
ARTÍCULO ESPECIAL

Empacho y prácticas terapéuticas en la costa chica de Guerrero y Oaxaca

Luz María Espinosa-Cortés,* Beatriz Adriana Hernández-Martínez*

* Departamento de Estudios Experimentales y Rurales. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Empacho and therapeutic practices in the Costa Chica of Guerrero and Oaxaca

ABSTRACT

Introduction. *Empacho is one of the main traditional illnesses recognized by the inhabitants of the coast of Oaxaca and Guerrero. Material and methods.* This is a qualitative study based on the in depth analysis of the interviews held with fourteen informants: mothers, grand-mothers, physicians and folk healers or therapists specialists among others, from the localities of Charco Redondo, El Azufre and El Ciruelo in Oaxaca; Las Peñas, La Fortuna and the municipal head of Copala in Guerrero. **Results.** Our results show that empacho is a childhood endemic illness that can be differentiated from other gastrointestinal diseases. The care for this illness starts at home, where the mother alone or with the support of other women who are part of her social network, decide what steps to take for its care. **Conclusions.** Empacho used to be and continues to be a major health problem for social groups mainly from the countryside because it is considered life threatening. Therefore, it should be considered among the main illness that affect especially babies and preschoolers. However, mothers refrain from talking about this disease and its treatment in order not to be scolded by their conventional doctor.

Key words. Sociocultural epidemiology. Representations and social practices. Physician-patient relationship. Gastrointestinal disease. Self-care.

INTRODUCCIÓN

En el pasado, en la medicina académica, se llamó al empacho de muchas maneras: ahito, indigestión, enteritis, dispepsia o embarazo gástrico u obstrucción intestinal.¹ Desde la mirada biomédica se trata de la disminución de la movilidad intestinal, pero la medicina tradicional lo refiere como paralización de la digestión, la cual afecta a todas las personas, pero

RESUMEN

Introducción. El empacho forma parte de las principales enfermedades tradicionales reconocidas entre los costeños de Oaxaca y Guerrero. **Material y métodos.** Estudio cualitativo en el que se analizaron las entrevistas con profundidad de 15 informantes, entre ellos: madres, abuelas, médicos alópatas y curadoras o terapeutas especialistas de las localidades de Charco Redondo, El Azufre y El Ciruelo (Oaxaca); Las Peñas, La Fortuna y la cabecera del municipio de Copala (Guerrero).

Resultados. El empacho es un padecimiento endémico infantil diferenciable de otras enfermedades gastrointestinales. Su atención comienza en la casa, donde la madre sola (o con el apoyo de la experiencia de otras mujeres que integran su red social) decide la ruta a seguir para su atención. **Conclusiones.** El empacho sigue siendo un problema de salud para los conjuntos sociales, principalmente del medio rural, porque puede conducir a la muerte, por lo que debe considerarse entre las principales enfermedades que afectan sobre todo a bebés y preescolares. No obstante, las madres evitan hablar de esta enfermedad y de su tratamiento para no ser regañadas por el médico convencional.

Palabras clave. Epidemiología sociocultural. Representaciones y prácticas sociales. Relación médico-paciente. Enfermedad gastrointestinal. Autoatención.

sobre todo a la población infantil. Socialmente la reconocen los estratos medios y bajos, de México hasta la Patagonia y los latinoamericanos en Estados Unidos y Canadá.²

En México el empacho quedó registrado por primera vez en el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (Libro de las hierbas medicinales de los indios) conocido como el Códice de la Cruz-Badiano escrito en náhuatl en 1552 por Martín de la Cruz del Colegio de

la Santa Cruz de Tlatelolco, que después tradujo al latín el médico indígena de Xochimilco Juan Badiano.³

Durante la época novohispana y gran parte del siglo XIX el empacho fue tema de acaloradas discusiones entre los médicos mexicanos. En el último siglo, por ejemplo, Eduardo Liceaga (1839-1920) lo definió como “la detención en una parte del tubo digestivo de una sustancia alíbíl o no alíbíl que da lugar a diversos fenómenos locales y generales graves”;⁴ y para el médico Juan María Rodríguez se trataba de un “embarazo, estorbo, dificultad, indigestión, causada por el detenimiento de sustancias alíbiles o no alíbiles en algún punto del tubo intestinal”.⁴ Conviene aclarar que el término “alíbidad” se interpreta como el grado de digeribilidad o indigeribilidad de aquello que se ha comido.

Por su parte, Gregorio Vargas, alumno de Liceaga, planteó la pregunta en su tesis *¿Existe el empacho en los niños?* La respuesta fue afirmativa y no sólo eso, concluyó que además ponía en riesgo la vida infantil cuando no se atendía a tiempo, siendo las madres las principales aliadas en el diagnóstico de la enfermedad.⁴ A partir del siglo XX, la Academia de la Medicina abandonó este término dejando de aparecer en la guía de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y pasó a ser considerado como síndrome culturalmente definido, y objeto de estudio de la Antropología médica, Historia de la medicina y de la Epidemiología histórica.

Desde la antropología médica destaca el trabajo de Zolla, *et al.*,⁵ en donde los autores agruparon las causas en cantidad, calidad de los alimentos, oportunidad de la ingesta y condiciones como el medio ambiente físico y social que rodea a las personas en el momento de sentarse a comer. En cambio, desde la Historia de la medicina y Epidemiología histórica, Campos,^{1,6,7} además de rescatar las experiencias de los médicos en México sobre el empacho (especialmente del siglo XIX),⁷ en su artículo *Mortalidad por empacho en el suroeste del Valle de México (1834-1867)*, publicado en coautoría con Vargas, mostró estadísticamente la trascendencia epidemiológica de esta enfermedad al ubicarse entre las diez principales causas de muerte general, con mayor riesgo para el grupo de edad de más de un año y menos de cinco años; además de ser endémica, estacional (se presenta sobre todo en verano) y diferenciable de otros trastornos gastrointestinales como enteritis o diarreas.¹ Los recursos terapéuticos que los médicos alópatas utilizaron hasta el siglo XIX para atender esta enfermedad fueron los purgantes suaves, vomitivos y masajes para “tronar” o “quebrar” el empacho,⁷ que hoy forman parte de los recursos que

utilizan las terapeutas tradicionales contemporáneas. En algunas localidades han incorporado sustancias químico-farmacéuticas comerciales para garantizar la eficacia del tratamiento.

Ahora bien, la construcción social de esta enfermedad en las localidades estudiadas muestra, por una parte, la historicidad diacrónica de los saberes y conocimientos en el proceso salud-enfermedad¹ en el que las madres son el principal actor social; por otra, muestra a una enfermedad que junto a las diarreas, las infecciones respiratorias y la parasitosis intestinal, representa uno de los principales daños a la salud de la población infantil. Es decir, el empacho forma parte del perfil epidemiológico de algunos grupos socioculturales, con el cual, a veces el médico alópata se tropieza a la hora de la consulta en los centros de salud y hospitales comunitarios. Pero, ante el desconocimiento de la historicidad de los saberes explicativos y de las prácticas de atención de las madres en el primer nivel, recurren al regaño y descalificación.

OBJETIVO

Mostrar la construcción sociocultural de la enfermedad y las prácticas terapéuticas a partir de la experiencia de los actores sociales para contribuir en la reflexión sobre este concepto en la atención primaria a la salud. La unidad de análisis es la experiencia frente a esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Materiales y técnicas de estudio

Estudio cualitativo etnográfico derivado del proyecto “Epidemiología sociocultural en siete poblaciones afrodescendientes de la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca desde la visión de las mujeres”, fue aprobado por el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Los resultados corresponden a las localidades Las Peñas, La Fortuna y la cabecera municipal de Copala (Guerrero); Charco Redondo, El Ciruelo y El Azufre (Oaxaca). El consentimiento escrito o verbal fue individual y se obtuvo antes de iniciar la entrevista, garantizando a cada participante el empleo de seudónimos en la exposición de los resultados, por lo que los nombres empleados son ficticios. Previamente se obtuvo el consentimiento verbal de las autoridades locales quienes propusieron algunos informantes, y a partir de estos últimos se escogieron otros. Las herramientas fueron entrevistas con

profundidad semi-estructurada en las que se abordaron causas, síntomas, diagnóstico, combinación de las prácticas y recursos terapéuticos, y relación médico-paciente. Cada localidad se visitó dos veces entre junio 2009 y septiembre 2010 en períodos de cinco a ocho días, adaptándose al tiempo de los informantes. En la segunda visita se les regresó su entrevista transcrita, salvo a la médica que cambió de lugar de trabajo.

Población del estudio

Se entrevistaron a 20 informantes y se seleccionaron los relatos de 13 mujeres pertenecientes a la comunidad, una médica y un médico usuario indirecto de la medicina tradicional. La edad de las curadoras fue de más de 50; de las madres y abuelas de 24 a 70 años (Cuadro 1); algunas madres remitieron al médico de consulta privada que entendía esta enfermedad. Para su estudio se consideraron tres actores sociales:

- Enfermos de empacho y sus acompañantes.
- Curadores que conocían la técnica terapéutica.

- Médicos de los Centros de Salud y consulta privada.

Definiciones conceptuales

- **Proceso salud-enfermedad-atención.** Supone la construcción de “representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por daños a la salud”,⁸ las cuales no son comprensibles fuera del contexto sociocultural e histórico donde fueron construidas.⁹⁻¹²
- **Saberes.** Son conocimientos construidos socialmente que comprenden las representaciones y las prácticas a través de las cuales cada grupo familiar e individuos afrontan un daño a la salud. En el proceso salud-enfermedad-atención resultan de la síntesis, yuxtaposición, combinación o exclusión de prácticas y representaciones de diferentes saberes biomédicos, tradicionales y populares.⁸
- **Representaciones sociales.** Para Jodelet se trata de un concepto que “designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación

Cuadro 1. Algunas características sociales de las personas entrevistadas.

Nombre	Localidad	Escolaridad	Edad	Actividades	Lugar en el sistema de salud
• Usuarias					
Jacinta	Charco Redondo.	No sabe leer ni escribir.	64	Ama de casa.	Usuaria
Guillermina	Charco Redondo.	No sabe leer ni escribir.	52	Ama de casa.	Usuaria
Felicitas	El Ciruelo.	No sabe leer ni escribir.	60	Ama de casa.	Usuaria
Sara	El Azufre.	Sabe leer y escribir.	55	Ama de casa, cuida a sus nietos.	Usuaria
Fabiana	El Ciruelo.	Sabe leer y escribir.	45	Ama de casa.	Usuaria
Consuelo	El Ciruelo.	secundaria.	24	Ama de casa.	Usuaria
• Curadoras					
Manuela	El Ciruelo.	Sabe leer y escribir.	55	Ama de casa.	Curadora de empacho y coraje.
Isabel	El Ciruelo.	No sabe leer ni escribir.	80	Ama de casa.	Curadora de empacho y coraje.
Elia	Charco Redondo.	Sabe leer y escribir.	69	Ama de casa.	Curadora, fue ayudante de enfermería.
Marcela	El Azufre.	Sabe leer y escribir.	64	Ama de casa.	Curadora y partera, fue ayudante de enfermería.
Lucinda	Copala, cabecera.	No sabe leer ni escribir.	70	Ama de casa.	Curadora y partera certificada por la Secretaría de salud.
Verónica	EL Ciruelo.	Primaria.	53	Ama de casa y trabaja.	Curadora
Joaquina	El Ciruelo.	No sabe leer ni escribir.	67	Ama de casa.	Curadora
• Médicos					
Médica 1	El Ciruelo.	Médico general.	+35	Centro de Salud (SS)	Médica cirujana.
Médico 2	Pinotepa Nacional.	Pediatra.	52	Consultorio particular	Médico y usuario.

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas 2009 y 2010 y notas de campo.

de procesos generativos y funcionalmente caracterizados. En el sentido más amplio designa una forma de pensamiento social.”¹³ Uno de sus insu-
mos son las divulgaciones científicas, los eventos, sucesos, cambios y otras informaciones sobre tem-
as nuevos o antiguos; por ejemplo, los modos de prevenir la salud, medicamentos y otros.¹⁴ Las prácticas sociales relacionadas dialécticamente con las representaciones son el conjunto organi-
zado de conductas y acciones rutinarias o even-
tuales que los grupos sociales realizan en
distintas esferas de su vida cotidiana.¹²

- **Autoatención.** Constituye en primer nivel real de atención a la salud que suele tener por centro a la mujer que está al frente de la familia. Se caracteriza por utilizar varias formas de atención para un mismo o diferente problema de salud.⁹ Los cuidados profanos o legos representan la apropiación de saberes, en la que se reformulan las prácticas de atención a la enfermedad, forman parte de la autoatención.¹¹
- **Relaciones de hegemonía/subalternidad.** El proceso histórico se caracteriza por estas relacio-
nes “que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos.”⁸ Bajo estas rela-
ciones los cuidados legos son negados o desvaloriz-
ados “por los sistemas convencionales de salud, los cuales mantienen actitudes ambiguas de subes-
timación, benevolencia, descalificación, exclusión e incluso de condena para todas aquellas iniciati-
vas que emprendan la atención a la salud fuera del ámbito de la prescripción médica.”¹¹ Pero estas
mismas relaciones, a la manera gramsciana, dan
lugar a “formas de resistencia y creatividad trans-
formadora de los agentes subalternos.”¹⁵

ANÁLISIS

Las conversaciones se sistematizaron en forma manual organizada acorde con las categorías definidas, y se analizaron siguiendo el método hermenéu-
tico-dialéctico.

RESULTADOS

Los siguientes resultados se basan en los discursos y notas de campo tomadas durante la visita a las localidades. En la información analizada se encontraron coincidencias en la explicación de las causas que generan empacho y variaciones en su tratamien-
to; también se identificó el conflicto médico-paciente acerca de la atención de este padecimiento.

Población

La región de la Costa Chica con clima cálido y subhúmedo va desde el sur de Acapulco (Guerrero) hasta Puerto Escondido (Oaxaca), cuenta con población predominantemente afromexicana que sólo habla español y comparten el territorio con los grupos étnicos amuzgos y mixtecos. Sus actividades principales son agricultura, ganadería y pesca. Algunas mujeres y su familia son beneficiarias de programas sociales: *Oportunidades, Vivir Mejor y Seguro Popular*. En estas localidades más de la mitad de las familias tenían un migrante, sobre todo a Estados Unidos, pero no todas recibían remesas y aquéllas que las recibían las destinaban a la alimentación y ropa; y otras, además, a la construcción de su casa o la casa del migrante.

Respecto al acceso a los servicios de salud, el municipio de Copala cuenta con un Hospital Básico Comunitario, mientras que en Oaxaca los habitantes de Charco Redondo y El Azufre sólo cuentan con una Casa de Salud, por lo que acuden a los Centros de Salud de Jamiltepec y Chacagua. La población de El Ciruelo dispone de un Centro de Salud Rural que debe dar servicio todo el día. Entre las diez principales enfermedades registradas por la Secretaría de Salud en El Ciruelo y Copala se encontraron las infecciones respiratorias y gastrointestinales, lo cual coincidió con la percepción de las mujeres entrevistadas, quienes las sumaron a las enfermedades tradicionales, entre ellas el empacho, como principal problema de salud en la población infantil.

Empacho

Para las personas entrevistadas, estar empachado o empachada va más allá de comer de más, aunque de esto se derive. Significa un desequilibrio en la salud que hay que restablecer a través de la modifi-
cación de la conducta y los hábitos a la hora de comer; cuidar la calidad y cantidad de lo que se ingiere, sobre todo si se trata de bebés y preescolares, quienes corren mayor riesgo de padecerlo.

El empacho como entidad nosológica, a diferen-
cia de otros padecimientos tradicionales, “cuya
racionalidad intrínseca difiere considerablemente
de la medicina formal, posee un razonamiento muy
semejante al sistema médico moderno u occiden-
tal.”¹⁶ Las mujeres entrevistadas coincidieron en
que esta enfermedad se debe a la descomposición y
o adhesión de alimentos o de un cuerpo extraño
(goma de mascar, papel, hojas u otros) en el tubo
digestivo.

Las causas desencadenantes son múltiples, las cuales se agruparon siguiendo la clasificación de Zolla:⁵ calidad y cantidad; oportunidad de la ingesta y condiciones o comportamientos ante la ingesta (Cuadro 2). En cuanto a la calidad de la ingesta, Sara explicó que el pan recién horneado y las tortillas acabadas de salir del comal, o que no fueron cocidos adecuadamente, son dañinos porque “se pegan en las tripas” de los niños y las niñas, e igual sucede con las galletas y los frijoles. La leche materna también es otra causal de empacho en los y las bebés cuando “no los amamantan a su hora, y allí es donde se avientan” (Marcela), e igual sucede con la leche industrializada. Otra causal es el consumo de alimentos sólidos cuando acaban de despertar. Sobre esto último, Sara recomendó esperar de 15 a 20 min y ofrecer de beber únicamente agua: “Hay que dejar que sus tripitas despierten. Como éstos, ya que duermen ya

los dejo un rato, al ratito les doy, pero levantándose, levantándose iven come! No, porque no sé cómo vienen sus tripitas, tal vez vengan dormidas.”

Beber agua en demasía es otra causa de empacho, al igual que si la persona se asusta. Cuando se asocia a esta última causa, Lucinda advirtió que la terapeuta debe atender los dos padecimientos al mismo tiempo porque “siempre andan juntos”. Sobre las condiciones o comportamiento ante la ingesta, Jacinta aseguró que todo lo que se ingiere sin el adecuado acompañamiento de líquido se puede pegar, lo que ocurre frecuentemente en los y las bebés, o en los preescolares: “El empacho, pues, mire, es porque comen algo, a veces, come y se retaca uno mucho, y en vez de que haga bien, hace mal, se pega, pué se pega, es la galleta, es el pan, es la tortilla que uno llega a comer, y al niño le da uno de comer también, y no le da uno agua; allí es donde se le pega”.

Cuadro 2. Causalidad del empacho.

En niños (as)	En adultos
• Cantidad	Por comer en exceso.
• Calidad	Por comer alimentos de difícil digestión o no adecuados para el bebé. Por descomposición de los alimentos en el estómago o mala digestión. Por no combinar adecuadamente los alimentos.
• Oportunidad de ingesta.	Por dar de comer a los niños cuando acaban de despertar Por comer y dormir inmediatamente. Por comer fuera del horario habitual.
• Condiciones o comportamiento ante la ingesta.	Insuficiencia de líquidos para acompañar los alimentos. Por sufrir un susto y comer, o a la inversa.

Fuente: datos obtenidos de entrevistas 2009 y 2010 y notas de campo.

Cuadro 3. Sintomatología.

Inicio del padecimiento	Empeoramiento o complicación	Mayor gravedad
Dolor de estómago (cólico)	Náusea	Diarrea
“Aventados”, suena hueco como un tambor	Vómito	Fiebre
Vientre “abotagado”	Sin hambre	
La lengua se ve blanca o amarilla (está gruesa)		
Tiene mal aliento		
La “babilla” de los bebés es blanca		
A veces estreñimiento		
Los niños (as) lloran y están inquietos		
Los bebés y preescolares están tristes		
Algunos niños (as) tienen mucha sed		
Gases		
Reflujo		

Fuente: datos obtenidos de entrevistas 2009 y 2010.

Ahora bien, la identificación de la enfermedad comienza en casa donde la madre o las mujeres con mayor experiencia observan si los y las bebés, el niño o la niña, están inquietos, desganados, con o sin apetito, tienen mucha sed y si su vientre está abotagado o distendido, como lo expuso Joaquina, quien aseguró que: "Cuando están empachados no tienen ganas de comer y están aventaditos del estómago [...]." Felícitas precisó que otro síntoma es el aumento repentino de temperatura en el cuerpo sin ninguna explicación: "Se calentarán, sin tener tos ni gripe, ni otra cosa [...] y se sienten así, calientitos y su babilla es blanca."

El cuadro 3 muestra algunos signos y síntomas, dependiendo de la levedad o gravedad del padecimiento. Las madres y terapeutas coincidieron en que los y las bebés cuando están enfermos de empacho se ponen muy inquietos y "llorones", y si tienen fiebre beben los líquidos con rapidez buscando calmar su sed, o bien, pierden el apetito y rechazan el seno o el biberón. No coincidieron en la presencia de diarrea; para unas es un signo más y para otras, indica que se trata de infección intestinal que requiere de la intervención del médico allopata como expuso Fabiana: "Si les aparece diarrea, se trata de una infección, algo tiene porque algo le hizo daño, porque ya tiene una infección en el estómago, tiene una infección muy fuerte. Esto es porque cuando están empachados no da diarrea, sólo cuando se purga."

Técnicas de diagnóstico

Las técnicas de diagnóstico se basan en la observación, exploración y percepción olfativa. Cuando nadie sabe cómo atender esta enfermedad o las prá-

ticas terapéuticas en la casa no dan resultado, las madres, abuelas o tías acuden a la terapeuta tradicional que generalmente es una partera y sobadora. Todas las curadoras entrevistadas combinan los procedimientos de diagnóstico: exploran el vientre del enfermo y tratándose de los niños y niñas interrogan a la madre sobre los alimentos que consumió, la cantidad, calidad y los síntomas percibidos u observados, como la consistencia de las heces. Para Joaquina entre tener empacho o tener lombrices existen diferencias visibles que la terapeuta debe considerar, lo cual es importante porque de ello dependerá la técnica a seguir o determinar si es competencia del médico allopata: "Cuando el niño tiene parásitos, anda haciendo mucho del baño y hace gomosito, como moco, tiene parásitos, le duele su pancita; luego se ve! Y cuando están empachados tienen ganas de comer y están aventaditos del estómago."

Tratamiento

Menéndez aseguró que los padecimientos y "las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos."⁸ En las regiones de este estudio se encontró que la atención y tratamiento del empacho los realizan sobre todo las mujeres, cuyo saber lo adquirieron de sus madres, abuelas o terapeutas.

El tratamiento terapéutico se caracterizó por la purga, la sobada y jalar la "tripita" o la "cuerdita"

Cuadro 4. Recursos terapéuticos utilizados para el empacho.

Plantas (preparadas en infusiones)	Aceites	Líquidos	Productos químico-farmacéuticos
Hierbabuena	Aceite de ricino.	Gaseosas sabor limón o naranja.	Estomacil
Manzanilla	Aceite de olivo.	Jugos de limón o naranja.	Magnesia
Hojas de naranjo	Aceite de coco (sólo para sobar).		Antiácidos (Sal de Uvas y Alka-seltzer).
Canela	Manteca (para sobar).		
Anís			
Cáscara de guamuchil y de ciruelo.			
Hojas de sen			
Pitiona (candó)			

Fuente: datos obtenidos de entrevistas 2009 y 2010.

del empacho para desbaratarla o reventarla. Las mujeres con quienes se conversó explicaron que la purga consiste en mezclar una infusión caliente o fría de alguna yerba aromática (anís, hojas de naranjo, manzanilla, canela u otras), o bien, jugo de naranja, limón o alguna gaseosa con aceite de olivo o ricino y algún producto químico-farmacéutico como Estomaquil (producto comercial, compuesto de subsalicilato de bismuto, hidróxido de magnesio y carbonato de calcio), o bien, magnesia, *Sal de uvas*, *Alka-seltzer*. Para la sobada, las terapeutas utilizan aceites o manteca para facilitar las maniobras (Cuadro 4). Un ejemplo es el descrito por Fabiana:

“Aquí damos Estomaquil, es un polvito que se vende y se disuelve en agua o en té de manzanilla o canela o de hierbabuena; y ya se bate y le pone tanta azúcar si es para bebé, y si es para adulto, así nada más simple; y ya en los bebés les damos masajito y también al adulto se le soba, se le soba su panza, su espalda.”

Con el purgante las terapeutas buscan ayudar a la expulsión del cuerpo extraño que se pegó e hizo daño al estómago o en los intestinos; con la sobada buscan ayudar a despegarlo. La técnica de sobar variaba de una localidad a otra y de una terapeuta a otra. Unas soban en sentido circular cuyos movimientos van de las costillas hacia el centro (el ombligo); algunas “soban costilla por costilla”, y otras, además, hincan los dedos en el vientre bajo del enfermo, enseguida soban la espalda de las costillas hacia la columna hasta llegar a la cuerda del empacho. Otras terapeutas soban los brazos y manos porque a veces “las cuerdas las tienen duras”, aclaró Marcela, quien relató su experiencia como terapeuta: “¡Tráeme la purga!, un Estomaquil y una Magnesia y un aceite de olivo. Ya lo tengo que sobar bien, bien al niño; todo, todo, todo aquí las costillas bien, bien, bien sobadito y en la espalda; todo aquí las costillas de aquí y la mano.” Joaquina, por su parte, sólo acostumbra sobar la espalda: “Bien de la espaldita y de aquí de las coyuntitas bien, bien, bien. De la panza no, de atrás.”

La razón de sobar la espalda y las “coyuntitas” de la columna hasta llegar a la altura del cóccix es localizar la “tripa” o “cuerdita del empacho” para desbaratar o reventarla. Marcela describió la técnica que emplea: “Ya lo sobo, ya lo purgo, le toco bien así, bien, bien, bien sobadito, y ya con eso les hace la purga. Se trata de que les haga la purga. Ya haciéndole la purga ya comen pues, ya se les salió lo malo, el empacho”. Sin embargo, a veces la purga no hace efecto, en este caso, si se trata de un adulto, la terapeuta recomienda un lavado, sobre lo que Marta

agregó: “[...] hay veces que no le hace a uno, así es que, pues, le echan lavados, lavado de manzanilla o de agua de sal, tibia nada más y ya con eso, pues, arroja la gente lo que tiene.”

La sobada debe realizarse antes o después de tomar la purga por la tarde o noche para que tenga mejor efecto. También recomienda que si se bebió con líquidos calientes, fríos o tibios, los siguientes líquidos a beber deben tener la misma temperatura para no “cortar su efecto”, e igual sucede con el agua para bañarse. Si se quiere cortar se sigue la lógica de los contrarios, como lo ilustra Guillermina en el caso de los bebés:

“Si se lo doy con agua fría, le sigo dando la leche fría. Y si se la doy con agua caliente, le tengo que dar la mamila calientita para que le haga la purga. Porque si le dejo el agua fría le corto la purga. Se la atajo y ya no le hace. Y si se la hago con agua fría para que se le corte la purga los baño con agua tibia.”

A veces las terapeutas repiten el procedimiento hasta por tres días en las personas adultas y recomiendan el ayuno o comer ligero a base de caldos, jugos o cocimientos durante dos o tres días, tiempo promedio en que se aplica el tratamiento. Otras terapeutas recomiendan bañar al enfermo antes de acudir con ellas, ya que de otro modo tendrá que bañarse hasta el día siguiente para que el proceso curativo sea eficaz.

Saberes y atención

En la atención del empacho en este grupo de población se observó la combinación y yuxtaposición de conocimientos y saberes, sobre lo que Menéndez trató en uno de sus trabajos,¹⁰ que se deriva del proceso de atención en el que los sujetos y grupos sociales los interpretan e incorporan a su vida cotidiana, los cuales son adquiridos y transmitidos por las tradiciones, la educación, la comunicación social,¹⁷ las divulgaciones científicas, los eventos y sucesos, y por las nuevas informaciones sobre temas antiguos o nuevos.¹⁴

La atención sigue un itinerario diverso que comienza en la casa y, como se dijo al principio, implica la autoprescripción y el uso del tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma. En este proceso se articulan distintas prácticas y sistemas de atención para solucionar el problema de salud, por lo que el camino puede ser largo y oneroso como rememoró Jacinta:

“Pues, mire, yo mis hijitos, uno se me vio malo para morir, para morirse mi hijito. Entonces yo, pué yo, le daba así cocimientos y no, le agarró qué cosa, le agarró diarrea, así aventado. Pero ya la definitiva

era, mi señor, vendió un caballo para que pudiéramos llevarlo con el doctor, y no. Entonces vino una señora, creo que lo purgó, y le compré su Esto maquil y se lo dio la señora, y lo sobó bien, bien, le sacudió la pancita todo, y eso fue su remedio...”.

Entre el saber científico y el saber del sentido común

Menéndez planteó que la biomedicina desde su concepción ideológica-técnica relega y descalifica los procesos de eficacia simbólica y técnica, y a partir de “sus criterios de objetividad, considera negativa y hasta perjudicial a gran parte del saber médico tradicional”.⁸ No obstante, a la mirada biomédica del proceso salud-enfermedad, desde la epidemiología sociocultural el daño a la salud como marcador de lo que vive el enfermo, la familia y colectividad, muestra la calidad de la atención pública a la salud¹⁸ y el choque cultural en la relación médico-paciente.

La descalificación a los saberes tradicionales se percibió en el discurso de la médica 1, quien –si bien reconoció que a veces el Estomaquil y las plantas medicinales “dan un buen funcionamiento”–, desde su punto de vista, las prácticas terapéuticas tradicionales corresponden a personas con “poca cultura”, “sin preparación académica” y “con pocos conocimientos” sobre salud, enfermedad y cuidado, y añadió:

“Ellos piensan que lo limpian o que se va toda la infección y que se va a curar, pero lamentablemente no. Acuden a los dos, tres días de que tuvo el niño diarrea y vómito. Dejan pasar un tiempo y ya cuando vienen está en un estado de deshidratación grave. Entonces sí es cuando están con diarrea, están con evacuaciones y están con vómito y no toleran la vida oral y los más susceptibles son los niños lactantes y escolares”.

Para el médico 2, a quien acuden algunas mujeres de El Ciruelo y por ellas llegamos a él, la descalificación se debe a que el quehacer de los médicos alópatas se rige por la lógica científica:

“Pareciera ser que el ejercicio profesional, tú vas a hacer exactamente lo que te enseñaron, sin desviarte. Por cierto, no está lejos de la realidad, no te debes desviar. Desde un parámetro debes sujetarte por las razones médico-legales o lo que quieras, básicamente por eso [...]”.

Para este médico, la experiencia vivida como profesional de la salud en comunidades con alta marginalidad y sin servicios de salud institucional modificó la visión que tenía de las terapeutas tradicionales y terminó por reconocer la eficacia de sus saberes médi-

cos. El punto de inflexión de la confrontación entre el saber médico tradicional y el saber médico científico, o bien, entre la lógica del sentido común y la lógica científica, para el médico 2 fue su propia experiencia vivida cuando ni él ni los otros pediatras lograron curar a su hijo, porque estaba empachado:

“Había que tener una sacudida tan importante como el hecho de que mi hijo, el más pequeño, no se me curaba de un problema diarreico. Jamás imaginé que se había comido unas hojas de unas plantas. Ese cuerpo extraño allí, y la manifestación era vómito, diarrea y fiebre. Por cierto, yo ni siquiera busqué la solución, la buscó mi señora. En el momento, pues, me molestó mucho, pero ¿por qué te molestas si el niño no está mejorando y están diciendo mira tiene tal cosa? Entonces eso me obligó a aprender.”

El médico 2 reconoció que la experiencia acumulada sobre cómo tratar esta enfermedad la tiene sobre todo la adulta mayor: “La abuelita de la esquina, la más anciana, la más colmilluda, la que todo mundo desde antes de que tú llegaras, siempre iban con ella”. Su punto de vista coincidió con la opinión de las mujeres entrevistadas, quienes precisaron que desde su experiencia la atención del empacho debe dejarse en manos de la especialista que, por lo general, es una adulta mayor, ya que replicar la técnica no siempre es garantía de lograr el objetivo como lo destacó Fabiana quien dijo: “tal vez la señora que sabe que tiene experiencia en eso, lo hace mejor que uno”. Y si los niños y las niñas “no se componen”, continúan con fiebre, sin apetito y tienen diarrea, es conveniente acudir al médico porque estos síntomas indican que el empacho se complicó con la infección intestinal, como se expuso antes.

La relación asimétrica médico-paciente provoca en las madres la sensación de ser cuestionadas por lo que hacen o dejan de hacer frente a la enfermedad. Ante la autoridad del médico alópata algunas mujeres adoptan una postura de sumisión, pero otras critican la falta de comunicación verbal con el paciente o sus familiares y la mercantilización de la biomedicina, sobre lo que Guillermina dijo:

“Y el doctor me dice claro que ya no le hagamos así, pues. Que no, porque uno mismo los infecta. Pues, también, si no los lleva uno –y si no dice uno con eso cúreme, con eso sano–, pues el doctor ya no gana. Pues, sí, ya no gana el doctor, porque así directamente, si se está que no puede tragarse, icórrele con el doctor! y allí están los 200 pesos o 300. ¿Y si no tengo? Sí, por eso a veces uno le hace la lucha también, pero cuando Dios no quiere ni los santos pueden.”

Ante la descalificación y desaprobación de las prácticas médicas tradicionales reconocieron que

ocultan el tratamiento previamente seguido para evitar el regaño del médico o, hasta donde les sea posible, evitan acudir a la clínica o Centro de Salud, como Consuelo lo expuso en su relato:

“Y, pues, hay unas que sí somos contestadoras [sic], unas a veces le contestamos: pues, mire, venimos a que nos cure y no a que nos venga a regañar. Y luego si les contestamos, luego se enojan ellos. Y por eso es que a veces preferimos mejor callarnos, venirnos y si estamos más malas, ya no vamos. Mejor nos buscamos aquí remedios caseros.”

Además, curar el empacho no es competencia del médico, aclaró Verónica: “el empacho no se lo va a sacar el doctor, él lo cura de otra cosa”. También contó que curó de empacho a un médico de la clínica.

DISCUSIÓN

Foster y Anderson, citados por Fajreldin,¹⁹ plantearon “que el sistema teórico de la enfermedad en una sociedad refleja los aspectos cognitivos de la misma, es decir, a nivel ideológico, explicación, clasificación, causa y efecto.” Como todos y cada uno de los sistemas teóricos de la enfermedad “en todo el orbe y en todas las épocas son racionales y lógicos y sus técnicas curativas son internamente coherentes y funcionales a los mismos.”¹⁹ Los relatos mostraron la interacción en la construcción social y cultural del empacho, sus formas de diagnóstico, tipificación y tratamiento; la ruta de atención a la salud que comienza en la casa donde se reproducen y reinterpretan las técnicas y los conocimientos legos y científicos. En este primer nivel intervienen distintos actores sociales: madre, abuela, tíos, suegra, co-madre o conocidas; pero si las madres y el resto de mujeres de mayor experiencia no encuentran la solución, acuden a la especialista tradicional o al médico alópata. El orden de la ruta es indistinto.

También, a través de las entrevistas a familiares, pacientes, médicos alópatas y terapeutas tradicionales, fue posible observar el choque cultural en la relación médico-paciente, debido a que, parafraseando a Lerín,²⁰ en esta relación estos actores sociales no sólo hablan idiomas distintos sino manejan visiones socioculturales distintas sobre salud-enfermedad-atención, por lo que la mayoría de las veces no existen puntos de encuentro. El lenguaje es un aspecto crucial de incomunicación que dificulta e imposibilita la empatía y confianza,²⁰ reforzando la asimetría en la relación médico-paciente. El resultado es la descalificación, la falta de calidez y calidad de la atención.

Por último, las experiencias vertidas hasta aquí plantean la necesidad de reconocer y entender que existen otras rationalidades sobre salud-enfermedad-atención, lo que no significa renunciar al conocimiento científico, sino la apertura al conocimiento universal, una postura importante para la humanización de la medicina. Para que esto sea posible, es necesario que las Facultades de Medicina formen a hombres y mujeres capaces no sólo del dominio del conocimiento biomédico, sino de comprender al paciente y sus familiares en su contexto sociocultural, de comprender, como dice Mendoza: “la diversidad cultural, la desigualdad social, la marginación y la miseria a la que se enfrentará”,²¹ antes de entrar al sistema hospitalario.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su apoyo al proyecto 82334. A las mujeres y hombres por compartir sus experiencias vividas y conocimientos. A las autoridades locales y especialmente al Sacerdote Glyn Jemmontt, en el ciruelo.

REFERENCIAS

1. Campos R, Vargas-Vizuet AL. Mortalidad por empacho en el suroeste del Valle de México (1834-1867). *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; 59(6): 345-55.
2. Campos Navarro R. El empacho en Cuba. Aproximación histórica documental desde 1821 hasta 2009. *Cuicuilco* 2009; 46(16): 71-96.
3. Viesca C. El Códice de la Cruz Badiano, primer ejemplo de una medicina mestiza. En: José Luis Fresquet Febrer, José María López Piñero. El mestizaje cultural y la medicina novohispana del siglo XVI. Valencia: Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia XLVIII; 1995, p. 71-88.
4. Vargas G. ¿Existe el empacho en los niños? En: Campos Navarro R (comp.). El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista; 2000, p. 77-96.
5. Zolla C, Del Bosque S, Tascón A, Mellado V, Maqueo C. Medicina tradicional y enfermedad. En: Campos Navarro R (comp.). El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista; 2000, p. 180-6.
6. Campos Navarro R (comp.). El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX). México, Instituto Nacional Indigenista; 2000.
7. Campos Navarro R. El empacho desde la medicina “académica”: comentarios del Autor. *Rev Med IMSS* 2010; 48(3): 337-38. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=842:el-empacho-desde-la-medicina-academica-comentarios-del-autor&Itemid=603 [Consultado el 18 febrero 2012].
8. Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional? *Alteridades* 1994; 4(7): 71-83. Disponible en: www.uam-antropologia.info/alteridades/alt7-8-menendez.pdf [Consultado el 25 de enero 2012].

9. Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Rev Antropología Social* 2005; 14: 33-69. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/ultimo/ArtPdfRed.jsp?iCve=83801402> [Consultado el 16 de marzo, 2012].
10. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of the medical systems as cultural systems. En: Currer C, Stacey M (eds.). *Concepts of health, illness and disease A. Comparative perspective*. Berg Nueva York 1986; 227-47.
11. Haro, JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E, Comelles JM (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra; 2000, p. 1-44.
12. Osorio RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: CIE-SAS, INAH, INI; 2001.
13. Jodelet D. La representación social, fenómenos, concepto y teoría, en Moscovici (ed.). *La psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y Problemas Sociales*. Barcelona: Paidós; 1986, p. 469-94.
14. Banchs MA. Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En: Rodríguez y García (eds.). *Representaciones Sociales. Teoría e investigación*. México: Universidad de Guadalajara; 2007, p. 219-53.
15. Pizza G. Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía “capacidad de actuar (agency) y transformación de la persona. *Rev Antropología Social* 2005; (14): 15-32. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/838/83801401.pdf>. [Consultado el 14 de marzo, 2012].
16. González Chévez, L. Interpretación y cura del empacho en la medicina doméstica, En: Campos Navarro, R. (comp.). *El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX)* México: Instituto Nacional Indigenista; 2000, p. 232-253.
17. Monchietti A, Sánchez ML. Acerca de la génesis de la representación social de la vejez. *Rev Argentina de Sociología* 2008; 6(010): 143-50. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/ultimo/ArtPdfRed.jsp?iCve=26961010> [Consultado el 5 de marzo 2012].
18. Haro JA. Presentación. Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. En: Jesús Armando Haro (organizador). *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Argentina: Lugar Editorial; 2011, p. 9-32.
19. Fajreldin Chuaqui V. Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la interdisciplinaria. *Ciencia y Trabajo* 2006; 8(20): 95-102.
20. Lerín S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos* 2004; 016: 111-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/ultimo/ArtPdfRed.jsp?iCve=13901607> [Consultado el 10 de febrero 2012].
21. Mendoza González Z. De lo biomédico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca. UNAM; 2011.

Reimpresos:

Dra. Luz María Espinosa-Cortés

Departamento de Estudios Experimentales y Rurales
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga, núm. 15
Col. Sección XVI
14080, México, D.F.
Tel.: 5487-0900, Ext. 2804
Correo electrónico: luzmac597@yahoo.com.mx

Recibido el 19 de abril 2012.

Aceptado el 31 de julio 2012.