

70-130 C.1

Enfermedades populares chilenas. Estudio antropológico de cuatro casos ¹

MARÍA ESTER GREBE
DANA RAJS
JOSÉ SEGURA



INTRODUCCION

En Chile coexisten hoy día dos clases de medicina perfectamente diferenciadas: por una parte, la medicina científica ejercida oficialmente por profesionales y, por otra, la medicina tradicional practicada extraoficialmente en dos áreas culturales: la popular y la aborígen. El presente trabajo enfocará específicamente la medicina popular, soslayando la aborígen, que, tanto por sus características tipológicas como por su ámbito reducido a determinadas zonas geográficas, no puede englobarse en el conjunto de la medicina popular, mereciendo ser estudiada en forma especial.

Los orígenes de la medicina popular chilena, en particular, y de la medicina popular latinoamericana, en general, se remontan a dos fuentes principales, ubicadas ambas en épocas pretéritas cuyos trazos se pierden en horizontes remotos. Una de estas fuentes está representada por el acervo cultural aborígen expresado a nivel de algunas prácticas médicas incorporadas en un amplio complejo de ritos y creencias pertenecientes a un contexto mágico-religioso no siempre integrado a la configuración básica de la medicina popular ². La segunda de estas fuentes se ubica en el aporte cultural difundido por la conquista española en el Nuevo Mundo. Su expresión se halla canalizada en dos vertientes:

¹ El presente trabajo fue presentado en el Examen de Grado de la Dra. Dana Rajs (Instructor Asistente de la Unidad Bioestadística, Depto. de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina, U. de Chile), para optar al título de Médico Cirujano (Universidad de Chile) en abril de 1971. Es necesario puntualizar que él forma parte de una investigación más amplia realizada por un equipo dirigido por María Ester Grebe, profesora del Curso Electivo de Antropología Cultural, de la Escuela de Medicina, Universidad de Chile, a partir de una iniciativa de José Segura, alumno de 6º año de Medicina, quien colaboró activamente en su diseño y realización. Dicha investigación está actualmente en marcha y consiste en un estudio tipológico de 21 enfermedades populares chilenas vigentes tanto en las zonas rurales como en sectores urbanos periféricos. Los autores agradecen la colaboración prestada por las señoritas Verónica Seeger, María Soledad y Lucía Rojas, en la recolección de información, y por la señorita María Velázquez en el trabajo dactilográfico.

² Diversos aspectos relativos a las prácticas médicas aborígenes de Chile y América son mencionadas en Benjamín Vicuña Mackenna, *Los Médicos de Antaño en el Reino de Chile (1877)*, Santiago, Difusión, 1947, p. 22; Pedro Lautaro Ferrer, *Historia General de la Medicina en Chile*, Talca, Imprenta Talca, 1904, I, pp. 70-72; Enrique Laval, *Botica de los Jesuitas*, Santiago, Asociación Chilena de Asistencia Social, 1953, p. 74; Erwin Ackerknecht, "Medical Practices", en *Handbook of South American Indians*, New York, Cooper Square, 1963, V, p. 621; Ari Kiev, "The Curandero", en *Curanderismo*, New York, The Free Press, 1968, p. 23; y Hernán San Martín, "Medicina Popular de Chile", en *Nosotros los Chilenos. Tres Ensayos Antropológicos de Interpretación*, Santiago, Austral, 1970, p. 281.

por un lado, los elementos de la medicina folklórica española de los siglos XV y XVI³ traídos por los ejércitos conquistadores⁴, y, por otro, los componentes de la medicina oficial española de los siglos XV, XVI, XVII y XVIII aportados luego por los escasos médicos de la época y fundamentalmente por los misioneros⁵.

Los elementos constitutivos de esta medicina oficial española reconocen orígenes antiquísimos, encontrándose su base en las teorías de la patología humoral de Hipócrates (460-370 A.C.), los aportes de Galeno (131-201 D.C.) y luego, de la medicina árabe, máximamente expresada por la escuela de Avicena⁶. En este sentido, creemos necesario recalcar la supervivencia actual, en la medicina popular chilena y latinoamericana, de estos conceptos de la medicina oficial española y colonial de los siglos XVI, XVII y XVIII, especialmente⁷. No hay que olvidar, con respecto a esto, que la teoría de la patología humoral, con variantes de época y modificaciones, fue la base de la medicina oficial latinoamericana, por lo menos hasta el siglo XVIII⁸. En Chile, específicamente esta concepción se mantuvo oficialmente hasta 1833, año en que la Cátedra de Prima de Medicina, dirigida en ese entonces por el profesor Blest, dictaminó una orientación médica oficial, ceñida a un criterio científico, descartando las teorías anteriores⁹. Es probable que este atraso de Chile con respecto a otras áreas latinoamericanas —tales como las Antillas y México— en la recepción de conceptos médicos modernos —los cuales en Chile sólo se introducen con la llegada de Sazié, quien trajo los lineamientos científicos de Laennec y Corvissar¹⁰— se debiera al relativo aislamiento con respecto a la metrópoli colonial que afectó al cono sur latinoamericano durante todo el transcurso histórico del imperio colonial español, especialmente en las zonas comunicadas marítimamente sólo con el Océano Pacífico¹¹. Ilustran estas aseveraciones los verdaderos encarcelamientos o detenciones de médicos en Santiago, ocurridos durante la época colonial por decreto del Cabildo con el fin de no dejar a la ciudad sin ningún facultativo¹². Así pues, siendo los conceptos de la patología humoral hipocrática los más compatibles con las creencias nativas —como lo demuestra el caso de la creencia en el frío o el calor como etiología de enfer-

3 Kiev, *op. cit.*, p. 22.

4 Al respecto, Bernard Moses afirma que "un gran número de los colonizadores fueron primariamente soldados". Véase *Spanish Colonial Literature in South America*, London, New York, The Hispanic Society of America, 1922, p. 245.

5 Interesantes datos sobre los médicos de la Colonia y sus prácticas son proporcionadas por Vicuña Mackenna, *op. cit.*, p. 40; Ferrer, *op. cit.*, pp. 80-128; y San Martín, *op. cit.*, p. 283. La participación activa de los misioneros en la medicina de la época es, asimismo, mencionada por Ferrer, *op. cit.*, pp. 107-128; Laval, *op. cit.*, pp. 3-18; Kiev, *op. cit.*, p. 23. Estos datos son complementados con el examen de algunos conceptos prevalentes en la medicina colonial en Juan Lastres, "La Medicina en la Obra de Guamán Poma de Ayala", en *Revista del Museo Nacional (Lima)*, X, 1, 1944, p. 144; Laval, *op. cit.*, pp. 32-34; George Foster, *Culture and Conquest: America's Spanish Heritage*, New York, Wenner-Gren, 1960, p. 20; y su "Análisis Antropológico Intercultural de un Programa de Ayuda Técnica", en Gonzalo Aguirre Beltrán, ed., *Medicina y Antropología*, México, Instituto Indigenista Interamericano, 1967, p. 28; y Kiev, *loc. cit.*

6 Véase Vicuña Mackenna, *loc. cit.*; y María Leach, ed., *Dictionary of Folklore, Mythology and Legend*, New York, Funk y Wagnalls, 1950, II, p. 699.

7 Dicha supervivencia ha sido atestiguada en México, Perú y Colombia por George Foster, "Análisis Antropológico Intercultural...", p. 28. Asimismo, ella ha sido comprobada por los resultados específicos del trabajo realizado en Chile por Eliana Cuello et al., "Estudio Antropológico de las Diarreas Infantiles en la Comuna de Renca", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, XLVII, 4, 1959, pp. 326, 328-329.

8 Kiev, *loc. cit.*

9 Ferrer, *op. cit.*, pp. 336-337.

10 *Ibid.*, pp. 333-334.

11 Moses, *op. cit.*, p. 246.

12 Ferrer, *op. cit.*, pp. 102, 108.

medad¹³, se fusionaron con elementos de la medicina aborígen dando origen este sincretismo indígena-hispánico a nuestra medicina popular, de la cual se marginaron en adelante los nuevos conceptos médicos renacentistas y post-renacentistas, debido al aislamiento geográfico y humano de las colonias¹⁴. En el caso particular de Chile, debemos destacar la preponderante influencia de los componentes hispánicos, debido tal vez a la escisión de las medicinas popular y aborígen, favorecida por las prolongadas guerras de Arauco.

En la configuración de los elementos provenientes principalmente de la medicina española, es necesario puntualizar dos aspectos:

a) Por una parte, la folklorización de documentos doctos de los siglos XVI, XVII y XVIII¹⁵, cuyos conceptos difundidos por los misioneros pasaron a formar parte de las creencias y prácticas de la medicina popular transmitidas oralmente de generación en generación¹⁶. Con seguridad influyó grandemente en este punto el hecho de que el ejercicio, incluso oficial, de la medicina colonial, hubo de estar en manos de "prácticos" y barberos, "entendidos" y yerbateros, amén de algunos pocos misioneros más versados en técnicas curativas, debido a la apremiante escasez de médicos durante todo este período, agravada por la mala calidad de los que existían, que cuando no eran expulsados por sus continuos desaguizados¹⁷ caían en manos de la Inquisición por sus "herejías"¹⁸. Es de notar que los mecanismos de folklorización de los conceptos médicos oficiales parecen ser comunes a todas las medicinas populares del mundo, de tal modo que la medicina popular de hoy, con todos sus caracteres de primitivismo, corresponde a lo que fue la medicina oficial de tiempos remotos de la humanidad¹⁹.

b) Por otro lado, creemos que es válido para el esquema configuracional de la medicina popular chilena y latinoamericana el concepto de Foster de la "cristalización cultural", que se daría en la cultura de la conquista²⁰. En este sentido, ocurriría que los elementos culturales aportados por la cultura donante —la del pueblo dominante— sufrirían en primer lugar un proceso de reducción o simplificación, a causa de la eliminación de una gran cantidad de sus componentes por su falta de funcionalidad en el nuevo medio, en la nueva situación creada por la conquista²¹. Así, el pueblo receptor —el dominado— aceptaría o rechazaría elementos cuando esto le fuera posible dentro del cuadro de sus propios valores culturales y de la dominación económica y socio-política a la cual está sujeto. En segundo lugar, la secuencia temporal en que se presentan los elementos de la cultura de conquista cobraría

13 Refiriéndose a los aborígenes puneños, José Marroquín afirma: "Es también creencia muy generalizada entre la masa aborígen, que las enfermedades provienen por el frío o por el calor". Véase "Medicina Aborígen Puneña", en *Revista del Museo Nacional (Lima)*, XIII, 1944, p. 5.

14 Kiev, *op. cit.*, p. 26.

15 Véase al respecto la completísima descripción de los documentos médico-farmacéuticos del hermano Zeitler en Chile, en Laval, *op. cit.*, pp. 19-23.

16 En Chile, dichas creencias y prácticas médicas tradicionales han sido cuidadosamente itemizadas por Julio Vicuña Cifuentes. Véase *Mitos y Supersticiones. Estudios del Folklore Chileno Recogidos de la Tradición Oral*, Santiago, Nascimento, 1947, pp. 311-337.

17 La deficiente preparación de los médicos coloniales es comentada por Vicuña Mackenna, *op. cit.*, pp. 39-42. A su vez, Ferrer nos ilustra elocuentemente algunos casos de errores médicos y sus respectivas sanciones, ocurridos en el siglo XVI; véase *op. cit.*, pp. 89, 92-93.

18 *Ibid.*, p. 125.

19 Al respecto, Henry Sigerist afirma: "Ciertos mecanismos psicológicos, ciertas creencias y prácticas (de los primitivos) se encuentran también entre los pueblos civilizados de hoy día", en la medicina folklórica o en las supersticiones vastamente difundidas en clases educadas. Véase "Primitive Medicine", en *A History of Medicine*, London-New York, Oxford University Press, 1955, p. 120.

20 Foster, *Culture and Conquest*, p. 227.

21 *Ibid.*, pp. 12, 17.

valor para la conformación definitiva de las "respuestas básicas a las nuevas condiciones de vida"²², que era imperativo encontrar en forma rápida para lograr establecer una estructura cultural que permitiera la supervivencia de la nueva sociedad en gestación. Una vez que las líneas básicas de la nueva cultura estuvieron "comparativamente bien integradas y ofrecieron respuestas preliminares a los problemas más urgentes de los colonos, sus formas se hicieron más rígidas"²³. Estas serían las formas cristalizadas de la cultura colonial hispanoamericana, "resistentes a la influencia española subsiguiente"²⁴ y cerradas sobre sí mismas para permitir, desde el punto de vista de la superestructura ideológica, la supervivencia de la estructura económico-social que las originó.

Como ya lo hemos señalado más arriba, la transmisión de los elementos conceptuales de la medicina popular, como por lo demás la de todo el complejo de formas culturales populares, se ha realizado y se realiza hasta nuestros días a través de la tradición oral. Algunas de las creencias más vastamente difundidas en nuestra medicina popular, como es el caso del *mal de ojo*, reconocen orígenes tan remotos como el Antiguo Testamento²⁵ en los libros de *Proverbios* (ca. 450 A.C.) y de *Tobías* (ca. 330 A.C.), habiéndose conocido asimismo en la Grecia clásica, expresado en la malignidad o "exceso de fuerza" de las miradas de las estatuas de Atenea y Dionisio²⁶. Luego fue conocido, por consiguiente, en el Occidente Cristiano²⁷ y en Chile y América Latina después de la conquista española²⁸. El vasto ciclo temporal de transmisión del concepto de *mal de ojo* es un indicador que señala fijeza con la cual éste y otros tipos de enfermedades populares son transmitidas a través del tiempo. Esto ratifica la existencia de formas fijas de tradición oral sujetas a una transmisión generacional controlada sobre la base de procesos mnemotécnicos preestablecidos²⁹, que fundamentalmente tienen por finalidad la justificación de importantes realidades económicas, sociales, políticas y religiosas dentro de una cultura determinada³⁰. La existencia, pues, de estas formas fijas de tradición oral en la medicina popular, específicamente, guarda probablemente relación con la importancia que podían entrañar en cuanto a la supervivencia individual y/o social. Por otra parte, y desde el punto de vista histórico-estructural, es posible que la persistente fijeza de estas formas a través de las diversas estructuras socioeconómicas que han transcurrido desde la Antigüedad hasta nuestros días, derive del hecho de que el conglomerado de creencias y mitos, el cual integra junto a otros elementos el conjunto de la conciencia social, presenta una mayor estabilidad, una mayor resistencia al cambio, que la ordenación socioeconómica misma.

22 *Ibid.*, p. 232.

23 *Loc. cit.*

24 *Ibid.*, p. 233.

25 Véase la versión de José Angel Ubieta, ed., *Biblia de Jerusalén* (ca. 450 A.C.), Bruselas, Desclée de Brouwer, 1967, pp. 505, 840.

26 Alexander Krappe, *The Science of Folklore*, London, Methuen, 1962, p. 284.

27 *Ibid.*, p. 210.

28 Confírmese en Vicuña Cifuentes, *op. cit.*, p. 118; Leach, *op. cit.*, p. 359; y Ozzie Simmons, *Un Estudio Sobre Aspectos de Actividades de Unidades Sanitarias en Valparaíso y Temuco*, Santiago, Servicio Nacional de Salud, 1952, pp. 34-35; y "Popular and Modern Medicine in Mestizo Communities of Coastal Peru and Chile", en *Journal of American Folklore*, 68 (copia mimeografiada), pp. 8, 10, 16.

29 La teoría de la transmisión oral en dos tipos de formas: las fijas y las libres, ha sido desarrollada por Jan Vansina en *Oral Tradition, A Study in Historical Methodology*, Chicago, Aldine, 1965, pp. 22-46.

30 *Ibid.*, p. 51.

Una de las manifestaciones más claras de este fenómeno es el ya citado del *mal de ojo*, cuya etiología, sintomatología, terapéutica y profilaxis son notoriamente similares en las descripciones medievales europeas³¹ y españolas, en la España de hoy³² y en América Latina y Chile³³. Incluso se mantiene la fijeza del concepto hasta hoy en otras regiones de Europa, ya que informaciones recientes proporcionadas por individuos endoculturados en Europa Oriental, son sensiblemente similares a las españolas y latinoamericanas de nuestros días.

En América Latina existen también estas formas representadas en términos como *empacho* y *lipiria* o *lepidia*, difundidos en todo el continente³⁴ y presentes en Chile sin variaciones, por lo menos, desde el siglo XVIII hasta nuestros días³⁵. Notoria es, con respecto a esto último, la perdurabilidad de estas creencias, a pesar del relativo desarrollo social e industrial que evidentemente ha seguido el país desde el siglo XVIII hasta hoy y a pesar, incluso, de la existencia del Servicio Nacional de Salud desde 1952, con toda la influencia que éste ejerce sobre la población.

La vigencia de dichas creencias de la medicina popular es tal, que gran parte de los pacientes hospitalizados en el Hospital J. J. Aguirre conocen estas enfermedades y practican un diagnóstico, terapéutica y profilaxis populares, lo que se ve reafirmado por la existencia de una amplísima difusión del curanderismo, especialmente a nivel de las poblaciones de bajos ingresos³⁶. El arraigo de estos conceptos se expresa muy claramente en la existencia de refranes y dichos de uso popular, que aparecen desde tiempos remotos en España³⁷ y que se repiten en Chile y Latinoamérica en general, hasta nuestros días. Así se conoce, por ejemplo, el refrán de "El que come frío, mal sabe abrigar su estómago"³⁸, que alude a la difundida etiología del frío para una serie de enfermedades gastrointestinales. O "El que tiene hijos no muere de empacho"³⁹, referido a la imposibilidad que existe en las familias de escasos recursos para alimentarse en forma excesiva —una de las etiologías del empacho— por las limitaciones económicas en que se desenvuelven. Como contrapartida tenemos el refrán de "Más vale reventar que sobre", relacionado con la costumbre de ingerir todo lo que se ha cocinado para una comida, debido a la falta de medios adecuados para la conservación de los alimentos. Con respecto a la falta de noción de higiene existente en las clases populares están los refranes de "Chanchito limpio nunca engorda" y "Las tripas no tienen ojos"⁴⁰. Incluso puede encontrarse la vigencia de las enfermedades populares en la población rural a través de sus canciones, como la *Tonada del Pequén al Ni-*

31 Krappe, *op. cit.*, p. 210.

32 Foster, *Culture and Conquest*, p. 74.

33 Véase Zorobabel Rodríguez, *Diccionario de Chilenismos*, Santiago, 1875, p. 335; Manuel Antonio Román, *Diccionario de Chilenismos*, Santiago, Imprenta de "La Revista Católica", 1901-8, IV, pp. 64-65; y Simmons, *Un Estudio Sobre Aspectos de Actividades de Unidades Sanitarias en Valparaíso y Temuco*, loc. cit.

34 Confírmese este hecho en Marcos Morínigo, *Diccionario Manual de Americanismos*, Buenos Aires, Muchnik, 1966, pp. 232, 363.

35 Véase Román, *op. cit.*, p. 215; Simmons, *op. cit.*, p. 33; Laval, *op. cit.*, p. 45; y Cuello et al., *op. cit.*, p. 327.

36 Simmons, *op. cit.*, p. 21.

37 Diversos refranes médico-populares tradicionales han sido recolectados por Antonio Castillo de Lucas. Véase "Medicina en Refranes", en *Temas Españoles* (Nº 284), Madrid, Publicaciones Españolas, 1956, pp. 3-28.

38 Oreste Plath, *La Alimentación y los Alimentos Chilenos en la Paremiología*, Santiago, Servicio Nacional de Salud, 1962, p. 2.

39 *Ibid.*, p. 4.

40 *Ibid.*, p. 36.

ño ⁴¹. En esta tonada, el pequén, pájaro al que las creencias populares le asignan connotaciones malélicas y de brujería, ofrece al niño Jesús una serie de dádivas alimenticias que son consideradas como causantes de enfermedad. Así, se encuentran en la segunda y tercera estrofa los siguientes versos:

“Aunque soy pájaro feo
Yo le traigo de mi casa
Unos duraznitos verdes
Y unas brevitas muy blandas.
Cúidelo a su niño
Si Ud. ve que le haga daño
Mire que es muy peligroso
En los niños el *empacho*.”

Existiendo pues, estas y otras diversas pruebas de la vigencia actual de estas creencias en el pueblo chileno, creemos de importancia destacar que, a pesar de que para el médico u otro profesional de la salud ellas no son funcionales, sí lo son desde el punto de vista antropológico-cultural, ya que lo son para la comunidad. Es así como no es posible continuar desconociendo la existencia de este conglomerado de creencias que afecta evidentemente a la relación entre las instituciones y servicios encargados de velar por la salud de la población y las comunidades concretas que contactan con ellos.

Los objetivos de este trabajo se han planteado en dos niveles:

1. *General*: Elaboración de un estudio tipológico de cuatro enfermedades populares chilenas que presentan como rasgo común la existencia del síndrome diarreico: el *empacho*, la *lipiria*, el *enfriamiento* y el *mal de ojo*, incluyendo prototipos etiológicos, sintomatológicos, diagnósticos, terapéuticos y profilácticos de cada una de ellas.
2. *Específico*:
 - 1.1 Realización de un estudio de los elementos constantes y variables de cada enfermedad-tipo.
 - 2.2 Elaboración de un paralelo popular-científico a partir de los respectivos cuadros sintomatológicos y diagnósticos.

El haber considerado grupalmente estas cuatro enfermedades-tipo se fundamenta en que:

1. Aparecen constituyendo una unidad, ya que en todas se manifiesta el síndrome diarreico.
2. Creemos que el tema de las diarreas, especialmente infantiles, reviste importancia en Chile hoy, en relación con la alta mortalidad infantil por diarrea.
3. Creemos poder aportar un beneficio con nuestro estudio a programas actuales de salud llevados a cabo por el Servicio Nacional de Salud, como la Campaña contra las Diarreas Infantiles y el Plan Nacional de

⁴¹ Dicha canción fue recogida en enero de 1970 en Las Palmas de Alvarado, pequeña comunidad campesina cercana a Caleu, por la profesora María Ester Grebe.

Leche, este último por su relación con la creencia muy difundida acerca de la etiología de las diarreas en el niño —el empacho, especialmente— determinada por la mamadera o la leche.

MATERIAL Y METODO

Los resultados y conclusiones del presente trabajo se basan sobre informaciones proporcionadas por cuarenta y seis adultos, todos ellos pacientes hospitalizados en el Hospital José Joaquín Aguirre, de Santiago, predominando aquéllos ubicados en los Servicios de Medicina y Gastroenterología. Dicha muestra es notoriamente homogénea. Las características generales de los sujetos que la componen corresponden a las de la familia obrera promedio de Santiago, ubicada geográficamente en la periferia de la ciudad o en barrios centrales modestos, siendo la mayor parte de la mujeres dueñas de casa, esposas o viudas de obreros (28) * y la casi totalidad de los hombres obreros. Al no especificarse en ella el sexo como variable de selección, la distribución resultó ser de 75% de sujetos de sexo femenino (35) y 25% de sexo masculino (11).

Las edades fluctúan entre los 29 y los 86 años, predominando en la muestra los mayores de 40 años, dado que por lo general en el hospital de adultos el grupo más importante de pacientes es aquel de edad madura o anciana. Agrupando convencionalmente las edades, ellas se desglosan de la siguiente manera: 11 sujetos de 20 a 39 años; 15 sujetos de 40 a 59 años; y 20 sujetos de 60 o más años. Su nivel educacional promedio corresponde al de educación básica completa o incompleta en proporciones similares (33), apareciendo, asimismo, cuatro analfabetos y ocho individuos con enseñanza media incompleta o técnica.

Uno de los aspectos de mayor significación en el estudio de la muestra consistió en establecer el origen rural o urbano y regional de cada informante, para poder, de esta manera, precisar el medio en que desarrolló su aprendizaje cultural temprano. Utilizando el concepto antropológico de endoculturación como punto de referencia —definido éste como el aprendizaje de normas de la propia cultura que efectúa el individuo durante la fase temprana de su vida, el cual le permite integrarse eficientemente dentro de su propio medio socio-cultural⁴², se efectuó una agrupación de los informantes según los siguientes criterios: se diferenció dos tipos de endoculturación, a saber, rural o urbana, según el lugar donde se hubiese realizado la fase temprana de la vida del individuo. Luego, se estableció convencionalmente subtipos de endoculturación rural o urbana: parcial, cuando la residencia en el campo o la ciudad se circunscribía al primer decenio vital; y total, cuando ésta se hubiese prolongado hasta el segundo decenio vital.

Definidos estos límites observamos que:

* Las cifras entre paréntesis corresponden a la proporción de sujetos informantes.

⁴² Según Melville Herkovits, "la endoculturación del individuo en los primeros años de su vida es el mecanismo dominante para la formación de su estabilidad cultural...". Véase *El Hombre y sus Obras*, México, Fondo de Cultura Económica, 1952, p. 54.

1. La mitad de los informantes (23) ha sufrido una endoculturación rural total. A esto se agregan seis informantes cuya endoculturación ha sido parcialmente rural.
2. Casi un tercio del grupo presenta endoculturación urbana total (14) y además, en tres casos, esta ha sido parcialmente urbana.
3. Se observa una gran dispersión en cuanto al origen regional de los informantes, provenientes ellos de prácticamente todas las provincias del país, desde Tarapacá hasta Llanquihue. En más de la mitad de los casos (26), ha ocurrido el fenómeno de migración desde zonas rurales a centros urbanos; y sólo seis de los integrantes de la muestra son originarios de Santiago.
4. Casi la mitad de los informantes (22) ha residido por más de cuarenta años en la ciudad, lo que, no obstante, no ha influido en una alteración de sus patrones culturales.

La ordenación metodológica general es inductiva. A partir de los indicadores proporcionados por el material registrado y procesado, emergieron los resultados y sus enunciados generales. La secuencia de técnicas empleadas es la siguiente:

1. Selección de informantes. Se eligió de uno a dos pacientes por sala, tomándose en cuenta para la selección a las personas que establecieron mejor relación con los entrevistadores. No se presentaron problemas de relación pese a la falta de privacidad existente en las salas del Hospital.
2. Recolección de datos. Se efectuó a través de una entrevista estructurada que consta de una pauta de datos generales del informante y una serie de siete preguntas claves mediante las cuales se interroga al informante sobre la etiología, sintomatología, diagnóstico, terapéutica y profilaxis de cada una de las enfermedades investigadas, incluyéndose dos preguntas sobre el agente de salud habitual y las posibilidades de acceso a la medicina científica que implicaba cada enfermedad-tipo.
3. Registro de datos. Se intentó hacer un registro inmediato lo más textual posible del material informado, anotando las expresiones literales de los informantes.
4. Clasificación y archivo del material informado. Se confeccionó dos series de tarjetas, conteniendo una los datos generales del informante y la otra lo informado sobre cada enfermedad por cada paciente. Dichos datos fueron clasificados *consistentemente* de acuerdo a la pauta de la entrevista estructurada.
5. Procesamiento de los datos. Se realizó sobre la base de un estudio cuantitativo —no porcentual, debido al número de casos inferior a sesenta— y cualitativo, de todos los datos relativos a una misma enfermedad, utilizándose asimismo el método comparativo. En una fase temprana del trabajo se hizo un procesamiento preliminar de los datos, para poder así orientar mejor la información obtenida en las entrevistas estructuradas.

RESULTADOS

Presentamos a continuación los resultados obtenidos en nuestra investigación, luego del procesamiento del material informado en las entrevistas estructuradas. Analizaremos individualmente, pues, los datos concernientes a cada una de las cuatro enfermedades investigadas. Las cifras agregadas entre paréntesis indican el número de veces que el dato es mencionado por los informantes.

1. EMPACHO

1.1 *Etiología*

Se atribuye principalmente a la ingestión de *comidas que caen mal* (20) por estar, ya sea, crudas (13) o mal preparadas (5). Se relaciona asimismo, en forma relevante, con las mamaderas mal preparadas —que por lo tanto caen mal (19)— asignándose un rol especial a la harina de la mamadera (3) y a la leche cruda (4) o añeja (2). La ingestión de cuerpos extraños (6), tales como papel (4), tierra (2), basuras (1), agua sucia con barro (1), hilachas (1), etc., se menciona en tercer lugar, indicando sus implicancias con respecto a la escasa o nula vigilancia que la madre puede brindar al lactante o párvulo en las familias de escasos recursos debido a que frecuentemente debe ocuparse de labores que le proporcionen un ingreso suplementario, sin contar con centros adecuados para el cuidado de los hijos mientras trabaja.

La consecuencia de la ingestión de cualquiera de estos elementos determina la detención (*se asienta, se pega*) de estas ingestas en el estómago (15) y excepcionalmente en la *espina dorsal* (1).

Como variante del esquema etiológico anterior, se da importancia a la ingestión excesiva de alimentos (5), de alimentos añejos (3) y de fruta (2), en especial verde o antes de la mamadera. La creencia de que la leche humana de madre embarazada produce empacho (5), ha sido comprobada por otros autores como Simmons, en Chile⁴³, y se relaciona probablemente con un antagonismo que se generaría entre ambos hermanos, especialmente si son de diferente sexo.

Llama la atención el hecho de que sólo en dos casos se mencione la falta de higiene en los objetos del lactante y sólo en uno la contaminación producida por moscas como causa del cuadro de *empacho*, tratándose de personas que de uno u otro modo han estado sometidas a la influencia de las campañas de educación sanitaria del Servicio Nacional de Salud.

1.2. *Sintomatología y diagnóstico*

La sintomatología que conforma el cuadro del *empacho* —el cual aparece de preferencia en lactantes y párvulos— presenta como signo preponderante la existencia de diarrea (26), siguiéndolo en frecuencia *ojos asentados* (depresión del globo ocular) (16), vómitos (14), fiebre (11), malestar o decaimiento (10) y dolor abdominal (7). Es de notar que en

⁴³ Simmons, op. cit., p. 33.

seis casos se estableció que la diarrea era ocasional y en ocho casos se especificó que había, por el contrario, estitiquez. Esto corresponde —como por lo demás fue especificado en un caso por una *entendida*— a la diferenciación popular de dos tipos de *empacho*: el llamado *seco*, en el que hay estitiquez, y el denominado *aguachento*, caracterizado fundamentalmente por diarrea⁴⁴. En menor proporción aparecen la palidez (5), el meteorismo (5) —“*se hincha*”, “*se le pone dura la guata*”, “*se pone guatona*”—, la pérdida de peso (5) —“*se enflaquecen*”, “*se adelgazan*”, “*se ponen raquítricos*”—, la polidipsia (3) y la presencia de vermes parásitos (2), “*lombrices*”. Asimismo, se menciona en tres casos la muerte como inevitable. Es de notar que el diagnóstico se ajusta perfectamente a la sintomatología, basándose en ella en la mayoría de los casos (38). Sólo en un caso se dice que “de sólo mirar al niño” una señora *entendida* puede hacer el diagnóstico.

Intentando establecer una homología de este cuadro con enfermedades conocidas por la medicina científica, podríamos asegurar que *corresponde en la mayoría de los casos a la diarrea aguda con deshidratación en el niño*, existiendo un pequeño número de casos en que podría tratarse de un síndrome febril inespecífico o de cualquier otro cuadro determinante de estitiquez en un lactante o párvulo.

1.3. *Terapéutica*

“Le daba un purgantito de papa rallada. De la papa rallada sacan el jugo de la papa. Después, al jugo de la papa le ponen una cucharada de aceite de comer y un poquito de sal: una pequeña cantidad. Esto lo baten bien batido y se lo dan a la guagua. En seguida, después de eso, la guagua tiene que estar en ayunas: eso es lo principal. Muchas personas después de eso, quizás ustedes habrán oído que *quiebran el empacho*... En esta forma, le tomaba el cuerito, en cruz, atravesado y decían que cuando sonaba eso, se despegaba el empacho de adentro. Tiene que sonar eso. Los médicos, si se dice esto acá, capaz que le peguen a uno. En la noche se preparaba algo como para el resfriado. Le daban, por ejemplo, una bebida, como le llaman, *tisana*. Con esto la dejaban preparada p'al otro día... Si tiene resfriado se le daba en la noche. Es para preparar a la guagua por si está resfriada... En esos días las mamás no le dan leche a la guagua, sólo papillas, agüitas de arroz, maicena. También agüita de *quáker*, pero esto llama mucho enfriamiento a la guatita, porque es muy fresco”.

El texto anterior corresponde a una información literal acerca de la terapéutica del *empacho*, proporcionada por una de nuestras entrevistadas. En esta descripción aparecen los elementos fundamentales de esta terapéutica y se observa también la importancia dada al frío como etiología o factor coadyuvante en la generación de la enfermedad, representado en este caso por el *quáker*, considerado bebida fresca o fría en las creencias populares, elemento que proviene notoriamente de los conceptos médicos oficiales del siglo XVIII, ya que encontramos una clasificación de los medicamentos (pociones, bebidas, infusiones) en fríos y cálidos, húmedos y secos en 1768 en *Paraguay Natural*, del jesuita J. Sánchez Labrador⁴⁵. Esta clasificación se halla también, com-

⁴⁴ Cuello et al., loc. cit.

⁴⁵ Confírmese en Laval, op. cit., pp. 38, 64-65, 74, 79, 168.

prendiendo incluso algunos alimentos, en la *Farmacopea Matritense* de 1771, citada también por Laval⁴⁶.

En nuestra investigación encontramos que la terapéutica del *empacho* está representada fundamentalmente por el procedimiento denominado *quiebra del empacho* (28), seguida en frecuencia por el uso de infusiones de yerbas (19), principalmente paico (10), pero también menta (5), manzanilla (2) o toronjil (1), generalmente mezcladas. El tercer procedimiento es la administración de un "purgante" (16), especialmente el zumo de papa con aceite, limón y sal (13). Al respecto es importante destacar que estos procedimientos tienen una secuencia determinada, a saber: en primer lugar, se administra al niño el "purgante" en ayunas, en algunos casos por una vez y en otros por tres y hasta nueve mañanas seguidas. Luego, el niño es llevado donde una curandera o *entendida*, para que le *quiebre el empacho*, lo cual se lleva a cabo de la siguiente manera: "Después hay que llevarlo donde una señora que lo *quiebra* —quien cobra E° 5 o E° 10.—, entonces ella lo pone boca abajo y le empieza a sobar... la cola y lo soba hasta que suena y se quiebra, a veces le reza, pero eso yo creo que no es necesario; es cuestión de fe, no más". En esta descripción textual de una de nuestras informantes aparece la técnica fundamental de la *quiebra del empacho*, en la que se masajea la región lumbosacra del niño con *flor de ceniza* (ceniza blanca de espino o tronco de parra) y luego se levanta la piel a determinados niveles de la columna lumbar, produciéndose un sonido seco, lo cual es índice de que el *empacho* está *quebrado*. Una de nuestras informantes relató un caso de fractura de columna, probablemente lumbar ("*le quebró la espina dorsal*") en un niño sometido a este procedimiento.

La tercera fase del tratamiento consiste en la administración de abundantes infusiones de las yerbas mencionadas más arriba. El uso de infusiones se encuentra muy difundido; en un opúsculo anónimo, sin fecha, que se expende en la vía pública en Santiago, se propone una serie de infusiones terapéuticas para diversas enfermedades populares, apareciendo el paico prescrito en caso de *empacho*⁴⁷. Llama la atención el hecho de que sólo en cinco casos se mencionó como complemento de esta terapéutica la suspensión de alimentos, lo cual es ciertamente una medida adecuada en caso de una diarrea infantil.

1.4. *Profilaxis*

En cuanto a las medidas preventivas, ellas resultaron ser mayoritariamente contrarias a la etiología (26), aludiéndose a la correcta preparación y cocción de la mamadera (15), a no comer en exceso (5) o no ingerir los alimentos considerados dañinos. Llama la atención el hecho de haberse mencionado sólo en cinco casos la mantención de medidas higiénicas como prevención del *empacho*.

1.5. *Agente de salud habitual*

En cuarenta y tres casos se mencionó a un agente no médico, siendo éste en treinta y siete casos una *entendida* o *yerbatera*, y en seis casos la propia madre. Esto último guarda relación con el hecho de que, siendo

⁴⁶ Ibid., pp. 191, 196-197, 202, 205.

⁴⁷ Anónimo, *El Médico del Hogar*. Pequeña Recopilación de Medicina Casera, Santiago, Imprenta Varela, s/f., p. 7.

el procedimiento terapéutico de la *quiebra del empacho* un servicio que debe pagarse a la *entendida*, muchas madres lo aprenden para practicarlo con sus hijos y ahorrar así los siempre exiguos recursos con que cuentan. Creemos de primera importancia señalar que sólo en seis casos se menciona al médico como agente de salud habitual o alternativo, lo cual implica, por una parte, que no existe en la población la costumbre de acudir a los centros de salud en caso de *empacho* y, por otra, que se acude en primera instancia a los servicios de una *entendida*, esperando encontrar allí la solución del problema. Sólo cuando no hay mejoría en el paciente se piensa en recurrir a la atención médica. Esto se confirma en la descripción terapéutica incluida en 1.3 y en los datos que presentamos a continuación.

1.6. Acceso a medicina científica

Antes de presentar los resultados de este punto, especificaremos que se investigó este rubro preguntando al informante si el médico conocía la enfermedad sobre la cual versaba la información. "Casi nunca la conoce, muy difícil, siendo empacho que la conozca. Diagnostica alfombrilla, pero empacho no". Esta respuesta textual de una informante representa el tipo mayoritario de respuestas en este punto. Así, en dieciséis casos, la respuesta fue categóricamente negativa, siendo positiva sólo en siete. En doce casos la respuesta fue ambigua o dudosa, incluyéndose en este rubro respuestas como: "no sé si la conocerá", "tal vez la conoce ahora", "puede que la conozca con otro nombre", "la conoce, pero da otros remedios que no sirven", etc. En cuatro casos no hubo respuesta o se señaló desconocimiento.

El Cuadro I resume los elementos relevantes del *empacho* en dos columnas; se consideraron como constantes los elementos que aparecieron en las diversas categorías en más de un 25% de los casos y como variables los que estuvieron por debajo de esa cifra. Las cantidades que aparecen en el Cuadro frente a cada ítem corresponden al número de veces que éste fue mencionado por los informantes.

2. LIPIRIA

2.1. Etiología

Se atribuye principalmente a la ingestión de *comidas que caen mal* (27), especialmente fruta verde (12), *comidas contrarias* (11) o añejas (5). Con menor frecuencia se la relaciona con la ingestión de cualquier alimento existiendo enfermedad gastrointestinal previa (4) o con la ingestión de fruta caliente o asoleada (4). Con respecto a las *comidas contrarias*, la creencia corresponde al concepto de que la ingestión simultánea o sucesiva de ciertas parejas de alimentos es capaz de determinar enfermedad gastrointestinal con diarrea. Algunas de estas *comidas contrarias* son:

- 2.1.1. Leche y algunas frutas: sandía, tomate, ciruela, uva, naranja, etc. Esta creencia tiene su confirmación en un antiguo refrán español, y colonial, que reza: "Leche, sobre todo; sobre leche,

nada”, alusivo tal vez a la “propensión de la leche a cortarse con los ácidos”⁴⁸.

2. 1. 2. Comidas que contienen grasas y agua fría: chanco, empanadas, frituras, etc. Esta creencia justificaría probablemente el uso de vino como bebida acostumbrada, ya que la ingestión de agua sería perniciosa, especialmente con algunos alimentos.

CUADRO I

ELEMENTOS TIPOLOGICOS CORRESPONDIENTES AL EMPACHO

	Elementos constantes	Nº de veces mencionados	Elementos variables	Nº de veces mencionados
ETIOLOGIA	1) Comida que cae mal	20	1) Ingestión cuerpos extraños	6
	2) Mamadera	19	2) Comida mal preparada	5
	3) Comida detenida	16	3) Pecho encinta	5
	4) Comida cruda	13	4) Harina de mamadera	3
SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO	1) Diarrea	26	1) Estitiquiez	8
	2) “Ojos asentados”	16	2) “Dolor de guata”	7
	3) Vómitos	14	3) Palidez	5
	4) Inapetencia	14	4) “Hinchazón de guata”	5
	5) Fiebre	11	5) Baja de peso	5
	6) Decaimiento	10	6) Sed	3
TERAPEUTICA	1) Quiebra del empacho	29	1) Otras infusiones	9
	2) Infusiones de yerbas	19	2) Suspensión de alimentos	5
	a) Paico (10)			
	3) Purgante	16		
	a) Zumo de papa con aceite y limón (13)			
PROFILAXIS	1) Mamadera bien preparada o bien cocida (Contrario a etiología)	15	1) No hay	7
			2) No comer lo que cae mal (contrario a etiología)	6
			3) No dar exceso de comida	5
			4) Mantener higiene	5
AGENTE DE SALUD HABITUAL	1) Entendida - yerbatera	37	1) La madre	6
			2) El médico	6
ACCESO A MEDICINA CIENTIFICA	1) Negativa	16	1) Positiva	7
	2) Ambigua o dudosa	12	2) Abstención o desconocimiento	4

2. 1. 3. Pan caliente y agua fría, lo cual alude a la creencia del frío en el estómago como etiología de enfermedad gastrointestinal (ver 3. 1, tránsito brusco del calor al frío).

2. 1. 4. Fruta (uva, manzana) y sal.

⁴⁸ Vicuña Mackenna, *op. cit.*, p. 69.

- 2.1.5. Pilsener y lechuga, chanco o salmón en lata.
- 2.1.6. Sandía y vino tinto (el blanco no es contrario).
- 2.1.7. Pescado y agua con harina.

La base de todas estas creencias respecto a la incompatibilidad entre sí de ciertos alimentos se encuentra probablemente en los conceptos de la medicina oficial europea y colonial de los siglos XV, XVI, XVII y XVIII, que clasificaba los alimentos en fríos y cálidos, húmedos y secos, como ya lo mencionamos a propósito del *empacho* (1.3).

2.2. *Sintomatología y diagnóstico*

Desde el punto de vista sintomatológico, la *lipiria* es una enfermedad preferentemente diarreica que se manifiesta principalmente en los adultos. Así, pues, el síntoma preponderante es, en este caso, la diarrea o "*digestión*" (28), seguida en frecuencia por los vómitos (22) y los *dolores de estómago* (20). Menos relevantes son los *retorcijones* (6), la fiebre (4) y el meteorismo o *hinchazón a la guata* (4). Con baja frecuencia aparecen las náuseas o *arcadas* (3), el decaimiento (2) y el síntoma denominado *torcer la vida* (2), el cual es explicado como una *torcedura de las tripas* (intestinos). El diagnóstico popular de la *lipiria* se basa, al igual que en el caso del *empacho*, en la sintomatología y no existe ninguna información que aluda a métodos no empíricos para su realización.

Haciendo un paralelo de este cuadro popular con la medicina científica concluimos fácilmente que se trata, en la mayoría de los casos, de una *gastroenteritis o enterocolitis aguda del adulto*. Señalaremos, sin embargo, que en dos casos el cuadro correspondía a un cólico biliar.

La enfermedad popular denominada *lipiria* parece haber sido vastamente conocida en Chile, tanto por la medicina oficial como por la medicina popular, desde por lo menos el siglo XVIII, fecha en que aparecen las primeras menciones acerca de ella en textos de la época. Desde entonces hasta nuestros días ha permanecido igualmente en el saber popular la diferenciación de dos tipos de *lipiria* —que hacían los médicos de la época—, hecho que fue pesquisado por nosotros en dos ocasiones. Estos tipos serían: la *lipiria calambre*, que corresponde clínicamente a una gastroenteritis aguda y cuyo tratamiento es principalmente la infusión de excrementos de animales; y la *lipiria de estómago*, clínicamente más difusa, la cual corresponde a las *torceduras de tripas*, los cólicos biliares, etc., y cuya terapéutica es también más difusa, incluyéndose en ella principalmente las infusiones de yerbas, linaza, cáscara de granada, etc. Las causas de ambas han permanecido prácticamente sin variaciones, como también su sintomatología y, como veremos más adelante, su tratamiento ⁴⁹.

2.3. *Terapéutica*

"Es un secreto: se va a la calle y se toma bosta de caballo; a esa bosta de caballo se le echa paico, matico y ruda; la bosta de caballo se pone en un trapito como cuando uno hace ponche, se le echa agua hirviendo,

⁴⁹ Loc. cit.; Laval, op. cit., pp. 45, 118.

se le da más de tibia al enfermo. Se le dan unas tres tazas diarias, se va a mejorar como a los dos días. Después le da linaza con pepitas y todo. Y después se mejoran: se le va a quitar la diarrea”.

La anterior información textual de una de nuestras informantes corresponde, en gran medida, a lo que es hoy el clásico tratamiento popular de la *lipiria*. En nuestra investigación encontramos que esta terapéutica estaba representada principalmente por las infusiones de yerbas (27), especialmente paico (11), ruda (10) y manzanilla (10). No era infrecuente, sin embargo, la terapéutica basada en las infusiones de excrementos de animales (14), especialmente de caballo (11) y cerdo (3), materias que debían aderezarse con las yerbas antes mencionadas y, en algunos casos con sal o harina. Luego la infusión era colada, en un caso a través de “una gasita limpia” y administrada al enfermo. Menos frecuente es el uso de infusiones de almidón o linaza (7) o de algunos medicamentos, especialmente antisépticos intestinales (5), prescritos por farmacéuticos. En tres casos se menciona la infusión de *mastuerzo*, particularmente para el caso en que la *lipiria* es producida por *torcedura de tripas*, existiendo probablemente una relación fonética entre el *torcer* y el nombre de la yerba, *mastuerzo*, lo cual fue confirmado por una informante *entendida*. En dos casos, el tratamiento consiste en una infusión de cáscara de granada.

Creemos necesario hacer notar que todos estos procedimientos terapéuticos no son, como pudiera creerse, producto exclusivo de creencias populares. Podemos comprobar, en las farmacopeas coloniales y europeas del siglo XVIII, que tanto las infusiones de excrementos de animales, como específicamente el paico, ruda, manzanilla, linaza, *mastuerzo* y cáscara de granada, eran oficialmente utilizados por los médicos de la época para tratar la *lipiria*⁵⁰. Igualmente, el pan quemado en agua, que en nuestro estudio aparece sólo en un caso, era recomendado por los textos oficiales de medicina de los siglos XVI y XVII para los vómitos y la diarrea⁵¹. Por último, en el mismo opúsculo anónimo citado⁵², aparece el tratamiento de la *lipiria* consistente en infusión de bosta de caballo. Esta práctica se halla difundida en toda América Latina desde la Colonia⁵³.

2.4. Profilaxis

Las medidas preventivas que nos fueron mencionadas eran principalmente empíricas, contrarias a la etiología (16), aludiéndose a la no ingestión de *comidas que caen mal*, ya sea *contrarias* (8) o fruta verde (3). En nueve casos se manifestó desconocimiento o abstención respecto a la pregunta y en ocho casos se especificó que no existía profilaxis alguna. En tres casos la profilaxis se consideró consistente en la ingestión de infusiones, iguales a la terapéutica. Esto último tiene probablemente relación con la creencia popular de que las infusiones de yerbas “ayudan a mantener limpio el estómago...”⁵⁴.

50 Laval, loc. cit. y pp. 121, 133, 136, 173.

51 Ibid., p. 191.

52 Anónimo, *El Médico del Hogar*, p. 11.

53 Marroquín, op. cit., p. 9; Luis Hoyos Sáinz y Nieves de Hoyos Sancho, *Manual de Folklore*, Madrid, Cuadernos de la Revista de Occidente, 1947, p. 232.

54 Cuello et al., loc. cit.

2.5. Agente de salud habitual

En treinta y tres casos se manifestó que éste era no médico, correspondiendo fundamentalmente a la *entendida* o *yerbatera* (15), al mismo paciente (12) o a familiares o vecinos (6). Solamente en ocho casos se mencionó al médico como agente de salud habitual, lo cual confirma los conceptos ya expuestos en 1.5, respecto al *empacho*.

2.6. Acceso a medicina científica

En el caso de la *lipiria*, este punto es categóricamente negativo sólo en nueve casos, siendo la mayoría de las respuestas de tipo dudoso o ambiguo (14). Una de nuestras informantes contestó: "No, pus, no le dan esos nombres; todas las enfermedades que tiene uno le dicen que es el hígado o la vesícula inflamada; no le dan esos nombres porque es antiguo". Sólo en seis casos la respuesta fue positiva y en cuatro hubo abstención o desconocimiento.

En el Cuadro II aparecen resumidos los elementos más relevantes en las seis categorías investigadas para la *lipiria*. La ordenación es similar a la del Cuadro I.

CUADRO II
ELEMENTOS TIPOLOGICOS CORRESPONDIENTES A LA LIPIRIA

	Elementos constantes	Nº de veces mencionados	Elementos variables	Nº de veces mencionados
ETIOLOGIA	1) Comidas que caen mal	27	1) Comidas añejas	5
	2) Fruta verde	12	2) Enfermedad gastrointestinal previa	4
	3) Comidas contrarias	11	3) Fruta caliente	4
SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO	1) Diarrea o indigestión	28	1) Retorcijones	6
	2) Vómitos	22	2) Fiebre	4
	3) Dolores de estómago	20	3) "Hinchazón a la guata"	4
TERAPEUTICA	1) Infusiones de yerbas a) Paico (11) b) Ruda (10) c) Manzanilla (10)	27	1) Linaza o almidón (infusión)	7
	2) Infusiones de excrementos a) De caballo (11) b) De cerdo (3)	14	2) Medicamentos	5
			3) Mastuerzo (infusión)	3
PROFILAXIS	1) No comer comidas que caen mal a) Comidas contrarias (8) b) Fruta verde (3) (contrario a etiología)	16	1) No hay	8
			2) Se abstiene	6
			3) Infusiones (igual a terapéutica)	3
AGENTE DE SALUD HABITUAL			4) No sabe	3
	1) Entendido o yerbatero	15	1) Médico	8
	2) Uno mismo	12	2) Familia o vecinas	6
ACCESO A MEDICINA CIENTIFICA				
	1) Dudosas o ambiguas	14	1) Positivas	6
	2) Negativas	9	2) Abstención o desconocimiento	4

3. ENFRIAMIENTO A LA GUATA

3.1. Etiología

Esta enfermedad popular reconoce como causa fundamental al frío ambiental (17), representado a veces por el hecho de permanecer en el agua (12). La siguiente información textual de una de nuestras entrevistadas ilustra perfectamente esta aseveración: "Viene de ir al teatro que está temperado y después uno sale al frío. Se lo voy a decir por mí misma esto. Fíjese que hace como ocho años atrás yo tenía *hamorroi* que salen atrás (hemorroides): me dolía, me picaba esa custión... Entonces me dice una señora que me siente en agua helada —imagínese, hay gente que no sabe— y antes de dos horas me vino unos dolores en las caderas, en los ovarios, en toda la parte de atrás, me tomó hasta la columna y los pulmones. Por eso estoy enferma, porque fue enfriamiento. Los doctores no conocen; por eso nunca les he dicho cómo tuve el enfriamiento; porque ellos no conocen. Después que me senté en l'agua helada, salí al teatro y estaba nevando allá en Punta Arenas y me enfrié. Salí sin botas ni nada".

La descripción anterior contiene prácticamente todos los elementos etiológicos del *enfriamiento*, apareciendo el frío ambiental y la permanencia en el agua fría, como también la concepción etiológica de tránsito súbito del calor al frío. Esta última se encuentra en nuestra investigación en cinco oportunidades, representándose en las siguientes variantes: paso de ambiente cálido a frío (2); ingestión de comida helada estando acalorada (1); mojarse estando acalorado (1), y sacarse ropa estando acalorado (1). En cuanto a la ingestión de comidas heladas, ésta fue mencionada como etiología del *enfriamiento* en seis casos. Con menor frecuencia, la enfermedad se atribuía a resfriado previo (4) o a *comidas que caen mal* (3).

La creencia generalizada de que el frío puede causar enfermedad, especialmente gastrointestinal, no es ajena en modo alguno a las concepciones médicas oficiales europeas y coloniales vigentes desde el siglo XV al XVIII, en las que estos elementos se hallaban expresados en una "secuencia lógica" que debía seguir el individuo al pasar todo el organismo o una parte de él del calor al frío o viceversa. Si esta "secuencia lógica" era alterada, sobrevénia la enfermedad y es ésta la idea que subyace hoy en la medicina popular chilena y latinoamericana con respecto a las enfermedades causadas por el frío o el calor. "Durante el siglo XVI en España, el concepto (dicotómico) de frío-calor, en su forma más sofisticada, representaba la mejor práctica y creencia médica derivada del concepto hipocrático de la patología humoral... Presumiblemente este conocimiento médico llegó a América a nivel de élite; filtrándose en forma simplificada al pueblo, fue tomado ávidamente debido a la receptividad general a los nuevos elementos que caracterizaba al Nuevo Mundo"⁵⁵. La aseveración de Foster es tan efectiva que en 1613 aparecía en Perú, en *Nueva Crónica y Buen Gobierno*, de Guamán Poma de Ayala, lo siguiente: "y dizen que todas las enfermedades proseden de dos cosas que tienen los hombres, calor y frío..." En el mes de febrero "mueren muchos biejos y biejas y ninos de cámaras (disentería) y frío

⁵⁵ Foster, *Culture and Conquest*, p. 20.

al estómago..."⁵⁶. Existen, en fin, diversos otros documentos aparecidos posteriormente que apoyan lo afirmado. Asimismo, se observa en general en la medicina popular chilena y latinoamericana de hoy, que el grueso de las etiologías empíricas está representado por diferentes formas y variantes de la dicotomía frío-calor⁵⁷.

3.2. *Sintomatología y diagnóstico*

Al realizar la clasificación de la sintomatología informada por los integrantes de nuestra muestra para el *enfriamiento*, encontramos que ésta era enormemente difusa. En doce casos se trataba de un síndrome diarreico del niño o del adulto en el cual se incluían los *pujos de sangre* (6) —desintería—, las deposiciones de color verde (5) o con mucosidades (5), el dolor abdominal (5) y la concomitancia de vómitos (3). La segunda frecuencia correspondía a diez casos en que el cuadro se manifestaba como un síndrome febril inespecífico, sin compromiso digestivo (6) o con alguna manifestación digestiva (4), especialmente dolor abdominal. Los diez casos restantes fueron clasificados en dos grupos: el primero (8) incluía varios cuadros que presentaban algún compromiso abdominal, manifestado en dolor, náuseas, molestias urinarias o genitales, diferenciándose según los síntomas descritos en gastritis (3), infección urinaria (2), dismenorrea (1), cólico biliar (1) y jaqueca (1). En el segundo grupo (4), aparecieron cuadros inclasificables por la falta de precisión de los síntomas, mencionándose en una oportunidad calambres y en otra, crisis hipoglicémica en una paciente diabética tratada con insulina, la cual atribuyó su enfermedad a *pisar baldosas frías*. En el caso del *enfriamiento*, al igual que en los anteriores, el diagnóstico se realiza basándose en una sintomatología finamente detallada.

En cuanto al paralelo que pudiéramos realizar con enfermedades conocidas por la medicina científica, *éste es muy dificultoso por lo difuso de la sintomatología*. Sólo podemos observar, a partir de lo dicho anteriormente, que *el concepto de enfriamiento engloba a un gran grupo de enfermedades*, desde una gastroenteritis o enterocolitis aguda del niño o del adulto, hasta una crisis hipoglicémica, pasando por una serie de síndromes febriles inespecíficos.

3.3. *Terapéutica*

Su elemento característico son las infusiones calientes (23), especialmente de canela (6), manzanilla (6), paico (5), jugo de limón (4), café, té o mate (4), azúcar quemada (4) y menta o yerbabuena (3), generalmente mezcladas. En segundo lugar, se encuentra el uso de objetos calientes sobre el abdomen (7), tales como guateros (4), tejas (2) o compresas (1). En siete casos se menciona el uso de medicamentos, especialmente antipiréticos y antisépticos intestinales prescritos por farmacéuticos. Finalmente, se incluyen entre los procedimientos terapéuticos los vahos calientes (2), aplicados a la región perineal y en un caso un baño medicinal caliente, cuya descripción textual incluimos, por parecernos de interés folklórico: "Donde había médica yerbatera, allí iba. Me daban dos botellas de agua de yerbas. Me las tomaba, pero quedaba igual.

⁵⁶ Confírmese en Lastres, op. cit., pp. 137, 144.

⁵⁷ Simmons, "Popular and Modern Medicine...", p. 11; Foster, "Análisis Antropológico Intercultural...", p. 30.

Había otra médica yerbatera muy buena y me dijo: 'Le voy a dar todos estos remedios, unas recetas: la menta, el guique, eucaliptus. Al tener todo esto junto y tres o cuatro remedios de botica (no recuerdo sus nombres), me manda buscar para hacerle los remedios'. Y una yerba que se cría en el agua, encimita, amargaza; esa también cuando la tuve. Todos los remedios los echó a hervir, todas las yerbas juntas. Le echó un poco de afrecho al agua. En un fondo grande echó el agua hervida. Y cuando estaba apenas que la aguantaba, me dejó (allí) media hora tapado con un poncho para que no saliera el vapor. Me hizo transpirar y fue santo remedio. Después, a la cama como tres días".

En el análisis de los procedimientos terapéuticos usados para combatir el *enfriamiento*, encontramos la expresión más notable de la supervivencia a nivel popular de una forma médica oficial europea y colonial, citada en 3.1, ya que se manifiesta de modo evidente el concepto de una terapéutica directamente antagónica a la etiología frío, cual es el calor, representado por infusiones, objetos, vahos o baños calientes⁵⁸. En este sentido algunas de las infusiones mencionadas (manzanilla, canela) aparecen con igual uso en las farmacopeas coloniales del siglo XVIII⁵⁹.

3.4. *Profilaxis*

Es fundamentalmente contraria a la etiología y se resume en diversos medios para evitar el frío (14). En cinco casos se acusa desconocimiento y en cuatro se asegura que no existe profilaxis. En tres casos la profilaxis está dada por la ingestión periódica de infusiones calientes, similares a las utilizadas en la terapéutica.

3.5. *Agente de salud habitual*

En treinta y tres casos, el agente de salud habitual no es el médico, sino la *yerbatera, meica o entendida* (14), el propio paciente (12) y los familiares o vecinos (7). Sólo en ocho casos aparece el médico como agente de salud habitual o alternativo. Algunos informantes fueron categóricos en señalar que esta enfermedad sólo puede ser curada por agentes no médicos. Así tenemos respuestas como: "La yerbatera lo cura; el médico no lo conoce", o "una misma lo cura, porque me vio una doctora y como yo tenía diabetes no reconoció el enfriamiento".

3.6. *Acceso a medicina científica*

En once casos es categóricamente negativo. Sin embargo, es positivo en diez. Hubo también once respuestas ambiguas o dudosas. Llamativa es la respuesta de la paciente diabética citada en 3.2, quien calificó su crisis hipoglucémica como *enfriamiento*. Ella puntualiza que el médico no fue capaz de reconocer su *enfriamiento* (véase 3.5). Luego, al preguntársele si el médico lo conocía, respondió: "Los doctores no creen... yo tengo (enfriamiento), pero no digo ná', porque la doctora me dijo que era diabetes, pero yo sé que es *enfriamiento*". La elocuencia de esta aseveración hace innecesario el comentario pertinente.

En el Cuadro III aparecen resumidos los elementos constantes y variables que caracterizan al *enfriamiento*.

58 Marroquín, op. cit., p. 5; Foster, op. cit., p. 28.
59 Laval, op. cit., pp. 80-81, 136.

CUADRO III

ELEMENTOS TIPOLOGICOS CORRESPONDIENTES AL ENFRIAMIENTO

	Elementos constantes	Nº de veces mencionados	Elementos variables	Nº de veces mencionados
ETIOLOGIA	1) Frío ambiental	17	1) Comidas heladas	6
	2) Permanecer en el agua	12	2) Tránsito súbito del calor al frío a) Ambiente cálido a ambiente frío (2) b) Comida helada estando acalorado (1) c) Mojarse acalorado (1) d) Sacarse ropa estando acalorado (1)	5
SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO	3) Resfrío previo		3) Resfrío previo	4
	4) Comida que cae mal		4) Comida que cae mal	3
TERAPEUTICA	1) Diarrea a) De color verde (5) b) Con mucosidades (5) c) Con "pujos de sangre" (6) d) Con dolor abdominal (5) e) Vómitos (3)	12	1) Otros 1.1. Con compromiso abdominal (8) a) Gastritis (3) b) Infección urinaria (2) c) Dismenorrea (1) d) Cólico biliar (1) e) Jaqueca (1)	
	2) Síndrome febril a) Sin compromiso digestivo (6) b) Con compromiso digestivo (4)	10	1.2. Sin compromiso abdominal (4) a) Calambres (1) b) Crisis hipoglucémica (1)	
PROFILAXIS	1) Infusiones calientes a) Canela (6) b) Manzanilla (6) c) Paico (5) d) Limonada (4) e) Café, té o mate (4) f) Azúcar quemada (4) g) Menta o yerbabuena (3)	23	1) Objetos calientes sobre abdomen a) Guatero (4) b) Teja (2) c) Compresa (1)	7
	2) Medicamentos		2) Medicamentos	7
AGENTE DE SALUD HABITUAL	3) Vahos calientes		3) Vahos calientes	2
	1) Evitar frío (contrario a etiología)	14	1) No conoce 2) No hay 3) Duda o no responde 4) Ingestión de infusiones calientes (igual a terapéutica)	5 4 4 3
ACCESO A MEDICINA CIENTIFICA	1) Yerbatero, meica o entendido	14	1) Médico	8
	2) Uno mismo	12	2) Dueña de casa, familiar o vecina	7
ACCESO A MEDICINA CIENTIFICA	1) Negativa	11	1) Ambiguas o dudosas	11
	2) Positiva	10	2) Abstención	2

4. MAL DE OJO

4.1. Etiología

“Viene cuando lo celebran, lo acaricia cualquier persona que tenga fuerte la sangre. El niño se ojea”.

La anterior información textual de una de nuestras entrevistadas resume casi por completo el concepto etiológico que atañe al *mal de ojo*. En el caso de esta enfermedad popular, la etiología posee claras connotaciones mágico-religiosas, no existiendo en ningún caso una explicación empírico-racional del fenómeno, como ocurría en los tres cuadros analizados anteriormente. Aparece en este caso un agente de la enfermedad representado por una persona de *sangre pesada* (17) o de *ojo fuerte* (9) o *malo* (3). Excepcionalmente, el agente es una persona de *espíritu fuerte* (2). El mecanismo utilizado por dicho agente consiste en acariciar (10), celebrar (9) o mirar (6) al individuo u objeto receptor de la enfermedad. Es necesario explicar aquí que el *ojeador* —persona capaz de producir *mal de ojo*— realiza su nefasta acción involuntariamente; de modo que debe utilizar siempre una profilaxis inmediata para impedir que se produzca el daño. En ocho oportunidades se especificó, por esto, que el mecanismo de acción operaba sólo en caso de no aplicarse esta profilaxis inmediata. La persona más susceptible a ser *ojeada* es el niño (26), especialmente aquel que es hermoso o a quien la madre mantiene muy *arreglado* (limpio y bien vestido) o que es muy *habiloso* (habilitoso, inteligente) (5). Además del niño, pueden ser afectados por el *mal de ojo* los animales (7) y las plantas (1). No se menciona aquí la posibilidad de que se *ojeen* objetos hermosos, a pesar de que ésta es también una antigua creencia popular chilena⁶⁰.

4.2. Sintomatología y diagnóstico

“Les viene fiebre, vómitos y a veces, hasta diarrea. Como que se suelta la guatita”. La diarrea depende del tipo de ojo: “Hay ojo fuerte y más débil; depende del ojo fuerte o débil que tenga la persona. Cuando el ojo es fuerte viene con diarrea. Les ataca a la cabecita a los niños y les produce fiebre. Se nota que la guagüita está decaída. Se le cae un ojito, generalmente el izquierdo. Se achica un poco. Las mamás dicen que se le pone la frente salada”.

La anterior información textual de una de nuestras entrevistadas ilustra claramente el cuadro sintomatológico del *mal de ojo*. El elemento principal es el malestar o decaimiento (17), seguido en frecuencia por el signo expresado en la frase *se le achica* (13) o *se le cae un ojo* (11), especialmente el izquierdo (5). Aunque este signo podría corresponder a alguna ptosis palpebral unilateral, no fue posible precisar si efectivamente era así, ya que en muchos casos se nos explicó que no se trataba de una caída del párpado, sino más bien de una disminución del volumen ocular. Al parecer, la mención de este signo, a pesar de su alta frecuencia, deriva exclusivamente de una creencia más que de una realidad objetiva, ya que en ningún caso hemos observado que ocurra este fenómeno en niños *ojeados*. Es interesante observar que la creencia relacionada con alguna disminución de volumen ocular o ptosis palpebral

60 “Únicamente lo hermoso es susceptible de ser ojeado”. Vicuña Cifuentes, *op. cit.*, p. 116.

unilateral se encuentra actualmente difundida tanto en Chile como en la zona meridional del Perú entre los aborígenes puneños, a pesar del claro origen europeo del *mal de ojo* ⁶¹.

El cuadro sintomatológico de esta enfermedad comprende, además, en frecuencia decreciente, los siguientes síntomas y signos: vómitos (11), llanto (11), fiebre (8), diarrea (6), lagrimeo del ojo afectado (6), inapetencia (5) y *frente salada* (5). En seis casos se menciona la muerte como inevitable, ya sea a las veinticuatro horas (2), al séptimo día (1) o cuando se trata de la grave especie de *mal de ojo* producido por el padre o la madre (2) ⁶². Si el cuadro corresponde a la variedad denominada *ojo callado* —diferenciado del *ojo llorón* que es más frecuente—, el niño cae en una somnolencia progresiva que lo conduce inevitablemente a la muerte.

Los métodos diagnósticos se basan fundamentalmente en la observación de la sintomatología, tomándose en cuenta, además, la presencia previa de alguna persona sospechosa cerca del niño. Sin embargo, en cinco casos se menciona otro procedimiento consistente en pasar la lengua por la frente del niño: si ella *está salada*, es signo patognomónico de *mal de ojo*.

Si quisiéramos establecer una homología entre este cuadro y las enfermedades conocidas por la medicina científica, tendríamos que concluir que *corresponde mayoritariamente a un síndrome probablemente febril inespecífico*. En un menor número de casos se trata de una diarrea aguda del lactante o párvulo, cuadro que corresponde al *ojo fuerte*, mencionado anteriormente. El cuadro de *ojo callado* podría corresponder a ciertas encefalitis virales del niño, aunque no se mencionaron otras características del coma encefalítico terminal, fuera del sueño profundo.

4.3. *Terapéutica*

“Se le lleva a una persona antigua y se pone a rezar tres credos en cruz. Entonces a esta persona le llegaba a crujir la cara y le corrían las gotas, como que le echaban agua; y cuando era muy fuerte el ojo caían a la cama descoyuntadas, pero después se les pasaba. Fumaban unos cigarrillos y tomaban unos mates; y se recuestan un rato porque quedan agotadas. Pero a la guagua se le quita. Estas señoras curan de ojos, las señoras que saben: las verdaderas que saben, porque hay unas que no saben. Yo sufrí mucho con un hijo mío. Vivíamos en una casa, que era de remolienda. Entonces, como a las nueve le daba la última papa; y cuando a la hora despertaba transpirando y no tomaba el pecho y gritaba con unos gritos horrorosos, como si viera algo. La gente decía que podía haber duendes o gente enterrada. Pero más eran los duendes, porque los niños ven a los duendes; los grandes, no. Los niños lloran porque los duendes los vienen a buscar y los matan. A veces yo lo llevaba a la iglesia, santiguándolo. Pero lo llevé a la plaza Bogotá, que había una señora que curaba eso y me dijo que el niño veía duendes: que no lo dejara solo porque lo iba a encontrar muerto en un rincón. Me dijo que le santiguara la ropa con yerba romero y palma bendita,

61 Marroquín, op. cit., p. 4. Este autor detecta la presencia de “cierta ptosis palpebral de alguno de los ojos” en la enfermedad aborigen denominada *chuyma-jaccsuta* o *kkijichuassca*.

62 Simmons, Un Estudio Sobre Aspectos de Actividades..., p. 34.

azúcar y yerba... un sahumero; lo bañara y lo pasara tres veces en cruz por el brasero; que le planchara la ropa y se la planchara y se la sahumara en un secador. Se mejoró en un mes”.

En la anterior información textual de una de nuestras entrevistadas, se encuentra una elocuente descripción de los elementos terapéuticos fundamentales usados en el *mal de ojo*. Siendo ésta una enfermedad cuya causa es típicamente mágico-religiosa, es lógico que la terapéutica también lo sea. Es así como en nuestra investigación encontramos que el procedimiento curativo más usado es el *santiguamiento* (31), el cual comprende algunas oraciones especiales complementadas con el uso principal de ramas de palqui y crucifijos de plata (5). En nueve casos se especificó que la ceremonia sólo podía ser realizada por un sacerdote cristiano, ya sea católico —en cuyo caso se lleva a cabo propiamente un *santiguamiento* con un crucifijo— o protestante, caso en que el procedimiento es el denominado *ungimiento* y consiste en la imposición de manos y textos sagrados al enfermo. Menos frecuentes son los rezos (8) y los sahumeros (6), especialmente de romero, palma bendita y azúcar quemada. En tres casos se menciona *abrigar al niño*, costumbre muy difundida en las clases populares con motivo de cualquier enfermedad. Todos estos métodos terapéuticos reconocen orígenes medievales europeos, apareciendo incluso en el Antiguo Testamento como ya lo mencionamos en el capítulo introductorio⁶³. En nuestra investigación encontramos asimismo la repetición ternaria de algunos procedimientos, expresión del símbolo tres, originario del Occidente cristiano, que representa la Trinidad divina.

Es de notar, además, que estas prácticas terapéuticas son efectuadas por verdaderos especialistas, particularmente personas de edad y/o de origen campesino cuya actividad curativa se restringe al *mal de ojo* y, en algunos casos, a otras enfermedades populares de etiología mágico-religiosa, tales como el complejo de los *males, daños o brujerías*.

4.4. Profilaxis

“Dicen que hay que traerles una medallita con una cintita roja; dicen que como es muy novedá, el ojo se va a la cintita...”. La información textual anterior resume lo que constituye la profilaxis más usada en contra del *mal del ojo*: la cinta roja con medalla (31), debiendo ser a veces de plata esta última (7). El uso de la plata contra los males es también de antiguo origen; observaciones de terreno recientes entre los mapuches indican que esta práctica profiláctica se encuentra igualmente difundida entre ellos con fines similares. La utilización de adornos de color rojo tiene su base en lo llamativo de este color, como ya se expone en la descripción textual, lo cual fue confirmado posteriormente por otra de nuestras informantes en un refrán que reza: “El ojo se va en lo rojo”, es decir, el *ojeador*, atraído por el color rojo no mirará al niño, evitándose la posibilidad de que se produzca el *mal de ojo*.

En ocho casos se mencionó el uso de una profilaxis inmediata, por parte del posible *ojeador*, la cual consiste en decir al niño: “Dios lo guarde” o “Dios lo bendiga”, inmediatamente después de haberlo admirado (7) o en darle maltrato de palabra (1). Esto último podría cons-

⁶³ Krappe, *op. cit.*, p. 283; Ubieta, *op. cit.*, p. 507.

tituir un factor determinante de cierta estereotipia de mal trato a los niños que se observa a menudo en las clases populares, con todas las connotaciones psicosociales negativas que de ella pueden derivar.

En dos casos la profilaxis consiste en dañar de alguna manera al *ojeador*, con lo cual éste ya no podrá *ojear* jamás. Para ilustrar este último concepto, incluimos la siguiente información textual de una campesina, quien era portadora de la capacidad de *ojear*: "Yo ojeaba hace tiempo. Me hicieron remedio. Yo estaba en una fiesta bailando. Entonces viene un caballero por detrás y me cortó un pedazo de pelo y lo quemó en el nombre de Dios, para que yo no le ojeara más los hijos; con ese remedio no ojeé nunca más los niños. Es un remedio por obra del Espíritu Santo".

4.5. *Agente de salud habitual*

Está representado en todos los casos por no médicos, incluyéndose entre ellos la entendida o *meica* (24), el sacerdote cristiano (12), la madre o vecina (3) o cualquier persona (2). El médico no aparece mencionado en ninguna oportunidad, ni siquiera como agente alternativo. Una de nuestras informantes resultó ser *entendida en curar ojos* y expresó lo siguiente: "Cualquier persona curiosa (puede curarlo). Yo no soy médica pero sé hacer esa gracia y la sano a la persona. Llega la señora con agua; yo tengo ramos benditos y un cabo'e vela y le digo: Yo te santiguo en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo. Y en seguida, después, un ají: se echa un poco de ají al brasero y el ají no sale ni olor cuando está ojeado; y le rezo un Padrenuestro; y se le cambia ropa a la guagua; y la guagua transpira y se mejora".

4.6. *Acceso a medicina científica*

Es positivo sólo en tres casos. En la mayoría de los casos es negativo (19), desconocido o sin respuesta (6) o ambiguo (5). Una de nuestras informantes respondió: "Los médicos se ríen cuando les dicen estas cosas. Dicen que son cosas de antes, que ya no existen y la tratan por otra enfermedad".

En el Cuadro IV aparece el esquema tipológico del *mal de ojo*.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

De los resultados recién expuestos se deducen las siguientes conclusiones, las cuales se separan en dos grupos de acuerdo a su orientación: intrínsecas y extrínsecas. Mientras las primeras se circunscriben a evaluar los resultados del trabajo en sí mismo, las segundas proyectan dichos resultados, discutiéndose su utilidad, posible aplicación asistencial y áreas de acción de mayor relevancia.

A. *Conclusiones intrínsecas*

1. A partir del estudio de las cuatro enfermedades populares, núcleo principal del presente trabajo, es posible describir y diagnosticar de-

CUADRO IV

ELEMENTOS TIPOLOGICOS CORRESPONDIENTES AL MAL DE OJO

	<i>Elementos constantes</i>	<i>Nº de veces mencionados</i>	<i>Elementos variables</i>	<i>Nº de veces mencionados</i>
ETIOLOGIA	1) Persona de sangre pesada	17	1) Persona de ojo malo	3
a) AGENTE	2) Persona de ojo fuerte	9	2) Persona de espíritu fuerte	2
b) MECANISMO DE ACCION	1) Acariciar	10	1) Acariciar, celebrar o mirar, sin usar profilaxis inmediata	8
	2) Celebrar	9	2) Mirar	6
c) RECEPTOR	1) Niño a) bonito, habiloso, arreglado (5)	26	1) Niño y animales	7
			2) Niño, animales y plantas	1
SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO	Síndrome probablemente febril		Síndrome probablemente diarreico primario o secundario	
	1) Malestar, decaimiento	17	1) Fiebre	8
	2) "Se le achica un ojo"	13	2) Diarrea	6
	3) "Se le cae un ojo" a) El izquierdo (5)	11	3) Lagrimeo del ojo afectado	6
	4) Vómitos	11	4) Muerte inevitable	6
	5) Llanto	11	5) Inapetencia	5
			6) "Frente salada"	5
TERAPEUTICA	1) Santiguamiento a) Sólo por sacerdote (9) b) Con 3 cogollos de palqui y crucifijo o medalla de plata (5)	31	1) Rezos	8
			2) Sahumerios (romero, palma bendita, azúcar quemada)	6
			3) Abrigar al niño	3
PROFILAXIS	1) Cinta roja con medalla a) De plata (7)	21	1) Aplicar profilaxis inmediata al acto de posible ojeo a) Decir "Dios lo guarde o "Lo bendiga" (7) b) Dar maltrato de palabra (1)	8
			2) Dañar al ojeador	2
AGENTE DE SALUD HABITUAL	1) Entendida, meica	24	1) Madre o vecina	3
	2) Sacerdote cristiano (católico o protestante)	12	2) Cualquiera	2
ACCESO A MEDICINA CIENTIFICA	1) Negativa	19	1) Abstención o desconocimiento	6
			2) Ambigua o dudosa	5
			3) Positiva	3

terminados aspectos de una realidad médico-social y cultural chilena, cuyos indicadores son los siguientes:

1. 1. La vigencia, perdurabilidad y arraigo de sus esquemas tipológicos tradicionales (Cuadros I al IV), en los cuales se identifican remanentes arcaicos de la folklorización de una medicina oficial colonial, hecho concordante con la teoría de la cristalización cultural de Foster⁶⁴. Podemos comprobar la vigencia y arraigo de estos conceptos comparando los esquemas tipológicos de las cuatro enfermedades populares aquí estudiadas con definiciones y descripciones de las mismas proporcionadas en diversos textos, desde el siglo XVIII hasta nuestros días, cuyo contenido se analiza en nuestro capítulo introductorio.
1. 2. Independencia de dicha vigencia con respecto al origen, lugar de residencia habitual y migración rural-urbana de los informantes, invalidándose, por lo tanto, la generalizada creencia acerca de la vigencia rural predominante de las enfermedades populares.
1. 3. El destacado rol de las mujeres como portadoras de la tradición oral médico-popular, hecho coincidente con sus labores de dueñas de casa a cargo de la alimentación familiar. Este hecho es característico de las culturas primitivas en general, en las cuales "era la mujer quien preparaba el alimento y consecuentemente también sabía mejor cómo preparar una poción curativa"⁶⁵.

2. Si comparamos los esquemas tipológicos de las cuatro enfermedades antedichas, surgen los siguientes elementos generales —comunes a todos ellos— y específicos —exclusivos de cada uno en particular (Véase Cuadro V).

Del análisis de este cuadro comparativo se desprenden las siguientes observaciones:

2. 1. Coexisten conceptos de enfermedad empírico-rationales y mágico-religiosos, representados los primeros por el *empacho*, *lipiria* y *enfriamiento a la guata*, y los segundos por el *mal de ojo*. Se produce, por lo tanto, una intersección de planos en la cual se combinan, por una parte, observaciones empíricas basadas en la experiencia cotidiana y en el ensayo y error y, por otra, las creencias populares basadas en la tradición oral.
2. 2. Desde un punto de vista sintomatológico la nomenclatura popular asignada a estas enfermedades es difusa por el empleo de cuatro nombres distintos para cuadros poco diferenciados, los cuales pueden ser ocasionalmente equivalentes.

64 Foster, *Culture and Conquest*, p. 227.

65 Sigerist, *op. cit.*, p. 115.

CUADRO V

ELEMENTOS TIPOLOGICOS COMPARADOS

	EMPACHO	LIPIRIA	ENFRIAMIENTO	MAL DE OJO
ETIOLOGIA				
a) <i>específica</i>	1. Mamadera 2. Comida detenida	1. Fruta verde 2. Comidas contrarias	1. Frío ambiental 2. Permanecer en el agua	1. Persona de sangre pesada que acaricia al niño
b) <i>general</i>	COMIDAS QUE CAEN MAL			
SINTOMATOLOGIA				
a) <i>específica</i>	1. Ojos asentados 2. Inapetencia	1. Dolores 2. Retorcijones	1. Compromiso abdominal 2. Fiebre	1. "Ojo caído o achicado"
b) <i>general</i>	1. Diarrea (+) 2. Fiebre (+) 3. Vómitos (+)	1. Diarrea (+) 2. Fiebre (-) 3. Vómitos (+)	1. Diarrea (+) 2. Fiebre (+) 3. Vómitos (-)	1. Diarrea (-) 2. Fiebre (-) 3. Vómitos (+)
TERAPEUTICA				
a) <i>específica</i>	1. Quiebra 2. Purgante	1. Infusiones con excrementos	Infusiones, vahos u objetos calientes	Santiguamiento
b) <i>general</i>	INFUSIONES DE YERBAS			
PROFILAXIS				
a) <i>específica</i>	Evitar mamadera o comida mal preparada	No comer comidas mal preparadas, contrarias, o fruta verde	Evitar frío	Cinta roja con medalla de plata
b) <i>general</i>				

2. 3. Nuestros informantes emplean un mínimo operante de conceptos etiológicos, terapéuticos y profilácticos expresados en enunciados simples. Sin embargo, ellos demuestran poseer una discriminación sintomatológica fina y detallada cuya potencialidad se examinará más adelante en relación a la educación sanitaria. La profilaxis denota una máxima simplificación de recursos seguida por la terapéutica, cuyo núcleo básico consiste en las tradicionales infusiones de yerbas medicinales. Como ya lo hemos mencionado en repetidas ocasiones en relación a cada enfermedad, el uso de estas infusiones se remonta a orígenes remotos, encontrándose sus primeras manifestaciones en todas las medicinas primitivas del mundo⁶⁶. En cuanto al uso específico de determinadas infusiones en el tratamiento de las enfermedades estudiadas, este deriva evidentemente de terapéuticas oficiales europeas y coloniales de los siglos XV, XVI, XVII y XVIII⁶⁷, los cuales se folklorizaron, pasando al dominio de la comunidad.

3. Desde un punto de vista estructural general, el concepto popular de enfermedad opera según los siguientes mecanismos:

⁶⁶ Ibid., pp. 114, 147, 171.

⁶⁷ Vicuña Mackenna, op. cit., p. 64; Ferrer, op. cit., pp. 70-72, 169, 265; Laval, op. cit., pp. 45, 73-74, 121, 133, 136, 163, 172, 182, 186.

3. 1. Etiología y profilaxis son antitéticas, gobernándose la segunda por las creencias etiológicas predominantes. En consecuencia, si el frío es causa de enfermedad, su profilaxis será evitar el frío; si la comida o mamadera mal preparada, comidas contrarias o fruta verde son las causas desencadenantes, la profilaxis será evitar su ingestión; y si son las caricias al niño, éste debe ser sometido a maltrato.
3. 2. Etiología y sintomatología son antitéticas a la terapéutica, operando principalmente:
 3. 2. 1. Por oposición de sus respectivos elementos que determinan la elección de recursos terapéuticos particulares. De tal manera, el frío debe combatirse con calor; la *detención* o *asentamiento* de alimentos con la *quiebra*; el *mal* con el *santiguamiento*.
 3. 2. 2. Por magia imitativa centrada en una relación analógica primaria y simple. Es así como en el caso particular de la *lipiria*, la diarrea —o exceso de excremento humano— es combatida con infusiones de excremento animal.

B. Conclusiones extrínsecas y discusión

1. Desde el punto de vista de la docencia médica, antes de 1968, la Facultad de Medicina no ofrecía al estudiante posibilidades formativas para enfrentar al medio sociocultural en el cual éste se desempeñaría posteriormente como profesional. En 1968, durante el proceso de Reforma Universitaria, diversas consideraciones hicieron ver claramente que la enseñanza de la medicina era inadecuada para las características y necesidades del país, observándose sobre todo el caso de los médicos generales de zona, quienes, al realizar sus labores profesionales, sufrían el denominado *shock cultural*, producto del hiatus progresivo entre el universitario y su medio social, que ocurría en el transcurso de la carrera⁶⁸. Dicho shock se expresa en un estado angustioso o de desconcierto e inacción provocado en el profesional debido a su incapacidad a integrarse o de participar de los valores de un grupo sociocultural que le es ajeno. Con el fin de superar los problemas de déficit de la enseñanza médica, se propusieron en 1968 varios planes de docencia integral, a través de los cuales se intentaba corregirlos. Entre ellos, destacó el programa elaborado por la comisión de planificación en el cual se planteaba la necesidad de un contacto temprano del estudiante con la comunidad, tanto por la importancia que implicaba para la integración afectivo-vocacional del joven frente a la orientación de servicio de su futura profesión como por su utilidad para el conocimiento de los conceptos de la comunidad sobre salud y enfermedad, lo que le permitiría un mejor desempeño profesional en lo concreto⁶⁹. Para llevar a cabo un programa de docencia de este tipo, la Facultad de Medicina no contaba ni cuenta aún con los recursos humanos y materiales adecuados.

⁶⁸ Véase Juan Marconi, "La Prevención del Shock Cultural en el Médico Recién Egresado", en *Vida Médica*, XVII, 9, 1967, pp. 20-21; y Carlos Valenzuela, *Planes de Enseñanza de Medicina Durante la Reforma*, Santiago, Universidad de Chile, Tesis de Grado, 1971, p. 1.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 4.

Sólo se han introducido algunas modificaciones en los programas docentes clásicos, los cuales, por lo menos, han permitido desde 1968 a algunos estudiantes de los primeros años de la carrera, atisbar el mundo de la cultura popular. Como se puede desprender fácilmente de los resultados de nuestro trabajo, la comunidad posee una serie de creencias con respecto a los problemas de salud que no son, ni con mucho, conocidas por el grueso de los profesionales de la salud. Es, pues, obvia, la utilidad que prestaría en la formación integral del médico un contacto temprano con el complejo de la medicina tradicional, tanto popular como aborígen. Dicho contacto permitiría al futuro médico conocer una realidad médico-cultural chilena. A partir del análisis crítico de sus estructuras y funciones básicas, sería posible adaptar y adecuar con eficiencia los recursos técnico-científicos, poniéndolos al servicio de la comunidad.

2. Desde un punto de vista asistencial, el conocimiento de los patrones básicos de la medicina popular facilitaría el trabajo con los pacientes en hospitales y consultorios en varios aspectos, que se detallan a continuación:

- 2.1. En la realización de las anamnesis podría hacerse uso de algunos elementos pertenecientes al vocabulario popular, el cual incluye una variada terminología relativa a la enfermedad y sus síntomas. Esto último podría ser empleado con éxito para reestructurar o dirigir las anamnesis, con miras a una mayor clarificación de los datos proporcionados por el paciente cuando la situación o caso particular así lo requiriese.
- 2.2. Si el médico conociera o practicara un mínimo operante del vocabulario médico-popular, tendría mayores posibilidades de transformarse en el agente de salud habitual para aquellas enfermedades populares que no se le remiten en la actualidad.
- 2.3. Conociendo el funcionamiento y estructura de los patrones básicos de la medicina popular, el médico podría planificar, por ejemplo, el uso de algunos elementos terapéuticos populares inocuos —tales como las infusiones de ciertas yerbas o cortezas— en calidad de refuerzo de la terapéutica científica, lo que probablemente aseguraría mejor el cumplimiento de las medidas recomendadas al paciente. De este modo, estaría utilizando el concepto médico-popular de que los medicamentos se potencian entre sí, lo cual se manifiesta en la terapéutica popular en el uso de infusiones mixtas de yerbas, con o sin el agregado de medicamentos, especialmente antipiréticos.
- 2.4. Asimismo, en Educación para la Salud, sería preciso tomar en cuenta los conceptos y creencias populares acerca de la enfermedad para introducir nociones y normas básicas de higiene y medicina científica en la población, mediante educación programada. En este sentido, podría ser aprovechada tanto la capacidad en la discriminación de síntomas como la existencia de un régimen casero de decisiones en la elección del agente habitual de salud por parte de la comunidad. De este modo, las actividades de Edu-

cación para la Salud enfocarían correctamente hacia la sustitución de concepciones populares que pueden ser nocivas para la salud pública por elementos fundamentales del conocimiento médico científico, sin pretender llenar un vacío inexistente en la conciencia del pueblo con respecto a la salud y la enfermedad.

3. Como ha podido apreciarse en los resultados de este trabajo (Cuadros I al IV), la elección del agente habitual de salud es precedida por un examen sintomatológico empírico, el cual condiciona el régimen de decisiones adoptadas por la comunidad. La elección recae mayoritariamente sobre personas ajenas al equipo de salud, quedando el médico subordinado a un rol de escasa importancia (véase Cuadro VI). Las personas que sustituyen al médico incluyen a portadores de la tradición popular —tales como *meicas*, *yerbateras*, *entendidas* o *curiosas*— o bien personas de buena voluntad —tales como vecinas o familiares— o, por último, el propio paciente. Entre los argumentos empleados por los informantes para justificar dichas preferencias, sobresalen principalmente dos: por una parte, el médico no conoce dichas enfermedades y/o se mofa de ellas. Y, por otra, la medicina popular es considerada como la “medicina de los pobres”, concepto que deriva fundamentalmente de la imposibilidad de efectuar gastos extraordinarios con motivo de enfermedad en las familias de escasos recursos. En múltiples ocasiones, la consulta al médico implica la realización de un gasto y al individuo impedido de efectuarlo le parece mucho más fácil conseguir terapéutica popular gratuita, ya que las yerbas crecen prácticamente en la mayoría de los jardines de las viviendas populares (véase Cuadro VI).

CUADRO VI

AGENTE DE SALUD HABITUAL

	MEDICO	OTRAS PERSONAS
EMPACHO	6	43
LIPIRIA	8	33
ENFRIAMIENTO	8	33
MAL DE OJO	0	41
TOTALES	22	150

No es difícil evidenciar la existencia de una barrera cultural entre el equipo de salud y la comunidad⁷⁰, debido tanto a diferencias socio-culturales pronunciadas entre ambos sectores, como a creencias populares de fuerte arraigo. Se cree comúnmente que los esquemas tipológicos

⁷⁰ Véase George Foster, *Las Culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos*, México, Fondo de Cultura Económica, 1964, pp. 62-63; y Juan Marconi, “Esbozo de Modelos de Valor Epidemiológico para la Investigación y la Acción en América Latina”, en *Acta, Fondo para la Salud Mental*, Buenos Aires, II, 1970, pp. 169-170.

de las enfermedades aquí estudiadas son del dominio exclusivo de la comunidad y que deben ser tratadas por sus representantes, ya que los profesionales carecen de "idoneidad" por desconocer sus fundamentos e incluso por usar métodos terapéuticos considerados antinaturales o tóxicos⁷¹. Al mismo tiempo, la comunidad se identifica con su propia medicina, no sólo porque es gratuita o de bajo costo, sino también porque a través de su práctica se refuerzan los lazos de solidaridad vecinal o familiar, muy desarrollados de por sí en las clases populares y que constituyen uno de sus modos de conciencia social más característicos. Por todas estas razones, la posibilidad de acceso a la medicina científica de las cuatro enfermedades estudiadas es escasa (véase Cuadro VII).

CUADRO VII

ACCESO A MEDICINA CIENTIFICA

	Positiva	Negativa	Dudosa o ambigua	Desconocimiento o abstención
EMPACHO	7	16	12	4
LIPIRIA	6	9	14	4
ENFRIAMIENTO	10	11	4	4
MAL DE OJO	3	19	5	6
TOTALES	26	55	35	18

4. La barrera cultural existente entre los servicios de salud y la población se ha agudizado, quizás, por los juicios de valor emitidos con frecuencia por los miembros del equipo de salud, en general, y el médico, en particular, acerca de la medicina popular y sus agentes. Tanto la comprensión de la cultura popular en su propio contexto —como producto de un estado sociocultural históricamente determinado— como la rectificación de actitudes que emergen de juicios de valor etnocéntricos, son indispensables para cerrar la brecha que separa al profesional de la salud de la comunidad a que sirve.

5. En la acción de salud inmediata, debe evitarse superponer nuevos elementos sobre estructuras tradicionales antiguas cuyas características se desconocen. Es preciso que los planes de salud sean precedidos de diseños exploratorios en los cuales la realidad cultural sea descrita a modo de diagnóstico. De esta manera, podrá influirse positiva y eficientemente sobre las concepciones de la población sobre salud y enfermedad, evitándose la pérdida de tiempo y recursos que implica el actuar sobre terreno desconocido. No se trata de ningún modo de situarse en una posición directamente antagónica a la de la comunidad —máxime si consideramos que los agentes de salud populares son

⁷¹ Simmons, *Un Estudio Sobre Aspectos de Actividades...*, p. 42.

muy bien considerados por la población y actúan en ella como líderes—, sino de invadir científicamente el campo de las explicaciones y recursos frente a la enfermedad, determinando una nueva actitud en los beneficiarios de los servicios públicos de salud, más favorable a la acción del equipo de salud.

6. Como lo hemos señalado en nuestra introducción, en la época colonial ocurrió la folklorización de una medicina oficial difundida a la comunidad principalmente por los misioneros⁷². Dicha folklorización implicó una enseñanza sistemática de la comunidad, iniciándose entonces un germen de lo que hoy día denominamos medicina intracomunitaria. A pesar de la enorme diferencia existente entre aquella época y la actual en lo que a conciencia social se refiere, sería probable que en el futuro se folklorizara una parte sustancial de la medicina científica, lográndose una comunicación real entre la comunidad y el equipo de salud. Este proceso, deseable sin duda alguna, debe ser proyectado y encauzado por los servicios de salud, de tal modo que la resultante sea una superación de las actuales dificultades que cierran el acceso a la salud a grandes sectores de la comunidad nacional, no sólo debido a las consecuencias económicas del subdesarrollo chileno—que no permiten la existencia de un número adecuado de recursos humanos y materiales en salud—, sino también debido a la existencia de la barrera cultural entre el pueblo y los servicios públicos de salud.

Apartado de Cuadernos de
la Realidad Nacional N° 9,
de septiembre de 1971.

Museo

⁷² Kiev, op. cit., p. 23.

238

 Digital

Mus

FACULTAD DE MEDICINA

| UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE