para allá, al norte–*; entonces ella empieza a llorar, llora y llora y su llanto *le resulta al hijo, le entra*, así que el hijo empieza a enfermar, deja de comer, adelgaza, siente dolores en todo el cuerpo. El médico, obviamente, no reconoce esta “enfermedad”, pero ni siquiera el curandero puede hacer nada: la única titular de la cura es la misma madre, que con su saliva tiene que bañar el cuerpo del hijo. Lo tiene que hacer temprano por la mañana, en ayunas, cuatro veces, el jueves y el viernes, y así el hijo se cura *–se compone–*. Por cada uno de los elementos simbólicos, que componen el cuadro de esta terapia, se podría examinar las correspondencias con otros numerosos ámbitos de intervención de la medicina tradicional de Temalac –saliva, número cuatro, ayuno, valor mágico del jueves y del viernes–, pero en este momento, para respetar las dimensiones de un artículo, conviene insistir en la experiencia del sufrimiento, porque sobre ésta se mide la amplitud de los ámbitos de intervención de los saberes populares y su irreductibilidad a los criterios nosográficos y terapéuticos de la biomedicina.

Explorando la enfermedad y el sufrimiento como expresiones corpóreas, culturalmente modeladas, de relaciones sociales caracterizadas por la privación y la desigualdad, Nancy Scherper-Hughes sostiene que es imposible “subsumir dentro de las categorías diagnósticas de la biomedicina las de las distintas etnomedicinas”, y que puede llevar a equívocos traducir “una forma comunicativa culturalmente rica en el estrecho y individualizante lenguaje de la fisiología, la psicología y la psiquiatría” (Scherper-Hughes, 2000: 291-292). Esta operación resulta tanto más impracticable si se considera el aspecto de la curación, es decir, de la eficacia de la práctica popular, que en el caso de la aplicación de la saliva materna, como en

²⁷ Éste es un caso típico de *serendipity*, que en la investigación etnográfica es más frecuente de lo que generalmente se admite. De la *serendipity* en la investigación social se ocupó al final de los años cincuenta el sociólogo norteamericano Robert Merton en un texto sólo recientemente publicado en Italia en 2002 por Robert K. Merton y Elinor G. Barber, *Viaggi e avventure della Serendipity*. Milano: Il Mulino.

muchos otros que hemos observado en el campo, viene constantemente resaltada por los informantes. Respecto a muchas situaciones de sufrimiento –en seguida se comentará un último ejemplo– te encuentras con embarazosas afirmaciones –sobre todo para el médico–: mientras, por una parte, se describe una condición patológica como muy grave y peligrosa –*se acaba uno; se estaba muriendo*–, por otra parte, se cuentan curaciones rápidas y definitivas como efecto de la terapia. No es éste el momento para discutir la complicada cuestión de los criterios de validación de la eficacia de la medicina tradicional²⁸, pero mientras tanto no es posible subestimar, o liquidar como inconsistente, el criterio de la satisfacción del paciente, al menos por la frecuencia con la que se encuentra en las narraciones de los nativos. Si el objeto de la investigación no es un catálogo abstracto de síntomas, enfermedades y terapias, sino la concreta vivencia del sufrimiento, la confianza de los nativos en la eficacia de la respuesta tradicional y la validación subjetiva de curación toman una plena e inevitable densidad epistemológica. Así, el investigador, frente a tantas narraciones de curación que recoge en el campo, o las descalifica como manifestaciones de ignorante credulidad, superstición o falsificación de la realidad o, si no, está obligado a tomarlas en seria consideración como perspectivas por explorar e interpretar.

7. Puede ser útil, para concluir, presentar brevemente otro ejemplo de patología, causada por una fuerte emoción en cuya terapia juega un papel importante la saliva; también es considerada, por otro lado, muy grave pero al mismo tiempo se caracteriza por una rápida curación. Se trata de la *vergüenza*, una “enfermedad” registrada en numerosos grupos indígenas de México (Zolla, 1994: 858-859) y largamente documentada también en el estado de Guerrero, donde, como se ha dicho, se encuentra la comunidad de Temalac. Sus síntomas varían según la parte del cuerpo que es afectada: puede ser una mano, la cara, un pie, una oreja, etc., y en estos casos generalmente se manifiesta con comezón y con hinchazón pero no es considerada de particular gravedad. Sin embargo, “*si te cae en el estómago y uno no hace nada, se puede morir uno de vergüenza, le agarra la diarrea, se muere en un ratito*”. Los informantes cuentan de amigos o parientes que murieron porque el vómito y la diarrea que sufrían no se identificaron a tiempo como síntomas de vergüenza y, por tanto, no fueron adecuadamente tratados. Otra manifestación de esta enfermedad es que la persona afectada empieza a salivar mucho, y su saliva es salada. Mientras existen numerosas variantes de la terapia, en la que –sin embargo– la sal y la saliva constituyen dos elementos cruciales, la causa de la enfermedad es atribuida universalmente a un sentimiento de vergüenza, a una experiencia de pena o

²⁸ Lionetti (1993) ha puesto de relieve la no neutralidad de los protocolos biomédicos de validación de la eficacia terapéutica, cuando éstos son aplicados a otros sistemas médicos.

de turbación, debidos al temor de haber hecho algo ridículo o humillante delante de otras personas. Para Zolla (1994: 858), la vergüenza es una “enfermedad que afecta a los individuos que han sido humillados, ridiculizados u ofendidos en público”, pero a mi parecer tal definición no corresponde a los datos recogidos en el campo, que ponen el acento más en *el temor subjetivo* que en la experiencia *real* de haberse expuesto a la humillación o al ridículo. En efecto, los informantes hablan de situaciones incómodas o inoportunas en las que el sujeto afectado por la vergüenza *podría* haber sido objeto de crítica o de mofa por parte de otros: uno se avergonzó porque, llegando a casa de otras personas que estaban comiendo, consideró que éstas podrían haber pensado que él tenía hambre y que iba en busca de comida; una señora puede tener vergüenza si alguien va a visitarla y su casa está sucia, etc. En general, es sólo *imaginado* o temido que otros pudieran haber encontrado ridículo o humillante el comportamiento o la situación de la persona afectada por la vergüenza. Esta puntualización es importante justamente porque la búsqueda de la causa desencadenante de la enfermedad retrocede como en una indagación anamnéstica: primero se advierten los síntomas –“*vas a sentir cómo viene tu saliva muy salada y te quieres vomitar, sientes mal del estómago*”–, después se atribuyen los síntomas a la vergüenza, y luego se retrocede con el pensamiento buscando cuál puede haber sido la causa del sentimiento de vergüenza –“*a lo mejor un señor vino, a lo mejor la casa estaba sucia, a lo mejor me dio pena...*”–. No hay un lapso de tiempo definido entre la presentación de los síntomas y el evento que se supone que ha provocado el sentimiento de vergüenza²⁹. Los síntomas pueden aparecer también mucho tiempo después, inclusive cuando uno está solo en el campo trabajando la *milpa* o en los montes recogiendo la leña.

La terapia de la vergüenza prevé como opción prioritaria el uso de la sal, mejor si ha sido regalada por otra persona. Sin embargo, para que sea eficaz, la sal tiene que haber sido rezada por la misma persona afectada si conoce el rezo, o por una de las tantas que lo conocen y se prestan a ofrecer la “sal preparada”. “Preparar” la sal significa poner un poco en la palma de una mano y mezclarla con los dedos de la otra recitando el rezo. Esta operación, fundamental en el ritual terapéutico, tiene al mismo tiempo un valor diagnóstico, ya que si la sal no se humedece significa que no se trata de vergüenza³⁰. Cuando se piensa que el mal es particularmente grave y que, por tanto, será necesario intervenir de una forma más enérgica, se recurre a la “magia” del número cuatro: en estos casos es mejor que la sal sea regalada por cua-

²⁹ Una configuración parecida se observa para el “susto”: “The duration of the time that has elapsed between the presumed starting event and the onset of symptoms is not of significance; what is required is some past event that will provide etiological support for a diagnosis of susto” (Rubel, O’Neill y Collado-Ardón, 1991: 42).

³⁰ La neta distinción entre diagnosis y tratamiento, que constituye una de las premisas de la biomedicina, “se desploma inmediatamente cuando es aplicada a los estudios comparativos de los sistemas terapéuticos” (Csordas y Kleinman, 1990: 12).

tro familias distintas y después rezada por cuatro personas, dos hombres y dos mujeres. La sal así preparada³¹ es usada para friccionar la tripa, la parte afectada o todo el cuerpo, y después tiene que ser también ingerida. Ésta es la terapia que los informantes habitualmente recuerdan de primeras, pero hay muchas otras –como dicen ellos– equivalentes. La más simple y la que está más a mano consiste en resregarse las axilas o los genitales con las manos³², y después oler el sudor así recogido o también frotarse la cara o golpearse las mejillas. Otros, si no disponen de sal, se frotan la cara con tierra o también con la propia saliva después de haberse escupido las manos. Por último, si a uno le da la vergüenza mientras está solo en la milpa o en el cerro, se quita la camisa y la pone al revés, se frota la cara y después se la vuelve a poner. Además, los informantes refieren distintas formas de prevención de la vergüenza: “tomar agua donde toman los perros”; “cuando estás comiendo, agarras de tu tortilla y le das al perro; el perro muerde tu tortilla y tú vuelves a comer”; “comer tortilla mientras estás defecando”, dejarse lamer la boca por el perro. En el plano simbólico resulta bastante clara la función del perro, animal “sinvergüenza” que hace sus necesidades y se aparea en medio de la calle.

El sentimiento de vergüenza está caracterizado por una profunda ambivalencia: por una parte, como se acaba de decir, puede provocar una grave enfermedad pero, por otra parte, es valorizado como dispositivo psicocultural que cumple una función importante en mantener los equilibrios de la comunidad y del grupo doméstico. Es, de hecho, justamente por esto por lo que, según algunos informantes, no conviene recurrir con los propios hijos a ningún método de prevención de la vergüenza: en definitiva, es mejor correr el riesgo de que enfermen que privarlos de un eficaz instrumento de autocontrol, o de control social incorporado, como es el sentimiento de vergüenza³³. En este sentido quizás se puede interpretar la idea, vivazmente expresada por algunos informantes, de que aquéllos que emigran del pueblo, que “*andan por allá, por el norte*”, así como también el antropólogo, extraño en la comunidad y habituado a ir por el mundo, no pueden ser afectados por la vergüenza, no tienen necesidad de “*que se les rece la salita*”.

8. Tengo que reconocer que hasta ahora no he tenido la oportunidad de *ver* a ningún enfermo de vergüenza –como tampoco he visto llevar a cabo la correspondiente terapia– y, por tanto, todas las informaciones que he presentado están basadas en

³¹ La sal puede ser preparada en el momento en que se necesita, pero algunas personas acostumbra a tener en casa un poco de sal ya preparada para cualquier urgencia, por ejemplo, si la vergüenza les afecta por la noche.

³² Según algunos, con la mano izquierda.

³³ Imberton Deneke (2000), que ha estudiado la vergüenza entre los Choles de Chiapas, defiende, en cambio, otra interpretación de esta enfermedad, en términos de competencia entre las personas que viven en un contexto caracterizado por la escasez de los recursos y fuertes desigualdades sociales.

las *palabras* de los informantes³⁴. Sin embargo, creo que no hay ningún motivo para ponerlas en duda, con mayor razón cuando las descripciones e historias de todos los informantes muestran una notable homogeneidad³⁵. En particular, como se ha dicho, todos hablan de la frecuencia de esta enfermedad y de su rápida y definitiva curación si es diagnosticada a tiempo y correctamente tratada. Tengo también que reconocer que aquí no me interesa arriesgar una explicación específica, y científica, de los *mecanismos* que están en juego al determinar la eficacia del tratamiento de la vergüenza: con Csordas y Kleinman, me limito a registrar que “si bien los estudiosos no pueden determinar con exactitud los resultados, el hecho de que la gente continúe recurriendo a ciertas formas de tratamiento indica que éstas producen algún efecto” (1990: 18-19)³⁶. Pero mientras tanto, y para delimitar el campo, se puede recordar que aquí se está hablando de una práctica de autocura y que, por tanto, su eventual eficacia no se puede adscribir a la acción de un sistema de símbolos o de un “mundo mítico” evocado por un terapeuta (Dow, 1986; Kirmayer, 1993). Más bien, el rezo de la sal se limita a evocar con simplicidad escenarios y objetos de la vida cotidiana –el patio, la tortilla, el sombrero, los guaraches...– implicados en el evento que ha provocado una experiencia de vergüenza y, al mismo tiempo, apunta a desdramatizarlo³⁷.

³⁴ Esta aclaración pretende de alguna manera corresponder a una importante observación de Menéndez, que distingue en muchas etnografías “un tipo de malentendido según el cual la representación expresa isomórficamente la práctica”, e invita a los investigadores a tener en cuenta las “diferencias y también las discrepancias” que existen entre las representaciones y las prácticas (Menéndez, 1996: 129-130).

³⁵ También los pocos que afirman no creer en la existencia de la vergüenza la conocen y la relatan en los mismos términos que la mayoría que cree en ella.

³⁶ Hace casi cincuenta años que De Martino escribía así sobre las terapias populares de las enfermedades causadas por la fascinación: “En un sentido psicológico-protector las prácticas mágicas siempre tienen éxito para aquellos que están implicados, y en un sentido psicosomático pueden también facilitar la curación: pero lo que las mantiene es la regularidad del éxito psicológico-protector y no la excepcionalidad y la irregularidad de las efectivas curaciones orgánicas” (De Martino, 1966 [1959]: 24).

³⁷ A modo de ejemplo, se presenta la traducción en español de uno de los rezos que hemos registrado en Temalac y que empieza con una invocación a la vergüenza:

Vergüenza, vergüenza/ ¿qué es lo que te avergonzó?/ ¿te avergonzó tu cabello o tu trenza/ o te avergonzó tu sombrero/ o tu sarape te avergonzó/ o te avergonzó tu guarache/ nada más eso te avergonzó?/ por ahí pasé/ ríen, hacen tortillas, comen/ el comisario está con su cara enojada/ yo no me avergoncé/ y a ti nada más eso te dio vergüenza?

La palabra española vergüenza traduce el nahuatl *pipinahuiztli*: en el *Vocabulario en lengua castellana y mexicana* de Alonso de Molina y en las obras de Bernardino de Sahagún, *pinahuiz* significa “genitales externos, tanto masculinos como femeninos”, “las vergüenzas” (López Austin, 1996 [1980]: II, 177). El mismo Bernardino de Sahagún, sin embargo, habla del “mal agüero que tomaban los naturales desta Nueva España cuando encontraban con esta sabandija o gusano que la llaman *pinahuiztli*”, describiendo así la correspondiente creencia:

Será necesario volver al campo para recoger otros elementos sobre la base de los cuales construir un modelo interpretativo de la vergüenza más sólido, pero mientras tanto, y para concluir, se puede observar que el contraste entre la gravedad atribuida a la enfermedad y la relativa “sencillez” del tratamiento no va, a mi modo de ver, en la dirección de restar credibilidad y valor a la “medicina tradicional”. Al contrario, puede ser explorado como un indicio de su potencialidad en el *contexto* material y cultural de existencia de la comunidad. Incluso, se puede razonablemente suponer que el contraste sea más bien un resultado de la mirada del observador, una construcción suya o un efecto óptico de su involuntaria “presunción cultural” que lo predispone a asumir “el plano del *dato* naturalista como el único posible” (De Martino, 1958 [1948]: 70). Se puede pensar, entonces, que en vez de un contraste haya que descubrir continuidades y correspondencias que, en un contexto determinado, vinculan indisolublemente los mecanismos de control social interiorizado, la precariedad de las condiciones materiales de existencia, la confianza en el dispositivo cultural de resolución del mal.

La “enfermedad” de la vergüenza, como también el deterioro orgánico que aflige al hijo como consecuencia del llanto de la madre, no se limitan a existir como simples entidades nosológicas –si así fuera, podrían quizás ser insertadas, a lo mejor forzándolas un poco, dentro de las categorías diagnósticas de la biomedicina–: más bien son vividas y contadas como dispositivos culturales, que dan forma y significado a específicas experiencias dolorosas dentro de un contexto que *simultáneamente* pone a disposición los instrumentos para trabajarlas y resolverlas. En este sentido, ¿no es quizás legítimo afirmar que “dadas las condiciones negativas que operan sobre la salud, la enfermedad y la muerte en los grupos indígenas americanos”, el “saber médico tradicional”, al menos en estos casos, cumple una función positiva “en términos de abatimiento/no abatimiento de los daños a la salud”? (Menéndez, 1994: 77).

Traducción: Guiomar Montes.

Revisión: Adela Franzé

Cuando quiera que esta sabandija entraba en la casa de alguno, o alguno la encontraba en el camino, luego concebía en su pecho que aquello era señal que había de caer en enfermedad, o que algún mal le había de venir, o que le había alguno de afrontar o *avergonzar*. Y para en remedio desto hacía la ceremonia que se sigue: tomaban aquella sabandija y hacían dos rayas en cruz en el suelo, y poníanla en medio dellas, y *escupíala* y luego decían estas palabras que se siguen, enderezándolas a aquella sabandija: “¿A qué has venido? Quiero ver a qué has venido” y luego se ponía a mirar hacia qué parte iría aquella sabandija (Sahagún, 1988: I, 292-293).

Las mismas noticias, incluido el hecho de que los indígenas escupían sobre el animal o también le tiraban encima un poco de pulque para, decían, emborracharlo, fueron registradas en la mitad del siglo XVII por Jacinto de la Serna (1953 [1892]: 224).

9. Referencias bibliográficas**ACTORES SOCIALES DE LA FLORA MEDICINAL EN MÉXICO**

2000 *Plantas medicinales de Copalillo y Temalac, Guerrero*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia. Serie Patrimonio Vivo, 5.

BARTOLI, Paolo

1985 “Farmaci e sacramenti. Organizzazione sanitaria e parroci di campagna nella seconda metà dell’Ottocento”. *Sanità Scienza e Storia*, 2: 121-139.

1989 “La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato unitario italiano”, en Tullio Seppilli (comp.), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*. Milano: Electa, 23-30.

BARTOLI, Paolo; FALTERI, Paola

1983 “Il corpo conteso. Medicina ‘ufficiale’ e medicina ‘popolare’ a Magione”. *La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari*, 8: 57-66.

1987 “La medicina popolare in Umbria dalla fine dell’800 a oggi: permanenze e trasformazioni”, en Alessandro Pastore e Paolo Sorcinelli (comps.), *Sanità e società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, secoli XVI-XX*. Udine: Casamassima, 167-208.

BASTIDE, Roger

1970 “Mémoire collective et sociologie du bricolage”. *L’Année Sociologique*, 21: 65-108.

BONFIL BATALLA, Guillermo

1994 *México profundo. Una civilización negada*. México: Grijalbo.

CAMARGO MARTÍNEZ, Abbdel

2002 *Migrante de retorno ¿volver a lo mismo? Transformaciones culturales y el dilema del retorno en Temalac, Gro. México*. Tesis de licenciatura en Antropología social. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

CERTEAU, Michel de

1990 *L’invention du quotidien. I Arts de faire*. Nouvelle édition établie et présentée par Luce Giard. Paris: Gallimard.

CHARUTY, Giordana

1997 “L’invention de la médecine populaire”. *Gradhiva*, 22: 45-57.

COMELLES, Josep María

1996 “Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico”. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2: 57-87.

CSORDAS, Thomas; KLEINMAN, Arthur

1990 “The therapeutic process”, en Thomas Johnson y Carolyn Sargent (comps.), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*. Westport, London: Praeger, 11-25.

DE MARTINO, Ernesto

1953 “Etnologia e cultura nazionale negli ultimi dieci anni”. *Società*, 3: 313-342.

1958 [1948] *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*. II edizione. Torino: Einaudi.

1961 *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano: Il Saggiatore.

1966 [1959] *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli.

DI NOLA, Alfonso

1983 “La medicina popolare: questioni di metodo”. *La Ricerca Folklorica*, 8: 7-12.

DOW, James

1986 “Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis”. *American Anthropologist*, 1: 56-69.

FOSTER, George

1980 “Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana”, en Michael Kenny y Jesús de Miguel (comps.), *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama, 123-147.

GONZÁLEZ CHÉVEZ, Lilian

1996 “Terapia manual en la medicina doméstica”, en E. Malvido E. y M.E. Morales (comps.), *Historia de la salud en México*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 201-230.

2000 “Interpretación y cura del empacho en la medicina doméstica”, en Roberto Campos Navarro (comp.), *El empacho en la medicina mexicana. Antología (Siglos XVI-XX)*. México: Instituto Nacional Indigenista, 232- 253.

GREENWOOD, Davydd

2000 “De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas”. *Revista de Antropología Social*, 9: 27-49.

GRUZINSKI, Serge

1988 *La colonisation de l'imaginaire. Sociétés indigènes et occidentalisation dans le Mexique espagnol (XVI-XVIII siècle)*. Paris: Gallimard.

GUASCH, Oscar

1997 *Observación participante*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Cuadernos Metodológicos, 20.

HAMMERSLEY, Martyn; ATKINSON, Paul

1983 *Ethnography. Principles in practice*. London, New York: Routledge.

HARO ENCINAS, Jesús Armando

2000 “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”, en Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles (comps.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 101-161.

HERSCH MARTÍNEZ, Paul

1996 *Destino común: los recolectores y su flora medicinal. El comercio de la flora medicinal desde el suroccidente poblano*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

2000 *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomedicina mexicana*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

2003 “Actores sociales de la flora medicinal en México”. *Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México*, 629: 30-36.

HERSCH MARTÍNEZ, Paul; GONZÁLEZ CHÉVEZ, Lilian; GARCÍA FAJARDO, Francisco

1998 “Vergüenza y aires de basura: algunas implicaciones simbólicas en dos entidades nosológicas de raigambre prehispánica”. Ponencia presentada en la XXV Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología (San Luis Potosí, 12-18 de julio de 1998). Mecanografiado.

En prensa “Refiguración histórica del sentimiento de vergüenza entre los nahuas. Su análisis a través de una entidad nosológica en Copalillo, Guerrero”, en I. Lagarriga y A. Rajsbaum (comps.), *Aspectos de antropología y psicología en México*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

IMBERTON DENEKE, Gracia María

2000 “La vergüenza: una enfermedad entre los Choles de Chiapas”. *Thule. Rivista italiana di studi americanistici*, 8/9: 223-244.

JORGENSEN, Danny L.

1989 *Participant observation. A methodology for human studies*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage.

KIRMAYER, Laurence

1993 “Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited”. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 2: 161-195.

LÉVI-STRAUSS, Claude

2003 [1962] *Il pensiero selvaggio*. Milano: Net.

LIONETTI, Roberto

1993 “Ética e dialettica della valutazione. Alcune osservazioni sullo studio della efficacia terapeutica nei progetti di cooperazione sanitaria”. *I Fogli di ORISS*, 1: 13-33.

LÓPEZ AUSTIN, Alfredo

1996 [1980] *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. 2 vols. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

LOUX, Françoise

1990 *Traditions et soins d'aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé*. II édition revue et corrigée. Paris: InterEditions.

LUPO, Alessandro

1998 “Postille sulle trasformazioni della medicina tradizionale in Messico”, en Alessandro Lupo (comp.), *La cultura plurale: riflessioni su dialoghi e silenzi in Mesoamerica*. Roma: CISU, 185-214. Quaderni de L’Uomo, 2.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Angel; COMELLES, Josep María

1994 “La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?”. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 49: 109-136.

MENÉNDEZ, Eduardo L.

1984 “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”. *Arxiu d’Etnografia de Catalunya*, 3: 83-119.

1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata, 179.

1992 “Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes”, en Roberto Campos Navarro (comp.), *La antropología médica en México*. 2 vols. México: Universidad Autónoma Metropolitana, vol. I: 141-185.

1994 “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 7: 71-83.

1996 “Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell’attore”. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2: 111-140.

1997 “Holísticos y especializados: los usos futuros de la antropología”. *Nueva Antropología*, 52: 9-37.

MERTON, Robert K.; BARBER, Elinor G.

2002 *Viaggi e avventure della Serendipity*. Milano: Il Mulino.

MÓDENA, María Eugenia

1990 *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ediciones de la Casa Chata.

OSORIO CARRANZA, Rosa María

2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS-INAH-INI.

RUBEL, Arthur; O'NELL, Carl; COLLADO-ARDÓN, Rolando

1991 *Susto, a folk illness*. Berkeley, Oxford: University of California Press.

RUIZ DE ALARCÓN, Hernando

1953 [1629] *Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales de esta Nueva España*. México: Ediciones Fuente Cultural.

SAHAGÚN, Bernardino de

1988 *Historia general de las cosas de Nueva España*. 2 vols. Madrid: Alianza Editorial.

SCHEPER-HUGHES, Nancy

2000 "Il sapere incorporato: pensare il corpo attraverso un'antropologia medica critica", en Robert Borofsky (comp.), *L'antropologia culturale oggi*. Roma: Meltemi, 281-295.

SEPPILLI, Tullio (Comp.)

1983 *La medicina popolare in Italia. La Ricerca Folklorica*, 8. Número monográfico.

SERNA, Jacinto de la

1953 [1892] *Manual de ministros de indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpación de ellas*. México: Ediciones Fuente Cultural.

WARMAN, Arturo

2003 *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*. México: Fondo de Cultura Económica.

ZOLLA, Carlos (Comp.)

1994 *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. 2 vols. México: Instituto Nacional Indigenista.