

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, TECNOLOGÍA MÉDICA,
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
DIVISIÓN DE POST-GRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA SALUD PÚBLICA MENCIÓN GERENCIA EN SALUD



TESIS DE GRADO

“FACTORES QUE AFECTAN A LAS ACTITUDES DE RECHAZO
FRENTE AL TRATAMIENTO BIOMEDICO POR PARTE DEL PACIENTE,
EN UNA INSTITUCION PRIVADA DE SALUD DE LA CIUDAD DE EL
ALTO”

“Clínica San Martín de Porres”

AUTOR: DR. WILFREDO AGUILAR LÓPEZ

TUTORA: DRA. ALLISON SPEEDING PALLET

“Tesis para optar el título de Magíster Scientiarum en Salud Publica Mención
gerencia en salud”

La Paz- Bolivia
2006

DEDICATORIA:

A Dios,
A mi familia por su infatigable
Aliento, paciencia y comprensión
en todo momento.

AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Allison Spedding P.
Por su permanente apoyo,
paciencia, sabiduría
y colaboración

Muchas Gracias.....

INDICE

Resumen.....	9
1. Introducción	11
1. 1. Antecedentes:	14
1.1.1 Medicina tradicional en el contexto internacional	18
1.1.2. Medicina tradicional en el contexto nacional.....	20
1.1.3. Biomedicina y medicina tradicional.....	21
1. 2. Planteamiento del problema.....	25
1.2.1. Situación del problema en el contexto nacional.....	25
1.2.2. Situación del problema en el contexto de la ciudad de El Alto.....	27
1.2.3. Situación del problema en la clínica San Martín de Porres.....	30
1. 3. Preguntas del problema.....	33
1.4. Justificación.....	33
2. Objetivos.....	34
2. 1. General.....	34
2. 2. Específicos.....	34
3. Marco Teórico.....	35
3. 1. Las practicas tradicionales.....	34
3. 2. Enfermedades para la medicina tradicional.....	37
3. 3. Enfermedades que pueden corresponder a la biomedicina.....	44
3. 4. Dimensión religiosa de la Enfermedad.....	45
3. 5. Enfermedades causadas por alimentos frescos y calidos.....	45
3. 6. Otras enfermedades inherentes al mundo andino.....	46
3. 7. Origen de las enfermedades según la percepción andina.....	47
3. 8. Layquata o brujería.....	50
3. 9. Contexto familiar de la enfermedad.....	50
3. 10. Algunas diferencias de orden social, entre Biomedicina y medicina Tradicional andina.....	52
3. 11. La medicina tradicional andina-aymara.....	53

3. 12. Dimensión política de la salud.....	55
3. 12. Vocabulario Aymara.....	58
4. Hipótesis.....	64
5. Diseño metodológico.....	64
5. 1. Tipo de Investigación.....	64
5. 1.1. Algunas diferencias entre la Historia clínica convencional y la nueva	66
5. 1.2. La Nueva Historia Clínica.....	67
5. 1.3. Estudios de caso.....	76
5. 2. Población (universo).....	77
5. 3. Clínica San Martín de Porres.....	78
5. 3.1. Estructura organizacional.....	78
5. 3.1. Objeto de estudio.....	78
5. 4. Variables.....	79
5. 4.1. Definición de variables.....	79
5. 5.1.1. Variable dependiente.....	79
5. 5.1.2. Variables independientes.....	79
5. 4.2. Operacionalización de las variables.....	80
5. 4.2.1. Operacionalización de la variable dependiente.....	80
5. 4.2.2. Operacionalización de la variable independiente.....	80
5. 5. Metodología de recolección de la información.....	82
5.6.1. Estrategia.....	82
5. 6. Plan de análisis de la información.....	84
5. 6.1. Plan de análisis de la información cuantitativa.....	84
6. Resultados.....	85
6. 1. Resultados estadístico descriptivos.....	85
6. 2. Combinación de de variables.....	86
6.3. Casos de rechazo al tratamiento médico por parte del paciente que acudió previamente a otro médico antes de venir a la CSMP.....	94
7. Discusiones.....	104

8. Conclusiones.....	105
8.1. Relacionados con el paciente.....	106
8.1.1. Monolingüe Nativo.....	106
8.1.2. Socio-económicos.....	107
8.1.3. Limitaciones o falencias de la biomedicina.....	108
8.1.4. Interferencia cultural.....	109
8.2. Relacionados con el médico.....	111
8.2.1. Insistir en la jerga medica.....	111
8.2.2. Actitud y comportamiento del médico.....	112
8.2.3. Limitaciones de la biomedicina.....	113
8.3. Algunas concordancias entre el medico y el paciente.....	112
9. Recomendaciones.....	116
10. Cronograma.....	121
11. Presupuesto.....	122
11. Bibliografía.....	123
12. ANEXOS.....	129
Anexo 1.- Estudios de casos.....	131
Caso No. 1.- Esperanza.	
Caso No. 2.- Nicanor	
Caso No. 3.- Emiliana	
Caso No. 4.- Nilo	
Caso No. 5.- Lupe	
Caso No. 6.- Cristóbal	
Caso No. 7.- Remberto	
Caso No. 8.- Leandro	
Caso No. 9.- Néstor	
Caso No. 10.- Zoila.	
Anexo No. 2: Historia clínica convencional	174
Anexo No.3: La Nueva Historia Clínica	175
Anexo No. 4. Gráficos.....	177

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1: Árbol de problemas de interculturalidad en la relación médico-paciente.....	29
Cuadro No. 2: Estrategias de tratamiento de los pacientes, antes de acudir a la CSMP.....	30
Cuadro No. 3: Diferencias de orden social entre la biomedicina y medicina tradicional.....	54
Cuadro No. 4: Términos usados por los pacientes para nombrar a las enfermedades, sus causas y sus equivalencia biomédicas, síntomas y tratamientos en la CSMP.....	59
Cuadro No. 5: Organigrama de la Clínica San Martín de Porres	78
Cuadro No. 6: Servicios que ofrece la CSMP.....	79
Cuadro No. 7: Operacionalización de la variable dependiente (Ejemplo).....	80
Cuadro No. 8 al 10: Operacionalización de la variable independiente (Ejemplos)	80
Cuadro No. 11: Actitud del paciente frente al tratamiento biomédico.....	85
Cuadro No. 12: Combinación entre la edad y la actitud frente al tratamiento médico de los pacientes que acuden a la CSMP.....	87
Cuadro No. 13: Combinación entre el lugar de nacimiento y la actitud frente al tratamiento médico de los pacientes que acuden a consulta externa de la CSMP.....	88
Cuadro No. 14: Combinación Asociación entre la residencia habitual y la actitud frente al tratamiento médico de los pacientes que acuden a consulta externa de la CSMP.....	88
Cuadro No. 15: Combinación Asociación entre el grado de instrucción y la actitud frente al tratamiento médico, de los pacientes que acuden a consulta externa de la CSMP.....	89
Cuadro No. 16: Combinación Asociación entre el grado de Instrucción y la Actitud al tratamiento médico del acompañante del paciente que acude a la CSMP.....	89
Cuadro No. 17: Combinación Asociación entre el idioma, y la actitud frente al tratamiento médico, de los pacientes que acuden a consulta externa de la CSMP.....	90
Cuadro No. 18: Combinación entre el idioma, y la actitud frente al tratamiento médico, del acompañante de los pacientes que acuden a consulta externa de la CSMP.....	91

Cuadro No. 19: Combinación entre la ocupación, y la actitud frente al tratamiento medico del paciente que acude a consulta externa de la CSMP.....	91
Cuadro No. 20: Combinación entre ocupación y la actitud frente al tratamiento medico del acompañante del paciente que acude a consulta externa de la CSMP.....	92
Cuadro No. 21: Combinación entre la filiación religiosa y la actitud frente al tratamiento medico, de los pacientes que acuden a consulta externa de la CSMP.....	93
Cuadro No. 22: Combinación entre la tenencia o no de algún tipo de seguro médico, y la actitud frente al tratamiento médico de los pacientes que acuden a la CSMP.....	93
Cuadro No. 23: Combinación entre las otras practicas terapéuticas previas a la consulta y la actitud frente al tratamiento médico, de los pacientes que acuden a la CSMP.....	94
Cuadro No. 24: Combinación entre las causas de las patologías según criterio del paciente, y la actitud frente al tratamiento médico de los pacientes que acuden a la CSMP.....	97
Cuadro No. 25: Combinación entre las patologías consultadas, frente a la actitud frente al tratamiento médico de los pacientes que acuden a la CSMP.....	101
Cuadro No. 26: Combinación entre las patologías consultadas, y sus causas según criterio del propio paciente que acuden a consulta externa de la CSMP.....	102
Cuadro No. 27: Factores que influyen al rechazo total del tratamiento medico.....	126
Cuadro No. 28: Diagrama de los factores que inducen al rechazo total de parte del paciente, al tratamiento biomédico: Paciente monolingüe nativo.....	127
Cuadro No. 29: Nueva propuesta, con enfoque Intercultural para la aceptación del tratamiento biomédico.....	128

RESUMEN.-

Esta investigación comienza rescatando teorías y propuestas de la bibliografía, que hacen énfasis en el análisis de los conflictos socioculturales entre los servidores de salud y los pacientes, basada en la relación medico-paciente con un enfoque intercultural. Estas lecturas han servido para tomar en cuenta estos factores que influyen en las actitudes de rechazo frente al tratamiento biomédico en los pacientes que acuden diariamente a la Clínica San Martín de Porres (CSMP) de la ciudad de El Alto.

Por tratarse de un tema particular, esta adopta una metodología cuantitativa-cualitativa, inicialmente será cuantitativa en la que se describirá a cada una de las variables (Factores) que influyen en el rechazo al tratamiento biomédico. Posteriormente, en una etapa analítica, se tratara de indagar las causas y las condiciones de los factores de rechazo por parte de los pacientes de la clínica al tratamiento biomédico, buscando asociación de las variables o factores vinculados al problema de rechazo a las conductas biomédicas, en los pacientes estudiados. Al final se hace uso de técnicas de investigación cualitativa, manifestadas en los estudios de casos.

En la Propuesta de intervención se ha decidido incorporar una nueva historia clínica, que a diferencia de una convencional incluye datos del contexto social y etnocultural. Se aplicó a 505 pacientes que asistieron a la Clínica San Martín de Porres, durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2002, quienes constituirán nuestra población de estudio. Los resultados descriptivos obtenidos inicialmente constituirán la base de un análisis situacional, del área y de la población de estudio, mediante la aplicación de una asociación de variables, y el uso de técnicas cualitativas, además de realizar una selección de estudios de casos puntuales en base a esta población de estudio preestablecidos (Entrevistas con los pacientes informantes-clave). Esta técnica nos permitirá ver con mayor detalle datos biomédicos, sociales y etnoculturales, como factores asociados influyentes en la actitud de rechazo por parte de los pacientes hacia las conductas biomédicas.

Con esta información, se planteara en las conclusiones y recomendaciones finales la necesidad de encontrar un verdadero dialogo intercultural que además de mejorar la comprensión de las razones que inciden en las actitudes de rechazo, nos permita mejorar el grado de receptividad de los pacientes hacia los procedimientos bio-médicos. Un cambio de

actitud frente a las nociones y prácticas de salud del propio paciente, pueden hacer mucho para elevar la eficiencia y eficacia de los servicios médicos que la Clínica San Martín de Porres, para ofertarlos a la población alteña.

Esperamos que los resultados de esta experiencia ayuden en el diseño de una nueva estrategia de salud pública que al tomar en cuenta estas prácticas y nociones populares, logre una participación más activa y comprensiva de la población en los esfuerzos desplegados por los servicios públicos de salud de la ciudad de El Alto. El principal cambio de actitud se refiere a que los ‘conocimientos en salud’ pertenecen a la sociedad y no exclusivamente a los profesionales en medicina. Por tanto, la salud pública involucra no solo médicos sino también a sus usuarios como parte activa de los procesos de salud.

Ello significará no solamente que el paciente comprenda y conozca los pormenores de su enfermedad y de los procedimientos de su tratamiento, si no que primero el mismo personal de los servicios de salud entiendan y tomen conciencia de los contextos socioculturales que determinan las necesidades, aspiraciones y actitudes que llevan a los pacientes a elegir entre los servicios bio-médicos y otras alternativas tradicionales de salud. No se trata de demostrar si la ciencia médica moderna es superior o no a la tradicional, ni de buscar una combinación perfecta entre ambas tradiciones (aunque eso sería un objetivo deseable a largo plazo, está fuera del alcance de este trabajo) sino reducir las distancias socioculturales que por diversos factores estructurales (políticos, económicos, ideológicos, etc.) separan a los profesionales de salud del público usuario y que entorpecen la efectividad de los servicios médicos. Una efectiva mejora en la cobertura de los servicios de salud no pasa exclusivamente por la modernización del equipamiento o la elitización de la formación profesional, sino en que los recursos humanos y materiales disponibles sean fácilmente accesibles para la población. Eso significa que los servicios de salud, en todas sus dimensiones, sean más familiares al mundo social de los pacientes que al mundo técnico de los científicos.

1. INTRODUCCIÓN.-

En la mayoría de los seminarios y cursos acerca de temas referentes a instituciones, programas, y políticas públicas de salud, se menciona insistentemente la necesidad de un nuevo enfoque intercultural que tome en cuenta la diversidad étnica y cultural de la sociedad boliviana. Esta pluralidad en el campo la salud se expresa en las múltiples concepciones, actitudes y acciones que frente a las enfermedades asumen los bolivianos. La coexistencia de múltiples sistemas médicos (biomédico, tradicional, naturista u otros alternativos) habitualmente ha sido asociada con la marginalidad, falta de educación y pobreza rural¹. Es decir que debido a la limitada cobertura de los servicios estatales de salud, la población pobre se habría visto obligada a recurrir a otras prácticas de salud menos 'eficientes'. Pero el caso específico de la ciudad de El Alto hace necesario replantear esta aseveración.

Primero, El Alto no está en una remota zona rural sino que forma parte de la urbe más grande y cosmopolita del país en donde fácilmente se puede acceder a los modernos servicios de salud, paradójicamente El Alto también se nota una presencia de servicios y prácticas alternativas de salud (Curanderos, naturistas, ritualistas, etc.) a los que con mucha frecuencia acuden los alteños para aliviar sus males.

Segundo. La otredad étnico-cultural o la falta de educación no parece ser un determinante absoluto en las preferencias entre una o otra práctica medicinal. Hay tantos pacientes con niveles académicos suficientes que confían en los tratamientos tradicionales como campesinos monolingües que acuden a los hospitales.

Si a los usuarios que acuden a los servicios de salud los consideramos no como meros sujetos pasivos (pacientes) sino actores activos (clientes), podemos darnos cuenta que para ellos, a pesar de las políticas y recursos estatales de salud (como el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito o el Seguro Universal Materno Infantil), la biomedicina no goza del mismo prestigio que los profesionales le atribuyen. Al menos su desempeño no ha hecho mucho por ganar una mayor confianza del público. La mayor parte de la población alteña no es asalariada, es decir no goza de todas las ventajas sanitarias que

¹ Los datos estadísticos sanitarios (CENSO 92 del INE, ENDSA 98, y datos del GMEA 1998), muestran que el poco acceso a los servicios médicos están relacionados con situaciones de marginalidad económica, pobreza, escasez de fuentes de trabajo, analfabetismo, deserción escolar temprana, etc.

ofrece el Seguro Médico Social, pero tiene la opción de acudir y elegir entre los muchos servicios privados de salud disponibles en la ciudad. La oferta privada de servicios de salud del mercado urbano incluye tanto a hospitales, clínicas, consultorios y farmacias, como a naturistas, curanderos, astrólogos y consejeros de todo tipo. Si tal oferta existe, es por el público confía en ellos y está dispuesto a retribuir sus servicios. En todo caso el público de El Alto puede elegir entre las varias opciones alternativas la solución más conveniente a su problema de salud.

Ahora bien, no es mi propósito establecer cual de estas prácticas es menos o más eficaz para resolver los problemas de salud, sino los factores que determinan estas preferencias y si de alguna manera estos pueden o no condicionar un desempeño óptimo de los servicios biomédicos. La desconfianza, la incomprensión, la falta de recursos o la negativa de los pacientes a seguir las terapias médicas son reflejos externos de una problemática socio cultural que va más allá del campo específicamente médico. El por qué una parte de los pacientes que acuden a la CSMP se resiste o finalmente muestra **ACTITUDES DE RECHAZO** frente a las soluciones propuestas por los médicos, fue la pregunta inicial y la que finalmente me llevó a elegir este tema para la presente tesis.

Si la población andina popular que vive en esta urbe tiene una percepción de baja calidad de los servicios de salud, es por que de algún modo les a tocado pasar por amargas experiencias personales que en diferente medida han ido reforzado los reparos culturales frente al todo el sistema institucionalizado de Salud. La consecuencia de esta predisposición adversa hace que la opinión popular se concentre más en los fracasos que en los éxitos de la biomedicina.

Las barreras lingüísticas que dificultan la comunicación entre los médicos considerados ‘occidentales’ y sus pacientes ‘indígenas’ parecieran confirmar la impresión de estar frente a concepciones culturales totalmente distintas y opuestas del proceso salud-enfermedad.

Es cierto que la lengua juega un papel fundamental en los procesos de salud, y puede ser un obstáculo cuando el personal de salud biomédico utiliza exclusivamente el castellano frente a pacientes que hablan solo sus lenguas nativas. Pero en realidad el personal de salud utiliza un lenguaje tan elaborado y sofisticado que aun para un castellano parlante

nativo resulta incomprensible. El uso de un dialecto elitista, además de facilitar los procedimientos científicos, puede servir para reforzar la cohesión y la membresía de un círculo profesional, pero al ser excluyente limita la posibilidad de crear situaciones de empatía y confianza con el paciente. A ello conlleva la escasa información que se le entrega a la población sobre el sentido y la necesidad de algunos tratamientos (Vacunación, exámenes de laboratorio, cirugías, extracción de sangre, etc.). Actitudes que terminan por distanciar aún más a los actores sociales del proceso salud-enfermedad, como lo son los médicos y los pacientes, quienes no solamente hablan idiomas distintos, sino que manifiestan concepciones y prácticas que se contraponen y dificultan mutuamente los puntos de contacto intercultural, es este último acápite precisamente, que quiero tomar en cuenta en la elaboración de la presente tesis.

Esta incomprensión se acrecienta cuando el sistema biomédico manifiesta dudas y desprecio acerca de la eficacia de la medicina tradicional y de los actores, que en realidad desempeñan un papel importante en el contexto sociocultural de la población andina de la ciudad de El Alto, de ahí algunos programas de salud que se implementan en esta área no han tenido el éxito esperado, si no que además han tenido que ver otros factores.

Es evidente por tanto, la necesidad de poner en marcha medidas operativas para el desarrollo de una política intercultural y de articulación entre “la medicina occidental”² y “la medicina tradicional” que apunte a la valorización de los recursos médicos locales y a la adecuación de nuestro servicio de salud (Clínica San Martín de Porres) a la realidad cultural de la población. De ahí que uno de los primeros pasos para desarrollo y aplicación de esta investigación, se refiera a la aplicación de la “Historia clínica”³ como instrumento de investigación de estos conflictos socioculturales, que nos permitirá la identificación de aquellos factores que afectan al rechazo hacia las conductas biomédicas por parte de los pacientes que acuden a nuestro servicio. Consiguientemente, es necesario contar en el ámbito local con recursos humanos que hablen aymara, y estén en condiciones de

² La cultura occidental ligada a la biomedicina.

³ Historia clínica, o expediente clínico que se suele elaborar a todos los pacientes que ingresan a un servicio de salud público o privado, es aquí donde se registran todos los antecedentes clínicos o quirúrgicos, diagnóstico y tratamiento del paciente, suele archivar en el departamento de estadística del establecimiento de salud. Para nuestro caso particular, se lo ha utilizado como un instrumento de investigación.

considerar la salud como un fenómeno integral, gestionando acciones y servicios en forma coherente con la realidad cultural de la población beneficiaria. Ello implica el crear un cambio de actitud en el personal que trabaja, para desarrollar al interior de la clínica una conciencia que contribuya a superar la visión biologicista y mecanicista de la enfermedad, basándose en la información obtenida a través de la historia clínica que se aplicara en la consulta externa, incorporando aspectos tales como: la concepción etnocultural de la enfermedad, y los recursos terapéuticos de la medicina andina (Diagnostico y tratamientos etnoculturales).

Estas instancias deben desarrollarse en forma paralela con un proceso de cambio y de reforma del plan curricular universitario que contemple una política específica de formación orientada hacia el personal que trabaja en atención primaria de salud: en ninguno de los estamentos profesionales se hace más patente esta falta de recursos humanos que en el ámbito médico, donde el hecho de poder contar con recursos preparados para un trabajo preventivo, de promoción de salud, de contacto con los grupos sociales, particularmente en las áreas interétnicas, representa una tarea, de difícil acceso para nosotros, pero de una importancia emergente, que requiere una atención prioritaria de parte de las autoridades de salud de la ciudad de El Alto.

1.1. ANTECEDENTES.

El abordaje de estos temas de interculturalidad y salud, con el propósito de mejorar la calidad de la atención ha sido poco estudiado por la ciencia médica, por la complejidad de ingresar al terreno de las barreras culturales. Estos problemas han sido abordados más por científicos sociales (antropólogos, sociólogos, lingüistas, etc.) que por los profesionales en salud. Por lo tanto es un desafío profesional para quienes realizamos esta investigación, para que podamos fortalecer nuestra visión de manera mas amplia e integral, tomando en cuenta que el paciente que tenemos al frente es un sujeto que presenta conductas de orden social, cultural, que espera de nosotros que le solucionemos su problema de salud, sin dañar sus concepciones culturales de su enfermedad.

Al ser el nuestro un país multiétnico y pluricultural, hace que una investigación, que como esta se enfrenta a una enorme y compleja cantidad de información, deba ser abordada desde una perspectiva multidisciplinaria y no simplemente medico. Las

relaciones entre las instituciones de salud y los pacientes de las zonas rurales, de un modo general, han sido parte de cuestionamientos teóricos y filosóficos mucho más amplios y debatidos. Por ejemplo en las relaciones entre Estado y sociedad, entre sistema y entorno, entre modernidad y tradición. En el marco de estos debates, es posible encontrar distintas propuestas de análisis y solución al tema en cuestión. La presente investigación considera aspectos sociológicos y antropológicos a partir de un problema concreto para el sistema público de salud en nuestro medio, **la desconfianza y rechazo social a los tratamientos médicos**. Creemos que con los aportes de otras disciplinas ‘la profesión médica’ esta en las condiciones y en la necesidad de iniciar un estudio serio de los principales factores que determinan esta problemática y que al momento llegan a incidir en la calidad de los servicios de salud de la ciudad de El Alto.

Para identificar estos factores empezamos recordando que según Aguirre (1994), a mediados de la década de los 1920 el antropólogo y médico William Rivers era el primero en reconocer la necesidad de indagar sobre creencias y prácticas con la que los indígenas explican y afrontan las enfermedades. De acuerdo con sus investigaciones realizadas en el sur de la India, sostiene que las prácticas médicas son consecuencia lógica de las creencias, y que prácticas y creencias en conjunto son parte de la cultura, y que por tanto, la medicina primitiva debe ser estudiada como una institución social. Sin embargo también sostiene que la medicina primitiva es irremediamente mágica y religiosa, por lo tanto incompatible con el conocimiento médico científico, en todo caso, los cambios que la medicina primitiva podría sufrir se operarían mediante dos procesos: Uno por difusión y contacto con otros pueblos, y otro, por degeneración y empobrecimiento acarreados por el aislamiento prolongado.

En las investigaciones realizadas por Villa Rojas (Aguirre, 1994) este autor observa las relaciones de poder que hay entre medicina y las organizaciones familiares políticas y religiosas. En consecuencia, llega a determinar que la medicina es un sistema de prácticas y creencias tanto médicas como de control social, o en otros términos que la medicina es un elemento curativo, pero también un agente de cohesión grupal.

Por su parte Iván Castellón Quiroga (2002) introduce al tema en cuestión la enorme riqueza de información, conceptos y datos etnográficos relativos a la medicina

andino-quechua de Ayopaya, en la que se manifiesta una gran diversidad de actitudes y prácticas campesinas con respecto a la interpretación de las enfermedades. Además nos explica como esta ‘cosmovisión andina’ interactúa con el sistema biomédico. Levanta una serie de cuestionamientos, sobre todo negativos, a los centros de salud y su forma de atender a las comunidades campesinas.

Por su parte Juan José Alba y Lila Tarifa (1993) analizan la medicina tradicional como un mecanismo que permite a los campesinos disponer de una cobertura salud para la inmensa mayoría rural y a la vez que es el recurso alternativo más importante para las poblaciones urbanas pobres de país. Implica una forma de comprender la salud distinta de aquella óptica supuestamente objetiva y verdadera que nos propone la moderna biomedicina. Dentro del sistema tradicional, el paciente aún es sujeto activo y no pasivo, es una persona que forma parte de un tejido social que tiene propia vida, siendo el “Jampiri”⁴, uno de los principales recursos curativos con que cuenta la comunidad en caso de enfermedad.

En Los Jampiris de Raqaypampa, editado por CENDA (Centro de Comunicación y Desarrollo Andino), Juan José Alba y Lila Tarifa analizan dos visiones de la salud en el área rural del sur de Cochabamba, la una occidental moderna y la otra tradicional campesina, promoviendo opciones terapéuticas de Interconsulta medico-Jampiri, en los centros de salud de la zona.

Estas dos visiones o sistemas de salud han mantenido su propia lógica, sus prácticas y su ética, pueden interactuar y establecer nexos con el sistema biomédico, con el objeto de lograr un enfoque del proceso salud-enfermedad más provechosa para la población rural andina.

Si bien no es una zona rural, el contexto sociocultural de la ciudad de El Alto es definitivamente andino, por lo que fue necesario buscar no solo un diccionario Aymara-

⁴ Jampiri, es la denominación usado en el departamento de Cochabamba, de quienes practican curaciones y tratamientos siguiendo la línea de la tradición andina. Esta tradición no está desprovista de elementos propios de la religión cristiana, fusionados dentro de una dialéctica de producción y reproducción cultural, como ocurre en todas las sociedades originarias del continente. El Jampiri es aquella persona especializada en las curaciones en base a yerbas y plantas, ellos constituyen un grupo de médicos andinos, cuyo prestigio y aceptación por parte de la sociedad occidental se debe justamente a que su actividad esta basada en hechos empíricos, como son las propiedades curativas de las plantas.. (Alba. J, Tarifa L, Los Jampiris de Raqaypampa Pág. 35- 60.)

castellano, sino uno especializado en temas de salud que permitan a los médicos una traducción (al menos aproximada) de algunos términos con los que los pacientes aymara hablantes suelen referirse a sus afecciones. No hace falta decir que además de lo escaso y limitado de estos materiales, hay en los círculos profesionales médicos una tendencia poco disimulada a ignorar estos aportes. Pero para alguien poco familiarizado con temas etno lingüísticos como yo, conocer estos trabajos me mostró cuan grandes son los desafíos que este campo deberán enfrentar las investigaciones en salud pública.

El “Compendio de la Gramática y Vocabulario Quechua-Aymara” de German G. Villamor (1987) apoyo mis inquietudes iniciales de disponer de un breve vocabulario medico aymara castellano para facilitar una rápida interpretación de los aspectos etnoculturales durante las consultas. Pero el trabajo de Denise Y. Arnold y Juan de Dios Yapita (“Vocabulario Aymara del parto, y de la vida reproductiva de la mujer”) me mostró que esta problemática no puede limitarse a una investigación lingüística (la que además exige un trabajo muchísimo mas prolongado y especializado). El trabajo de Arnold y Yapita es el resultado de 10 años de investigaciones antropológicas y lingüísticas sobre las prácticas del parto entre las mujeres rurales del altiplano boliviano. Además de incluir más de 2000 términos aymaras relacionados con la fecundidad humana, presenta una perspectiva específicamente andina que debería ser tomada en cuenta en los debates sobre salud materno-infantil en las áreas rurales y en los debates de salud en general. Particularmente relevantes al campo biomédico son las concepciones socioculturales acerca de la corporalidad, el parto y las patologías que afectan la vida reproductiva de la mujer y las medidas que cada sociedad asume para enfrentarlas.

En “Médicos y Yatiris”, Gerardo Fernández trata de promover un verdadero y respetuoso dialogo intercultural entre el saber biomédico y el tradicional para lograr una complementariedad que al modo de “Chachawarmi”⁵ sea fecunda para la salud de la sociedad. Para nuestra investigación, rescatamos la esperanza que pone el autor en un dialogo intercultural, como la posibilidad de reducir las distancias entre el mundo medico y el mundo del paciente a fin de minimizar el efecto de las actitudes de desconfianza, desprecio y rechazo

⁵ “Chachawarmi” cuyo significado en castellano seria, Hombre-Mujer. Este término quiere explicar que las prácticas biomédicas y andinas convivan en pareja.

que se presentan en las frías relaciones impersonales entre medico y paciente.

Para redondear la presentación de este estudio debo aclarar, que no basta enfocarse en los factores socio-culturales que hace que los pacientes desconfíen en los servicios de salud, sino también en aquellos elementos etno-culturales del propio personal de salud que supuestamente difieren al de los pacientes. Introducir innovaciones técnicas o administrativas que bajo un enfoque intercultural logren incorporar los saberes y practicas étnicas en las instituciones de salud pueden mejorar en gran medida la calidad de los servicios médicos. Pero si además de las diferencias étnicas, lingüísticas o culturales hay otros factores más determinantes en los procesos de diferenciación y discriminación social (conflictos económicos de clase, estructuras políticas de dominación, ideologías, etc.) las relaciones entre medico y paciente, por muy interculturales que sean las instituciones de salud, seguirán siendo asimétricas. Esto resulta más complicado en un país como en nuestro donde las jerarquías y los prejuicios sociales siguen estando profundamente enraizadas en una tradición política de origen colonial, pero al mismo tiempo enfrentadas a profundos procesos de democratización de sus estructuras sociales.⁶

1.1.1. La Medicina tradicional en el contexto internacional.-

Se sabe que todo paciente de cualquier parte del mundo preferiría otras prácticas curativas antes de acudir a una consulta clínica. Debemos recordar que todas estas prácticas de Medicina tradicional, han sido desde 1983 internacionalmente reconocidas por Organización Panamericana de la Salud (OPS) como parte de los saberes médicos de la humanidad en los que se sostienen muchos sistemas locales de salud, y como tales están ligados a la salud global. Para preservar este patrimonio en un Grupo de trabajo sobre Salud, Culturas Médicas Tradicionales, la OPS, organismos internacionales y gobiernos de la región se trazaron como metas la coordinación de planes y acciones tendientes a una *“Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas”*⁷ (SAPIA, Winnipeg, Canadá 1993) que busca apoyo internacional para lograr una buena salud para todos y bajo los principio de equidad y los esfuerzos conjuntos de los gobiernos y los pueblos indígenas de la región.

⁶ Pero ni siquiera en la sociedad supuestamente más igualitarias como la cubana se ha puesto en cuestión la jerarquía de la profesión medica, allí los médicos siguen gozando de un status social privilegiado.

⁷ OPS/OMS Memoria Primer encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una política nacional e Intercultural en Salud. Febrero 1998. Washington D.C.

Dando empuje a un reconocimiento formal de la medicina tradicional de los pueblos indígenas bajo los principios:

- Necesidad de un enfoque integral de la Salud
- Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas.
- Respeto de revitalización de las culturas indígenas
- Reciprocidad en las relaciones de los actores involucrados en los procesos.
- Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes.

Todo lo anterior, se confirma con la identificación de estrategias y metas claras en la OPS, que han dado como resultado el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales, destacándose lo siguiente:

- En 1996 comienza el análisis sobre el marco legal de la práctica de la medicina tradicional y sus terapeutas, en el tema de las plantas medicinales y la propiedad intelectual, que luego de dos años se publica oficialmente ⁸
- En 1997 Se aprueba la Resolución XI en el Consejo Directivo de la Organización panamericana de la Salud (OPS), la cual señala a los estados miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacerle frente a las barreras de tipo económico-geográfico y cultural que impidan brindar asistencia a grupos de población vulnerables.

La medicina tradicional, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consiste en un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, relativos a las enfermedades físicas, mentales, desequilibrios sociales de un determinado pueblo.

Esta gama de conocimientos trata de explicar la etiología, nosología y los procedimientos de diagnósticos, pronóstico y curación y prevención de las enfermedades, y estos se transmiten por tradición y verbalmente de generación en generación dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva un profundo mensaje universal, donde lo holístico y la integralidad, están siempre presentes, ya que la enfermedad es definida en un sentido social como la interferencia con el

⁸ Reunión de trabajo del Parlamento Andino Ecuador-Guatemala 1996

comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar. Este concepto desde todo punto de vista integral, ya que cuando acude a un terapeuta tradicional busca recuperar el equilibrio que ha perdido y la acción del terapeuta resulta eficaz cuando una vez identificado el mal, se logra establecer la unidad, la armonía en el enfermo y la naturaleza que le rodea, que ha posibilitado a comprender el conocimiento y el uso terapéutico de las plantas medicinales.

Pero los sistemas de salud tradicionales no han alcanzado un espacio de manifestación significativa en planes de salud de los países de la región. La tendencia a considerar al conocimiento indígena como no científica, ha determinado que en el sector académico primen las normas del conocimiento biomédico, y se ignoren los conocimientos de los pueblos dentro la curricula de las carreras del área de la salud. Por lo tanto la OPS esta buscando promover un dialogo entre los conocimientos indígenas y no indígenas bajo un verdadero paradigma intercultural; “Entendiendo que la interculturalidad involucra interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etáreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas para construir una sociedad justa”⁹

“La operacionalización del concepto de interculturalidad supone el conocimiento de los siguientes principios: dialogo fundamentado en el respeto a la diferencia, tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad, democracia cultural participación que incorpora la representación y consulta, consenso y convergencia en objetivos comunes”¹⁰

1.1.2. La Medicina tradicional en el contexto nacional.-

El interés por este tema por el estado boliviano tiene su inicio, ya desde las resoluciones ministeriales del gobierno de Hernán Siles Zuazo (1984), Siendo Bolivia el primer país del continente en reconocer en forma oficial la vigencia de las medicinas indígenas, reconociendo a SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional)

⁹ OPS/OMS Marco de referencia estratégico y plan de acción 1999-2000. Iniciativa de salud para los pueblos indígenas. Marzo 2000. Washington DC. Pág. 4, 5 y 6.

¹⁰ OPS/OMS Marco de referencia estratégico y plan de acción 1999-2000. Iniciativa de salud para los pueblos indígenas. Marzo 2000. Washington DC.

como interlocutor en los asuntos relacionados con la medicina tradicional indígena. El “Plan Global de Salud” de 1986 incorpora a la medicina tradicional; posteriormente esta política sanitaria deja de tener vigencia en el gobierno de Jaime Paz Zamora a partir de 1992.

En los últimos años se han destacado políticas de salud que han favorecido a la población más vulnerable pero las promesas de incluir las prácticas curativas tradicionales aymaras en el nuevo “Seguro de salud Indígena” quedó en mero discurso. De cualquier modo es indicio de acercamiento entre la biomedicina y las comunidades. Un ejemplo notable es el funcionamiento de un Hospital “Callahuaya” en la población de Charazani (Capital de la Provincia Bautista Saavedra en el departamento de La Paz) en donde conviven las prácticas curativas biomédicas y terapias tradicionales, que indudablemente son señales de que la convivencia entre ambas prácticas si es viable, y que las divergencias de ambas prácticas pueden ser superadas.

1.1.3. Biomedicina y medicina tradicional.-

Respecto a las investigaciones sociológicas y antropológicas realizadas específicamente sobre la relación del sistema institucional médico boliviano con comunidades andinas, existen algunas referencias bibliográficas. Por ejemplo: Joseph W. Bastien, “Etnofisiología Andina” en 1985 presenta conceptos andinos del cuerpo en base a evidencia lingüística, metafórica, etiología y etnofarmacología. Estudio realizado entre los Callahuayas, Chipayas y otros grupos étnicos andinos, plantea entre otras cosas una articulación entre la biomedicina y la medicina local andina, sin necesariamente ambicionar a llegar a una integración entre ambas prácticas. Por otro lado este mismo autor ha realizado otras investigaciones con los Kallawayas, quienes efectúan prácticas curativas y concepciones de salud-enfermedad, al igual que los grupos étnicos, cuyos conocimientos etnoantropológicos acerca de la causas de las enfermedades, están en estrecha relación con la misma naturaleza y las entidades mágico-religiosas del mundo andino.

Las referencias teóricas expuestas aquí, explican unas veces de un modo general y teórico, y otras de un modo más bien específico, algunas facetas de la relación entre el sistema institucional biomédico y los pacientes de origen rural andino. En otras publicaciones, analizan la medicina tradicional como el mecanismo propio de los campesinos que proporciona servicios médicos locales tradicionales a la inmensa mayoría de la población

rural, por lo tanto implica una forma de entender la salud desde una diferente óptica.

Estimo que la información recogida en la presente tesis, plantea suficientes ámbitos de reflexión para el planteamiento de una programación diferente en la atención sanitaria, resaltando conflictos que tienen que ser tomados en cuenta, para cualquier diseño de políticas interculturales en salud. Por lo que trate de identificar cuales eran los puntos de mayor tensión desde la perspectiva andino-aymara, sobre las discrepancias hacia la medicina convencional, y en el ejercicio de la relación médico-paciente. Pero a medida que desarrollaba la tesis, me di cuenta que es precisamente el equipo medico convencional a quien va dedicado con énfasis los objetivos que persigue esta investigación.

Como medico que trabaja en la ciudad de El Alto fui testigo del sufrimiento, la desesperación, la desilusión y finalmente la desconfianza que entre los pacientes han provocado los muchos fracasos terapéuticos, y en ellos pude comprobar con amarga impotencia cuan limitados pueden resultar los más modernos avances de la ciencia biomédica dentro contexto distinto al de las sociedades altamente desarrolladas. Sin considerar aún las causas del pobre desempeño del sistema biomédico, no es casual que la población aymara alteña prefiera buscar remedios a sus males en instituciones y prácticas más próximas a su propio contexto sociocultural. Motivado por todas estas experiencias, fue que me decidí a acompañar a alguno de mis pacientes a una consulta tradicional; es más, al pedido de los familiares, accedí que un paciente que se hallaba internado en la clínica recibieran la visita de varios especialistas rituales (yatiris y chamakanis) con la esperanza de que ello lo ayudara a afrontar con más serenidad una urgente intervención quirúrgica.

Al principio, debido a los convencionalismos de mi propia formación académica, me perturbó los términos y las formas en que las prácticas curativas aymaras asumen la enfermedad. Como medico no podía entender el significado ni la finalidad de las ceremonias rituales que presenciaba, pero tampoco se me ocurrió interferir en esos actos con mis cuestionamientos biomédicos de antibióticos; aun cuando consideraba que los antihistamínicos, antialérgicos, antituberculosos o cualquier otro fármaco podía ser muchísimo más efectivos que el contenido mágico-religiosos de esos ritos. Pero más perturbador fue descubrir que a pesar de todo, en mis opiniones se seguían reflejando muchos de los prejuicios que criticaba a mi profesión.

La misma confrontación interior entre el franco escepticismo y el beneficio de la duda, parece ser el dilema que frente a la efectividad de las prácticas tradicionales debe resolver la Salud Pública. Una cuestión que en la realidad pluricultural de nuestro país no puede quedar en el umbral de la indecisión, y son en las instancias estatales donde deben darse los pasos decisivos hacia una política intercultural en los servicios públicos de salud. En ese marco, espero que la presente tesis sea un pequeño aporte para reducir la brecha que innecesariamente separa la biomedicina de la medicina tradicional.

Uno de los aspectos que más critican los pacientes es la poca disposición que los médicos tienen a conversar con ellos. Los doctores no toman el tiempo suficiente durante las consultas para explicar adecuadamente las causas de la enfermedad ni el proceso para su curación. En esta actitud se puede ver reflejado un secular menosprecio de los grupos de elite hacia los sectores indígenas, y en caso de llegar a ridiculizar las prácticas tradicionales de salud, una franca hostilidad. En estas actitudes no solo se afirman los criterios de diferenciación (discriminación) social, sino que hacen dudar de la verdadera voluntad sanadora de los profesionales. El que los pacientes hallen difícil la comunicación con el médico, naturalmente repercute tanto en los niveles de desconfianza como en la misma calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Los pacientes aymaras, según opinión de G Fernández (1999), con mucha frecuencia arguyen que el término “operación”¹¹ es usado por los médicos solo como una justificación de sus morbosas tendencias de “Abrir los cuerpos de los seres humanos” y que su insaciable afán de enriquecimiento los lleva a comercializar con la sustancia más escasa y valiosa que dispone un individuo, su sangre. Para los aymaras la sangre contiene toda la energía y fortaleza vital de una persona, su pérdida es difícilmente renovable, y las transfusiones sería una forma como los médicos se apropiaría de esa valiosa fuerza vital.

“Por ejemplo, cuando, los familiares son separados del enfermo, se rompe la relación y estabilidad familiar, y se cree que es con la intención de *abusar* del paciente, es

¹¹ Término temido por los pacientes aymaras, usualmente rechazan esta propuesta que les hace el médico cuando se confronta con una situación crítica. Cuando el paciente requiere una intervención quirúrgica, los familiares rechazan dicha práctica, por que creen que al abrir las entrañas de sus cuerpos, luego de ser operados, violan su intimidad, y aprovechan los médicos a sacarles la grasa, la sangre, etc., por lo tanto debilitan más al paciente, siendo este no apto para el trabajo después de haber sido “operado”.

decir, sacarle sangre y/o algún otro elemento vital para vender y usar para otros menesteres, esto ha sido muy evidente cuando el paciente ha sido sometido a cirugías o exámenes de toda índole” (Gerardo Fernández Pág.183. 1999)

Fernández también asevera que la actitud del paciente aymara frente a los fármacos resulta a veces desconfiado, en este sentido se sospecha que el fármaco está “pasado”, que ya no sirve o que es inútil, especialmente cuando éste es proveniente de donaciones o regalos, a no ser que medie el cariño explícito entre el médico y el paciente. Sucede casi contrariamente con los remedios caseros y naturales, ellos tienen un valor especial para el paciente, y por su precio y disponibilidad son más accesibles dentro su propio entorno cultural, circunstancia que no puede aplicarse a la medicina convencional.

La medicina no es una ciencia exacta, y los remedios que pueden ofrecer tanto médicos o yatiris no siempre son efectivos en todas las circunstancias u ocasiones, pero en la medicina convencional se incluyen costos adicionales que desde la perspectiva aymara, no parecen asegurar una mayor eficacia. Frente a esto los pacientes aymaras suelen decir al médico “*Usted vas a garantizar*”, pero esta misma garantía no suele ser exigida ni a los yatiris rurales, como tampoco se puede comprobar la eficacia de sus servicios. Sin embargo la biomedicina es el blanco de todas las críticas y sospechas populares, por lo que prevalece una imagen abusiva de los servicios de salud.

Bajo esta perspectiva, según el juicio del Yatiri, el niño que nace dentro del sistema médico convencional, ya no responde a los tratamientos tradicionales porque su cuerpo ya se ha acostumbrado a las drogas del hospital. Bajo este criterio, al contrario de los médicos que presumen de la universalidad de sus conocimientos, el yatiri solo acepta atender aquellos casos que conoce y frente a los cuales se siente capacitado. Al estar convencidos de ser los poseedores exclusivos de un conocimiento sanatorio de valor universal, los médicos ejercen su profesión de forma no solo arrogante, sino también autoritaria. En realidad, todo el sistema médico convencional ha sido estructurado a partir de este convencimiento, porque dentro de ella la última palabra la tienen los especialistas. Solo los médicos están autorizados para diagnosticar las enfermedades, elegir las terapias y a otorgar las “altas” o las “bajas” médicas. En el proceso biomédico de curación cuentan muy poco las opiniones y preferencias de los pacientes; más que sujetos ellos son ‘objetos pasivos’ de las decisiones de los

especialistas, y como tales deben someterse a la autoridad profesional si quieren sanarse.

Lo rescatable de las opiniones de Fernández (1999), es puntualizar que la práctica médica se ha hecho tan tecnicada que hemos delegado el asunto de la salud a solo los expertos, sin considerar que la salud compromete al conjunto de la sociedad. El conocimiento médico no puede abarcar, comprender ni satisfacer todas las experiencias de la vida cotidiana. Como médicos muchas veces escuchamos decir a nuestros pacientes: “Sano, sano dice el médico, pero yo estoy enfermo”. “Me sigue no más doliendo la cabeza, se me quiere parar el corazón, me quiere cortar la respiración. ¿Cómo va decir que estoy sano?”. Es decir, nos interesa más las patologías, no las personas.

1. 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Situación del problema en el contexto Nacional.-

Hasta hace poco en Bolivia, el sistema institucional biomédico subraya la superioridad científica de la biomedicina moderna y no contempla la posibilidad de interactuar con otras terapias tradicionales en salud prevalecientes en nuestro medio. Al presumir en la práctica médica una labor civilizatoria, los saberes y prácticas médicas tradicionales son proscritas, relegadas en el mejor de los casos subordinadas a contextos locales socialmente marginales; en donde sus beneficios escasamente pueden desarrollarse. Si bien no se ha llegado al extremo de esta visión etnocéntrica, tampoco se ha llegado a considerar los enormes costos sociales y económicos que implicaría la erradicación de las prácticas alternativas, ya que privaría a gran parte de la población nacional de casi los únicos recursos sanitarios que verdaderamente están a su alcance. Pero dado el poco éxito que han tenido las políticas estatales y sobre las limitaciones económicas y humanas del sistema público de salud, no hay razones para creer que en un futuro próximo las prácticas médicas tradicionales vayan a desaparecer. Es más, si pese a la escasa cobertura médica, la situación sanitaria del país no es apocalíptica, en realidad es porque las necesidades básicas de salud de gran parte de la población son cubiertas por las prácticas medicinales tradicionales. Sin embargo, la prevalencia de estas fuentes alternativas de salud no puede ser atribuida de por sí a la pobreza o la exclusión; ya que estos servicios no son gratuitos, algunos incluso pueden llegar a ser más costosos que los modernos servicios médicos. Ahora bien, si la población esta dispuesta a pagar por ellos, es porque ofrecen resultados efectivos.

La diferente naturaleza de todos estos conflictos subyace como expresiones de una dominación étnica y cultural, y es probablemente en la lingüística donde esto es más evidente. El que el médico no conozca la lengua del paciente, hace que no siempre pueda (o quiera) explicar con detenimiento las recomendaciones a seguir, la razón de los ayunos o el control de las dietas. Así las cosas, como régimen de curación más que médico parece penitenciario, porque paradójicamente dentro las jerarquías hospitalarias el paciente ocupa el último lugar. No resulta difícil entender porque los propios enfermos prefieren tratar por sí mismos su enfermedad. CUADRO No. 1 (Árbol de problemas)

No es raro escuchar que el médico recrimine a su paciente, sobre su forma de vestirse, por su falta de higiene, o por su demora; “¿Por qué recién has venido?, ¿qué estabas esperando? A lo que el paciente suele responder; “*Es que no me dolía fuerte ese ratito*”. “*Recién hace tres días bien fuerte siempre me ha dolido*”. “*No he tocado agua porque otros dicen que me puede empeorar, ¿no ve que es frío?*”. El galeno suele replicar; “Cómo vas a hacer caso a esas sonseras, ahora estás peor. Pero a ver si te sanamos con estas inyecciones.....”. El paciente finaliza preguntando con cierta desconfianza frente al tratamiento médico; “¿Acaso no me vas a revisar, no vas a ver mi vena, mi corazón?”

Por otro lado hay ciertas enfermedades que tienen una propia catalogación en el ámbito andino, a las que la antropología médica se refiere como etnopatologías. Una parte de estas enfermedades, según opinión de I Castellón (1997), con más propiedad corresponden a “Síndromes culturalmente delimitados”. Según él, la definición de cada enfermedad es el producto de la lógica interna de un sistema cultural determinado. En el caso de los pacientes que acuden a nuestra institución se tratan de etnopatologías aymaras, que al diferir de las patologías biomédicas, indudablemente se convierten en un problema latente que debe ser cuidadosamente abordado.

De este modo, los pacientes de origen rural antes de acudir al médico consideran si su enfermedad corresponde o no a la biomédica, o si la naturaleza de su mal exige otro tipo de tratamiento. En el sentido de algunos padecimientos pueden ser causados por entidades sobre naturales y por tanto deben ser tratados con elementos terapéuticos de orden mágico religioso. Por Ejemplo, si el diablo es la causa de una enfermedad, él debe ser, a través de intermediarios, quien cure la enfermedad; y si Dios es el causante, Dios debe ser el

encargado de curarle. (I. Castellón, Pág. 121-122. 1997)

1.2.2. Situación del problema en la Ciudad de EL Alto.-

Los conflictos y divergencias que existen en la relación entre los médicos y los pacientes de la ciudad de El Alto, es la dificultad a la que nos referimos. Un contexto donde surgen las **“actitudes de rechazo”** que impiden que el paciente complete su tratamiento, no efective sus exámenes complementarios o hace que simplemente lo rechacen. Estas actitudes de rechazo son más notables frente a; toma de muestras de sangre, endoscopias, exámenes ginecológicos, tactos vaginales, toracocentesis, cirugías, y otras prácticas invasivas.

Por otro lado sin embargo, hay otras prácticas biomédicas que gozan de aceptación, como lo son las soluciones de sueros, antiespasmódicos y vitaminas (*Lavaje de Bilis*)¹². Un ejemplo ilustrativo de estos casos, se encuentra en uno de mis estudios de caso, una paciente a quien en consulta externa diagnosticamos “Litiasis Vesicular” (Piedras en la Vesícula). Este cuadro trato de ser explicado de la forma más sencilla posible:

“–Tiene bilis señora.

–Acaso es grave doctor. Porque tratamiento nomás quiero, yo no quiero operación. Además soy débil, y dicen que la gente operada ya no sirve para trabajar.

–Pero con operación no mas te has de sanar completamente, y si no te operas estos dolores constantemente te van a venir.

–Ustedes operación no mas quieren hacerle a la gente. ¿No habrá tratamiento no más? Dicen que hay suero lavaje de bilis, eso te has de colocar siempre me han dicho. Además la operación mucha plata debe costar.”¹³

En esta pequeña conversación observamos claramente, la combinación de dos obstáculos; el cultural, expresado en la idea del paciente de que la operación los incapacita para trabajar; y el otro, el obstáculo económico relacionado al costo de la operación, junto a la idea de que deben existir otros “tratamientos” menos costosos. Explicar por qué se dan

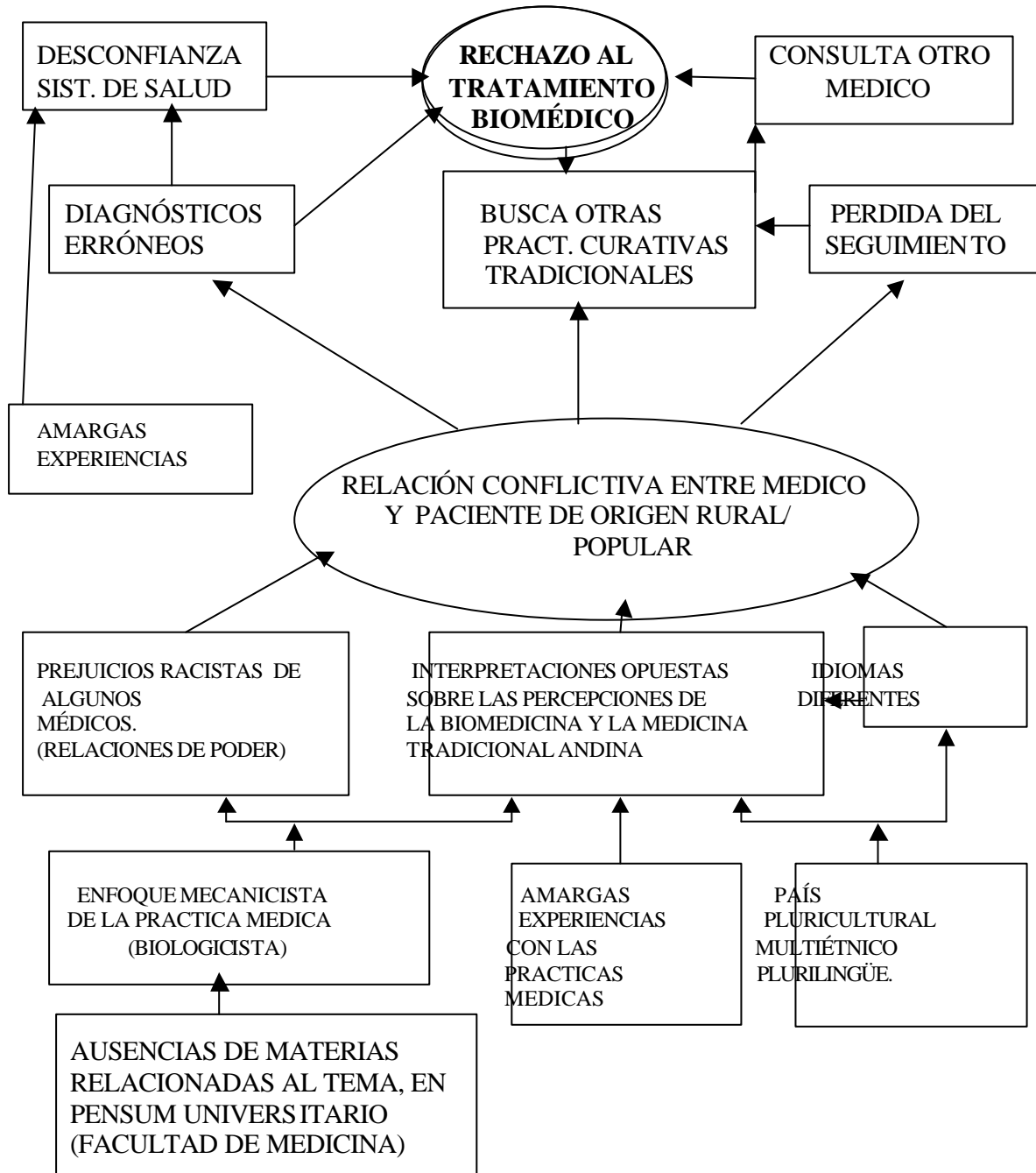
¹²“Lavaje de bilis” Es el nombre popular de esta practica biomédica que en la ciudad de El Alto goza de gran aceptación entre los pacientes, puesto que según el criterio de ellos el fármaco administrado en forma de sueros produce acción directa al ser administrado por vía intravenosa, provocando un efecto beneficioso por que llega a todo el cuerpo, produciendo una especie de lavado interior.

¹³ Conversación personal con uno de mis pacientes (Estudio de caso) octubre 2002.

estas simpatías y antipatías será un reto de este estudio y que puede ayudarnos a hacer más aceptables las terapias actualmente rechazadas. El desconocimiento que los profesionales de salud tienen respecto a prácticas curatorias tradicionales, y que el mismo sistema biomédico no considera al paciente como un sujeto social activo, sino como mero receptor pasivo de los tratamientos médicos, ha generado abundantes críticas a la perspectiva excesivamente mecanicista y biologista de la medicina. Sobre todo a partir de los estudios de la sociología y la antropología médica que han abordado con más detenimiento estos aspectos. En este estudio queremos demostrar que detrás de estos dos sistemas de salud subyacen en divergencias culturales, de las cuales son víctimas no solo los pacientes, sino también en los propios médicos generando actitudes hostiles entre ambas partes.

CUADRO No. 1:

ÁRBOL DE PROBLEMAS EN LA RELACIÓN CONFLICTIVA MEDICO PACIENTE.



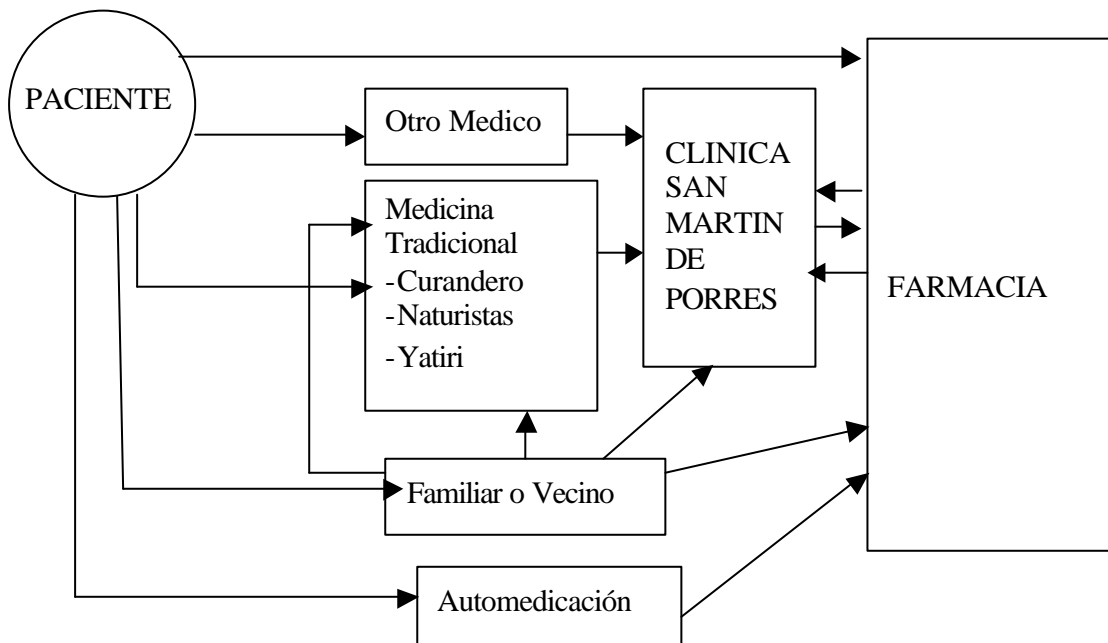
Fuente: Elaboración propia 2003

1.2.3. Situación del problema en la Clínica San Martín de Porres.-

Este es un problema concreto de una pequeña institución privada de salud –la Clínica San Martín de Porres, y que puede reflejar la situación general de todos los servicios de salud de la ciudad de El Alto– puesto que la mayoría de sus pacientes son de origen andino (bilingües aymara-castellano). Una buena parte de ellos provienen directamente de las áreas rurales, con más probabilidades de ser monolingües aymaras y más fieles a sus propios conceptos y prácticas de Salud (Etnopatología y Etnoterapeutica).

Antes de acudir a la clínica, la mayoría de los pacientes buscan el consejo de algún familiar, de un medico tradicional andino, de un farmacéutico o recurren a la automedicación. Esta trayectoria o itinerario que hacen los pacientes la llamaremos “Estrategias previas del paciente antes de acudir a la clínica” (CUADRO No.2)

CUADRO No.2 ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES, ANTES DE ACUDIR A LA CLÍNICA SAN MARTÍN DE PORRES.



Fuente: Elaboración propia Gestión 2003

Este fenómeno (la trayectoria previa) plantea otra dificultad que debe ser afrontada por los médicos al momento de elaborar una buena Historia Clínica que permita establecer un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento adecuado de cada caso. La disponibilidad de diferentes alternativas de curación, hace que el paciente alteño pase

constantemente de un sistema de salud a otro (de un naturista a una clínica, de un naturista a un curandero), sin que en ninguno de ellos se pueda hacer un seguimiento regular de su mal. Por otro lado, las opiniones y consejos que recibe en cada uno de estos sistemas lo predisponen a las opiniones de los otros sistemas y de algún modo también en sus tendencias a la automedicación. En el caso específico de la clínica, las personas con más largas trayectorias previas suelen ser los pacientes más ocasionales, apenas acuden a una consulta y luego desaparecen haciendo imposible un adecuado diagnóstico y un seguimiento de sus casos. En otros casos suelen ser los pacientes que expresan más reparos o descontento frente a los tratamientos propuestos e interrumpen sus terapias para buscar otras más a su gusto. Este grado de afecto o desafecto no se da solo con respecto hacia los diferentes sistemas de curación, sino con mucha más frecuencia hacia los ‘profesionales’ de un mismo sistema de salud. Si prefiere a un médico o a una clínica en vez de otra similar, es porque consideran mejor su ‘atención’; además las opiniones entre los especialistas de una misma profesión suelen también ser diferentes. Empero se debe entender que este tipo de dificultades no se deben exclusivamente a problemas de incomprensión lingüística o de una experiencia totalmente ajena de sistema biomédico, pues al contrario se trata de personas que han tenido contacto íntimo con muchas de estas tradiciones medicas como para comparar los beneficios que ofrece cada práctica.

En donde si inciden las barreras lingüísticas es en el caso de pacientes o médicos monolingües; pero incluso en los casos de bilingüismo, sobre todo si estos son muy rústicos o limitados, el sofisticado lenguaje médico técnico no es fácilmente traducible. No se trata solamente de un simple problema de traducción lingüística, sino de una traducción específicamente médica que evite caer en trivialidades. Es decir la traducción de las categorías biomédicas a las categorías medicas tradicionales que incluyan las percepciones individuales y colectivas (culturalmente determinadas) tanto de médicos occidentales como de los pacientes indígenas. Para esto es necesario tomar en cuenta las características socioculturales de los pacientes alteños.

A propósito del problema lingüístico y las dificultades que se presentan por las trayectorias previas, quiero compartir una anécdota personal, que esta incluida en uno de mis estudios de caso. Se trata de un paciente al que se le diagnosticó **Paraplejia por sección**

medular, cuadro patológico muy grave e irreversible. Pero parece que no explicaron cuan fatal era su mal cuando acudió al Hospital Boliviano Holandés (Ciudad de El Alto), allí sólo le decían que era ‘grave’ y que requeriría una “operación”, pero con ello no le “garantizaban” su recuperación. Evidentemente se trata de intervención demasiado riesgosa y seguramente los médicos de ese hospital no pudieron convencerlo de la urgencia de esa operación y que esta era su única alternativa.

En este caso el paciente, es una persona con limitados recursos, un uso no muy amplio del castellano y un contexto social y familiar muy influenciado por las creencias populares andinas, su negativa a someterse a este procedimiento quirúrgico no se debía tanto a su hostilidad hacia el termino “operación”, sino a su propio énfasis respecto al elevado costo y las pocas garantías de esa operación. Dos aspectos que en cualquier idioma y contexto socio cultural son inmediatamente comprensibles sin necesidad de una elaborada traducción; algo que sin embargo no sucede cuando se trata de explicar las complicadas razones, los procedimientos y los riesgos médicos que justifican tal operación.

El personal del Hospital seguramente no disponía del tiempo, los medios (traducción médica) ni del tino suficiente para que estas razones le fueran explicadas adecuadamente. Cuales fueran los factores de fondo (la arrogancia, la falta de interpretación o la frialdad de su planteamiento), el hecho es que Don Ernesto y su familia rechazaron esta operación sin llegar a entender su verdadera urgencia: *“como voy a gastar tanto dinero, si no van a garantizarme”*. Además los familiares se convencían cada vez más de que la ‘brujería’ era la verdadera causa del mal. Tal vez por que los médicos del Hospital no les pudieron ofrecer una explicación más sencilla o alternativas menos extremas es que al final llegan a la siguiente conclusión: *‘Ni ellos saben lo que tengo, por eso no quieren garantizar’*, lo que les convence de buscar remedio en otro sitio.

Sintetizando todas estas diferentes situaciones del problema, el planteamiento será: Que el rechazo del paciente de la Clínica San Martín de Porres de la ciudad de El Alto, al tratamiento biomédico, se debe más a factores sociales (Idioma), económicos (ingresos), o culturales (Etnodiagnostico) del mismo paciente; en desacuerdo con la biomedicina. (Con una visión demasiado biologista y mecanicista).

1.3. PREGUNTA DEL PROBLEMA-

¿Cuales serán los factores socioculturales que más influyen en el paciente, a tomar una actitud de rechazo a los tratamientos biomédicos?¹⁴

1.4. JUSTIFICACIÓN.-

Los datos que podamos obtener, en relación al contexto sociocultural de los pacientes y a sus prácticas curativas tradicionales, a través de una **nueva historia clínica** aplicada a los usuarios de la Clínica San Martín de Porres, nos permitirá identificar en que medida estos aspectos inciden activamente en la **actitud de rechazo** a los tratamientos biomédicos.

Bajo esta perspectiva, consideramos que las prácticas médicas andinas deben ser mejor entendidas, para iniciar un acercamiento intercultural que abra el proceso salud-enfermedad-atención a las formas más efectivas de las practica medicas tradicionales, como una forma de rescatar una identidad propia para una medicina boliviana más accesible y democrática, mas halla del concepto estrictamente económico. Para ello el personal de salud debe estar involucrado en este esfuerzo, primero mediante el conocimiento concreto de los saberes andinos (Etnopatología, y Etnoterapéutica), y luego a través de su aplicación en la practica medica cotidiana.

La creciente implementación del modelo biomédico no ha logrado alcanzar plenamente los objetivos de proporcionar salud y bienestar al conjunto de la población. No porque sus practicas resulten equivocadas, sino por que sus coberturas son limitadas además de que los costos colaterales de sus tratamiento están fuera del alcance de la mayoría de la población. La biomedicina no ha considerado dentro de sus enfoques la incorporación de terapias y tratamientos alternativos; que sin duda resultarían más fácilmente aceptables y en algunos casos más eficaces. Tampoco se ha considerado que en muchos casos los tratamientos tradicionales no necesariamente resulten contradictorios o contraproducentes a los tratamientos biomédicos.

¹⁴ Corresponde a un problema cualitativo, ya que su origen tiene en el mismo sujeto de investigación (actitudes de rechazo del paciente en la CSMP) que pretende generar mayor aporte de conocimiento de la misma población investigada (describir que piensa la población, manifestados en las entrevistas no estructuradas con los pacientes de la CSMP, y además el sobre todo el tratar de transformar esta situación adversa, de que el paciente rechace la terapia biomédica.

2. OBJETIVOS.-

2.1 OBJETIVO GENERAL.-

Identificar los factores sociales (el idioma, ocupación, lugar de nacimiento, lugar de residencia, tenencia o no de seguro médico) económicos (ocupación, estabilidad económica) y culturales (Percepción de las patologías, patologías contradictorias a la biomedicina, causas de ellas según criterio del paciente) que conducen al paciente a la actitud de rechazo al tratamiento biomédico. En base a esta investigación proponer estrategias y políticas médicas que reduzcan esta actitud de rechazo hacia las terapias biomédicas por parte de los pacientes, y tenga mas bien lugar a la aceptación de los tratamientos biomédicos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- Identificar cuales son las patologías donde se evidencia un mayor nivel de rechazo al tratamiento biomédico.
- Identificar las causas de sus enfermedades indicadas por los propios pacientes.
- Así como hay las prácticas y conductas biomédicas, que influyen y/o motivan más las actitudes de rechazo al tratamiento médico, Identificar cual de estas practicas, son las que gozan de mayor aceptación por parte del paciente.

3. MARCO TEÓRICO.-

3.1. Las practicas tradicionales.-

Antes del surgimiento de la medicina moderna, grandes grupos humanos han llegado a sobrevivir a través de la historia gracias a sus prácticas tradicionales de salud. Y en el presente estas mismas prácticas son las que permiten a las poblaciones de los países pobres enfrentar sus problemas inmediatos de salud sin estar totalmente atados a la dependencia económica, política y cultural de la ciencia médica moderna.

Pero las políticas estatales de Salud y la formación universitaria desconocen este hecho, creando de esta manera una brecha innecesaria entre la medicina científica y la medicina tradicional. Sobre todo cuando los conocimientos etnopatologicos (interpretación de las enfermedades por parte del propio paciente de origen rural), Etnomorfológicos (la

interpretación que estos pacientes tienen acerca de sus cuerpos), Etnofisiológicos (percepción sobre el funcionamiento del cuerpo) y etnoterapéuticos (las prácticas curativas que emplean cuando sus cuerpos enferman) podrían incorporarse sin muchas dificultades dentro del actual sistema boliviano de salud pública. En este sentido estos criterios según I. Castellón 1997, podrían definirse de la siguiente manera:

Etnomorfología, las percepciones y conocimientos de los diferentes grupos étnicos acerca de la forma y constitución del cuerpo humano.

Etnofisiología, las percepciones y conocimientos que esos mismos grupos, tienen acerca del funcionamiento del cuerpo humano.

Etnopatología, las percepciones, conocimientos, y nombres que asignan los diferentes grupos étnicos a las patologías.

Etnoterapéutica, las percepciones, conocimientos y prácticas que estos grupos étnicos, tienen en atención y curación de las enfermedades. (Castellón I. 1997 Pág. 107)

A continuación se señalan algunos especialistas, en el ámbito de la medicina tradicional andina:¹⁵

Los Curanderos, si la comparación lo permite, son los profesionales equiparables a los médicos generales. Su ámbito curativo puede abarcar desde las dolencias más sencillas y frecuentes (en donde generalmente recurren a la herbolaria), hasta cuadros más complejos que requieren del apoyo de algunos actos rituales. Como un recurso de consulta pueden leer con destreza y precisión en las hojas de coca la suerte de los individuos, a través de esto entablan diálogos más íntimos con sus pacientes que les permiten abordar de manera más precisa y clara los asuntos más diversos que pueden estar influyendo en su salud.

Naturista, Son las personas que tratan las enfermedades a través de productos naturales, en Bolivia algunos se encuentran agremiados en SOBOMETRA.

Los Yatiris (Los que saben) además de curar dolencias sencillas y graves, con frecuencia también tienen facultades adivinatorias y/o recurren a sus poderes sobre naturales; por lo que son conocidos como conocedores del futuro. También pueden tener competencia en varias especialidades de la medicina tradicional andina.

¹⁵ Esta gama de especialistas de la medicina tradicional andina está basada en la obra "Abril es tiempo de Kharisiris" de Iván Castellón (1997).

Cocakhawiris (los que miran la coca) son los especializados en la lectura de las hojas de coca como un medio para diagnosticar la naturaleza de los males que aquejan a una persona o a su familia y de hallar el mejor modo de curarlas; si es un mal que requiere atención biomédica o una específica práctica tradicional.

Aysiri (el que llama el ánimo) goza de un conocimiento superior a lo normal y supuestamente estarían dotados de facultades curativas que les permiten convocar, conversar, negociar, y luchar directamente con las entidades mágico-religiosas que causan diferentes males al enfermo y a su entorno familiar y comunal.

El Ch'amakani (el dueño de la oscuridad) su habilidad específica es la de poder comunicarse y hablar con los seres tutelares, aprovechando la oscuridad y las sombras de la noche. Es un oficio que impone un respeto riguroso, por pertenecer a la jerarquía más elevada de los especialistas rituales aymaras. Por haber elegido el lado "blanco", el camino del bien gozan de gran prestigio y poder.

Laicas (Brujos) estos pueden producir el mal al prójimo a través de maleficios.

Khagudores (Friccionadores) se encargan de curar las contracciones musculares, luxaciones y fracturas óseas a través de hábiles masajes y manipulaciones.

Comadronas o Parteros(as) son las encargadas de atender los partos en las zonas periféricas de esta ciudad. En algunos casos han recibido cierta capacitación en ONG's. Junto a otros promotores de salud apoyados por ONG's, forman parte de un sistema de salud que de forma más o menos institucionalizada empieza a operar en los distritos más pobres de El Alto.

Kallawayas, son los curanderos itinerantes considerados más tradicionales. Pueden radicar en la ciudad o en la provincia Bautista Saavedra, pero constantemente se los encuentra ofreciendo sus servicios en diferentes ciudades y regiones del país.

Los mismos habitantes de origen aymara que en base a algún grado de conocimiento de estas terapias, por sí mismos son capaces de curar ciertas enfermedades y/o brindar consejos a familiares y conocidos. Su campo de acción puede abarcar desde dolencias sencillas y frecuentes hasta la atención de partos. Con frecuencia recurren a tratamientos herbolarios, o a ceremonias rituales para combatir los males más cotidianos.

Toda la gama de estos sistemas locales de salud tradicional¹⁶ se caracterizan por reforzar sus capacidades curativas con la eficacia simbólica de sus contenidos ritual; una función que no se reduce al simple control de la enfermedad como tal, sino del entorno socio cultural que pueden influir o pueden ser influidos por la enfermedad. Todos estos terapeutas hasta ahora descritos, incluidos los mismos pacientes que se automedican, tienen una característica común, todos son vecinos de la ciudad de El Alto. Por tanto podrían considerarse como parte de los recursos humanos de salud “internos”¹⁷ con los que puede contar la población alteña.

En cualquier caso la automedicación que no tiene el seguimiento adecuado de un especialista biomédico o tradicional y que se asume en base a la propia experiencia “*Si me ha curado del resfrió puede que sea bueno para el dolor de cabeza*” naturalmente implica serios riesgos para la salud en general. Muchas personas, sin dudarlo, acuden directamente a las Farmacias –“*Doctorita tiene un remedio para la diarrea, que sea el más fuerte*”. Claramente se puede ver que lo que busca el paciente es el medio más eficaz e inmediato para resolver su enfermedad, una elección de naturaleza pragmática (costo-beneficio) que no puede ser atribuido a un contexto étnico o cultural específico.

3.2. Enfermedades para Medicina tradicional

Según I. Castellón Quiroga en su investigación realizada en la región quechua-hablante de Ayopaya (Cochabamba) para los campesinos la causalidad, tratamiento y curación de las enfermedades es múltiple y variada, y que debe existir correlación entre la naturaleza de la causa productora de la enfermedad y los procedimientos terapéuticos para superarla. Por lo tanto las enfermedades de orden místico, deben ser tratadas por terapias del mismo orden discursivo mágico religioso que vienen a ser los métodos que intervienen en su mayoría (Milluchadas, Mesas¹⁸, Khoadas, misas), pero que no descartan la intervención de terapias de orden físico-químico.

¹⁶ El sistema tradicional de práctica curativa alternativa-andina. (Castellón I. 1997)

¹⁷ “Interno” Recursos humanos de salud internos, insertos dentro de la misma población de la ciudad de El Alto, no son foráneos, como suele suceder en el sistema institucionalizado de salud (sistema tradicional y medicina popular local de la urbe Alteña)

¹⁸ “Mesa” Pequeño paquete que contiene diversos elementos útiles para el ritual. Ofrenda, que pueden adquirirse en los mercados ceremoniales y ferias campesinas.

El Jampiri, El Yatiri, Aysiri, o alguna persona que obre con facultades terapéuticas mágico-religiosas, pueden hacer de intermediarios entre el paciente (Cuyo padecimiento es de orden mágico-religioso) y las entidades míticas. Estos intermediarios pueden invocar a todas las entidades del espectro mágico-religioso, Pachamama, Diablo, Dios, así como también a las Vírgenes, y Santos (Tata Santiago), dependiendo de cual de ellos haya provocado el mal. Cuando esto ocurre se produce la lucha entre estas divinidades míticas, dependiendo de quien gane de esta lucha se decidirá la suerte y la vida del paciente. En el tratamiento de las enfermedades mágico-religiosas que son de competencia del “Jampiri”, es solamente él quien debe juzgar la pertinencia o no de los médicos en la curación de sus pacientes; si el médico participara sin la autorización del Jampiri, puede ser interpretado como agravante de la enfermedad.

Lo que significa que la práctica de ambos patentiza que la administración del saber va asociada a roles y ejercicios de poder. Cualquier sujeto o agente que pretenda introducir terapias opuestas, será considerado como elemento intruso, obstructivo, o neutralizador a las principales estrategias terapéuticas autorizadas. Puede ocurrir también que el yatiri decida que en la curación de determinada enfermedad participe un agente biomédico, poniendo en manifiesto que la eficacia gnoseológica del Yatiri tiene límites. Esta decisión esta sujeta, según la lectura de los Naipes¹⁹ o la lectura de la Coca²⁰, de este modo el Yatiri, indica “No es para mí” ”Es para inyección” haciendo que se sobrevalúe la eficacia de este medicamento. Algunos pacientes creen que las inyecciones lo pueden “curar todo” sin considerar en fármaco en si, sino sola la forma de administración.

Un claro ejemplo sucedió en la clínica, cuando en uno de mis pacientes llegó con la receta de un naturista que decía textualmente: “*Lavaje de Bilis, Suero glucosado, con 2 ampollas de complejo B, mezcladas con dos ampollas de Buscapina*”. Además el mismo naturista solicitaba “*Ecografía de Hígado y Riñones*”, lo que muestra claramente que los practicantes de medicina tradicional están dispuestos a aceptar y confiar en muchos de los

¹⁹ Naipes, son las cartas españolas, los números y la iconografía han sido reinterpretados siguiendo las directrices del pensamiento andino, así como la coca los naipes sirve como una especie de interpretación, para confirmar las aseveraciones del yatiri. (Alba J. Tarifa L.1993 Pág. 74)

²⁰ La “Lectura de la Coca” como procedimiento de averiguar la causa de la enfermedad y dilucidar si patología consultada será tratada por el médico o por las practicas terapéuticas andinas.

aspectos de la biomedicina. Finalmente se dio cumplimiento con lo indicaba la receta del naturita y los dolores de bilis que sentía el paciente desaparecieron.

Otro caso parecido, lo encontré cuando que un paciente había sido referido a nuestra institución por un Yatiri. El Yatiri, luego de leer en coca, había explicado a los familiares que esa enfermedad era para el “Doctor” y no para él. Se trataba de un caso de apendicitis aguda y fue operado ese mismo día sin que el paciente se resistiera de forma alguna como tampoco fue necesaria darle una explicación detallada de su patología. Antes de que ingrese al quirófano, el mismísimo yatiri se hizo presente para realizar una especie de Ritual (Llamar el ánimo del enfermo). Nosotros comprendimos que para el paciente y sus familiares esa ceremonia tenía significado muy importante y que sobre todo eso les ayudaría a enfrentar con más serenidad la operación, por lo que accedimos a que el rito se celebrara sin interrupciones.

Según la publicación de Alba y Tarifa (1993), hay algunas enfermedades atribuidas a entidades “Mágico-religiosas” que solo son de competencia del “Jampiri” y que son incompatibles con los tratamientos biomédicos. Algunas de estas enfermedades son:

- JAP’HEGA, JAP’IQA (en quechua) - KATJ’A (en aymara) “*Atrapado por la tierra*” Según parece es más bien un síndrome provocador de enfermedades y puede manifestarse con dolores de cabeza, de estómago, de pies o de muelas. Así por ejemplo el propio reumatismo puede ser considerado como un síntoma del katj’a. Además de un provocador de enfermedades, puede actuar como agravante de otras enfermedades que por si mismas no representan riesgo mortal (un dolor, una herida leve o una picadura) pero que por algún castigo de la Pachamama no puede curarse oportunamente. Algunas veces el katj`a puede manifestarse con síntomas leves, en ese caso se tratarían de señales que la pachamama envía a los humanos en advertencia por alguna ofensa cometida en su contra (trasgresión de un tabú, un uso desconsiderado o mal intencionado de sus recursos o la falta de las debidas atenciones rituales). Advertencias que de ser ignoradas, atendidas a destiempo o de forma negligente o incluso mal interpretadas, pueden precipitar un castigo muchísimo más implacable.

El Chullpa wayra (soplo u olor de los muertos y tumbas prehispánicas) Es otra enfermedad atribuida al contacto con fuerzas míticas. Se manifiesta en personas que sin quererlo o no han

profanado o allanado en tumbas (chullpas) o santuarios prehispánicos, donde se supone se esconden tesoros ('tapados'). Según los campesinos andinos, esta enfermedad es un castigo a quienes por codicia, ignorancia o imprudencia se atreven a invadir estos sitios prohibidos sin el debido 'permiso' de los poderosos espíritus terrestres ('Achachilas', 'tíos', 'malignos', etc.) que los custodian. En algunas ocasiones estos seres pueden estar dispuestos a ceder alguno de sus 'tesoros', pero siempre a cambio de generosos 'pagos' (ofrendas); pero no a cualquiera, sólo a alguien en particular. Se cree que sí alguien llega a 'encontrar' un tapado, es porque ese tapado y ese momento ya estaban de antemano 'señalados' (predestinados) para él. El momento preciso es avisado con un fuego o un destello misterioso, una señal que otras personas a parte de la señalada pueden llegar a ver, pero por más empeño, pagos o sangre fría no podrán dar con el tapado, a no ser que su destino sea caer víctimas del Chullpa wayra. Algunos afirman que el mal de 'tapados' lo causan en realidad los gases tóxicos acumulados por mucho tiempo dentro de estos sitios; este suele ser el caso de los tapados coloniales y republicanos donde el origen más frecuente de estos gases suelen ser antiguos depósitos de mercurio, arsénico u otros insumos altamente tóxicos usados en la minería desde la colonia y que en el pasado eran tanto o más valiosos que la plata o el oro atesorado en los tapados.

SAJRA WAYRA. (Aire o viento maligno) SANKHU (estela o rastro maligno que al caer dejan los rayos) Ambas se atribuyen a causas mágico-religiosas. La primera es una especie de energía que emana desde un sitio maligno, y que puede propagarse sobre una comunidad atacando a sus habitantes más débiles o a quienes se internan en espacios que por algún motivo le están vedados. Por ejemplo a quien se aleja de la seguridad del espacio de su comunidad para internarse en la selva, cordilleras, abismos u otros parajes no habitados por la 'gente'; o cuando en estado de ebriedad y en la oscuridad de la noche se camina por sitio familiar. La noche o los parajes deshabitados son espacios dominados por fuerzas desconocidas y un encuentro con ellas puede ser peligroso y hasta nefasto para los humanos. Cuando un 'mal rayo' es la causa del 'aire maligno', provoca una enfermedad cuya sintomatología puede verse asociada a alergias cutáneas, sequedad de la boca, tos seca, vómitos y dolor de estomago. Según la gnoseología campesina los rayos son seres poderosos pero no todos ellos son maléficos. Algunos son benéficos y su caída en un lugar puede significar allí se cuenta con la protección de Tata Santiago (el más poderoso, justo y severo

de los rayos) o que otra persona ha sido elegida para ser iniciada en los poderes sanatorios y adivinatorios. Estos serán los jampiris y sabios que en el futuro velaran por el bien de la comunidad. Este criterio también es compartido por J. Alba y L. Tarifa.

Según Spedding, existen algunas enfermedades de naturaleza “mística”, como el *anim saraqata* (perdida del animo o “ajayu”) pero sus síntomas físicos pueden manifestarse de forma muy distinta; entre niños pequeños generalmente se trata de vómitos y diarreas; en adultos pueden ir desde falta de apetito, cansancio, depresión, apatía, fiebre, cefalea, etc. Muchos de estos síntomas pueden corresponder a diversas patologías comunes, pero dado que sus factores causales son de naturaleza mística, su diagnóstico y tratamiento requiere de una interpretación metafísica que sólo un ritualista calificado podría realizar; ya que ni el propio paciente sabría identificar con certeza el origen íntimo de su mal²¹.

Otra enfermedad mítica es el *Kat'ja* o mal de ‘terreno’ y se da a consecuencia de ‘renegar’ en un sitio particularmente peligroso –por los ‘malignos’ que la habitan–. La persona que reniega (un momento de debilidad o alteración emocional) es especialmente vulnerable, una presa fácil del ‘terreno’. El principal indicio de *kat'ja* son carachas en la piel (como picaduras de insectos, o heridas infectadas) que aunque se administren antibióticos no llegan a curarse. Como en el anterior caso requiere un tratamiento ritual.

El Kharisiri, “El que corta” Personaje maléfico que recorre los caminos extrayendo la grasa de los costados de sus víctimas. La referencias sobre este peculiar “sacamantecas” andino lo ubican, bajo diferentes nombres –ñaqaq, phistaku, lik'ichiri, kharikhari–, en las regiones altas de Bolivia y Perú. Al extraer la grasa, el se apodera de la fuerza vital de sus víctimas. Para la gente de los Andes la sangre y la grasa representan el principal recurso energético y vital que posee un ser humano, un recurso que de llegar a perderse el propio cuerpo es incapaz de reponer.

Al contrario de muchos estudiosos que tratan el tema del como un ‘mito o metáfora’ de contenidos ideológicos y políticos, Spedding considera que debe ser abordado como una enfermedad. Aunque el ser mítico que causa este mal (el kharisiri) no ha sido realmente identificado, sus víctimas (los *Kharsutas*) y los síntomas no son nada ideológicos ni mitológicos. Hasta ahora se han documentados un impresionante número de testimonios de

²¹ Spedding A. “Kollasuyo” El individuo vinculado, Pág. 129-130

personas que afirman haber sido testigos o víctimas de este mal, pero más impresionante es la coincidencia en detalles mínimos de las descripciones de los síntomas, las terapias, los remedios. La autora sugiere dos hipótesis para explicar su incidencia.

- “Corresponde a una o más enfermedades reconocidas por la biomedicina, solo bajo otro nombre. opinión desvirtuada por un yatiri que informo que es cierto que los síntomas del kharsuta son muy parecidas a los del calculo biliar, pero no es lo mismo, y existen métodos para diagnosticar cuál es en un caso dado para luego proceder con el tratamiento apropiado. Esto no implica que no puede existir casos que en ‘realidad’ son apendicitis, hepatitis, o cólera y son equivocadamente diagnosticados como kharsutas, pero indica que los expertos sabrán distinguirlos de los casos reales de kharsutas y que no son diferentes nombres para la misma patología”. A. Spedding (2002) Pág. 131.
- “Es una enfermedad psicosomática, provocada por alguna experiencia traumática, o directamente psicológica, quizás un síndrome depresivo, se dice que entre sus síntomas del Kharsuta esta el ‘estar sin ganas’, no querer hacer nada, debilidad general, y no mirar a otras personas en la cara, que podría ser un estado depresivo. Sin embargo la mayorías de los casos son señalados por síntomas más apremiantes y físicos, en particular la fiebre alta y vómitos. Estos también podrían tener un origen psicológico. En este caso, se supone que las curaciones tienen un efecto placebo; creo que estoy enferma; luego creo que me han dado un remedio efectivo, entonces recupero. Pero casi todos están de acuerdo, que una vez que se ha diagnosticado al Kharsuta, hay que aplicarles los remedios sin decirle que enfermedad es la que tiene. Solo cuando ha recuperado se le puede avisar. Si se le dice en ese rato, va morir, no importa qué curación se aplica. Osea, habrá que hacer creer al enfermo que tiene otra dolencia, y que el tratamiento corresponde a eso, que no encaja bien con el modelo occidental del efecto placebo. O sino señala que los andinos son excepcionalmente “sugribles” (suponiendo siempre que los remedios no tienen una efectividad real) hay otros problemas con este tabú sobre informar al enfermo de la naturaleza de la enfermedad. Algunas curaciones, como la más tradicional, que es ‘cambiar’ la vida del enfermo con la de una oveja negra, indudablemente deben tener un enorme impacto psicológico, pero a la vez son tan dramáticas y además conocidas que el enfermo que es difícil creer que el enfermo no se

daría cuenta de su razón. Luego hay varios casos de “autodiagnósticos” cuando el mismo enfermo decide que el kharsuta, va a buscar los remedios y se cura con éxito. Al parecer, no es el hecho de saber lo que tiene que produce el efecto fatal, sino el acto de *comunicarlo*. Aquí puede ser relevante que hay otras curaciones donde se dice que sólo tienen efecto si el enfermo no sabe que le están administrando, y además las que la autora tiene referencia tratan de enfermedades que en el Occidente se considera de naturaleza mas psicológica que orgánica, como alcoholismo o la adicción a la pasta base de cocaína. También puede ser relevante que la causa final de la muerte del kharsuta no es el haber perdido grasa de su cuerpo, sino el hecho de vender esa grasa. Una vez que la grasa ha sido vendida, no hay remedio, va a morir de todos modos; todos los remedios por lo efectivo que sean, solo funcionan mientras la grasa no ha sido vendida todavía. Suspender la comunicación del hecho puede ser un paralelo a suspender la venta de la grasa: mientras se bloquea la circulación o de las palabras y de la mercancía, el enfermo esta salvo. Pero eso es pasar la enfermedad otra vez al campo de la metáfora, mientras en la vida andina no es ninguna metáfora sino una dolencia concreta²²”. A. Spedding (2002) Pág. 131.

Según la misma autora, al tratarse de una enfermedad concreta, tiene tratamiento, un remedio que se llamaría “*Medicina Kharsutas*”²³ y consistente en:

- Raíz de la planta q`intu (K`intu)
- 20 habas rojas, molidas
- 12 panes de Nicolás, molidos.
- 12 Wayruros rojos (molidos suponemos)
- 10 Gramos grasa humana
- 30 Gramos de placenta humana, tostada y molida.

Se combinar todo en un litro de agua y se deja hervir durante 45 minutos; Es preferible que la placenta sea proveniente de una mujer primípara²⁴.

²² Spedding A. Diciembre 2001 (Pág. 130-131)

²³ Medicina para Kharsutas, Fuente: Yatiri de Quipa-España, Jesús de Machaca, dato recogido por Demetrio Ajno Alejo, estudiante de Sociología, Spedding A, (s.f.) El Kharisiri, manuscrito La paz 1998

²⁴ Spedding A; Sueños, kharisiris y curanderos La paz 2005.

3.3. Enfermedades que también pueden ser de competencia de la biomedicina.-

Según I. Castellón, las Enfermedades que pueden ser de competencia complementaria para la biomedicina, son aquellas causadas por factores Físico-Químicos, es decir cuyo origen y resolución se encuentra en el mundo natural y físico inmediato, como son los ocasionados por fenómenos atmosféricos (el viento, tempestad, calor excesivo, lluvia, nieve y sequía); por contagio de animales, por mordeduras (murciélago, perros, mosquitos, vinchucas, y ratones); por ingerir alimentos no apropiados, por tomar agua sucia; y aquellas ocasionadas por accidentes (heridas, contusiones, torceduras y fracturas.)

Las terapias para este tipo de dolencias, no requieren rituales terapéuticos y son también posibles de controlarse mediante el conocimiento herbolario, y el saber popular, ya sea de los propios campesinos o por los especialistas de la comunidad (Jampiri, Khagudores, Cocahawiris y Callahuayas.) Sin embargo esta distinción entre enfermedades mágico-religiosas y provocados por factores físico-químicos, no tiene límites fijos o precisos, así por ejemplo hay enfermedades del mundo andino-quechua como: Kecha-Khomer, o K'echa pukay que habitualmente se consideran de orden físico (diarreas), pero que también pueden estar vinculadas a un orden mágico.

Según el criterio andino, no se relaciona la suciedad como causante directo de la diarrea, si no como factor secundario, ya que se cree más bien que el frío, calor, aire maligno y fétido, las comidas dulces, o golpes en el cóxis, etc. son considerados factores de mayor importancia, como causantes directos de la diarrea. Otras enfermedades que pueden ser de competencia de la Biomedicina y que son provocados por factores Físico-químicos son: Chujchu, (Malaria, terciana) Choju, (tos) Sarnas, Gusanera, Sarampión, la fiebre en general, los dolores musculares, dolores de la cabeza, y del estomago, y que constituyen padecimientos no graves, que pueden ser controlados.

Muchas de estas enfermedades (como la 'perdida del Ajayu') pueden curarse combinando la biomedicina con técnicas de sanación tradicional dentro el mismo servicio de salud; como en la ocasión en que los familiares uno de nuestros pacientes llamaron al yatiri antes de someterlo a cirugía, para que realice un ritual para que el enfermo recupere el ajayu perdido y pueda enfrentar mejor la operación. En nuestro servicio empezamos a respetar estas prácticas curativas, sus contenidos rituales y sus peculiaridades porque persiguen el mismo

fin que nosotros como médicos buscamos; ayudar a la recuperación del enfermo. Los familiares por supuesto se sintieron conformes y agradecidos por poder llevar a cabo sus prácticas curativas en el mismo servicio.

3.4 Dimensión religiosa de la Enfermedad. -

Se puede ver claramente que a pesar que los pacientes sean miembros de agrupaciones evangélicas, supuestamente más integradas y conformes con la cultura cristiana occidental pueden presentar similares problemas de rechazo a los tratamientos médicos.

Una experiencia la encontré en un paciente miembro de una agrupación evangélica (Testigos de Jehová) que acudió a nuestro servicio. Se trataba de un caso de una hemorragia digestiva alta, secundaria a una úlcera sangrante. Los familiares rechazaron la administración de unidades de sangre que con urgencia requería el paciente, en ellos prevalecían unas actitudes diferentes a las anteriores, pero igual o más fuertemente mágico-religiosas.

A propósito de este tema, la dimensión religiosa de la enfermedad y la curación ritual²⁵ tan frecuentemente anclada en el mundo andino, Ina Rosing (1990) a partir de sus investigaciones de un ritual llamado “*El llaki wijch’una*” (Vencer las penas y tristezas.)²⁶, considera que estos tratamientos buscan involucrar activamente en el acto curativo a todo el entorno social del enfermo, y no como ocurre en la biomedicina como una relación estricta entre el médico paciente. En este sentido la medicina tradicional es participativa ya que son muchas las personas las que de una y otra forma contribuyen con sus esfuerzos en la realización exitosa de los actos curativos.

Indudablemente este acto, trasciende hasta más allá de una simple relación médico-paciente y quizás por eso sea difícil ver a un yatiri como miembro activo del equipo de salud de un hospital. Cuando es reclamado por algún enfermo, solo puede ingresar, en forma clandestina, en la oscuridad de la noche, bajo riesgo de ser echado si se descubre.

3.5. Enfermedades causadas por alimentos frescos y cálidos.-

En opinión de I. Castellón, los campesinos de Ayopaya mencionan enfermedades causadas por alimentos calidos y frescos, factores climáticos y naturales, las

²⁶ Rosing I, Introducción al Mundo Callawaya, Edit. Los Amigos del Libro, La paz 1990. Pág. 158

mismas que se identifican por la temperatura que se manifiestan en el cuerpo. Se suele escuchar a la gente refiriéndose a este tipo de enfermedad diciendo “Es por el frió”²⁷. Se puede observar que lo definen como una manifestación de agentes físico y/o naturales de etiología dispar. El frió (un cambio brusco de la temperatura corporal) puede causar un ‘resfrio’ ‘aire’ u otros padecimientos asociados a los desequilibrios térmicos como el sol, el viento, la lluvia o un temporal frió).

Pero cuando los pacientes hablan de enfermedades provocadas por la ingesta de alimentos ‘calidos’ (Frutas tropicales, café, chuño, charque, alcohol, yerbas de altura, etc.) o ‘frescos’ (carne de llama, papa, verduras, Fideos, pescado, etc.),²⁸ se refieren a una especial clasificación de los alimentos y sus propiedades y no sus característica térmicas de calor o frió, por lo que no hay que confundirlas con las enfermedades causadas por el ‘frio’.

Para las enfermedades causadas por factores climáticos y alimentos calidos, la etnoterapia consiste en tratamientos frescos, y para las enfermedades causadas por alimentos y factores climáticos frescos, los tratamientos deben ser cálidos. Para ambos tratamientos, frescos y calidos, pueden ser mediante mates, infusiones, emplastos y fricciones.

3.6. Otras Enfermedades inherentes al mundo andino.-

I. Castellón 1999, hace referencia a otras enfermedades, que son recurrentes en cultura andina y que discrepan en tres aspectos frente a la biomedicina:

1.- Por la causalidad de la enfermedad relacionada con el mundo psíquico y subjetivos más profundos del paciente, pero que están determinados factores de su propio entorno social y cultural, pero que la propia población los asume como mítico-religiosos. Las prácticas y tratamientos tradicionales apuntarían a los psíquico y subjetivo de las enfermedades o las normativas sociales y culturales de una comunidad. Por ejemplo la obligación de ch'allar²⁹

²⁷ “Por el frió” Termino comúnmente usados por los pacientes de origen rural que acuden a al clínica, a consulta, catalogándolo como causante de varias enfermedades, entre ellas: Resfríos, pulmonías, inflamación de la matriz, flujos vaginales, ciáticas, etc.

²⁸ I. Castellón, “Abril es tiempo de Kharisisris”1997, Pág.119.

²⁹ Cha'lla Libración alcohólica, consiste en una simple aspersión del liquido, generalmente con el dedo índice de la mano derecha, con la intención de convidar a los diferentes seres tutelares que son recordados por el oficiante durante la ceremonia. La costumbre de “Ch'alla” se ha generalizado en cualquier acontecimiento social que se efectuó; El alcohol, adquiere una significación de alto valor sagrado en el entorno cultural andino, con el se efectúan las acostumbradas libaciones ceremoniales sobre las ofrendas, en las mesas ceremoniales aymaras.

puede estar justificada por un supuesto castigo de la Pachamama³⁰, pero en realidad sería un acto destinado a reforzar la cohesión social del grupo.

2.- Por las manifestaciones sintomáticas los andinos distinguen enfermedades externas (sarnas, infecciones orales, alergias cutáneas, sarampión, fiebre, mal de ojos, etc.) e internas (dolores de cabeza, pecho, estomago, corazón, hígado, etc.). en cambio la biomedicina distingue las enfermedades por sus agentes causales (virales, bacterianas, parasitarias, etc.) y de organización anatómo-fisiológica (patologías dérmicas, gastro intestinales, cardiorrespiratorias, etc.)

3.- Por los contextos rurales de la vida rural los andinos distinguen entre enfermedades *intrínsecas* a su propio medio socio-cultural y las que son 'externas' o ajenas a ese medio. Se consideran que estas enfermedades 'externas' son consecuencia de contactos con grupos sociales foráneos al medio local; maestros, militares, médicos, antropólogos, extranjeros, etc. Una enfermedad que también puede ser considerada externa es el 'chujchu' (paludismo) una enfermedad que aunque bien conocida por la población en general, es endémica sólo en las zonas tropicales del país y no propias del medio alto andino. Para la biomedicina, en cambio, esta distinción carece de sentido.

Fuente: I Castellón, Abril es tiempo de Kharisiris, Pág. 121, 122, (1999)

3.7. Origen de las enfermedades según la percepción andina.-

Iniciare este acápite refiriéndome a la opinión de un médico naturista, Don Felix Duran Quispe.³¹ Él menciona que el hombre andino es por naturaleza un ser espiritual, por tanto debe tener una relación armónica y equilibrada con los espíritus que habitan el medio. Toda enfermedad provoca la ruptura de esta armonía (entre el mundo físico, social y espiritual), por ello el mismo hombre y la comunidad es responsable de resguardar estas relaciones armónicas para garantizar la salud de la población en general. Una ruptura de este equilibrio (ECO-GEO-BIO-PSICOLÓGICO y SOCIAL) es la verdadera causa de las enfermedades y los síntomas solo son señales de este desequilibrio. Las relaciones de reciprocidad que rigen convivencia humana, también rigen las relaciones con los espíritus y fuerzas de la naturaleza. De acuerdo a como los hombres se relacionan con ellos, estos

³⁰ "Pachamama" La santa tierra, tierra virgen como circunstancia femenina.

³¹ Sit'uwa 2001 Purificación y vida armónica en la pacha contemporánea 200, Pág. 59-60

elementos místicos pueden ser o no solidarios con la comunidad.

Por otro lado, según Grover Crespo Vides (Sit'wa 2001. Pag. 67), uno de los aspectos más importantes para conocer en profundidad no solo la psicología aymara- quechua actual, si no el soporte cultural de su vida y quehacer diario, es precisamente la enfermedad; el “*usu*” aymara o el “*onqoy*” quechua. Podemos decir que la enfermedad es toda incidencia (desequilibrio) en el cuerpo y/o en el “*ajayu*” (espíritu) causada por la agresión de una fuerza extrínseca o externa, y puede tener efectos permanentes o temporales, progresivos e incluso a veces pueden ser fatales. La enfermedad tienen siempre una causalidad viva, más o menos antropomorfizada, que afecta ya sea el cuerpo o al espíritu.

“Cuando una persona vive en forma desordenada, y en oposición con la armonía de la pachamama y sus elementos, las energías internas se debilitan causando la enfermedad y la muerte.” (Grover Crespo: Sit'uwa 2001)

Por lo tanto la enfermedad aparece por el debilitamiento de la fuerza espiritual vitalizante. Para la percepción andina es esta energía espiritual que cura en última instancia, energía que suele estar en los principios activos de cada medicamento, o energía que esta en los terapeutas tradicionales, incluidos sus elementos rituales, cuyo fin es el de restablecer esta energía vital dañada.

Según esta concepción, en opinión de Gerardo Fernández (1999), estas almas o ‘sombras’ (*ch'iwi*) según sus atributos serían el Ajayu, el Animu y el Espíritu o Kuraji³² y todas ellas mantienen una relación unívoca entre sí y el cuerpo físico del individuo.

Según este mismo autor, el **Ajayu** es primera y principal ‘sombra’, su pérdida implica un daño grave para su dueño. Las otras sombras –cuyas denominaciones son préstamos del castellano– son: El **Animu** (animo), su carácter es secundario al ajayu y el daño que produce su pérdida puede ser corregido si se toman a tiempo las medidas prudentes para recuperarla: La tercera sombra se llama **Kuraji** (coraje), su pérdida suele ser pasajera y los trastornos que esto ocasiona suelen también ser episodios de leve importancia. Esto se debe a que el kuraji es la que esta más controlada y disciplinada de las almas y tiende a

³² Los atributos del ente espiritual que en la tradición cristiana occidental se denomina ‘alma’, corresponden a los que en los Andes se denominan ‘sombras’. En el mundo aymara los *ch'iwi* son de trascendental importancia porque son parte esencial e inseparable de la estructura de las personas, cuya disolución de su unidad provoca algunas de las enfermedades o síndromes culturales más característicos.

reincorporarse dentro la disciplina corporativa de las “sombras.”

Estas tres sombras (Kimsa Ch’iwi) se caracterizan por su morfología peculiar. Se las describe como figuras etéreas pero que son fieles replicas a escala de las personas a las que pertenecen, y su presencia puede llegar a ser percibida a través de tenues variaciones de luz en las sombras que arrojan los cuerpos de los seres humanos. El ‘arrebato’ por factores externos de estas sombras, constituye una de las principales amenazas a la salud de los residentes aymaras en esta urbe. Las amenazas que implican las enfermedades derivadas del cuerpo y que son de competencia médica, se consideran menos serias en comparación con las serias amenazas que para la estabilidad y seguridad del grupo familiar y el entorno social implicaría un trastorno grave en las ‘sombras’; sobre todo si amenaza enfermar a los padres-madres, es decir a los miembros adultos más activos e insustituibles del núcleo familiar y comunal.

Al respecto de este tema A. Spedding, (2002) aclara que aquello que los europeos llaman mente, en los Andes se llama ‘alma’, y que no se trata de una única entidad; además que estas no se localizan exclusivamente dentro el cuerpo mismo de la persona. Algunos informantes aseveran que si los hombres tienen tres almas, las mujeres pueden llegar a tener siete. Otros incluso alegan que los campesinos (indios) tienen tres almas y los “mistis” (‘blancos’) solo una. Las denominaciones del alma no solamente varían entre el quechua, aymara y castellano, si no también según las regiones. Así por ejemplo en La Paz las más importantes denominaciones son; “Alma” (Aymara y castellano) o “Animó”, “Ajayu” Otro elemento de menor importancia es el “Coraje”, parecido al “carácter” o fuerza de personalidad.

El Alma puede corresponder a todas las partes que sobreviven a la muerte de una persona, incluso en el cuerpo que sigue teniendo existencia o presencia física como cadáver. Durante la mayor parte de la vida el ‘alma’ coincide con el cuerpo, pero al acercarse la muerte, el componente no material del alma empieza a caminar apartándose del cuerpo. Después de la muerte física, se aparta del todo para seguir por otro camino y en un nivel distinto de existencia. El Ajayu representa la fuerza vital o energía, esto es lo que muere cuando fallece la persona, y puede morir o desaparecer antes de la misma muerte física. Es también responsable del habla de la persona.

3.8. Layqata o brujería

Otro elemento que no debemos obviar, es el que se refiere a la “brujería”: Acciones y manipulaciones de fuerzas malignas que con intenciones perversas algunos seres humanos hacen en contra sus propios semejantes.

Con harta frecuencia la causa de fondo de muchas enfermedades suele ser atribuida a la brujería. Muchos pacientes llegan a estar tan convencidos de que la causa real de su mal es una agresión intencional de alguno de sus enemigos que de antemano están poco dispuestos a colaborar con las terapias médicas o a asistir siquiera a un servicio de salud. Prestan poca atención y seriedad a las indicaciones médicas porque asumen que en tanto esas acciones no se dirijan a combatir la fuente misma de las agresiones de las que es víctima, no servirán de gran cosa, a lo sumo apenas serán paliativos. Mientras no salde cuentas con su enemigo o neutralice sus agresiones, seguirá padeciendo de males.

Como en el caso de Néstor (Ver Anexo 1, Estudio de caso No.9), el propio contexto socio-cultural puede predisponer hacia algunas actitudes obsesivas. Pero en todas las sociedades humanas presentan ciertos niveles obsesivos poco normales que pueden considerarse culturalmente determinados. Claro que en algunos países estos anormales niveles de obsesión pueden ser más absurdos, irracionales y letales que en otros; por ejemplo la obsesión cultural Norteamericana de agarrarse a tiros. Sin embargo estos niveles de obsesión no desacreditan el contenido general de un sistema cultural.

Entre los aymaras, los actos de brujería se conocen como ‘layqata’ o ‘Jaqin lurata’ (hecho por la gente) esta enfermedad no explica el como, si no el por que de la enfermedad, puede corresponder a patologías biomédicas poco comunes, como por ejemplo: Meningitis tuberculosa, esquizofrenia, etc. Así como en el caso de Néstor (Ver Anexo 1, Estudio de caso No.9), corresponde a una enfermedad irreversible: fractura vertebral con secuelas de paraplejia, que pese a los esfuerzos de curación del paciente y del personal médico, la patología no presentaría mejoría aparente. A pesar de que el enfermo se sometió a rituales de curación y sanación, la patología no experimento ninguna mejoría, lo cual refuerza la opinión de los familiares de que la enfermedad de don Ernesto se trataba de “Brujería”.

3.9. Contextos familiares de la Enfermedad

Según G. Fernández (1999) en la cultura aymara, las enfermedades que se

manifiestan dentro del contexto familiar deben diagnosticarse y curarse convenientemente dentro del espacio domestico donde se producen. Se trata de enfermedades que son causadas por problemas de tipo familiar como separaciones, falta de dinero, angustia de encontrar trabajo, etc. Este tipo de traslación de los problemas médicos a causas sociales, desconcierta a los equipos médicos convencionales, que responden resolutivamente “*Estás sano*”, sin percatarse de lo que el paciente considera el origen de su aflicción. Este mismo autor puntualiza, que al igual que la etiología de la medicina aymara, algunas denominaciones que en castellano se dan a ciertas enfermedades –como los llamados mareos, hemorragias, anemias y locura– en realidad se refieren a síndromes no precisamente definidos por la propia biomedicina.

Otras concepciones aymaras acerca de la configuración de la persona y la naturaleza de las enfermedades pueden resultar incompatibles con los procedimientos terapéuticos biomédicos. Por ejemplo el considerar a piedras, cerros, montañas, seres espirituales, las actitudes humana, etc., como factores intrínsecos tanto en las causas de las enfermedades y en las terapias para curarlas. Pero en nuestra opinión se debe entender al paciente y a su enfermedad dentro de un contexto social y cultural más amplio y no reducirla solo un problema bio-patológico.

Cuando en el momento de la consulta en la clínica, y sobre todo durante la internación hospitalaria, los familiares son separados del enfermo, se rompe con la relación y la estabilidad anímica del paciente con su medio familiar y social. Es decir, de alguna manera es arrancado de su propio medio para ser introducido a otro que le es totalmente desconocido y ajeno. Un medio que le puede parecer desconfiable, peligroso y hasta abiertamente hostil. Encontrar elementos familiares (personas, prácticas, expresiones, objetos, etc.) dentro de este medio ayudaría a que el paciente se sienta menos amenazado y vulnerable y más dispuesto a colaborar con terapias biomédicas.

Por tal razón hemos decidido incluir en este estudio algunas características **del acompañante del paciente**³³ que podrían influir en las actitudes del paciente frente a la biomedicina o darnos una idea del contexto económico, social y cultural del que proviene. El acompañante puede ser un elemento decisivo para consentir acciones de emergencia, el

³³ Que se incluye como característica en la nueva historia clínica modificada.

desarrollo exitoso de las terapias o el mismo estado anímico de los pacientes. Su papel especialmente crítico en el caso de los pacientes menores de edad donde los padres acompañantes son los verdaderos responsables de asumir su curación.

Según lo esperado, la mayoría de los acompañantes suelen pertenecer a la propia parentela del paciente (padres, hermanos, cónyuges, tíos, compadres, etc.) pero también pueden tratarse de personas con distinto grado de afinidad (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, empleadores, asistentes sociales, etc.). Cuales sean los motivos y el papel de estos acompañantes, lo relevante de esto es que demuestra que todo proceso de salud enfermedad es fundamentalmente un hecho social y no un problema exclusivamente individual. Por tanto, la problemática planteada por esta investigación –Los factores de rechazo– debe ser abordada precisamente desde una amplia perspectiva estructural que incluya tanto los factores biomédicos como los económicos, psicológicos, sociales y culturales.

3.10. Algunas diferencias de orden Social, entre la Biomedicina y Medicina tradicional andina.

Biomedicina³⁴.- Basados en I. Castellón 1997. Pág. 36-37, y en interpretación nuestra, las principales características de la biomedicina, podríamos considerar, que es básicamente de origen occidental, del mundo contemporáneo, la biomedicina constituye un sistema médico dominante y hegemónico que desarrolla tareas sociales, científicas e ideológicas. Además de realizar labores científicas en salud, la biomedicina hace uso instrumental e ideológico de los resultados de la investigación científica, a través del cual cobra un status superior frente a las otras medicinas locales e informales.

- Tiene una permanente relación con las ciencias naturales y positivas
- Identificar al paciente como un ente individual, susceptible de la intervención terapéutica.
- Define a la enfermedad como una patología localizada en una zona anatómica y/órgano específico.
- Identifica como causa de la patología a un agente etiológico: bacterias, virus, hongos,

³⁴ Según Menéndez, “La medicina científica esta constituida por una serie de caracteres estructurales: biologismo, ahistoriedad, pragmatismo, eficaz, mercantilismo, a los que podemos considerar metodológicamente como rasgos “internos....” (1981: 322).

parásitos, agente físico, químico, traumas, etc.

- Tiende a reforzar sistemas de conocimientos élitarios y excluyentes; en este sentido, es congruente con los propósitos culturales, políticos y económico-mercantiles de los sistemas dominantes contemporáneos.

Circula y se reproduce en las instituciones oficiales del estado: ministerios, hospitales, facultades de medicina, colegios médicos, editoriales, seminarios y eventos profesionales³⁵.

3.11. La Medicina tradicional Andina-Aymara.-

Basados en el criterio de I. Castellón 1997 bajo nuestra interpretación, entre sus características están:

- Tiene una permanente relación con lo mítico, tanto para sus esquemas conceptuales como en sus prácticas y recursos curativos.
- No concibe al paciente como unidad individual, si no que lo contextualiza en el grupo familiar y/o Social.
- En este sistema médico, el paciente no es separado de su medio ambiente y social, y de los cuales toman los elementos y recursos curativos (animales, vegetales, minerales)
- Considera que la causa de la enfermedad no se reduce a factores físicos, sino que también pueden ser de orden mágico, religioso y simbólico.
- Considera que el objeto de intervención no está solo ubicado en un órgano anatómico o fisiológico específico, sino en todo el cuerpo humano e incluso en su ambiente social y espacial, por Ej. La curación puede incluir ritos a la casa, o en el lugar donde se considera que ocurrió el hecho desencadenante de esta enfermedad.
- Una última característica es su rol social para reforzar los nexos familiares y sociales, lo cual se efectúa a través del acto ritual tradicional³⁶. En el cuadro No.3 se presenta

³⁵ Castellón 1997. Pág. 36

³⁶ Según Menéndez, la práctica médica llamada “tradicional” tiene las siguientes características estructurales. “socialidad, totalización, psicosomática, historicidad, eficacia psicosocial. En cuanto a sus relaciones externas se caracteriza por su localización tanto estructural como ideológica en medio rural; por su asociación con determinados sectores sociales, en primer lugar el campesinado, en menor grado, con las clases bajas urbanas; por su identificación con los grupos colonizados internos y externos; por su relación con el analfabetismo y el atraso en términos “de conocimiento”; por su oposición en términos de “resistencia” a las concepciones

las características de los dos sistemas médicos.

CUADRO No. 3 DIFERENCIAS DE ORDEN SOCIAL ENTRE BIOMEDICINA Y MEDICINA TRADICIONAL.

No.	FACTORES DE ORDEN SOCIAL	BIOMEDICINA	MEDICINA TRADICIONAL
1.-	Influencia del entorno familiar	Importante en algunos casos.	Imprescindible su participación.
2.-	Participación de la familia o de sus allegados en el tratamiento de sus enfermedades.	En raras ocasiones Pero hay consentimiento	Se toma en cuenta
3.-	Se toma en cuenta la influencia de factores: Atmosféricos, mágico religiosos, medioambiente, almas, y elementos naturales.	Pocas veces	Imprescindiblemente
4.-	Confiabilidad	Moderada ³⁷	Elevada en su mayoría, pero pueden haber algunas excepciones ³⁸
5.-	Sus procedimientos se asemejan a sus costumbres cotidianas.	En raras ocasiones	Se asemeja por completo.
6.-	La comunicación con el enfermo	Muy dificultosa	Aceptable
7.-	Costo de los tratamientos	Costoso	Accesible
8.-	Requerimiento de exámenes complementarios.	En su mayoría necesario	Algunas veces es necesario Ej. "Lectura de la coca".
9.-	La forma de examinar al paciente	Individualista	Incluye a la familia, comunidad, Domicilio, etc.
10.-	Parámetros del alta del paciente	Según criterio médico	El mismo paciente, cuando siente mejoría.
11.-	Carisma en cuanto al poder de convencimiento.	En pocas ocasiones	Casi siempre exitoso
12.-	Cobro de Servicios	Exista o no exista mejoría, se cobra igual	En su mayoría se cobra cuando se evidencia mejoría.
13.	Se identifica la enfermedad en	Órgano, sistema específico.	En el entorno social.

Fuente: Interpretación y elaboración propia basados en I. Castellón 1997

dominantes en el plano de las ideologías de la cotidianeidad, en este caso referidas a la enfermedad: por no estar legitimizado por el estado y las clases asociadas a su dominio, lo que hace que aparezca no solo marginado sino teórica y jurídicamente excluido. En ambas tipos (la medicina científica y la llamada Tradicional) hay, no obstante, dos elementos comunes: la ahistoricidad y la constitución de una relación asimétrica en la relación curador/paciente/comunidad" Pág. 320.

³⁷ Los pacientes no pueden evaluar la competencia del médico

³⁸ Se reconoce que existen algunas excepciones, por ejemplo cuando algunos curanderos son tildados de P'ajpakus, pero es difícil identificarlos.

En este sentido, en el dominio cultural andino, la familia ejerce una poderosa influencia en casos de periodos de enfermedad de algunos de sus miembros. La familia no descuida la atención de sus integrantes. En relación con la enfermedad, desempeña un papel preponderante el “*acompañar*” al paciente en la consulta medica o en su lecho hospitalario, como muestra de solidaridad, y obligación familiar en circunstancias de crisis. Este aspecto debiera ser considerado por la biomedicina en lo posible, entendiendo las limitaciones del accionar de las instituciones hospitalarias, facilitando la presencia de los familiares de los pacientes ayudaría a sentar bases de una mayor fiabilidad y confianza por parte del mismo enfermo hacia el personal de la clínica y sus cuidados médicos, por el que la presente investigación se incluye al acompañante del paciente (independiente de quien sea), como factor influyente en el paciente, en la decisión de tomar una actitud hacia el tratamiento medico planteado en la clínica, sobre todo en los niños, niñas, ancianos, ancianas y algunas mujeres acompañadas por sus cónyuges.

En este ángulo difícilmente el medico convencional cedería espacios de poder en el tratamiento de ciertas enfermedades a los médicos nativos, mientras estos en algunas oportunidades cuando la enfermedad está fuera de su alcance ceden dicho poder al medico convencional. Por otro lado el medico nativo cobra después de los resultados de su tratamiento, sobre todo si son eficaces, si no curan algunas veces no cobran, en contraposición con lo que sucede con la medicina convencional, que de igual forma se cobra, resulte o no el tratamiento, o el paciente ha perdido la vida a pesar de los máximos esfuerzos que se realizaron. Es pues, esta coyuntura que aprovechan los médicos tradicionales andinos para convencer a sus clientes para que elijan sus servicios, como justificando su argumento.

3.11. Dimensiones Políticas de la salud.-

Toda esta reflexión nos enfrenta con otro problema importante, la dimensión política en el tratamiento de enfermedad. La relación entre los sistemas de salud tradicional y estatal, y sus respectivas áreas de competencia, supone un constante pulso o enfrentamiento de carácter político entre ambos sistemas, fundamentalmente a partir del hecho de que la biomedicina constituye en el sistema hegemónico oficial de salud y como tal es parte de las estructuras políticas e instituciones del Estado. Esta estructura institucional define el tipo de relaciones de autoridad y poder que deben seguirse en todos los niveles y entre todos los

actores (personal médico, administrativo, de servicios y usuarios) que forman parte del sistema de salud nacional. Una cadena vertical de responsabilidades, privilegios, deberes y competencias en donde el nivel más bajo y subordinado corresponde a los pacientes y del que obviamente están excluidos todas las prácticas (y sus actores) de medicina tradicional.

La competencia, la cobertura o la eficacia de las prácticas tradicionales, ni siquiera son consideradas al momento de definir las metas, los presupuestos, las estrategias y los programas curriculares de formación dentro las políticas públicas de salud. Tampoco se toman en cuenta las particulares características históricas, sociales, étnicas y culturales de los contextos regionales y locales en que operan. Las prerrogativas de autoridad y el prestigio académico de la ciencia médica moderna, hacen que los servicios de salud queden en manos de gremios cerrados y elitistas de profesionales médicos. Las mismas instituciones de salud operan como sistemas cerrados y en un nivel muy por encima del resto de la sociedad.

Por supuesto este tipo de relaciones asimétricas introduce distorsiones políticas en el tratamiento de las enfermedades, donde los sectores más pobres de la sociedad son los más afectados.

Al presumir su superioridad científica e institucional, la actitud de la práctica biomédica tiende a ser autoritaria, hegemónica y tecnocrática. Asumiéndose como la única ciencia sanatoria válida su visión arrogante es excluyente y hostil con respecto a las prácticas tradicionales, ni siquiera las consideran como posibles alternativas de salud. Este atrincheramiento ideológico ha impedido al sistema biomédico de salud boliviano evaluar objetivamente los logros y fracasos de su propio desempeño, y sobre todo como la población realmente percibe su trabajo.

En el otro extremo encontramos los diferentes posicionamientos que cuestionan la hegemónica perspectiva biomédica. De acuerdo a la visión de uno de mis paciente entrevistados “Los médicos no curan de la Pachamama, del Kat’ja, Chullpa, Susto, Khari-khari, etc.” Esto alude a una supuesta incapacidad o falta de voluntad de los profesionales médicos para entender los criterios, las necesidades y la misma lógica cultural de la población aymara.

Ambas posturas, sin embargo, parecen coincidir en una visión cada vez más dominante en nuestro medio, el considerar que hay una incompatibilidad cultural insalvable

que divide profundamente al país. Algo que en realidad profundiza los factores estructurales de confrontación política y social en Bolivia. ¿Pero realmente los médicos y pacientes indígenas viven en mundos culturales totalmente ajenos entre si?

Por ejemplo, el grado de conflicto étnico-cultural en Bolivia no se puede comparar ni de lejos con los conflictos étnicos que sacuden a las sociedades de países como Chechenia, Bosnia o Ruanda. O por el otro extremo el caso de sociedades multiétnicas muchísimo más distintas y complejas, como la India en donde conviven infinidad de grupos étnicos y lingüísticos e identidades culturales mucho más conflictivas (musulmanes, hindúes, cristianos, budistas, etc.) pero que de alguna manera han logrado establecer eficientes y coherentes sistemas de salud. Por ejemplo la pobladísima y multiétnica China.

En el caso de Bolivia se reconoce la singularidad cultural de las sociedades indígenas (Aymaras, Quechuas, etc.), pero no se define cuales serian las características específicamente culturales de los grupos 'blancos' y mestizos. La imagen de una sociedad colonial étnicamente estamental es rebasada por la realidad de una sociedad solidamente estratificada en clases (posiciones socio económicas) pero con una fuerte movilidad social y fluidas y constantes relaciones interétnicas. ¿Qué hace suponer que un medico que vive en El Alto tiene que ser en esencia culturalmente distinto a un vecino aymara que vive, desde siempre, a pocas cuadras de su domicilio o lugar de trabajo? Además de las diferencias somáticas (y en muchos casos ni eso) de idioma o de sus preferencias de consumos culturales (la ropa que visten, la música que escuchan) etc., para un medico boliviano el contexto cultural alteño no tiene porque serle tan ajeno. Sentirse distinto en El Alto no es igual que sentirse distinto en medio de Kabul o Bejín. En el caso boliviano los factores que determinan la diferenciación social entre médicos y pacientes andinos, más que específicamente culturales, son fundamentalmente económicos y políticos. Pero en el nivel ideológico, el factor étnico se convierte en un importante recurso discursivo de los procesos de legitimación política y social: tanto para los que reivindican los derechos indígenas como para los que se identifican con la ciencia y cultura occidental.

Si el sistema medico convencional estuviera dispuesto a reconocer los aportes de las prácticas tradicionales seria más fácil identificar y enfrentar los factores socio-económicos que limitan su capacidad. Y si este reconocimiento no estuviera mediado o

distorsionado por estos factores ideológicos y políticos, o por lo menos tomando una clara y objetiva conciencia de ellos, entonces si estaríamos en las condiciones para asumir un autentico dialogo intercultural con todas estas prácticas tradicionales y sus actores. Claro que plantear esto como meta de esta investigación sería un síntoma crónico de optimismo, pero mientras en el servicio sanitario se siga reincidiendo en estas actitudes autoritarias y excluyentes, los pacientes seguirán mostrando actitudes de rechazo hacia los tratamientos biomédicos y los problemas que eso implica para la salud pública.

3.12. Vocabulario Aymara

Fue necesario la consulta de un texto “Compendio de la Gramática y Vocabulario Quechua-Aymara”, para entender los términos que usualmente se usan en una consulta médica, y por lo tanto comprender mejor, los resultados de los estudios de caso de esta investigación, el cual permitió abrir un dialogo en las cuestiones de salud, por lo tanto su uso fue importante para la interpretación de los aspectos etnográficos que hace referencia la presente investigación. Incluimos una lista de enfermedades de consulta médica más frecuente, en la clínica clasificándolas según sus causas, síntomas y tratamientos, además de su correspondencia, según las percepciones de la medicina tradicional aymara y la misma biomedicina. (Ver cuadro No. 4)

CUADRO No. 4 TERMINOS USADOS POR LOS PACIENTES PARA NOMBRAR A LAS ENFERMEDADES, SUS CAUSAS, Y SU EQUIVALENCIA BIOMEDICA, SINTOMAS Y TRATAMIENTOS, EN LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES.

ENFERMEDADES		CAUSAS (Etnoetiología)	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO	PARA EL MÉDICO O YATIRI...
ETNO- DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO BIOMÉDICO				
Aire	Parálisis Cervico-facial Neuralgias, Neuritis periférica	Se hacen pasar con él frío,	Dolor facial, impotencia funcional del cuello y la cabeza.	Frotar con la planta de Ruda, haciendo calentar un poco.	Yatiri Médico
Alergia	Hipersensibilidad	Alimentos, sangre, Demonios.	Escozor, ronchas en la piel, malestar general.	Emplastos, Manzanilla inyección.	Médico Yatiri
Debilidad, Anemia	Anemias, Lipotimias, Tuberculosis Senilidad	Mala alimentación, de Vejez, falta de sangre.	Sueño, palidez generalizada, sin ganas de comer, Mareos, enflaquecimiento.	Llevar al doctor. Sueros de Alimentación.	Médico
Ataque	Epilepsia, crisis convulsivas	Maldición, por el demonio, el diablo	Desmayos, temblores Espuma en la boca	Con yatiris, ofrendas, Rituales con yatiri y llamar su ánimo. Tomar sangre de murciélago.	Yatiri
Bilis, Colerina	Cólico Biliar, Colecístopatía Y Hepatopatía	Renegar, comida con mucha grasa	Vomitan amarillo, dolor abdominal, ardor en el pecho, desmayos.	Jugo de limón con aceite de oliva, suero lavaje, Mate de Khana paco.	Yatiri Médico
Calentura	Síndrome febril Salmonelosis Faringitis	Del calor, del resfrió, del frío, perdida de ajayu	Fiebre, dolor de todo el cuerpo, escalofríos, Malestar general.	Mates templados, limón caliente, llamar el ánimo.	Médico Yatiri
Carachas	Piód dermatitis, Celulitis,	Suciedad, contagio, Sangre	Granos con pus, arde mucho y es caliente	Cataplasmas, Emplastos, para inyección, curaciones.	Médico Yatiri
Cáncer	Cáncer	Demonio, suciedad, de que será.	Ardor en matriz, enflaquecen, perdida apetito.	Mates cálidos, para el Doctor.	Médico
Katja	Piód dermatitis, Heridas infectadas, Herpes, Neoplásicas	Renegar en un lugar malo.	Urticaria, exantemas en la piel., granos muy dolorosos, lesiones ulcerosas, en labios y otras zonas.	Se recoge tierra de ese lugar malo para ser hervido con incienso, y se baña a las partes afectadas.	Yatiri

Fuente: Elaboración y adaptación propia, de los casos de consulta externa de clínica San Martín de Porres 2002

CUADRO No. 4 (Continuación) TERMINOS USADOS POR LOS PACIENTES PARA NOMBRAR A LAS ENFERMEDADES, SUS CAUSAS, Y SU EQUIVALENCIA BIOMEDICA, SINTOMAS Y TRATAMIENTOS, EN LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES

ENFERMEDADES		CAUSAS (Etnoetiología)	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO	PARA EL MÉDICO O YATIRI...
ETNO-DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO BIOMÉDICO				
Cólico	Sub-oclusiones intestinales, Megacolon, y Vólvulo sigmoideo	Alimentos, antigua operación, perdida de ajayu	Dolores abdominales que hacen doblar, nauseas y vómitos verdes (ataque agudo)	Inyección Khana paco en mate, Llamar el animo	Médico Yatiri
Corazón	Cardiopatía congénita, Enf. Ulcerosa	Renegar mucho, Picantes, grasas. Perdida del animo, no sabe	Dolor en epigastrio, dolor precordial, pirosis retroesternal, Agitación, cansancio.	Mates de khanapaco, antiácido, al doctor, Llamar el ánimo.	Yatiri Médico.
Costado o Pulmonía	Neumonía, Neuritis intercostal	Por el frío, la lluvia, del resfrió, aire.	Dolor de costado, tos y exp. Agitación, dolor al moverse	Parches, ventosas.	Medico Yatiri
Ch'aja Usu (Tos)	Bronquitis, faringitis, IRAs Amigdalitis, faringitis	Del frío, del polvo	Dolor de garganta, pecho, y pulmón, tos y expectoración.	Mates templados, friccionar, inyección.	Médico
Gripe	Síndrome gripal Resfrió común	Frió, polvo	Ronquera Congestión nasal, lagrimeo, cefalea, fiebre.	Mates frescos, limón hervido, baños de orín, e inyección, antigripales	Médico
Mal del Pulmón	Tuberculosis	Debilidad, mala alimentación, mucho calor, mucho trabajo .	Tos persistente, Enflaquecimiento, sin ganas de trabajar, tos con flemas, y tos con sangre.	Mates cálidos y templados, baños con orín, malva, mates templados, limonadas calientes con miel.	Yatiri Médico
Enf. Venérea Chancro	ETS, o ITS, Venéreas, ITU. Sífilis	Del frío, promiscuidad, Del contagio.	Arde al orinar, granos y llagas en los genitales.	Solo el doctor puede curar, no los curanderos.	Médico
Reumatismo	Artritis Reumatoide	Del frío, de lo que tocan mucha agua Algún demonio.	Artralgias, edema en las articulaciones, no pueden trabajar.	Fricciones con miel de abeja, grasa de caimán, con yerbas cálidas, con mentisan.	Yatiri Médico
Fracaso, Querer Fracasas.	Ab. Incompleto Amenaza de Ab.	Golpes, alzar cosas pesadas	Dolor Cintura, hemorragia genital	Reposo, para el doctor	Médico
Inflamación de la Matriz	Cistitis, Endometritis	Frió de lo que no se fajan, del aire.	Diuresis muy dolorosa, dolor pélvico, orinas turbia.	Lavado vaginal con agua de manzanilla, mates de yerbas frescas.	Médico Yatiri

Fuente:Elaboración y adaptación propia, de los casos de consulta externa de clínica San Martín de Porres 2002

CUADRO No. 4 (Continuación) TERMINOS USADOS POR LOS PACIENTES PARA NOMBRAR A LAS ENFERMEDADES, SUS CAUSAS, Y SU EQUIVALENCIA BIOMEDICA, SINTOMAS Y TRATAMIENTOS, EN LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES

ENFERMEDADES		CAUSAS (Etnoetiología)	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO	PARA EL MÉDICO O YATIRI...
ETNO- DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO BIOMÉDICO				
Gusanera	Parasitosis Intestinal	Agua Sucia de lo que comen mucho dulce	Diarrea, eliminan gusanos por el ano, enflaquecimiento.	Mebendazol, Plantelmin . Mates.	Médico
Diarrea	EDAs Enterocolitis bacteriana y amibiana	Agua sucia, por, del frío, alimentos	Diarrea, dolor de barriga, fiebre, malestar general.	Mate de coca, agua de arroz, sueros caseros Llevar al médico	Yatiri Médico
Llej'ti	Micosis oral, aftas, herpes labial.	Aguas sucias, No sabe	A la boca nariz y paladar	Violeta de genciana, clara de huevo en la boca, manzanilla	Médico
Larp'a Larpeado,	Desnutrición severa, Abseso de pared.	Mal olor que ataca a la wawa, que esta en el vientre de la madre.	Enflaquecimiento, diarrea, palidez generalizada, no quiere comer.	Ritual con el yatiri. Colocar la wawa recién nacida, dentro la panza o los intestinos aun calientes de una vaca recién carneada.	Yatiri
Santiaguito	Labio leporino	El rayo que cae por el lugar le rompe el labio,	Lesión congénita en labio o paladar, dificulta la lactancia, enflaquece al niño.	Pedir de dios Ayuda, Es para el doctor para operar.	Yatiri Médico
Mocho	Acne, Furunculosis celulitis	Comen grasa, fruta verde, mal de la sangre.	Granos en la cara, con vesículas de pus, urticaria.	En las partes afectadas, Lavados con agua de manzanilla.	Médico
Sarnas Rasca palomita	Sarcoptosis Escabiosis.	De la suciedad, contagió, por picaduras de pulgas.	Escozor en el cuerpo durante la noche, granos en el cuerpo	Baños de agua caliente y jabón, con fricciones de penicilina en pomada.	Médico Yatiri
Sobrepardo	Endometritis, Fiebre puerperal	Tocar agua post-parto, comer alimentos frescos, del frío.	Fiebre, calentura dolor pélvico, escalofríos, diuresis frecuentes.	Se fricciona la matriz, y mates calientes, fajarse	Yatiri Médico

Fuente: Elaboración y adaptación propia, de los casos de consulta externa de clínica San Martín de Porres 2002 (Oct-Nov-Dic) 2002

CUADRO No. 4 (Continuación) TERMINOS USADOS POR LOS PACIENTES PARA NOMBRAR A LAS ENFERMEDADES, SUS CAUSAS, Y SU EQUIVALENCIA BIOMEDICA, SINTOMAS Y TRATAMIENTOS, EN LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES.

ENFERMEDADES		CAUSAS (Etnoetiología)	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO	PARA EL MEDICO O YATIRI...
ETNO- DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO BIOMÉDICO				
Kharisiri	Cuando se descarta Kharsiri, puede corresponder enfermedades hepato biliares, apendicitis, Enf. Neoplásicas, quirúrgicas, etc.	El kharisiri cuando se saca grasa de la gente para comerciarlo	Mal estado general, nauseas, vómitos, dolor de costado, dolor abdominal, sin ganas de trabajar	Medicina para Kharsutas ³⁹	Yatiri
Presión alta	Eritrocitosis	La sangre espesa, del frío	La piel esta morado, dolor de cabeza, agitación, sangran por la nariz	Mate de sultana, sangrías.	Yatiri Médico
Embrujamiento Maldición	Paraplejía, sepsis, entre otras cosas	Demonios. Embrujamiento por los enemigos	Fiebre, enflaquecimiento, sudoración, postrado en cama.	Rituales	Yatiri
Ulcera Vinagrera, Acidez	Ulcerosa péptica.	Alimento picante, mucho condimento.	Dolor urente retroesternal , acidez (pirosis)	Mate de Khana paco, o phasa, Jugo de papa luk'i, ir al médico	Yatiri Médico
Regla Blanca	Leucorrea	Del frío, y de no abrigarse, perdidas de sangre en el parto, suciedad	Flujos genitales, mancha la ropa interior	Lavado con agua de manzanilla, con curanderos, mates de yerbas frescas.	Naturista Medico
K'oto	Bocio	del frío, otros no conocen su causa.	Crece la parte central del cuello, da mucho calor, a veces duele.	Se aplica hierba, al cuello, comer comidas con sal yodada, acudir al hospital.	Médico Yatiri

Fuente: Elaboración y adaptación propia, de los casos de consulta externa de clínica San Martín de Porres (Oct-Nov-Dic) 2002

³⁹ Medicina para Kharsuta, más detalle esta en el Marco Teórico

CUADRO No. 4 (Continuación) TERMINOS USADOS POR LOS PACIENTES PARA NOMBRAR A LAS ENFERMEDADES, SUS CAUSAS, Y SU EQUIVALENCIA BIOMEDICA, SINTOMAS Y TRATAMIENTOS, EN LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES.

ENFERMEDADES		CAUSAS (Etnoetiología)	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO	PARA EL MEDICO O YATIRI..
ETNO- DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO BIOMÉDICO				
Calambres Tisthapi	Polineuritis - post-alcohólicas	Del frío, de la cerveza, después de tomar mucho.	Temblores, se encoge las manos y piernas, dolor en todo el cuerpo.	Fricción con pomadas, con alcohol. Con inyección complejo B	Médico
Hemorragia	Metrorragia.	De lo que alzan cosas pesadas.	Dolor a la espalda y el bajo vientre, y sale sangre por los genitales, palidez, desmayos, y se pierde fuerza.	Parches en la espalda, fricciones, mates calidos para sobreparto, Inyecciones, al doctor.	Médico Yatiri
Embolia	AVC	Por la presión alta, se rompen las venas de la cabeza.	Dolor de cabeza, desmayos, y muerte súbita.	Al doctor.	Medico
Riñón	Lumbalgia	Del frío, algún esfuerzo o caída	Dolor lumbar, no puede caminar, no puede agacharse.	Parches en la espalda, o aplicarse lampaso, o inyección	Médico
Muyu-Muyu Presión Baja Debilidad	Síndrome. Vertiginoso	Debilidad	Mareos, dolor de cabeza, estado nauseoso.	Algunos mates.	Médico Yatiri
Susto (Anim- Sarjata)	No encuentro equivalencia, tal vez comparado con el espasmo del sollozo	Perdida del Ánimo por el susto.	Dolor de cabeza, llanto frecuente	Ritual para llamar el ánimo.	Yatiri

Fuente: Elaboración y adaptación propia, de los casos de consulta externa de clínica San Martín de Porres (Oct-Nov-Dic) 2002

4. HIPÓTESIS.-

El Rechazo total a los tratamientos biomédicos, por parte de los pacientes que acuden a la Clínica San Martín de Porres, se deben a: Factores sociales que dificultan la interacción con el médico y el funcionamiento del tratamiento biomédico; o factores culturales donde la concepción propia de la enfermedad no encaja con la concepción de la biomedicina, que se tiene de la misma, esta comprensión puede incluir el tipo de técnica curativa, que sería apropiado en el caso dado⁴⁰.

Si estos factores sociales predominan, podemos esperar que el rechazo hacia los tratamientos biomédicos, se centre en ciertas categorías sociales de pacientes (según el idioma, ocupación, residencia, el nivel educativo, etc.), con relativa independencia referente al tipo de patología en cuestión.

Si los factores culturales predominan podemos esperar que el rechazo se centrara en cierta clase de patologías biomédicas y/o etnopatologías alrededor de las cuales hay mayor grado de valoración cultural y riqueza de experiencias y técnicas curativas tradicionales.

5. DISEÑO METODOLÓGICO.-

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.-

El tipo de investigación es Cuanti-cualitativa, con la incorporación de estudios de caso en profundidad.

Se inicia con el método cuantitativo, en base a datos obtenidos a partir de la aplicación de una nueva historia clínica, especialmente diseñada como un instrumento de investigación, a 505 pacientes que acudieron a consulta externa de esta clínica durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2002. (Base de datos)

Estos casos de pacientes se clasifican en principio por su actitud de:

- Aceptación Fácil

⁴⁰ Puede corresponder a un tipo de hipótesis de relación de producción, cuando se parte del supuesto, que el comportamiento o la modificación de una variable independiente influye o produce un cambio en la variable dependiente (X produce cambio en Y; X influye en el comportamiento de Y) Metodología de la investigación, B. Pineda, L. Alvarado, y F. H. Canales, (Washington D. C. 1994) Marco teórico y conceptual, Pág. 63, 64.

- Aceptación Difícil
- Rechazo Parcial

Luego cada grupo de estas actitudes se han ido revisando, en combinación con los datos del contexto social, económico y cultural, haciendo mas énfasis en el grupo de casos de pacientes que optaron por la actitud de rechazo total al tratamiento medico planteado en la clínica

Por el carácter cualitativo de esta investigación, no se pretende realizar la combinación de variables, con el propósito de hallar un análisis correlativo estrictamente estadístico, ya que dicho análisis simplemente no es aplicable a nuestro estudio, y no es lo que pretendemos buscar.

En base a las lecturas previas y mi experiencia propia, se ha considerado que ciertas características sociales tomadas en cuenta en la nueva historia clínica, en esta investigación, y cuales de estas podrían influir en el paciente para que adopte una actitud de rechazo total, lo que me sugirió a como podía combinar estos factores sociales, culturales y económicos, con la actitud del paciente al tratamiento biomédico (combinación de variables)

Luego este método cuantitativo ha sido enriquecido con los estudios de caso (método cualitativo), en el que previamente se procedió a seleccionar los casos (identificación de pacientes informantes clave), que nos ayudo a profundizar la investigación sobre las causas que motivan actitud de rechazo al tratamiento biomédico, en el cual se usaron datos cualitativos, cuyos resultados nos servirán a elaborar propuestas realistas que mejoren la calidad de atención para nuestros pacientes.⁴¹

Por lo tanto al tener esta tesis, un carácter investigativo social, sobre todo en lo referente a los estudios de casos, de los pacientes informante-clave, se tomara en cuenta las recomendaciones provenientes de la antropología médica en el sentido de que “Para realizar una investigación relacionada con los patrones de comportamiento en la búsqueda de salud, debe emplearse el **método etnográfico**⁴² básico a nivel de campo (Estudios de caso). Estas

⁴¹ La investigación cualitativa utiliza ciertos procedimientos (estudios de caso) que tienen por finalidad el aumentar la calidad y objetividad de la información obtenida. Nos referimos a credibilidad, la trasferibilidad y la confirmabilidad.

⁴² Investigación etnográfica, tiene sus orígenes en la tradición antropológica y esta orientada a los estudio de los fenómenos sociales, descifrando el significado de la conducta, no solamente es una mera herramienta de

técnicas permiten una recopilación detallada del contexto socio-cultural en la cual estos patrones de comportamiento en la búsqueda de salud ocurren, lo cual permiten entender e interpretar mejor el comportamiento humano.

5.1.1 Algunas diferencias entre la Historia clínica convencional y la nueva Historia Clínica.-

La Historia clínica convencional o clásica.- Anexo No.2

En principio indicaremos que la “Historia clínica se define como un documento escrito que forma parte del expediente clínico, que refleja el resultado de la interacción del médico y paciente, y que constituye el método mas eficiente y necesario para llegar al diagnóstico. La interacción del médico-paciente supone básicamente interrogar al paciente en detalle, examinar al paciente completamente y registrar los hallazgos en forma concisa ordenada y con certeza. La calidad y lo completo de una historia clínica y un examen físico minucioso, reflejan directamente la habilidad y competencia del médico”⁴³.

Esta historia clínica convencional, es de vital importancia para el cuidado de la Salud del paciente ya que permite establecer el DIAGNOSTICO, que a su vez es clave para el seguimiento del caso. Una vez obtenido el diagnóstico del paciente, se debe aplicar el tratamiento respectivo.

La historia clínica convencional, como se puede ver está mas dirigida a la búsqueda del diagnóstico, pero se puede también percibir algunas otras utilidades como:

- Utilidad académica para una investigación clínica o de otra área, por Ej. Para Trabajo Social, etc.
- Registro de utilidad administrativa y legal

La Nueva historia Clínica.-

En esta nueva historia clínica, para efectos de nuestra investigación, solo se ha establecidos algunas modificaciones que a continuación se detallan:

recolección de datos, si no mas bien un enfoque, algo mejor que la simple ligazón entre método y la teoría. Este tipo de investigación no requiere recetas, o camisas de fuerza, mucho dependerá de la creatividad del mismo investigador. En los estudios de casos propiamente dichos el investigador observa y a la vez interpreta seleccionando en el contexto lo que es el significativo con relación a la construcción teórica que esta realizando. Metodología de la investigación, B. Pineda, L. Alvarado, y F. H. Canales, (Washington D. C. 1994) Marco teórico y conceptual Pág. 93, 94, 95.

⁴³ Definición de la historia clínica, según el texto de Semiología Medica Facultad de Medicina-UMSA La paz 1986.

- Al igual que en la historia clínica convencional, nos permite identificar el Diagnóstico del paciente, con la diferencia de que en esta nueva historia clínica, nos permite añadir o ampliar, y mejorar los datos (Sociales, culturales y económicos) que no son estrictamente clínicos, pero que para fines investigativos, pueden incidir en la actitud que tome el paciente al tratamiento que se le plantea en la clínica, y en base a esta actitud buscar la forma de comprenderlos.
- Nos permite conocer alguna percepción y actitud frente a los tratamientos médicos, de parte del paciente que pueden incidir en su rechazo, y en base a esta actitud buscar la forma de entenderlos.

5.1.2. La Nueva Historia Clínica.-

Una vez establecidas las diferencias generales entre la historia clínica convencional y la nueva historia clínica, a continuación analizaremos algunos detalles de esta nueva historia clínica enfatizando en los aspectos que hacen más evidente estas diferencias. (Ver también ANEXO 3 y 4)

a) Datos generales: Al igual que la historia clínica convencional se incluyen también en esta nueva historia clínica

Nombre y apellidos.- del paciente

Sexo.- Se limita al sexo biológico, dejando de lado la identidad de género.

Edad: Se registra de la misma manera en la historia clínica convencional y en la nueva.

Estado civil (Paciente): En ambos tipos de historias clínicas se tomara en cuenta:

Soltero(a), Casado(a), Divorciado(a), Unión estable⁴⁴, y Viudo(a).

Domicilio: En la historia clínica convencional este dato tiene una importancia mas administrativa, puesto que el conocer el domicilio actual del paciente servirá, al como se podrá localizar al paciente cuando tenga una deuda de tipo económica con la clínica. Mientras que en la nueva historia clínica, se mantiene su utilidad, pero además se tomara en cuenta el domicilio actual de todos los pacientes, pero sobre todo especificando si es urbano, periurbano y rural.

⁴⁴ Unión estable, se considera a parejas que conviven más de 1 año, pero que oficialmente no están casados, también son llamados: Convivientes, o Concubinos(as).

Lugar de nacimiento.- En la historia clínica convencional, a este dato suele llamarse con el nombre de procedencia, anotando simplemente el lugar donde procede el paciente, con fines administrativos, estadísticos. Pero en la nueva historia clínica, este dato se registra dentro el sector de los datos del contexto social.

Acompañante: En la historia clínica convencional, es necesario registrar el dato de acompañante del paciente, o Garante, como requisito de orden administrativo, en los siguientes casos: cuando el paciente sea menor de edad (menor de 15 años), cuando el paciente es de mayor edad, se puede incluir este dato en las siguientes circunstancias: cuando el paciente se encuentra incapacitado permanentemente, padece de algún retraso mental, o por su estado delicado no es capaz de dar su consentimiento al tratamiento médico.

En la nueva historia clínica, se ha dado mas énfasis a este dato, puesto que en nuestro medio es habitual que los pacientes de mayor edad, vienen acompañados por una persona, aunque el paciente no tenga ninguna limitación, esto puede deberse en parte a un deseo subjetivo de apoyo moral, sobre todo por un factor cultural puesto que este paciente por si solo no tomaría una decisión sobre su tratamiento, sin consultar previamente a su entorno familiar inmediato, y es por esta razón que hemos decidido incluir el registro del grado de parentesco de los acompañantes del paciente (Padres, Cónyuge, hermanos(as), hijos(as) u otro familiar. Dado que esta decisión se toma en consulta con sus acompañantes, también será importante registrar las características sociales del acompañante, de la misma manera como se registra al mismo paciente, ya que estas características sociales (grado de instrucción, ocupación etc.) pueden influir en la actitud que asumirá el paciente ante el tratamiento medico.

b) Datos del Contexto Social: Estos datos en la historia clínica convencional, no están desarrolladas sistemáticamente como esta nueva historia clínica, además la utilidad de estos datos en la historia clínica clásica, se reducen solo a aportar con algún dato clínico, con el propósito de establecer un diagnostico biomédico. Mientras que con estos datos incorporados a la nueva historia clínica, nos puede mostrar el grado de implicancia, en la actitud que puede tomar el paciente hacia la actitud frente al tratamiento médico.

El lugar de nacimiento y residencia habitual, que en la historia clínica convencional se solía llamar procedencia y domicilio actual, y se anotaba simplemente e el lugar donde nació, y la ubicación donde se localiza el domicilio actual del o la paciente, además este dato podía

situarse en el sector de datos generales. En la nueva historia clínica, a estos datos se los incluye en este sector con el nombre de lugar de nacimiento y residencia habitual, como se detalladas a continuación.

Lugar de nacimiento:

- Urbano, cuando el paciente ha nacido en zonas urbanas
- Peri urbana, cuando el paciente proviene de poblaciones rurales y/o ciudades intermedias vecinas (Ej Viacha, Patacamaya, Achocalla, etc.)
- Rural, cuando el pacientes proviene de comunidades rurales propiamente dicho (Ej. Chojasivi, etc.)

Residencia habitual:

- Urbana, cuando el paciente vive habitualmente en zonas urbanas (La paz, El Alto)
- Peri urbana, cuando el paciente actualmente habita en poblaciones y/o ciudades intermedias (Patacamaya, Viacha, Achocalla , etc.)
- Rural, cuando el paciente vive en la actualidad mayormente en su comunidad rural, alejada de las poblaciones urbanas.

Estos datos pueden servirnos para establecer un estado migratorio, e identificar a cual de estos grupos de procedencia y residencia pertenecen los pacientes que tomen una actitud de rechazo al tratamiento biomédico.

Nivel de instrucción del paciente.- Este dato no esta incluida en la historia clínica convencional, pero si en la nueva historia clínica con las siguientes variedades:

- Ninguno, cuando el paciente no realizo ningún curso escolar
- Primaria, cuando el paciente curso hasta 5to de primaria
- Secundaria, cuando el paciente curso la secundaria hasta llegar al bachillerato.
- Técnica, Cuando el paciente cumplió alguna carrera técnica
- Universitaria, Cuando el paciente curso, o este cursando una carrera universitaria, o haya cumplido una carrera profesional.

Estos datos son importantes para establecer, que el grado de instrucción (secundaria, técnica, universitaria) del paciente, podrá comprender mejor la enfermedad, las indicaciones médicas, y la receta que recibe. No ocurrirá lo mismo en aquel paciente que no realizo ningún curso escolar, no comprenderá correctamente la indicación medica en la

clínica, de manera que este dato nos demostrara su alta influencia en la actitud del paciente hacia el tratamiento biomédico.

Nivel de instrucción del acompañante.- Dijimos anteriormente que el acompañante es influyente en la decisión que pueda tomar el paciente hacia la actitud al tratamiento medico, dependiendo de algunas de sus características sociales, una de ellas es su nivel de instrucción, con las siguientes variedades:

- Ninguno, cuando el acompañante del paciente no realizo ningún curso escolar
- Primaria, se incluye a todos los acompañantes del paciente que hayan cursado hasta el 5to de primaria.
- Secundaria, se incluye a todos los acompañantes de los pacientes que cursaron algún curso de secundaria.
- Técnica, se incluye a todos los acompañantes de los pacientes que hayan culminado una carrera técnica.
- Universitaria, se incluye a todos los acompañantes de los pacientes que cursan o cursaron alguna carrera universitaria.

Idioma del paciente: Con respecto al idioma del paciente, en la historia clínica convencional no esta incluida. Esto se debe a que, desde el punto de vista médico no establece predisposición alguna hacia ciertas enfermedades. En la nueva historia clínica, la inclusión del idioma como dato se debe a que en la relación médico paciente, implica necesariamente un proceso de comunicación. Es decir tanto el médico como el paciente hablan diferentes idiomas, y la comprensión de ambos será nula, lo que dará a lugar a una interpretación diferente de la enfermedad y el tratamiento, que a su vez puede repercutir en la actitud que pueda tomar el paciente respecto al tratamiento biomédico.

Según nuestra experiencia incluimos lo siguientes:

- Monolingües Aymara,
- Monolingüe castellano,
- Bilingüe castellano-aymara,
- Bilingüe Castellano - Quechua
- Trilingüe (aymara-castellano-quechua)
- Otros.

Idioma del acompañante: En acompañantes del paciente se incluyeron las siguientes variantes:

- Monolingües Aymara,
- Monolingües castellano,
- Bilingüe castellano-aymara,
- Bilingüe castellano - otros idiomas
- Trilingüe (Aymara-Castellano-Quechua)
- Otros.

Ocupación del paciente:

La ocupación tampoco aparece en la historia clínica convencional, en la nueva historia clínica se la incluye como una forma de obtener datos de orden socioeconómicos del paciente y del acompañante, debido a que nos permite conocer la disponibilidad de recursos económicos, y la estabilidad de los mismos. Así por ejemplo un asalariado, esta dispuesto a correr los gastos médico, debido a que puede disponer algún dinero mensualmente, sumados además a que este asalariado goza de un seguro medico, de modo que si los costos de la curación en servicios privados son elevados, tiene la ventaja de acudir a ese seguro que podrá asumir esos gastos. La ocupación esta relacionada con la disponibilidad del seguro medico, de manera que incluimos esta categoría más. Al tratarse de una clínica privada, en la historia clínica clásica, no se pregunta si el paciente dispone de algún seguro medico, pero si en la nueva, ya que pueden existir pacientes que inicialmente acepten el tratamiento en la clínica, por que siempre existe la posibilidad de que si los costos son demasiado elevados puedan ser transferidos a su seguro médico.

En la ocupación del paciente se han establecido las siguientes variantes:

No trabaja, se incluye a pacientes que no trabajan, los niños pequeños, y personas con alguna discapacidad.

Cuentapropistas:

- a) Comerciantes, que realizan alguna actividad comercial, formal o informal.
- b) Artesanos, que realizan actividad artesanal (carpinteros, costureros, bordadores, etc.)
- c) Servicios, que realizan actividades de servicios, dueños de restaurantes, empresas pequeñas de distinto rubro, etc. (no incluidas en a ni en b)

- d) Profesionales, se incluyen profesionales con actividad profesional independiente (Consultorios, Bufetes, etc.)

Asalariados,

- a) Permanente, cuando el paciente cuenta un empleo estable (Magisterio, policía, otros empleados y profesionales que perciben sueldo fijo, etc.)
- b) Rentista, pacientes que reciben una renta mensual por concepto de jubilación.
- c) Eventuales, cuando disponen de empleo asalariado, pero es temporal (Ej. Contratos temporales de albañiles, etc.)

Agricultores:

- a) Tierra propia, cuando el agricultor trabaja en su propia tierra.
- b) Jornalero, cuando el agricultor trabaja en tierra ajena, recibiendo una remuneración económica por jornada de trabajo.

Desempleados, cuando el paciente por alguna razón, en el momento de la encuesta se encontraba desempleado.

Estudiantes, pacientes que se encontraban en el momento de la encuesta, realizando estudios escolares, técnicos o universitarios.

Labores de casa. Pacientes que declaraban tener esta actividad, y no otra.

En la ocupación del acompañante del paciente se han establecido las mismas variantes que el para el paciente

Las variantes en la disponibilidad de seguro médico:

- Si, cuando los pacientes respondan afirmativamente, que si cuentan con seguro médico.
- No, cuando no cuenten con dicho seguro médico.

Filiación religiosa.- La Religión tampoco esta incluido en la Historia Clínica convencional, debido a que no establece una predisposición a adquirir cierta enfermedad, desde el punto de vista médico, pero si puede influir en una actitud a ciertos tratamiento biomédicos, de pacientes no católicos (testigos de Jehová, etc.) como por ejemplo las transfusiones de sangre. Por otro lado están aquellos pacientes, que según nuestra experiencia, que en el contexto andino y tradicional, profesan la religión católica, muestran mayor interés a la medicina tradicional, y una actitud de rechazo a las terapias biomédicas. De manera que las variantes de este dato se pueden distribuir de la siguiente manera:

- Católica, se incluye aquí a los pacientes que se declaran católicos.
- No católica, en este caso se puede especificar concretamente a que agrupación religiosa pertenece y encontramos los siguientes:
 - a) Poder de Dios
 - b) Adventista
 - c) Evangélica
 - d) Testigos de Jehová
 - e) Pentecostés
 - f) Asambleas de Dios
 - g) Metodista
 - h) Bautistas
 - i) Cristo viene
 - j) Misión Boliviana-Alemán
 - k) Mormones

c) Datos Etnoculturales y la historia clínica propiamente dicha:

A quien acudió primero antes de venir a esta clínica

En base a la experiencia en muy pocos casos el paciente llegan directamente la clínica, si no que primeramente pueden acudir a: la medicina tradicional, a la farmacia, sus familiares, automedicación, y a otro medico, Es decir realizan toda una trayectoria y cuando no resulten estas terapias previas, acuden a nuestra clínica.

Este cuestionamiento no esta incluida en la historia clínica convencional, pero si esta presente en la nueva historia clínica, con el propósito de establecer la opinión del paciente. Estas variedades de terapias previas donde acudieron nuestros pacientes fueron las siguientes:

- Medicina tradicional, cuando el paciente antes de acudir a nuestro servicio acudió a la medicina tradicional, en todas sus variedades: Herbolaria, rituales, al Yatiri, Kallawaya, Naturista, o a cualquiera de los especialistas tradicionales.
- Al familiar o vecino, cuando el paciente suele acudir en primera instancia, al consejo de algún familiar o vecino, para pedir consejo si seria prudente llevar o no al hospital.

- Automedicación, suele ocurrir cuando por si solo y sin presión alguna el enfermo realiza un intento de curarse, suele darse esta automedicación en dos formas: el uso de remedios caseros, etc. Y el uso de productos farmacéuticos.
- A otro médico, Cuando antes de acudir a nuestro servicio ya acudieron a consultar a otro médico, como no encontraron mejoría alguna, decidieron venir a nuestro servicio.
- Farmacia, Cuando los pacientes antes de acudir a nuestro servicio, acudieron a la farmacia, a explicarles el problema de salud, y de acuerdo a eso, el farmacéutico (a) le indicara algún medicamento para el tratamiento de su enfermedad.
- Ninguno, cuando el paciente antes de acudir a la clínica, no acude a ninguna practica terapéutica indicada anteriormente, sino vino directamente a nuestro servicio.

Motivo de Consulta y enfermedad actual.- Concretizando los datos que motivaron la consulta actual y su respectiva evolución clínica, es de importancia clínica. (Esta en ambas historias)

Antecedentes Patológicos: Antecedentes patológicos más relevantes tanto personales, familiares y ginecológicos, en este último si se trata de una paciente mujer. (Están en ambas historias)

Examen físico general: Es el examen medico propiamente dicho del paciente, anotando los aspectos positivos en lo posible. (Están en ambas historias)

Diagnósticos (Etnocultural Biomédico): Tomando en cuenta el diagnostico desde estos dos puntos de vista:

- Diagnostico Médico, el diagnostico biomédico obtenido por el médico.
- Etnodiagnostico, es el diagnostico refieren al diagnostico ofrecido por el paciente (Autodiagnóstico)

Tratamientos (Etnocultural y Biomédico):

- Tratamiento médico, el instaurado por el médico.
- Tratamiento etnocultural, cuando el mismo paciente, según su criterio instaura en el mismo, un tratamiento (ya sea herbolario, ritual o medicamentoso).

En la Historia clínica convencional, estos datos se limitan a los aspectos exclusivamente médicos. En la nueva historia clínica se añaden los diagnósticos y tratamientos etnoculturales, que son propias del paciente. En el Etnodiagnostico, a diferencia

del diagnóstico médico, no se la obtiene a raíz de la exploración física, si no más bien preguntando según su opinión que enfermedad puede corresponder. Algunos pacientes ofrecen este dato, durante la misma entrevista, por tanto obtenerlo no fue tarea difícil.

Los diagnósticos y tratamientos etnoculturales, en la nueva historia clínica son útiles, para ver hasta que punto son coincidentes con los diagnósticos y tratamientos biomédicos.

Causa de las enfermedades: Solo esta incluida en la nueva la historia clínica, con el objeto de conocer la diversa variedad de causas de enfermedades según el criterio el propio paciente y su entorno familiar, este dato como en el anterior tampoco fue difícil obtenerlo, puesto que el paciente lo decía espontáneamente durante la consulta sin tener vergüenza al hablar de su enfermedad, pero en otros casos se hacía necesario plantearles en forma de pregunta. Las respuestas ofrecidas por los pacientes en este acápite son variadas: Como el frío, el renegar, el agua, alimentos, etc.

Muchos de nuestros pacientes al describir las posibles causas de sus enfermedades, lo dicen así por que no lo ven a su medicina como un sistema inferior, si no más bien le otorgan el mismo valor que a la biomedicina.

Actitud del paciente frente al tratamiento biomédico.- Se incluirá dentro de esta Nueva Historia Clínica, este dato que para nosotros es de mucha importancia, y aparece al final de la nueva historia clínica, la obtención de este dato es producto de una evaluación final de una interacción entre el paciente, y la persona (el médico) que llena la historia clínica, y según su criterio anotara en el tipo de actitud que corresponda, de acuerdo al tipo de tratamiento que se plantea.

- **Actitud de Aceptación fácil,** Cuando el paciente acepta fácilmente el tratamiento biomédico planteado, expresando estar de acuerdo o aceptar recomendaciones medicas en el momento de la consulta.
- **Actitud de Aceptación difícil,** cuando el paciente tiene dudas de las recomendaciones del médico, esto puede manifestarse cuando el paciente en la consulta piden mayor explicación, consultan con sus familiares, eventualmente no aceptan a seguir el tratamiento, pero luego optan por aceptar en medio de ciertas dudas, como un sentido de prueba, sin el compromiso de cumplirlo completamente. También se puede considerar

cuando el paciente acepta parte del tratamiento planteado, pero no otro, es decir no acepta todas las propuestas de tratamiento, solo una parte.

- **Actitud de Rechazo Total**, Cuando el paciente rechaza de plano a seguir las recomendaciones del tratamiento médico planteado en la clínica.

Observaciones.- En el que se incluirá otros datos.

Selección de pacientes informantes-clave, mediante la selección de las historias clínicas

Posteriormente, se identificara a los pacientes informantes-clave, para la aplicación de los ESTUDIOS DE CASO hallados mediante la selección de historias clínicas, cuyos criterios metodológicos de selección fueron las siguientes:

- Pacientes que acuden a nuestro servicio consultando por enfermedades crónicas y/o de criterio quirúrgico.
- Que en la patología consultada del paciente, exista la posibilidad, de utilizar métodos invasivos (Cirugías, exámenes, extracciones de Sangre, colocación de sondas, etc.)
- Que en la patología consultada del paciente, exista la posibilidad, de internación en nuestra clínica.
- Que el paciente hayan recibido terapias curativas tradicionales andinas previas a la vez y/o después del tratamiento biomédico.

Estos criterios están sustentados, porque nos ha permitido ver de cerca la evolución de su enfermedad, lo que nos permitió realizar un dialogo abierto (encontrar datos etnográficos), tanto al paciente como a su entorno familiar, y finalmente más importante aun, el ser testigos de las terapias tradicionales que emplearon los familiares para curar al enfermo.

5.1.3. Estudios de Caso.-

Es un procedimiento, que suele usarse en las investigaciones etnográficas, por lo tanto se ingresa al campo de la investigación cualitativa, que para nuestra investigación fue muy necesaria para poder ilustrar y maximizar, con mayor detalle aquellos factores de rechazo a los tratamientos médicos, mediante el establecimiento de una conversación abierta con los pacientes previamente seleccionados, con sus familiares cercanos, el análisis de su entorno cultural, su etnopatología, etnoterapias, etc. según el caso. Sin embargo para la

ejecución de estos estudios de caso se definieron algunos lineamientos que a continuación se presentan:

- Datos generales
- Datos del contexto social
- Datos clínicos biomédicos
- Trayectorias, estrategias, diagnósticos y tratamientos etnoculturales antes de acudir a la clínica.
- Diagnósticos etnocultural y biomédicos
- Tratamiento etnocultural y biomédico.

5. 2. POBLACIÓN (Universo).-

Debido al elevado número de consultas externas que existe en la clínica, se ha decidido limitar el periodo de de recopilación de datos, por lo tanto solo se ha tomado en cuenta a la población usuaria durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2002, que alcanzan a los 505 casos estudiados

La elección de estudiar a los usuarios (as) de la clínica San Martín de Porres de la ciudad de El Alto, obedece a que reúnen los siguientes criterios metodológicos aceptables para el fin que persigue la presente tesis:

- Predominio de Población bilingüe castellano aymara.
- Predominio de población migrante rural.
- El ocupar un cargo ejecutivo dentro de la clínica, lo que me permitió institucionalizar la nueva historia clínica, y además de acceder a información detallada de los expedientes clínicos de los pacientes.
- Población que tiene la alternativa de acceso a servicios de salud públicos, privados, católicos, ONGs, además del sistema tradicional de salud local (Curanderos, Naturistas, Callahuayas, etc.)
- Por la problemática que se espera encontrar, en pacientes que están dispuestos a rechazar el tratamiento biomédico, cuyos motivos analizaremos en detalle mas adelante.

5.3. CLINICA SAN MARTIN DE PORRES.-

Es el lugar de estudio de esta investigación, incluyendo además a la ciudad de El Alto y las provincias.

5.3.1. Estructura organizacional de la Clínica San Martín de Porres.-

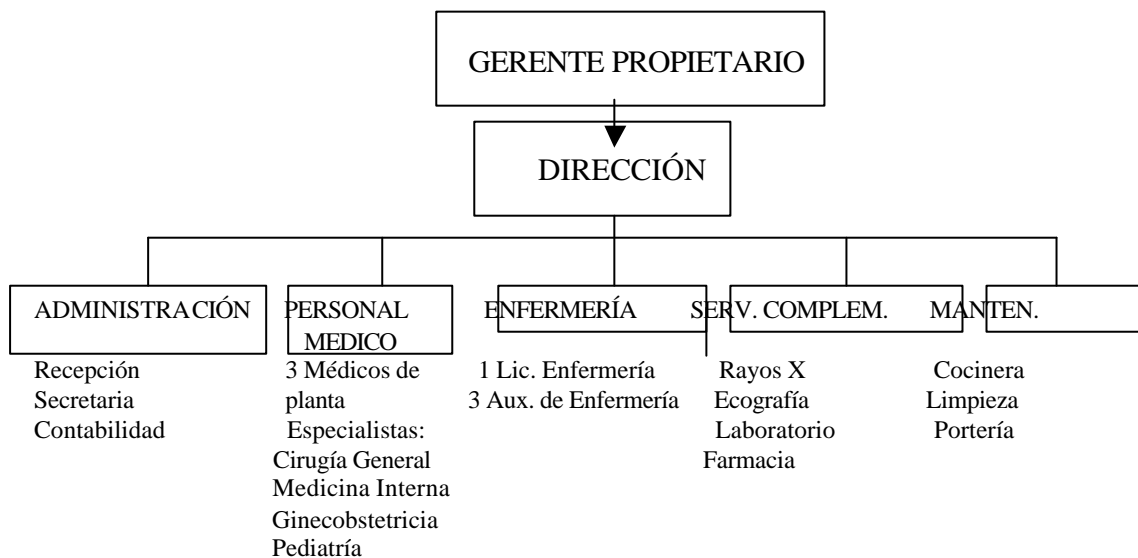
Clínica San Martín de Porres, ubicada en la Av. Alfonso Ugarte No. 123 de la Zona 16 de julio. Es una institución privada de salud, que corresponde a un segundo Nivel de Atención, y forma parte del área de salud Alto Lima I, del distrito 5 y 6, (Gerencia de Salud Los Andes) dependiente de la UDSEA (Unidad Desconcentrada de Salud de El Alto.) En la ciudad de El Alto, capital de la cuarta sección de la provincia Murillo del departamento de La Paz. La clínica San Martín de Porres, que trabaja desde hace aproximadamente diez años, su estructura organizacional y los servicios que ofrece están incluidas en el CUADRO No 6

5.3.2. Objeto de estudio:

Pacientes que acuden a la Clínica San Martín de Porres.

CUADRO No. 5

ORGANIGRAMA DE LA CLÍNICA SAN MARTÍN DE PORRES



CUADRO 6

SERVICIOS QUE BRINDA LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES

- Consultas médicas y Emergencias las 24 Horas del día
- Laboratorio.
- Rayos X.
- Servicios de Ecografía.
- Servicios de Clínica: camas para interacción, servicio de maternidad y otros.
- Bloque Quirúrgico: Quirófano, sala de partos, recuperación y terapia intermedia.
- Farmacia institucional.

Fuente: Dirección de la Clínica San Martín de Porres gestión 2002

5.4. VARIABLES.-

5.4.1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.-

Al tratarse de una investigación cualitativa, encontraremos variables simples, complejas y algunas categorías, haciendo más énfasis en su clasificación, descripción, y explicación de los hechos referidos a las actitudes de rechazo al tratamiento biomédico. Es por eso que en la definición de variables, su medición, y su asociación más que cantidad busca la descripción y la comprensión.

5.4.1.1. Variable dependiente:

Se considera en este tipo de variable a todos los elementos causantes de la formulación de la hipótesis.

- Actitud del paciente frente al tratamiento biomédico

Esta actitud de se dividirá a su vez en sub.-variables: Aceptación fácil, actitud de rechazo parcial y actitud de **rechazo total**, hacia las conductas y prácticas terapéuticas biomédicas planteadas por el personal biomédico de la misma clínica, por parte de los pacientes que acuden a la clínica San Martín de Porres.

5.4.1.2. Variables independientes:

Datos de contexto sociocultural: Utilizamos variables simples y variables complejas

- Edad de los pacientes que acuden a consulta externa de la clínica.
- Lugar de nacimiento de los pacientes que acuden a consulta externa de la clínica.

- Residencia habitual de los pacientes que acuden a consulta externa de la clínica.
- Acompañante de los pacientes
- Nivel Sociocultural de los pacientes: Grado de instrucción, Idioma, Ocupación, Religión, y Seguro medico.
- Nivel Sociocultural del acompañante del paciente: Idioma, y Ocupación
- Patologías biomédicas diagnosticadas.
- Trayectoria (medica, tradicional, etc.) previas antes de acudir a la clínica y causas de las enfermedades según criterio de los pacientes.

5.4.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

5.4.2.1. Operacionalizacion de la variable dependiente (EJEMPLO)

CUADRO No. 7 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE, ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO BIOMEDICO.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES (Sub-variables contenidas en la def. Conceptual)	INDICADORES (DEFINICION OPERACIONAL)	ESCALA	FUENTE
Actitud frente al tratamiento biomédico (var. compleja)	Mayor o menor grado de actitud de aceptación o rechazo al tratamiento biomédico por parte de pacientes que acuden a consulta externa de la clínica.	Aceptación fácil al tratamiento medico. Rechaza parcialmente el tratamiento biomédico Rechazo total al tratamiento biomédico	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud de aceptación Fácil • Actitud de aceptación parcial • Actitud de rechazo total 	Si/No Si/No Si/No	Nueva Historia Clínica.

Fuente: Elaboración propia 2003

5.4.2.2. Operacionalizacion de las variables independientes (EJEMPLOS)

CUADRO No. 8 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE, LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES (Sub-variables contenidas en la def. Conceptual)	INDICADORES (Def. Operacional)	ESCALA	FUENTE
Lugar de nacimiento de los pacientes que acuden a consulta externa de la clínica. (Variable Simple)	Lugar donde el paciente ha nacido		-Urbana -Peri urbana -Rural.Soltero	Si o No	Nueva Historia Clínica.

Fuente: Elaboración propia

CUADRO No. 9 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE, NIVEL SOCIO-CULTURAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES (Sub-variables))	INDICADORES (Def. Operacional)	ESCALA	FUENTE
Nivel Socio-Cultural de los que acuden a consulta externa de la clínica. (Variable Compleja)	Característica del nivel sociocultural de los pacientes que acuden a la clínica.	Grado de Instrucción Idioma Ocupación Religión Seguro medico	Ninguno Primaria Secundaria Técnica Universitaria. Profesional. Monolingüe aymara Bilingües: aymara-Castellano. Monolingüe Castellano Trilingüe Otros. No Trabaja Cuentapropistas: - Comerciante - Artesanos - Servicios - Profesionales Asalariados: - Permanente - Rentistas - Eventuales Agricultores: - Tierra propia - Jornalero Desempleados Estudiantes Labores de Casa Católico. No Católico Si cuentan con Seguro No cuentan con seguro	Si o No	Nueva Historia Clínica.

Fuente:Elaboración propia

CUADRO No. 10 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE, CARÁCTER ETNOGRAFICO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA SAN MARTIN DE PORRES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES (Sub-variables contenidas en la def. Conceptual)	INDICADORES (Def. Operacional)	ESCALA	FUENTE
Carácter Etnográfico. (Variable compleja)	Características etno-patológicas y etno-etiológicas sobre las patologías que consultan de acuerdo a su propio criterio.	Otras terapias previas a la consulta CSMP Causas de la enfermedad según criterio del paciente	Medicina Tradicional Familiar a vecino Automedicación Otro médico Ninguna Farmacia. Diferentes causas según criterio del paciente de las patologías consultadas.	Si o No	Nueva Historia Clínica.

Fuente: Elaboración propia

5.5. METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

El abordaje de la recolección de la información en esta ocasión es especial, puesto que combina los métodos de recolección de estudios cuantitativos y cualitativos. En esta oportunidad al inicio utilizamos un método de recolección tradicional, para el tipo cuantitativo como es la entrevista estructurada con el paciente, traducido en la Nueva Historia Clínica, como instrumento de investigación, finalizando con una técnica de tipo cualitativa a través de del los estudios de caso aplicados a los informantes claves (registradas mediante el uso de grabadoras, y libretas de anotaciones).

5.5.1 Estrategia.- (Historia clínica) En el caso de recolección cuantitativa, la obtención de datos etnográficos y socioculturales de todos los pacientes que acuden a consulta externa de la Clínica San Martín de Porres durante los meses Octubre, Noviembre y Diciembre del 2002, se estableció una estrategia, que es la aplicación de una nueva historia clínica modificada para esta investigación, en el que se incluyen preguntas referidas a la etnopatología y etnoterapeutica para la mejor interpretación y diagnóstico clínico. Para ello será necesario conocer e investigar, los cuadros clínicos que puedan corresponder a estas etnopatologías, las terapias tradicionales que puedan complementarse o contraponerse con las terapias biomédicas e incorporarlos en la nueva historia clínica. (Ver Cuadro 4) En el que se incluyen algunos términos comúnmente usados por los pacientes para nombrar a las

enfermedades, sus causas y su equivalencia biomédica) Casi inmediatamente, luego de aplicación de esta historia clínica en los 505 pacientes que acudieron a la clínica los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2002, se seleccionó los 10 pacientes informantes clave para la aplicación de los estudios de caso, utilizando ciertos criterios metodológicos de selección⁴⁵.

Una vez seleccionados los pacientes informantes claves, se procederá a identificarlos haciendo en principio contactos preliminares, hasta lograr familiarizarse, luego recién ingresar con una conversación mas abierta y profunda, en algunos casos realizando visitas domiciliarias, si viven en zonas cercanas, en las horas libres que se disponía, y en otros casos en la misma clínica, aprovechando la visita al enfermo de varios de sus familiares.

Estudios de casos⁴⁶: La Aplicación de este trabajo de campo, que suele ser esencial en los estudios cualitativos, tiene el fin de lograr un acercamiento practico a los sujetos de estudio (pacientes informantes claves seleccionados)⁴⁷ Haciendo participe además de los familiares o acompañantes del paciente seleccionado para el estudio. Para su mejor aplicación y el evitar la distorsión del objetivo que persigue esta investigación, Los estudios de casos presentados necesariamente se fijaran los siguientes lineamientos.

- Datos generales.- En el que se incluirán los datos básicos del paciente, como cualquier historia clínica rutinaria.
- Datos del contexto social.-Se anotaran los datos de historias de vida de los pacientes: (Lugares de nacimiento, residencia habitual, antecedentes laborales, religión, número de hijos, idioma, si cuenta con seguro médico, etc.

⁴⁵ Criterios de selección de pacientes informantes-claves, que entre sus experiencias se encuentren, el haber sido sometido a terapias biomédicas y las prácticas médicas tradicionales u otras alternativas.

⁴⁶ Consiste en discutir un determinado tema en profundidad con un grupo de personas, ya sea en forma individual o en forma colectiva, con la finalidad de obtener datos sobre la cuestión de estudio, así como sus opiniones y perspectivas al respecto. Metodología de la investigación, B. Pineda, L. Alvarado, y F. H. Canales, (Washington D. C. 1994) Pág. 145.

⁴⁷ Es cualquier persona que proporciona información sobre algo, o personas que ocupan algún cargo o han sido protagonistas de algo, por tanto se supone que tiene mayores conocimientos sobre ciertos aspectos. En esta investigación se utiliza este término para denominar a aquellos que resultan ser buenos informantes de la enfermedad, y de la dimensión sociocultural que genera la enfermedad, ya sea propia o la de su familiar. Por lo tanto son fuentes centrales de datos claves par la investigación.

- Datos clínicos biomédicos.- En esta parte se insertaran expedientes clínicos, tratamientos recibidos, evolución, intervenciones quirúrgicas, y tratamientos biomédicos realizados, para la patología actual y las pasadas.
- Trayectorias, estrategias, diagnósticos y tratamientos etnoculturales.-Son experiencias con medicina tradicional, automedicación y algunos tratamientos efectuados con sus resultados, que marca una trayectoria y estrategia en la búsqueda de salud, antes de llegar a la clínica.
- Diagnósticos etnoculturales y biomédicos.-Aquí se incluyen datos sobre la causas de su enfermedad según criterio del propio paciente y/o acompañante, su propio autodiagnóstico ligado a un componente etnocultural, así como el diagnóstico biomédico que se extrae del expediente clínico del paciente
- Tratamientos etnoculturales y biomédico.- Se describen desde los tratamientos caseros, herbolario e incluso lo mágico religioso, que suele realizar el propio paciente, así como contraposición del tratamiento recomendado por el médico, este último extraído y corroborado por el expediente clínico del paciente.

5.6. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.-

Cabe aclarar que para esta investigación, el plan de análisis de la información en su inicio es de carácter cuantitativo, ya que su análisis se centra en la medición de las categorías y la combinación de ellas (análisis descriptivo). Luego de la descripción cuantitativa, se ingresa al plan de análisis de tipo cualitativo, que se orienta básicamente a describir profundizar, maximizar, explicar (comprender o interpretar) un determinado fenómeno de estudio, que en la presente investigación, se trata de los estudios de casos a los pacientes informante clave, que fueron previamente seleccionados.

5.6.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA.-

No corresponde hacer un análisis estadístico estricto y profundo en esta tesis, por su carácter cualitativo, sin embargo los datos estadísticos descriptivos obtenidos por la aplicación de la historia clínica a los 505 pacientes durante los meses de Octubre, noviembre y Diciembre del 2002. Constituye la base para el análisis cualitativo de esta investigación, que se refiere a información numérica, utilizando las distribuciones de frecuencia, y combinaciones de variables (Ej. Monolingüismo y Actitud de rechazo total al tratamiento

biomédico por parte de los pacientes), indudablemente deben haber muchísimos otros factores que intervienen en la actitud del tratamiento biomédico. Pero que en la aplicación de la historia clínica de antemano se han utilizado como categorías más útiles a nuestra investigación, expresados en los cuadros de combinación con: la aceptación fácil, rechazo parcial, y rechazo total.

En base a la bibliografía y una experiencia propia en la clínica, nosotros sospechamos que algunos de estos factores, en cierta medida influyen más en la actitud de rechazo al tratamiento biomédico por parte del paciente, que creímos conveniente incluir (seleccionarlo) en esta investigación, y combinarlas con dichos factores. Por lo tanto el estudio cuantitativo-descriptivo logra demostrar como resultado un cierto relacionamiento de las actitudes de rechazo con los factores propuestos, mientras los estudios de caso ofrecen ejemplos de algunas de las causas de estas actitudes hacia el tratamiento biomédico.

6. RESULTADOS

6.1. Estadístico descriptivo:

Los resultados descriptivos de los datos generales, del contexto social, y datos etnográficos se muestran en el ANEXO 2 (Gráficos)

CUADRO No. 11: ACTITUD DEL PACIENTE FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO PLANTEADO EN LA CLÍNICA SAN MARTÍN DE PORRES.

No	ACTITUD DEL PACIENTE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
		Casos	%	Casos	%		
1.-	Aceptación Fácil	95	41,5	77	27,9	172	34,06
2.-	Aceptación Parcial	107	46,7	148	53,6	255	50,50
3.-	Rechazo	27	11,8	51	18,5	78	15,45
	TOTAL	229		276		505	100

Fuente:Elaboración propia

Sin embargo el resultado estadístico descriptivo, de este cuadro, referido a la actitud del paciente frente al tratamiento médico planteado en la clínica, merece una especial atención, por que demuestra la distribución del comportamiento de de la actitud de rechazo en nuestra investigación, del paciente frente al tratamiento médico planteado en la clínica, dato que nos

sirve como base representativa del paciente de características típicas (sin distinción de sus características y/o categorías propias) frente a los resultados asociados, para fines propios de este estudio podemos hallar lo siguiente:

- Actitud de aceptación fácil (AF) 35%
- Actitud de aceptación difícil (AD) 50%
- **Actitud de rechazo (RT) 15%** ⁴⁸

Esta variable dependiente (actitud frente al tratamiento biomédico) con sus tres variantes, de Sub-variables (Actitud de aceptación fácil, Actitud de aceptación difícil, y actitud de rechazo total)⁴⁹ variables que se aplicaran en los cuadros siguientes, una combinación con las variables independiente (datos del contexto Socio-cultural)

6.2. Combinación de variables.- Es la combinación de variables dependiente (Actitud al tratamiento medico, y sus sub-variables: Actitud de aceptación fácil, actitud de aceptación difícil, y actitud de rechazo total) con las demás variables independientes (Factores sociales y culturales que influyen a tomar esta actitud de rechazo al tratamiento biomédico.) No con el fin de realizar un análisis estadístico de correlación, ya que esta investigación es de carácter cualitativo, y dicho análisis no correspondería.

Aclaración: Debemos aclarar que a raíz de la distribución de los datos de las variables dependientes e independientes, se opto por usar las %(H) al lado de los valores obtenidos.

% H.- Porcentaje de los resultados obtenidos dentro de cada categoría de la variable dependiente (Aceptación fácil, aceptación parcial, y rechazo total al tratamiento biomédico) que figura en el cuadro en la columna señalada con (H) Horizontal.

⁴⁸ Dato descriptivo, que más interesa, de los pacientes que optan por rechazar totalmente el tratamiento planteado en la clínica, que nos sirve como parámetro para medir los con los otros resultados obtenidos por asociación de variables señalados mas adelante.

⁴⁹ Ver detalle del significado de cada una de estas variables Nueva Historia Clínica, pagina 74.

Datos Generales:**CUADRO No. 12** COMBINACION ENTRE LA EDAD Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	EDAD	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA						TOTAL
		Acept. fácil		Acept. difícil		Rechazo total		
		No.	% (H)	No.	% (H)	No.	% (H)	
1.-	0 a 4 años	28	50,91	23	41,82	4	7,27	55
2.-	5 a 9 años	8	33,33	14	58,33	2	8,33	24
3.-	10 a 14 años	10	38,46	13	50,00	3	11,54	26
4.-	15 a 19 años	14	40,00	17	48,57	4	11,43	35
5.-	20 a 24 años	21	43,75	20	41,67	7	14,58	48
6.-	25 a 29 años	16	31,37	28	54,90	7	13,73	51
7.-	30 a 34 años	9	24,32	22	59,46	6	16,22	37
8.-	35 a 39 años	12	28,67	23	54,76	7	16,67	42
9.-	40 a 44 años	13	31,71	22	53,66	6	14,63	41
10.-	45 a 49 años	9	21,43	23	54,76	10	23,81	42
11.-	50 a 54 años	9	34,62	15	57,69	2	7,27	26
12.-	55 a 59 años	4	21,05	8	42,11	7	36,84	19
13.-	60 a 64 años	5	29,41	8	47,06	4	23,53	17
14.-	65 a 69 años	5	45,45	3	27,27	3	27,27	11
15.-	70 a 74 años	6	42,86	6	42,86	2	14,29	14
16.-	75 a 79 años	3	25,00	7	58,33	2	16,67	12
17.-	80 a Más.	0	0,00	3	60,00	2	40,00	5
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente: Elaboración propia

Que a medida que se incrementa la edad del paciente, sobre todo a partir de los 55 años, hay mayor grado de rechazo total al tratamiento médico, debido a que esta vinculados a otros factores, si consideramos que a esa edad el paciente mayoritariamente es monolingüe nativo, tiene un nivel bajo de instrucción, a esa edad no gozan de una estabilidad laboral, o adolecen quizás de enfermedades crónicas de difícil diagnóstico, y no gozan de beneficios de la seguridad social, etc.

CUADRO No. 13 COMBINACION ENTRE EL LUGAR DE NACIMIENTO Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA

No.	LUGAR DE NACIMIENTO	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA						TOTAL
		Acept. fácil		Acept. difícil		Rechazo total		
		No.	% (H)	No.	% (H)	No.	% (H)	
1.-	Urbano	77	41,63	91	49,19	17	9,19	185
2.-	Peri urbano	7	36,84	11	57,89	1	5,26	19
3.-	Rural	88	29,25	153	50,63	60	19,93	301
		172	100	255		78		505

Fuente: Elaboración propia

CUADRO No. 14: COMBINACION ENTRE LA RESIDENCIA HABITUAL Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA

No.	RESIDENCIA HABITUAL	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA						TOTAL
		Acept. fácil		Acept. difícil		Rechazo total		
		No.	% (H)	No.	% (H)	No.	% (H)	
1.-	Urbano	141	34,0	215	51,8	59	14,2	415
2.-	Peri urbano	16	51,6	13	41,9	2	6,5	31
3.-	Rural	15	25,4	27	45,8	17	28,8	59
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente: Elaboración propia

En el caso del lugar de nacimiento, entre los pacientes que nacieron en las áreas rurales se evidencia, un mayor porcentaje (19, 93%) de rechazo total al tratamiento médico, aunque esta diferencia de porcentaje es mayor (28,8%) entre los pacientes que tienen residencia en áreas rurales, que luego de ver otros factores, explicaremos el por que existe este rechazo en los siguientes cuadros. Aunque como en el anterior factor (edad) debemos considerar que el si el paciente ha nacido en áreas rurales, es monolingüe aymara, no cuenta con beneficio de la seguridad social, etc. En Igual sentido cuando analizamos al paciente residente en áreas rurales, cuyo trabajo es la agricultura, cuyos recursos económicos son disponibles en solo ciertas ocasiones (tiempo de cosecha) hacen que el paciente rechace el tratamiento biomédico.

Datos del contexto socio-cultural-

CUADRO No. 15 COMBINACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.						TOTAL
		Acept. fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No.	% (H)	No.	% (H)	No.	% (H)	
1.-	Ninguno	40	36,0	52	46,8	19	17,11	111
2.-	Primaria	78	32,0	129	52,9	37	15,16	244
3.-	Secundaria	39	33,6	59	50,9	18	15,51	116
4.-	Técnico (a)	10		13	48,1	4	14,810	27
5.-	Universitario (a)	5	71,42	2	28,57	0	0	7
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente:Elaboración propia

Que a medida que existe mayor grado de instrucción, demuestra una mayor aceptación al tratamiento médico, o dicho de otro modo, el porcentaje de rechazo es mayor cuando el paciente no tiene un mínimo grado de instrucción, o sólo ha completado la primaria.

CUADRO No. 16: COMBINACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA CLÍNICA.

No.	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA CLÍNICA						TOTAL
		Aceptación Fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No.	% (H)	No.	% (H)	No.	% (H)	
1.-	Ninguno	1	100	0	0	0	0	1
2.-	Primaria	49	36,0	67	49,3	20	14,7	136
3.-	Secundaria	14	40,0	16	45,7	5	14,3	35
4.-	Técnico (a)	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7
5.-	Universitario (a)	0	0,0	0	0	0	0	0
	TOTAL	68		85		26		179

Fuente:Elaboración propia

La aceptación fácil, se incrementa en el acompañante del paciente, que acude a la clínica, a medida que existe mayor grado de instrucción. Aquí surgiría una duda, bajo este análisis hablaríamos de Aculturación, sabiendo que es un proceso de recepción de una cultura, y el modo de adaptarse a ella. En este estudio según nuestra experiencia los pacientes consideran

a las prácticas tradicionales de curación y a los tratamientos biomédicos de igual valor, y en ese sentido no sería apropiado de hablar de aculturación.

CUADRO No. 17: COMBINACION ENTRE EL IDIOMA, Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	IDIOMA DEL PACIENTE	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA						TOTAL
		Acept. fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No.	%(H)	No.	%(H)	No.	%(H)	
1.-	Ninguno	26	50	22	42,3	4	7,7	52
2.-	Aymara	14	23	27	44,3	20	32,8	61
3.-	Castellano	52	44,1	58	49,2	8	6,8	118
4.-	Bil. CastAymara	76	28,6	145	54,5	45	16,9	266
5.-	Bil. CastQuech.	2	40	2	40	1	20	5
6.-	Tril. Cas-Ay-Quec.	2	66,7	1	33,3	0	0	3
7.-	Otros	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente:Elaboración propia

Se observa que el mayor porcentaje de rechazo se da entre los pacientes monolingües en aymara, debido a que los médicos de la clínica no hablan aymara, no entiende lo que quiere explicar el paciente, ni el paciente entiende lo que el trata de decir. Lo que obliga a la necesidad de la mediación de un traductor ocasional no especializado⁵⁰ (a un familiar del mismo paciente, a la enfermera auxiliar o al portero) para que pueda realizar la traducción de este dialogo, aunque esta persona no tenga alguna experiencia en traducción biomédica y menos conozca el caso del paciente (Filtro lingüístico), y podría mal interpretar tanto la explicación del paciente como del médico.

⁵⁰ Con mucha frecuencia en la consulta médica, este traductor suele ser el familiar que acompaña al paciente. Pero cuando el paciente acude solo, suele pedirse colaboración de algún miembro del personal de la clínica que sepa el aymara (enfermeras, auxiliares, camilleros, porteros(as), etc.)

CUADRO No. 18: COMBINACION ENTRE EL IDIOMA, Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA CLÍNICA.

No.	IDIOMA DEL ACOMPAÑANTE	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA CLÍNICA						TOTAL
		Acept. fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No.	%(H)	No.	%(H)	No.	%(H)	
1.-	Ninguno	0	0	0	0	0	0	0
2.-	Aymara	2	100	0	0	0	0	2
3.-	Castellano	7	53,8	5	38,5	1	7,7	13
4.-	Bil. Cast-Aymara	58	35,6	80	49,1	25	15,3	163
5.-	Bil. Cast-Quech.	0	0	0	0	0	0	0
6.-	Tril. Cas -Ay-Quec.	1	100	0	0	0	0	1
7.-	Otros	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	68		85		26		179

Fuente:Elaboración propia

Se puede observar que existe un mayor porcentaje de rechazo al tratamiento, por parte de acompañantes bilingües castellano-aymara, suponemos que estas personas son de origen rural, no hay datos significativos para el monolingüismo del acompañante, que influya en la actitud del rechazo del paciente.

CUADRO No. 19: COMBINACION ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	OCUPACIÓN DEL PACIENTE	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.						TOTAL
		Aceptación fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No	%(H)	No.	%(H)	No.	%(H)	
1.-	No Trabaja	31	45,6	28	41,17	9	12,23	68
2.-	Cuentapropistas:							
	- Comerciante	30	30,9	51	52,6	16	16,49	97
	- Artesanos	7	29,2	14	58,3	3	3,10	24
	- Servicios	6	33	11	61,1	1	5,55	18
	- Profesionales	2	100	0	0	0	0	2
3.-	Asalariados:							
	- Permanente	16	34	21	45,7	9	19,56	46
	- Rentistas	7	41,2	9	52,9	1	5,88	17
	- Eventuales	16	35,6	19	42,2	10	22,22	45
4.-	Agricultores:							
	- Tierra propia	11	32,4	16	47,1	7	20,58	34
	- Jornalero	1	25	3	75	0	0	4
5.-	Desempleados	1	10	4	40	5	50,00	10
6.-	Estudiantes	34	41	41	49,4	8	9,63	83
7.-	Labores de Casa	10	17,5	38	66,7	9	15,79	57
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente:Elaboración propia

Este cuadro destaca lo siguiente: Se aprecia, que existe mayor rechazo al tratamiento biomédico entre los: asalariados eventuales, los agricultores, y los desempleados, debido a que sus ingresos económicos, en el caso de los agricultores y los trabajadores eventuales son ocasionales. Y ante un planteamiento de tratamiento medico, que demandan costos elevados, requieran además interacción en la clínica, provocaría un desajuste económico y laboral (no hay permisos para un eventual) lo que daría lugar al rechazo del tratamiento.

CUADRO No. 20: COMBINACION ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA CLÍNICA.

No.	OCUPACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL ACOMPAÑANTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.						TOTAL
		Aceptación fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No.	%(H)	No.	%(H)	No.	%(H)	
1.-	No Trabaja	0	0	0	0	0	0	0
2.-	Cuentapropistas:							
	- Comerciante	30	35,3	43	50,6	12	14,1	85
	- Artesanos	4	25,3	10	62,5	2	12,5	16
	- Servicios	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7
	- Profesionales	2	100	0	0	0	0	2
3.-	Asalariados:							
	- Permanente	15	48,4	14	45,2	2	6,5	31
	- Rentistas	2	66,7	1	33,3	0	0	3
	- Eventuales	3	27,3	5	45,5	3	27,3	11
4.-	Agricultores:							
	- Tierra propia	6	28,6	10	47,6	5	23,8	21
	- Jornalero	0	0	0	0	1	100	1
5.-	Desempleados	0	0	0	0	0	0	0
6.-	Estudiantes	0	0	1	0	0	0	1
7.-	Labores de Casa	1	100	0	0	0	0	1
	TOTAL	68		85		26		179

Fuente:Elaboración propia

En este cuadro en relación a la ocupación, de los acompañantes de los pacientes, se puede evidenciar que los que rechazan mas al tratamiento biomédico son los acompañantes asalariados eventuales y agricultores, que peor aun estarían dispuestos a asumir el costo que demandaría el tratamiento, por lo tanto optan por rechazarlos.

CUADRO No. 21: COMBINACION ENTRE LA FILIACIÓN RELIGIOSA Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, .DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	RELIGION DEL PACIENTE	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL PACIENTE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.						TOTAL
		Aceptación fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No.	%(H)	No.	%(H)	No.	%(H)	
1.-	Católica:	154	34,4	226	50,4	68	15,17	448
2.-	No Católica:							
	Poder de Dios	5	29,4	8	47,1	4	23,5	17
	Adventista	0	0	3	75	1	25	4
	Evangélica	2	16,7	8	66	2	16,7	12
	Testigos de Jehová	5	50	3	30	2	20	10
	Pentecostés	0	0	3	100	0	0	3
	Asambleas de Dios	2	40	3	60	0	0	5
	Metodistas	0	0	1	50	1	50	2
	Bautistas	0	0	0	0	0	0	0
	Cristo viene	1	100	0	0	0	0	1
	Misión Bol.-	1	100	0	0	0	0	1
	Alemán.	1	100	0	0	0	0	1
	Mormones	1	100	0	0	0	0	1
3.-	TOTAL	172		255		78		505

Fuente:Elaboración propia

Indudablemente el rechazo al tratamiento biomédico entre los católicos es menor que entre los evangélicos, aunque podemos esperar por parte de los no católicos, un rechazo a la medicina tradicional por considerarlos practicas paganas, y aceptar en mayor medida a las terapias biomédicas. Por otro lado también pueden haber grupos religiosos no católicos (mormones) que pueden rechazar ciertas prácticas biomedicas.

CUADRO No. 22: COMBINACION ENTRE LA TENENCIA O NO, DE ALGÚN SEGURO MEDICO, Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SEGURO MEDICO	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL PACIENTE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.						TOTAL
		Aceptación fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No.	% (H)	No.	% (H)	No.	%(H)	
1.-	Si	34	39,1	45	51,7	8	9,2	87
2.-	No	138	33	210	50	70	16,7	418
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente:Elaboración propia

La disponibilidad de seguro médico como es de esperar, influye en el paciente a tomar una actitud de aceptación fácil, hacia el tratamiento biomédico.

Datos Etnoculturales o Etnograficos:

CUADRO No. 23: COMBINACION ENTRE LAS OTRAS PRACTICAS TERAPÉUTICAS PREVIAS A LA CONSULTA, Y LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	OTRAS PRACTICAS TERAPÉUTICAS PREVIAS	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL PACIENTE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.						TOTAL
		Aceptación fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No	%(H)	No	%(H)	No.	%(H)	
1.-	Med. Tradicional	62	28,4	110	50,5	46	21,1	218
2.-	Familiares o vecino	12	38,7	16	51,6	3	9,7	31
3.-	Automedicación	20	34,5	33	56,9	5	8,6	58
4.-	Otro médico	16	33,3	20	41,7	12	25,0	48
5.-	Farmacia	40	48,8	37	45,1	5	6,1	82
6.-	Ninguno	22	32,4	39	57,4	7	10,3	68
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente:Elaboración propia

En este cuadro, la consulta previa a la medicina tradicional (Cualquiera de sus formas), como se puede esperar, es tremendamente influyente a que el paciente que acude a nuestro servicio, opte por el rechazo total a la terapia biomédica.

Lo que se destaca en este cuadro, es el mayor rechazo al tratamiento médico en pacientes que previamente antes de acudir a la clínica consultaron a “otro médico” resultado que no es lo esperado, Por lo tanto amerita una revisión más detallada de esta parte, en nuestra base de datos, en lo que detallamos a continuación:

6.3 Casos de rechazo al tratamiento biomédico, por parte del paciente que acude a la clínica, después de haber consultado a otro médico.

Se hallaron 12 casos de esta categoría, que en principio podríamos considerar como una preaceptación al sistema biomédico, sin embargo existen algunas causas que han provocado este rechazo por ello analizaremos los más relevantes:

- En uno de estos 12 casos, uno referente a una enfermedad ulcerosa, el paciente recibe una enorme lista de indicaciones dietéticas, en forma de prohibiciones de lo que no debe comer, enfatizando la parte negativa del tratamiento “No tienes que comer esto el otro

etc.”. Y no explicarle más bien en forma positiva, “*Puedes comer esto o el otro no te va hacer daño*”. No sería raro que el paciente ante esta imposición dietética responda: “*entonces ¿qué es lo que voy a comer?, talvez me debilite mas*”. Otro aspecto en este mismo caso, es cuando el médico prescribe una receta con una inmensa lista de medicamentos, que por el paciente sea interpretado como una forma aparente de que el medico le este intoxicando más que curando. Este aspecto debemos entenderlo, puesto que el paciente cuando acude a servicio de salud, solo viene a recibir una receta simplemente con el medicamento eficaz, que va solucionar su problema, inclusive solo viene a confirmar lo que el mismo paciente sospechaba de su enfermedad, al verse sorprendido en su razonable juicio, de recibir por el contrario una receta, con una enorme lista de medicamentos, y que el medico le diga otra cosa muy distinta de lo que el paciente pensaba que era su enfermedad, “*Doctor creo que tengo Bilis*”; El medico le responde “*Como vas a decir eso, no es bilis es Ulcera*”. Motivos suficientemente aceptables para el paciente, en tomar una actitud de rechazo al tratamiento biomédico, sin embargo esto se puede minimizar, haciendo que el médico solo prescriba el medicamento imprescindiblemente necesario, para su tratamiento. Por otro lado hacer los esfuerzos necesarios a no lograr a contradecir sobre los diagnósticos que el paciente tiene en su propia concepción pensaba tener. “*Si Señora se trata de bilis, pero con estos medicamentos vamos hacer que se sane*”. Por lo tanto aquí no se trata de imponer el criterio de que nombre le asigne el medico o el paciente, si no de que logre aceptar el tratamiento médico.

- En un caso de mastitis, el rechazo al tratamiento se debió a que se le planteó una internación, con tratamiento antibiótico prologado. La paciente arguyo tener hijos pequeños que tenía que atender.
- En otro caso se le planteo a la paciente cirugía, por que se trataba de una colecistitis, con cálculos en su interior. El rechazo quizás se debió, a que los médicos en ese momento no fueron capaces de de explicar la absoluta necesidad de la cirugía, o si de repente existía otra posibilidad terapéutica, no invasiva, aquí claramente se puede establecer que la causa del rechazo en principio ha sido el factor económico, luego por su puesto la falta de la capacidad de convencimiento del personal médico de la clínica.

- En el caso de un niño con Desnutrición, lo que la madre llamaba katja, el rechazo al tratamiento medico se debió, a una indiferencia cultural, es decir los médicos no entendían que era el katja, no sabían como explicar en sus propios términos, por lo tanto la explicación que daba la madre acerca de la enfermedad de su hijo no encajaba en los conceptos biomédicos del profesional. Este rechazo podríamos minimizarlo, quizás si el médico, hubiera conocido algunos detalles de la etnopatología andina.
- En un caso de una neumonía, el rechazo al tratamiento se debió al planteamiento del personal medico, de que el paciente debería internarse. El paciente ante esta situación pregunto “*¿No puedo hacer tratamiento en mi casa no más, y con inyecciones?*” Además el paciente es jubilado y contaba con seguro medico, solo vino al servicio porque este estaba cerca de su domicilio. En este caso no se nota indiferencia cultural, tal vez el paciente buscaba eficacia con los inyectables, además de la comodidad en su domicilio con los suyos, que la fría sala de clínica alejado y aislado de los suyos.
- Otros casos, como síndrome adherencias, Linfomas, etc. Que están incluidos, en la lista de pacientes que optaron por rechazar el tratamiento biomédico, luego de consultar previamente a otro medico. Esto puede deberse a que estos pacientes presentaron antecedentes de cirugías previas muy traumatizantes, con experiencias negativas con ellas mismas o con alguno de sus familiares, por la misma edad, “*Mi mama de edad es, no creo que aguante la operacion, se puede debilitar más*” “*El otro medico lo mismo me ha dicho que hay que operar, por eso le traído aquí, de repente tratamiento no mas se podía hacer*”. Buscaban otra alternativa de tratamiento, que no sea la operación. Otro sentía la necesidad de saber de que enfermedad se trata: “*En ese otro hospital no han podido pescar que enfermedad siempre era, solo me decían que hay que seguir haciendo mas análisis, pero como no me decían nada, me lo he traído aquí*” por incapacidad de la misma biomedicina para dar una respuesta clara, o brindar tratamiento especifico a aciertas patologías, y solo apelar a mas exámenes, que requieren mayores gastos económicos.
- En uno de estos casos, Enfermedad dermatológica mitótica, que había consultado con otro médico “Dermatólogo” le había explicado de la siguiente manera “*Doctor estas manchas me ha salido, será del hígado*”. Este profesional sin hacerle caso del comentario

del paciente, solo se limito a darle una receta costosa (varias cremas) “*Cremas caras me ha recetado, que ni siquiera bien me han hecho, por eso he venido aquí*” Ante tal situación, ya en la clínica optaron por solicitarle más exámenes, lo que indujo en el paciente rechazo al tratamiento biomédico.

CUADRO No. 24: COMBINACION ENTRE LAS CAUSAS DE LAS PATOLOGIAS CONSULTADAS, Y LA ACTITUD DEL TRATAMIENTO MEDICO, DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.

No.	CAUSAS DE LAS PATOLOGIAS SEGÚN CRITERIO DEL PACIENTE	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, DEL PACIENTE QUE ACUDEN A LA CLÍNICA.						TOTAL
		Aceptación fácil		Aceptación difícil		Rechazo total		
		No	%(H)	No	%(H)	No.	%(H)	
1.-	Frío	84	42,9	88	47,1	19	9,9	191
2.-	Renegar	7	13,5	27	51,9	18	34,6	52
3.-	Agua y alimentos	13	26,5	32	65,3	4	8,2	49
4.-	Golpe y accidentes	17	38,6	18	40,9	9	20,5	44
5.-	Sangre	8	25,0	22	68,8	2	6,3	32
6.-	Mág.-Relig.(Dios, Kharisiri, Catja)	0	0,0	10	35,7	18	64,3	28
7.-	Contagio y suciedad	12	52,2	11	47,8	0	0	23
8.-	No contesta, no sabe	6	30,0	12	60	2	10	20
9.-	Clima (Aire, calor, rayo, lluvia, y sol)	8	47,1	9	52,9	0	0	17
10.-	Demonios, embrujamiento, maldición	1	7,1	8	57,1	5	35,7	14
11.-	Debilidad, trabajo, vejez	3	27,1	8	72,7	0	0	11
12.-	Pensar mucho, pena	5	83,3	1	16,7	0	0	6
13.-	Relación	3	50	3	50	0	0	6
14.-	Sentarse en lugar caliente	3	50	2	33,3	1	16,7	6
15.-	Gusano	1	33,3	2	66,7	0	0	3
16.-	Hígado	1	33,3	2	66,7	0	0	3
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente:Elaboración propia

En el cuadro No. 24, se muestran las causas de enfermedades según el criterio del propio paciente. Como es de esperar, los que manifiestan como causa lo mágico religioso constituye una significativa mayoría de los que optan por el rechazo al tratamiento médico. En segundo lugar de causas de patologías como ser: los demonios, embrujamientos, maldiciones etc. En tercer lugar figura el renegar, que está más en relación mayormente a una elaboración cultural. Todas estas causas de las enfermedades según criterio del propio paciente, son ampliamente influyentes, para que el paciente opte por rechazar totalmente, el tratamiento biomédico. Esto se explica puesto que el paciente viene cargado de ideas sobre la causa de su

enfermedad, y que al consultar al médico, estas ideas se contraponen con lo que el médico le explica, hasta incluso lesivo a sus costumbres, lo que provoca una actitud de rechazo al tratamiento médico, que en cierta medida es de esperar. Sin embargo no todo es opuesto a la biomedicina en este cuadro, se puede evidenciar un número considerable de pacientes, que considera que la causa de su enfermedad se debe al frío, en el que se más bien se observa una aceptación fácil al tratamiento biomédico.

En el cuadro 25, En las enfermedades tales como: IRAS, Enfermedades de transmisión sexual (ETS), Conjuntivitis, se ha evidenciado una aceptación fácil al tratamiento biomédico, por parte de los pacientes que acuden a la clínica, este aspecto se debió por la efectividad del uso de los antibióticos, ya que se trataba de enfermedades que en su mayoría son infecciosas. Es a lo que el paciente aymará dice *“Inyección fuerte siempre me vas a dar doctorita, por que pastilla no me hace nada”*. Por lo tanto se identifico como causa de esta aceptación, a la eficacia de la biomedicina en este caso.

Por otro lado se evidencio, que ciertas enfermedades biomédicas, como ser las neoplásicas, las hepatobiliares, pulmonares y ginecológicas (así en ese orden) provocan en el paciente, una actitud de rechazo hacia los tratamientos biomédicos. Quizás esta actitud que toman los pacientes, se deba a la interferencia cultural, cuando los diagnósticos biomédicos no encaja en el criterio del paciente. La eficacia biomédica es limitada en ciertas enfermedades, en el que no ofrece “garantías” para solucionar su problema de salud. Por último un factor que puede influir en la actitud de rechazo, es aplicarles tratamientos en tiempo muy prologado, dentro de la clínica, lo que provoca en el paciente, angustia, temor de alejarse de los suyos.

En el cuadro 26, en el que se muestra la asociación entre las enfermedades consultadas y sus causas según el criterio del propio paciente (autodiagnóstico) encontramos aspectos muy interesantes:

- En primera instancia se puede notar que las enfermedades más consultadas por los pacientes que diariamente acuden a nuestro servicio son: Enfermedades del tracto respiratorio superior, dermatológicas, y gastrointestinales.

- El renegar mucho, según criterio del paciente como causante de enfermedades, corresponde a las enfermedades Gastrointestinales, que no coinciden con los criterios biomédicos.
- El renegar, el pensar mucho según el paciente son causas de enfermedades hepatobiliares (Bilis), neurológicas y psicológicas respectivamente, esto se explica puesto que el paciente tiene la necesidad de buscar a un responsable, o culpable de su dolencia, que puede ser alguna persona del entorno familiar, amistades, etc.
- Llama la atención de enfermedades como ser: IRAS, los pacientes atribuyen en un buen número al FRIO, este criterio no está alejado de la verdad, por lo tanto la visión del paciente, y del médico, en este caso es compartida.
- Algo interesante que podemos observar en este cuadro, es que las causas de enfermedades Mágico religiosas, según criterio del paciente, puede corresponder a las enfermedades catalogadas como raras, como ser: Endocrinas, Quirúrgicas, y neoplásicas, las causas comúnmente atribuidas por el paciente son las (Kharisiri, Catja, etc.) y los demonios, embrujamientos, etc. Su distribución en este cuadro es dispersa. Esta dispersión podría explicarse por que se tratan de enfermedades poco comunes, que requieren exámenes sofisticados e invasivos. Como habíamos visto al inicio, dichos exámenes están lejos de las posibilidades económicas de los propios pacientes y que además por convicciones propias de su cultura son rechazadas, por lo tanto estas enfermedades no son plenamente confirmados en sus diagnósticos mediante estos exámenes, Por tanto dichas enfermedades no quedan claras, y solo están bajo la propia explicación del paciente.
- Por otro lado no todo es criterio diferente, en este cuadro también podemos encontrar que los criterios del propio paciente andino, están en concordancia con la biomedicina, un ejemplo claro de eso es que cuando se refiere a las enfermedades infectocontagiosas (Tuberculosis, ETS) en el que se atribuye como causa al “contagio”, así como también a las enfermedades traumatológicas, tienen como causa a los golpes o accidentes. En este caso debo añadir un aspecto muy interesante, cuando en un paciente que acudió a nuestro servicio con antecedente traumático leve (golpe en el dedo con la puerta de su casa) luego de una semana de haber ocurrido el hecho. Se observaba un dedo edematizado, infectado, luego de un examen exhaustivo se llegó a la conclusión de que sí se trataba de un paciente

diabético, crónico, descompensado, que indudablemente complicó la pequeña herida del dedo. Eso permitió identificar al paciente como diabético, con un tratamiento y recomendaciones necesarias se resolvió el problema. Aquí no es interesante la enfermedad que padecía nuestro paciente, si no la forma en que nos contó el problema: *“de un pequeño golpe no más se me ha complicado, seguramente me han debido embrujar”*. El criterio del paciente en este aspecto como se puede ver trata de deslindar su propia responsabilidad, atribuyendo al golpe, y nunca imaginarse que la diabetes complicó su enfermedad.

CUADRO 25: COMBINACION ENTRE LAS PATOLOGIAS CONSULTADAS POR EL PACIENTE, CON LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO PLANTEADO.

No.	PATOLOGIAS	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO						TOTAL
		Acept. Facil		Rechazo Parcial		Rechazo Total		
		No.	%(H)	No.	%(H)	No.	%(H)	
1	IRAS(Faringoamigdalitis, Resfrios, laringitis)	47	68,1	20	27,5	3	4,3	70
2	Enf. Dermatologicas(alergias, exantematicas, piodermatitis, virales)	9	22,0	31	75,6	1	2,4	41
3	Enf. Gastrointestinales (Gastritis, ulceras, colon irritable)	1	3,1	27	84,4	4	12,5	32
4	EDA (Enterocolitis, enteritis, Intox. Alimentaria)	10	32,3	20	64,5	1	3,2	31
5	Traumaticas(Fracturas, luxaciones, contusiones, TEC)	14	50,0	9	34,6	4	15,4	27
6	Enf. Ginecologicas(Leucorreas, quistes de ovario, menopausia)	5	20,0	14	56,0	6	24,0	25
7	Enf. Pulmonares (Silicosis, Bronquitis, Neumonia, derrame pleural)	10	41,7	7	29,2	7	29,2	24
8	Enf. Hepatobilipancreaticas (Colecistopatia, Hígado, pancreatitis)	5	22,7	4	18,2	12	59,1	21
9	Enf.Infectocontagiosas(Absesos, salmonelosis, sepsis, celulitis)	6	27,3	13	59,1	3	13,6	22
10	ETS (Sifilis, gonorrea, Chancro, Tricomoniasis)	14	66,7	7	33,3	0	0,0	21
11	Neuralgias (Neuritis, paralisis facial, neuropatias perifericas)	3	15,8	13	68,4	3	15,8	19
12	Infeccion Urinaria, cistitis	2	12,5	14	87,5	0	0,0	16
13	Enf. Reumaticas (LES, Artritis, artrosis)	1	6,7	13	86,7	1	6,7	15
14	Enf. Oido y sist. Vestibular (Laberintitis, otitis, sinusitis)	2	14,3	11	78,6	1	7,1	14
15	HAS y enfermedades cardiovasculares	6	46,2	7	53,8	0	0,0	13
16	Enf. Columna vertebral (H.de disco, lumbalgias)	7	53,8	5	38,5	1	7,7	13
17	Enf. Neurologicas(Lipotimias, Paraplejias, Neurocist, cefaleas)	4	36,4	4	36,4	3	27,3	11
18	Aborto lcompleto, y amenaza de Aborto	0	0,0	7	70,0	3	30,0	10
19	Embarazo	4	40,0	6	60,0	0	0,0	10
20	Conjuntivitis, enf. Ojos y anexos	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9
21	Enf. Endocrinas (Diabetes, bocio,etc.)	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7
22	Enfermedades Neoplasicas	0	0,0	1	14,3	6	85,7	7
23	Enf. Quirugicas Abdominales(Oclusión int. Apendicitis,peritonitis)	0	0,0	0	0,0	6	100,0	7
24	TB Pulmonar y Extrapulmonar (Tb Renal)	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7
25	Hemorroides	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6
26	Enf. Hematologicas (Eritricitosis y otras)	0	0,0	3	60,0	2	40,0	5
27	Enf. Renales (Pielonefritis, Insuf. Renal)	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5
28	Psicologicas	3	60,0	1	20,0	1	20,0	5
29	Enf.Odontologicas y maxilofaciales(Odontalgias, labioleporino)	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5
30	Enf. Urologicas (Orquiepididimitis, HBP,varicocele)	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4
31	Señilidad y denutrición	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4
	TOTAL	172		255		78		505

Fuente: Elaboracion propia

CUADRO: 26 COMBINACION ENTRE LAS ENFERMEDADES Y SUS CAUSAS SEGÚN CRITERIO DEL PACIENTE

No.	Patologías	CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES (SEGÚN EL PACIENTE)																	TOTAL	%
		Frio	Renegar	Agua y Alim.	Golpes y Accid.	Magico, Reig.	Sangre	Cont.y Sucie.	No Sabe No cont.	Fact. Climat.	Dem, Embruj. Mald.	Debil, Vejez	Pensar. mucho, pena	Relac.	Sent.en lugar caliente	Gusano	Higado			
1	IRAS	64				2		1	1	1								69	13,66	
2	Enf.Dermatologicas	2		4		3	1	18	6	2	2						1	3	42	8,32
3	Enf. Gastrointestinales	1	26	4			1												32	6,34
4	EDAs	5		25													2		32	6,34
5	Traumaticas	1			25							1							27	5,35
6	Enf. Ginecologicas	15	1	1	2				2	1	2	2							26	5,15
7	Enf. Neumologicas	21				1		1		1									24	4,75
8	Enf. Hepatobilipancreat.		20	1		1													22	4,36
9	Enf. Infectocontagiosas	6		2	1		2	4	4	1	1						1		22	4,36
10	ETS	12						9											21	4,16
11	Neuralgias	12			1	2	1		1	2									19	3,76
12	Enf. Vias Urinarias	14				1				1									16	3,17
13	Enf. Reumatologicas	8		4		2						1							15	2,97
14	Enf. Oido y Vestibulares	8				1			1	2	1		1						14	2,77
15	Enf. Cardiovasculares	3				1	8		1										13	2,57
16	Enf. Columna vertebral	9			1				2			1							13	2,57
17	Enf. Neurologicas			2		1	1		1		2	1	3						11	2,18
18	AB y amenaza de AB		3		7														10	1,98
19	Embarazo					1			3					6					10	1,98
20	Enf. Ojos y anexos	2			2					5									9	1,78
21	Enf. Endocrinas	1				5	1												7	1,39
22	Enf. Neoplasicas		1			1					4	1							7	1,39
23	Enf. Quirurgicas Abd.			2	1	3			1										7	1,39
24	Tuberculosis					1		4				1							6	1,19
25	Hemorroides																6		6	1,19
26	Eritrocitosis	1					4												5	0,99
27	Enf. Renales	4									1								5	0,99
28	Psicologicas		1								2		2						5	0,99
29	Enf. Maxilofacial y denta	1				1													2	0,40
30	Enf.Urologicas (HBP)	1			2					1									4	0,79
31	Señilidad y desnutrición					1						3							4	0,79
	TOTALES	191	52	45	42	28	19	37	23	17	15	11	6	6	7	3	3	505		
	PORCENTAJE	37,8	10,3	8,9	8,3	5,5	3,8	7,3	4,6	3,4	3,0	2,2	1,2	1,2	1,4	0,6	0,6			100,00

Fuente: Elaboracion propia 2002

CONCLUSIONS

7. DISCUSIONES

Según los datos de esta investigación es innegable que los factores socioculturales influyen de hecho en la actitud de rechazo total frente al tratamiento biomédico en muchos de los pacientes que acuden a la clínica San Martín de Porres.

Buscar sus causas verdaderas todavía merece una investigación aún más detallada y profunda de todos los factores que en ello influyen. Un enfoque que necesariamente deberá sobrepasar el ámbito biomédico para incluir la participación permanentemente de otras disciplinas, para llegar a comprender por qué y en qué médicos y pacientes tienen diferentes enfoques de la enfermedad y si al fin se puede lograr una visión integral que nos permita abordar y atender de forma más efectiva y eficiente los males que aquejan a nuestra sociedad.

Otra discusión planteada en la elaboración de la presente investigación, son el tipo de relaciones que se han establecido entre los pacientes y el personal de las instituciones de salud, es decir que dado que en realidad los valores, compromisos y principios del discurso social de la moderna ciencia médica tienen poco que ver con la forma en que en la práctica operan nuestras instituciones de salud; nos muestra que además de un problema de falta de recursos científicos (conocimientos modernos) materiales (presupuestos, infraestructura, insumos, etc.) o humanos (humanos) nos enfrentamos a un serio desconocimiento de nuestro propio medio socio cultural. No importa cuantos recursos se inviertan en programas de salud pública para conocer nuestra propia realidad, pareciera que siempre que avanzamos apenas, estamos sobre un terreno desconocido.

Como médico alteño que está muy lejos de hacer una alta ciencia médica o antropológica, me limito a mostrar aquellos casos frente a los cuales mi formación académica simplemente se ha visto reducida apenas a un esfuerzo aislado y estéril,⁵¹ por que más allá de los conocimientos biomédicos de las enfermedades, hay otros factores más decisivos en la salud colectiva de las sociedades.

⁵¹ Ahora, al recordarme como un recién salido de facultad de medicina en su año de provincia en una remota región del Beni, recién me doy cuenta de la verdadera dimensión de los problemas que allí tuve que enfrentar y que tienen que ver con los que ahora me refiero.

8. CONCLUSIONES

Aunque hay casos de rechazo parcial que al final terminan aceptando los tratamientos médicos, hemos decido enfocar los casos donde se presentaron actitudes de **rechazo total**, considerándose a este como la oposición total de parte de los pacientes a las terapias biomédicas. Se tratara de explicar algunos factores que influyen al paciente para tomar esta decisión, de rechazar la terapia biomédica, pero existe otros factores que están vinculados con la problemática estructural del país, cuya resolución no esta al alcance nuestro. Pero muchos de estos factores, en sus aspectos más críticos y/o relevantes para la salud pública, pueden llegarse a identificar, analizar y hasta posiblemente enfrentar si son asumidas las medidas y políticas institucionales más adecuadas. Sin embargo, eso será posible sólo desarrollando una perspectiva muchísimo más amplia sobre los procesos de salud-enfermedad que recoja los aportes de otras disciplinas no directamente vinculadas a las tareas medicas pero comprometidas con las problemáticas sociales y culturales.

Conocer estos factores sin duda contribuirá a mejorar nuestra interrelación con los pacientes y su contexto socio-cultural, superar mutuos prejuicios y, sobre todo, para procurar un uso más óptimo y racional de los escasos recursos humanos y materiales disponibles. Si logramos al menos que los profesionales de salud estén dispuestos a comprender mejor los problemas y motivos de sus pacientes, será ya de por si un importante cambio de actitud. Un cambio que a corto plazo pede repercutir en un sustancial incremento de la calidad y eficiencia de la atención médica; aun con los mismos limitados recursos disponibles. No podemos esperar que los contextos económicos y culturales de la sociedad se ajusten a las necesidades de nuestros procedimientos profesionales, somos nosotros los que debemos ajustarnos a la sociedad y sus necesidades. Pese a todo, médicos y pacientes formamos parte de una misma realidad social, y dado que de una manera u otra nos movemos en los mismos contextos socioculturales ¿cómo se justifica el seguir ignorándolo?

Para identificar los factores que más inciden en estas actitudes de rechazo, hemos tomamos en cuenta; primeramente aquellos factores que están relacionados con el paciente (su origen social, nivel de instrucción, ocupación, genero, edad, etc.); luego los factores relacionados con las actitudes de los médicos; y finalmente presentamos algunos factores concordantes entre ambos actores.

8.1. RELACIONADOS CON EL PACIENTE:

Hemos encontrado que las actitudes más problemáticas de rechazo frente al tratamiento biomédico están relacionadas con el perfil socio-cultural de los pacientes; origen social, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, género, edad, etc. De entre ellas destacan las actitudes de rechazo derivadas de la ‘incomprensión’ médico-paciente. Por ello pusimos especial atención en las probables consecuencias de las barreras lingüísticas, de las divergencias, prácticas y preferencias culturales. Pero no son menos importantes otros factores derivados de la problemática económica y social; desempleo, marginalidad, inestabilidad familiar, etc.

8.1.1. El Monolingüismo nativo.-

- Cuando un paciente monolingüe nativo trata de explicar su enfermedad a través de un traductor, muchas veces lo que el médico llega a entender es la interpretación personal del propio traductor (el problema del ‘filtro lingüístico’). Igual sucede con la explicación que el médico hace de su enfermedad, su diagnóstico, su tratamiento y sus indicaciones, estas llegan al paciente a través del traductor que muchas veces mal entiende o lo explica de manera equivocada. Naturalmente este factor de traducción no solo implica serios, sino también el paciente pase por malas experiencias que a futuro lo condicionan a rechazar a las terapias biomédicas (Cuadro No 28)
- Un pariente o cualquier otra persona bilingüe que ocasionalmente este presente en el momento de la consulta, no puede fungir de traductor. Se requiere por lo menos de una persona con una mínima formación biomédica (como la que tienen auxiliares de enfermería y enfermeras), pero además con suficientes conocimientos del contexto sociocultural de los pacientes que incluya la etnomedicina, lengua y sobre todo de las problemáticas socioeconómicas específicas de población atendida.
- La ausencia de una adecuada política de traducción médica y de un personal médico calificado en este campo limita la eficiencia y la capacidad de la cobertura de todo el sistema de salud público o privado.
- En tanto que el paciente provenga más de áreas rurales y sea de mayor edad, será más probable que sea monolingüe nativo y por lo tanto el rechazo al tratamiento biomédico puede ser mucho mayor. Es probable que un paciente anciano que vive en el campo no cuente con los recursos económicos suficientes como para financiar la compra de los

medicamentos necesarios para su terapia biomédica. El costo de estos insumos se convierte en otro factor que contribuye para que el paciente rechace la terapia biomédica.

8.1.2. Socio-económicos.-

- La posición y/o capacidad económica de los paciente, depende de su ocupación, (ver cuadro No 19) En el caso de los cuentapropistas urbanos, al menos ellos confían de poder disponer dinero para comprar sus medicamentos, y lo mismo ocurre con los que son agricultores (con o sin tierra propia) ya que en su mayoría pueden esperar contar con ingresos aunque sean intermitentes u ocasionales; sobre todo en los periodos de cosecha cuando confiar poder vender sus productos. De todos modos sus ingresos dependen de las variaciones de los precios en los mercados y las condiciones favorables para la agricultura, por tanto, nada garantiza que vaya ha contar con dinero suficiente en caso de una emergencia de salud. Lo mismo ocurre con los asalariados urbanos eventuales, como los albañiles que no tienen la seguridad de conseguir un trabajo por más de un par de meses continuos. Como este tipo de trabajadores no sabe cuanto tiempo pasara hasta su nuevo empleo, su condición socioeconómica y más propensa a abandonar y rechazar los tratamientos biomédicos largos y costosos. Si un pequeño comerciante dispone de ingresos regulares y aunque en montos variables, puede confiar en cubrir estos costos por si mismo.
- Pero si su enfermedad le impide trabajar, o los costos inmediatos son muy altos, estará en los mismos problemas que los trabajadores eventuales. Es decir no solo los son los costos económicos, sino también los tratamientos biomédicos que requieren de hospitalización prolongada, son los que empujan a los pacientes (y/o a sus familiares), que por la enfermedad no pueden cumplir con sus obligaciones laborales, a abandonar y rechazar la biomedicina. Las tareas domesticas son otras obligaciones que no se puede descuidar sin amenazar la seguridad de todo el grupo familiar. Sobre todo en el caso de las madres de familias pobres que son las encargadas de los cuidados personales, de organizar la vida cotidiana, el presupuesto y hasta de conseguir el sustento familiar. El solo hecho de tener que asistir a los cuidados de un pariente hospitalizado ya representa una seria amenaza para la salud familiar, y realmente trágico cuando ella misma es la enferma.

8.1.3. Limitaciones o falencias de la biomedicina.-

Normalmente, el médico luego de la evaluación clínica (examen físico) suele pedir varios y costosos exámenes complementarios (pruebas de laboratorio, ecografías, endoscopias) para confirmar su diagnóstico, pero muchas veces no suelen ser suficientes para establecer un cuadro clínico preciso, por lo que tiene que insistir en realizar otros nuevos exámenes que representan aun más gastos para el paciente. Y es allí donde llegan a surgir varios de los inconvenientes a los que nos referimos.

- Para que un paciente (y sus familiares) acceda a someterse, cooperar y sufragar estos nuevos exámenes, antes debe estar plenamente convencido de la imperiosa necesidad de estas pruebas, pero sobre todo de lo que verdaderamente cabe esperarse de ellas; es decir que comprendan que son solamente eso –pruebas–, y no medidas definitivas para su curación. Y es precisamente en eso en lo que estamos fallando. Cómo podemos esperar que un sencillo agricultor analfabeto que apenas domina el castellano comprenda nuestros argumentos, si muchas veces ni siquiera a nuestros pacientes urbanos –con mayor dominio del castellano y mejores niveles de instrucción e ingresos– nos preocupa ofrecerles información detallada. Por tanto se debe evitar los exámenes complejos y costosos (como la laparotomía exploratoria diagnóstica) si estos que no están plenamente justificados.
- Para muchos pacientes que en el pasado se han sometido a intervenciones quirúrgicas poco exitosas o que han derivado en otras sucesivas complicaciones –como el de una peritonitis generalizada que algunos años después se traduce en un síndrome adherencial– tienen en base a estas malas experiencias motivos por demás justificados para desconfiar y/o rechazar las sugerencias hasta del profesional más autorizado y competente. Por su puesto no se trata de responsabilizar a los médicos de todas las limitaciones de la propia biomedicina, sino de estar dispuestos a admitir y, en su caso, reconocer estas limitaciones ante nuestros pacientes en lugar de tratar de encubrirlos. Si bien en un determinado caso, estos estudios puede aportar valiosa información médica o experiencias para una carrera profesional, no es justo ni ético hacerlo a costa de los sufrimientos y privaciones de los pacientes y sus familias

8.1.4. Interferencia cultural.-

- Entre las patologías de los pacientes que muestran más actitudes de rechazo total al tratamiento, notamos una incidencia mayor de enfermedades bilio-hepáticas. La mayoría de los pacientes coinciden con la perspectiva biomédica acerca de la ubicación y las manifestaciones de estos cuadros (enfermedades del hígado y la vesícula) pero pueden discrepar radicalmente acerca de sus causas. Para el tipo de paciente que nos preocupa, estas enfermedades se atribuyen más a causas sociales y culturales. Por ejemplo, están convencidos de que los dolores biliares los provoca ‘el renegar’ –refiriéndose a contextos familiares y laborales conflictivos–, o incluso al siniestro ataque de un ‘Kharisiri’ o brujería –referido contextos sociales y culturales más amplios de conflicto–, pero no consideran que se deba a sus pocos saludables hábitos alimenticios; dietas con consumo excesivo de grasas animales, carbohidratos (harinas refinadas) y condimentos (ají).

En el contexto biomédico local no existen suficientes estudios acerca de la incidencia que tiene este tipo de dieta sobre las enfermedades hepato-biliares. Pero dado que estas enfermedades son muy frecuentes en esta parte del país y que los hábitos alimenticios están estrechamente vinculados a valoraciones socioculturales de su población, es importante tomar en cuenta como estas percepciones culturales influyen las actitudes que la gente asume hacia estas enfermedades. Ni siquiera la mejor campaña de educación alimentaría a cargo de los mejores nutricionistas del mundo van a bastar para que la población cambie estos hábitos. Es más, hasta que punto podemos estar seguros de que nuestras propias valoraciones de alimentación son mejores como para juzgar siquiera que las otras sean malas. Por lo tanto a la hora de afrontar estas cuestiones debemos tener el tino suficiente como para no estrellarnos belicosamente contra estos valores, sin antes siquiera conocerlos a fondo.

- No necesitamos creer en la brujería u otros fenómenos para normales para entender que de tras de todo ello hay cuestiones sociales que objetivamente tienen sentido y por tanto nos atañen; ya que de un modo u otro influyen van a influir en nuestro desempeño. Tampoco el paciente no necesita creer en la magia para desconfiar de los médicos. Al fin nadie se somete a una cirugía por placer, sino porque no ha encontrado otra alternativa menos extrema.

- Es notable la actitud de rechazo de los pacientes andinos, hacia las prácticas biomédicas sobre todo invasivas, como por ejemplo cuando se plantea una cirugía (laparotomía exploratoria, etc.) Los pacientes creen firmemente que cualquier cirugía afectara su posterior capacidad de trabajo ‘ya no servirán para el trabajo’, porque durante una operación siempre se pierde sangre o se extrae algún órgano; una pérdida que el cuerpo de ninguna manera puede reponer. Un una persona que ha sido operada no se considera plenamente completa y reinserción laboral es a condición de un menor rendimiento. Según estos criterios, una cirugía plantea más riesgos y desventajas que beneficios y quizás este aspecto es concordante con la noción de “Cuerpo Social” de Gerardo Fernández (1999); el que las sociedades andinas consideran el cuerpo humano como una unidad cerrada, dura, resistente y ajena a toda intromisión foránea.
- Otra dimensión de esta interferencia cultural, esta referida a los factores mágico-religiosos, por que sus concepciones, no siempre encajan con el discurso biomédico, sin embargo algunas de ellas pueden corresponder a patologías complejas de difícil diagnóstico y tratamiento tanto para la biomedicina como para la misma terapia tradicional. En este contexto es el mismo paciente cuando se apresta a ir a un servicio de salud, es con la firme intención de comprobar que la patología (mágico-religiosa) que va consultar, no será resuelta de manera efectiva por la biomedicina, debido a que los contextos sociales y culturales de esta enfermedad (mágico religiosa) son ampliamente difundidos en toda la población alteña, y su concepción acerca de sus causas, son opuestas al discurso biomédico. Lo que obligara con mayor razón al paciente a presidir de los servicios de salud biomédicos, para preferir a otras terapéuticas (trayectorias del paciente para solucionar su problema de salud). El caso de la ‘brujería’ es un particular ejemplo que demuestra esta aseveración.
- Para la biomedicina es importante el balance nutritivo de una buena alimentación (por su contenido de calorías, proteínas lípidos, etc.) y para ciertas enfermedades una estricta dieta hipó sódica (sin sal y poca sal en las comidas) suele ser imprescindible. Pero que en contexto cultural de nuestros pacientes, una dieta hipo sódica suele ser más resistida y muy pocas veces llegan a ser cumplidas. Dado que es el propio paciente el que al final decide qué y como ha de comer, las indicaciones más taxativas y autoritarias no siempre

son muy convincentes. En vez de imponer estas dietas a los pacientes, se les debe explicar clara y detalladamente por qué es importante seguirlas y cumplirlas: que entiendan que con estas dietas no se les está imponiendo un castigo. Pero muchas veces por su contexto social y laboral (como el de un chofer que siempre come en puestos callejeros) estas dietas están fuera del alcance de los pacientes, o perturban sus vidas cotidianas más que la enfermedad.

8.2. RELACIONADOS CON EL MEDICO:

Las prácticas de salud, promovidas por el sistema biomédico hegemónico no logran asumir un rol central en los procesos de salud enfermedad en la ciudad de El Alto.

Por lo que provocan más bien una actitud de rechazo en el paciente que acude a la clínica, por lo tanto este modelo de salud, según criterio del paciente solo logra un rol complementario, al saber andino-aymara (**una alternativa más**)⁵² presentamos las siguientes conclusiones relacionados con el médico:

8.2.1. Insistir en la utilización de la jerga medica

- Un factor influyente identificado para el rechazo del tratamiento medico, es que algunos médicos insisten en la utilización de la jerga médica (lenguaje técnico del médico) en el momento de atender a un paciente aymara. Por ejemplo, que se gana con insistir a los pacientes que en vez de decir que sufren un ‘resfrió a los riñones’ deben de decir que sufren de ‘cistitis’. Dado que más allá de cual sea su denominación correcta, los padecimientos para los pacientes son los mismos. Por eso, no deberíamos preocuparnos tanto en corregir el ‘vocabulario’ de nuestros pacientes⁵³, sino en hacerles comprender lo más claramente posible el propósito de cada acción terapéutica que sugiramos. Se trata finalmente de que el paciente acepte colaborar en su tratamiento, no de criticarlo,

⁵² La biomedicina en opinión del paciente de origen rural aymara, solo suele ser una alternativa a la diversa gama del entorno de la medicina tradicional.

⁵³ Es verdaderamente sorprendente que en la forma en que muchísimas veces insistimos en usar nuestras propias ‘categorías’ medicas, en el fondo nos diferenciamos bien poco de los curanderos, magos y otros ‘ritualistas’ tradicionales; en el sentido del ‘poder’ que le atribuyen a las ‘palabras’ o las formas y contextos de usarlas. Por encima del ‘valor’ que podamos dar a los significados de estas categorías (como verdades científicas) y de los estrictos y precisos preceptos que rigen y autorizan su utilización, poseen además un ‘poder’ sobre el que (aunque no concientemente) se apoya la autoridad y las prerrogativas de nuestro gremio. Todos los saberes y conocimientos humanos se traducen en palabras; y en todas las sociedades y culturas los conocimientos más poderos siempre han sido los referidos a la vida y la muerte; y en todas ellas siempre ha sido patrimonio de exclusivo circulo de especialistas (magos, sacerdotes, médicos).

acosarlo o intimidarlo. *‘Si señor, se trata de un resfrió a los riñones y podemos curarlo de esta forma, pero necesitamos que usted nos ayude de esta forma...’*

8.2.2. Actitud y comportamiento del medico:

- Puede ocurrir que exista un rechazo total al tratamiento si el médico pone más énfasis en los aspectos negativos del tratamiento que los positivos. Por ejemplo cuando se indica un ayuno prolongado a un paciente que va a ser operado diciéndole *‘No tienes que tomar nada, ni agua’* sin darle más detalles sobre su enfermedad, es natural que se sienta amedrentado frente a tal extrema propuesta. Pero si se le explicara con más detenimiento y serenidad las razones para ese ayuno, evitando usar términos técnicos complicados y atemorizantes, su actitud sería bien distinta. *‘Te vamos a cortar el intestino y luego lo vamos a remendar con hilos especiales. Pero si comes ese rato, todo puede salirse por esas heridas y te va causar mayor daño. Una vez que te operemos, todavía tenemos que esperar que las heridas cicatricen bien dentro de tus intestinos, por eso no vas a poder comer pronto por la boca. Pero no te vamos a dejar morir de hambre, te vamos a alimentar a través de sueros vitaminados para que no te debilites y puedas recuperarte lo mas rápido posible’.*
- Si el medico de entrada muestra actitudes beligerantes o de reproche hacia el paciente diciéndole por ejemplo; *‘Por qué recién has venido’*, o cuando critica sus opiniones; *‘Cómo vas pensar que es Kharisiri’*, *‘Cómo vas a creer en eso’* son actitudes que sin duda influirán negativamente sobre el paciente quien tendrá otros motivos para rechazar la terapia biomédica. Sugerimos que frente a estos casos se debe asumir una actitud más tolerante y conciliadora, procurando entablar un dialogo más fraterno que nos ayude a ganarnos la confianza del paciente *‘Que bien que has venido, justo a tiempo has venido, etc.*
- Una actitud frecuente en los médicos, es la de no considerar la condición económica de sus pacientes y se manifiesta cuando este no tiene reparos al momento de exigir costosos exámenes complementarios o dar una receta innecesariamente ampulosa o costosa. Aun fueran imprescindibles, es poco probable que los pacientes de nuestro medio vayan a poder solventarlos, si no es a costa de muchos sacrificios; lo que hace más probable que sean rechazados. Estas actitudes refuerzan el prejuicio generalizado entre nuestros

pacientes acerca de la falta de sensibilidad y escrúpulos de los médicos. Dado los contextos de expoliación económica y marginación social en que viven hasta es natural que sospechen de las verdaderas intenciones de los médicos. Piensan que a propósito les dan las recetas más caras porque lo que de verdad les interesa a los médicos es conseguir la mayor ganancia posible antes que curar a los enfermos. (Un prejuicio que lejos de ser andino, es universal)

- Esto no significa que los pacientes piensen que los esfuerzos e insumos que invertimos en su curación no deben ser retribuidos. Para ellos todo trabajo tiene un ‘valor’ que merece ser justamente reconocido y por tanto están dispuestos a pagar por nuestros servicios. La cuestión está en cuánto pueden pagar y qué pueden esperar obtener los pacientes a cambio de ese pago. Dado que la mayoría de nuestros pacientes no goza de ningún tipo de seguro social de salud, son ellos mismos los que deben cubrir todos sus gastos de su curación. Por eso antes de gastar sus escasos recursos en la costosa biomedicina, quieren asegurarse de que no va a ser ‘en vano’; *‘Doctor ¿tú vas a garantizar?’*. Por ello insistimos que se debe priorizar el uso de medicamentos genéricos antes que los comerciales.

8.2. 3. Limitaciones de la Biomedicina.-

- Existen factores relacionados con las falencias y limitaciones de la misma biomedicina; como son por ejemplo las enfermedades neoplásicas, que si bien la biomedicina ha llegado a diagnosticarlas, no ha logrado desarrollar un tratamiento que asegure la plena recuperación de los pacientes que las padecen. En otros casos pueden tratarse de patologías irreversibles, como por ejemplo los cuadros relacionados con un deterioro irreversible del sistema nervioso central (tal el caso No. 9 de Néstor) frente a los cuales la biomedicina realmente esta muy limitada. Lo que resulta preocupante en estos casos no es tanto la impotencia de la medicina, sino las actitudes de resentimiento y aversión que por estas malas experiencias se apoderan del entorno familiar y social de estos pacientes. Sentimientos de rechazo que por un lado impiden un tratamiento sanitario adecuado de las posibles patologías colaterales (infecciones, ulceraciones, etc.) y por otro en actitudes totalmente contrarias de esos individuos a cualquier otra alternativa médica que se presente en el futuro.

- Debido a que en la actual formación académica se pone poco énfasis en experiencia clínica (aplicación de diversos métodos clínicos alternativos) los médicos se han hecho en exceso dependientes de las pruebas de laboratorio y de los exámenes complementarios. Aunque estos recursos de la moderna tecnología han facilitado enormemente la precisión de nuestros diagnósticos, en la mayoría de nuestros contextos laborales estas facilidades no están disponibles; y en los medios rurales son sencillamente inexistentes. Esto nos pone en una seria desventaja, más aún si consideramos que la mayoría de los problemas de salud más frecuentes y endémicos en nuestro país no requieren para su diagnóstico de sofisticados exámenes de laboratorio, sino de poner en práctica métodos básicos de diagnóstico clínico. Claro que la eficacia de estos métodos depende de su correcta aplicación e interpretación y eso solo lo garantiza la experiencia; pero la pericia, para un país como el nuestro, puede ofrecernos muchísimos más beneficios que la tecnología.
- La Negligencia Médica es un tema de actualidad en nuestro país. Muchas falencias se han hecho evidentes, sobre todo relacionadas a prácticas quirúrgicas y de anestesiología. Debido sobre todo a carencia de un adecuado marco legal que norme el ejercicio profesional. Y claro, eso no ayuda a mejorar la confianza del público.

8.3. ALGUNAS CONCORDANCIAS ENTRE EL MEDICO Y EL PACIENTE.-

Hemos encontrado concordancias entre las opiniones de la biomedicina y los pacientes. Por un lado, hay notables concordancias respecto a los factores atribuidos como causales de algunas patologías. Al respecto, hay un número significativo de enfermedades que los pacientes consideran son causadas por el ‘frío’ y que para la biomedicina están relacionadas con factores medio ambientales y climáticos. Quizás el caso más ilustrativo sea el de las parálisis faciales y de otras partes descubiertas del cuerpo que repentinamente se han visto expuestas a cambios extremos de temperatura; un cuadro que la biomedicina denomina ‘neuritis’ (inflamación de los nervios superficiales). En la zona andina, estas dolencias son muy frecuentes y ampliamente conocidas bajo la denominación popular de ‘aire’. Según nuestros informantes, el ‘aire’ lo sufre aquella gente que salido precipitadamente a la intemperie sin estar adecuadamente protegida (abrigada) contra el ‘frío’, en tales circunstancias cualquier persona puede ser presa

fácil de un ‘mal aire’. Aunque, según sea la gravedad de la dolencia, el mal traído por el ‘aire’⁵⁴ puede ser atribuido a una ‘fuerza’ o entidad maléfica (de allí que las curaciones tradicionales se acompañen siempre con actos rituales), médicos y pacientes coinciden en que un incidental acontecimiento ‘natural’ ha sido el factor desencadenante del mal. También concuerdan en señalar al frío (los cambios climáticos estacionales) como el principal factor causal de las enfermedades respiratorias agudas. (Ver cuadro 26)

Por otro lado, hay otras concordancias con respecto a las preferencias y simpatías que muestran nuestros pacientes por ciertos procedimientos biomédicos; notamos en ellos una gran predilección por las inyecciones, sueros y otras formas de medicación parenteral. Esto nos sugiere muchísimas otras posibles iniciativas potencialmente estratégicas para promocionar, optimizar y popularizar el resto de nuestras prácticas médicas, y sobre todo para aumentar la confianza de la población en las instituciones de salud.

Entre las prácticas biomédicas que gozan de gran aceptación entre los pacientes, están las que se conocen comúnmente como ‘suero lavajes’ –conducta biomédica que produce analgesia en los cólicos Biliares–, ‘sueros de alimentación’ –administración endovenosa de soluciones de complejos vitamínicos–. Más allá de los efectos analgésicos de una terapia sintomática, muchos de nuestros pacientes encuentran que estos sueros le devuelven la vitalidad y vigor a su organismo. En lugar de mostrar una actitud de rechazo, se muestran favorablemente predispuestos hacia estos procedimientos biomédicos. Esta predisposición puede ser aprovechada para facilitar la administración de fármacos que en bajo otras formas convencionales de medicación no tienen entre los pacientes el mismo grado de aceptación; como por ejemplo los medicamentos administrados por vía oral o rectal.

Esto tiene mucho que ver con las formas de presentación, dosificación y suministro de los medicamentos. Por alguna razón, nuestros pacientes consideran que los medicamentos que reciben a través de inyecciones son más efectivos o ‘fuertes’ que los comprimidos, pastillas o tabletas. Quizás estas razones respondan a consideraciones de tipo cultural que deberían ser estudiadas con más detenimiento. Pero de forma preliminar quisiera adelantar algunas observaciones referidas principalmente a significado de los colores. En todas las culturas los colores tienen un significado y un uso particular. Por ejemplo; para los chinos el

⁵⁴ Aire, viento o frío, son sinónimos de *wayra* en aymara.

blanco es un color nefasto y el rojo señala pureza y prosperidad, al contrario del mundo occidental donde el blanco es relaciona con la pureza y al rojo (sangre) con peligrosas fuerzas maléficas. Pero refiriéndonos a nuestro medio, en la tradición andina el color negro tiene un poderoso significado simbólico. Animales, prendas o cualquier otro objeto de color negro se consideran que tienen un tipo específico de poder y la presencia de algún elemento que sea negro resulta casi imprescindible en cualquier ceremonia u ofrenda ritual y de toda practica curativa. Claro que no todos los colores o combinaciones de colores poseen el mismo valor simbólico que tienen el negro o el rojo (el wayruru, la combinación de colores más poderosa en los Andes).

Ahora bien, ¿A que se quiere apuntar con todo esto? Básicamente a dos cosas; Primero, ya existe una codificación convencional para clasificar bajo diferentes colores los diversos tipos de medicamentos; por tanto esta codificación se ha tenido que hacer bajo una escala, regla o sistema de valoración simbólica de los colores. Segundo, este sistema de clasificación de los colores ¿concuerta con la jerarquía simbólica de la clasificación andina de los colores? Es muy posible que detrás de las simpatías o antipatías que las diferentes formas de presentación de los medicamentos despiertan en nuestros pacientes, se deba a estas consideraciones culturales que asignan valores y significados simbólicos distintos a los colores, formas, consistencias, etc., de las cosas.

9. RECOMENDACIONES.-

Cabe señalar que en este trabajo hemos adoptando los puntos de vista otras disciplinas como la sociología y antropología. Esto porque creemos que es imprescindible abrimos a las críticas, aportes y experiencias de otras perspectivas acerca de la realidad de nuestra sociedad. Solo el debate y la cooperación interdisciplinaria pueden prepararnos para enfrentar de mejor forma las diversas problemáticas socioculturales que afectan a la salud pública. Debido a la dimensión de los problemas de salubridad que enfrenta nuestro país, no es suficiente encarar la salud como solo una cuestión biomédica, la realidad exige que la salud sea enfocada desde una perspectiva muchísimo más amplia e integral. Una perspectiva que no solo tome en cuenta las opiniones y necesidades de los pacientes, sino que las incorpore dentro un más eficiente sistema de salud.

Para eso primero se debe mejorar las actuales relaciones entre médicos y pacientes. Hacer que estas relaciones se desarrollen en un ambiente de mutua confianza y

respeto, es la condición inicial para lograr que los pacientes acepten fácilmente los tratamientos médicos planteados. El éxito de las terapias médicas, mucho depende del grado de cooperación de los pacientes. Es más, es imprescindible para el desarrollo exitoso de muchos programas y políticas de salud enfocadas en la prevención y atención de diversas enfermedades. Esto pasa también por lograr una convivencia armónica de la biomedicina con las prácticas medicinales tradicionales. Antes de marginar y descalificar estas prácticas, se los debería integrar en un mutuo esfuerzo por el bien de la salud de nuestra sociedad.

En esta investigación hemos sido muy críticos respecto a un enfoque excesivamente biologicista de la práctica médica. Debido fundamentalmente a que alienta el surgimiento de varias actitudes negativas entre el personal médico, fomenta sentimientos exclusivistas y discriminatorios del que se benefician sólo ciertos círculos privilegiados. Recomendamos al personal de salud que en el momento de la consulta médica, el evitar en lo posible el uso de la terminología médica.

Debido a que los médicos, no hablan el idioma nativo, se ven obligados a la utilización del acompañante del paciente y/o eventualmente algún personal de la clínica, para que haga de traductor(a), pero hemos indicado que esta práctica no es la ideal. Muchas veces esta persona no cuenta con los conocimientos biomédicos ni del contexto terapéutico tradicional para cumplir un eficiente papel de traductor. Sería recomendable que en sistema institucional biomédico se diseñe una política seria de traducción médica, que tome en cuenta aspectos no solo de idioma, si no también de concepciones e interpretaciones de la terapia biomédica y tradicional. Este hecho sin duda hará que el flujo de la información en el dialogo medico-paciente sea desarrollada sin mediación de interferencias (filtro lingüístico) y los mensajes que se viertan en ambos actores sean correctamente comprendidos, lo que permitirá vislumbrar un acertado diagnóstico y tratamiento.

En tal virtud, el primer paso será el garantizar que exista esta persona, con cierto dominio del idioma aymará, que tenga conocimientos y/o experiencias de terapias biomédicas y tradicionales, haga la difícil tarea de traducirnos el dialogo intercultural medico-paciente. Una vez garantizada a esta persona en el plazo más breve, surja la recomendación, de que esta persona tenga la oportunidad de capacitarse tanto a nivel de pre y post-grado, sintetizado en un curso específico de traducción biomédica, previamente diseñada por instituciones de formación competentes. Disponible este personal se diseñaran los aspectos del perfil del cargo dentro las

instituciones hospitalarias en las cuales este personal calificado desempeñara sus funciones. Creemos que esta implementación ayudará a que por lo menos se disminuya la actitud de rechazo del paciente hacia las terapias biomédicas.

Frente a algunas concepciones opuestas referentes a la salud entre los del paciente y los biomédicos que influyen en la determinación de rechazo al tratamiento biomédico, nos hace necesario recomendar: La inclusión en el pensum universitario de una materia específica, como la Antropología Médica, que tenga como objetivo el estudio y análisis de aquellos aspectos socio culturales que influyen en las actitudes de rechazo. Esta debe ser considerada una propuesta coherente y realista para la formación de los profesionales en el área de la salud, que les ayudara a adquirir un visión social más amplia de las enfermedades que sufre nuestra población, no solo de la ciudad de El Alto, si no también en las áreas rurales.

Esta investigación recomienda, el introducir como requisito imprescindible, la incorporación de un enfoque intercultural, relacionado con su desarrollo, sus competencias y habilidades (el idioma aymara, quechua, tupí guaraní, etc.) además del conocimiento de las etnopatologías y las etnoterapias, como cualidades que el profesional en salud debiera tener en cuenta antes de ejercer la profesión, en estas áreas andinas, como un valor fundamental en la relación médico paciente.

Con la recomendación de adquirir estas aptitudes, el profesional del área de la salud, tendrá habilidad y competencia intercultural, que puede resultar enriquecedora y gratificante, y que el reconocimiento por parte del cuerpo colegiado, de esta práctica curativa tradicional presente en la mente de los pacientes que acuden a nuestro servicio, pueden abrirnos una senda muy constructiva capaz de ayudarnos a superar los estereotipos, los prejuicios, las falsas imágenes y contrarrestar de alguna forma el enfoque biomédico, que provoca una actitud de rechazo por parte de nuestros pacientes .

En las políticas públicas de salud, debiera tomarse en cuenta estos aspectos que fueron analizados en esta investigación, antes de ejecutarse cualquier programa de salud dirigido a esta parte de la población del país, debe imprescindiblemente realizarse análisis profundos sobre las actitudes de de rechazo los beneficiarios(as) y también de aceptación hacia el programa biomédico que se quiera implementar, mediante previos perfiles sociológicos y antropológicos de la población beneficiaria. Lo anterior nos demuestra que estos aspectos, no habían sido de exclusividad de la biomedicina, y que para la ejecución de los proyectos de salud

será necesario conformar equipos multidisciplinarios (incluidos antropólogos y sociólogos, y también lingüistas).

Es recomendable por lo tanto, que el personal biomédico, sin la obligación de dominar el idioma aymara, deberá valorar las prácticas de terapias tradicionales andinas, y al mismo tiempo también incorporar a esos conocimientos. Sobre todo deben conocer las palabras en aymara comúnmente usadas en una consulta médica, como complementarios a su actividad profesional, además de procurar que siempre haya una persona disponible que haga la tarea de traducirnos durante la entrevista con el enfermo.

Se recomienda estimular en el médico, el desarrollo de una amplia tolerancia a la comprensión de los sentimientos y expresiones de los pacientes que acuden a nuestra clínica, a partir de los referentes culturales, espirituales, rituales, religiosos de la enfermedad, del cuerpo, que tienen nuestra identidad cultural andina, será pues un aspecto trascendental que los médicos del sistema nacional de salud tendrán que tomar en cuenta.

Para ello el profesional del área de la salud y en especial el médico de la clínica, deberá tomar en cuenta estas otras recomendaciones:

- Identificarse con las vivencias del paciente, ya que si este llega a la consulta sucio, con mal olor, no es por que desconozca la limpieza, si no quizás sea por que en su precaria vivienda no dispone de conexión domiciliaria de agua potable, y mucho menos cuenta con ducha.
- El medico debe tratar de reintegrarlo al paciente supuestamente enfermo, a las actividades cotidianas, de interacción familiar, su fuente de trabajo y su comunidad.
- Tratar de ganar la acreditación de la comunidad, respetando sus prácticas tradicionales, y no ser un simple observador de todos los sucesos del proceso salud-enfermedad.
- El evitar en el dialogo medico-paciente, los términos biomédicos sofisticados, que mas al contrario incrementan la desconfianza, el rechazo al tratamiento que queremos indicarle; sino mas bien buscar un lenguaje accesible, sencillo y popular, que a la vez no distorsione la información esencial a ser comunicada, otorgando una explicación clara concreta, sin contradecirles de las terapias previas realizadas por el paciente, siendo mas tolerantes, todo esto con el tiempo suficiente. .
- Procurar disponer de alguna persona, mejor si es del entorno del personal de salud, que conozca el idioma aymara, para capacitarse en el conocimiento de las diferentes

enfermedades y tratamientos del ámbito biomédico, con capacidad de adecuarse a las etnopatologías y etnoterapias aymaras, con el objeto de que cuando ejerza el papel traductor, en un diálogo intercultural médico-paciente, lo haga sin distorsiones, de acuerdo a las necesidades del paciente y del médico.

- Recomendación a largo plazo, el de diseñar un curso de “Traducción Médica” a nivel de Post-grado (diplomado) o a nivel técnico inicialmente, como una forma de incentivo curricular (aplicado a nivel pre-grado en profesionales del área de la salud, como el internado rotatorio, y a nivel de postgrado mediante un curso de diplomado.) disponiendo de este recurso humano, se pensara en crear un cargo específico dentro el sistema de salud, en principio en consulta externa de los hospitales de referencia de áreas rurales.
- Evitar la prescripción de recetas demasiado ampulosas, solo deberá priorizarse los medicamentos absolutamente necesarios, no insistiendo en la compra de todos los medicamentos prescritos en la receta. Así mismo siempre que sea posible se debe recetar medicamentos genéricos antes que los medicamentos comerciales que son muy costosos.
- Evitar la solicitud exagerada de los exámenes complementarios, solo priorizar los absolutamente necesarios, con la intención de precautelar la economía del paciente.

Ante esta situación, me permito recomendar el planteamiento de una propuesta con un enfoque de convivencia y respeto intercultural, ya que en distintos contextos se pregona la afirmación cultural de los pueblos indígenas, y la posibilidad de mantener la cultura como recurso propio; paralelo a esta retórica se refuerza un diseño de forma de vida con un gran culto a la ciencia y tecnología. Ahora podemos decir que ha llegado la hora de restituir una utopía, una necesidad de construir un sueño colectivo, sobre nuestra identidad cultural andina, que nos lleva a reflexionar sobre como debería ser, lo que sin duda es una alternativa, para construir de “Algo nuestro y propio”.

Los otros servicios de salud públicos y privados, dentro de su capacidad resolutive, sean fortalecidas con todos los aspectos analizados en esta investigación, para procurar la disminución de los casos de la actitud de rechazo al tratamiento médico planteado en sus servicios, para identificarse con mayor fuerza con su comunidad.

Para nosotros no debe ser una utopía, el soñar con servicios que brinden atención biomédica y tratamientos tradicionales de diversa naturaleza en un mismo ambiente, si logramos

disminuir progresivamente la actitud de rechazar la terapia biomédica por parte del paciente, mediante esta investigación que pretende ser uno de los pasos iniciales, hacia un enfoque intercultural, para que ambas prácticas se complementen, y que la biomedicina gocen también de aceptación así o igual que las terapias tradicionales.

10. CRONOGRAMA-

ACTIVIDAD	2002	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de una nueva historia clínica modificada, en la recolección de datos sociales y etnográficos. • Tabulación de los datos obtenidos. • Confección de la población de estudio e identificación de los casos clave, para estudio de caso. • Estudios de casos • Análisis de los datos obtenidos • Análisis de los datos y estudios de caso. • Elaboración del documento e informe final. • Revisión de redacción y ortografía • Otros detalles 	Octubre, Noviembre Diciembre	Febrero- Abril Junio Diciembre	Enero-Julio Septiembre Octubre Diciembre	Enero-Junio Noviembre Diciembre 2006

Fuente: Elaboración propia

11. PRESUPUESTO.-

MATERIAL	COSTO POR UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
Formulario nueva Historia clínica, con impresión.	1 Bs.	1008	1000 Bs.
Elaboración del manual-guía de datos etnográficos.	1 Bs.	1000	1000 Bs.
Material:			
Hojas papel boon tamaño oficio con impresión.	5 Bs.	20	100 Bs.
5 Cuadernos de 100 hojas, con espiral	10 Bs.	5	50 Bs.
1 grabadora portátil SONY	400 Bs.	1	400 Bs.
12 casetes de 60 minutos de duración SONY	5 Bs.	12	50 Bs.
Transporte	10 Bs.	20	200 Bs.
Otros gastos			200 Bs.
TOTAL			2.900 Bs.

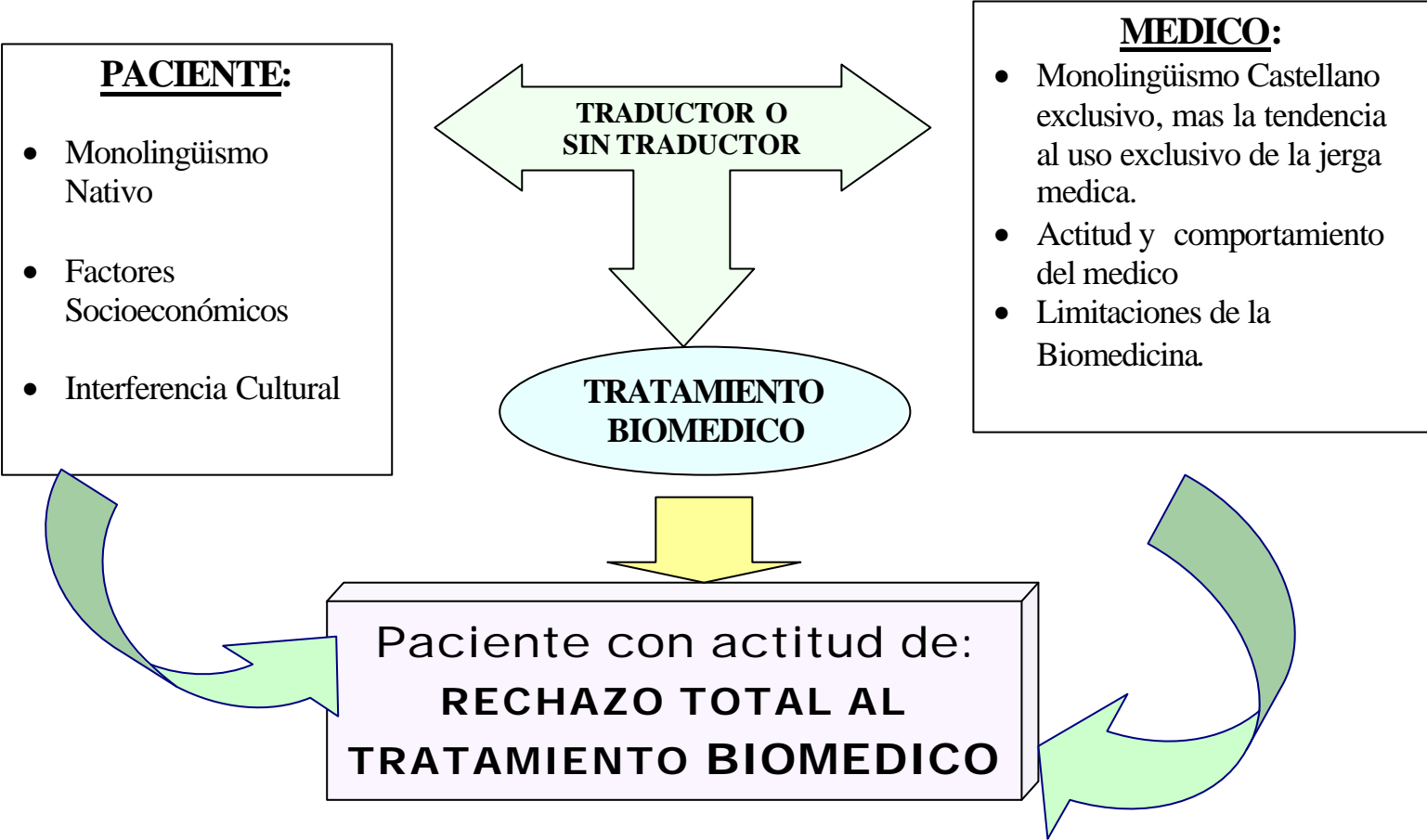
12. BIBLIOGRAFÍA

- Alba J, Tarifa L, “Los Jampiris de Ragaypamapa., 2da. Edición. Cochabamba-Bolivia: Edit. Colorgaf; 1993.
- Ansión J. Pistachos de Verdugos a Saca ojos, 2da. Edición, Lima-Perú: Editorial Tarea; 1989.
- Barragán C, Escobari J, Medinaceli L. Almas Anchanchus y alaridos en la noche, Compendio Etnicidad, económica y simbolismo de los andes, 1ra Edición. La paz-Bolivia: Edit. Hisbol/ IFE/SBH-ASUR; 1993.
- Bastien, J. Etnofisiología andina (Evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etnofarmacologica para conceptos andinos sobre el cuerpo) Cochabamba- Bolivia: 1985.
- Bourdieu P, Wacquant L, Respuestas por una Antropología, México D. F: Edit. Grijalbo; 1995.
- Castellón I. Abril es tiempo de Kharisiris. 1ra. Edición. Cochabamba-Bolivia : Edit. Serrano; 1997.
- Centro regional de ayuda técnica, la comunicación y el control, CODEES 1ra. Edición México/Buenos Aires: La organización, 1997.
- Clínica San Martín de Porres. Manual de funciones del personal de la Institución, aplicación del programa en el sistema de atención primaria de salud. Ciudad de El Alto: La institución, 2001.
- Clínica San Martín de Porres. Estatuto interno. Ciudad de El Alto: La institución, 2001.
- Congreso Nacional de comunicación y salud, Comunicación y Salud en el área rural Intercultural. Com. La paz-Bolivia: Congreso; 2002.
- Denisse A, Jiménez D, Yapita J. Hacia un orden andino de las cosas. 1ra. Edición La paz-Bolivia Edit. Hisbol/ Ilca; 1992.
- Denise Y, Arnold, Yapita J, Tito M. Vocabulario Aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer. 1era. Edición Edit. La paz-Bolivia: ILCA; 1999.
- De La Quintana H. Introducción a la estadística descriptiva. 1era Edición. La Paz-Bolivia: Publicidad Grafica editores; 1995.
- Eco U. Como se hace una Tesis. 7ma.edición Edit. Gedisa: Barcelona-España: La organización, 1995.

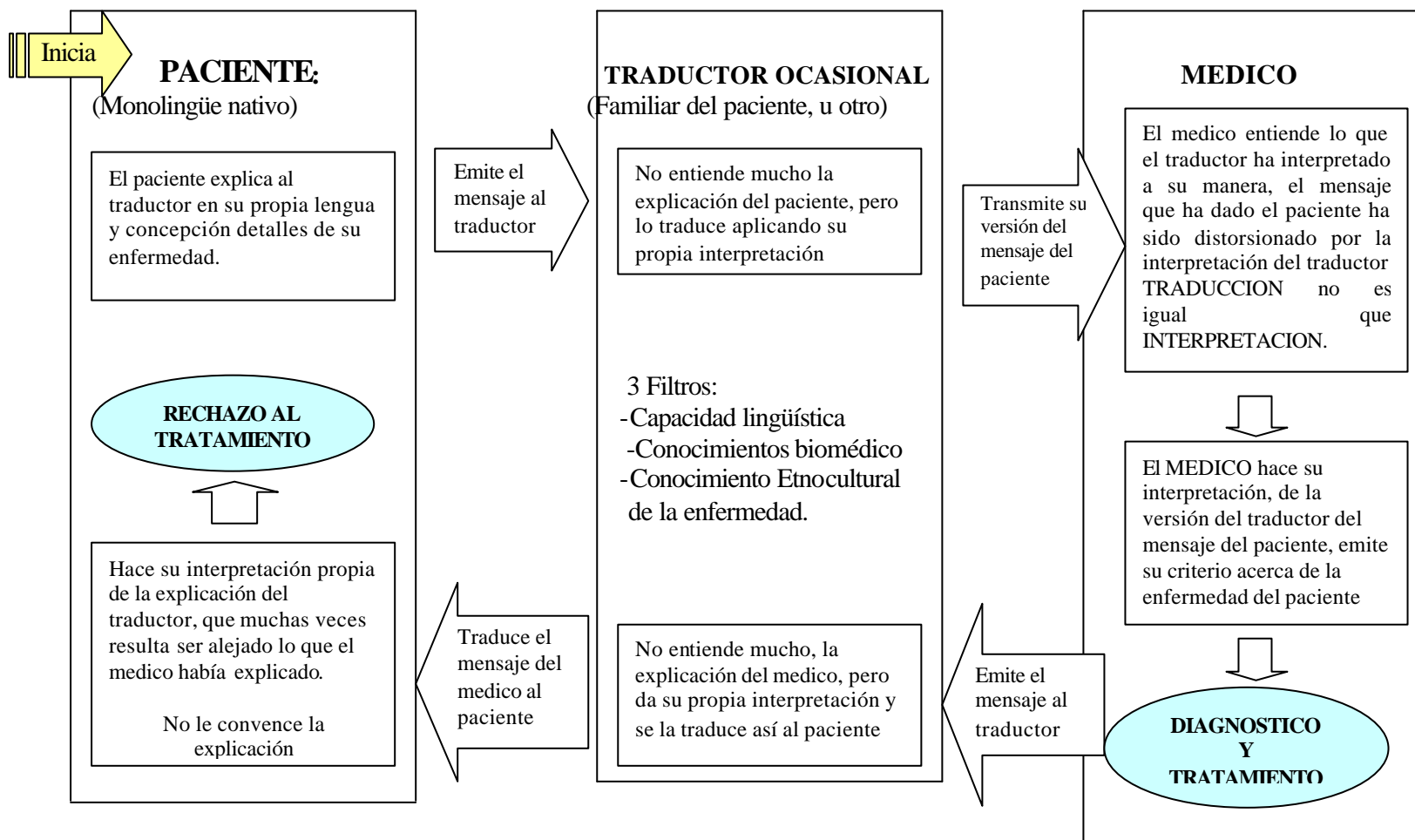
- Fernández G, Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el altiplano aymara. 1ra. Edición. La Paz-Bolivia: Edit. E. G. CIPCA y ESA OPS/OMS; 1999.
- Foucault M, El Nacimiento de la Clínica. 17va. edición Madrid-España: Siglo Veintiuno editores; 1997.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P, Metodología de la investigación. 2da Edición México: Edit. Mc. Graw Hill; 1998.
- Ministerio de Salud, UDSEA. SNIS del distrito de salud 5 y 6. Ciudad de El Alto: 2002.
- Pardinas F, Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. 13va. Edición. México D. F: Siglo Veintiuno editores; 1975.
- Pineda B, Alvarado L, Canales F. Metodología de la investigación. 2da. Edición. Washington D.C. USA: Edit. Paltex; 1994.
- Portocarrero G. Maisch I, Irigoyen S. Saca ojos crisis Social y fantasmas coloniales. 1era. Edición. Lima-Perú: Edit. Tarea; 1991.
- Pereyra J, Bonilla J, Benavides J. La Comunicación en el contexto del desarrollo Signo y pensamiento. 1ra Edición. Santiago de Chile; 1998.
- Proyecto Concern Internacional USAID, PROCOSI, SNS, Interpretación de Enfermedades aymaras y quechuas y sus equivalencias en la nosología médica, La paz: La organización, 1997
- Rodríguez F, Barios I, Fuentes M. Introducción a la metodología de las investigaciones sociales, 1ra Edición. La Habana Cuba: Editora Política; 1996.
- Rojas R, Guía para realizar investigaciones Sociales. 33va edición. México D. F: Plaza y Valdez Editores; 1999.
- Rojas R, Crisis Salud-Enfermedad y práctica médica. 2da. Edición. México D. F.: Plaza y Valdez Editores; 1997.
- Rosing I, Introducción al Mundo Callawaya. 1ra Edición. Cochabamba-La paz: Edit. Los Amigos del Libro; 1990.
- Spedding A. (s.f.) El Kharisiri, Manuscrito. La paz 1998.
- Spedding A. El individuo vinculado Acción, culpabilidad y responsabilidad individual en Los Andes. En: UMSA-Carrera de Filosofía. Kollasuyo revista de la carrera de Filosofía. 1era Edición. La paz: Edit. UMSA; Dic 2002. Pág. 122-134.

- Spedding A. Sueños, kharisiris y curanderos. 1era Edición. La paz-Bolivia: Editorial Mamahuaco; Julio 2005.
- Stoner J. Freman E, Gilbert D, Administración. 6ta. Edición. México D. F.: Edit. Prentice Hall; 1996.
- UMSA Facultad de medicina, Texto de Semiología Médica. 1ra. Edición La paz: Edit. Hoy; 1986
- Vargas E. Mamani P, compilador. Sit'uwa 2001 Purificación y vida armónica en la Pacha contemporánea. 1ra Edición. Cochabamba-Bolivia.: Ediciones CITA, 2001.
- Varo J. Gestión Estratégica en los servicios de salud, 1ra. Edición. Edit. Barcelona- España: Díaz de Santos S.A. editores; 1999.
- Yapu M; Dense Y, Spedding A, Pereira R, Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas 1era Edición La paz-Bolivia: Serie Metodológica U. PIEB; 2006.

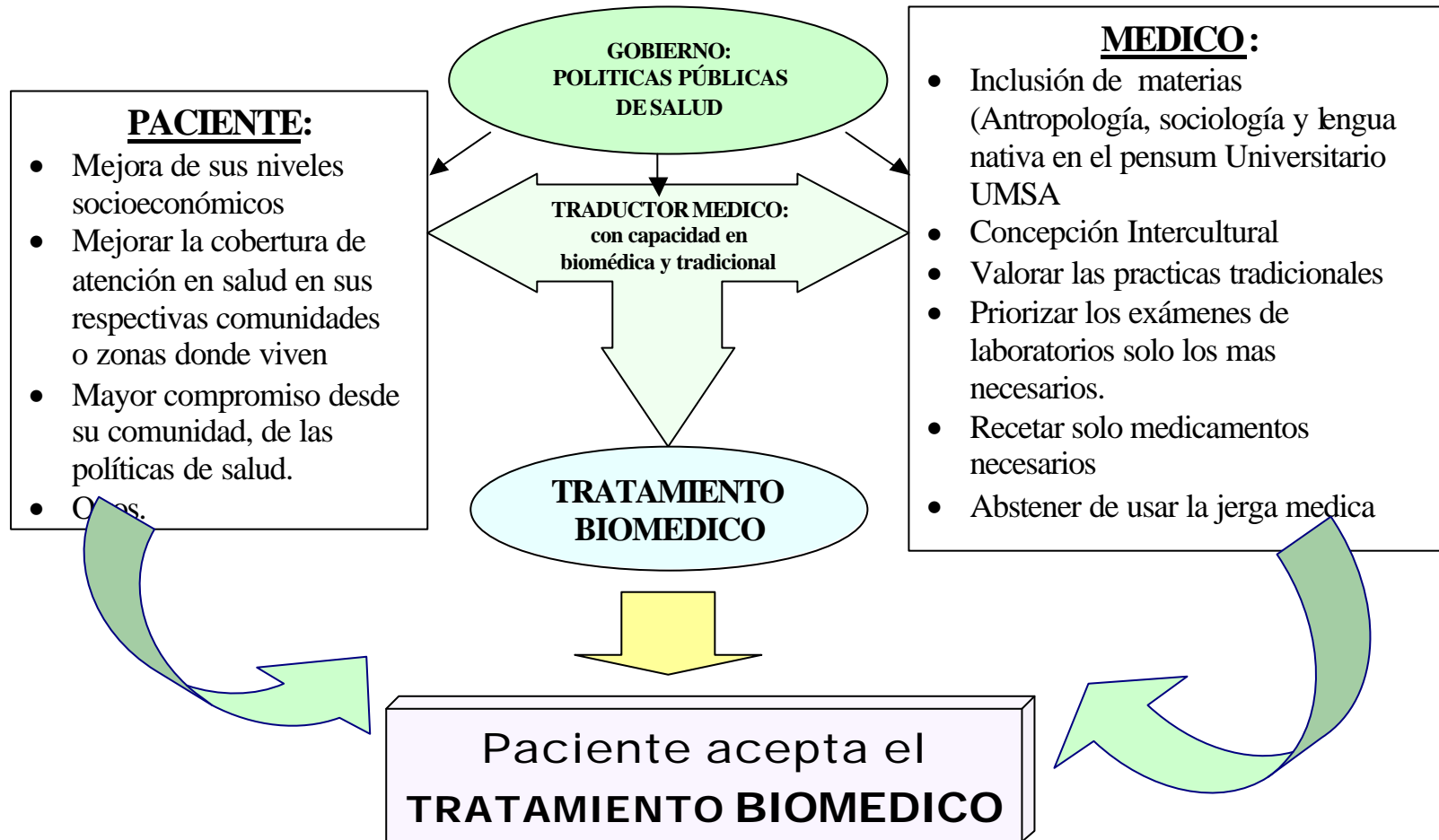
CUADRO No. 27 FACTORES QUE INFLUYEN AL RECHAZO TOTAL DEL TRATAMIENTO BIOMEDICO.



CUADRO No. 28 DIAGRAMA DE LOS FACTORES QUE INDUCEN AL RECHAZO TOTAL DE PARTE DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO BIOMEDICO: PACIENTE MONOLINGUE NATIVO.



CUADRO No. 29 NUEVA PROPUESTA CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA LA ACEPTACION DEL TRATAMIENTO BIOMEDICO



ANEXOS

13.- ANEXOS

ANEXO No. 1: ESTUDIOS DE CASOS.-

A continuación presentamos 10 estudios de caso, que ilustran, ejemplifican ciertos factores, que condicionan al rechazo parcial, y eventualmente superadas (En los casos 1 y 3) y otros en el que se ejemplifica el rechazo total (en los casos 4, y 6)

Se decidió presentar en el siguiente formato:

- Datos generales
- Datos del contexto social
- Datos clínicos biomédicos
- Trayectorias, estrategias, diagnósticos y tratamientos etnoculturales antes de acudir a la clínica.
- Diagnósticos Etnocultural y biomédicos
- Tratamiento Etnocultural y biomédico.
- Análisis del caso

En algunos casos, se tomo en cuenta aspectos que se encontraban fuera de los límites de este formato, pero que creímos pertinente incluirlos en este estudio, también se incluyo en cada estudio de caso un breve análisis del caso, en el que se incluye nuestra opinión y comentarios del caso.

Fuentes de verificación.- Los estudios de casos presentados en esta tesis, tienen su verificación en:

- Libros de consulta externa de la Clínica San Martín de Porres de la gestión 2002
- Los expedientes clínicos de la Clínica San Martín de Porres de la gestión 2002
- Base de datos de los 505 casos, en EXEL, de esta tesis
- Libreta de apuntes

A continuación presento los diez estudios de caso:

CASO No. 1 Esperanza⁵⁵.-

a) Datos Generales.- Esperanza, de 22 años de edad, soltera, natural de La paz, Domiciliada en la ciudad de El Alto, en la zona Alto Lima, 1ra Sección.

b) Datos del contexto social.- Esperanza, hija menor de entre dos hermanos. Sus padres, procedentes y residentes en Catavi, provincia Los Andes del departamento de La paz. Desde hace más de diez años se encuentran separados, según cuenta Esperanza por causa de otra mujer. Nuestra

⁵⁵ Este nombre y todos los demás que figuran en los estudios de caso son seudónimos, con el propósito de proteger la identidad real de los verdaderos pacientes sujetos a la presente investigación.

paciente vive actualmente en la casa de su madre, cuya actividad económica es la del comercio informal (vendedora de verduras) esperanza acaba de terminar sus estudios en la normal superior de Warisata, y se predispone a trabajar en el área rural, al igual que su madre ella también habla aymara y profesan la religión católica aunque hace mucho tiempo no acudieron a misa.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Esperanza acude a nuestra clínica en fecha 26 de Octubre del 2002, a horas 15:30 p.m. por presentar dolor abdominal agudo de gran intensidad, de dos días de evolución de tipo cólico, que en principio era difuso, y luego se localizo a nivel de la fosa Iliaca derecha, a esto se añade estado nauseoso sin vómito, motivos suficientes para que se decida su interacción en nuestra clínica. Se solicita exámenes de laboratorio y ecografía, que prácticamente confirman el diagnostico de: QUISTE DE OVARIO DERECHO TORCIDO

Horas más tarde, previa autorización de los familiares, y por lo delicado del asunto, se realiza intervención quirúrgica de emergencia, permaneciendo internada, 4 días más en la clínica, recibiendo medicación pertinente para el caso. Siendo dada de alta en fecha 30 de junio a horas 11:30 a.m. en condiciones mejoradas.

d) Trayectorias, estrategias, causas, diagnostico y tratamiento Etnocultural

Un domingo de feria en el mercado de su barrio, Esperanza ayudaba a su madre en la venta verduras, eran las ultimas horas de la tarde y se disponían a recoger la mercadería que había sobrado, Esperanza carga sobre sus espaldas el bulto más pesado, es en ese momento que siente un intenso dolor abdominal (bajo vientre), Ella pensó que se tratara de un dolor menstrual rutinario que estaba previsto por esos días, comenta a su mamá, quien ya en casa le da un mate de coca para calmar el dolor, mas tarde el dolor persiste, la madre de Esperanza quien empieza a preocuparse aun más, y acude a una farmacia cercana, explicándole a la farmacéutica más o menos las dolencias que presentaba su hija; *'Doctorita, tiene alguna pastilla para dolor de la matriz para mi hija'*.

La farmacéutica sin recibir otra explicación le entrega algunas pastillas a la desesperada madre, (Sertal compuesto) quien después le da a su hija quien horas más tarde siente un ligero alivio del dolor, con lo que pudo al menos conciliar un poco el sueño esa noche. Al día siguiente el dolor vuelve a presentarse esta vez con mayor intensidad, Esperanza vuelve a tomar las mismas pastillas de la noche anterior, pero esta vez ni así calma el dolor. Esperan una hora mas pero el dolor no sede, Esperanza presenta vomitos, su madre sin pensarlo más decide llevarla al naturista (por experiencias anteriores con otros familiares), que conocía por la zona Ballivián. Se trataba de un anciano de

reconocido trabajo, ya que según ella le habría curado de bilis a su hermana mayor, mediante “lavaje de bilis”⁵⁶.

La madre pensaba tener éxito, por que se tratara de una enfermedad muy parecida ‘*debe ser bilis, es que es muy renegona esta chica*’⁵⁷ El naturista le prescribe una mezcla de yerbas para preparálos en mates, el dolor calma muy poco, lo suficiente como para poder conciliar el sueño. A horas 6 de la mañana del día siguiente, el dolor vuelve a presentarse, esta vez como mucha mayor intensidad, que hace que flexione y no pueda salir de cama. Ante esta situación la madre llama a su ex esposo, para que se decida si la llevaran al hospital ‘*Avisare a su padre para saber si puedo llevar al hospital*’.⁵⁸ El padre llega a la casa de la ex esposa, luego de una ardua discusión con su ex –esposa, recriminándole el por que de la tardanza de llevar al médico a su hija, pero ya calmados los ánimos, por acuerdo mutuo es que se decide llevarla a la clínica en horas de la tarde.

Una vez en la clínica, hecho ya el examen medico, y los estudios pertinentes, se informa a la familia el diagnostico, se trataba de un Quiste de Ovario derecho torcido, que requeriría una cirugía de emergencia, La Madre de Esperanza en principio mueve la cabeza en forma negativa, como diciendo: ‘*No, operación no*’ ‘*Esta débil no creo que resista*’, ‘*no hay otro tratamiento, lavaje, inyección siquiera, además la operación debe ser caro*’. Por su parte el padre de Esperanza, escucha con atención nuestra explicación, y mas bien trata de convencer a su ex esposa diciéndole ‘*Debe ser grave no mas, hemorragia puede darle, ya no puede tener hijos, no podemos perjudicarla*’, ante una situación delicada como esta, la familia de Esperanza se reúne para decidir el futuro de la paciente, transcurrieron mas de dos horas, llegaron otros familiares, ancianos, y otros de diferentes edades; más de ocho personas, quienes murmuraban, discutían, mientras uno decía ‘*Si ya has ido al naturista, no la hecho nada le haremos operar no mas*’ mientras otro decía ‘*Cuidado que no sea para el doctor, puede ser para llamar el animo no más*’. Hasta que a horas 15:00 p.m. los familiares aceptan que se realice la cirugía, y uno de los familiares se nos acerca y nos dice ‘*Usted vas a*

⁵⁶ Termino que suele ser usado en la consulta externa por parte del paciente, cuando el facultativo se limite cumplir este tipo de tratamiento asociado a la medicina popular, tan fuertemente arraigada en nuestro medio, que también es practicada por algunos médicos generales,. Que con afanes mercantilistas logran convencer a sus pacientes a seguir esta terapéutica, que por cierto en nuestro estudio se incluye lo que se llama Etnoterapia andina.

⁵⁷ Síndrome Cultural, insertado entre las enfermedades asociadas a problemas sociales, según la clasificación de enfermedades de la cultura aymara.

⁵⁸ Según el Biocomportamientos aymara la mujer o cualquier miembro de la familia, cuando tienen un caso de salud requieren la participación de los otros miembros de la familia para tomar una decisión de dejar en manos de la biomedicina o elegir la terapias andinas, patente en este caso puesto que el padre ya separado mucho tiempo de esta familia, es importante también su opinión que la de la decisión unilateral de la madre.

garantizar’, refiriéndose al cirujano. Luego de una prolongada discusión se finalmente aceptan la cirugía, la que duro aproximadamente 1 hora y 45 minutos.

Luego de la cirugía, algunos de los familiares desconfiados, cuestionaron al cirujano si la herida era grande, si a perdido demasiada sangre o si bien le han extraído algún órgano. Así con esas dudas, transcurre el post-operatorio sin sobresaltos, y la paciente es dada de alta luego de 4 días de internación en condiciones mejoradas. A pesar de la evolución favorable de la cirugía, los familiares no ocultaron su desconfianza, ya que según nuestros informantes, posterior al alta médica, los familiares estaban decididos a complementar su tratamiento con terapias tradicionales y caseras.

e) Diagnostico biomédico y Etnodiagnostico.-

Diagnostico biomédico:

- Quiste de ovario derecho torcido

Etnodiagnostico:

- Mal de la matriz,
- Enfermedad de bilis.

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento Biomédico:

- Operación (Laparotomía, Quistectomía)

Etnoterapia:

- Mate de coca.
- Lavaje de Bilis,
- Terapia tradicional (Llamar el ánimo).

ANALISIS DEL Caso No. 1.- En el caso Esperanza, podemos tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Como en la mayoría de los casos, Esperanza por consejo de su mama acude primero a la medicina tradicional, ya que considero en principio que la enfermedad que presentaba su hija era “bilis”, lo que demuestra las prácticas tradicionales para recuperar la salud en esta población continúa siendo de primera elección.
- Por otro lado debemos destacar como seguramente ocurre en otros casos, que algunas prácticas médicas gozan de gran aceptación de entre los pacientes que acuden a nuestra clínica, como lo son los Famosos “Sueros Lavajes de Bilis”. Quizás en el criterio del paciente andino por la forma de administración del medicamento (suero + antiespasmódicos que ingresan por vía

endovenosa), este actúa de manera mas directa, entendiéndose como más eficaz.

- Otro aspecto que debo mencionar en este caso, es la manera de aceptar una responsabilidad, pero no de forma individual sino colectiva familiar; es el caso de la madre de Esperanza, quien decide comunicar al padre antes de tomar una decisión, y por otro lado la forma de reaccionar frente al planteamiento del tratamiento quirúrgico. En principio se evidencia una actitud de rechazo al tratamiento planteado, sobre todo si este es invasivo (operación), pero notamos que al recibir una explicación detallada, sencilla sin usar términos demasiado técnicos, y sobre todo tomar en cuenta no solamente al paciente como un objeto patológico que requiere corrección, si no también a la familia, que en ese momento se encontraban en crisis, y al solucionar el problema de un miembro de la familia (la enferma) también, lograríamos el equilibrio de aquella familia en crisis.

Caso No. 2 Nicanor

a) Datos Generales.- Nicanor, joven de 20 años de edad, soltero el menor de 5 hermanos, natural de Huarina, Prov. Los Andes. Domiciliado actualmente en aquella localidad, su familiar de referencia es su cuñado, quien nos da referencia detallada de este caso, domiciliado en la zona de Pampahasi.

b) Datos del contexto social.- Nicanor el ultimo de los hermanos, vivió desde su nacimiento en aquella localidad (Huarina), toda su actividad esta dedicada a la agricultura, pastoreo de ganado y pesca, siempre ayudando a sus padres, nunca antes vino a la ciudad. Una de sus hermanas mayores casadas vive en Pampahasi y la otra en la ciudad de El Alto, las dos se dedican al comercio. De los dos hermanos restantes, uno se encuentra en Argentina trabajando en costura y el otro trabaja como comerciante de ropa usada en la feria 16 de julio de la ciudad de El Alto. Los progenitores de Nicanor, Santusa de 77 años, que apenas se sustenta sola y desde antes se dedicaba a las actividades del campo, muy rara vez venían la ciudad, el padre de Nicanor falleció hace 5 años aproximadamente; según relatan sus familiares murió de Bilis (*le reventó la Bilis*) Los médicos le decían que debía operarse oportunamente, pero sus hijos se opusieron a esa situación. Nicanor, como buen católico asiste a misa del pueblo todos los domingos, forma parte de una congregación católica, conoce la Biblia, aunque su cerrado aymara no lo permita, solo pudo cursar hasta el 1er. intermedio.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Basados en la narración del cuñado de Nicanor, podríamos indicar, que sus antecedentes patológicos

comenzaron hace 7 años, cuando supuestamente fue víctima de la caída de un rayo en la cabeza que le provocó pérdida de conciencia y una serie de crisis convulsivas, que hasta el momento de la consulta se habrían producido en tres oportunidades. Desde entonces Nicanor fue susceptible a varias enfermedades, no se alimentaba adecuadamente, y su trabajo era muy duro, su rendimiento escolar fue deficitario, por lo tanto abandonó la escuela. Su enfermedad actual comienza hace tres meses, manifestándose con dolor abdominal, de tipo opresivo, localizado a un principio en epigastrio, luego localiza en flanco derecho, con irradiación dorso lumbar derecho, a este cuadro se agrega estado nauseoso, palidez generalizada, anorexia, astenia, pérdida marcada de peso. Luego de dos semanas aparece ictericia escleral, (coloración amarillenta de las escleras) de epistaxis, que en los últimos días aparecían frecuentemente, lo que alarmó a la madre, quien primeramente acude a la medicina tradicional (Yatiris, curanderos, naturistas etc.) pero sin mejoría aparente, después de ello acude a nuestro servicio en fecha 12 de Octubre del 2002.

Previo al examen médico presentaba palidez generalizada, relieves óseos prominentes, examen cardiológico y pulmonar normales, en el abdomen se percibe un dolor a nivel subcostal derecho, percusión hepática (+) resto del examen sin patología aparente. Se solicitan exámenes complementarios en los que se evidencia un cierto grado de anemia, valores ligeramente elevados de la función hepática, que indican una probable patología de la glándula hepática, se solicita ecografía abdominal en la que muestra una imagen tumoral sospechosa en el hígado. Para precisar nuestro diagnóstico solicitamos una TAC⁵⁹ de abdomen, cuyo estudio confirma nuestros diagnósticos de:

- ABSCESO SUBFREÑICO DERECHO
- QUISTE HIDATÍDICO EN EL HIGADO

Con los diagnósticos establecidos se decide su internación, por un tiempo aproximado de 5 a 6 días, en principio se plantea cirugía terapéutica y de diagnóstico, para definir el diagnóstico concreto y decidir la conducta terapéutica a tomar.

Los familiares, hicieron todo el esfuerzo económico para llegar al diagnóstico, pero al plantearles la cirugía, la reacción de los familiares fue negativa, no aceptaron la conducta quirúrgica planteada, por considerarla muy riesgosa, costosa, etc. Ante tal decisión se decide instaurar tratamiento medicamentoso, en base a Metronidazol, Cefotaxima, Ranitidina y vitamina K. La evolución ha sido satisfactoria, sin necesidad de la cirugía. Un hecho que hay que destacar es los familiares

⁵⁹ TAC Tomografía Axial Computarizada (Scanografía)

cumplieron con los medicamentos requeridos, se complemento su recuperación con ADN⁶⁰. Es externado el 19 de Octubre Junio del 2002 en condiciones mejoradas. Después de dos meses de control el paciente se encuentra completamente recuperado, que hasta donde sabemos realiza de nuevo sus actividades cotidianas sin limitaciones.

d) Trayectorias, estrategias, diagnostico y tratamiento Etnocultural

Nicanor, según la narración de su cuñado nunca había enfermado antes, pero a los 13 años de edad según cuenta el, le había caído un rayo en la cabeza, a partir de ese hecho quedo como 'Sonso'⁶¹, ya no pudo continuar el colegio, y se quedo rezagado en sexto de primaria, de tal manera que su respuesta al aprendizaje fue demasiado lenta, es más ya no quiso continuar estudiando y prefirió dedicarse al trabajo ayudando a su madre 'El chico desde esa vez se hizo muy enfermizo' y se decían que su precaria salud era causada por 'debilidad anemia'⁶² Se enfermaba cada vez de tos, fiebre, dolor de barriga, etc., se curaba él solo con yerbas y medicinas caseras, muy rara vez acudía al centro de salud de Huarina, solo los domingos cuando había feria, pero el médico nunca estaba los domingos, y por tal situación preferían acudir a los, curanderos, yatiris ya conocidos de la región. Cuando comenzó su enfermedad hace tres meses, presento un dolor abdominal de tipo opresivo, su madre pensó que se trataba de bilis, y para ello utilizo las medicinas caseras, mates de Khana-paco, Coca, jugo de limón y aceite de oliva; que tenia guardado.

Después de tres días de tratamiento, Nicanor no siente mejoría con el tratamiento, la madre decide consultar a sus vecinos y a uno que otro curandero. No falto que una de estas personas consultadas que digan "No Será Kharisiri"⁶³ y sin dudarlo más llevan a Nicanor a un yatiri famoso por curar esta enfermedad. El tratamiento, no duro mas de tres días, consistió en un conjunto mates (no se conoce su composición) que suelen venderse en la calle Santa Cruz de La Paz y en la Ceja de la ciudad de El Alto. Por cierto, el paciente no debe saber la razón del por que del tratamiento que instauro el yatiri "Tratamiento Anti-kharisiri" puesto que de lo contrario el tratamiento seria un fracaso. En mi afán de mayor curiosidad por saber más de este tratamiento, pregunto ¿de qué esta

⁶⁰ ADN Alimento dietético nutricional.

⁶¹ Termino comúnmente usado para aquellas personas que por alguna razón, no pudieron continuar el colegio, muy humildes, sin respuesta ante alguna situación, como una especie de retraso mental.

⁶² Síndrome cultural, relacionado a perdida de fuerzas sobre todo al trabajo, disminución de las ganas de trabajar, clínicamente relacionado a las anemias, en cuya explicación ayмара, la debilidad denota una trascendental importancia en la vida de las personas, puesto que le otorga la vida misma.

⁶³ Sin duda la sintomatología y la evolución es similar a la del mal del "Kharisiri" por ello, quizás la sospecha de los familiares de Nicolás.

compuesto el remedio *Anti-Kharisiri*”?, El cuñado de Nicanor, me mira con desconfianza, y sorpresa, se queda callado, y solo atina a decirme, *‘Esas cosas solo nosotros no mas sabemos’*. Este detalle se podría explicarse, por que las terapias propias de los pacientes están inmersas en un propio entorno cultural, por lo tanto las ingerencias ajenas *‘Terapias biomédicas’* en el procedimiento terapéutico tradicional del paciente, sería fatal para la recuperación del paciente.

En fin los familiares de Nicanor, aceptaron el tratamiento *‘Anti-kharisiri’* haciendo caso del consejo de la madre *‘Será pues por el bien de nuestro hermano’*. Tal como les había explicado el yatiri esperaron un tiempo prudente de 6 días, es entonces que uno de los familiares (la hermana mayor) al ver que la estado de su hermano empeoraba aun mas, decía desesperada; *‘Esta empeorando, debe ser no mas para el doctor’*, ante esta situación, luego de una reunión familiar acuerdan en trasladar al paciente a nuestra institución, en la fecha indicada anteriormente.

Ya internado en nuestro servicio, con los diagnósticos ya definidos, la familia de Nicanor aun mostraban actitudes de desconfianza y temor frente a todos los procedimientos que se le estaba realizando (Actitud de rechazo parcial a las conductas biomédicas). Nuestros diagnósticos preliminares no satisfacían sus expectativas, peor aún cuando solicitábamos más exámenes de laboratorio como TAC, Ecografía y otros. Finalmente cuando se plantea la cirugía (Laparotomía diagnóstica y terapéutica) la familia ya con desconfianza, nos cuestionan: *“¿Es necesario siempre? ¿Costara mucho? ¿No le hará más daño estando muy débil?”*.

Los familiares, que a un principio habían aceptado todos los tratamientos y exámenes previos sin resistencia alguna, esta vez rechazan de plano la cirugía. Pero si en lugar de la cirugía, se les ofrecía otra alternativa, los familiares en tal caso, se comprometían a seguir al pie de la letra todas las indicaciones y tratamientos médicos; *‘Vamos a cumplir y comprar todo lo necesario, pero operación No’*. Ante esta situación se decidió seguir solamente un tratamiento agresivo de tipo farmacológico durante los seis días que también duro su internación. Así como los familiares decidieron traerlo al hospital después de una reunión⁶⁴, los familiares presentes al ver cierta mejoría decidieron solicitar el alta de Nicolás.

⁶⁴ En la sociedad aymara, el asumir medidas delicadas que (como en el presente caso) comprometen no solo la salud del propio enfermo sino la seguridad misma del entorno familiar, es una decisión colectiva y no individual. En estos casos, son los miembros de grupo familiar del enfermo los que en consenso deben decidir la acción más oportuna. La responsabilidad de estas decisiones no recae exclusivamente sobre los parientes más cercanos (cónyuges, padres o hijos), involucra también a las parentelas (suegros, cuñados, tíos, compadres, etc.) y la propia unidad social a la que pertenece el paciente; sobre todo cuando se trata de miembros de comunidades campesinas o congregaciones religiosas más cerradas.

Después del alta, hasta lo que conocemos, la familia de Nicanor no dejó de recurrir a terapias tradicionales andinas (como 'llamar el Anino, Ajayu') para asegurar su completa recuperación. Porque según ellos consideraban que las afecciones que exitosamente habían sido curadas por los médicos, podían ser las manifestaciones más extremas y evidentes de una enfermedad de causas muchísimo más complejas y misteriosas, Y mientras estas causas (ligada a un determinado síndrome cultural) no sean enfrentadas adecuadamente, el mal seguirá representando un amenaza latente para el paciente y su entorno familiar y social.

Este caso demuestra que las consideraciones culturales o las prácticas medicinales tradicionales andinas no tienen por qué ser necesariamente contradictorias, excluyentes o contraproducentes a la ciencia medica moderna. Al contrario, demuestra que perfectamente los saberes científicos y tradicionales pueden ser mutuamente complementados bajo un enfoque más amplio, integral y provechoso de la enfermedad.

e) Diagnostico biomédico:

- ABSCESO SUBFRENICO DERECHO AMEBIANO
- QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO

f) Etnodiagnostico.-

- ATAQUE DE BILIS
- MAL DE KHARISIRI
- DEBILIDAD
- SECUELAS DEL RAYO

g) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento biomédico:

- Hospitalización.
- Terapia antiamebiana.
- Antibióticos
- Drenaje quirúrgico del absceso (Opcional)

Etnoterapia:

- Tratamiento anti-kharisiri⁶⁵

⁶⁵ En el Marco Teórico de esta investigación (Pág.34) nos hemos referido tanto a los tratamientos y remedios para el mal de kharsuta, como a los tipos de enfermedad que se consideran de competencia especifica de la biomedicina o de la

ANALISIS DEL Caso 2.- En el caso de Nicanor:

- Es muy interesante analizar que mientras para la familia la verdadera causa de su enfermedad, de su mal destino, de su deficiencia mental, etc., es atribuida a la caída de un Rayo. Pero no como la manifestación de un fenómeno natural, sino como la manifestación de una poderosa fuerza sobrenatural; cuyo significado mágico-religioso resulta mucho más crítico para el entorno familiar.

En cambio, para la biomedicina puede tratarse de la infestación de algún agente infeccioso específico (Amebas o bacterias) o del mal funcionamiento de algún órgano específico (Hígado). Es decir, se atribuyen también a fenómenos naturales, pero sin considerar que más allá de su reducido y despersonalizado entorno profesional, estas manifestaciones pueden tener otros significados sociales o culturales más amplios y decisivos.

- También nos pareció interesante cuando un integrante de la familia, basándose en los mismos síntomas que también eran evidentes para la biomedicina, llegó a afirmar que esta enfermedad podría tratarse en realidad de 'kharisiri'. La similitud de los síntomas hacían razonable apuntar en esa dirección, incluso llegaron a realizar el tratamiento anti-kharisiri. Pero como el tratamiento no fue efectivo, dedujeron (en base a esa evidencia empírica) que no se trataba de esa enfermedad. Solo después de descartar esta posibilidad, es que decidieron acudir a la biomedicina. Lo que una vez más demuestra que para tratar sus enfermedades, la población popular alteña prefiere recurrir en primera instancia a las prácticas tradicionales. Y solo después de agotar estas alternativas o cuando de algún modo la consideran más oportuna llegan a acudir a la biomedicina.
- Es evidente y razonable una mayor incidencia de rechazo total frente a conductas biomédica invasivas (drenaje quirúrgico), peor si se trata de una conducta que no va a resolver definitivamente el cuadro, o su aplicación no resulta imperiosamente necesaria cuando (como en este caso) hay otras alternativas menos costosas y dramáticas. Por lo menos aquí, los familiares tenían mucha razón.

Caso No. 3 Emiliana

a) Datos Generales.- Señal de 64 años y natural de Escoma - provincia Camacho, actualmente reside en esa localidad, casada, el esposo es natural de Kalluthaca-Provincia Ingavi del departamento de La

medicina tradicional. Pero sin embargo, solo se trata de un acercamiento muy limitado y preliminar sobre un tópico que necesita de un estudio más extenso y especializado.

Paz.

b) Datos del contexto social.- Ambos esposos, viven en el campo y su principal actividad económica es la agricultura y el pastoreo; aunque en su juventud el esposo trabajo de albañil en la ciudad de El Alto, Oruro y una que otra vez en La Paz. Ninguno de los dos asistió a la escuela, ambos son católicos, bilingües aymara-castellano; aunque el esposo, por su trabajo de albañil en zonas urbanas, entiende y habla mejor el castellano que su esposa.

El matrimonio cuenta con 6 hijos: Los cuatro primeros ya están casados. El mayor, es maestro rural y trabaja en la localidad de Tambillo. Los siguientes tres son artesanos y comerciantes minoristas y viven en la ciudad de El Alto. Los dos últimos, son aun menores de edad, ambos asisten al colegio y están bajo el cuidado de los hermanos mayores que viven en El Alto a los que ayudan en sus respectivas actividades.

c) Datos clínicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Doña Emiliana acude a consulta externa de la clínica a las 10:30 del día 9 de Octubre del 2002, allí supimos que su enfermedad había comenzado hace un año y presentando dolor abdominal de tipo cólico de moderada a gran intensidad, pirosis retroesternal, estado nauseoso, y vómitos post-prandiales de contenido gastro-bilioso. Desde hace cuatro meses había aparecido ictericia universal⁶⁶ junto a una marcada pérdida de peso debido a su intolerancia a cualquier tipo de alimentos, últimamente esos cólicos biliares ya se presentaban con mucha frecuencia y las infusiones de 'Khana-phaco' y de otras yerbas que tomaba ya no los mitigaban; en vista de que la medicación casera, sus hijos deciden acudir a nuestro servicio.

Al examen físico general, doña Emiliana se encontraba deshidratada, ictericia, con la lengua seca saburral y con un estado nauseoso persistente. Aunque conciente se la notaba un poco somnolienta, sus relieves óseos eran prominentes, inicio del estado caquético, abdomen deprimido, con dolor marcado a la palpación a nivel de epigastrio. Se pudo palpar una masa tumoral irregular poco diferenciada en epigastrio y mesogastrio de aproximadamente 5 a 4 cm. Los ruidos hidroaéreos eran los normales y en el resto del examen no se mostraba otra patología aparente.

Aunque Doña Emiliana no tenía ningún antecedente patológico o quirúrgico de importancia, decidí complementar el examen medico con un estudio ecográfico y otras pruebas preliminares de

⁶⁶ Ictericia, término médico que describe la coloración amarillenta de la piel, de los enfermos de patologías hepatobiliares. Característica esta que en consideración de la etnopatología andina comúnmente se relaciona a lo que llaman "Derrame de Bilis".

laboratorio. Los resultados me llevaron a sospechar los siguientes diagnósticos: Síndrome Ictérico obstructivo de la vía biliar extrahepática, C. A.⁶⁷ de vías Biliares, Vesícula esclero-atrónica.

El mismo día en que se sugirió su internación, la paciente fue ingresada en la clínica. En el lapso de los siguientes tres días, mientras se realizaban los exámenes complementarios, solamente recibió tratamiento sintomático. Una vez conocidos los resultados de los exámenes complementarios, el 11 de octubre de 2002 llegamos al diagnóstico médico definitivo (Cáncer en vías biliares invasivo), tuvimos que informar a la familia que la enfermedad era irreversible y que por tanto ya nada podíamos hacer al respecto.

A raíz de esto los familiares deciden solicitar de forma voluntaria su alta. Uno de ellos, considerando la gravedad del asunto dijo; *‘Con medicinas caseras y llamando su ajayu o animu, en la casa no mas le vamos a curar. Mejor la sacaremos de aquí, porque mucha plata ha de costar. Además no le han hecho nada, suero no mas le han puesto’*

d) Trayectorias, estrategias, diagnóstico y tratamiento Etnocultural

Habíamos mencionado anteriormente que Doña Emiliana recurrió en principio a medicinas caseras, luego a curanderos y naturistas, pero con pocos resultados, todo esto sucedió desde que hace un año comenzó a sentirse mal con dolores de barriga y boca amarga. Se percato que las comidas con alto contenido grasoso le hacían daño; le hacían *“hinchar la barriga.”* Frente a eso solía tomar algunos mates *‘de coca, khana-paco’* pero solo lograban un alivio temporal y nada respecto a los vómitos. Luego de unos seis meses algunos de sus hijos llegaron de la ciudad y al verla enferma, la llevaron a al centro de salud de Escoma; justo un día domingo, cuando en dicho centro no había ni un solo médico.

Allí se encontraba solo una enfermera oriunda del lugar, la que a pesar de comprender el idioma (dado los limitados recursos a su alcance) era poco lo que podía ofrecerles. Luego de escuchar a la misma paciente y sus hijos, la enfermera solo podía concluir que se trataba de *‘Bilis’*, y más con el afán de mitigar en algo el dolor de la madre y la angustia de sus familiares les propuso; *‘haremos lavaje de bilis’⁶⁸, con eso seguro que se pondrá bien’*, aunque seguramente sabía que eso no serviría

⁶⁷ C. A. es término médico usado para denominar al cáncer. Evitamos usar la palabra ‘cancer’ (no solo con pacientes de origen aymara) hasta estar completamente seguros de ello, dado que su sola mención puede llegar a provocar una profunda depresión y angustia en el paciente y sus familiares.

⁶⁸ Lavaje de Bilis, concepto de la medicina popular, ampliamente aceptado en los pacientes de origen aymara, consistente en Suero dextrosa al 5% 500 0 1000 c.c. , agregando en ella 1, 2, o 3 ampollas de Buscapina, además de complejo B en ampollas, el efecto de esta medicación es analgésica, antiespasmódica, de efecto sostenido, según dure la solución suministrada, las razones, por las cuales es aceptada por los aymaras, es que su acción es inmediata (“Cuando

de mucho. De todos modos era lo único que ella podía hacer y como los hijos tampoco tenían otro camino en ese momento, solo optaron por hacer caso a seguir esa opción. Ciertamente el dolor había desaparecido casi de inmediato y ello acrecentó la confianza de la familia en aquella enfermera de provincia.

Luego de este episodio, Doña Emiliana es trasladada hasta su domicilio rural, allí permaneció tranquila durante dos meses. Tiempo en el cual los familiares llegaron a pensar que se había curado completamente. Sin embargo, un tiempo después presentó en forma repentina Ictericia generalizada (coloración amarillenta de piel y mucosas). La paciente hizo dieta evitando comer cordero, chanco; *'solo le dábamos comida blanca'*. Pero pese a esta medida aparecieron nuevamente las náuseas vómitos que se hacían cada vez más evidentes después de las comidas. A medida que fue pasando el tiempo, la paciente ya no comía y rápidamente fue perdiendo peso y vitalidad. Al enterarse que otra vez se encontraba muy *"débil"*, sus familiares decidieron llevarla a la ciudad; esta vez a nuestra clínica.

Cuando al principio se les planteó la internación, los familiares lo aceptaron sin ninguna resistencia; *'Con tal que se cure'* Pero después, a medida que los resultados de los exámenes complementarios demostraban nuestra impotencia ante este caso y que finalmente admitimos al tercer día de su internación, la familia decide solicitar el alta de la paciente.

e) Diagnostico biomédico y Etnodiagnostico.-

Diagnostico Biomédico:

- Síndrome Ictérico obstructivo de la vía biliar extrahepática.
- C. A. de vías Biliares.(Cáncer de vías biliares) invasivo
- Vesícula esclero-atrónica.

Diagnostico Etnocultural:

- Bilis.
- Derrame de Bilis.
- Debilidad
- Cáncer

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

me han inyectado me ha calmado apenas entraba la inyección sentía la lengua seca, de eso me doy cuenta que es para la bilis", decía un paciente aymara), El efecto sostenido, y la coloración amarillenta de la solución por el complejo B, tiene efecto es aliviar y desintoxicar al hígado según criterio de los pacientes aymaras.)

Tratamiento Biomédico:

- Cirugía. (Paliativa)
- Quimioterapia
- Tratamiento sintomático y de sostén.

Tratamiento Etnocultural:

- Lavaje de Bilis
- Vitaminas para la debilidad
- Sueros de alimentación.

ANALISIS DEL Caso 3

En el caso de Emiliana, podríamos tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Persisten las prácticas médicas tradicionales, antes de acudir a consulta a la clínica.
- Como en el caso anterior, el paciente andino considera de mucho mayor importancia la “debilidad”, que marca un concepto más integral, que el decirles que se trata de la enfermedad de un órgano específico enfermo (C. A. de Vesícula)
- En principio, cuando no se sabe definitivamente el diagnóstico del paciente, al plantearles internación, la familia no pone resistencia alguna, mas al contrario ACEPTAN FALCILMENTE, la internación.
- Pero cuando después de realizar varios exámenes paraclínicos, se sabe ya el diagnóstico y se informa explícitamente la enfermedad y el pronóstico de la paciente, la respuesta de familia es diferente. Es decir no aceptan la gravedad e irreversibilidad de la enfermedad, (Cáncer de vías biliares). Demuestra que tras una explicación detallada de una determinada enfermedad, y sobre todo de la incapacidad de ofrecer garantías de recuperación a esta enfermedad, puede influir al enfermo y de sus familiares hacia una ACTITUD DE RECHAZO TOTAL. No al tratamiento en si, porque no se les planteo conducta terapéutica alguna, si no hacia la propia ciencia medica que no ha sido capaz de ofrece tratamiento alguno para este mal. En todo caso, más que un rechazo, se trataría de un desengaño frente a una institución que ya no les ofrece ninguna esperanza, ni siquiera espiritual. Una esperanza que nunca deja de estar presente en la medicina tradicional, al menos como un consuelo que ayuda a sobrellevar la perdida de un familiar.

Caso No. 4 Nilo

a) **Datos Generales.-** Joven soltero de 19 años de edad nacido en la ciudad de El Alto. Estudiante y

el quinto de ocho hermanos. Su padre natural de Poamaya (provincia Murillo, dependiente del municipio de Achocalla) cuya ocupación es agricultor y albañil; apenas curso la primaria. Su madre, falleció hace 6 años en un accidente de tránsito. Actualmente Nilo vive junto a una de sus hermanas en la zona 16 de Julio de la ciudad de El Alto.

b) Datos del contexto social.- Los cuatro hermanos mayores a Nilo están ya casados y tienen una vida más o menos independiente. Se dedican a actividades por cuenta propia (negocio de llamadas celulares, pensión, comercio de ropa usada en la 16 de Julio, y albañilería). Los otros tres hijos viven con el padre y también se dedican a actividades agrícolas. Nilo aparte de el apoyo económico que le brinda su hermana mayor, que se dedica al comercio de ropa usada en la feria 16 de Julio, se dedica a la actividad de llamadas a celulares (chalequero) y sus ganancias son administradas por su hermano mayor. Nilo es bachiller del Colegio particular Basil Miller de la zona Ballivián de esta ciudad, estaba con planes de ingresar al cuartel y de hacer una carrera corta (técnica en lo posible). Nilo asiste a una congregación religiosa evangélica llamada “Poder de Dios”⁶⁹, es bilingüe castellano-aymara, por lo tanto entiende y conversa aceptablemente con sus familiares.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Nilo, acude de emergencia a nuestro servicio en fecha 19 de Noviembre de 2002 a Hrs. 15:30 PM. Desde hace 5 días sentía un dolor abdominal de tipo cólico localizado en epigastrio, luego se difundió a todo el abdomen. A esta sintomatología se agrega náuseas y vómitos de contenido bilioso posterior a la ingesta de alimentos. Presenta intolerancia a la dieta además de alza térmica, anorexia, y malestar general. En el examen físico, se encuentra al paciente febril, sudoroso, quejumbroso, muy álgido, subicterico. En abdomen existía un marcado dolor abdominal difuso, con predominio en epigastrio, los ruidos hidroaéreos eran normales, resto del examen no arrojan otros datos de importancia.

Se decide internación y después de conocer los resultados de los exámenes complementarios, se concluye como diagnóstico: Colecistitis Aguda, Litiasis Vesicular, ya definido el diagnóstico, se plantea cirugía de emergencia a los familiares, ya que el cuadro es agudo, y no debía perderse más tiempo. En principio como es natural en los casos que hemos analizado, se ha encontrado una resistencia y oposición al tratamiento biomédico, pero horas después de tanta discusión entre los

⁶⁹ “Poder de Dios” Congregación religiosa de tinte evangélico protestante, que en los últimos tres años a tenido un crecimiento vertiginoso, en la actualidad se podría decir, que es la congregación mas numerosa en el alto. Su característica típica es que sus reuniones bíblicas son amenizan con bandas de música.

familiares deciden aceptar la cirugía, condicionado que ingrese un familiar al acto quirúrgico, al cual accedimos a ello para evitar cualquier susceptibilidad y desconfianza.

Terminada la cirugía se muestra la pieza operatoria a los familiares, los que incrédulos seguían demostrando sus dudas preguntándonos, *‘cómo ha crecido esa carne, pero si es joven, el no reniega’* Y mientras otro decía *‘En el campo mucho cordero comía este chico, bien harto le gustaba pues’* Lino permaneció internado solo tres días, ya que la evolución post-operatoria fue satisfactoria, al cabo de ese tiempo es dado de alta.

d) Trayectorias, estrategias, diagnóstico y tratamiento Etnocultural-

Según cuenta una de sus hermanas, Nilo ya hace dos años atrás padeció estas dolencias, con dolores abdominales localizados en la boca del estómago que aprecian de vez en cuando, siempre después que la familia comían cordero. *La boca a momentos la sentía amarga’*, pero todas estas molestias pasaron en principio sin medicación alguna; luego de algunos meses las molestias volvieron a presentarse, esta vez con mayor intensidad. En primera instancia acudieron a su tío Zacarías que era un conocido naturista, curandero y callahuaya, quien le prescribió mates y le hizo un ritual andino con el propósito de llamar su ánimo y alejar a los malos espíritus que asechaban su alma. Realizaron estas actividades durante seis meses, tiempo en el que como cuenta la narradora no sentía ninguna molestia; *‘ensábamos que realmente se había curado hasta que hace tres meses, antes de venir a esta clínica, se quejo de un dolor muy intenso en el abdomen. Era después de asistir a una fiesta (pedida de mano) de un vecino, en donde no servimos un plato de fricase, eso le ha hecho regresar el dolor’*. Acudió de nuevo al mismo naturista quien esta vez le dijo, basado en la sintomatología, que se trataba de un caso de *“Kharisiri.”* Además este le pregunto si alguna vez de borracho había dormido en el camino o en la pampa fría del altiplano, a lo que Nilo respondió que si, y no solo una vez. Entonces según la narración de la hermana de Nilo, el naturista decía: *‘Ya vez... eso siempre debe ser. Hay que hacer tratamiento urgente para el Kharisiri’* Los familiares aceptaron fácilmente el planteamiento del Callahuaya y durante tres días lo sometieron a ese tratamiento.

En ese momento pregunte a los familiares de Nilo *¿Cuál es pues la formula del tratamiento ‘antikharisiri’? ¿De qué esta hecho? ¿Cómo se prepara? ¿En que momento se da al paciente?* Note desconfianza, hasta casi sorpresa en los hermanos y me respondieron con otras preguntas *¿Para que quieres saber eso?’ Solo los especialistas, los kharisiris del campo no más saben.’?* Para no perder el hilo de la conversación y por temor a no poder recabar mayor información, me excuse por mi inoportuna curiosidad. Continuando con su narración me explicaron que el diagnóstico y

tratamiento de esta enfermedad solo debe ser realizado por los curanderos del campo.

A pesar de la terapia del curandero, Nilo no evidencio mejoría alguna, por lo que los familiares insistieron en trasladarlo a nuestro servicio medico; en donde se les planteó la necesidad urgente de cirugía, la que después de vencer la desconfianza de los familiares finalmente fue realizada con éxito.

e) Diagnostico biomédico y etnodiagnostico.-

Diagnostico biomédico:

- Colecistitis aguda
- Litiasis vesicular

Diagnostico Etnocultural (Etnodiagnostico)

- Bilis
- Mal de Kharisiri (Khari-Khari)
- Debilidad

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia.-

Tratamiento Biomédico:

- Cirugía, Colectomía convencional (abierta)
- Antiespasmódicos, analgésicos

Tratamiento Etno-cultural:

- Mates
- Tratamiento Anti-Kharisiri
- Lavaje de Bilis, Sondaje biliar
- Llamar el ánimo y alejar los malos espíritus
- Suero de alimentación.

ANALISIS DEL Caso 4

De este caso puede extraerse lo siguiente:

- Aquí se nota una fuerte influencia de los acompañantes (hermanos), para acudir en primera instancia a la medicina tradicional.
- En base a los síntomas característicos del mal de kharsuta (Khari-Khari) –como por ejemplo la forma de presentarse los dolores en el costado del abdomen, estado nauseoso, vómitos ocasionales, perdida de peso, falta de apetito, etc., el naturista y los propios familiares opinaban insistentemente que la enfermedad de Lino era un caso de “Kharisiri” y no otra patología

común; como el de las enfermedades del hígado y vías biliares que suelen presentar sintomatologías muy similares.

- En cuanto a la resistencia a revelar los ingredientes y los pormenores del tratamiento “antikharisiri”, no parece deberse tanto la desconfianza o al recelo de confiar estos ‘secretos’ a extraños, si no a que sencillamente los desconocen.

CASO No. 5 Lupe

a) Datos Generales.- Lupe de 36 años de edad es natural de Ambana (Provincia Muñecas del departamento de La Paz), pero actualmente vive en una comunidad cercana a Viacha (provincia Ingavi) y esta casada. Su matrimonio cuenta con seis hijos, de ellos cinco viven, trabajan y/o estudian en la ciudad de El Alto. La menor, que tiene cuatro años, vive con ellos en el campo.

b) Datos del contexto social.- Lupe vive desde más de veinte años en la comunidad de San Cristóbal (cercana a Viacha) de donde su esposo es oriundo. Allí se dedican a la agricultura y la ganadería cuyos productos venden en la feria de Viacha. Ambos son fieles de la iglesia Testigos de Jehová y asisten sin falta al menos dos de sus reuniones semanales. Por su puesto, ambos son bilingües aymara–castellano, aunque solo cuentan con educación básica; Lupe apenas el segundo grado y su esposo solo hasta el quinto de primaria. De sus seis hijos, los tres mayores trabajan de forma informal en la ciudad de El Alto; dos en el negocio callejero de teléfonos móviles, y la otra como ayudante de cocina en una pensión de La Ceja. Los siguientes dos hijos son escolares (4to y 6to de primaria respectivamente) y viven bajo la custodia de un tío paterno en villa Ingenio, ocupan todos los hermanos un cuarto, que pagan 50 bolivianos cada mes, En cierta medida los hijos que trabajan ayudan a sus hermanos menores, y cuando les alcanza también ayudan a sus padres.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos).- Lupe acudió a nuestro servicio a las 14:35 del 28 de Octubre de 2002, para ser atendida de un dolor abdominal de tres meses de evolución. Un dolor de tipo urente a cólico de moderada a gran intensidad que se exacerbaba con el consumo de alimentos grasos. En los últimos tres días, a esta sintomatología se agrega un estado nauseoso hasta el punto de no tolerar ni siquiera la dieta líquida, y aparece las deposiciones melénicas. Alarmados por estos síntomas al fin sus familiares decidieron trasladarla a esta clínica en la fecha indicada.

Una vez en la clínica se le realizó el examen físico externo, llegando al diagnóstico preliminar de; Síndrome Ulceroso Péptico y Colecistopatía crónica litiasica a determinar. Se informa a los familiares de la paciente, sobre su patología y la necesidad de internación a fin de efectuar algunos

exámenes complementarios más para llegar al diagnóstico final. (Laboratorio, Ecografía y Endoscopia, etc.). Al principio la actitud de los familiares fue de RECHAZO PARCIAL, pero finalmente accedieron a su internación. Permaneció internada durante tres días, en los que intentamos completar los exámenes que teníamos previstos. Uno de estos era la endoscopia, pero cuando fue planteada, la paciente la rechazó totalmente; tal vez por miedo o por falta de recursos económicos. Quizás este examen solo hubiera confirmado el diagnóstico, pero también nos hubiera descubierto una complicación imprevista, afortunadamente fue el primer caso. En base al examen clínico iniciamos su tratamiento antituberculoso, y como su evolución resultó satisfactoria fue dada de alta al tercer día de interacción.

d) Trayectorias, estrategias, diagnóstico y tratamiento Etnocultural.- Desde hace varios años Lupe, padecía leves dolores abdominales localizados en la boca del estómago, que luego se desplazaron a su costado derecho. Según cuenta su esposo, era por ‘hacerse pasar con el frío’ y por ‘renegar mucho’ (los dolores con frecuencia sobrevenían tras episodios de enojo –‘rabia’–). Para aliviarse Lupe tomaba mates de *Khana Pako* que al principio le calmaba el ardor, pero el dolor cada vez se hacía más intenso hasta que un día acudió a un posta de salud de Viacha, donde el médico que allí la examinó, no se interesó por las opiniones personales de la paciente, solo se limitó a preguntarle como era su dieta, si había presentado náuseas y/o vómitos, si sus deposiciones eran negruzcas o si presentaba ardor en el pecho. Pero lo que no le preguntó si fue se había hecho pasar con el frío o si había renegado mucho; cuestiones que por su contexto socio cultural,⁷⁰ para ella y su entorno familiar eran de suma importancia. Aunque el médico llegó a diagnosticarlo, con el nombre de ‘**síndrome ulceroso péptico**’⁷¹ (Úlcera en el duodeno) pero sin explicarle si el factor causal de fondo era la dieta, el frío o las rabias, o con cual de esos factores se debía prestar más atención.

‘Entonces yo me imagine como una llaga en el estómago o en la tripa delgada, *‘ese médico no me explico bien-. Aun tenia dudas cuando el medico me recetó unas cápsulas. Pero muy caro habían*

⁷⁰ Tradicionalmente la gente de los sectores populares considera que al ‘renegar’ en exceso, el hígado de una persona produce una cantidad más elevada y concentrada de ‘bilis’: una sustancia ácida en la que concentra todas las energías negativas del individuo. Normalmente la bilis resulta indispensable para ‘diluir’ los alimentos más ‘duros’ que de otro modo podrían llegar a ‘trancarse’ en los intestinos. Pero un exceso de su cantidad podría llegar a quemar los intestinos u otros órganos internos; en su forma leve se manifiesta como un ardor estomacal (‘vinagrera’) y los más agudos con fuertes vómitos y dolores (‘ataques de bilis’). Pero si exceso de bilis de una persona ‘renegona’ es más de lo que normalmente su cuerpo puede eliminar, inevitablemente se acumulara en su vesícula. Cuanto más tiempo pase y más se reniegue, la bilis sobre acumulada en vesícula se hará más ‘espesa y negra’ (por tanto más ácida y venenosa que la bilis verde normalmente menos concentrada). A tal punto, que este letal concentrado ira envenenando poco a poco, el hígado, el estómago u otros órganos próximos; si es que antes no se produce un fatal ‘derrame de bilis’.

⁷¹ Síndrome clínico, que agrupa signos y síntomas de una enfermedad ulcerosa péptica gastro-duodenal.

sido; cada una a 9 bolivianos y la plata... no me alcanzaba. Por eso sin dudar hice caso a mis familiares que me decían –‘No debe ser para el médico’–.

Así pues fui al curandero y le explique en aymara. El curandero bien me ha entendido, mejor que el doctor. Entonces me receto unos remedios en botella que debía tomar. No me quiso decir para que enfermedad era, de eso solo hablaba con mis familiares; ellos tampoco querían decirme nada. Claro que los ardores me había calmado, pero para un ratito no más porque al poco tiempo igual me seguía doliendo. Después no más he sabido que el curandero me había estado dado medicina para mal de ‘kharisiri’. Esta enfermedad había sido parecido a lo que el medico me decía. Pero no había sido eso, si no rapidito me hubiera sanado. Además no me acuerdo que alguien me hubiera atacado. ¿O tal vez en una borrachera...? No recuerdo siempre.

Como igual no mas estaba, he vuelto donde el doctor de Viacha. Él me ha reñido no mas –Por qué has ido a donde los curanderos, si ellos no curan. Has perdido tiempo no mas– me ha dicho el doctor. El mismo medicamento que me ha recetado antes, ese no más me ha vuelto a dar. Y como no me ha querido explicar bien, me salido. Además mi marido –Te vas a ser colocar inyección o mejor que te hagan lavaje de bilis con sueros, eso es más efectivo– me ha dicho. Por eso e venido a esta clínica, para que me hagan eso, porque dicen que rapidito siempre sana eso’.

Ya en la clínica, se plantea a los familiares internación, tras una reunión familiar, al final acceden a que el paciente se interne. Con la aplicación de suero y otras inyecciones los familiares parecían más conformes y su actitud fue más aceptable, hasta el día de su alta.

e) Diagnostico biomédico y etnodiagnostico.-

Diagnostico biomédico:

- Síndrome ulceroso peptico
- Litiasis vesicular

Diagnostico Etnocultural (Etnodiagnostico)

- Mal de Kharisiri (Khari-Khari)
- Bilis

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento Biomédico:

- Terapia antiulcerosa (Internación)
- Dieta

Tratamiento Etno-cultural:

- Mates Khana Pakho
- Tratamiento Anti-Kharisiri
- Lavaje de Bilis
- Suero de alimentación.

Análisis del Caso 5.

Se podría destacar lo siguiente:

- El papel del acompañante como principal factor que influencio para rechazar cumplir con el tratamiento medico prescrito en primera instancia, aunque lo justifica con dos argumentos de peso:
 - Uno, por motivos estrictamente económicos; el medicamento prescrito por el médico era muy caro para sus posibilidades.
 - El otro, por una cuestión de afinidad cultural; el curandero la entendía mejor en su propio idioma, le dedicaba más tiempo y sobre todo le daba un trato más cordial que el dispensado por el medico de Viacha. Además, el hecho de encontrarse en un ambiente más familiar, que el frío y hostil ambiente hospitalario, hacia que la paciente y sus familiares adquieren mayor confianza en el trabajo del naturista.
- Aquí es importante hacer notar la similitud en las patologías de las enfermedades gastro-biliares con las de la enfermedad de kharisiri. No con el ánimo de demostrar la dimensión real o no de la sintomatología de la enfermedad de 'kharisiri', sino en el sentido de evitar una perjudicial confrontación cultural con estas etnopatologias (dado que las mismas patologías reconocidas por la ciencia médica se basan en criterios también culturales). Una confrontación que solo provocaría un mayor distanciamiento y desconfianza (rechazo) de los pacientes hacia las instituciones medicas.
- También es importante notar las **preferencias** de los pacientes de nuestro medio con respecto a algunos procedimientos biomédicos. En este caso, a través de las opiniones del esposo de la paciente, puede verse claramente que las inyecciones y sueros gozan de una mayor predilección con respecto a tabletas, píldoras u otras formas de administración farmacológica. Si los pacientes las describen como más 'fuertes', podríamos asumir que en realidad es porque

las consideran ‘mas eficaces.’⁷² Esto demostraría que a pesar de las consideraciones culturales, lo que buscan nuestros pacientes es una forma más próxima, segura, rápida y eficaz para solucionar sus problemas de salud. Este hecho nos podría ayudar a reflexionar sobre una mejor estrategia para que otros procedimientos médicos gocen de similar aceptación popular.

- Destaco la actitud de prepotencia que tiene el medico de Viacha con Lupe. Por un lado no solo insiste en una actitud cargada de prejuicios frente a creencias y prácticas tradicionales de su paciente, y por el otro por insistir con tratamientos muy costosos sin considerar la situación de necesidad económica de su paciente.

Caso No. 6 Cristóbal

a) Datos Generales.- Cristóbal de 80 años de edad, natural de San Andrés de Machaca (Provincia Ingavi del departamento de La Paz), vive desde hace seis años en la zona Alto Lima de la ciudad de El Alto, en el domicilio de su única hija; Cristóbal enviudo hace ya más de 10 años.

b) Datos del contexto social.- Cuando Cristóbal vivía en la localidad de San Andrés de Machaca se dedicaba al pastoreo y a alguno que otro trabajo de ayudante de albañilería. Tras el fallecimiento de su esposa entro en un periodo depresivo muy marcado por la soledad, es que a partir de ese momento se vino a vivir al domicilio de su hija (Alto Lima) en donde casi no realiza ninguna actividad, la hija de 45 años, se dedica al comercio de calzados deportivos que los vende en la feria 16 de Julio. Ambos son católicos, Cristóbal es monolingüe aymara, mientras que su hija es bilingüe castellano-aymara, quien nos ayudo en la traducción de la conversación con el paciente, y no cuenta con ningún seguro médico. Cristóbal no asistió al colegio, aunque su hija solo llego a la primaria.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Cristóbal acudió a nuestro servicio en horas de la tarde del día 18 de Octubre de 2002 presentando dolor abdominal de tres días de evolución, de tipo cólico, opresivo que inicialmente se localizaba en epigástrico, y luego migra a nivel de fosa iliaca derecha, de moderada a gran intensidad, a esto se agrega alza térmica, escalofríos, malestar general, nauseas y vómitos de contenido alimenticio post-prandial. Hasta que un día obligado por su hija acude en un principio a una farmacia de su zona, allí la hija explico al farmacéutico el comportamiento de la enfermedad de su padre y este prescribió

⁷² Estas preferencias pueden de algún modo estar culturalmente determinadas. Se dice por ejemplo que los ingleses son fanáticos de las píldoras, los franceses de los supositorios, los chinos de los parches y emplastos. Y entonces, ¿Por qué los bolivianos no podrían ser fanáticos de las inyecciones?

unas píldoras que calmaron el dolor momentáneamente. Pero más tarde el dolor se hizo más intenso y entonces deciden a consultar en nuestro servicio.

En el examen médico llegamos al siguiente diagnóstico preliminar.

- Peritonitis localizada, secundaria a una apendicitis aguda
- Síndrome de Fosa Iliaca Derecha.

Se informa a la hija la gravedad del problema y que requerirá una “OPERACIÓN.” La hija sorprendida, no cree lo que le explicamos; *No creo que sea eso, ustedes quieren operar no mas. ¿No habrá otra forma de algún tratamiento, o es necesario siempre abrir su cuerpo?* La actitud de la hija era de oposición, en ese momento no había otro familiar a quien recurrir o consultar y ella se sentía incapaz de asumir semejante responsabilidad; *‘Justo ahora no hay plata...Voy a volver mas tarde, voy a consultar a sus otros familiares porque no puedo decidir yo sola. Además esta muy débil, tal vez con la operación de repente se puede morir.’* Le explicamos que la cirugía era muy necesaria y no podía esperar más tiempo. Aun con esa explicación, la hija del paciente toma una actitud negativa y se retira de la clínica. (ACTITUD DE RECHAZO TOTAL AL TRATAMIENTO)

d) Trayectorias, estrategias, diagnóstico y tratamiento Etnocultural .- Cristóbal comunico su dolencia primero a su hija, quien en principio lo llevo a la farmacia donde obtuvo unas píldoras que junto a mates de coca y khana paco le calmaron un poco el dolor. Cuando nuevamente aparece el dolor vuelve a la misma farmacia en donde textualmente pregunta: *‘Tiene alguna pastilla para bilis, dolor de estomago. Es para una persona mayor. Por favor que sea la mas fuerte siempre.’*

Aquella noche el dolor había calmado discretamente, al día siguiente volvió aparecer este mismo dolor, por lo que su hija decide trasladarlo a nuestro servicio. Ya en consulta externa, la hija que nos iba traduciendo lo que su padre decía en aymara nos comenta; *-Desde a noche esta con ese dolor de barriga, bien fuerte siempre le duele-. Yo he dicho que debe ser ‘bilis’ y he venido para que le coloquen suero lavaje de bilis. Dicen que es bueno eso, por favor colóquenmelo no mas suero. Hace varios años atrás siempre se traer aquí a mi mamá y siempre le han colocado suero y... con eso siempre se ha sanado.’*

Una vez que se le explicó la gravedad de la enfermedad (PERITONITIS) y la medida a tomar (operación), el paciente y su hija quedan sorprendidos y desconcertados. Notamos en ellos una actitud inminentemente de RECHAZO TOTAL, pues de ningún modo parecían estar dispuestos a considerar siquiera nuestro planteamiento. Solo mencionaron que volverían más tarde luego de consultar y conseguir recursos entre sus otros parientes, cosa que hasta la fecha no ha ocurrido. Por

el personal de servicio nos llegamos a enterar que la hija le decía a su padre: *‘Así siempre son los médicos, operar y sacar plata no mas quieren-‘-‘Más bien iremos donde el naturista y claro será pues...- ‘Será voluntad de dios si sanas o no-’* No sabemos el rumbo que habría tomado el paciente después de la consulta, pero tomando en cuenta la gravedad de su estado y su avanzada edad suponemos que la salud del paciente ya se habría complicado más y hasta quizás tal vez habría fallecido.

e) Diagnostico biomédico y etnodiagnostico.-

Diagnostico biomédico:

- Peritonitis localizada, secundaria a apendicitis aguda complicada

Diagnostico Etnocultural (Etnodiagnostico)

- Bilis.
- Debilidad.

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento Biomédico:

- Cirugía de emergencia
- Internación

Tratamiento Etno-cultural:

- Mates Khana Phako
- Mate de coca.
- Lavaje de bilis

Análisis del caso 6

En la mayoría de la gente el término “operación” causa mucho temor, peor si se trata de en un paciente mayor de edad. En este caso a de repente la explicación detallada de la enfermedad y de sus riesgos, no fue tan convincente, y que mas halla de explicarle a la hija, los otros familiares optaron por rechazar el tratamiento planteado.

- El mal concepto que muchos pacientes tienen acerca del desempeño de los ‘doctores,’ suele aludir a un excesivo afán de lucro de los médicos –“Todo quieren operar por sacar plata”–. Una opinión muy popular que ha sido generalizada hacia el resto de las instituciones médicas pero que en realidad no debería extrañarnos ya que en el fondo es cierto.

Desde mucho antes de los procesos de privatización de los servicios estatales de salud, la

medicina ya estaba mercantilizada.⁷³ Pero el problema aquí es que aunque son los propios pacientes los que deben erogar todos los gastos de su curación,⁷⁴ no se considera que tengan derecho a expresar sus opiniones o a cuestionar la calidad de los servicios médicos; por los cuales finalmente están pagando. La generalizada visión mercantilista, tecnicista, elitista e impersonal del sistema biomédico, no toma en cuenta la verdadera dimensión social y cultural de la gravedad de una enfermedad para el entorno familiar del paciente.

- Aquí debemos destacar que durante la consulta medica el papel de la hija como “traductora” fue crucial; dado que el padre que era monolingüe aymara. Sin ella no habríamos podido comunicarnos con el paciente. Y por ello mismo debemos considerar detenidamente los aspectos en que este papel pudieron ser decisivos.
- Por un lado lo que se conoce como ‘filtro lingüístico’. Aunque ella (por ser bilingüe) nos traducía lo que su padre decía en aymara, no podíamos saber si lo que ella nos explicaba era lo que en realidad decía su padre; o tal vez ella omitía algunos aspectos comentados por su padre para agregar sus propias opiniones; o si finalmente solo nos transmitía lo que ella misma pensaba al respecto (Filtro Lingüístico – Cuadro 48).
- Por otro lado, al tener un criterio ya definido de antemano respecto al tipo de enfermedad y al tratamiento que se debía aplicar a su padre (‘suero lavaje de bilis’), es probable que la opinión de la hija, y no la del paciente, fuera la decisiva para que este caso termine en un RECHAZO TOTAL al tratamiento medico.
- En cuanto a decisión de acudir al **naturista** luego de rechazar el tratamiento medico. En este caso, no disponemos de información acerca de las trayectorias anteriores y menos de las estrategias curativas posteriores, como para asumir que el rechazo se hubiera debido fundamentalmente a factores etnoculturales. Sin embargo, de los argumentos que fueron esgrimidos para justificar el rechazo, la edad avanzada del padre, la falta de recursos y la falta

⁷³ Los médicos ofrecían servicios por los que el paciente, el Estado, los empleadores o alguna otra institución debía pagar. Pero evidentemente, este afán de lucro se ha visto exacerbado tras la liberalización de los mercados; sin embargo, ‘mercado’ no suele ser sinónimo de extorsión. La apertura los mercados de salud, determino una mayor competencia entre las distintas ofertas de los servicios de salud (biomédicos o tradicionales). Una competencia donde los consumidores (pacientes) son los que finalmente deciden cual de las ofertas es más eficaz y conveniente para resolver sus necesidades de salud.

⁷⁴ La mayoría de la población alteña que no goza de ningún tipo de seguro medico (los programas estatales como el SUMI o Seguro de Vejez, de todos modos no cubren costos quirúrgicos), no tienen otro remedio que acudir a instituciones ‘privadas’ (como la nuestra); las que como tales no gozan de ningún tipo de subvención estatal o institucional.

de otros parientes a quienes consultar, los dos últimos corresponden a factores socio-económicos que merecen ser considerados.

- Si de verdad la hija (una pequeña comerciante) era la única pariente con la que contaba el paciente; es decir que no contaban con otros parientes a quienes recurrir en caso de extrema necesidad como esta. Puede asumirse que la causa de fondo para el rechazo y abandono, no era tanto una incomprensión de la gravedad de la enfermedad, el temor o desconfianza en tratamiento médico, sino una verdadera precariedad económica que impedía a esta unidad familiar afrontar todos los costos de una 'operación'. Costos que no se limitarían solo a los gastos médicos inmediatos (cirugía, laboratorio, medicamentos, interacción, etc.) sino al resto de gastos (monetarios y laborales) que deberá enfrentar una familia, en donde la única persona (la hija) encargada del sustento económico es al mismo tiempo la única que podría ocuparse de los cuidados que necesite el paciente en su rehabilitación.

Caso No. 7 Remberto

a) Datos Generales.- Remberto de 45 años de edad, natural de la provincia Omasuyos del departamento de La Paz, vive desde hace más de treinta años en la ciudad de El Alto. Desde pequeño trabajo como ayudante de chofer, posteriormente se dedico al transporte pesado de larga distancia. Su domicilio actual es en la zona Bautista Saavedra de la ciudad de El Alto, allí vive con su segunda esposa, junto a sus dos hijos más otros dos de su anterior matrimonio (en total mantienen a cuatro hijos). La esposa actual fue quien nos contó algunos detalles de la enfermedad de su esposo.

b) Datos del contexto social.- Según su esposa, Remberto es muy alegre y bebía mucho ya desde joven siempre comía mucho; sobre todo carne de cordero y chanco. Ambos son católicos, bilingües castellano-aymara y solo completaron la primaria. No cuentan con ningún seguro médico.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Remberto, es un conocido paciente nuestro y según su expediente clínico adolece de una hipertensión arterial sistémica crónica, artritis Gotosa y eritrocitosis; enfermedades que bajo nuestro seguimiento mantenía controlada con medicación en forma ambulatoria.

Con frecuencia retenía sus recetas por algún tiempo antes de adquirirlas de una farmacia, pero más frecuente aún era que no asistiera a sus correspondientes consultas. Hasta que en fecha 20 de Octubre de 2002 a Hrs. 11:30 acude a nuestro servicio acompañado de su esposa, presentando una cefalea intensa, mareos, epistaxis, estado de confusión y con antecedentes de haber presentado una

crisis convulsiva, con pérdida temporal de la conciencia 'Como desmayo'. Ya en la consulta externa, es sometido a un examen físico externo en que se determina como diagnóstico de ingreso:

- Crisis Hipertensiva
- Cardiopatía Hipertensiva descompensada
- Artritis Gotosa en tratamiento
- Eritrocitosis.
- Encefalopatía Hipertensiva

Se informa a sus afligidos familiares (que hasta ese momento estaba compuesta por la esposa, dos de sus hijos y un cuñado) que por el estado crítico del paciente era necesaria su interacción en la clínica. Frente a esta propuesta, la familia inicialmente parecía no ponerse de acuerdo (RECHAZO PARCIAL), por lo que nos solicitan unos minutos para reunirse y evaluar la situación entre ellos, al término de ese término acceden a nuestro planteamiento, el paciente es internado e inmediatamente es valorado por el cardiólogo, quien se encarga de disponer las medidas de emergencia; oxigenoterapia, hipotensores y reposo absoluto. Durante los siete días que permaneció internado su evolución fue paulatinamente satisfactoria, las molestias inherentes a su patología gradualmente desaparecieron, durante su internación, mientras se recuperaba, paulatinamente la visita de los familiares disminuyó, o aparecían esporádicamente.

Además se evidenció un estado ansioso-depresivo; se lo notaba muy preocupado, debido a que se encontraba incómodo seguir internado en la clínica, además refería sentirse mejor, y por tal motivo solicita al especialista que se le otorgue el alta, es el mismo paciente quien firma las condiciones de alta solicitada.⁷⁵

d) Trayectorias, estrategias, diagnóstico y tratamiento Etnocultural- El padecimiento de Remberto ya era crónico. En su primera consulta mencionaba que hace veinte años le diagnosticaron 'Presión Alta' y desde entonces todos los días solía tomar, como automedicación, infusiones de sultana. En esa ocasión el médico le había prescrito medicamentos que debía tomar estrictamente todo los días, pero él solo tomaba cuando los creía necesarios y decía 'Con tanto medicamento me voy a intoxicar'. También se resistía a cumplir la dieta impuesta 'Cómo voy hacer dieta, me voy a

⁷⁵ El Alta Solicitada, es un documento que al ser voluntariamente firmado por el paciente y/o sus familiares, deslinda al personal médico de una institución de toda responsabilidad frente a cualquier eventualidad que podría surgir a partir del momento en que el interesado(s) decide renunciar a la atención médica. Los firmantes de este tipo de alta, asumen voluntariamente la responsabilidad de cualquier consecuencia fruto de esta decisión.

debilitar y así no podré trabajar duro' Y aún cuando acudía a otros médicos también le recetaban similares pastillas, que según él no le hacían ningún efecto, "*igual nomás estoy*".

Acudió también al naturista, su esposa decía; '*Varios mates le ha hecho tomar... tampoco le hacia nada igual no mas esta, será fuerte siempre esta enfermedad- ¿Qué siempre será esta enfermedad? Otros me han dicho '¿No estará embrujado? 'Debe tener algún enemigo'* En ese instante nosotros le preguntamos a la señora, ¿si tiene algún motivo para pensar en embrujamiento? Ella respondió '*de repente, su primera mujer bien mala siempre era, por eso se han separado, puede ser siempre ella que la hecho embrujar*'. Una vez que a los familiares se les informa del diagnóstico y de la necesidad de internación, se nota en ellos una ACTITUD DE RECHAZO PARCIAL, puesto que en un principio mostraron resistencia, pero tras una explicación más detallada de su enfermedad, es que los familiares finalmente aceptan su internación.

Como habíamos mencionado anteriormente, al principio las visitas de los familiares del paciente eran regulares, pero a medida que se notaba mejoría del paciente, la visita de sus familiares era menos frecuente. Preguntamos por esta situación a Remberto, quien nos indicó que cuando estaba enfermo anteriormente en su domicilio, sus familiares rara vez tomaban interés en su enfermedad; '*así siempre son*' a pesar de la dejadez de sus familiares, su evolución intrahospitalaria fue favorable, fue el mismo paciente quien al sentirse mejor solicita el alta médica, pero para que pudiera irse antes tuvimos que llamar por teléfono a sus familiares para que lo recojan. La esposa nos comentó que luego de que se recuperara totalmente, acudirían al naturista, al curandero porque, según insistía ella, para que se le cure esta desgracia antes se debía resolver el 'embrujamiento'; porque; '*Es que los médicos no curan de estas cosas*'

e) Diagnóstico biomédico y etnodiagnóstico.

Diagnóstico biomédico:

- Crisis Hipertensiva
- Cardiopatía Hipertensiva descompensada
- Artritis Gotosa en tratamiento
- Eritrocitosis.
- Encefalopatía Hipertensiva

Diagnóstico Etnocultural (Etnodiagnóstico)

- Presión Alta.

- Reumatismo
- Embrujamiento

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento Biomédico:

- Interacción
- Medicación prolongada con hipotensores.
- Dieta hiposódica permanente

Tratamiento Etno-cultural:

- Infusión de Sultana
- Limpias Espirituales para curar el embrujamiento con Curanderos

Análisis del Caso 7

Como en todos los casos anteriores, previas a la consulta en la clínica prevalecen prácticas terapéuticas tradicionales, pero se debe notar:

- Que Remnberto, además de una irregular medicación no cumplía con la estricta dieta hiposódica que se le había recomendado, porque las consideraban absurdas e innecesarias; *‘Comida sin sal... Me voy a debilitar.’* Esto pudo deberse a: (1) A que el personal de salud no le brindo una explicación suficientemente detallada y adecuada sobre los riesgos que representan algunos elementos específicos de la dieta (sales, grasas, condimentos, etc.) en este tipo de enfermedades.⁷⁶ O (2) a que por negligencia, falta de voluntad, apatía u otra razón, es el propio paciente quien deliberadamente (o no) ha incumplido con las indicaciones⁷⁷. Pero nos enfrenta a un hecho que va más allá de la práctica médica o de las políticas económico-sociales y que se refieren a los diversos contenidos simbólicos que cada sociedad atribuye a sus ‘propios’ alimentos.⁷⁸ Es decir que se refiere a percepciones y valoraciones determinadas por factores socio culturales muchísimo más amplios, complejos y diversos que los estrechos criterios científicos nutricionales.

⁷⁶ Para algunos galenos estos detalles son tan obvios que les parece una trivialidad insistir en ellos. Pero lo que es obvio para ellos no tiene por que serlo para los pacientes.

⁷⁷ En el caso de Remnberto, no se puede pensar que eso se deba a una divergencia etno-lingüística insalvable o a una situación de marginalidad socioeconómica, ya que se trata de un transportista que desde hace treinta años ha estado familiarizado con los requerimientos (uso del castellano, calificación laboral, normas institucionales...) y las facilidades (servicios hospitalarios, informativos, etc.) que exige y ofrece la vida urbana moderna.

⁷⁸ Como lo que las ‘pastas’ podrían representar para los italianos, la carne para los argentinos, el arroz para los asiáticos, las hamburguesas para los norteamericanos o el ají y el chuño para los andinos.

- Se puede considerar que el “embrujoamiento” tan insistentemente mencionado por el paciente y (sobre todo) por su esposa, como la forma en que ellos mismos trataban de explicarse porque todos los medicamentos hipotensores y los otros remedios tradicionales no habían sido eficaces para curar su dolencia. Es decir la necesidad de encontrar una causa o un ‘responsable’ en que descargar sus frustraciones e impotencias.
- El hecho de que a las enfermedades se consideren no como un incidente particularmente individual sino como un problema que afecta a todo un colectivo, nos muestra que en el actual contexto de crisis económica y social, la mayoría de las personas de los sectores populares no pueden prescindir de apoyo de sus estructuras familiares y sociales⁷⁹.
- Al depender el grado de bienestar individual-familiar de los vínculos que esta mantenga con el resto de su entorno familiar y social, el embrujoamiento (un amenaza de dimensión mágico-religiosa) haría alusión a un serio deterioro de estos vínculos sociales (la hostilidad de la parentela de de su primera esposa).
- El poco interés que los familiares de Remberto daban a su salud, hasta el punto de olvidar recogerlo cuando él fue dado de alta, demuestra que un serio deterioro de las relaciones familiares (se deba o no la brujería) puede ser un factor⁸⁰ decisivo en el adecuado tratamiento y evolución de las enfermedades.

Caso No. 8: Leandro

a) Datos Generales.- Leandro, de 23 años de edad, es hijo de una familia de comunarios de Pucarani (una localidad cercana a la ciudad de La Paz) se dedican a la crianza de ganado ovino. Leandro, según cuenta su padre, siempre fue un muchacho inquieto, es el segundo de cuatro hermanos, el mayor se fue hace varios años a Argentina a buscar suerte como costurero (cada año vuelve a visitar al padre), los otros dos hermanos son todavía escolares (de 8 y 13 años de edad) y dependen del padre. Leandro, que ahora vive en la zona Santiago II de la ciudad de El Alto, es egresado de la Normal de Warisara y desde hace dos años ha venido trabajando como profesor rural en diferentes comunidades tropicales de La Paz (Caranavi, Sapecho, Palos Blancos, etc.).

b) Datos del contexto social.- Leandro es aún soltero, ayuda económicamente a su familia, habla

⁷⁹ Dado que por si mis mas no disponen de las suficientes oportunidades, los recursos o las ventajas sociales como para elegir y afrontar sus vidas de forma individual.

⁸⁰ Ya sean por motivos emocionales (desavenencias conyugales, personalidad conflictiva, etc.) o socio-económicos (desempleo, disputas por herencias, derechos de decisión, etc.) los disputas familiares suelen reflejar otros conflictos sociales de profundo carácter estructural.

fluidamente el castellano y el aymara, se declara ser católico. Como empleado del magisterio cuenta con seguro medico, pero muy pocas veces utilizo este beneficio *Las veces que fui, tuve que hacer largas filas solo para que me den unas pastillas que no me sanaban nada. Por eso preferí acudir a médico particular*'.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Leandro acudió a nuestro servicio el día 12 de noviembre de 2002. Declaraba que desde aproximadamente cinco meses sufría una serie de molestias caracterizadas de dolor lumbar, orina turbia, diaforesis nocturnas, alza térmica, pérdida de peso y apetito y malestar general, pero sin presentar en ningún momento tos, expectoración o signología pulmonar aparente.

Ya en consultorio externo, luego de realizar el examen respectivo se solicita algunos exámenes complementarios. Las placas de tórax parecían estar dentro de lo normal pero en los otros exámenes, especialmente en el de orina, encontramos bacilos de Koch activos que nos llevo a diagnosticar Tuberculosis Renal, Píelonefritis Aguda y Síndrome Tóxico infeccioso y por ello a sugerir su inmediata internación. Cuando el padre del paciente fue puesto al tanto de esta situación, estuvo plenamente de acuerdo con su interacción (ACEPTACION FACIL); *'Si es para que se sane tiene que internarse no mas'*

Permaneció internado por seis días, durante los cuales todos los exámenes complementarios que le realizamos, además de confirmar y precisar el diagnostico, nos permitió instaurar un tratamiento específico en base a medicamentos antituberculosos del sistema abreviado. La favorable respuesta al tratamiento hizo posible darle de alta al tercer día de su internación, pero con un seguimiento estricto de su tratamiento domiciliario.

d) Trayectorias, estrategias, diagnostico y tratamiento Etnocultural.- Al principio, asumiendo que estaba mal de los riñones, Leandro acudió a la medicina natural y se aplicaba ventosas y parches, esto ocurrió en su primer año de servicio cuando se desempeñaba como profesor de primaria en Caranavi. Luego empezó a sufrir fiebre, sudoración y una marcada pérdida de peso; *'Debe ser del calor que hay aquí lo que me hace sudar mucho, lo que me hace perder peso- se pensar cuando estaba en Caranavi, además la alimentación no era buena'*

A pesar de tomar las medidas que le aconsejaban, durante todo el año esta signología, permaneció sin cambios significativos, como disponía de su seguro medico, decidió entonces que lo mejor era salir a la ciudad para ser atendido en la C. N. S. Pero el medico de allí solo le había recetado solo pastillas que al final no le hicieron nada; *'Además ni siquiera me han revisado'* Por

consejos de familiares que vivían en la ciudad, quienes le decían: *'Debe ser por el frío, para eso yo me hacia colocar calcio, eso es bueno para el frío'*, Leandro adquirió ese medicamento en la farmacia por cierto sin necesidad de receta, y allá mismo le administraron, con lo que sentía ligera mejoría, pero aun persistían esas molestias, pero así volvió a Caranavi a su fuente de trabajo.

El farmacéutico local de Caranavi, donde solía comprar los parches, y el calcio, en una ocasión le aconsejo consultar con otro médico para ver de una vez por todas de que enfermedad se trataba. Leandro ya preocupado, viajó hasta esta ciudad y en compañía de su padre acudió a nuestro servicio. Como ya dijimos, luego de explicarles, tras el examen médico preliminar, nuestras sospechas a cerca de la enfermedad, ambos estuvieron de acuerdo con la internación y la necesidad de realizar nuevos estudios complementarios. Como Leandro y su padre eran los únicos a los que tocaba decidir, sólo les tomo unos cinco minutos para ponerse de acuerdo y acceder sin resistencia alguna el tratamiento (ACEPTACIÓN FÁCIL). Durante su internación, nuestras sospechas son confirmadas por los resultados de las pruebas de baciloscopia seriada en orina (++) . Se trataba de una Tuberculosis Renal.

Leonardo pensó sanarse rápida y completamente durante su internación y comentaba; *'Mucho me esta costando, igual no mas estoy'* En ocasiones preguntaba; *'¿Por qué no me están colocando suero de alimentación ,bien débil me siento.'* Mientras recibía la primera fase de su tratamiento específico antituberculoso le inquietaba la cantidad de medicamentos que estaba tomando; *'¿Tantas pastillas no me estarán intoxicando?, además me hace hinchar mi estomago, hasta ganas de vomitar me hacen da''* Al 5to día de su tratamiento, pese a las explicaciones que le habíamos dado y a sentir una mejoría, en una conversación con su padre le decía: *'Papá, me han dicho mis amigos que esta enfermedad no debe ser para el Doctor, debe ser Kharisiri. Por que allá en los yungas, cuando fui a una fiesta había tomado mucho y me había dormido en la casa de una amistad, y de repente no mas he sentido este dolor del riñón, desde esa vez no mas estoy mal' ¿no será eso?.*

Al 6to día, el especialista opto por otorgarle el alta médica pero a condición de seguir con tratamiento y controles médicos estrictos. Al salir de la clínica, el padre nos comento que sí seguirían el tratamiento medico, pero nos confeso que al mismo tiempo acudirían a un curandero; *'Por si acaso eso también le puede ayudar, en el campo así no mas nos curamos'* Yo le pregunte si se animaran hacerle tratamiento *antikharisiri*. Él padre de Leandro nos respondió un poco sorprendido *'Eso es solo para nosotros, no para ustedes'* y sin decir nada más, se fue agradeciendo nuestros servicios. Luego de controles médicos periódicos, el paciente sí había cumplido con todo el

tratamiento, al término del tratamiento antituberculoso, al paciente lo vimos muy mejorado y se lo veía muy saludable.

e) Diagnostico biomédico y etnodiagnostico.-

Diagnostico biomédico:

- Tuberculosis Renal confirmada por laboratorio
- Píelonefritis aguda secundaria
- Síndrome Tóxico infeccioso

Diagnostico Etnocultural (Etnodiagnostico)

- Mal de Riñón
- Debilidad
- Kharisiri

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento Biomédico:

- Internación
- Tratamiento específico antituberculoso y antibiótico.
- Dieta hiperproteica

Tratamiento Etno-cultural:

- Sueros de alimentación para la debilidad
- Ventosas y parches
- Tratamiento Antikharisiri

Análisis del caso 8

Como en todos los casos anteriores, Leandro acude de principio a las terapias tradicionales antes que a la biomedicina.

- Sobre el origen de la enfermedad, Leandro atribuye a un agente físico el 'frío' ya que como el trabaja en lugar calido, cada vez que regresaba a esta ciudad sentía un brusco cambio de temperatura.
- En relación a la atención que el paciente recibe en la C. N. S., tiene una opinión muy negativa, no le atendieron bien, ni siquiera le habrían examinado y solo le dieron pastillas, por ello manifiesta desconfianza e insatisfacción con el servicio que brinda la C.N.S., lo que hace que el paciente busque otras alternativas de solución (como lo fue esta clínica) para su problema de

salud.

- Ya en la clínica encontramos actitud de fácil aceptación, hacia la conducta médica planteada. Por un lado esto podía deberse al nivel de instrucción del paciente que era profesor y a la influencia que él tenía sobre su padre (al que ayudaba a mantener), en este caso parece que la opinión del miembro más preparado, 'moderno' y con autoridad de la familia puede ser decisiva para la aceptación de los tratamientos médicos. Por otro lado se debe tomar en cuenta el especial cuidado que nosotros, como personal médico ya sensibilizado y predispuesto hacia el tema de esta investigación, pusimos en explicar de la forma más sencilla todos los detalles de la enfermedad y su tratamiento al paciente y su padre.
- En el proceso de tratamiento durante su internación comenzaron las dudas de Leandro, por un lado la cantidad de drogas suministradas durante el agresivo tratamiento abreviado antituberculoso lo inquietaba; "¿No me estará intoxicando?". Y por otro lado, cuando preguntaba el por qué no se le colocaba inyecciones y sueros de alimentación, nos muestra que el paciente también compartía las mismas preferencias populares hacia los fármacos administrados por vía intramuscular o intravenosa que se consideran más efectivas y rápidas que las pastillas. Claro que en la medida que los efectos positivos del tratamiento se hacían evidentes (demostraban su efectividad), las reticencias fueron desapareciendo.
- En este caso, frente a estas preferencias de carácter cultural fue más difícil convencer al paciente que puesto que su enfermedad se trataba de un caso crónico que requería de un tratamiento prolongado. Aunque los fármacos antituberculosos en realidad son muy 'fuertes' (por su grado de toxicidad), resulta suficiente su administradas por vía oral pero requieren un seguimiento estricto y cuidadosos. Sin embargo, estas evidencias nos muestran que a futuro será necesario abordar un estudio más detenido sobre estas preferencias para definir políticas de medicamentos genéricos, formas de presentación y administración que mejor se ajusten a las características socioculturales de nuestros pacientes.
- Llama la atención que a pesar de comprender la naturaleza de la enfermedad, aceptar las condiciones y cumplir todas las indicaciones hasta completar exitosamente el tratamiento médico, el paciente y su padre deciden acudir paralelamente a la medicina tradicional para complementar su tratamiento y asegurarse de esta forma de su total curación. Esto demuestra, por un lado, que la medicina tradicional de por sí no representa un obstáculo para los tratamientos biomédicos; al contrario, su combinación o complementación pueden repercutir

favorablemente si los esfuerzos de ambas tradiciones son adecuadamente integras bajo un nuevo enfoque integral de salud.

- Por otro lado, muestra que el papel fundamental de la medicina tradicional, además de preventiva, es la brindar intención básica e inmediata.⁸¹ Por ello mismo, debido a sus limitaciones inherentes, no se puede esperar que pueda enfrentar ‘efectivamente’ patologías más complejas, como la del presente caso. Es decir que la medicina tradicional también necesita ser apoyada y complementada por los conocimientos de la moderna ciencia biomédica. Una necesidad de integración frente a la cual los especialistas tradicionales se muestran mucho más dispuestos que sus pares de la medicina moderna decididamente contrarios a ello.
- Además, no se puede prejuzgar que por si la medicina tradicional es incapaz de diagnosticar y tratar enfermedades complejas; aunque no podemos demostrar lo contrario, tampoco hay datos o estudios objetivos que así lo demuestren. A partir de referencias a terapias fracasadas (ya que a diferencia de los casos exitosos, estos casos siempre son los casos más conocidos y divulgados) no se puede descalificar la efectividad de todas las prácticas médicas tradicionales. Porque de ser así, a partir del equivocado diagnóstico y tratamiento brindado por los profesionales de la CNS, se debería descalificar también la efectividad de las instituciones médicas modernas. Pero de todos modos no se trata de empantanarse en una estéril competencia de cuál práctica es la más incompetente cuando en realidad lo que nos debería preocupar es hallar la forma más eficiente de enfrentar los problemas de salud de nuestra sociedad.
- Otro aspecto que se debe destacar en este caso, es el hecho de que después de siete meses el paciente no solo había vuelto a su control médico, sino que en todo ese tiempo efectivamente sí había cumplido todas indicaciones médicas hasta completar su tratamiento antituberculoso⁸². Es notable porque en nuestro medio lo más frecuente es que paciente no regrese, y si regresa es porque el tratamiento de algún modo no ha sido efectivo. Como médicos alteños sabemos que al observar una franca mejoría en su enfermedad (cuando hallan el ‘remedio efectivo’ que

⁸¹ Y de cualquier forma cumple un papel crucial, sobre todo en las zonas rurales donde puede ser el único recurso realmente disponible para la población.

⁸² Un tratamiento que de por si exige un elevado nivel de disciplina y dedicación de parte del propio paciente; algo que en este caso, por trabajar él en una remota zona rural del Alto Beni, como médicos no podíamos controlar o verificar desde El Alto.

buscaban), la tendencia de la mayoría de nuestros pacientes es la de considerar ya innecesario regresar a sus controles médicos; ‘¿Para qué pagar por una nueva consulta, si ya se está sano?’

Ahora lo que no podemos saber es si todos los que no han regresado a sus controles han realmente sanado o si al contrario por persistir su enfermedades han preferido (por considerarnos ‘careros’, incompetentes o demasiado distantes) acudir a otro servicio de salud, sea biomédico o tradicional. Pero de cualquier modo, la absoluta incapacidad del sistema de salud pública en hacer un adecuado registro y seguimiento de las diversas enfermedades que aquejan a la mayoría de nuestra población que vive al margen de las coberturas formales de salud⁸³, nos enfrenta a serios riesgos de resistencia por automedicación.

Caso No. 9: Néstor

a) Datos Generales.- Néstor tiene 34 años de edad, es natural de Viacha donde actualmente reside. Hasta antes de su enfermedad trabajaba como chofer asalariado de transporte público. Casado, de dicho matrimonio tienen tres hijos, todos escolares. La esposa se dedica al comercio informal, es vendedora de abarrotes en un mercado de Viacha.

b) Datos del contexto social.- Néstor es tercero de cuatro hermanos. Sus dos hermanos mayores trabajan en el Magisterio Rural y su hermana menor ayuda a su esposa en la venta de abarrotes. Los hermanos de Néstor son evangélicos; al parecer de la agrupación religiosa “Poder de Dios”. Néstor y su esposa son católicos, son bilingües castellano-aymara, y no cuentan con ningún tipo de seguro médico. Ambos cursaron solo la primaria en las escuelitas de sus respectivas comunidades de origen. Néstor comenzó a trabajar hace cinco años como chofer asalariado en un minibús de propiedad de su cuñado.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos) Néstor acude a nuestro servicio en fecha 13 de noviembre de 2002, presentando desde aproximadamente cuatro meses dolor lumbar, incontinencia urinaria y una paraplejia (parálisis) de los dos miembros inferiores, a consecuencia de sufrir en su propio domicilio (en estado de ebriedad) un desafortunado accidente; se precipitó desde una terraza en construcción hasta caer sentado sobre una saliente de cemento varios metros más abajo. Ante tal desgracia, sus familiares lo llevaron de emergencia al Hospital Boliviano Holandés (Ciudad Satélite), allí los médicos le diagnosticaron: Fractura por

⁸³ Por ser una población que frecuentemente cambia de residencia, ocupación o preferencia por un determinado servicio de salud.

aplastamiento de la primera vértebra lumbar; de por sí un caso muy grave, al cabo de los tres días que permaneció internado, los médicos de ese hospital le explicaron a Néstor y a su familia que aún con una complicada, riesgosa y costosa intervención quirúrgica (operación) realmente había una pequeña posibilidad de recuperación; es decir que Néstor debía no más resignarse a quedar parálítico. Como el paciente y su familia se negaban admitir tal situación, decidieron solicitar su alta voluntaria para intentar buscar otra alternativa de tratamiento entre naturistas, curanderos, brujos o cualquier otro que le ofreciera más esperanzas de curación.

En ese afán ya habían pasado tres meses y tres semanas, sin evidenciar mejoría alguna, cuando al fin acudieron a nuestra clínica argumentando; *‘Como no me podían garantizar nada en ese hospital (el boliviano holandés) es que he venido a esta clínica, no voy a gastar más plata en vano, si al final igualito no más voy de quedar’*. Ya en la clínica, luego de realizar el examen físico y analizar los resultados de los estudios que podíamos disponer, llegamos al siguiente diagnóstico:

- FRACTURA DE LA PRIMERA VÉRTEBRA LUMBAR POR APLASTAMIENTO, CON SECCIÓN MEDULAR COMPLETA IRREVERSIBLE,
- SEPSIS GENERALIZADA SECUNDARIA A ULCERAS DE DECÚBITO INFECTADAS.
- FACITIS NECROTIZANTE.
- DESNUTRICIÓN CALÓRICO PROTEICA.

Normalmente al encontrarnos frente a un caso tan serio y delicado como este, lo más recomendable y conveniente (para nosotros y para el paciente) hubiera sido transferirlo a un hospital de Tercer Nivel (como lo es el Boliviano Holandés). Pero como aquí, dado que un servicio ‘privado’ de salud que como el nuestro no cuenta con ningún tipo de subvención estatal o institucional, el caso era al revés. El paciente no solo ya había pasado por el hospital Boliviano Holandés, sino había agotado todos los demás recursos a su alcance (naturistas, brujos, astrólogos, etc.) antes de acudir a nuestro servicio buscando una última esperanza; sobre todo así lo expresaba su esposa. Una vez en nuestra clínica y luego de evaluar el caso, tuvimos que explicar detalladamente a la familia lo irreversible y delicado de la situación; *‘En ese hospital no me han explicado de así, solo querían operar sin garantías’*. Además durante todo ese tiempo, debido al poco cuidado de la parálisis, habían surgido otras complicaciones en el paciente; una seria infección de las úlceras de decúbito en muslos, glúteos, y región dorso lumbar. Por eso mismo tuve que explicares aun con más calma que en ese momento el verdadero problema que más nos preocupara no era la parálisis, si no la

infección; la esposa coincidía en eso; *'Esas heridas de por si no más han aparecido', esito quisiera que sane, nada más'* Le explique que frente a la parálisis no podíamos hacer nada pero que haríamos todo a nuestro alcance para tratar de controlar la infección, pero para eso necesitábamos internarlo durante un tiempo en la clínica. Los familiares se reunieron para considerar nuestro planteamiento y al fin tras media hora de discusión accedieron a la interacción.

Durante los once días que el paciente permaneció internado, le fueron efectuados otros exámenes complementarios y recibió tratamiento antibiótico sistemático, analgésicos y dos curaciones diarias de sus úlceras. La evolución fue estacionaria, el paciente no respondía a los antibióticos, por tal razón en dos oportunidades se decidió cambiar el esquema antibiótico. Pesé a tomar todas las medidas a nuestro alcance, su evolución seguía siendo infructuosa y cuando así se lo hicimos saber a su esposa ella reaccionó; *'¿Ahora qué más se puede hacer pues? Sus hermanos ni se preocupan, a mi no más me dejan sola, ni plata siquiera tengo'*, le dijimos que tal vez se podría intentar una o varias cirugías (limpiezas quirúrgicas), pero que serían costosas. Al verla abrumada, al final solo le pudimos aconsejar que a lo mejor en otro hospital podrían disminuir los costos; *'Será tal vez esa su suerte, bien malo siempre era, harto me pegaba, ahora ¿qué voy hacer? lo llevare no mas a la casa'*. Tras once días de internación, vimos impotentes como el paciente y su familia (llorando sin consuelo) abandonaban nuestra clínica. Unas cuantas semanas después, supimos que Néstor finalmente había fallecido en su domicilio.

d) Trayectorias, estrategias, diagnostico y tratamiento Etnocultural- Como ya habíamos mencionado, tras el accidente de Néstor es llevado al servicio de emergencias del Hospital Boliviano Holandés, en donde les explicaron que su problema era grave e irreversible, como allí los médicos no querían asumir ninguna responsabilidad durante y después de la operación, es el propio Nestor quien decide que se lo traslade a su domicilio para allí por sus propios medios curarse con remedios tradicionales. No conocemos los pormenores de ese incidente, pero por referencias de la esposa sabemos que antes de dejar ese hospital no les explicaron a los familiares (o no hicieron bien) que tipo de cuidados debería recibir el paciente (filoterapia, cambiarlo de posición, cuidar su higiene, etc.). Cuando le preguntamos por qué había decidido eso, él nos contesto; *Es que allí no explicaban nada, solo me decían 'hay que operar' nada más. Yo solo quería que me garanticen la operación, así yo hubiera conseguido donde sea la plata para pagar, hubiera buscado la forma.*" Además, como le habían dicho que ningún medico le podía 'garantizar' decidió irse a su casa.

Allí según cuenta la esposa, los hermanos de Néstor, aun siendo ellos evangélicos,

hicieron traer a diferentes curanderos, ofrecían mesas rituales, hacían llamar el animo del enfermo y para que el ‘frió no le pase’ los abrigaban mucho; pensando que quizás eso ayudaría a su curación. Luego de dos meses aparecen ‘llagaduras’ en su espalda (en la región glútea y cara dorsal de los muslos), fiebre y escalofríos. Néstor decía: *‘Los naturistas me han dicho que me estoy debilitando y me han hecho tomar una serie de mates que ni me acuerdo’*. La esposa decía: *‘Notamos que las llagaduras crecían cada vez más, empeoraban y hediondo no mas aparecía, harta pus estaba saliendo, hasta mojar sus ropas y el colchón. Por eso sin consultar a mis cuñados he decidido traerle a esta clínica, por que ya bien mal se estaba poniendo’*.

Ya en nuestro servicio, al evaluar la situación intentamos transferirlo a otro hospital, pero la familia se opuso. Querían que para bien o para mal se lo tratara en este servicio, mantenían esperanzas en nosotros. Luego de explicarles la gravedad de la situación –sin ocultar ningún detalle e intentando despejar cualquier duda al respecto– y las reales posibilidades a nuestro alcance, la familia acepto como una última alternativa a su internación. Afortunadamente la esposa fue muy comprensiva y nos colaboró mucho con el enfermo, ya que durante los once días que Néstor permaneció internado, fue ella la que se encargo de movilizar a toda la familia para conseguir los recursos necesarios para la compra de los medicamentos. Transcurrido los días siguientes de la evolución del paciente no se mostraba mejoría aparente, mas bien se estaba complicando mas, presentándose lo que la biomedicina llama una “Septicemia”, cuadro clínico grave, que por cierto el paciente y su Familia no lograban comprender bien. Una vez que les explicamos con mayor detalle los motivos por los que el tratamiento no estaba resultando, la esposa en lugar de reprocharnos o asumir una actitud hostil hacia nosotros parecía buscar resignarse ante tal situación; *“Qué voy hacer. Sus hermanos con migo no más se van a agarrar – ¿Por qué le has traído aquí?– me van a decir. Otras amistades me han dicho que sus mismos hermanos la han debido embrujar, eso siempre tal vez sea. Además envidia siempre le tenían a mi marido, así de malo era bien trabajador”*.

La actitud frente al tratamiento en el hospital Boliviano Holandés, podríamos definirla como ACTITUD DE RECHAZO TOTAL, puesto que en ese hospital, el personal biomédico no ofreció garantías del planteamiento quirúrgico de su grave enfermedad, además de no brindarle a la familia una explicación, de los detalles de la enfermedad y de su tratamiento. Lo opuesto ocurrió en nuestro servicio, la ACEPTACIÓN fue FÁCIL, por que se explico con detalle los pormenores de su enfermedad, de lo riesgoso y de las mínimas o casi nulas esperanzas de recuperación de su enfermedad. Se accedió a su interacción, permaneció los días indicados

anteriormente, hasta donde sabemos (mediante nuestros informantes) el paciente no fue a otro hospital, permaneció en su domicilio y según supimos su esposa andaba buscando una cura para vencer las penas y tristezas, pero luego de unas semanas el paciente había fallecido.

e) Diagnostico biomédico y etnodiagnostico.-

Diagnostico biomédico:

- Fractura por aplastamiento de la 1ra. Vértebra lumbar, con sección medular irreversible.
- Septicemia, secundaria a Ulceras de decúbito infectadas.
- Facitis necrotizante
- Desnutrición Calórico proteica

Diagnostico Etnocultural (Etnodiagnostico)

- Embrujamiento por demonios
- Debilidad
- Anemia.
- Parálítico.

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento Biomédico:

- Interacción
- Tratamiento específico antibiótico endovenoso.
- Curaciones diarias
- Limpiezas Quirúrgicas.
- Dieta hiperproteica

Tratamiento Etno-cultural:

- Sueros de alimentación para la debilidad
- Ventosas y parches
- Rituales y mesas
- Al Curandero

Análisis del caso 9

En el caso de Nestor debemos analizar ciertos aspectos:

- Cuando acudió en primera instancia al hospital Boliviano Holandés, luego de haber sufrido el accidente, los galenos le propusieron una operación muy cara y riesgosa pero con ella no le ofrecían ninguna garantía de recuperación. Por tanto, la actitud del paciente y su familia fue de

rechazo total frente al planteamiento de una “operación”. Además tampoco les explicaron el tipo de cuidados que en este caso debía recibir el enfermo, lo que al final complico más el caso. Es más, no le ofrecieron apoyo alternativo al tratamiento, como ser fisioterapia, cuidados especiales que requería este tipo de paciente, quizás con ello por lo menos evitar las complicaciones.

- En este caso particular, quizás el paciente haya considerado que su inicial actitud de rechazo total a la biomedicina fue precipitada y su confianza en la medicina tradicional injustificada. Y al acudir a nuestro servicio, más que una solución medica lo que tal vez buscaban era resarcir algún sentimiento de culpa; o a través de otra ‘opinión’ medica encontrar una explicación que los ayudara (sobre todo a la esposa) a comprender o simplemente a no permanecer con una actitud pasiva frente a la enfermedad; Al fin una ultima esperanza o al menos el consuelo de un ultimo esfuerzo.
- Ahora de ningún modo se puede atribuir el rechazo total inicial a determinantes culturales⁸⁴, sino a una evaluación de costo/beneficio (puedo pagarlo o no) que finalmente en cualquier estrato social resulta racional. Por en encima de considerar si fue el descuido o la ignorancia lo que llevo al paciente ha llegara a tal estado, habría que considerar hasta que punto los modernos conocimientos básicos de salud siguen siendo patrimonio de sectores privilegiados.
- En la actitud de resignación de la esposa y en la forma como ella lo expresaba (‘aunque se sane nada más de sus heridas’; ‘esa será su suerte por ser malo’, o sus lamentos por falta de dinero) se podría pensar en un caso de mezquindad o hastien una suerte de revanchismo personal. Pero habría que ponerse en la situación de una mujer pobre y sin estudios que además de hacerse cargo de un esposo parapléjico debe mantener a sus tres hijos escolares; allí no queda mucho campo para románticas consideraciones burguesas.
- Algo curioso en este caso es que los hermanos de Néstor, aún siendo evangélicos, eran los que más insistían en acudir con curanderos naturistas lo que definitivamente influyó en rechazo. Se podría suponer que por su propia naturaleza los movimientos evangélicos tendrían una actitud más acorde hacia los valores de la moderna civilización cristiana occidental y contraria al paganismo anticristiano de las culturas andinas. Sin embargo muestran un apego a prácticas

⁸⁴ A no ser que llevando a un extremo la posición de Oscar Lewis se considere que la pobreza o la ignorancia sean formas de vida culturalmente definidas y por tanto independientes a los fenómenos de marginación o explotación socioeconómica.

mágico rituales ('siembras' y 'sanaciones' por ejemplo) mucho más entusiasta y obsesiva que las propias prácticas de los paganos andinos más tradicionales.

Caso No. 10: Zoila

a) Datos Generales.- Zoila es una joven estudiante de secundaria de 18 años de edad, sus padres viven en Puerto Acosta (provincia Camacho del Departamento de La Paz) Zoila es soltera y es la mayor de tres hermanos y todos dependen de sus padres.

b) Datos del contexto social.- Al igual que sus hermanos, Zoila ayuda a sus padres en sus tareas cotidianas; agricultura y crianza de algunos animales, ella estudia en la unidad educativa de Puerto Acosta, el próximo año (2003) sale Bachiller y después tiene planes de estudiar para maestra, policía o enfermería, depende donde pueda conseguir un trabajo seguro y estable para así ayudar a su familia. Zoila habla bien el aymara y el castellano, es católica y como hija de comunarios no cuenta con ningún tipo de seguro médico.

c) Datos clínico-biomédicos (Examen clínico, diagnósticos y tratamientos biomédicos)

Zoila acude a nuestro servicio en fecha 24 de Diciembre de 2002, por presentar hace aproximadamente dos meses unos nódulos cervicales; al principio eran solitarios pero luego se hacen múltiples. Además presentaba miembros inferiores dolorosos a la palpación y en los últimos tres días había sufrido lipotimias (desmayos) en dos oportunidades junto a epistaxis (hemorragias nasales); según cuenta su padre, siempre fue una muchacha sana que nunca antes había ido al hospital

Una vez en el consultorio, en el examen medico solo evidenciamos solo las nodulaciones cervicales, un ligero dolor abdominal a la palpación compatible con hepato-esplenomegalia (crecimiento del hígado y el bazo) y los relieves óseos que comenzaban a ser cada vez mas prominentes. En base a eso llegamos a siguiente diagnostico presuntivo: Síndrome Paraneoplásico (Síndrome parecido a una enfermedad neoplásica), ¿Leucemia? ¿Linfoma?

Se plantea a la familia que la paciente debe internarse para someterla a unos estudios más rigurosos y así establecer un diagnostico con más objetividad. Los familiares no creen que la situación fuera tan seria como para internarla y a pesar de nuestros intentos de explicación, rechazan de plano nuestro planteamiento e inmediatamente abandonan la clínica. Según algunos testigos que los oyeron cuando se retiraban indignados decían; *“Aquí para cualquier cosa quieren internar. Ya te dicho... debe ser ‘katja’ y esas cosas los médicos no curan, hemos perdido el tiempo no mas. Y*

además no nos van ha devolver nuestra plata, por mirar no más así se cobran pues sin hacerle nada.”

d) Trayectorias, estrategias, diagnóstico y tratamiento Etnocultural

Al principio los familiares y sobre todo la madre de Zoila sospechaban de que ‘frió’ le había provocado ‘paperas’ (“*Esta chica no se abriga*”) por lo que la hacía tomar mates de coca y otras yerbas. Pasaron unos días y no había mejoría aparente, al contrario las nodulaciones se hacían más grandes y dolorosas, entonces decidieron consultar con el médico de su población. Él les indicó que se trataba de un problema infeccioso de las vías áreas superiores, le prescribió inyecciones y pastillas que calmaron las molestias momentáneamente pero al mes siguiente volvieron a presentarse los mismos síntomas. La madre pensaba que solo sería un problema pasajero ya que en el siguiente mes los nódulos cervicales no habían aumentado ni en volumen ni en dolor, pero luego apareció un ligero dolor abdominal. Ese fue el motivo por el que la familia decide trasladarse hasta nuestro servicio en la fecha ya indicada. Pero la madre ya tenía una idea clara. Según ella, como le habían comentado, la enfermedad de su hija no era para el médico sino una enfermedad mística –‘katja’–⁸⁵ que requería de tratamiento ritual.

Ya en la clínica se le realizó el examen médico, sospechamos que se trataba de una enfermedad neoplásica (Linfoma, Leucemia.) y tratamos de explicarles esta situación de la forma más adecuada posible. Pero cuando les planteamos la necesidad de internación para realizar más exámenes, la madre irónicamente nos responde “*¿Mas exámenes, a caso no pueden pescar así no mas lo que tiene mi hija, acaso no hay inyección o algo para hacer perder esas bolitas del cuello? ¿Ni siquiera esta con dolor o con fiebre para que se interne? Además es muy chica para tener esa enfermedad. Mejor nos lo llevaremos no más. ¡Ya ves! Te he dicho siempre que esto debe ser-‘Catia’ -, eso no saben curar los médicos.*”

Diagnóstico biomédico y etnodiagnóstico.-

Diagnóstico biomédico:

- ¿Linfoma?
- ¿Leucemia?
- Adenoma Cervical
- Síndrome paraneoplásico

⁸⁵ “Catja o terreno”, ver en el marco teórico de esta investigación referente a enfermedades para la biomedicina y para la medicina tradicional. (Pág. 26-27)

- Anemia clínica

Diagnostico Etnocultural:

- Catj'a
- Paperas
- Debilidad

f) Tratamiento biomédico y Etnoterapia

Tratamiento Biomédico:

- Internación
- Exámenes complementarios.

Tratamiento Etno-cultural:

- Sueros de alimentación para la debilidad
- Mate de Coca
- Rituales y mesas
- Al Curandero

ANÁLISIS del Caso 10.

Zoila, paciente con probable patología neoplásica. Esta claro que aquí no existía un diagnostico concreto, solo una sospecha basada en el examen clínico y que a nosotros mismos nos quedaban serias dudas que hubiéramos querido despejar. Pero todo eso fue imposible cuando la familia se negó tajantemente a siquiera entender cualquiera de nuestras razones. Además, para nosotros mismos las evidencias eran confusas y sin contar con ningún resultado de una prueba concreta, no podíamos insistir en algo que para nosotros todavía solo era una sospecha, y no algo concreto.

HISTORIA CLÍNICA

(Versión convencional)

No:.....

a) Datos generales: (Del paciente)

Nombre y Apellidos:

Edad:.....Sexo :.....Estado civil:.....Fecha:.....

Dirección (Calle y Zona):.....

Lugar de Nacimiento (Procedencia).....

Responsable (Garante).....

- Motivo de consulta y Enfermedad actual:.....

.....

.....

.....

- Antecedentes patológicos, Familiares, personales y ginecobstetricos . (Lo más importante)

.....

.....

.....

- Examen Físico General:

.....

.....

.....

.....

.....

- Diagnósticos:

.....

- Tratamiento:

.....

.....

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

FIRMA.....

Anexo No. 3

HISTORIA CLÍNICA

(Versión Nueva) Las diferencias están marcadas con

No:.....

a) Datos generales: (Del paciente)

Nombre y Apellidos:

Edad:.....Sexo :.....Estado civil:.....Fecha:.....

Dirección (Calle y Zona):.....

Nombre del Acompañante:.....Es tado Civil.....Parentesco:

1. Madre () 2. Padre () 3. Cónyuge () 4. Hermano(a) () 5. Hijo(a) () 6. Otros ()

(En caso que el paciente se menor de de edad encuestar al acomp añante)

b) Datos del contexto social: (Encuesta) la respuesta debe marcar con una "X"

- **Lugar de Nacimiento:**1.Urbano () 2. Peri urbano () 3. Rural ()

- **Residencia habitual:**1 Urbano () 2. Peri urbano () 3. Rural ()

- **Nivel de instrucción formal del Paciente:** 1. Ninguno () 2. Primaria () 3. Secundaria ()
4. Técnica () 5. Univ. ()

- **Nivel de instrucción del Acompañante:** 1. Ninguno () 2. Primaria () 3. Secundaria ()
4. Técnica () 5. Univ. ()

- Idioma del paciente:

1. Monolingüe Aymara () 2. Monolingüe Castellano () 3. Bilingüe Cast.- Aymara ()
4. Bilingüe otros idiomas () 5. Trilingüe y más otros idiomas () 6. Otros ()

- Idioma del Acompañante:

1. Monolingüe Aymara () 2. Monolingüe Castellano () 3. Bilingüe Cast.- Aymara ()
4. Bilingüe otros idiomas () 5. Trilingüe y más otros idiomas () 6. Otros ()

- Ocupación del paciente:

0. No trabaja: ()

1. Cuentapropistas: A. Comerciante () B. Artesanos () C. Servicios () D.- Profesionales ()

2. Asalariados: A. Permanente () B. Rentistas () C. Eventual ()

3. Agricultores: A. Tierra Propia () B. Jornalero ()

4. Desempleado: () 5. Estudiantes () 6. Labores de Casa ()

- Ocupación del acompañante:

0. No trabaja: ()

1. Cuentapropistas: A. Comerciante () B. Artesanos () C. Servicios () D.- Profesionales ()

2. Asalariados: A. Permanente () B. Rentistas () C. Eventual ()

3. Agricultores: A. Tierra Propia () B. Jornalero ()

4. Desempleado: () 5. Estudiantes () 6. Labores de Casa ()

- **Filiación religiosa:** 1. Católica () 2. No católica () Especificar.....

- **Cuenta Con Algún tipo de Seguro médico:** 1. Si () 2. No ()

c) Datos Etnoculturales y la historia clínica propiamente dicha:

- **¿A que o a quien primero acudió, Ud. antes de venir a esta clínica?**

1. Medicina tradicional () 2. Al familiar o vecino () 3. Automedicación ()

4. A otro médico () 5. A ninguna () 6. Farmacia ()

- **Motivo de consulta y Enfermedad actual:**.....

.....
.....
.....

- **Antecedentes patológicos, Familiares, personales. (Lo más importante)**

.....
.....
.....

- **Examen físico general:**

.....
.....
.....

Diagnósticos: (Etnocultural Vs. Biomédico)

Diagnósticos Médicos.....

Diagnostico Etnocultural (Etnodiagnóstico).....

- **Tratamientos: (Etnocultural Vs. Biomédico)**

Tratamiento Médico.....

Tratamiento Etnocultural (Etnoterapia).....

- **Según su opinión la enfermedad que esta consultando esta causado por:**

.....
.....

- **Actitud del paciente, frente al tratamiento biomédico planteado:**

1.- Rechazo Total **RT** () 2.- Aceptación Difícil **AD** () 3.- Aceptación fácil **AF** ()

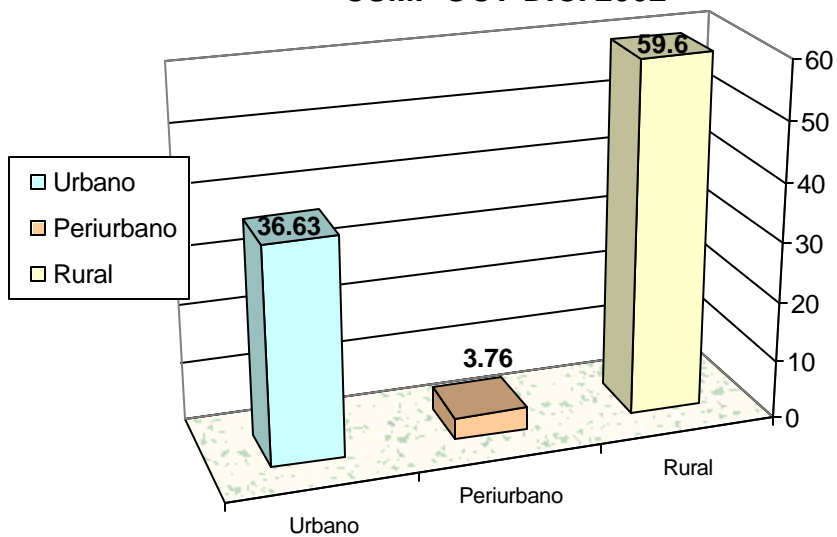
OBSERVACIONES:

.....
.....

FIRMA.....

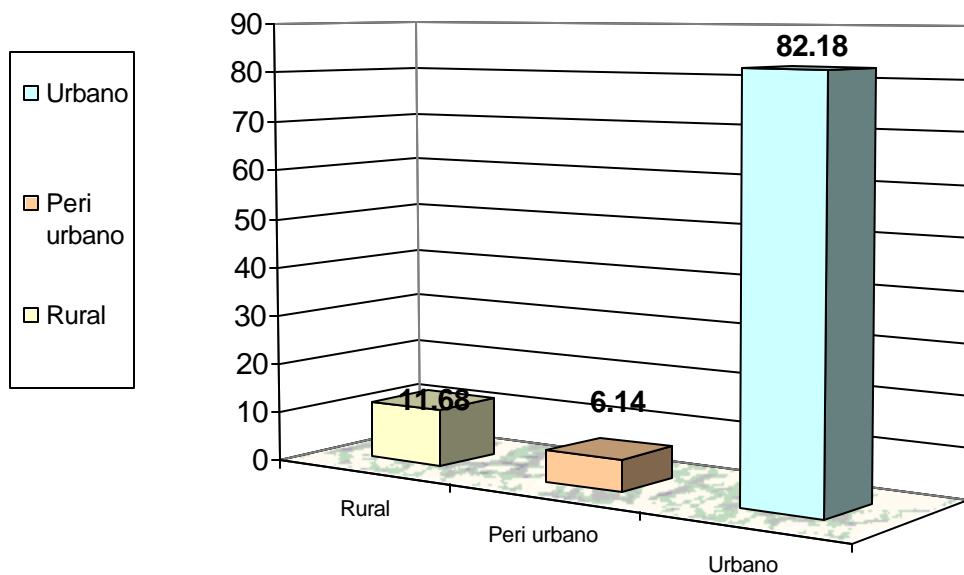
GRAFICOS

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC. 2002



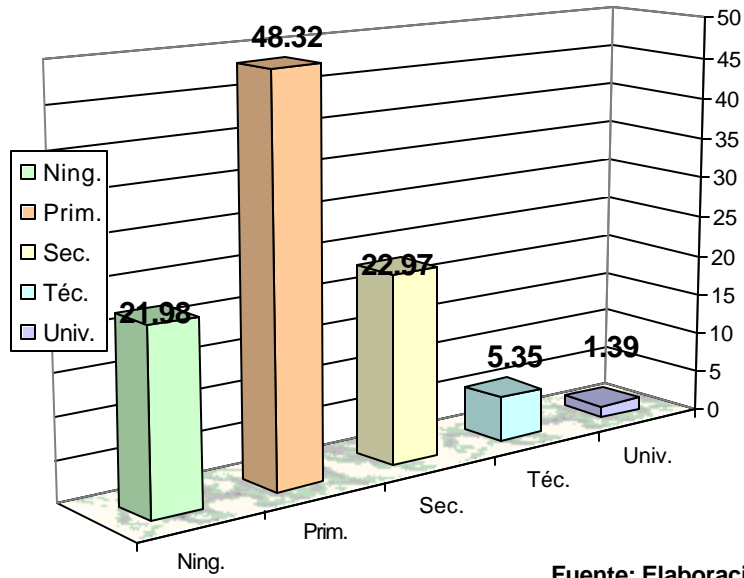
Fuente: Elaboracion propia CSMP 2002

RESIDENCIA HABITUAL DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



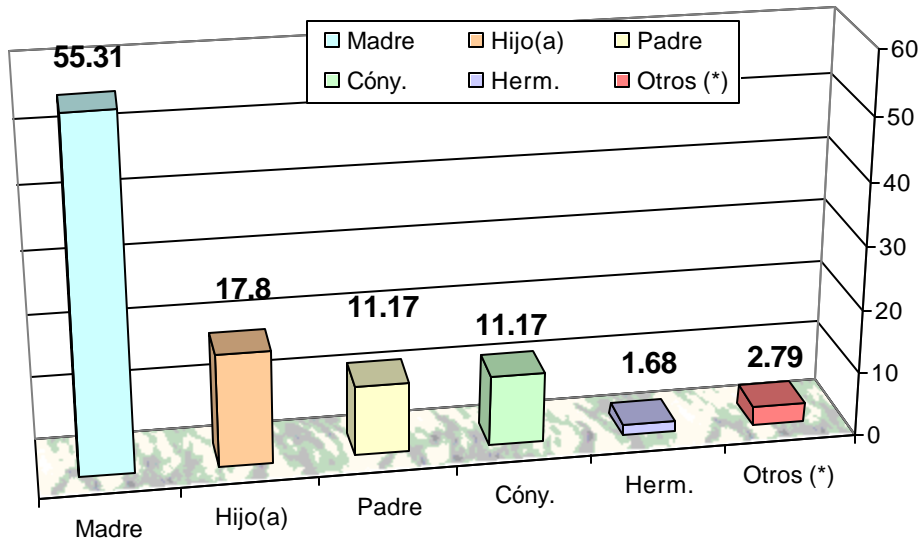
Fuente: Elaboracion propia CSMP 2002

GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



Fuente: Elaboracion propia CSMP 2002

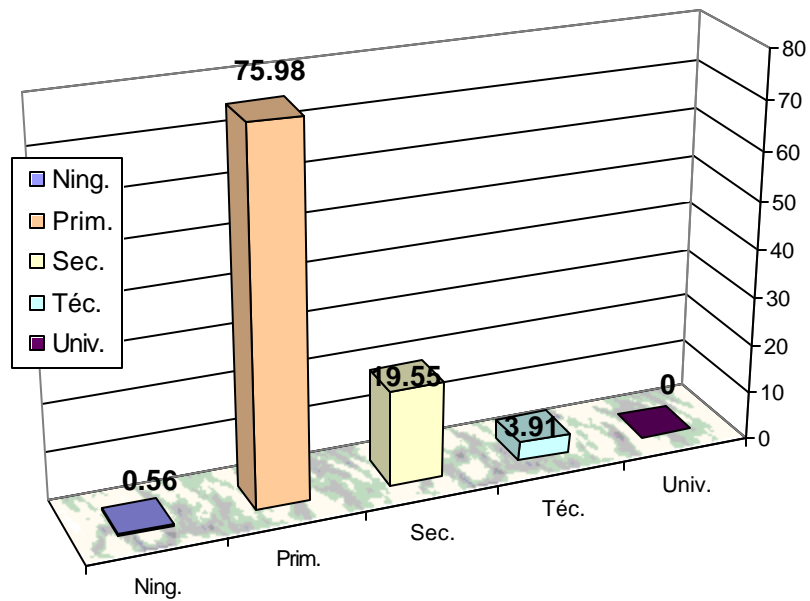
RELACION FAMILIAR DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CSMP OCT-DIC 2002



(*) Incluye también cuñados(as), abuelos(as), amigos(as)

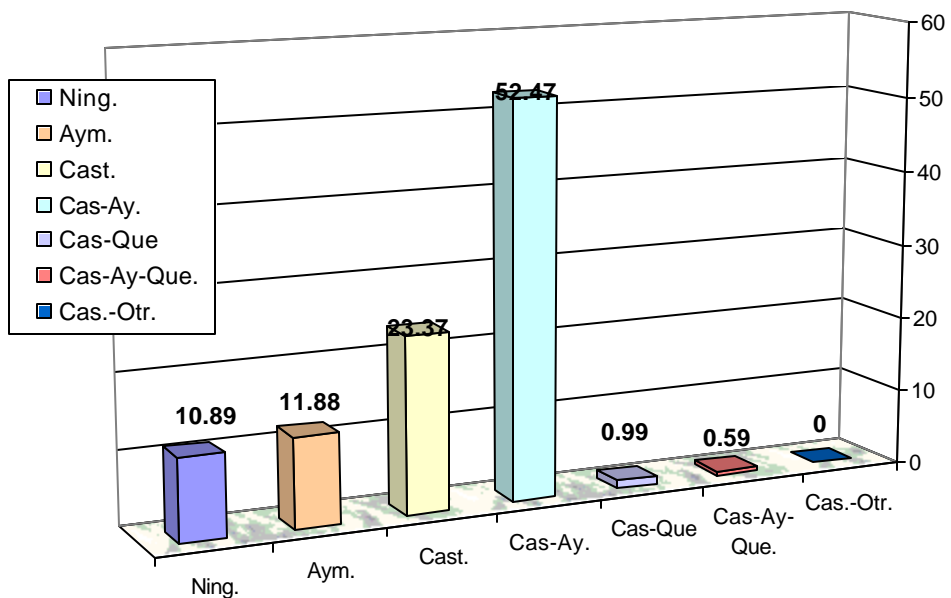
Fuente: Elaboracion propia CSMP 2002

GRADO DE INSTRUCCION DEL ACOMPAÑANTE DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



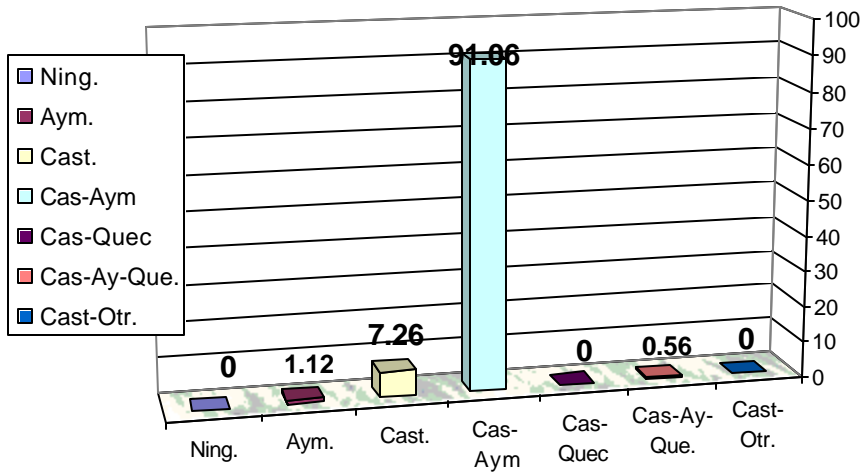
Fuente: Elaboracion propia CSMP 2002

IDIOMAS DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



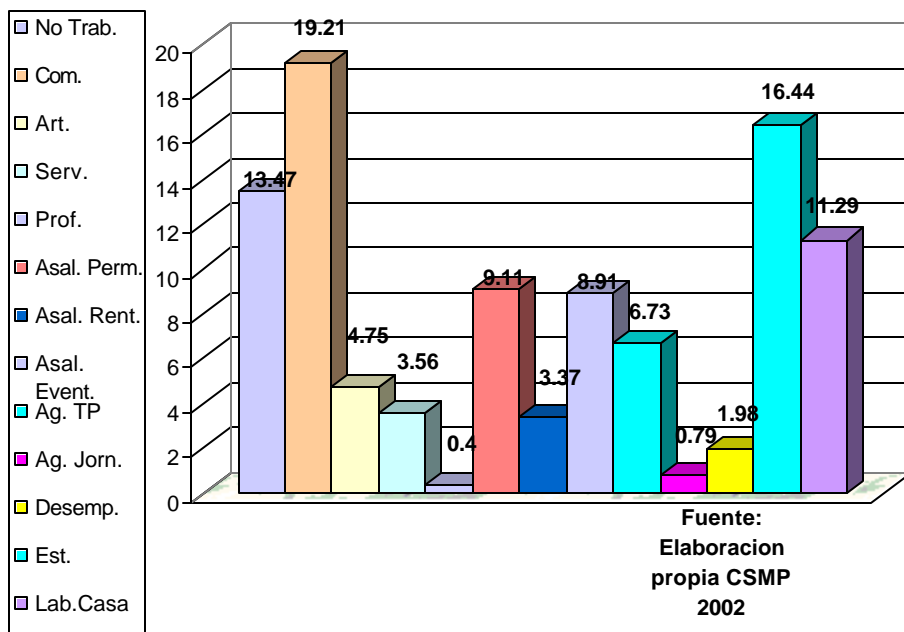
Fuente: Elaboracion propia CSMP 2002

IDIOMA DEL ACOMPAÑANTE DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



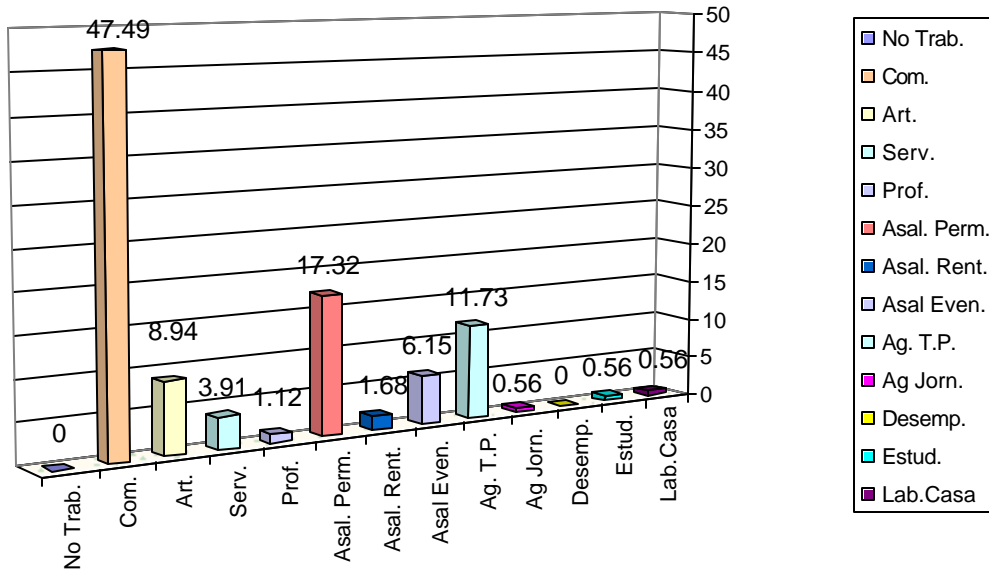
Fuente:Elaboracion Propia CSMP 2002

OCUPACION DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



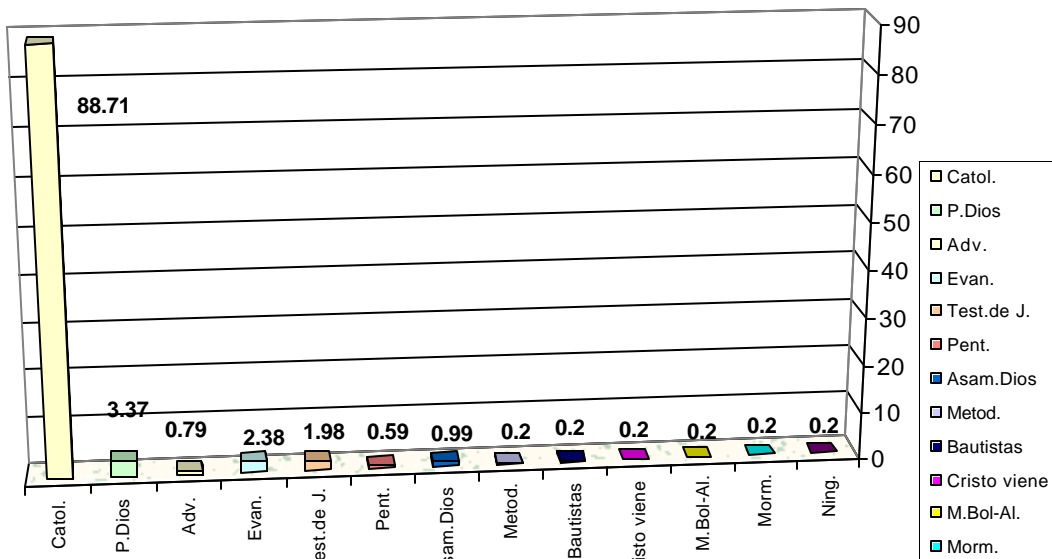
Fuente:
Elaboracion
propia CSMP
2002

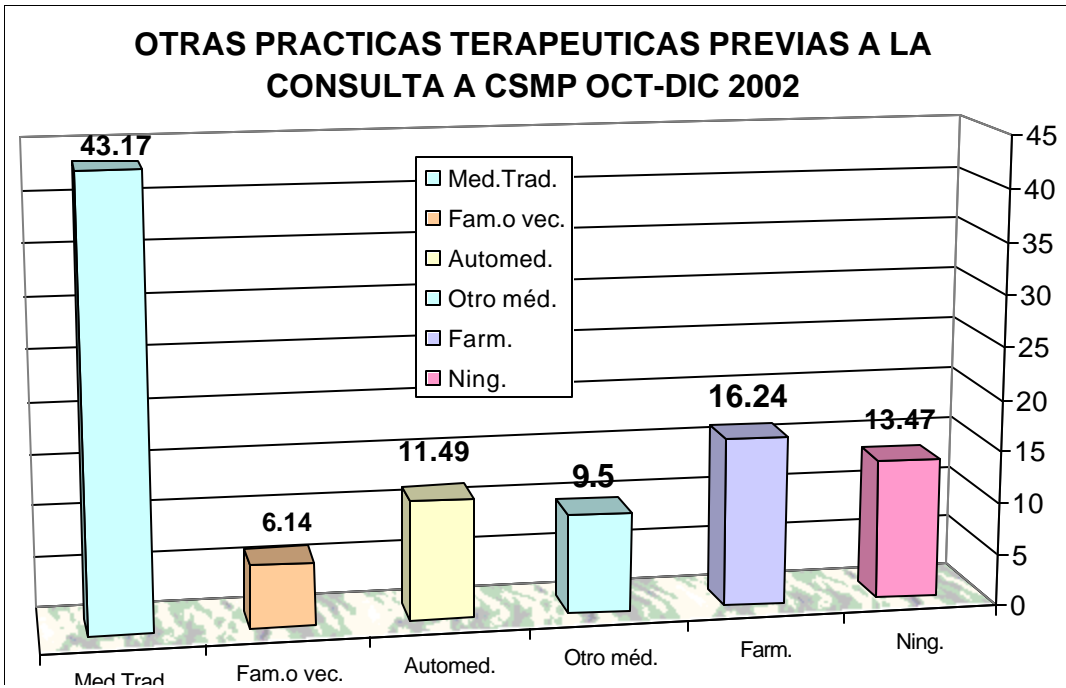
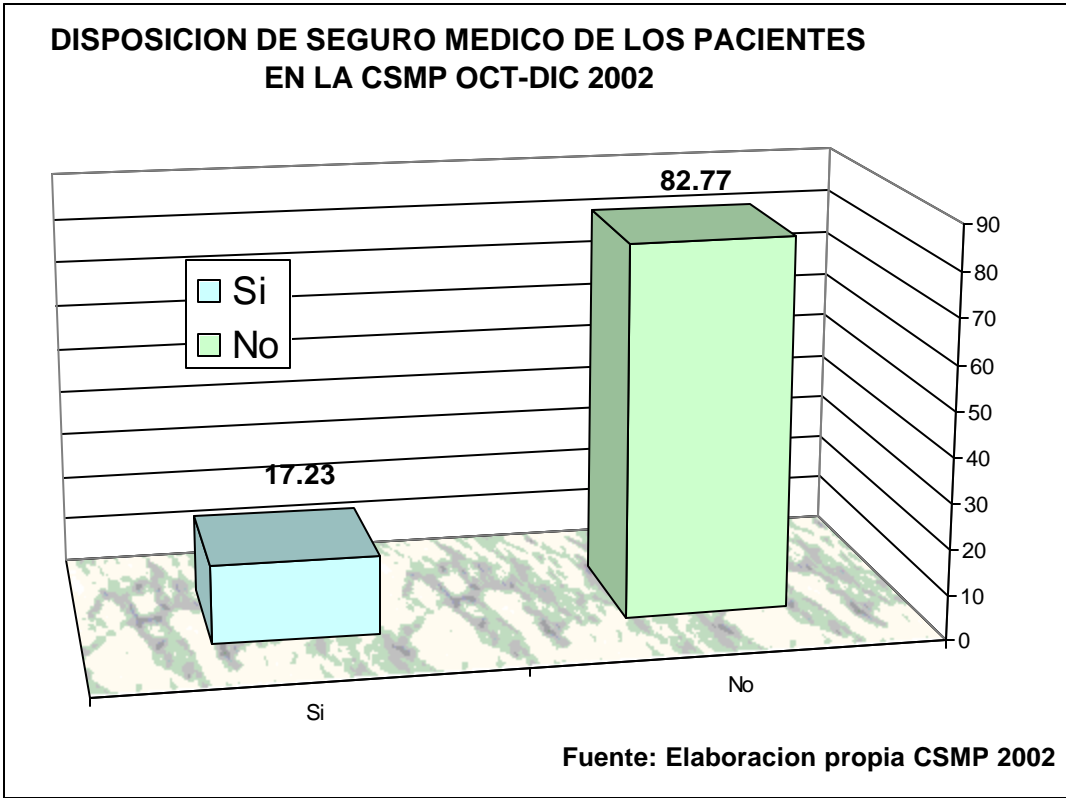
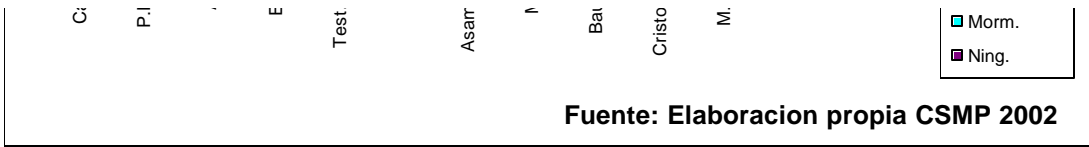
OCUPACION DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE DE LA CSMP OCT-DIC 2002



Fuente: Elaboracion propia CSMP 2002

RELIGION DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002





Med.Trad.

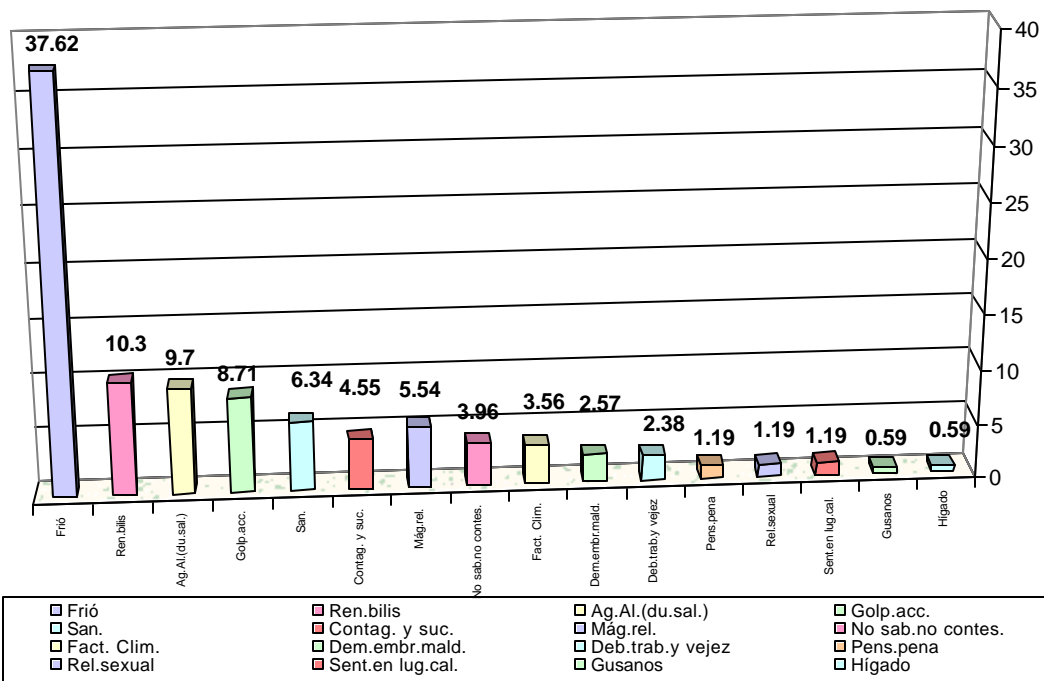
Fam.o vec.

Automed.

...

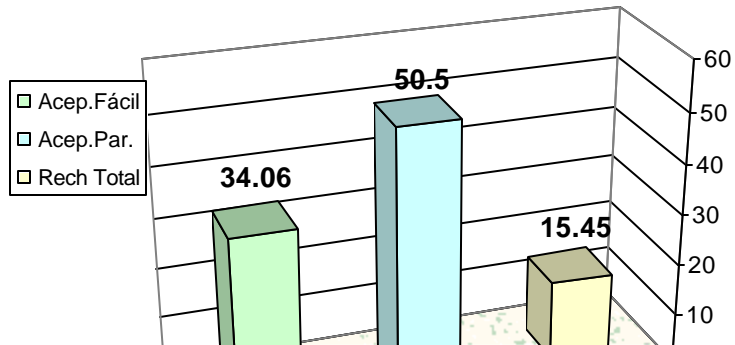
Fuente:Elaboracion Propia CSMP 2002

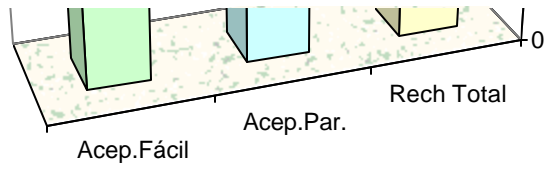
CAUSAS DE LAS ENF. SEGUN LOS PACIENTES EN CSMP OCT-DIC 2006



Fuente:Elaboracion Propia CSMP 2002

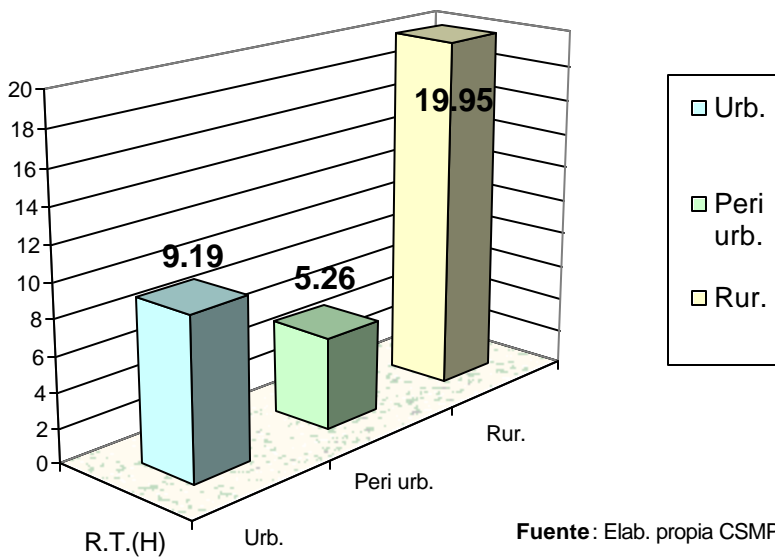
ACTITUD DE LOS PACIENTES FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO EN LA CSMP OCT-2002



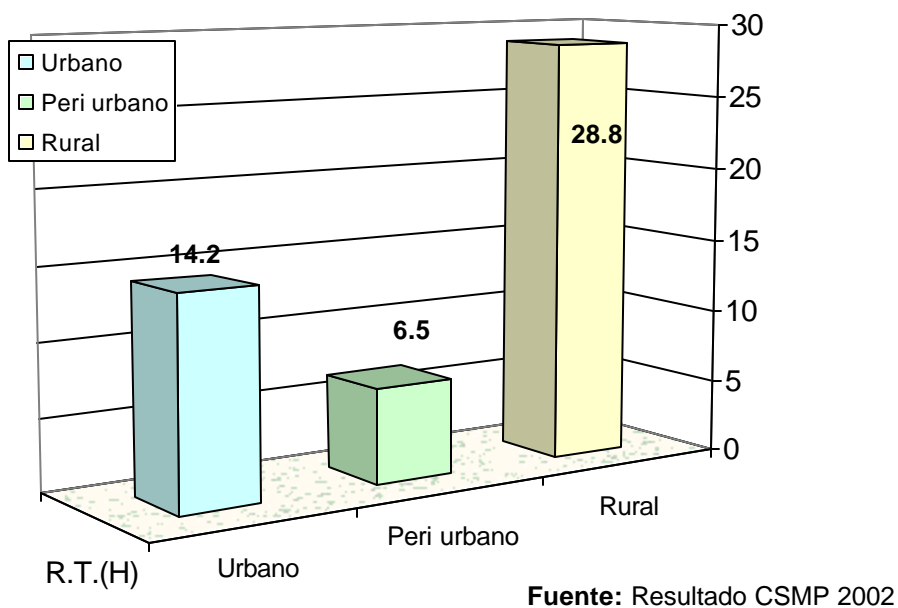


Fuente: Resultados CSMP 2002

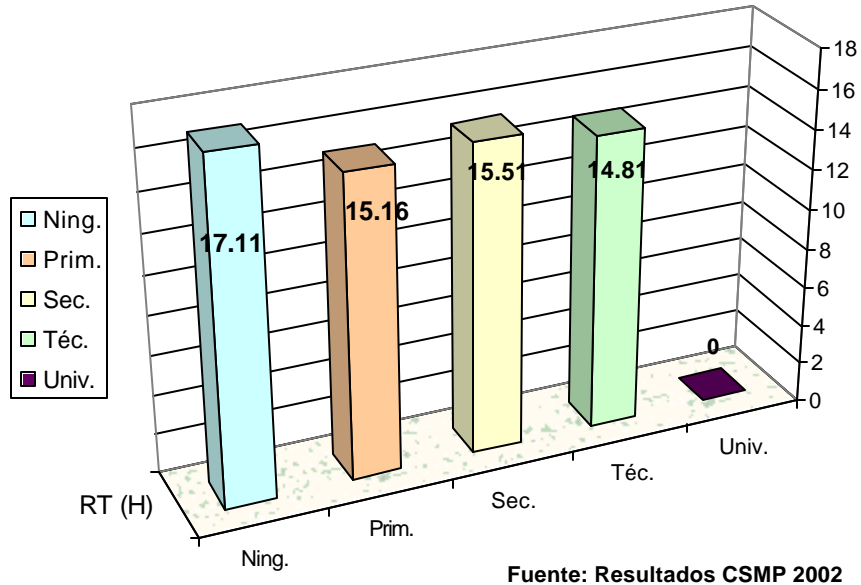
COMBINACION ENTRE EL LUGAR DE NACIMIENTO Y LA ACTITUD (RT) FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



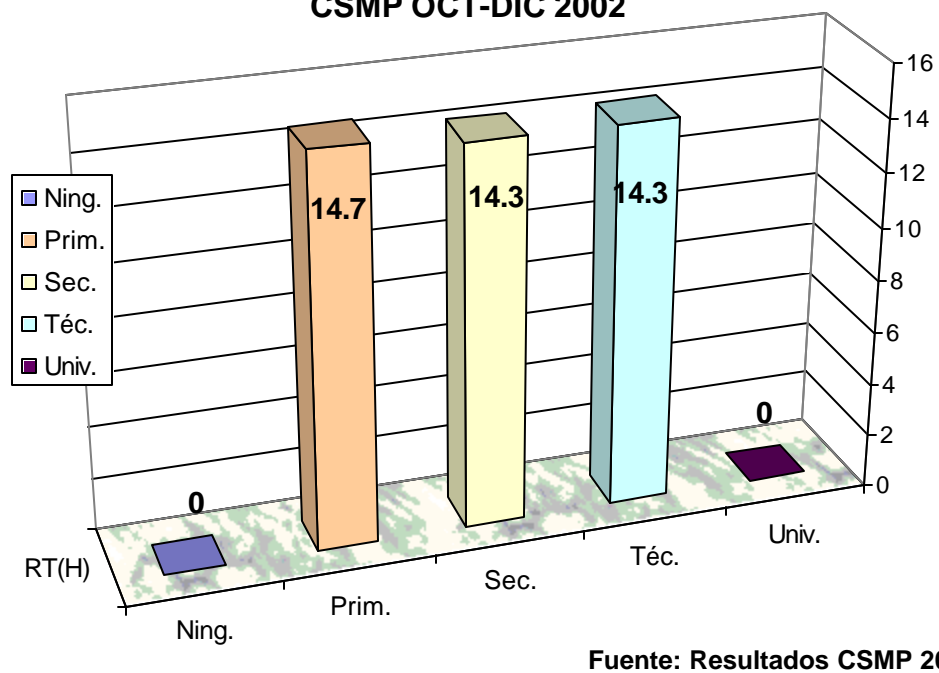
COMBINACION ENTRE LA RESIDENCIA HABITUAL Y LA ACTITUD (RT) FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



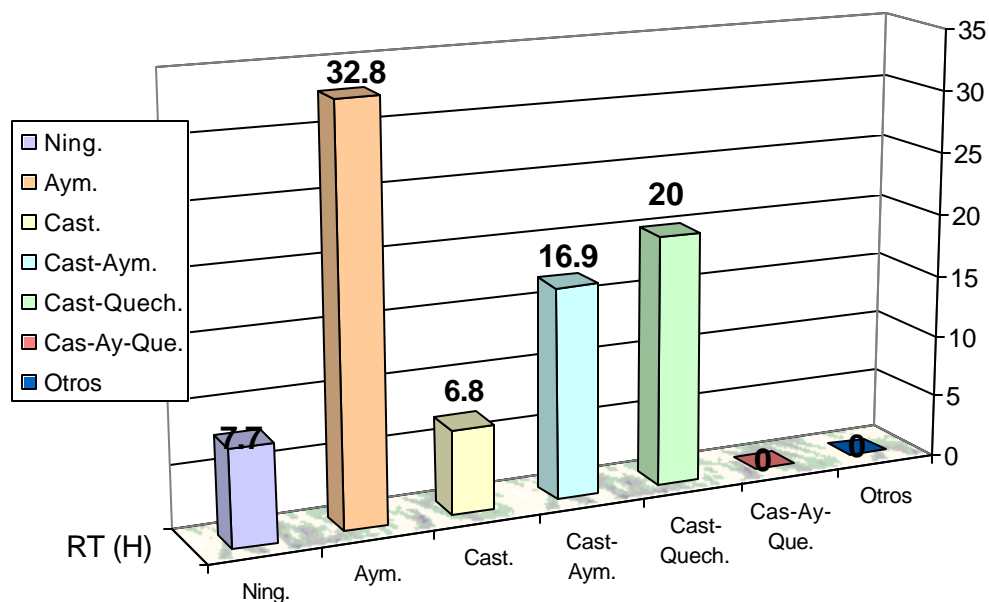
COMBINACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCION Y LA ACTITUD (RT) FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



COMBINACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCION Y LA ACTITUD (RT) FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CSMP OCT-DIC 2002

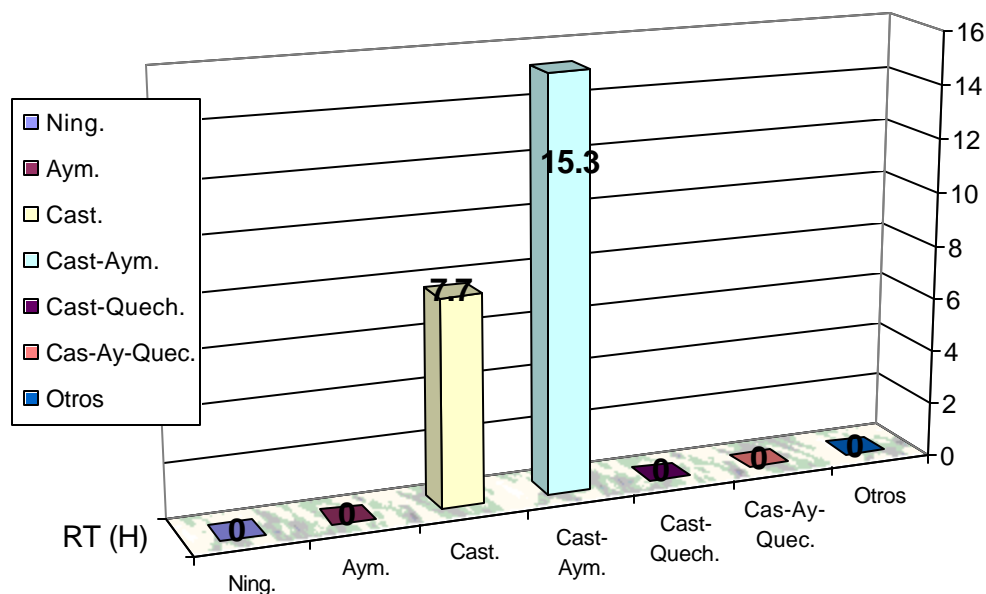


**COMBINACION ENTRE EL IDIOMA Y LA ACTITUD (RT)
FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO EN LA CSMP
OCT-DIC 2002**



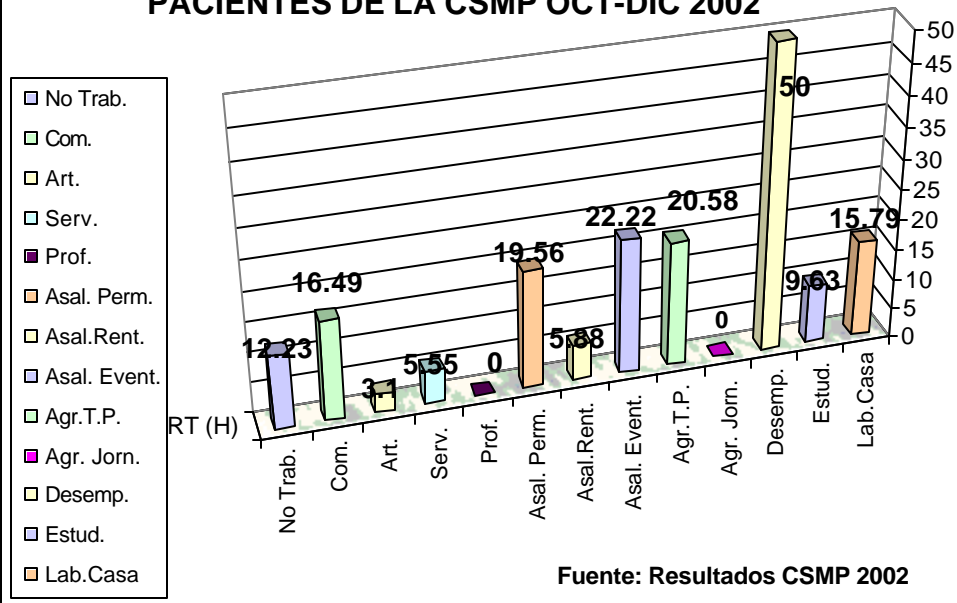
Fuente: Resultado CSMP 2002

**COMBINACION ENTRE EL IDIOMA Y LA ACTITUD (RT)
FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DEL
ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CSMP OCT-
DIC 2002**

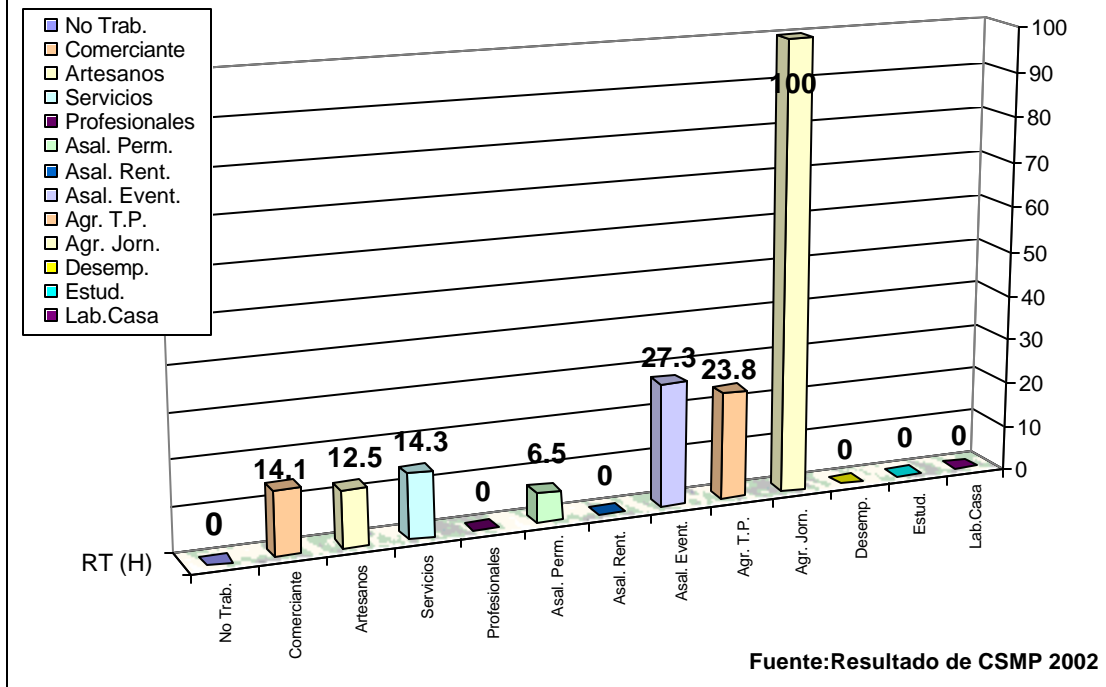


Fuente: Resultados CSMP 2002

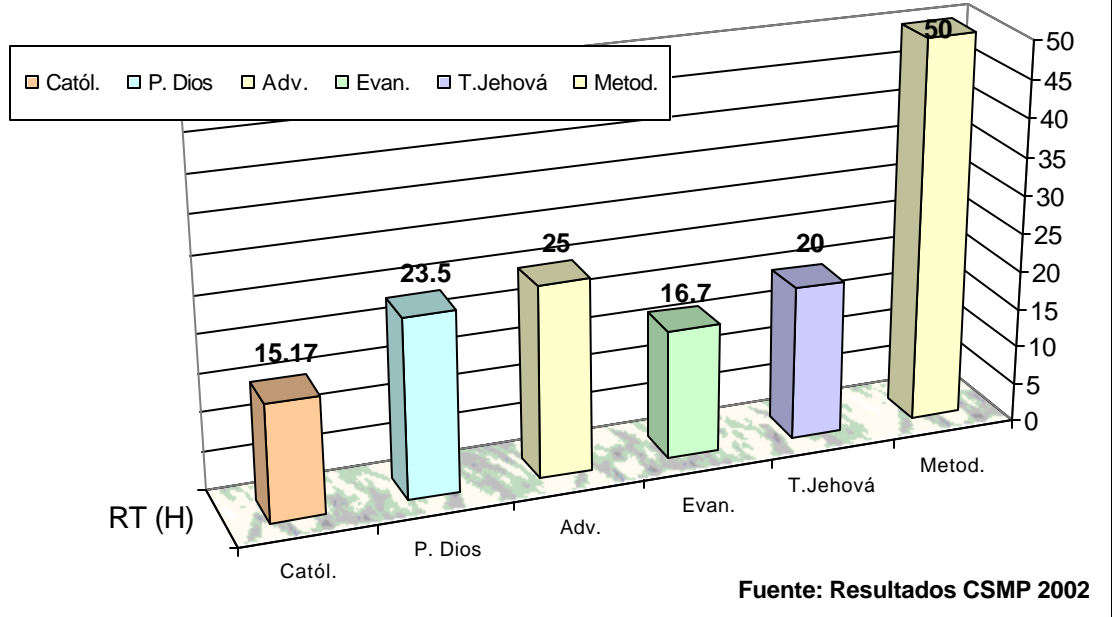
COMBINACION ENTRE LA OCUPACION Y LA ACTITUD (RT) FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO EN LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC 2002



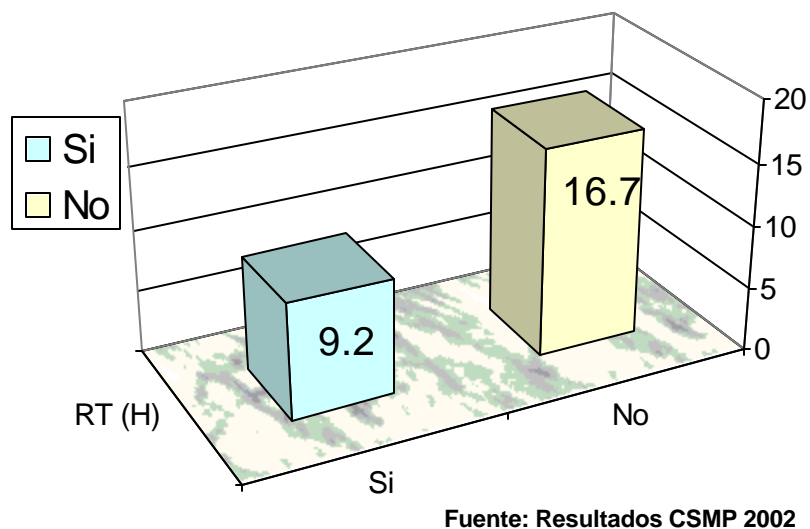
COMBINACION ENTRE LA OCUPACION Y LA ACTITUD (RT) FRENTE AL TRATAMIENTO BIOMEDICO, DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CSMP OCT-DIC-2002



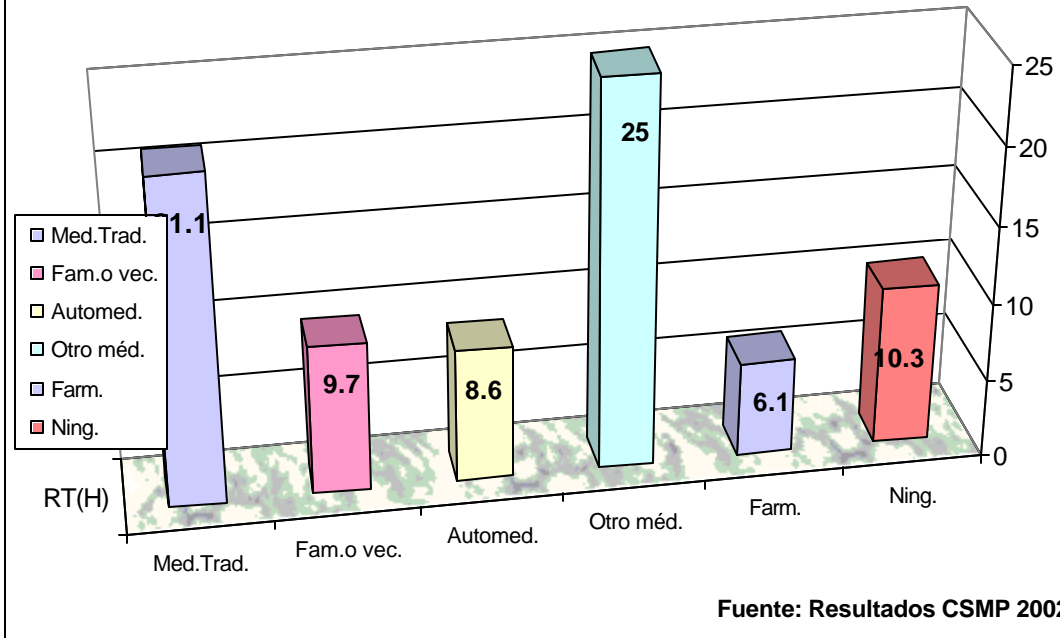
**COMBINACION ENTRE LA RELIGION Y LA ACTITUD
FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DEL PACIENTE
CSMP OCT-DIC 2002**



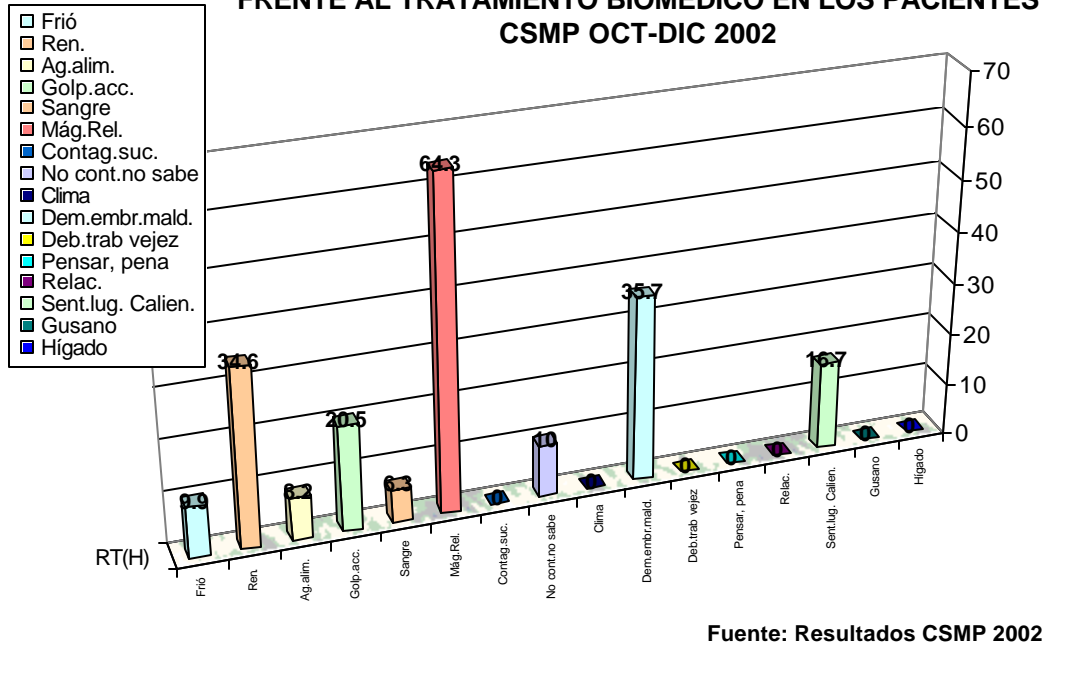
**COMBINACION ENTRE LA TENECIA O NO DE SEGURO
MEDICO, CON LA ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO
MEDICO DE LOS PACIENTES DE LA CSMP OCT-DIC
2002**



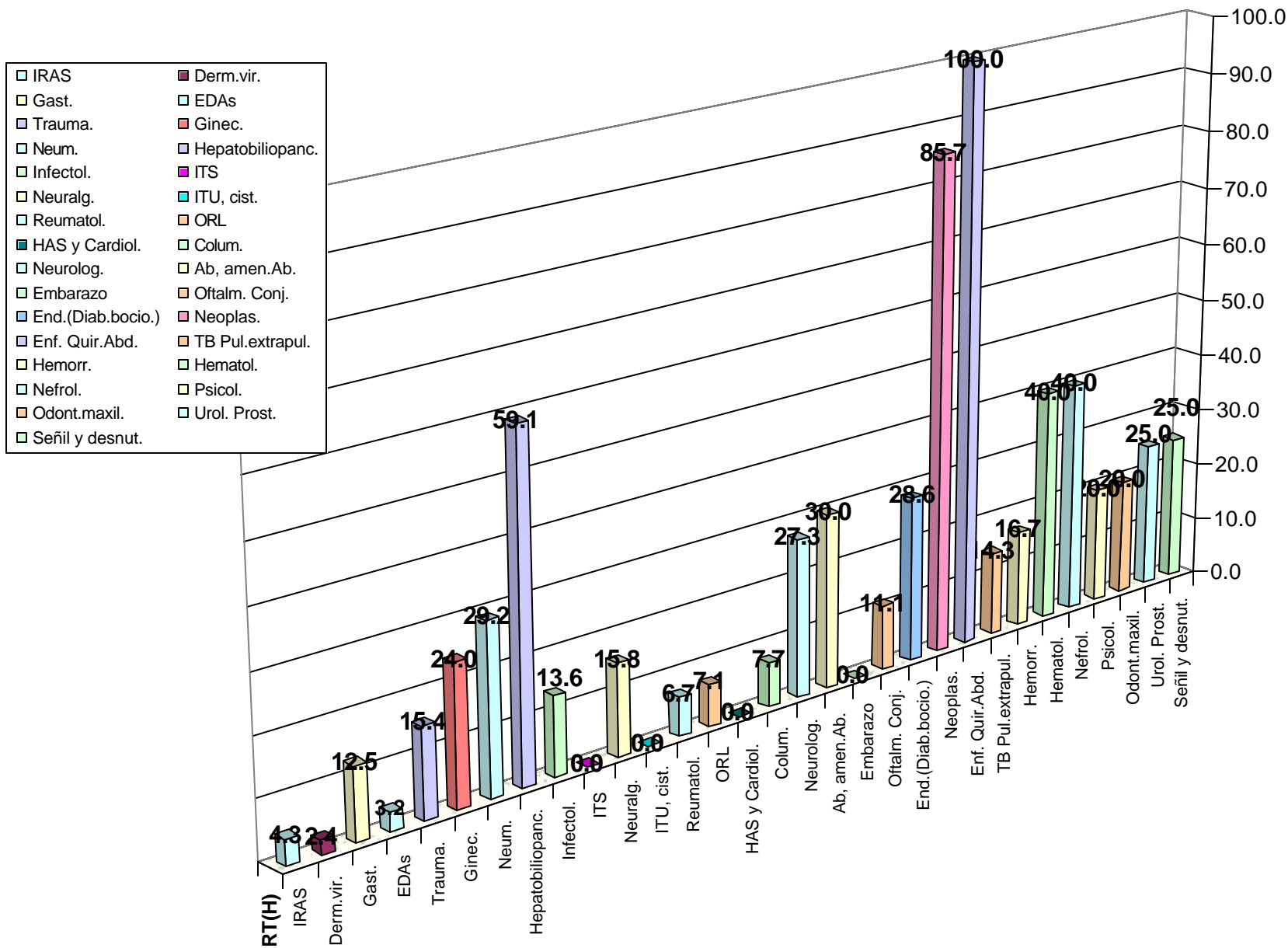
**COMBINACION ENTRE OTRAS PRACTICAS
TERAPEUTICAS PREVIAS, CON ACTITUD(RT) FRENTE AL
TRATAMIENTO MEDICO DE LOS PACIENTES DE LA CSMP
OCT-DIC 2002**



**COMBINACION ENTRE LAS CAUSAS DE LAS PATOLOGIAS
SEGUN CRITERIO DEL PACIENTE, CON LA ACTITUD (RT)
FRENTE AL TRATAMIENTO BIOMEDICO EN LOS PACIENTES
CSMP OCT-DIC 2002**



COMBINACION ENTRE LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS CON LA ACTITUD (RT) FRENTE AL TRATAMIENTO MEDICO DE LOS PACIENTES EN LA CSMP OCT-DIC 2002



Fuente: Resultados CSMP 2002