

Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla¹

Benoit Jorand
Colegio de Postgraduados

RESUMEN: *en este artículo se expone una aproximación al estudio de los procesos de transformación que se llevan a cabo en el conocimiento de la medicina tradicional que poseen las comunidades nahuas del municipio de Hueyapan, en la Sierra Norte de Puebla.*

El estudio es de tipo sincrónico y busca entender el estado actual del saber local, fundamentado, principalmente, en el uso y la conservación de la herbolaria tradicional mediante la evaluación de los impactos que tienen los sistemas oficiales de salud sobre los conceptos de salud y enfermedad, y sobre la práctica médica de los grupos indígenas. Se trabajó con una combinación de métodos y técnicas de investigación, tanto cualitativas como cuantitativas; las primeras para medir el número y la diversidad de plantas medicinales presentes y utilizadas, así como el conocimiento que sobre ellas tienen los grupos domésticos, las curanderas y otros especialistas. Las técnicas cuantitativas se utilizaron para definir con precisión la relación de la población nahua con la flora medicinal, en términos de percepción y representación.

Se pudo comprobar que la medicina tradicional, en particular el conocimiento especializado de las curanderas y otros especialistas tradicionales, está en proceso de cambio. Esta transformación se da al nivel del grupo doméstico, en particular por medio de la mujer que juega un papel central en los procesos de reproducción, transmisión y redefinición del conocimiento de la medicina tradicional por estar en relación con diferentes agentes y participar en ámbitos de socialización vinculados con la atención de la salud. Ella tiene, también, un papel importante en la conservación y el rescate de las plantas medicinales, en particular en el cultivo de éstas en huertos domésticos.

ABSTRACT: *In this work a summary of the study of the processes of transformation that occur within the knowledge of traditional medicine possessed by the nahua communities of the municipality of*

1 Este trabajo fue realizado con el apoyo del Programa de Becas de la Secretaría de Relaciones Exteriores y la ayuda financiera y material del Colegio de Postgraduados. Agradezco, en particular, al doctor Mario Aliphath Fernández su apoyo y consejos a lo largo del trabajo de investigación. Doy las gracias al doctor Juan Alberto Paredes Sánchez por su ayuda en la fase de trabajo de campo, y a la ingeniera Verónica Torres Valencia por su apoyo durante mis estancias en el municipio de Hueyapan. Agradezco también al doctor Néstor Estrella Chulin y al doctor Juan Pablo Martínez Dávila por sus consejos en momentos clave del desarrollo de mi trabajo.

Hueyapan, in the Northern Sierra of Puebla, is presented. This knowledge is based mainly on the use and conservation of traditional herbolary, as well as in the ancestral concepts of illness and medicine.

The study is synchronic and aims to understand the current state of local knowledge, through the evaluation of the impacts of the official health system on the conceptualization of the relationship between health-illness and medical practice held by indigenous groups.

It was possible to verify that traditional medicine is still important in the region. However, there is a tendency for the specialized knowledge of the curanderas and other traditional specialists to disappear. The transformation of traditional knowledge takes place at the level of domestic groups, in particular through women who have a key role in the processes of reproduction, transmission and redefinition of the knowledge of traditional medicine. They also play an essential role in the conservation and revival of medicinal plants through the cultivation of them in home gardens.

PALABRAS CLAVE: *medicina tradicional, herbolaria, huerto doméstico, cosmovisión indígena, sincretismo.*

KEY WORDS: *traditional medicine, herbolary, home-garden, indigenous world view, syncretism.*

INTRODUCCIÓN

A pesar del predominio actual de la medicina occidental en el campo mexicano, en los hechos, la mayoría de la población mexicana no tiene acceso a estos servicios. En el medio rural esto se explica por las condiciones mismas de vida de la población y por factores limitantes como el aislamiento geográfico, la marginación social o los escasos recursos económicos [Anzures y Bolaños, 1983].

Por otra parte, los métodos curativos tradicionales se mantienen marginales y son totalmente desconocidos en comparación a otros países ya sea por criterios de eficiencia, económicos, culturales, sociales o raciales [Nieto, 1983:137-138]. La tasa de recolección de las plantas medicinales consumidas en el país es otro indicador de la escasa valoración de la medicina tradicional herbolaria y su poca consideración como sistema de atención a la salud [Hersch-Martínez, 1997]. En efecto, a pesar de la política oficial de acercamiento y reconocimiento de las prácticas médicas tradicionales, las relaciones entre las dos medicinas siguen ambivalentes. Con excepción de experiencias puntuales positivas de intercambios de ideas y prácticas, el discurso oficial contrasta con la actitud, a veces poco congruente, del personal de salud hacia las ideas y prácticas de la medicina tradicional.

Sin embargo, la medicina tradicional sigue siendo de primera importancia tanto en el medio rural como en el urbano [Bartoli, 1995] por ser el recurso esencial para una gran parte de la población que está al margen de los servicios oficiales. Modena [2002] no duda en afirmar que la medicina popular y especializada se ubica en el centro del problema de salud, lo que queda comprobado por la proporción de uno a cuatro entre médicos alópatas y médicos tradicionales [Lozoya, Velázquez *et al.*, 1988], la gran variedad de sistemas curativos tradi-

cionales reconocidos y aceptados por la población y las amplias competencias y conocimientos de los terapeutas tradicionales [Bartoli, 1995]. Señala el mismo autor que el conjunto de “prácticas empíricas y simbólicas que constituyen el extenso terreno de la autoatención doméstica y femenina juega un papel fundamental y, en ciertos casos, insustituible en las estrategias locales de atención a la salud” [Bartoli, 1995:79].

Esta importancia vigente se explica también por los rasgos singulares de la medicina tradicional, en particular por su capacidad de atender dolencias específicas, llamadas de “filiación cultural” [Fagetti, 2004], que la medicina occidental no reconoce como enfermedades, y por la importancia en su práctica del uso de las plantas medicinales. Además de la salud, la medicina tradicional tiene importancia para la preservación del grupo doméstico, la preservación de la cultura y el desarrollo de medicamentos [Campos Cabral, 2004].

Siendo parte importante del conocimiento de la medicina tradicional de los grupos indígenas, en su relación etnobotánica con las plantas medicinales, experiencias recientes muestran que el cultivo de éstas puede apoyar al desarrollo rural de las comunidades. El cultivo doméstico de plantas medicinales se revela como una opción interesante en todos los ámbitos del desarrollo, cumpliendo con tres objetivos: la seguridad alimentaria, el manejo adecuado de los recursos naturales y el desarrollo económico con comercialización de plantas [Ibargüen Tinley, 2006; Del Ángel-Pérez y Mendoza Martin, 2004; Acosta de la Luz, 2001].

El desarrollo de la presente investigación se enmarca en la nueva dinámica ilustrada por la implementación del Programa Especial de Seguridad Alimentaria (en adelante PESA), cuyos objetivos son el mejoramiento de la seguridad alimentaria a nivel familiar y la reducción de la pobreza de manera sostenible, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas y de sus comunidades rurales en la apropiación y autogestión de recursos. Entre otras modalidades, el PESA se concreta en proyectos de huerto familiar de traspatio dirigidos a la producción de alimentos vegetales y de proteína animal en espacios cercanos a la casa, a través de la unidad familiar para el autoconsumo. Además, estos proyectos pueden dar cabida a la comercialización de productos herbolarios que representan una posible alternativa económica en comunidades rurales con el triple propósito de generar ingresos, conservar la biodiversidad de plantas y mejorar la salud [SAGARPA, s/f].

A la luz de estas premisas referentes a la situación de la salud en México, y de la vigencia de la medicina tradicional, en particular del conocimiento herbolario, buscamos entender cómo va evolucionando la medicina tradicional frente al proceso de aculturación que padece. Se destacó el problema de su ubicación actual frente a la medicina occidental en el medio rural, y de la evaluación de su

importancia en la atención de la salud de poblaciones rurales. Parte del problema reside en entender su relación con la cultura indígena y las formas en que los cambios en ésta puedan afectarla. En particular, nos preguntamos de qué manera el grupo doméstico, como centro de reproducción, transmisión y difusión del conocimiento médico, puede ser a la vez factor de permanencia y de cambio de este conocimiento. Asimismo, una aplicación práctica de esta problemática es saber de qué manera se puede llegar al reconocimiento y rescate de este conocimiento, y en qué formas éstos pueden favorecer el desarrollo rural y la defensa y promoción de la cultura indígena. El objetivo general del estudio fue entender las formas en que el conocimiento local del uso de las plantas medicinales de las comunidades nahuas del Municipio de Hueyapan está cambiando con la presencia de la medicina occidental. A manera de corolario, nos propusimos conocer las formas en que el conocimiento y uso de las plantas medicinales sigue jugando un papel importante como uno de los sistemas locales de atención a la salud.

El Municipio de Hueyapan, en la Sierra Nororiental del Estado de Puebla, fue elegido por presentar una población mayoritariamente náhuatl, una gran variedad y abundancia de recursos florísticos debido a las condiciones ambientales, muy variadas, y una tradición todavía muy fuerte en el uso de plantas medicinales por parte de diversos miembros de las comunidades, especializados en diversas formas de curar las enfermedades. El trabajo se realizó en siete comunidades nahuas: Atmoloní, Tanamacoyan, Ahuatepec, Nexpan, Tepetzintan, Dos Ríos y La Aurora, en las partes altas y bajas del Municipio, con grupos domésticos que participan en proyectos de huerto de traspatio, por lo que tienen dinámicas interesantes de manejo y uso de plantas medicinales.

Las restricciones en tiempo y materiales impidieron llevar a cabo un estudio diacrónico que se antoja necesario para una comprensión adecuada de las dinámicas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional de una población indígena (nuestro objeto de estudio). Asimismo, trabajamos con un enfoque sincrónico, partiendo del supuesto de que la descripción del conocimiento indígena actual en sus diferentes componentes permite acercarse a sus tendencias pasadas y actuales de cambio. Además, un enfoque de sistemas, elegido de acuerdo con los últimos desarrollos de la ciencia etnobotánica, permitió ubicar el conjunto de los actores y elementos vinculados con la atención a la salud, y las interacciones entre éstos que explican la conformación del conocimiento médico y su transformación.

La metodología combinó técnicas cuantitativas y cualitativas, incluyendo encuestas estructuradas y sistemáticas con base en un muestreo con varianza máxima y su análisis estadístico de tipo descriptivo y no paramétrico, entrevistas abiertas a médicos tradicionales, pláticas informales con informantes

clave y observación participante. Se realizaron, también, colectas de material herbolario de acuerdo con las técnicas de Martin [1995], logrando el registro de 130 plantas medicinales, las cuales se concentraron a través de un herbario y fotografías digitales.

MODELO CONCEPTUAL DE ANÁLISIS

El grupo doméstico está en el centro de las dinámicas de reproducción, transmisión y difusión del conocimiento médico a nivel colectivo, por lo que se eligió como unidad de análisis. Las mujeres juegan un papel esencial en estas dinámicas, en particular mediante el manejo doméstico de la salud, por ser creadoras y portadoras de un conjunto de saberes que se refieren a una práctica híbrida con raíces en la medicina tradicional, llamada medicina doméstica o casera [Zolla y Mellado, 1995; Hernández Tezoquipa *et al.*, 2001].

En efecto, el ámbito doméstico es un espacio de socialización para el aprendizaje de la medicina tradicional, primero mediante la experiencia personal con el cuidado de los niños y la enseñanza de las madres, abuelas, mujeres mayores o los médicos tradicionales, y luego por medio de la interacción con las vecinas o mujeres del mismo grupo generacional, y también mediante la experiencia como paciente de los centros de salud o las clínicas [Hernández Tezoquipa *et al.*, 2001; Alberti-Manzanares, 2006].

Así, los conocimientos se construyen con la socialización en el marco de situaciones socioculturales particulares, mediante las interrelaciones que tiene la mujer en su vida cotidiana con diversos agentes y ámbitos portadores de diferentes tipos de conocimientos [Hernández Tezoquipa *et al.*, 2001]. Por ser construcciones sociales, estos conocimientos son producto de relaciones de influencia y de poder, constantemente renegociados, dentro de un proceso histórico de aculturación que sigue en la actualidad con la presencia e influencia de la sociedad dominante [Foller, 2002]. Asimismo, el ámbito doméstico es un espacio donde se reproduce el modelo médico dominante, en particular mediante la automedicación. Es el espacio privilegiado de reconformación y combinación del saber y de las prácticas médicas tradicionales con elementos de la práctica médica occidental.

El vínculo entre la sociedad dominante y la práctica médica tradicional lo representa la cultura indígena: siendo la medicina tradicional una de sus expresiones más exactas, no escapa a este proceso de cambio y redefinición de los elementos que la constituyen. Como parte de la cultura dominante, la medicina occidental es un factor importante en el proceso de aculturación de grupos indígenas, teniendo un fuerte impacto sobre los sistemas médicos locales. Esta influencia se expresa mediante la práctica y actitud de los profesionales de la salud que actúan según la política oficial, las farmacias (que son espacios

de promoción de medicamentos) y los medios de comunicación [Hernández Tezoquipa *et al.*, 2001].

LOS RESULTADOS

Recursos en Plantas Medicinales

Se registraron en el municipio 130 plantas medicinales, constituidas por dos grupos cuya distribución está delimitada por una zona climática. Una cuarta parte de estas plantas no ha podido ser identificada de manera segura, refiriéndose a nombres locales en náhuatl. Asimismo, se supuso que algunas de las plantas, si bien su distribución rebasa los límites del Municipio, tienen un uso restringido en la zona, como el *matantsin*, la hierba de sol, la hierba muestra, la alelia, el *tzol-tzolxiuit*, el *altzeltzeltzin*, el *matahuahcatl*, el *teposot*, el *tahpetate* y la mercadera. La forma más común de clasificación de las plantas que se ha podido comprobar es la clasificación según su calidad fría o caliente, de origen prehispánico; y la forma de clasificación del uso de las plantas que se ha podido destacar es según el tipo de enfermedades, que se dividen en enfermedades “comunes”, “específicas” y “culturales”.

Los grupos domésticos tienen un promedio de cinco plantas, incluyendo las que recolectan o compran. Un 40% tiene más de cinco plantas, que corresponden a mujeres entre 30 y 40 años, más activas en el cultivo y uso de plantas. Algunas mujeres de mayor edad, consideradas como las que saben más del uso y conocimiento de las plantas, manejan un mayor número de ellas. En su mayoría, las mujeres compran a sus vecinas las plantas o semillas para plantar, lo que parece la manera más sencilla y rápida. Otras formas de conseguir plantas es comprándolas en la tienda local o en los mercados de las ciudades cercanas o recolectándolas cerca de la casa, en los caminos o ríos cercanos, o más lejos, si es necesario; a veces hasta la parte baja del Municipio para usarlas directamente, frescas o secas o para replantar.

Conocimiento compartido por los grupos domésticos

En cuanto al conocimiento de las plantas y sus usos, parte central del estudio, la mayoría de las mujeres lo tienen, aunque fragmentado y a menudo restringido a las plantas que se manejan dentro de los grupos domésticos y de los ámbitos de intercambio de informaciones sobre las plantas.

Las plantas que se usan más (v. Tabla 1) son las más comunes y difundidas: la hierba buena, el orégano y el tomillo. Estas sirven para enfermedades comunes como el dolor de estómago, la fiebre, la gripe, enfermedades que se curan más en los grupos domésticos (v. Tabla 2). Es interesante señalar que también se usan muchas plantas menos conocidas como la ruda, el *matantsin* y el sauco que sirven para curar enfermedades “culturales”, como el mal aire, el susto o la recaída después del parto.

Tabla 1.
Plantas medicinales más usadas

Planta	% de las mujeres que utilizan la planta	Planta	% de las mujeres que utilizan la planta	Planta	% de las mujeres que utilizan la planta
Hierba buena	48.5%	Manzanilla	21.2%	Tomillo	13.6%
Ruda	48.9%	Espinosillo	21.2%	Rosa blanca	13.6%
Orégano	42.2%	Sauco	15.2%	Rosa de castilla	13.6%
Matantsin	33.3%	Hierba dulce	15.2%	Sábila	12.1%
Hierba de sol	24.2%	Mirto	15.2%	Cedrón	10.6%

Fuente: trabajo de campo

Tabla 2.
Enfermedades más curadas

Enfermedad	% de las mujeres que curan la enfermedad	Enfermedad	% de las mujeres que curan la enfermedad
Dolor de estomago	53%	Susto	16.7%
Temperatura	34.5%	Tos	13.7%
Diarrea	25.8%	Recaída	13.7%
Mal aire	21.2%	Dolor de cabeza	9.1%
Gripe	16.7%	Empacho	6.1%

Fuente: trabajo de campo

Cuando se habla de conocimiento, se hace referencia a distintas categorías como son las capacidades y las habilidades. Dentro de las categorías del conocimiento se destaca la capacidad de reconocimiento de una planta, es decir, el poder identificarla cuando se la enseña, que es distinto del conocimiento de su nombre, que por su variación de una localidad a otra o de un idioma a otro no tiene un referente objetivo. Otro aspecto del conocimiento relacionado con las plantas es el clasificarlas según su calidad fría o caliente, calidad que determina el tipo de enfermedades que se pueden curar, ya que, según la cosmovisión náhuatl, todas las “cosas” del mundo se pueden clasificar de esta forma. Otra forma de conocimiento se refiere a la utilidad de cada planta, es decir, al saber para qué tipo de enfermedades su uso se revela eficiente, enfermedades que se pueden clasificar en función de las partes del cuerpo y del grado de “filiación cultural”. Muy relacionada con este conocimiento es la habilidad de preparar remedios con base en la planta, como el té, el baño o el confortativo.

La mayoría de las mujeres poseen todos los conocimientos mencionados, aunque suscritos, a menudo, a las plantas comunes que tienen en su huerto. Se averiguó que entre más grande es el número y la variedad de plantas medicinales que tiene una mujer, más amplio y detallado es el conocimiento que tiene de ellas en todos los aspectos. De igual manera, las mujeres que aprendieron por medio de un familiar tienen más conocimiento. De hecho, se encuentran en cada comunidad una o dos mujeres que tienen un conocimiento más amplio de las plantas y de sus usos, por ser familiares o por ser ellas mismas médicos tradicionales.

Conocimiento Especializado de las Curanderas / Parteras

El conocimiento especializado de los médicos tradicionales, de tradición náhuatl, representa una unidad de la cual se desprende el conocimiento colectivo y de cierta forma vulgarizado que se acaba de describir. Una aproximación a este conocimiento fue llevada a cabo mediante entrevistas a profundidad con tres curanderas locales, complementándose con pláticas informales con curanderas o mujeres con conocimiento avanzado, según la metodología aplicada en el proyecto de Testimonios de vida de Médicos Indígenas Tradicionales de la Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

De las entrevistas se desprenden semejanzas en el aprendizaje de cada curandera, características que, más allá de la pertenencia a un mismo ámbito cultural, religioso y simbólico, parecen tener una validez universal. Se destacan pautas comunes en cuanto a la iniciación, que sigue el mismo proceso de enfermedad, sufrimiento y sueño en el que se reveló la vocación, que corresponde al proceso descrito por Mircea Eliade: “todas las experiencias estáticas que deciden acerca de la vocación del futuro chamán asumen el esquema tradicional de una ceremo-

nia de iniciación: sufrimiento, muerte y resurrección” [1960]. Las tres curanderas coincidieron en la afirmación de que la capacidad de curar las enfermedades es un don divino, que si bien uno lo trae de nacimiento, no se revela enseguida sino más tarde en la vida de la curandera, durante un sueño, y que la puesta en práctica de esta capacidad se da por medio de una prueba fuerte que es la enfermedad.

A partir de la revelación del don, las tres mujeres empezaron a desarrollar su habilidad en curar, practicando —primero— con los familiares y —después— con gente de la comunidad. Sin embargo, completaron su formación mediante cursos de dos tipos: reuniones de médicos tradicionales para profundizar sus conocimientos en medicina tradicional mediante intercambios de informaciones y experiencias, y capacitaciones en curaciones o atención al parto de tipo “moderno” en las casas de salud del Municipio o en las clínicas de las ciudades cercanas. De hecho, las tres curanderas tuvieron la oportunidad de trabajar en una clínica con el certificado que recibieron, pero rehusaron por no saber leer ni escribir o porque prefieren practicar en su casa.

La práctica médica de las curanderas se fundamenta, todavía, en el uso de las plantas medicinales que se consiguen en el huerto doméstico o cerca de la casa, en el monte o la milpa, en los ranchos de la parte baja, en las casas vecinas, la tienda naturista del pueblo o los mercados de ciudades cercanas. El número y la variedad de plantas usadas es mucho mayor al usado por los grupos domésticos, abarcando, además del conjunto de plantas de la región, plantas traídas de otras partes del país.

En la actualidad, las tres curanderas mezclan elementos de la medicina tradicional y de la medicina occidental en su práctica médica (v. Tabla 3). Empezaron con la práctica tradicional y han ido aprendiendo poco a poco la medicina occidental con médicos y por medio del “Programa Oportunidades para la Salud y Alimentación” de la Secretaría de Desarrollo Social, en el cual obtuvieron medicamentos, como pastillas e inyecciones, que les sirven, en particular, en el trabajo de parto. Comentan que la medicina occidental sirve bien para enfermedades específicas, o bien en combinación con la medicina casera para enfermedades comunes.

Tabla 3.
Numero de plantas y medicamentos usados por tipo de enfermedades

Uso	Número Enfermedades	Número Plantas	Número Medicamentos alópatas
Digestivo	2	8	3
Cultural	4	36	0
Respiratorio	2	17	3
Heridas	1	4	2
AR. Femenino	3	23	2
Nervios	1	19	1
Urinarias	1	5	2

Fuente: trabajo de campo

Así, la práctica médica de estas curanderas va evolucionando con la influencia de las instancias oficiales de salud, según dos tendencias distintas. Por un lado, la formación y capacitación en las técnicas modernas de curación les permite complementar y enriquecer sus conocimientos, y llegar a una combinación de prácticas que cubren una mayor gama de enfermedades, a veces con más eficiencia; por el otro lado, empero, la misma política oficial de salud, al fomentar una actitud, a menudo arrogante, del personal oficial de salud hacia las prácticas tradicionales, incita a los practicantes a dejar prácticas consideradas como atrasadas o supersticiosas para acercarse a los servicios modernos de mejor calidad y seguridad.

La práctica del parto es un buen ejemplo de los cambios ocurridos en la práctica médica tradicional de las curanderas. Aunque ha evolucionado con la introducción de técnicas “modernas” para un mejor acompañamiento del parto, las parteras tradicionales ya casi no lo practican por sentimientos de miedo y de culpa ocasionados por los consejos o inclusive la intervención de los médicos, que conlleva a la vez desconocimiento y desprecio de una práctica tradicional, supuestamente no suficientemente cuidadosa o hasta peligrosa, cuando desde mucho antes de la llegada de la medicina occidental ha dado los mejores resultados. Consecuencia de este fenómeno es la pérdida progresiva de esta práctica y del uso asociado de las plantas.

CONCLUSIONES

El amplio conocimiento del uso de las plantas medicinales de los grupos domésticos y los médicos tradicionales para atender todo tipo de enfermedades, inclusive de filiación cultural, permite afirmar que la práctica de la medicina tradicional se mantiene vigente entre la población indígena, basándose en el uso de las plantas medicinales.

La reproducción y transmisión del conocimiento de la medicina tradicional en el seno del grupo doméstico, revela ser un factor esencial de dicha permanencia. Éste puede representarse como el núcleo duro de permanencia y reproducción del conocimiento de la medicina tradicional, el cual se difunde e intercambia dentro de la comunidad con los demás actores involucrados en su construcción y transmisión. La permanencia esta apuntalada por:

1. La presencia y el cultivo de plantas medicinales en los huertos domésticos, así como otras formas de obtención de plantas medicinales como la recolección, el intercambio con las vecinas, la compra en las tiendas naturistas o mercados locales y regionales.
2. El conjunto de actividades que se despliegan alrededor del manejo de las plantas medicinales, como su cuidado o su almacenamiento.
3. La transmisión e intercambio intrafamiliar e intergeneracional del conocimiento, facilitado por la frecuente extensión del grupo doméstico. La relación especial que se da entre madre e hija sigue en el tiempo generacional con la interacción entre abuela y madre en la que los intercambios se dan en los dos sentidos.
4. La relación de respeto y confianza que se tiene con los médicos tradicionales, en particular por la atención de enfermedades de tipo cultural, que requieren técnicas de curación específicas vinculadas con una concepción particular de la salud-enfermedad que defienden como uno de los fundamentos de la identidad de su grupo.
5. La interacción del grupo doméstico con las vecinas y espacios de socialización como las reuniones de los grupos de traspatio o las numerosas fiestas religiosas en donde se dan intercambios de plantas, saberes o experiencias que fomentan la transmisión y la difusión del conocimiento médico tradicional.

Sin embargo, la medicina tradicional tal como se practica en las comunidades nahuas está en un proceso de transformación que tiene que ver con la aculturación que se da en la región, en particular con la introducción de nuevas formas de atención a la salud vinculadas con la medicina occidental. Si la medicina

doméstica sigue siendo preponderante, los motivos de tal elección en la atención a la salud echan luz sobre ciertas nuevas tendencias. Además del respeto y la fe en la tradición, se añade hoy el imperativo económico, que manda la preferencia por la combinación de recursos más accesibles.

La actitud de la población frente a la eficiencia y al poder de la medicina tradicional va cambiando. En la actualidad, la gente ya no duda en acudir al médico del centro de salud en caso de ineficiencia de las plantas o de enfermedad grave, costumbre fomentada por la política municipal o estatal. Incluso las mujeres ya no acuden a las parteras tradicionales sino a las clínicas, pese a que esas parteras siempre han trabajado con técnicas naturales que revelan ser más sanas, según el propio decir de la mujeres.

Esta orientación reciente de la atención a la salud hacia los servicios de la medicina occidental se traduce por cambios en las prácticas tradicionales de los especialistas como de los grupos domésticos. Hoy, casi cualquier tratamiento de tipo tradicional con uso de plantas medicinales se ve acompañado de consultas con el doctor y la ingesta de medicamentos alópatas. Así, la medicina doméstica es una combinación de medicinas que permite atender a la enfermedad con los medios terapéuticos que el grupo doméstico tiene a su alcance y que ya no incluyen solamente los recursos tradicionales, sino también un conjunto de elementos dentro de los cuales los servicios oficiales tienen cada vez más importancia.

La expresión más visible de este proceso es el fenómeno de automedicación de los grupos domésticos, surgido de la experiencia de las mujeres como pacientes en el uso de medicamentos para atender a sus familias y a sí mismas, e inducido por la falta de recursos económicos y el difícil acceso a los servicios oficiales de salud. Este fenómeno implica aceptación del modelo médico dominante, reforzado por los medios de comunicación y el recurso intermediario que representan los farmacéuticos. No obstante, el cambio de actitud de la población tiene que ser matizado por la atención diferenciada según el tipo de enfermedades. La elección del grupo doméstico entre las diversas opciones terapéuticas, que son la medicina tradicional especializada, la medicina occidental o la medicina popular doméstica que comprende automedicación y uso doméstico de plantas medicinales, depende, en última instancia, del tipo de enfermedad que se quiere curar, y difieren entre sí según ciertos criterios de gravedad, de especificidad y grado de filiación cultural:

- Las enfermedades “comunes” se pueden curar dentro del grupo doméstico, sin más recurso que una combinación de uso de plantas medicinales y de medicamentos de fácil acceso, de acuerdo con las capacidades de autoatención y automedicación desarrolladas por las mujeres.

- Las enfermedades “específicas”, por su gravedad o su especificidad, requieren el diagnóstico y la propuesta terapéutica de un médico, y a veces una intervención quirúrgica.
- Las enfermedades “culturales” requieren terapias manejadas específicamente por la medicina tradicional según las creencias locales que implican actos mágicos y religiosos.

Es fuerte el sincretismo de prácticas curativas para atender las enfermedades comunes o naturales que ambas medicinas saben curar con eficiencia o las enfermedades graves o específicas que requieren un tratamiento especial desconocido por la medicina tradicional. En cambio, cuando se trata de enfermedades “culturales”, la combinación de conocimientos no es tan fuerte, ya que la medicina occidental tiene poco acceso a los procesos de curación de tipo mágico-religioso que descansan en la “eficiencia simbólica”.

EL GRUPO DOMÉSTICO Y LA CULTURA, FACTORES DE PERMANENCIA Y DE CAMBIO

El uso diferenciado de la medicina tradicional u occidental en función del tipo de enfermedades, plantea de manera pertinente el papel ambiguo de la cultura, que actúa al nivel del grupo doméstico. Así, para entender la dinámica de redefinición del conocimiento médico indígena, es menester aprehender el grado de influencia de la cultura en las elecciones de la población en cuanto a la atención a su salud.

Por un lado, la cultura y la tradición se revelan esenciales en la permanencia de la práctica médica tradicional que atiende enfermedades culturales para las cuales la mayoría de la población recurre a remedios tradicionales dentro del grupo doméstico o acude —confiada— con médicos tradicionales que mezclan ritos y uso de plantas medicinales para la curación. Este fenómeno refleja la confianza que se da a la medicina tradicional en relación con la importancia de los valores y creencias que conforman la identidad étnica de la población indígena. De cierta forma, el conjunto de enfermedades culturales atestigua la vigencia de la cultura local, a la vez que ésta define y fortalece la especificidad de aquéllas. Sin llegar a hablar de un fenómeno de defensa implícita de la cultura local, ocurre un fenómeno de interacción en el que la atención a este tipo de enfermedades permite la permanencia de la cultura y de la tradición local, mientras esta presencia explica y justifica dichas enfermedades y su tratamiento con el recurso de la medicina tradicional.

Por otro lado, los mismos canales de preservación de la medicina tradicional son vínculos de influencia de la cultura dominante, que permea por todas las

conexiones del grupo doméstico con los otros ámbitos de la atención a la salud en forma de interacción, intercambio, información, consejo, concientización o, en ocasiones, normas. Así, como va evolucionando la cultura local con la influencia de la cultura exterior, según un proceso de aculturación que va redefiniendo su contenido, la práctica médica tradicional va transformándose con la presencia de la medicina occidental.

Además, si se considera a la cultura como un conjunto de conocimientos compartidos, pero “situados” [Foller, 2002] en el sentido en que se ubican y se definen en relación con un marco social e ideológico particular, se puede considerar el conocimiento médico “popular” compartido por los grupos domésticos como el terreno de encuentro, de conflicto y de influencia entre dos culturas distintas, choque entre la tradición y la modernidad, en el que cada sistema se ve redefinido. La dificultad del análisis reside en la complejidad de los procesos de influencia mutua y de retroacción en el encuentro entre dos culturas. Tal dificultad nos lleva a plantear cuestiones inherentes al problema del sincretismo. Caracterizándose por ser un proceso nunca acabado y siempre ambiguo, implica una redefinición constante de los elementos de la cultura, una puesta en movimiento de la tradición en su búsqueda para responder a las necesidades del presente. El conocimiento local no es un conjunto estable y fijo; está en constante proceso de reelaboración, renegociación y redefinición de los elementos que lo constituyen.

Esta “ambigüedad sincrética” que caracteriza, en la actualidad, a las nuevas formas de conocimiento médico de las comunidades nahuas, abre el debate sobre las posibilidades de combinación entre medicina tradicional y medicina occidental, que quizá puede encontrar una salida con la “aparición de un tercer espacio” [Bhabha, 1994] en el cual puedan evolucionar nuevas formas de conocimiento.

Dentro de esta nueva dinámica, queda por saber de qué manera la medicina tradicional influye, de manera indirecta, en las concepciones de la medicina occidental o de aprehender la importancia de la reacción creativa de los pueblos nahuas en la redefinición de sus concepciones en torno a la enfermedad y la salud. Otra cuestión sería distinguir dentro de las nuevas prácticas y actitudes de la población indígena los elementos meramente tradicionales, si aún existen, de los elementos traídos del exterior, de grado o por fuerza, reinterpretados, redefinidos y finalmente integrados —aunque sea en parte— a la cultura local.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta de la Luz, Lérica

2001 "Producción de plantas medicinales a pequeña escala: una necesidad de la comunidad", *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, vol. 6, núm. 2, pp. 62-66.

Alberti-Manzanares, Pilar

2006 "Los aportes de las mujeres rurales al conocimiento de plantas medicinales en México. Análisis de género", *Agricultura, sociedad y desarrollo*, vol. 3, núm. 2, México, Colegio de Postgraduados, pp. 139-153.

Anzures y Bolaños, María del Carmen

1983 *La medicina tradicional en México, proceso histórico, sincretismos y conflictos*, México, IIA-UNAM.

Bartoli, Paolo

2005 "¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México", *Revista de Antropología Social*, núm. 14, pp. 71-100.

Campos Cabral, Valentina

2004 *Estrategias de sobrevivencia en relación con la salud y la enfermedad: uso de plantas medicinales en grupos domésticos indígenas de Cuetzalan, Puebla*, Tesis de Maestría "Estrategias para el Desarrollo Agrícola Regional", Puebla, Colegio de Postgraduados.

Del Ángel-Pérez, Ana Lid y Martín Alfonso Mendoza Briseno

2004 "Totonac Homegardens and Natural Resources in Veracruz, Mexico", *Agriculture and Human Values*, vol. 21, núm. 24, pp. 329-346.

Eliade, Mircea

1960 *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*, México, FCE.

Fagetti, Antonella

2004 *Síndromes y filiación cultural. Conocimientos y prácticas de los médicos tradicionales en cinco hospitales integrales con medicina tradicional del estado de Puebla*, Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Follér, Maj-Lis

2002 "Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido, Ejemplos de los shipibo-conibo del este peruano", *Anales. N. E.*, núm. 5, pp. 61-84.

Hernández Tezoquipa, Isabel et al.

2001 "El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana", en *Rev Saúde Pública*, vol. 35, núm. 5, Cuernavaca, Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 443-450.

Hersch-Martínez, Paul

1996 *Destino común: los recolectores y su flora medicinal*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Ibargüen Tinley, Lorena

2006 *Comercialización de productos herbolarios como alternativa productiva en comunidades rurales-reflexiones preliminares en torno a una micro-empresa en Veracruz*, Mérida, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional, Memorias del Congreso.

Lozoya, Xavier, Angélica Guadarrama Velázquez et al.

1988 *La Medicina Tradicional en México*, México, IMSS.

Martín, Gary J.

1995 *Etnobotánica*, Montevideo, Nordan-Comunidad.

Modena, María Eugenia

2002 "Combinar recursos curativos: un pueblo mexicano en las últimas décadas del siglo xx", *Entre Médicos y Curanderos*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, pp. 333-371.

Nieto, José Antonio

1983 "Algunos aspectos culturales de las enfermedades y de la medicina", *Revista española de investigaciones sociológicas*, núm. 22, pp. 137-145.

Zolla, Carlos y Virginia Mellado

1995 "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", en González Montes, S. (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, COLMEX, pp. 71-92.

INTERNET

Sagarpa,

Proyecto PESA, <http://www.sagarpa.gob.mx/pesa/>