



Boletín de Antropología Universidad de
Antioquia

ISSN: 0120-2510

bolant@antares.udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Greifeld, Katarina

Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio
de elementos

Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, vol. 18, núm. 35, 2004, pp. 361-375

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55703520>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos¹

Katarina Greifeld (Dr. Phil.)

Frankfurt am Main

Dirección electrónica: katarina.greifeld@arcor.de

Resumen. En este artículo se discuten dos concepciones de la antropología médica que se ilustran con ejemplos, sobre todo de la América española. Se trata del *susto* y del *sistema de los elementos en equilibrio*. *Susto* se entiende en general como un síndrome cultural específico de Centro y Sudamérica. Resta preguntar si esto es adecuado, pues, por una parte, también en otras culturas hay enfermedades que son curadas a través del *susto*, siendo además cuestionable si un concepto tan amplio es operacional y tiene sentido científicamente. A partir también de la segunda concepción, llamada sistema caliente-frío, se muestra cómo las simplificaciones que se hacen con frecuencia explican poco y confunden mucho. Desde hace siglos se investiga y trabaja en la concepción caliente/frío; tanto los romanos como los griegos y los españoles de la Edad Media lo conocían. Igualmente es conocida en la medicina popular alemana y se tiene en cuenta por ejemplo en la preparación de bebidas aromáticas. Con base en la discusión general de estas dos concepciones, el artículo muestra a partir de un estudio de caso en Chocó (Colombia), la complejidad del sistema caliente/frío.

Palabras clave: antropología médica, *susto*, sistema frío/caliente, enfermedad, Chocó.

Abstract. Two conceptions of Medical Anthropology are discussed and illustrated through cases in mainly the Hispanic America. Those are *susto* and *the system of elements in equilibrium*. *Susto* is referred in general as a cultural syndrome of Central and South America. It is left to examine the rightness of the later because, on one side, also in other cultures exist illnesses that are healed through *susto*, and on the other hand it is questionable whether such a wide concept is operational and has a meaning scientifically. According also to the second conception, called hot/cold system, it is shown the way usual simplifications explain few and confuse much. Research and work have been made centuries ago by Romans, Greeks and Middle Age Spaniards. And it is equally known in popular German medicine and used for aromatic beverages for example. Based in the general discussion of these two conceptions, this paper shows the complexity of the system through a study of a case in Chocó, Colombia, South America.

Keywords: Medical Anthropology, *susto*, hot/cold system, illnesses, Chocó.

Zusammenfassung. In diesem Artikel werden zwei zentrale Denkfiguren in der Medizinethnologie diskutiert und mit Beispielen vorwiegend aus dem spanisch-sprachigen Amerika illustriert. Dabei geht es zum einen um "Susto", zum anderen um die "Lehre der ausgewogenen Elemente". *Susto* wird im Allgemeinen zu den kulturspezifischen Syndromen Mittel- und Südamerikas gerechnet wird, aber es bleibt doch zu fragen, ob das gerechtfertigt ist, oder eher nicht. Denn einerseits gibt es Erkrankungen, die durch Schreck ausgelöst werden, in vielen verschiedenen Kulturen, und andererseits ist fraglich, ob

¹ Este artículo fue traducido del alemán original por el profesor Jonathan Echeverri del Departamento de Antropología de la Universidad de Antioquia.

una rubrik, die so weit gefaßt ist wie gerade *susto*, überhaupt operational ist und - wissenschaftstheoretisch gesehen - Sinn macht. Auch mit der zweiten Denkfigur, dem sog. "Warm/Kalt"-System wird gezeigt, dass die so häufigen Vereinfachungen weniger erklären als verklären und vernebeln. Über das Warm-Kalt-System wird seit Jahrhunderten geforscht und gearbeitet, die Römer, die frühen Griechen und die Spanier des Mittelalters kannten es. Auch in der deutschen "Volksmedizin" ist es nach wie vor bekannt und wird bei Zubereitungen von z.B. Pflanzentees beachtet und zelebriert. Vor einer allgemeinen Diskussion dieser Denkfigur wird anhand eines Beispiels aus dem Chocó (Kolumbien) gezeigt, wie komplex das "Warm-Kalt-System" sein kann, vorausgesetzt man ist bereit, sich dieser Komplexität zu stellen. Letztlich geht es in diesem Beitrag um die Herstellung alltagsweltlicher und wissenschaftlicher Realität durch die Vermittlung unterschiedlicher "Tatsachen".

Schlüsselwörter: Kolumbien, Chocó, Medizinethnologie, Susto, Warm-Kalt-System, Denkfiguren.

Greifeld, Katarina. 2004. "Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos". En: *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, Medellín, volumen 18 No. 35, pp. 361-375. Texto recibido: 23/01/2004; aprobación final: 23/04/2004.

Introducción

La antropología médica como área de la antropología, se sirve de sus posibilidades cognitivas y construcciones teóricas, aplicándolas a los conceptos de bienestar, malestar y de estar enfermo. Un buen ejemplo de ello son los llamados *síndromes culturalmente específicos*. A partir de estos, se puede subrayar de manera especialmente clara, el papel de la cultura, de la sociedad y de otros factores en la salud y la enfermedad. Los síndromes culturalmente específicos también son interesantes en el sentido que las diferencias culturales se hacen especialmente claras en la percepción corporal y espiritual, mental y física, y que aquello que podemos denominar en ciertas circunstancias, saludable o enfermizo en Europa, no se entiende de la misma forma en otras partes del mundo.

En el siguiente texto se muestra que los debates llevados a cabo hace mucho tiempo alrededor del "susto" y del "sistema frío/caliente", expresan en gran medida valoraciones que no les son accesibles o les son completamente ajenas a aquellos que viven y comparten estas concepciones de enfermedad.

En este ensayo se expondrá la forma como el *susto* y el *sistema frío/caliente*, dos concepciones con sus debates sostenidos desde hace largo tiempo, expresan valoraciones que comparten tales concepciones y que en gran medida no les son precisamente conocidas o que les son completamente extrañas.

Los síndromes culturalmente específicos, a los cuales también pertenece el *susto*, permiten por medio de ejemplos sencillos escudriñar las diferentes interrelaciones y estructuras de redes que se mueven alrededor del estar enfermo y del tener buena salud. Según Ritenbaugh (1982), los síndromes culturalmente específicos se definen como enfermedades que no pueden ser comprendidas desligadas de su contexto cultural o subcultural, por lo cual su etiología condensa y simboliza campos de significación y normas de comportamiento centrales de la sociedad. "En realidad

esto concierne a todo sistema médico, pero es particularmente claro en los síndromes culturalmente específicos, lo cual se mostrará a continuación a partir de diferentes ejemplos, sobre todo del susto” (véase Greifeld, 2003: 23).

Los estudios sobre los síndromes culturalmente específicos en la cultura europea no tienen una tradición muy larga, en tanto que sobre otras culturas y sus malestares específicos existen numerosas investigaciones. Anteriormente, el síndrome culturalmente específico era, por así decirlo, un artificio a través del cual se explicaba lo inexplicable para nuestro pensamiento y nuestra percepción. En otras palabras, se entendía como algo especialmente exótico para señalar, por ejemplo, supervivencias o supersticiones en las otras culturas de las cuales, de esta manera, la cultura europea-norteamericana quería diferenciarse claramente (véanse Yap, 1962; relatos tempranos en Peary, 1907; Rasmussen, 1927; Rink, 1875).

Sobre el caso del susto

Observado desde la historia de las ciencias, el concepto de “Folk illness” es el antecesor del concepto de síndrome culturalmente específico. En la antropología médica, “Folk illness” era una expresión propia del pensamiento de los años 50 y 60 del siglo xx, inscrita en la corriente funcionalista. Beatrix Pfleiderer escribe muy acertadamente al respecto: “Fueron, entre otros, Fabrega (1974) y Rubel (1964) que trabajaban en Latinoamérica y quienes por no querer o no poder entender ni incorporar a su propia nosología médica² lo que observaban allí, recurrieron al concepto “Folk illness” para designar las descripciones de síntomas que encontraron en Latinoamérica. Una “Folk illness” es una suma de molestias atribuidas a una causa; que se presentan al afectado con regularidad y con un desarrollo siempre similar. El trabajo de Rubel (1964) titulado *The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America*, ha encontrado mucha resonancia. En él, tomando como punto de referencia la “epidemiology”, el autor, quien por cierto procede de la disciplina médica, trata las manifestaciones de aquellos que dicen tener *susto*, como un hecho científico. Él somete las “folk illnesses” a una metodología epidemiológica como nosotros lo haríamos con una enfermedad de nuestro esquema gnoseológico. Utiliza el prefijo “folk” “[...] porque síndromes de esta clase se escapan a toda la comprensión médica occidental...”. El fenómeno de enfermedad que describe, se define por la extrañeza, lo exótico, no comprensible, no susceptible de caracterizar. Los diferentes fenómenos de tipo “folk illnesses” se reúnen justamente para construir con ellos un mapamundi etnográfico de las representaciones de la enfermedad. La actitud de quien describe está más definida por un “ustedes allá afuera-nosotros acá adentro”, que por un interés antropológico universal que entiende la plasticidad a través de la cultura como elemento adicional y no como categoría (Pfleiderer, 1993: 353 y ss.).

2 Nosología significa la descripción sistemática de las enfermedades. Dentro de la biomedicina, un sector de la patología.

En 1993 apareció un artículo de Rubel titulado *The Study of Latino Folk Illness*, en el que aún se refleja esta incompreensión de las otras culturas y de sus categorías de enfermedad y en el que el autor, en el espíritu del difusionismo ya hace tiempo en declive y entendido y criticado en la antropología como poco fructífero para la disciplina, promueve la investigación de estas “folk illnesses” para trabajar su difusión en el mundo. Desafortunadamente Rubel no es el único en hacerlo. Al contrario, él es sólo un ejemplo de cómo algunos biomédicos del campo investigativo de la antropología médica, manejan las categorías culturales y los conceptos ajenos, trasladándolos al propio esquema gnoseológico sin cuestionamiento.

El *susto* se cuenta entre los síndromes culturalmente específicos de Latinoamérica. Se refiere a que la enfermedad es provocada por el susto/temor. Aunque en otras culturas también se conozcan causas similares para explicar la enfermedad, es en Latinoamérica donde esto se denomina *susto*. El análisis de este fenómeno se dificulta, porque, observando las numerosas publicaciones al respecto, se encuentra que bajo esta única categoría son subsumidos fenómenos muy disímiles. Existen muchos síntomas diferentes que pueden ir desde pérdida del apetito, debilidad, pérdida de energías, palidez, diarrea, desasosiego, vómito, depresión, ansiedad, fiebre, y hasta la muerte. Los curanderos intentan, según el contexto cultural y social correspondiente, encontrar los medios adecuados para la curación de la enfermedad, cuya causa radica en el concepto de “pérdida del alma”. No todas las culturas comparten, como es sabido, el modelo cristiano de la existencia de una sola alma, a pesar de que América del Sur y América Central ya fueron hace largo tiempo cristianizadas, allí se cree en la existencia de numerosas almas en una persona. La pérdida de un alma tiene como consecuencia una sintomatología, pero no necesariamente la muerte. A través de rituales de curación exactamente delimitados, el alma puede recobrarse y con ello puede sanarse el enfermo.

Tanto desde la medicina como desde la antropología, se ha publicado mucho acerca de este tema: Adams y Rubel, 1967; Kiev, 1968; Rubel, 1964; Uzzell, 1974; Trotter, 1982; Rubel et al., 1984; Ablaßmeier, 1992; Crandon, 1983; Greifeld, 1985b; y Logan, 1993; entre muchos otros. Especialmente a partir del ya mencionado artículo de Rubel *The Epidemiology of a Folk Illness* se discute acerca del *susto* en amplios círculos académicos. Los más diversos enfoques investigativos han encontrado su aplicación en este tema, desde la epidemiología (Rubel), hasta procedimientos estadísticos (Trotter) y los enfoques analítico-dinámicos (Crandon). Según cada región y cada interesado, o más exactamente, cada investigador, el *susto* se designa de manera diferente, aunque hoy en día este es un concepto genérico. La anterior categoría “fright” ya había sido reemplazada por Rubel por la categoría *susto*, la cual reúne conceptos de enfermedad muy diferentes y específicos como: *pasmo*, *jani*, *espanto*, *pérdida de la sombra*, *miedo*, *desasombro*, *mancakay*, entre otros. Precisamente de esto adolece el concepto, a saber, de que muchas cosas diferentes son agrupadas en él. Por esto se argumentaba a mediados de la década de 1980, que

el *susto* solamente existía en la conciencia de los investigadores como constructo científico y no en la realidad cotidiana (Greifeld, 1985b); idea que en lo sucesivo se ha continuado discutiendo ampliamente, ya que muchas cosas inducen todavía a pensar en esta dirección. Por otro lado, se argumenta (véase Schiefenhövel, 1983: 221 y ss.; también Logan, 1993) que tal concepto de enfermedad no sólo se puede encontrar en Centro y Sudamérica, sino también en muchas otras partes diferentes del mundo, por cierto denominadas de otra forma y no bajo el nombre *susto*. A pesar de todas las objeciones que se le puedan hacer al concepto, este es en la antropología médica un concepto importante, puesto que tiene un gran alcance como se verá a continuación.

Es en Estados Unidos donde se ha trabajado ampliamente acerca del *susto*; allí se pueden diferenciar tres tendencias principales que también son significativas en la historia de las ciencias. La primera tendencia, de la cual participaron muchos latinoamericanos y europeos, produce descripciones etnográficas donde se da mayor espacio a los métodos de tratamiento (Clark, 1970; Nelly, 1965; Ingham, 1970; Ryesky, 1976; Bornhütter, 1987; Schiefenhövel, 1983). Esto tiene la ventaja de que luego y por parte de otros investigadores, se puede comprender qué, cuándo, dónde y cómo se dijo; es decir, lo que se observó. Igualmente permite llevar a cabo análisis posteriores a partir de la descripción.

Una segunda tendencia, en su interior muy heterogénea, trata de explicar causalmente el *susto*. A ella pertenece el enfoque socio-cultural (Rubel, 1964; O'Neill und Selby, 1969; Uzzell, 1974), que, expresado sucintamente, argumenta que el *susto* representa la posibilidad de escaparse de expectativas de roles por cumplir. También pertenece a la segunda tendencia la psicológica-psiquiátrica, representada por Kiev (1968) y más recientemente por Ablaßmeier (1992) que remite a Devereux (1967). En ella el *susto* se entiende como una enfermedad psicosomática que Ablaßmeier integra a la jerga de la medicina al tratarla como "depresión con visos de miedo" (1992: 260). Finalmente tampoco puede faltar entre estas explicaciones causales la tendencia biológica, que fue desarrollada en particular por Bolton (1981), quien equipara el *susto* a la "hipoglucemia" de la medicina facultativa.

Mucho más interesante, es por el contrario, una tercera tendencia representada ante todo por Libbet Crandon, la cual investiga cuáles factores conducen al diagnóstico del *susto*. La vieja pregunta "¿qué significa *susto*?", fue reemplazada por la pregunta "¿por qué el *susto* y por qué no alguna otra cosa?". Esto se explica por medio de un análisis de tres etapas con las siguientes preguntas conductoras: 1. ¿Qué causa los síntomas que en un entorno particular son señalados como *susto*?; 2. ¿Cuál es el significado intrínseco o que sirve de base?; 3. ¿Cuál es la relación entre la significación y el contexto sociocultural, que conducen a la gente a clasificar los síntomas como *susto*? (Crandon, 1983: 154). Con investigaciones de este tipo se logra dejar el terreno de la explicación de fenómenos separadamente (definición de *susto* y descripción de los casos particulares) y se pasa al terreno de lo colectivo, en

el cual se considera la comunidad o grupo, permitiendo abordar e inferir el contenido simbólico del *susto*. Esta tercera tendencia expresa también una transformación en las premisas investigativas en el transcurso de los últimos años. No se trata ya de lo estadístico, sino más bien de procesos híbridos y dinámicos, de la búsqueda de significado, y amarrado a ello, de los sentidos cambiantes; es decir, de la dinámica y de la hibridación dentro de un grupo específico.

¿Qué es entonces aquello que se describe como *susto*? Como se dijo anteriormente, muchas y diversas situaciones se agrupan bajo este término. Un ejemplo será suficiente para ilustrarlo; procede de Reinhard Ablaßmeier quien llevó a cabo una investigación entre mestizos en la región Ichóacan-San Marcos en Perú. Allí al *susto* se le llama *quedada* o *huaytay*:

La enfermedad es provocada por una pérdida del alma. El alma, (ánimo o espíritu) [sic] es retenida en un *sitio malo* donde a menudo se alberga el diablo. Niños y adultos pueden enfermar a causa de una *quedada*, los primeros son, sin embargo, más propensos por tener un ánimo más débil. El desaliento y la cobardía, el dormir en un sitio malo y la experiencia de un sobresalto favorecen según la opinión de la población la aparición de una *quedada*. Ellos se vuelven desanimados, se quejan de cansancio..., se aíslan cada vez más, ... permanecen con frecuencia durante días en la cama... En las noches los enfermos se sobresaltan durante el sueño, gritan, se quejan y lloran... En el ritual terapéutico que se denomina *llamada*, se va a buscar el alma al lugar en el que permanece cautiva, el lugar no siempre es conocido... En un ritual de limpieza esto puede descubrirse utilizando un trozo de alumbre del tamaño de una ciruela, con él se frota el cuerpo desnudo del enfermo y se bota acto seguido a las brasas del fogón. A la mañana siguiente, el alumbre se saca de las cenizas y debe haber tomado la forma del lugar que ha atrapado el alma. Durante la *llamada*, un curandero se dirige alrededor de la media noche con uno o dos ayudantes hacia el lugar que retiene el *ánimo*. Ellos mascan hojas de coca, toman aguardiente, fuman cigarrillos y llevan ajo para protegerse del poder del sitio malo. Se llevan ofrendas como maíz, azúcar y ocasionalmente una gallina, en ocasiones también una muñeca hecha de maíz, azúcar y ropas del enfermo. Cuando ha llegado al "lugar malo", el curandero pone las ofrendas en el suelo o las entierra y comienza a llamar: "¡Aquí tengo algo para ti! ¡Te traje algo! ¡Dame ahora mismo el alma del enfermo!". Entretanto los ayudantes amarran prendas del enfermo a una cuerda. El alma (del enfermo) que se halla en el camino de regreso, es empujada hacia adelante de ellos con golpes de látigo (Ablaßmeier, 1992: 256).

Otra descripción del mismo autor que incluye más detalles cotidianos, da cuenta de las condiciones de vida de los enfermos y sus familias.

El señor U. de 35 años está casado hace doce años y tiene cuatro hijos. Su modesta tierra de cultivo no alcanzaba para ganarse el sustento. Por esto debió ofrecerse como trabajador temporal en las plantaciones de arroz de la región costera, lo que en el año de su afección no le había resultado. En septiembre de 1979 fue con su esposa a Condebamba, localizada a cinco horas a pie, para recoger leña. En el camino de regreso estaban cruzando el río Condebamba, cuando la esposa se cayó en medio del río. El señor U. quería ayudarla pero cayó también al río. El camino de regreso los condujo por la montaña Pogot, conocida como un *sitio malo*. Como lo relataba el señor U., estando cerca de la montaña comenzó un fuerte aguacero. Estaba tan oscuro que ni siquiera se podía ver la palma de la mano. El señor U. no encontraba el camino por el que a menudo había caminado. A pesar de una

larga búsqueda, no lo pudo encontrar y debió regresar con su esposa al valle de Condebamba. Cuando llegaron se volvió de pronto claro y el señor U. regresó a su casa tomando otro camino. Poco después cayó enfermo con dolor de cabeza y en los miembros, perdió mucho peso y empezó a sufrir de mareos. No pudo volver a su trabajo y guardó cama por largo tiempo con el ánimo taciturno. Notó una coloración amarilla en la piel. En las noches dormía mal y lo sobresaltaba repetidamente un *trauma* en el que un toro con la cola parada perseguía a una mujer. Él y sus allegados interpretaron la enfermedad como *quedada* y se dispusieron a hacer una terapia como la descrita anteriormente. Su padre buscó al curandero a quien tuvo que ofrecer 1.000 soles por el tratamiento (Ablaßmeier, 256 y ss.).

En la literatura sobre la antropología médica hay gran cantidad de descripciones como éstas o similares, que se refieren a regiones de Sudamérica y al *susto*. Pero también hay descripciones que indican que el tratamiento del *susto* puede ser relativamente fácil a través de masajes y tomas de infusiones aromáticas (Greifeld, 1985; Trotter, 1982) en el que están ausentes otros rituales insólitos a los ojos de los europeos, como el anteriormente descrito. De ello se deduce, que de acuerdo con cada región y con cada población, hay enfermedades distintas que pueden ser catalogadas como *susto*, aunque esto no sea hecho necesariamente por el propio afectado. La causa es un sobresalto que puede conducir a múltiples consecuencias.

Aunque en general el *susto* se cuenta entre los síndromes culturalmente específicos de Centro y Sudamérica, es necesario aun preguntarse si esto es o no justificado. Pues, por un lado, en muchas y diversas culturas existen enfermedades provocadas por un *susto* y, por otro lado, es dudoso que un apelativo como el *susto*, que abarca un conjunto tan amplio de malestares, sea en realidad operacional y, desde una teoría del conocimiento, tenga sentido.

En otras culturas existen otros síndromes culturalmente específicos, como por ejemplo el Naeng en Korea, el Windigo entre los indígenas canadienses, o el Latah en Indonesia, el Amok malayo y la histeria ártica, por sólo mencionar algunos (véase más al respecto en Hughes, 1985; Sich, 1979).

Anteriormente se partía de la idea de que los síndromes culturalmente específicos sólo existían en culturas diferentes a las occidentales. Esto se debía a la opinión de que la medicina facultativa europeo-norteamericana no estaba sujeta a la cultura, más aún, en tanto ciencia natural “libre de cultura”, y de que ello le confería validez universal; posición poco sustentada hoy en día. En Europa y Estados Unidos, centros de la biomedicina, existen también síndromes culturalmente específicos (véanse entre otros Bartocci, 2000 con un ejemplo de Umbría (Italia) en el siglo seis), entre ellos se cuentan el síndrome premenstrual (Heinz, 1986; Rodin, 1992; Rome, 1986), la bulimia y la anorexia (Pfleiderer, 1995, 2003). En épocas recientes hasta la “juventud” se cuenta entre los síndromes culturalmente específicos, dado que los jóvenes sufren en ella “trastornos” muy particulares como la tendencia a la obesidad leve, el acné, etc. Esto significa que comportamientos y formas de ser propiamente “normales” son, cada vez más, fuertemente medicalizados, con lo cual son transformados en anormales, abriendo así la posibilidad a la intervención médica, es decir psiquiátrica

(véase Hill et al., 1992). Esto es igualmente válido para la llamada menopausia de la mujer (véanse Kosack G., Krasberg, U. (eds.), 2002; Greifeld, 2002), que en los próximos años será complementada con la llamada andropausia, con lo cual, en analogía a los ginecólogos, surge el nuevo gremio médico de los andrólogos.

¿Se trata o no en los casos de anorexia, bulimia, susto, etc. de enfermedades culturalmente específicas? De la revisión de los nuevos estudios se desprende que son culturalmente específicos, sin embargo sólo cuando lo culturalmente específico —y por qué no debería ser así— se refiere a subculturas. El reconocimiento de que no hay una cultura africana, así como tampoco hay una europea, alemana, francesa o norteamericana, ya es muy viejo. En la antropología se habla hace largo tiempo de regiones, pueblos u otras comunidades, y se habla también de hibridación en estos contextos. ¿Por qué la antropología médica debería proceder de otra manera? Visto en este contexto, el concepto de síndrome culturalmente específico es actual y justificado, teniendo además en cuenta que desarrolla muy buenos instrumentos analíticos y ha suministrado estudios críticos.

El concepto de los elementos en equilibrio: el caso del sistema caliente/frío

También en este aparte, se pretende mostrar que las frecuentes simplificaciones aclaran menos de lo que confunden y ciegan. Acerca del sistema caliente/frío se investiga y se trabaja hace siglos: los romanos, los antiguos griegos y los españoles de la Edad Media tenían conocimiento de él. También es conocido, hoy y anteriormente, en la “medicina popular” alemana, donde se tiene en cuenta y se practica, por ejemplo, en la preparación de infusiones de hierbas.³

Antes de discutir acerca de este concepto en general y del largo debate que ha generado, quiero mostrar en un ejemplo concreto, lo complejo que puede ser el sistema caliente/frío, dando por consabido que se está dispuesto a enfrentarse a esta complejidad.

El ejemplo se basa en un estudio de terreno que llevó a cabo mi colega Lioba Rossbach en el año 1989 durante ocho meses (yo sólo por dos) en un pequeño pueblo a orillas del Atrato, en Chocó, Colombia, en donde viven alrededor de 100 habitantes negros, la mayoría de ellos niños, en precarias condiciones de salud y de vida.⁴ Chocó es un departamento en el occidente de Colombia, en la región del Pacífico. Allí en las localidades ribereñas bajas vive fundamentalmente población negra, que en diferentes contextos se denominan morenos. Los habitantes originarios del

3 Acerca del sistema de los elementos en equilibrio en el contexto asiático véase también Postert, 2003.

4 Para esta y otras discusiones en el tema de la etnología médica de América del Sur y Afroamérica véase Greifeld/Schmidt, 2003.

Chocó suman hoy unas 35.000 personas y pertenecen a los grupos indígenas embera, wuaunana y cuna (véase también Rossbach, 2000: 121 y ss.).

Los negros de Chocó tienen diversos curanderos y curanderas (Greifeld, 1992), a quienes recurren según sus necesidades particulares. Para intervenciones quirúrgicas emplean la biomedicina⁵ que está disponible en los centros urbanos, pero a la que difícilmente pueden acceder. Los chocoanos negros reconocen en el campo de la cirugía los beneficios ilimitados de la biomedicina: las operaciones no son practicadas en la medicina tradicional, sino que se delegan a la biomedicina. Esto se refleja en la designación con la cual se diferencian los médicos de los curanderos tradicionales. A estos últimos se les llama “médicos” a secas, y a los primeros “médicos cirujanos”, con lo cual la cirugía se convierte en el distintivo del gremio en conjunto. Esto evidencia que los chocoanos utilizan primeramente la biomedicina cuando suponen que necesitan una operación o cuando se presenta un cuadro de enfermedad que no puede ser curado por la medicina tradicional.

En la medicina tradicional se utilizan numerosas plantas con las que se preparan infusiones, decocciones y frotamientos. Sobre todo las mujeres disponen allí de un gran tesoro en conocimientos médicos populares. También es bastante conocido, a través de investigaciones, que los expertos tradicionales clasifican los síntomas en el esquema popular de enfermedades y logran resultados exitosos con las terapias correspondientes.

Los chocoanos negros ordenan sus estados de salud alrededor de un eje que se enmarca en un contexto religioso. Por un lado hablan de “males”, es decir, de malestares clasificados como “hecho natural” y que vienen de Dios. A ellos pertenecen, por ejemplo, las siete enfermedades del nacimiento que cada recién nacido lleva dentro de sí. Por el otro, están las enfermedades atribuidas al diablo. A esta categoría pertenece por ejemplo el llamado maleficio, a través del cual a la víctima se le introduce un sapo en el estómago. Estas son causadas por humanos, y por esta razón lo humano se clasifica dentro de lo diabólico. Esta no es una categoría moral: el diablo es temido, pero al mismo tiempo, es parte natural del mundo; participó en la creación y esto constituye la base para la clasificación que hacen los chocoanos entre los animales, plantas y objetos de Dios y aquellos del diablo. Sin embargo, ni el uno ni el otro son los causantes de las enfermedades. Ambos representan, ante todo, categorías que les permiten a los chocoanos negros clasificar los malestares y ordenarlos en su concepto religioso del mundo. De conformidad con ello, los medios terapéuticos también son ambiguos, pero de ninguna manera de naturaleza moral. Fórmulas religiosas y oraciones son empleadas de igual modo en la “curación” de enfermedades, tanto “naturales” como “provocadas”. Así los santos son utilizables tanto para terapias como para magia: por ejemplo Jesucristo como ayudante mágico que puede otorgar especial fuerza en las peleas.

5 Biomedicina se refiere aquí a la medicina facultativa corriente europeo-norteamericana.

El segundo eje alrededor del cual se explica el malestar, es el sistema caliente/frío. La naturaleza, las plantas y la alimentación en el Chocó se clasifican en “calientes” y “frías”. A este sistema corresponde una división del cuerpo humano: normalmente, las enfermedades que entran por la parte superior del cuerpo pertenecen a la categoría de “caliente”, mientras las de la parte inferior del cuerpo se clasifican como malestares fríos; se trata entonces de un esquema que no remite a las causas de las enfermedades. De este modo, hay enfermedades “calientes” porque provocan “calor”, como por ejemplo la fiebre. Otras son frías porque tienen su origen en un transmisor “frío” como la viruela, que proviene de los murciélagos siendo estos animales considerados como “fríos”. Un subgrupo lo constituyen los “vientos” que son portadores de enfermedades tanto “calientes” como “frías”.

Al esquema caliente/frío que remite a elementos tan diferentes como la localización, los efectos secundarios, transmisores de enfermedades a una categoría básica, corresponde una clasificación terapéutica: enfermedades “frías” se combaten con plantas “calientes” y viceversa. Este “eje caliente/frío” les permite también a los chocoanos negros ubicar la enfermedad en contacto directo con el entorno, la naturaleza, y encontrar allí el remedio. Sin embargo, el empleo de este esquema es altamente complicado. Aunque la base inicial de la terapia está definida por la reducción de la enfermedad a las categorías básicas de “caliente” o “frío”, el tratamiento conlleva un conocimiento complejo para aplicar: una planta cambia sus propiedades en combinación con otra; se vuelve “caliente” cuando es cocinada y luego, tan pronto entibia, otra vez “fría”, pero adquiere una nueva propiedad. Además, la planta debe ser vinculada al lugar donde se produjo la enfermedad. Fuera de éstos, hay otros elementos en el sistema médico, que son necesarios para definir el proceso de curación, a saber, el contexto religioso y de género (Greifeld/Rosbach, 1989: 198 y ss.). Lo que en un primer momento puede percibirse como muy simple, mirándolo más de cerca se convierte en un complejo entramado de diversas interacciones.

En todo el mundo se encuentra el concepto de los *elementos en equilibrio* que garantiza la conservación de la salud. En China está el sistema Yin/Yang, en otras regiones muy alejadas las unas de las otras se encuentra el sistema caliente/frío. A este respecto, se habla para Europa de la teoría de los humores, del sistema de los jugos en equilibrio. Con seguridad, puede afirmarse que muchas culturas conocen reglas y enseñanzas de armonía que influyen en su comprensión de malestares y enfermedades.

Anteriormente algunos investigadores se facilitaban las cosas cuando buscaban lo comparable, es decir, establecían correlaciones entre lo conocido y lo desconocido y creían poder así “entender” lo desconocido o también, en la misma dirección, demostrar la influencia de Europa en culturas muy alejadas. Hoy en día, en la antropología médica se es mucho más cauteloso con fenómenos aparentemente iguales.

Lo cierto es que lo denominado por nosotros sistema caliente/frío ocupa un lugar, a veces más o menos importante, al interior de los diferentes sistemas médi-

cos de Centro y Sudamérica. También es seguro que con ello no se alude en todas partes a lo mismo (Clark, 1959; Currier, 1966; Faust, 1989; Jäcklein, 1970; Madsen, 1960; Ryesky, 1976). Anteriormente, algunos investigadores partían de la idea —y se remitían “al testigo principal” George M. Foster (1953, 1967, 1985)— de que tal sistema tenía su origen en la doctrina hipocrática de la patología de los humores, que en la Europa del siglo xvi era la doctrina médica reconocida. Según ellos, esta doctrina habría sido llevada desde Grecia hasta España por los árabes, y de España a Sudamérica, en donde hasta en el siglo xviii fue oficialmente impartida en las facultades de medicina. Según esta teoría existen cuatro elementos: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. A cada elemento le corresponden determinados temperamentos conformados por pares de oposición: húmedo/seco; caliente/frío (Adams y Rubel, 1967). El principio del sistema caliente/frío consiste en mantener el equilibrio y con ello en conservar la salud.

Pronto se hicieron oír voces según las cuales, aunque el sistema caliente/frío claramente provenía de Europa, en América habría podido existir anteriormente algo parecido, por ejemplo entre los aztecas (Adams und Rubel, 1967; Nelly, 1965), pues ellos también ordenaban el mundo a través de pares de oposición como día/noche, bueno/malo, sol/luna. Posiblemente —así lo pensaba por ejemplo Kelly— las primeras crónicas desvirtuaron la realidad, ya que los cronistas dejaban filtrar su visión europea del mundo en sus notas para hacerse entender, lo que es sin duda correcto.

Observado superficialmente, el sistema caliente/frío es muy simple. Por ejemplo, escribe Ryesky (1976) a propósito de una investigación llevada a cabo en un lugar de “tierra fría” en México, que uno de los factores para la clasificación es la caracterización del clima. Dado que a una altura como aquella, prevalecen las enfermedades “frías”, estaría claro, según el autor, que los antídotos y las plantas pertenecerían principalmente a la categoría de “calientes” y que en tierra caliente ocurriría exactamente lo contrario. Ciertamente el sistema caliente/frío puede simplificarse de una manera tan sencilla, ¿pero es esto adecuado?

Fernández Juárez (1999) advierte especialmente que el entorno no siempre condiciona la subdivisión en caliente/frío. También escribe Bornhütter acerca de don Patricio, un curandero de los aymaras (Bolivia), manifestando que una planta no sólo se clasifica según los rasgos de diferenciación caliente o frío. Una planta es además macho o hembra. “Las partes de la planta, sean hojas, raíces, flores o ramas, pueden poseer propiedades tanto masculinas como femeninas” (Bornhütter, 1987: 181), aspecto que debe ser tomado en consideración en la terapia. Como lo resalta Fernández Juárez, las personas entre los aymaras —que también se diferencian en calientes y frías— son tan distintas que cada paciente necesita un tratamiento individual. El sistema caliente/frío es también un sistema filosófico muy complejo, el cual se presta a reducciones simples que, sin embargo, no reflejan necesariamente la realidad.

Hay otros ejes adicionales vinculados entre sí y ubicados prácticamente en los lugares de intersección de los diferentes ejes, alrededor de los cuales los chocoanos negros definen las enfermedades, lo que hace todo un poco más complicado. Este es naturalmente sólo un modelo explicativo para hacer comprensible lo que realmente sucede durante una terapia de la medicina tradicional. Aunque los curanderos disponen del conjunto de saberes que acaba de ser esquematizado, expresan su diagnóstico de otra manera: ellos leen por ejemplo la consistencia, color, etc. de la orina. Esto lo hace el médico experimentado con una cuidadosa precisión, llegando incluso a reconocer si el enfermo ha utilizado o no el remedio recetado (Greifeld y Rossbach, 1989).

Pero no sólo los curanderos y los especialistas se preocupan de la enfermedad y de su curación, sino también el interesado mismo y sus parientes. En la literatura especializada siempre se ha hablado al respecto del “*therapy managing group*” (Janzen, 1978), el cual determina los pasos que deben seguirse. De manera diferente a lo usual en el hemisferio norte, no sólo son el médico y su paciente quienes acuerdan mutuamente los pasos que se deben seguir para la recuperación de la salud; los hermanos, los parientes políticos, padres e incluso abuelos, hacen parte del proceso de curación. Esto es aún más significativo en casos donde se presumen causas complejas, como por ejemplo en el caso de lo que nosotros llamamos “hechicería”, es decir, hechos inexplicables racionalmente, que sin embargo evidencian su efecto, y con ello obedecen a otras leyes de la realidad a las que estamos habituados.

“Mundos virtuales” y “realidad”

Para concluir este corto debate acerca de los mundos de la experiencia y los conceptos, se debe hacer corta referencia a aquello que hoy se discute bajo el término “mundos virtuales”. Nosotros lo conocemos principalmente en el llamado mundo de los computadores. Pero a ese término pertenece también la producción de mundos virtuales como los que se encuentran en los diferentes sistemas médicos. Así el chamán se comunica con poderes que están por fuera de lo cotidiano y que sólo le son accesibles en situaciones determinadas. El adivino construye imágenes de lo cotidiano en sus sesiones. En la biomedicina estas imágenes son producidas mediante la “vieja” técnica de la radiografía, más recientemente con ultrasonido y con la cada vez más desarrollada tomografía por computador, siendo este lo más actual, costoso y complicado. Por medio de simulaciones por computador se desarrollan actualmente nuevos campos de acción para la biomedicina que hacen uso de las últimas técnicas, aunque no siempre culminan con éxito (como en el caso de las mellizas gemelas iraníes y su espectacular intento de separación en Hong Kong en la primavera de 2003).

Al respecto se puede decir: que lo que para uno es un tomograma en computador, para el otro lo es la adivinación. Ambas técnicas se mueven sobre un metaterreno que se sustrae a la cotidianidad inmediata. Ambas se fundamentan en ciencias experimentales que se diferencian claramente en su demarcación. El adivino conoce

en forma óptima el entorno social del doliente que viene a él en busca de apoyo, entre otros, por medio de una extensa red social muy bien constituida. A través de la adivinación el vidente intenta mediar entre la desgracia del individuo y la explicación científica de este revés. Su ciencia empírica está compuesta de explicaciones para hechos que provienen de los diferentes campos de experiencia de la realidad. Su teoría se deriva de ello. Como ya claramente lo muestra Paul Feyerabend en su trabajo *Contra la obligación del método* (1993),

[...] la historia de la ciencia se compone no sólo de hechos y conclusiones de hechos. También encierra ideas, interpretaciones de hechos, problemas, que surgen de interpretaciones en conflicto, errores y otras cosas más. Al explorar con mayor exactitud se comprueba incluso que la ciencia no conoce ‘hecho escueto’ alguno, sino que todos los ‘hechos’ que ingresan a nuestro entendimiento, son ya vistos de una manera determinada y por eso son esencialmente ideales (1993: 15).

Este punto fundamental ya fue discutido con anterioridad en relación con el “reconocimiento” del sistema caliente/frío.

El adivino y el biomédico producen entonces, a través de imágenes, una realidad susceptible de interpretaciones libres dentro de ciertos límites. Y ambos interpretan dentro de sus correspondientes fronteras científicas. En tanto el adivino puede recurrir a muchos planos de la realidad, que en el contexto científico occidental están circunscritos en la “creencia” o “religión”, el médico opera, en comparación, sobre una base muy restringida, pero también con fórmulas mítico-mágicas que deben ser explicadas.

Bibliografía

- Ablaßmeier, R. (1992). “Susto - eine psychosomatische Erkrankung? Ansichten der quedada, einer Erkrankung des ‘Susto-Komplexes’, mit der psychosomatischen Brille”. En: *Curare*, Vol. 15, pp. 255-261.
- Adams, R. N.; Rubel, A. J. (1967). “Sickness and Social Relations”. En: Nash M. (ed.). *Handbook of Middle American Indians*. Univ. of Texas Press, Austin, pp. 333-356.
- Bartocci, G. (2000). “The cultural construction of the Western conception of the realm of the sacred: co-existence, clash and interbreeding of magic and sacred thinking in fifth- and sixth-century Umbria”. En: *Anthropology and Medicine*, Vol. 7, pp. 373-388.
- Bolton, R. (1981). “Susto, Hostility and Hypoglycemia”. En: *Ethnology*, Vol. xx, pp. 261-276.
- Bornhütter, H. (1987). *Die Aymara: ein indianisches Bauernvolk in Bolivien*. Kölner medizinhistorische Beiträge, Vol. 48. Kohlhammer, Feuchtwangen.
- Clark, M. (1970/1959). *Health in the Mexican-American Culture. A Community Study*. Berkeley/Los Angeles.
- Crandon, L. (1983). “Why Susto?”. En: *Ethnology*, Vol. xxii, pp. 153-167.
- Currier, R. L. (1966). “The Hot-Cold-Syndrome and Symbolic Balance in Mexican and Spanish-American Folk Medicine”. En: *Ethnology*, Vol. 5, pp. 251-263.
- Devereux, G. (1967). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Hanser, München.

- Fabrega, H. (1980/1974). *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge/London.
- Faust, F. X. (1989). *Medizin und Weltbild. Zur Ethnographie der Coyaima- und Natagaima-Indianer in Kolumbien*. Trickster Wissenschaft, München.
- Fernández Juárez, G. (1997). "Testimonia kallawaya: medicina y ritual en los Andes de Bolivia". En: *Hombre y Ambiente*, Vols. 44-45. Ed. Abya-Yala, Quito.
- _____ (1999). *Medicos y yatiris: salud e interculturalidad en el Altiplano aymara*. CIPAC/ESA, La Paz.
- Feyerabend, P. (1993). *Wider den Methodenzwang*. Suhrkamp, Frankfurt (4^a ed). (original: Against Method. Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge, New Left Books, 1975).
- Foster, G. M. (1953) "Relationships between Spanish and Spanish-American Folk Medicine". En: *Journal of American Folklore*, Vol. 66, pp. 201-217.
- _____ (1967). *Tzintzuntzan - Mexican Peasants in a Changing World*. Boston.
- _____ (1976). "Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems". En: *American Anthropologist*, Vol. 78, pp. 773-782.
- _____ (1985). "How to get well in Tzintzuntzan". En: *Social Science and Medicine*, Vol. 21, pp. 807-818.
- Greifeld, K. (1985). "Susto: Kulturspezifisches Syndrom oder ethnologisches Konstrukt". En: *Curare*, Vol. 8, pp. 273-288.
- _____ (1992). *Médicos und Chirurgen - Kräuter und Pillen. Gesundheitsversorgung im kolumbianischen Chocó*. Vortrag am Linden-Museum Stuttgart.
- _____ (2002). "Wechseljahre aus biomedizinischer Sicht". En: Kosack, G. y Krasberg, U. (ed.). *Regel-lose Frauen: Wechseljahre im Kulturvergleich*. Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus, pp. 13-23.
- _____ (2003). "Einführung in die Medizinethnologie". En: Greifeld, K. (ed.). *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Reimer, Berlin, pp. 11-37.
- Greifeld, K. y Rossbach, L. (1989). "Zur Marginalität Moderner Medizin bei der schwarzen Bevölkerung im kolumbianischen Chocó". En: *Curare*, Vol. 12, pp. 195-200.
- Greifeld, K. y Schmidt, B. E. (2003). "Medizinische Systeme Süd- und Afroamerikas". En: Greifeld, K. (ed.). *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Reimer, Berlin, pp. 105-132.
- Heinz, S. A. (1986). "Premenstrual Syndrome: An Assessment, Education, and Treatment Model". En: Olesen/Fugate, Woods (ed.). *Culture, Society and Menstruation*. Health Care for Women International Publication, New York et al., pp. 153-158.
- Hill, R. F. y Fortenberry, D. J. (1992). "Adolescence as a Culture-Bound Syndrome". En: *Social Science and Medicine*, Vol. 35, pp. 73-80.
- Hughes, C. (1985). "Culture-bound or construct-bound? The Syndromes and DSM-III". En: Simon/Hughes (ed.). *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht.
- Ingham, J. M. (1970). "On Mexican Folk Medicine". En: *American Anthropologist*, Vol. 72, pp. 76-87.
- Jäcklein, K. (1970). *San Felipe Otlaltepec: Beiträge zur Ethnoanalyse der Popoloca de Puebla, México*. Göttingen.
- Janzen, J. M. (1978). *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. University of California Press, Berkeley u.a.

- Kelly, I. (1965). *Folk Practices in North Mexico*. Austin.
- Kiev, A. (1968). *Curanderismo – Mexican-American Folk Psychiatry*. New York.
- _____ (ed.) (1974). *Magic, Faith and Healing*. New York/London.
- Kosack, G. y Krasberg, U. (ed.) (2002). *Regel-lose Frauen: Wechseljahre im Kulturvergleich*. Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus.
- Logan, M. H. (1993). "New Lines of Inquiry on the Illness of Susto". En: *Medical Anthropology*, Vol. 15, pp. 189-200.
- Madsen, W. (1960). *The Virgin's Children: Life in an Aztec Village Today*. Austin.
- O'Neill, C. W. y Selby, H. A. (1969). "Sex Differences in the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Relationships between Sex-Role Expectations and a Folk Illness in Oaxaca". En: *Ethnology*, Vol. 7, pp. 95-105.
- Peary, R. (1907). *Dem Nordpol am nächsten*. Vogtländerverlag, Leipzig.
- Pfleiderer, B. (1993). "Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgaben und Ziele". En: Schweizer et al. (ed.). *Handbuch der Ethnologie*, Reimer, Berlin, pp. 345-374.
- _____ (1995/2003). "Zur kulturellen Konstruktion biomedizinischen Tuns und Wissens". En: Greifeld (ed.). *Ritual und Heilung*. Reimer, Berlin, pp. 165-197.
- Postert, C. (2003). "Medizinische Systeme Ost- und Südasiens". En: Greifeld, K. (ed.). *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Reimer, Berlin, pp. 69-104.
- Rasmussen, K. (1927). *Across Arctic America: Narrative of the Fifth Thule Expedition*. New York.
- Rink, H. (1875). *Tales and Traditions of the Eskimos*. London.
- Rodin, M. (1992). "The Social Construction of Premenstrual Syndrome". En: *Social Science and Medicine*, Vol. 35, pp. 49-56.
- Rome, E. (1986). "Premenstrual Syndrome (PMS) examined through a feminist lens". En: Olesen/Fugate, Woods (ed.). *Culture, Society and Menstruation*. Health Care for Women International Publication, New York et al., pp. 145-152.
- Rubel, A. J. (1964). "The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America". En: *Ethnology*, Vol. 3, pp. 268-283 [dito in Landy (ed.), 1977, pp. 119-128].
- Rubel, A. J.; O'Neill, C. y Collado-Ardon, R. (1984). *Susto: A Folk-Illness*. University of California Press, Berkeley.
- Ryesky, D. (1976). *Conceptos Tradicionales de la Medicina en un Pueblo Mexicano - un Análisis Antropológico*. México.
- Schiefenhövel, S. (1983). *Medicina Tradicional: Ergebnisse einer ethnomedizinischen Feldstudie in Huasahuasi im Andenhochland Perus*. Diss. Univ. Bonn, Bonn.
- Sich, D. (1979). "Naeng: Begegnung mit einer Volkskrankheit in der modernen, frauenärztlichen Sprechstunde in Korea". En: *Curare*, Vol. 2, pp. 87-96.
- Trotter, R. T. (1982). "Susto: The Context of Community Morbidity Patterns". En: *Ethnology*, Vol. xxi, pp. 215-226.
- Uzzell, D. (1974). "Susto Revisited: Illness as strategic Role". En: *American Ethnologist*, Vol. 1, pp. 369-378.
- Yap, P. M. (1962). "Words and Things in Comparative Psychiatry". En: *Acta Psych. Scand.*, Vol. 38, pp. 163.