Colección

PENDONEROS

LA MEDICINA TRADICIONAL ECUATORIANA

Silvia Argüello M.
Ricardo Sanhueza A

Colección
PENDONEROS

LA MEDICINA TRADICIONAL ECUATORIANA

Silvia Argüello M.
y Ricardo Sanhueza A.

BANCO CENTRAL DEL ECUADOR
INSTITUTO OTAVALEÑO DE ANTROPOLOGÍA
EDICIONES ABYA-YALA

Autoridades del Instituto Otavaleño de Antropología

- Economista Renán Cisneros del Hierro, Presidente del IOA
- Señor Marcelo Valdospinos Rubio, Presidente Alterno del IOA
- Licenciado Edwin Narváez Rivadeneira, Director General

Autoridades del Banco Central del Ecuador

- Doctor Augusto de la Torre, Gerente General
- Ingeniera Constanza Calderón, Subgerente General

Comité Editorial

- Doctor Carlos Alberto Coba Andrade
- Doctor Segundo Moreno Yánez
- Economista Carlos Marchán Romero
- Doctor Carlos Landázuri Camacho
- Doctor Juan Freile-Granizo

BANCO CENTRAL DEL ECUADOR
Doctor Augusto de la Torre, Gerente General
Ingeniera Constanza Calderón, Subgerente General

SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS CULTURALES
Arquitecto Juan Fernando Pérez Arteta, Director–Quito

PROGRAMA EDITORIAL
Doctor Irving Iván Zapater, Coordinador

ARCHIVO HISTÓRICO

ISBN: 9978-72-090-1 (*La Medicina Tradicional Ecuatoriana*)
Primera edición de 1.000 ejemplares.

Cubierta: Patricio Estévez Trejo
Tipografía y diagramación: Departamento Editorial de la Dirección de Programas Culturales, en tipo *Times*.

La impresión de este volumen ha estado a cargo del Centro Cultural Abya-Yala, Quito, de acuerdo a convenio de coedición suscrito con el Banco Central.

"La selección de títulos de la Colección Pendoneros ha sido realizada por su Comité Editorial. La responsabilidad del contenido y forma de los originales de cada una de las obras de esta Colección compete exclusivamente al Instituto Otavaleño de Antropología".

LA COLECCIÓN PENDONEROS[1]

Plutarco Cisneros Andrade
Presidente y fundador,
Instituto Otavaleño de Antropología

Sin lugar a dudas, la mayor satisfacción científica de toda la historia del Instituto de Antropología de Otavalo, en cuanto a publicaciones que recogen sus propias investigaciones y las de sus asociados, la constituye la Colección *Pendoneros*, que nació como un proyecto de difusión de trabajos de investigación realizados a partir de 1975. Debieron ser, inicialmente, cinco volúmenes. En 1979, la circunstancia del aniversario del sesquicentenario de Otavalo hizo que, como un homenaje a la ciudad, se duplicara el número de libros que debían imprimirse. Sin embargo, otro hecho de mayor connotación modificó el proyecto: el sesquicentenario de la República, en 1980.

Se elaboró el proyecto que fijó en cincuenta el número de libros que integrarían la ya para entonces llamada colección *Pendoneros*, volúmenes a los que se añadirían índices y bibliografías.

El criterio institucional para emprender está audaz aventura hay que buscarlo en lo que expresé en 1978:

> Analicemos también la inminente realización de dos sesquicentenarios. Uno, que recuerda la vida ciudadana de Otavalo y otro que alude el punto de partida para una nueva situación jurídica, cuando a un pueblo grande le dijeron que habían decidido hacerle República. A lo mejor por ello, hasta hoy, trascordado el segundo. O quizá por la innata tentación de algunos de nuestros historiadores de recordarnos más las fechas de la conquista, concertaje y coloniaje que las de rebelión e independencia, tal vez porque en aquellas fueron protagonistas gentes cuyos nombres merecieron estar el libro del recuerdo escrito, mientras

1 Texto incluido para la publicación de la versión digital de la Colección Pendoneros [2021]. Tomado originalmente de: Cisneros Andrade, Plutarco. (2007). *Pensamiento Otavaleño. Aportes de dos grupos culturales al Ecuador del siglo XX*. (pp. 253-257) Editorial Pendoneros (IOA)

> en estas otras, los anónimos, gentes del pueblo que, en el mejor de los casos, merecían constar en expedientes judiciales. [...] Si ambos acontecimientos van a servirnos para evaluar el camino andado y ayudar a perpetuarnos como pueblo, con compromisos ineludibles, bienvenidos los sesquicentenarios. Si, por lo contrario, los tornamos en celebración festiva intrascendente, no tienen sentido las recordaciones. Que sea un llamado para que todos los que puedan dar su aporte lo hagan.

El IOA recogió su propio reto: *Pendoneros*, además de haber sido el esfuerzo editorial más grande emprendido hasta entonces -y quizá hasta hoy- en el campo específico de la Antropología, cumplía, principalmente, el objetivo prioritario de dar una visión de conjunto respecto al área geocultural delimitada como los Andes Septentrionales o la Sierra Norte, como parte, a su vez, del proyecto mayor, el *Atlas Cultural*. Establecidos los lineamientos teóricos para la investigación, creadas la infraestructura institucional y sus unidades de apoyo y formados los equipos interdisciplinarios para someter a prueba el modelo elaborado en el interior del IOA, entre otros proyectos, se armó uno de especial importancia: la elaboración del *Atlas Cultural de la Sierra Norte,* del que Pendoneros era una fase sustantiva.

A las consideraciones teóricas referidas se añadía una más: el trabajo interinstitucional que no solo permitiría un intercambio de conocimientos y experiencias, sino también una mayor aproximación al esfuerzo de integración regional y latinoamericana. Prueba del efecto positivo de esta iniciativa son los trabajos de investigación arqueológica efectuados con el grupo de la Universidad de Nariño, Colombia, y con el Instituto Interamericano de Etnomusicología y Folklore, con sede en Caracas.

Una poderosa circunstancia permitía soñar con el Proyecto *Pendoneros*: se estaba, simultáneamente, preparando la gran empresa cultural *Gallocapitán* y era excelente ocasión para armonizar la doble meta: la científica y la financiera.

El proyecto Pendoneros pudo, igualmente, llevarse a cabo por la ampliación de los resultados obtenidos en la investigación, fuera a través de su propio equipo o gracias a la coparticipación de investigadores asociados, y porque se consideró " la necesidad de que otros estudios referentes al área geográfica o zonas geoculturales que sirvieron de relación estuvieran incluidos aun cuando hubiesen sido elaborados por otras instituciones o por otros investigadores", puesto que "si buscábamos un conocimiento integral y sabíamos por relación bibliográfica de la existencia de varios estudios publicados en otros idiomas, era obligación científica el incorporarlos, pues, además, su difusión y conocimiento tenían que dar impulso a la continuación de los mismos".

Con *Pendoneros* y, luego, con el *Atlas Cultural*, pretendíamos también dar un aporte para una visión más amplia y coherente de la "compleja formación social" desarrollada en la referida zona geocultural. Una visión que incluía análisis sobre varias culturas englobadas en esa formación social y que, desde la diferentes ópticas de los especialistas y sus interpretaciones, eran elementos para intentar construir alguna vez, a manera de rompecabezas, y desde las complejidades horizontal y vertical antes señaladas, una apreciación de conjunto sobre el humano y el hábitat que lo cobijó, y sobre la respuesta derivadas de la reciproca interacción, así como sobre la continuidad y los cambios que esa vivencia determinó y seguirá determinando.

La Colección, si bien nacía con cincuenta títulos, para cumplir sus objetivos debía "devenir en una serie interminable que siga agrupando el mayor número de trabajos inter y multidisciplinarios en el futuro", puesto que el IOA planeaba "dos proyectos definitivos y estables: Pendoneros como serie y Sarance como revista de divulgación. Cada nuevo volumen enriquecería el conjunto y sería la voz de aliento para los investigadores y para la propia institución".

Pendoneros consiguió, además, presentar de cuerpo entero las contradicciones que se daban en nuestro país por falta de una coherente política cultural; reclamar en forma permanente un mayor conocimiento de nuestras culturas, un fortalecimiento cualitativo de la investigación, "un penetrar muy profundamente en el vientre histórico del Ecuador", pero, por otro lado, demostrar la negativa de estamentos oficiales al quehacer de esos mismos investigadores o a las instituciones que los forman o los patrocinan, a pesar de estar creados, teóricamente, para apoyarlas e impulsarlas.

Pendoneros demostraría -y lo hizo- la validez del trabajo de los antropólogos ecuatorianos y de los extranjeros que han investigado en el país, aun cuando, llegado el momento, para las instancias burocráticas los estudios de Antropología fueran desatendidos porque "no ven con claridad que es en ese ámbito donde se logra la totalización del fenómeno multidimensional que representa la vida de las sociedades".

Pendoneros fue para el IOA una enorme satisfacción académica, pero fue, a la vez, la posibilidad cierta para demostrar y denunciar un caso de piratería intelectual. El Banco Central del Ecuador, cuyo rol inicial se limitaba a cofinanciar el costo de una parte de la edición, años más tarde, sin decoro alguno, asumió como suya la Colección, marginando al IOA.

Ello motivó un airado reclamo, en nombre del IOA y en mi propio nombre, puesto que no le asistía razón alguna al Banco Central para hacer suya

la propiedad intelectual de la Colección, desconociendo la participación de la Institución y la mía como coautor y director de ella, así como la de los miembros del Comité Editorial, que realizaron con calidad ese esfuerzo, especialmente en lo que concernía a Segundo Moreno Yánez y a Juan Freile Granizo, entre otros. El trámite de reclamación sigue hasta hoy el curso pertinente.

Sin pudor alguno, en acto de deshonestidad intelectual flagrante, el Banco Central inscribió en el registro de propiedad intelectual la *Colección Pendoneros* como obra suya cuando de ella faltaban por editarse unos pocos volúmenes, cuyos manuscritos fueron conseguidos o proporcionados por el propio IOA. Los burócratas que así procedieron, por desconocimiento o mala fe, o por ambas cosas, no hicieron sino, como dice Ortega y Gasset "pensar en hueco...". Este pensar en hueco y a crédito, este pensar algo sin pensarlo es, en efecto, el modo más frecuente de actuar de funcionarios de áreas de instituciones que, apartadas de los lineamientos de quienes las concibieron, no pueden mantener la capacidad creativa de aquellos y optan por una conducta truculenta y soterrada.

Ortega y Gasset clarifica el concepto al afirmar:

> "La ventaja de la palabra que ofrece un apoyo material al pensamiento tiene la desventaja de que tiende a suplantarlo [pero aunque hacerlo, transitoriamente, confiera lealtad, nunca dará legitimidad a un acto ilegitimo como el de] un Banco en quiebra fraudulenta. Fraudulenta porque cada cual vive con sus pensamientos y éstos son falsos, son vacíos, falsifican su vida, se estafa a sí mismo" ("En torno a Galileo: esquema de las crisis", 1933).

INDICE

Presentación 11

Libro Primero

Enfermedades del campo y de Dios en Tumbabiro

Introducción 19

Parte Primera

Capítulo I
Naturaleza de las nociones sobre el daño 35
Capítulo II
Tumbabiro, su entorno, su gente, sus afanes 49
Capítulo III
Hay que ir donde el que sabe 71

Parte Segunda

Capítulo I
Enfermedades de campo y enfermedades de Dios 99
Capítulo II
Se hace lo que se puede 115

Parte Tercera

Capítulo I
El costo de la vida 135
Capítulo II
Vientos contrarios 153
Capítulo III
Pensando en voz alta 165

Anexo 1
Glosario de informantes 171
Anexo 2
Glosario de términos 173
Anexo 3
Persona que realiza la entrevista 175

Bibliografía citada 205

Libro Segundo

Etnomedicina en la Provincia de Manabí

Reconocimiento 211
Introducción 213

Capítulo I
El proyecto 219
Capítulo II
Aspectos teóricos de la etnomedicina 237
Capítulo III
El ambiente 245
Capítulo IV
Los curanderos en Manabí 261
Capítulo V
Enfermedades tradicionales 281
Capítulo VI
Etnobotánica 305

Conclusiones 323
Apéndice 327
Bibliografía 349

PRESENTACION

Los estudios de Silvia Argüello Mejía y Ricardo Sanhueza Alvarado, sobre las "enfermedades del campo y enfermedades de Dios en Tumbabiro (provincia de Imbabura)" y "Etnomedicina en la Provincia de Manabí", han sido recopilados en la presente colección bajo el título "La Medicina Tradicional Ecuatoriana".

El primer estudio de caso, después de describir el pueblo de Tumbabiro y su entorno, se analizan los afanes de la gente, especialmente en referencia a los problemas de la salud. La autora recopila en el capítulo sobre enfermedades de campo y enfermedades de Dios, etiologías interpretadas como mal viento, espanto y mal de ojo. En los pueblos rurales "se hace lo que se puede" para curar los males provenientes de "la leche mala", la relación entre lo fresco y lo caliente, el sol y el viento y los malos aires.

En el Ecuador, aunque la medicina tradicional ha sido ampliamente usada, son todavía insuficientes los estudios para comprender su verdadero alcance, a lo que se puede añadir la estigmatización que ha sufrido la medicina tradicional en nuestro país. El trabajo de Silvia Argüello aporta, además, con datos de primera mano sobre las etiologías de la medicina tradicional en referencia a la población infantil del área de estudio. Para el efecto se acudió frecuentemente al relato de la madre, como conocedora de los parámetros más importantes en la confección y prácticas tradicionales. Un análisis científico como el presente, además del valioso material empírico seleccionado, nos ofrece la explicación de una

cosmovisión en orden conceptual y técnico, la que servirá, posteriormente, como una base de ulteriores estudios comparativos.

En la segunda parte del presente volumen, Ricardo Sanhueza ofrece una interesante metodología de estudio, la que se inicia con la presentación de hipótesis y el esclarecimiento del universo de estudio y de las unidades de análisis. Su larga experiencia de campo, en algunas ocasiones adscrito a proyectos del Ministerio de Salud y en otras a nivel individual, le han permitido recopilar datos de enorme interés sobre la etnomedicina practicada en la provincia de Manabí. Para los antropólogos determinados por la multiplicidad de estudios sobre las regiones indígenas y mestizas interandinas, el estudio de Sanhueza ofrece una visión alternativa. El influjo de la medicina indígena tradicional parece, según el autor, inexistente en la provincia de Manabí, región que sin embargo todavía a finales del siglo XVIII presentaba una importante población indígena, organizada en comunidades y bajo el control de autoridades étnicas. Las evidencias presentadas por Sanhueza, fruto todas ellas de su larga investigación, son suficiente fundamento para apoyar la hipótesis de que las costumbres relacionadas con la medicina tradicional en la provincia de Manabí guardan estrecha relación con las costumbres de la Península Ibérica y de las regiones mediterráneas europeas.

Los dos trabajos conjuntamente editados en el presente volumen, fueron presentados como disertaciones previas a la obtención de la Licenciatura en Antropología, en el Departamento homónimo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en la ciudad de Quito. Para quienes hemos sido profesores, es grande la satisfacción de presentar a un amplio público trabajos inéditos de investigación que, a no dudar, se han convertido en verdaderos aportes a la Antropología ecuatoriana.

Segundo E. Moreno Yánez

ENFERMEDADES DEL CAMPO Y DE DIOS EN TUMBABIRO

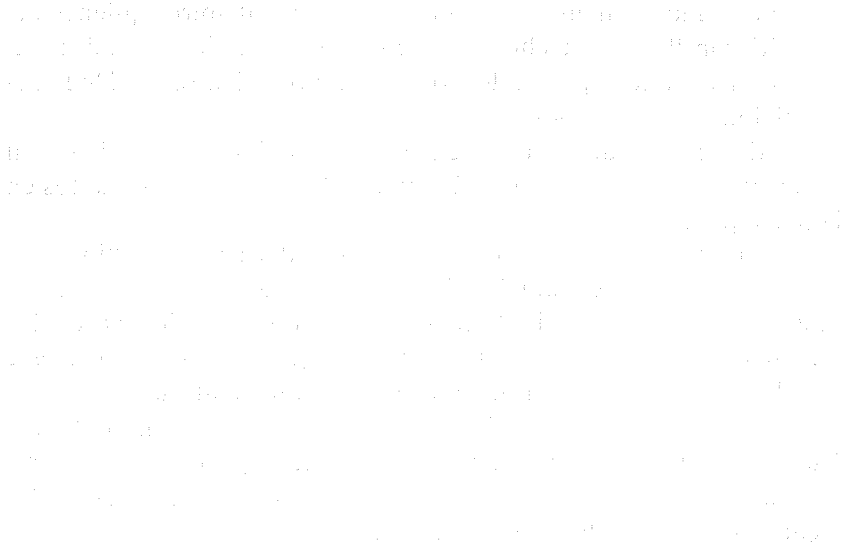
A mis queridos padres por su ayuda incondicional.
A mis hermanos por su confianza,
A Gustavo, compañero solidario de mis afanes.

Mi agradecimiento a las mujeres de Tumbabiro, quienes me permitieron llegar a sus hogares y contribuyeron de forma desinteresada al estudio, aportando con sus conocimientos de Medicina Tradicional en el cuidado de sus hijos.

Al personal de la Tenencia Política, del Registro Civil y al Subcentro de Salud, quienes facilitaron la recolección de datos en la parroquia.

A la doctora Lauris Mckee, directora del proyecto "Incidencia de las creencias tradicionales en la mortalidad de niños en la Sierra ecuatoriana" y la Fundación Nacional de Ciencia de los Estados Unidos, que financió esta investigación, por la que este estudio fue posible en forma paralela y complementaria.

Al Licenciado Fernando García, director de la tesis, al doctor Diego Iturralde y al licenciado José Almeida, profesores asesores, por la paciencia demostrada en la revisión de cada una de las páginas y por sus valiosas sugerencias.



INTRODUCCION

En el Ecuador, la Medicina Tradicional es ampliamente usada, pero aún son insuficientes los estudios para comprender su verdadero alcance. El desconocimiento constituye, sin embargo, sólo una parte de la estigmatización que ha sufrido la Medicina Tradicional en el país.

Un sistema de conocimiento es estigmatizado si existe otro que se privilegia. En una sociedad diferenciada socialmente como la ecuatoriana, un sistema se estigmatiza si es la expresión de los grupos más subordinados de la sociedad. El proceso de privilegiamiento-estigmatización en el Ecuador ha conducido a un desarrollo sin trabas y relativamente más amplio de la Medicina Formal y a la limitación en el desarrollo de la Medicina Tradicional.

Los resultados de este proceso son bastante heterogéneos; se ha privilegiado en la Medicina Formal a los sectores urbanos y a los grupos que disponen de mejores posibilidades económicas, lo que ha determinado que grandes sectores campesinos, urbano marginales y clases populares estén marginados del sistema formal y el único recurso real con el que cuenten sea la Medicina Tradicional.

El Estado ha tratado de llegar a estos sectores a través de la Medicina Formal, asumida como la Medicina Oficial, sin embargo su acción ha estado doblemente condicionada; por una parte, ha dependido de los recursos generados en otros sectores de la producción (vg.: la agricultura y la industria) y por otra, ha obedecido a la misma estructuración política del país. El resultado es una

alta desproporción entre unas áreas y otras. Si bien se ha logrado en forma general un descenso en la morbimortalidad, las tasas son críticas para ciertas zonas, lo que ha incidido en la búsqueda de respuestas adecuadas que den cuenta de la heterogeneidad del país.

La alta mortalidad en áreas donde la Medicina Formal ha tenido una baja cobertura hace suponer que una expansión de ésta podría dar solución a los problemas de las áreas críticas. Por otra parte, el uso generalizado de la Medicina Tradicional da lugar a inferir que la superación de este tipo de prácticas llevaría un descenso de la mortalidad.

Si bien estas posiciones pueden tener cierta lógica, conllevan planteamientos apriorísticos que están lejos de dar una respuesta integral al problema de la salud del país y justifican políticas alejadas de la realidad. La persecución de la Medicina Tradicional desde el campo de la Medicina institucionalizada, sin conocer ni valorar su verdadero alcance sólo es uno de los errores de dicha política.

El enfrentamiento entre un sistema y otro es, sin embargo, la forma como aparecen los problemas de salud en el país ya que éstos obedecen a otros móviles en el proceso más general de desarrollo.

El rechazo a la Medicina Tradicional desde la Medicina Formal ha contribuido a ampliar la brecha existente entre ambas y más aún a perder de vista sus verdaderos alcances, ya que a pesar de las limitaciones el sistema tradicional supone un largo proceso de experimentación, sintetiza un conjunto de ideas, conceptos y valoraciones, un conjunto de prácticas o actividades y se expresa en efectos específicos sobre el proceso salud enfermedad.

Cada uno de estos aspectos merece estudios interdisciplinarios que contribuyan a comprender la complejidad del problema de la salud. Para la Antropología constituye terreno fecundo el estudio de las creencias y prácticas tradicionales en salud por varias razones, entre las que se pueden mencionar las siguientes:

1. Ha sido un terreno poco estudiado y por lo tanto poco entendido.

2. Constituye una realidad para un sector mayoritario de la población ecuatoriana.
3. Como ideas expresan una posición frente a la realidad y una guía de la práctica.

Para muchos estudiosos, la Medicina Tradicional es un campo que no merece atención ya que constituye un sistema incoherente, caótico, empírico, etc. El presente estudio tratará de demostrar que es: 1) Un sistema lógico de pensamiento, 2) una práctica coherente con el condicionamiento socioeconómico y 3) un sistema complejo que en algunos casos rebaza aún el sistema formal, como ha sido demostrado por los estudios de los sistemas clasificatorios etnobotánicos.

La lógica complejidad y coherencia de un sistema no es sinónimo de eficacia ni constituye siempre una cosmovisión coherente de la realidad, ya que por un lado las ideas pueden contradecir la realidad (proceso) y por otro, las ideas pueden contradecir la práctica (actividades).

La importancia del presente estudio es que puede contribuir a relievar el peligro de subestimar las ideas, mucho más cuanto en salud éstas constituyen el eje de la práctica, el peligro de proponer cambios alejados de las condiciones culturales de la población y por último, de señalar la arbitrariedad de tratar de entender un sistema desde la perspectiva de otro.

El objetivo general que se persigue es el de demostrar la complejidad y lógica del sistema tradicional, su coherencia con el condicionamiento, independiente de lo que expresa, es decir de su cosmovisión.

Los objetivos específicos son:

1. Demostrar la coherencia del sistema tradicional con el condicionamiento socioeconómico.
2. Demostrar que las creencias expresan una posición frente a la realidad (cosmovisión), destacando los elementos manifestados en las creencias tradicionales como elementos ideológicos.
3. Demostrar que las creencias y prácticas forman un sistema

complejo y lógico que contempla: una clasificación cultural de la enfermedad, una identificación cultural de los síntomas y un corpus terapéutico, en la que la etiología juega un papel fundamental.

El estudio es parte de la investigación realizada durante dos años en algunas poblaciones de la Sierra ecuatoriana, sobre el "Impacto de las creencias tradicionales en salud y tasas de mortalidad entre niños ecuatorianos", dirigida por Lauris Mckee, docente de la Universidad de Cornell y con apoyo de la Fundación Nacional de Ciencia de los Estados Unidos.

Fue llevado a cabo en poblaciones mestizas de la Sierra ecuatoriana, en base de un estudio de significación estadística, por lo que se eligieron las siguientes poblaciones: Gualaceo (Azuay), Guaranda (Bolívar), Píllaro (Tungurahua), Tumbabiro (Imbabura) y Mira (Carchi).

La autora del presente estudio realizó trabajo de campo en Guaranda, Tumbabiro y Mira. Efectuó ajuste de datos en Gualaceo y Píllaro y participó en la elaboración de videos de etnomedicina en todas estas poblaciones, en convenio con el Banco Central del Ecuador.

Para el estudio de casos se escogió una parroquia de la provincia de Imbabura que tipifica por muchas razones a otras parroquias de la Sierra ecuatoriana; la población de Tumbabiro realiza actividades eminentemente agrícolas, conserva un alto grado de analfabetismo, sobre todo femenino. Tiene deficientes servicios estatales básicos como agua, luz y vías carrozables. Mantiene una alta morbimortalidad que supera los promedios nacionales y la atención formal en salud se efectúa exclusivamente a través de una unidad de salud, atendida por un médico rural, una auxiliar de enfermería y un odontólogo rural.

El universo lo constituyen 45 familias. En éstas la situación interfamiliar no es homogénea y una familia nuclear puede presentar rasgos socioeconómicos diferenciales significativos. Para el presente estudio se asume, sin embargo, la homogeneidad nuclear y el estado de la mujer como reflejo del núcleo familiar.

Para la caracterización se partió de la premisa de que se en-

frentaba una realidad diferencial que sería tipificada en el análisis de algunos indicadores. Se consideró que existen aspectos que no pueden reflejar directamente la condición social, pero pueden configurar una apreciación más cercana de esta condición, vg.: no tiene el mismo peso aludir a edad, estado civil, instrucción, actividades, composición familiar, acceso a los servicios y propiedad. La instrucción por ejemplo, puede contribuir en el ascenso social, pero de ninguna manera es determinante de ese ascenso.

Los datos generales sugerían el enfrentamiento con una parroquia con predominio de actividades agropecuarias. Por esta razón los indicadores utilizados en la caracterización social fueron: tipo de propiedad, uso de la tierra, y actividades, tomados como indicadores independientes; propiedad suntuaria, consumo, vivienda e instrucción como indicadores dependientes y acceso a los servicios, edad, estado civil, procedencia, como indicadores modeladores.

La muestra la constituyen 10 familias que representan el 25o/o de unidades familiares. Fueron escogidas a partir de dos criterios: a) Baja situación económica (de acuerdo al análisis de los indicadores) y b)Existencia de niños menores de cinco años.

El estudio comprende dos etapas:

1. Recopilación documental
   - 1.1. Muestra al azar de fichas médicas del Subcentro de Salud, desde el día en que se empezó el trabajo de campo.
   - 1.2. Revisión de fichas de mortalidad de niños en los últimos diez años, realizadas por el Registro Civil local.
2. Trabajo de campo
   - 2.1. Seguimiento de diez familias durante treinta horas cada una.
   - 2.2. Encuesta al cien por ciento de madres con hijos menores de ocho años.

Para la recolección y análisis se elaboró un conjunto de instrumentos y cuadros de salida de datos (ver anexo No. 3), los mismos que fueron simplificados en el análisis ya que todo el procesamiento fue manual.

La encuesta fue aplicada a cuarenta y cinco unidades familiares, a través del censo local, realizado por el subcentro de salud para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

La observación se realizó en diferentes horas y días a lo largo de tres meses, para cada familia, de tal suerte que se cubrieron las cinco primeras familias en el primer trimestre y las restantes en el segundo trimestre. Este espacio permitió adquirir la confianza de las informantes sin perjudicar las actividades diarias que éstas realizaban.

Como este estudio formó parte de otra investigación, la mayor limitación que hubo que enfrentar fue el tiempo ya que por las características del estudio hubiese sido ideal hacer una caracterización socioeconómica y cultural de toda la población para escoger con mayor rigor metodológico la clase o clases a estudiar.

El trabajo se presenta siguiendo los objetivos propuestos. Anteceden un conjunto de reflexiones teóricas donde se explicita la posición asumida así como un conjunto de conceptos necesarios al abordar el problema. Se incluye una caracterización del área de estudio, un conjunto de conclusiones y recomendaciones que contiene glosario de informantes y glosario de términos. (Anexos No. 1 y No. 2).

El Problema

Asistimos a una época en la que los avances tecnológicos en salud abren asombrosas perspectivas en el conocimiento y contról de las enfermedades, sin embargo, en países en desarrollo como el Ecuador, la mortalidad de niños menores de cinco años sigue presentando índices alarmantes.

Observadas las estadísticas, sorprende la heterogénea distribución de la mortalidad en regiones y provincias del país, vg.: en la Sierra: Cotopaxi, Chimborazo, Imbabura, Bolívar y Cañar, las tasas de mortalidad infantil son las más altas de acuerdo a los datos proporcionados por el INEC, (1979; 1984) y, aunque la tasa disminuye para la edad de uno a cuatro años, tiene en general la misma distribución.

Tomadas entidades clínicas representativas en la salud de niños, las defunciones más altas las encontramos en este orden en: enfermedades infecciosas intestinales, otras enfermedades de las vías respiratorias y deficiencias de la nutrición. (INEC, 1984; MSP, 1986).

La mayor parte de provincias presenta una densidad mayor para áreas rurales en el Ecuador, sin embargo, para algunas provincias, la mortalidad es alta tanto para áreas urbanas como rurales.

Los servicios estatales en salud presentan el mismo problema; falta de recursos e inadecuada utilización de los mismos. Solo tomando el número de camas por mil habitantes es evidente que el mayor número no se encuentra ni en las provincias de más alta concentración poblacional, ni en las que presentan altas tasas de mortalidad, exceptuando las provincias de Guayas y Pichincha, donde la centralización de los servicios corresponde a una alta densidad. (idem.).

Si se toman las metas estatales en salud se podría hipotetizar que existe un criterio homogéneo de planificación, vg.: a una población determinada una cobertura, sin embargo los resultados no expresan tal homogeneidad.

Bajo el supuesto de que exista confiabilidad de los datos, existe bastante heterogeneidad de controles, consultas y coberturas. Tomados los datos de las primeras consultas por provincia del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1984 el porcentaje más alto lo representan las siguientes provincias: Galápagos, Napo, Esmeraldas, Carchi, Cañar y Zamora, provincias que no presentan alta densidad poblacional (idem).

Debería existir una relación inversa entre consultas y defunciones en cada una de las provincias, vg.: a una alta consulta baja mortalidad, sin embargo las observaciones estadísticas demuestran que a pesar de un alto porcentaje de consultas para ciertas provincias, en menores de un año y niños de uno a cuatro años, la mortalidad es alta justamente para estas poblaciones y estas edades, vg.: Cotopaxi, Imbabura, Bolívar, Chimborazo y Pastaza (MSP, 1984).

El mismo problema presenta el programa de inmunizaciones, ya que la cobertura al parecer no contempla ni población ni áreas de prioridad. El análisis realizado para el caso de difteria (Hermi-

da y Cevallos, 1984) demuestra una alta disparidad en cobertura provincial, concluyéndose que el programa estuvo lejos de ser eficaz en términos cuantitativos.

En el Ecuador se repite el esquema de los países capitalistas en desarrollo; centralización de los servicios públicos y acceso diferencial a los servicios privados. Sólo la distancia a un servicio o la insuficiencia de recursos para costear un fármaco pueden determinar la muerte de un niño.

Una parte del problema del sistema formal se debe atribuir a la falta de estudios, otra parte a las posiciones que se asumen y, aún no se puede contar con una planificación seria que surga de un diagnóstico de salud en el país y la planificación obedece a móviles espontáneos, ya que se desconocen las causas que determinan y modelan la morbimortalidad.

La información que se procesa en salud (INEC, MSP, IESS, etc.), mucha de ella valiosa, no es analizada en forma sistemática y continua y la investigación social en el país sigue siendo para la planificación estatal un trabajo del cual se puede prescindir. Sólo en la última década se observa una preocupación por una planificación heterogénea y la posibilidad de priorizar acciones.

La idea de multidisciplinaridad también es nueva y responde a la necesidad de una explicación social de los problemas. El acercamiento entre los estudios antropológicos y los médicos se han acrecentado y está dado por el interés de las dos disciplinas en una explicación del proceso salud enfermedad.

Los estudios médicos han dejado de ser puramente clínicos para transformarse en estudios de carácter social e histórico. El devenir de la Medicina como una ciencia de carácter social no es un hecho aislado. C. Laurell dice que la crisis capitalista impulsó los primeros intentos de una reflexión crítica sobre la práctica dominante y los supuestos teóricos sobre los cuales ella descansa. Se empezó a cuestionar la práctica médica, pero también la forma de concebir la enfermedad y sus causas. Se planteó que las causas de la enfermedad debían buscarse no sólo en los procesos biológicos o en las características de la triada ecológica de huésped, agente, ambiente, sino en los procesos sociales, en la producción y reproducción social, retomando así los planteamientos de causalidad

social de la enfermedad. (cit., en Breilh, 1980).

De forma general se puede decir que el proceso de la Antropología ha sido inverso al de la Medicina; definida la primera como una disciplina social ha tratado de dar una explicación integral de las manifestaciones humanas, incluída la práctica médica, no en individuos autónomamente considerados sino en agregados poblacionales.

A pesar de ésto la Antropología, de la misma forma que la Medicina no ha estado excenta de explicaciones unicausales, que han explicado la salud enfermedad fuera de los procesos sociales, y ha expresado en determinados momentos posiciones conservadoras.

Estas posiciones pueden ser ejemplificadas con el funcionalismo y culturalismo que han tenido una importante influencia en países en desarrollo como el Ecuador y que se traducen en:

1. Estudios inductivos, en los que una parte puede reconstruir el todo.
2. Estudios históricos, en los que se prescinde de la concatenación de los fenómenos; de la forma como surgen, de sus fases fundamentales y de la expresión actual como producto del desarrollo.
3. Estudios etnocéntricos, por los que los valores, ideas, creencias e intereses de un pueblo, grupo o clase, son definidos como los universales y sirven de parámetro a otros pueblos, grupos o clases,
4. Estudios parcializados que se expresan en un explicación autónoma de los fenómenos.

J. C. García (1973) atribuye la crisis en el campo de las ciencias sociales al enfoque funcionalista. Las principales críticas a este enfoque son: La concepción estática de los problemas, la percepción conservadora de los procesos de salud y la descripción formalista de los problemas médicos y de las relaciones con otras esferas de los procesos productivos en general.

La complejidad del problema de la salud exige no sólo que se analicen los datos que se producen, sino que se investiguen las particularidades por áreas, regiones, conglomerados humanos, etc.

Sin soslayar las causas estructurales de la morbimortalidad de niños en el país, conviene que los estudios den cuenta de las particularidades, es decir de los factores que modelan la morbimortalidad de niños y que para unos casos pueden ser de orden biológico, para otros de orden ecológico, cultural, social, etc. Algunos estudios en salud han hipotetizado muchas respuestas en torno a las causas de morbimortalidad de niños; causas estructurales en unos casos (vg.: Breilh y Granda, 1983), factores sociales (vg.: Narváez y Carvajal, 1985), factores ecológicos (vg.: Fierro, 1967; 1971; Varea, s.f.), factores culturales (vg.: McKee, 1982; Ortega, 1983; Naranjo, 1981).

Existe la necesidad de estudios deductivos de aspectos particulares e interdisciplinaridad de los estudios médicos, sin que ésto perjudique el desarrollo particular de cada una de las ciencias.

Los estudios de organismos internacionales dedicados a la salud como la Organización Panamericana de la Salud han evidenciado el hecho de que aún si se optimizaran los recursos de la Medicina Formal, esta no lograría el alcance deseado; salud para todos en el año 2000 y, las políticas en salud están dirigidas a fomentar la atención primaria, la misma que intenta rescatar los recursos de las comunidades y refuncionalizarlos hacia la Medicina Formal. Desgraciadamente se parte de esquemas generales que no dan cuenta de las particularidades de la región e inciden en una implementación de los programas sobre bases poco confiables, lo que es demostrado por estudios realizados al respecto (vg.: ININMS, 1981).

Otro problema que presenta la Medicina Tradicional es que ésta no sólo ha dado lugar a la curiosidad de neófitos y la paciencia y estudio de investigadores, sino que ha sido objeto de utilización indebida, lo cual es destacado por C. Ramón (1982) y que se resume en:

1. Estudios de multinacionales cuyo fin es la comercialización de fármacos, sin preocupación por las concepciones y usos.
2. Interpretación de la Medicina Tradicional desde la profesión médica.
3. Regímenes neocoloniales y coloniales interesados en entender las instituciones y hacerlas funcionales al capital.

Frente a la morbimortalidad de niños en una parroquia como Tumbabiro se tienen dos opciones socialmente condicionadas; el sistema formal y el sistema tradicional de salud. Cada uno está contenido en agentes, diagnóstico, sistema de clasificación, procedimientos y efectos específicos.

A pesar de la existencia de los dos sistemas los estudios médicos han privilegiado las prácticas formales y la Medicina Tradicional ha sido no sólo poco estudiada sino poco entendida, posiblemente por varias razones, entre las que se pueden mencionar la inexistencia de un estatuto legal, la discriminación, poco o ningún interés estatal y poco apoyo internacional de organismos dedicados a la salud.

No existe un diagnóstico de la Medicina Tradicional en el país, menos aún un análisis de sus alcances, sin embargo los estudios específicos han relievado la existencia generalizada de las prácticas médicas tradicionales en todo el país, siendo posiblemente más importantes cuantitativamente para las regiones de la Sierra y Oriente.

En áreas de alta mortalidad de niños, como Chimborazo, Imbabura, Cotopaxi, los datos estadísticos, los estudios específicos y la observación permiten inferir por un lado la persistencia de las prácticas tradicionales y por otro el poco alcance de la Medicina Formal, desafortunadamente no existen estudios de los dos sistemas en las mismas áreas y a la luz de los mismos problemas.

Una dificultad adicional a la que se circunscribe la mayor parte de estudios es la referida a la ambigüedad conceptual al tratar de explicar la Medicina Tradicional ya que en esta se han agrupado indiscriminadamente las prácticas folklóricas, étnicas, raciales, científicas, empíricas, etc. Al respecto, se deben subrayar que no son sinónimas y que persiste la necesidad de reflexión crítica sobre los conceptos.

Existe poco conocimiento antropológico de las prácticas tradicionales y los pocos estudios que se han realizado o son descriptivos o forman parte de estudios más generales, vg.: estudios de folklor, de campesinado, de indigenismo, etc. (vg.: Costales y Peñaherrera, 1966; Guevara, 1962). Los primeros intentos por estudios particulares de la Medicina Tradicional han sido los que

trataron de establecer la relación entre prácticas médicas y creencias, vg.: medicina y magia (Aguirre Beltrán, 1973), medicina y shamanismo (Haro Alvear, 1974), medicina y mitología (Naranjo, 1981).

En las últimas décadas ha habido un renovado interés por la Medicina Tradicional que sobrepasa lo meramente especulativo y descriptivo y trata de explicar las prácticas y creencias tradicionales dentro del proceso histórico. En este sentido son importantes los aportes realizados en el país por E. Estrella (1977; 1980). Se incursiona ya en otros niveles, vg.: la relación entre creencias y mortalidad realizado por L. McKee (1982), entre creencias e ideología como el de C. Muñóz Bernard (1986), la salud étnica y el cambio cultural de Kroeger y Freedman (1984), etc.

Las motivaciones para la realización del presente estudio han sido variadas, sin embargo se pueden citar como los más importantes:

1. Encontrar que aún hay poco interés por lo que las prácticas tradicionales expresan, lo que constituye un verdadero vacío, ya que en la Medicina Tradicional la creencia guía la práctica concreta en salud. En la concepción tradicional la enfermedad puede ser atribuida a fenómenos sobrenaturales, en este caso la práctica estará guiada a extraer el agente sobrenatural que perturba la armonía biosocial. En la Medicina Tradicional la etiología no sólo es el eje, sino que fundamenta un sistema de creencias y prácticas y expresa una parte importante de la cosmovisión.
2. Las interpretaciones del sistema tradicional por lo general están orientadas a calificarlo como incoherente, sin embargo el conocimiento de éste indica que es absolutamente coherente con el condicionamiento social y cultural, vg.: las creencias y prácticas tradicionales expresan el limitado dominio de la naturaleza, tanto como las limitaciones sociales y culturales. Esta coherencia con el condicionamiento no define la eficacia del sistema, sino que es necesario que se observen los aciertos y falencias en la salud de niños para aprovechar los primeros y desechar los segundos; por otra parte, tampoco la

coherencia al condicionamiento define la posición de los sujetos a la realidad.

3. La observación de las prácticas tradicionales en algunas poblaciones permite inferir que aún cuando no son privativas de familias de escasos recursos, son estas familias las que mantienen con mayor vigor estas prácticas.

PARTE PRIMERA

CAPITULO I:

NATURALEZA DE LAS NOCIONES SOBRE EL DAÑO

INTRODUCCION

Existe mucha dificultad en llegar a un consenso en materia social y muchos conceptos tienen una amplia y variada discusión, sin embargo en término de clarificar para el presente estudio ciertos conceptos se ha preferido tratarlos en forma breve, ya que reflejan una posición frente al problema que se plantea. No se pretende por tanto dar conceptos terminados, sino introducir conceptos que puedan ser desarrollados en otros estudios.

La importancia de destacar conceptos y categorías es fundamental en el proceso de conocimiento, ya que como dirán M. Rosental y G. M. Stracks (1960), la categorización por ejemplo, destaca lo esencial de lo inesencial, lo necesario de lo casual, lo general de lo singular; permite el conocimiento de los fenómenos de la naturaleza y de la sociedad como necesarios, establece la relación de interdependencia entre fenómenos, la sujeción a leyes y distinguen entre los conceptos y categorías con las que operan las ciencias particulares y las filosóficas.

En este capítulo se intenta primero una definición operativa de la Medicina Tradicional en relación a conceptos similares pero que no son homólogos. En segundo lugar se realiza una reflexión de la Medicina Tradicional como una forma de producción social, que la vincula a los conceptos generales y particulares de la ciencia y, por último se la define en torno al proceso de desarrollo particular.

1. *Nociones*

Existe mucha ambigüedad en el concepto sobre Medicina Tradicional y por lo general lo encontramos asociado a muchos otros. Por la dificultad de llegar a un consenso sobre el significado y límite de cada uno, para el presente estudio se hacen algunas precisiones:

- Las prácticas étnicas se refieren a aquellas mantenidas por un grupo con una identidad cultural, a través de la lengua, el vestido, un territorio común, una organización social y costumbres similares.
- Las prácticas folklóricas en principio fueron entendidas como aquellas mantenidas por grupos marginados del desarrollo urbano, en la actualidad sin embargo el folklor está asociado a la difusión turística. Son pocos los estudios que le han dado una acepción diferente en el sentido de práctica tradicional que conserva una identidad cultural.
- Las prácticas empíricas han tenido una connotación despectiva como prácticas contrarias al conocimiento científico, a aquello que puede ser comprobado. En este concepto se excluye la consideración de lo empírico como la base de sustentación del conocimiento.
- Las prácticas raciales se han circunscrito a grupos cuya identidad radica fundamentalmente en las características fenotípicas de los individuos pertenecientes al grupo.
- Las prácticas populares tienen el carácter de categorial, ya que lo popular define una situación estructural. El criterio de popular es relacional; popular en relación a elitista, sin embargo también ha sido usado en términos despectivos; lo popular opuesto a lo culto, lo progresista, lo moderno, etc.

Las prácticas tradicionales han sido usadas, por lo general, en su concepto restringido, como prácticas mantenidas por individuos y núcleos familiares y transmitidos de generación en generación. Existe la necesidad de que este concepto sea reformulado, al asumir el carácter de categorial, en el cual se expresen las relaciones esenciales.

La Medicina Tradicional comprende un conjunto de conocimientos, creencias, intereses, expectativas mantenidas por grupos históricamente determinados, es decir, que mantienen características que los identifican. Si se asume el criterio categorial en el sentido de que son la expresión de las clases populares, la identidad es estructural y está dada por la posición de éstas en relación a la riqueza de la sociedad.

En cuanto al criterio de cientificidad se asume que las prácticas tradicionales pueden ser científicas o no ya que expresan el grado de desarrollo alcanzado y a la vez la cosmovisión, es decir, pueden expresar una visión coherente del mundo o pueden contradecirla, expresan por tanto una posición de clase.

Un problema que perjudica el estudio de la Medicina Tradicional en el Ecuador ha sido el hecho de que lo culto, avanzado y científico se ha vinculado a las prácticas dominantes; de la raza mestiza de las áreas urbanas y de los grupos elitistas.

El presente trabajo, al escoger una población mestiza no ha querido hacer un estudio étnico, sino demostrar que lo étnico no puede ser explicado autónomamente y que en una sociedad de clases el saber tradicional es la expresión superestructural de diferencias de clase de las cuales lo étnico forma parte.

Estos conceptos se encuentran bastante dispersos en los escritos de Marx y fueron poco desarrollados, pero han sido reelaborados con un mejor tratamiento por autores de la misma orientación, vg.: la relación entre cultura popular, cultura de élite (Hauser, 1969), cultura hegemónica, cultura subalterna (García Canclini, 1977; Gramsci, 1967; 1981; Lenin,1975; Sanchez Vasquez, 1980).

La importancia de abordar la cultura desde la perspectiva marxista para la Medicina Tradicional es que permite diferenciar los niveles de la producción social; entre actividad teórica y actividad práctica, entre la producción material y producción espiritual, entre conocimiento y conciencia, entre condicionamiento socioeconómico y cultural, etc.

En las teorías antropológicas tal véz más que en ninguna de las Ciencias Sociales el uso del término cultura es frecuente y existen los usos restringidos y los usos generales; la cultura puede

designar un grupo humano que comparte una tradición, una lengua, un territorio o la forma de pensar de un grupo, pueblo, etc, la instrucción de un individuo o toda la producción realizada por el hombre.

El concepto de cultura en la Antropología ha alcanzado una posición de privilegio, pero no siempre ha tenido un uso claro y a pesar de su ambigüedad ha sido aceptado muchas veces sin discusión.

Lombardi (1975) nos da algunos ejemplos que incluyen: modos de vida, usos, creencias, conocimientos, concepciones, valores de un agregado social (cit., de T. Tentori), experiencias de un grupo, unidos por un estilo de vida común (cit., de F. Ferraroti), conocimientos, creencias, fantasías, ideologías, símbolos, normas, valores y actitudes (cit., de T. Tentori); forma de vida que regula las acciones del individuo en sociedad (cit., de P. Filiaci Carcano), creencias, comportamientos, conocimientos, sanciones, valores, fines de un pueblo (cit., de M. Herskovits); tradición cultural contenida en el lenguaje, creencias, ideas, gustos estéticos, conocimientos, capacidades, usos del grupo (cit., de R. Browm), patrimonios psíquicos contituidos socialmente y cuyos componentes son: creencias, fantasías, ideologías, valores y actividades derivadas (cit., en I Congreso de las Ciencias Sociales), aspectos estructurales y superestructurales (cit., del marxismo).

En estos ejemplos se tienen tres posiciones básicas: las que incluyen en la cultura todas las manifestaciones humanas, las que separan entre actividades, usos y la producción del pensamiento y la que diferencia entre superestructura e infraestructura.

A. Klowkowska (1975), expresa que existe bastante heterogeneidad de acepciones, de las que son destacables dos: 1) el concepto global de cultura, concepto antropológico en que se incluye al conjunto de formas y resultados de la actividad humana en colectividad, resultado de la tradición, imitación, aprendizaje y la realización de modelos comunes (en este concepto se incluye el pensamiento marxiano por la distinción que realiza entre naturaleza y cultura) y, 2) el concepto restringido en término de modos de conducta de una clase, vg.: la moral.

Lombardi refiere que aún cuando Marx usó en pocas oportu-

nidades el término cultura, fue él quien le dió estatuto riguroso. El concepto cultura adquiere el nivel de concepto científico categorial con el materialismo histórico ya que expresa la contradicción entre trabajo manual e intelectual, entre teoría y práctica, entre producción material y producción espiritual.

N. García Canclini (1984) dice que el concepto de superestructura ha sido una metáfora, pudiendo tener varias connotaciones; concebido como algo sobrevalorado o como reflejo de la producción material.

F. Engels, en carta a Franz Menhring, sostiene que la sustantivación de los pensamientos y las ideas es una consecuencia de la sustantivación de las condiciones y las relaciones personales de los individuos y el hecho de que los ideólogos y los filósofos se ocupen sistemáticamente y de un modo exclusivo de estos pensamientos es una consecuencia de la división del trabajo (cit., por V. Bozal, 1976).

El concepto de ideología ampliamente utilizado no ha tenido un feliz manejo. Al igual que el concepto de superestructura no surge con Marx, sin embargo fue él quien le dió rigurosidad, demostrando su origen social. Marx utilizó el término ideología como eje que conecta las reflexiones en torno a cada una de las formas de conciencia social; el arte, la ciencia, la moral, la religión, etc. Al respecto, F. V. Konstantinov dice que aún las confusas y fantásticas representaciones religiosas de los hombres son reflejos, evidentemente deformados, pero reflejos a pesar de todo, de las condiciones de la vida material de la sociedad (1978).

El concepto de ideología ha sido muy importante en la clarificación de la relación entre infraestructura y superestructura, sin embargo también ha dado lugar a muchas tergiversaciones, vg.: este concepto ha sido muy usado y lo sigue siendo como sinónimo de falsa conciencia, el cual fue desarrollado por Marx y Engels en la crítica a la filosofía alemana (Engels y Marx, 1974).

El anterior no ha sido el único sentido dado, sino que ha habido mucha ambigüedad en su uso, sinonimizándolo con la cultura, la superestructura, la conciencia, etc. En este sentido las precisiones realizadas por T. Pavlov (1975) son válidas; este autor dice que el concepto de cultura se distingue del de ideología por el

hecho de que en la extensión de la segunda entran exclusivamente manifestaciones espirituales, psíquicas, de ideas, mientras la cultura abarca además las manifestaciones materiales técnicas y de existencia de la vida socio-histórica del hombre. En la medida en que se usa el concepto restringido, es decir de cultura espiritual, este se aproxima al concepto de ideología.

Para A. Gramsci (1981) la significación originaria de la ideología fue "ciencia de las ideas". Este autor separa la conciencia de la ideología al expresar que existen ideologías válidas en cuanto permiten la adquisición a los hombres de la conciencia de la realidad. No sólo reconoce la existencia de la conciencia dominante y dominada, sino que una misma persona puede tener dos ideologías contradictorias; una teórica y una práctica.

La ideología tiene un valor cognoscitivo y no sólo psicológico y moral. En este sentido se acerca a la ciencia, ya que una ideología puede ser científica si contiene una visión coherente de mundo.

La ideología es para el marxismo una parte de la producción espiritual del hombre, reflejo de la producción material, definida esta última como un conjunto de relaciones de producción, distribución y consumo de la riqueza de la sociedad y conocido como infraestructura.

R. Lanz (1975) sostiene que el significado de la ideología es fuente de confusión, por la indefinición del universo conceptual y la imprecisión del estatuto epistemológico. Este autor señala la importancia de categorizar su aprehensión, lo que significa ubicarlo en el contexto de una formación social dada. La ideología es básicamente un emergente superestructural de clases, determinado históricamente por las formas de lucha de clases.

La ideología puede reflejar claramente una posición de clase o puede contradecirla; (esto explica el que en una misma clase puedan darse posiciones progresistas y conservadoras de la realidad, y por constituir una expresión superestructural, cambia más lentamente que la infraestructura.

A la luz de estos conceptos se dirá que las ideas, creencias y valoraciones de la Medicina Tradicional tienen las siguientes características:

1. Son una expresión superestructural ya que constituyen la producción espiritual del quehacer humano.
2. Como ideología no pueden ser algo sobrevalorado e independiente, ni ser el reflejo directo de la producción material.
3. Como ideología pueden tener un valor cognoscitivo o ser la expresión de las aspiraciones e intereses de una clase social.
4. Se expresan en las diversas formas de conciencia social: el arte, la religión, la moral, la ciencia, etc..
5. Como formas de conciencia social tienen cierta sistematicidad, cierta lógica.
6. Pueden reflejar una posición coherente del mundo o contradecirla.
7. Cambian lentamente, lo cual explica el hecho de que formen el acervo cultural de todas las clases, pero en la práctica exista mayor vigencia en las más desposeídas de la sociedad.

2. *Contexto*

Se puede decir que en el campo de la salud en América Latina en general y en el Ecuador en particular, han sido aplicadas visiones generales que han estado lejos de representar las condiciones particulares del desarrollo.

Se considera que hablar de la Medicina Tradicional en el país es aludir en primer término a la categoría de Formación Social (1) por tanto refiere a niveles socioeconómicos, políticos e ideológicos (2).

La Arqueología nos ha permitido rescatar el hecho de que las sociedades precolombinas habían logrado un alto desarrollo de los conocimientos médicos, vg.: la trepanación que supone el uso de desinfectantes y cicatrizantes, entre los que podrían mencionarse: el ayahuasca, tabaco, shayre, huantug, y otros. Avance importante constituye el poder diferenciar entre plantas venenosas y medicinales (Mejía, et al., 1975).

1 La formación social la entendemos como el conjunto de determinaciones particulares de las relaciones de producción.

2 Este último lo interpretamos como el conjunto de valores, expectativas, creencias, etc., que sintetizan los intereses de clase.

Las prácticas comunitarias basadas en la propiedad común habían dado lugar a la diferenciación y especialización que posibilitó una ubicación privilegiada de los sacerdotes. En el caso del Incario, la mitología y la religión fueron importantes en el proceso de la dominación, ya que dieron la justificación a la desigualdad, a los privilegios de la Corte en relación a una población que permanecía alejada del avance del conocimiento. En lo ideológico, las leyendas sobre el origen divino del Inca, sustentaron el sistema y en lo económico la apropiación del excedente en forma de tributo. (Watchel,1973).

El proceso de conquista española ratificó y desarrollo con mayor rapidez el proceso de diferenciación, que dió paso a un nuevo sistema. El cambio de un sistema a otro es por tanto un proceso gradual cuyo motor es el conflicto interno. Paso importante fue el que la riqueza monetaria basada en el tributo y la extracción de metales preciosos pasara a ser de apropiación privada (3).

Por primera vez podemos hablar de cultura occidental–cultura aborigen, formal–tradicional, blanco-indígena, etc.

Se necesito de una coacción política e ideológica para la reproducción del sistema. Y esta coacción fue dada en la diferencia entre blancos e indios, que sustentó la idea etnocéntrica de superioridad e inferioridad.

Para el español el indio tenía un alma primitiva. La iglesia se presentó como la protectora del indio y a la vez como el medio para que el indio se "civilice".

En todo proceso se ha dado el conflicto, pero en vez de expresarse como la relación entre explotador - explotado, se dió en término de blancos e indios.

A. Moreano (1979) nos dice que los contenidos básicos a través de los cuales la conciencia dominada acepta la realidad social son:

1. Conciencia de inferioridad; entre naturales y cristianos, entre blancos e indios y,

3 Según A. Cueva, el cambio entre la producción precapitalista y capitalista constituye el proceso de acumulación originaria del capital.

2. Conciencia del infeliz; a la culpa le corresponde el castigo, el sufrimiento, la expiación y, el indio (según la iglesia) había matado a Dios.

En términos de la conciencia dominante la ideología socializa y legitima la explotación. La conciencia de la clase dominante (en la Colonia) es una conciencia en exilio. Existe rechazo a lo americano, a la cultura, al conocimiento tradicional (ibid).

El conquistador aprendió los conocimientos tradicionales médicos y se apropió de ellos, pero el resto de conocimientos fueron proscritos, considerados obsoletos e ignorantes (Arcos, 1979).

Según A. Cueva (1979) el desarrollo plenamente capitalista para nuestra formación social puede ser ubicado a partir del último cuarto del siglo pasado que se da una más alta diferenciación y especialización. Un elemento, sin embargo, nos liga a las otras nociones capitalistas: la relación existente entre propietarios y no propietarios.

En el campo de la Medicina, frente a una medicina occidental sustentada en ideas etnocéntricas, se yergue una Medicina Tradicional que, pese a los abatares se mantiene reformulándose.

La distribución desigual de recursos médicos se produce por las "supuestas condiciones para el desarrollo" (Navarro,1978) la dependencia tecnológica y económica y el contról político y económico de las clases hegemónicas, que se expresan en: adiestramiento de personal en el extranjero, incapacidad para proporcionar asistencia a toda la población, dualidad de ciudades con base hospitalaria tipo occidental y zonas rurales con medicinas indígenas, consideradas menos desarrolladas (ibid.).

Navarro cita a Ahumada quien dice que por cada dólar que se gasta en servicios hospitalarios muy especializados cuesta un centenar de vidas humanas que se salvarían si dicho dólar se emplease en alimentar a la población y poner a su alcance agua potable (ibidem.).

Hasta hace pocos años la Medicina Tradicional era considerada como propia de superstición e ignorancia, sin embargo, los estudios realizados en este campo han demostrado no sólo el poco conocimiento que se tiene, sino la necesidad de este tipo de medicina.

Aún organismos internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud) han visto la necesidad de su estudio y "refuncionalización". Se trata de llegar a sectores marginados de la Medicina Formal, se acude a la asistencia sanitaria primaria que contempla una orientación hacia costumbres tradicionales del sector, aprovechando los recursos de cada lugar.

A pesar de las buenas intenciones la aplicabilidad de la Medicina Formal supone varias contradicciones:

1. Rechazo a los conocimientos tradicionales considerados como inferiores,
2. Imposición de la Medicina Formal, sin lograr ni cobertura ni aceptación mayoritaria,
3. Utilización parcial de los recursos de la Medicina Tradicional en términos de "eficacia". Se utilizan recursos materiales y humanos de las comunidades con bajo costo para el Estado, lo cual deslinda su responsabilidad,
4. Desconocimiento casi total del conocimiento médico tradicional: de sus costumbres, valores, hábitos, creencias, etc.

En la Medicina Tradicional están contenidas profundas significaciones de carácter simbólico, de resistencia cultural a la vez que explicaciones de las condiciones particulares. En la Sierra las enfermedades asociadas a un origen sobrenatural son: mal aire, arco, cerro, elementos que están plenamente asociados a la geografía andina. Y han trascendido yuxtaponiéndose a las condiciones impuestas.

Podemos citar como representativas: el encubrimiento en la fiesta de Corpus Christi del Yumbo bailana (Salomon, 1980), el ritual funerario incásico que sigue vivo en la Sierra. Símbolos con contenido totémico, como el de la serpiente, que aún se mantiene en los vestidos indígenas serranos y que sirven en las curas del mal viento (McKee, 1982, Pérez, 1958); el rito incásico del agua, que prescribía el beberla para no ser arrastrado por la corriente, que de alguna manera lo encontramos asociado al baño del recién nacido al que se le da un poco del agua del baño "para que no se espante" (Haro Alvear, 1974, McKee op, cit.), la dualidad arriba-abajo está presente. El cielo es creador del fuego, padre del

sol, luminoso, vital, fecundante; la tierra, obscura, madre de los vientos y la lluvia.

En la Medicina Tradicional, la etiología expresa un sistema complejo de creencias en el que la naturaleza y lo sobrenatural tienen importancia fundamental en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En el mal viento, por ejemplo, la enfermedad es causada por un agente sobrenatural que produce varios trastornos orgánicos como: diarrea, vómito, inapetencia. El mal viento solo puede ser curado por un agente de la Medicina Tradicional y la intervención de un agente formal puede producir la muerte del niño. El tratamiento es tradicional y consiste en procedimientos que permiten sacar del cuerpo el agente que produce el mal, en los procedimientos terapeúticos se utilizan fundamentalmente animales y plantas.

La infección es conocida como una enfermedad cálida, causada por agentes naturales; comida o bebida en mal estado, desaseo, etc. El síntoma es la diarrea de mal olor y de coloración obscura. Es conveniente llevar al niño a un agente de la Medicina Formal ya que un agente de la Medicina Tradicional no conoce este tipo de tratamiento. El procedimiento terapeútico sin embargo, siempre irá acompañado de utilización de aguas de uso casero y recomendadas por un agente tradicional.

La etiología a la vez que guía la práctica, condiciona el restablecimiento de la salud normando los procedimientos a seguir. Como creencia recrea la realidad; da una explicación natural y/o sobrenatural de las causas de la enfermedad que pueden ser de carácter social, económico y/o cultural.

E. Estrella (1980) dice que hablar de etiología no es sólo hablar del origen de la enfermedad, sino que ésta trasciende los límites de la Medicina y entra en el campo de los planteamientos filosóficos; por tanto, referirse a la etiología es entrar en el campo de la cosmovisión, de la ideología.

Si como se ha señalado (supra) la Medicina Tradicional es fundamentalmente expresión de las clases menos favorecidas de la sociedad, la ideología expresada en la etiología tiene que presentarse básicamente como mixtificación e intuición. Mixtificación

en cuanto obscurece las causas de la enfermedad, e intuición en cuanto las percibe.

La mixtificación tiene dos fuentes fundamentales: la imposición de las clases dominantes (mediante la mitología y la religión) y la tradición que contiene elementos mágicos que expresan el limitado dominio de la naturaleza.

En la intuición aunque no se excluye la naturaleza se destaca la relación entre los hombres; el núcleo protector es la familia y la comunidad y alejarse o acercarse al núcleo expresa el proceso salud-enfermedad. Ejerce coacción sobre el individuo mediante reglas establecidas y por último, percibe que el origen de la enfermedad se debe a causas económicas.

En la concepción mágica de la enfermedad subyacen relaciones duales propias de la cosmovisión andina; (Estrella, op., cit., Ininms, 1984, López Austin, 1975) frío-caliente; equilibrio-desequilibrio; fortaleza-debilidad; masculino-femenino.

Frente a una Medicina que amenaza con destruir, sin conocer ni valorar, la Medicina Tradicional va a mantenerse, mientras las condiciones espirituales y materiales que la sustentan no hayan sido superadas por los mismos pueblos. Superación que supone la destrucción al etnocentrismo y a la mixtificación y, que en las condiciones actuales, en lo cultural es un importante medio de rechazo a la imposición, pero que en la realidad obscurece las verdaderas causas de la enfermedad y muerte infantil; excesivo trabajo para la mujer, niños abandonados durante varias horas al día, alimentación deficitaria, en síntesis, acceso diferencial a la riqueza tanto material como espiritual que su trabajo engendra.

Una respuesta tentativa

El desarrollo histórico de la sociedad ecuatoriana ha condicionado la existencia de la Medicina Tradicional como un sistema opuesto a la Medicina Formal y como la expresión de las clases más desposeídas de la sociedad, lo que ha conducido a su estigmatización. Para las clases hegemónicas este tipo de prácticas es caótico e incoherente, sin embargo para las clases que requieren de la Medicina Tradicional es coherente no sólo con las necesida-

des de salud, sino con sus limitaciones sociales, económicas y culturales.

La coherencia con el condicionamiento no significa necesariamente una posición coherente de la realidad social y las creencias tradicionales, manifestadas fundamentalmente en la etiología, expresan una conciencia mixtificada e intuitiva de la realidad; mixtificación en cuanto expresan el limitado dominio de la naturaleza, e intuición en cuanto contienen elementos de la conciencia social.

La mixtificación ha sido una importante fuente de rechazo a la imposición de las clases dominantes, pero a la vez ha apoyado la posición de la ideología dominante y como intuición no ha llegado a constituirse en una conciencia de clase.

La coherencia tampoco significa que sea completamente eficaz ya que en la práctica tiene un doble efecto: protege a los niños de los riesgos naturales y sociales, pero a la vez puede poner en riesgo su vida.

CAPITULO II

TUMBABIRO, SU ENTORNO, SU GENTE, SUS AFANES.

INTRODUCCION

Tumbabiro es una parroquia que presenta características que son comunes a toda población y que la afectan de forma diferencial. Aquí se tratará de describir en forma general estas características ya que no constituye el objeto del estudio, sin embargo se ha dado mayor peso a las características que se considera tienen mayor efecto sobre la morbimortalidad.

Algunos de los datos han sido tomados de los registros oficiales y por carecer de estudios particulares de la zona se ha realizado una encuesta a cuarenta y cinco unidades familiares que representan el veinte y cinco por ciento de las unidades existentes. Se han complementado los datos con entrevistas abiertas a autoridades del área.

Las entrevistas han permitido, por una parte, hacer la descripción y por otra, escoger las unidades de la muestra, a través de una tipificación de los grupos más importantes.

1. Entorno

Tumbabiro es una de las parroquias pertenecientes al cantón Urcuquí de la provincia de Imbabura, ubicada al noroccidente de la ciudad de Ibarra, cabecera cantonal del cantón Ibarra y capital de la provincia. (Ver mapa adjunto).

Se encuentra a una altura aproximada de 2600 m. s. n. m.

Presenta escasa pluviosidad y una temperatura anual promedio de 19 grados centígrados.

Está limitada al norte por la desembocadura del formador sin nombre que nace en el cerro Huanga en la quebrada Cruz. Al este por la quebrada Cachiyacu a la altura latitudinal de la hacienda de los Pogyos. Al sur por el cruce del sendero La Raya con la quebrada Picanchuela, el curso de esta quebrada, aguas arriba, hasta la desembocadura de la quebrada Añaburo, la línea imaginaria al noroeste hasta alcanzar las cumbres de los cerros Cochapata y Huanga; de la cumbre del cerro Huanga, la línea imaginaria hacia el nor-oeste hasta alcanzar los orígenes del corto afluente sin nombre, aguas abajo hasta su desembocadura en la quebrada Cruz. (JUNAPLA-INEC, 1974).

2. *La Gente*

Tumbabiro es una parroquia mestiza de asentamiento nucleado (ver plano adjunto) y está constituida por 1445 personas, de las que 750 son hombres y 695 mujeres. La población adulta representa 59o/o y niños (menores de 15 años) 41o/o, de los cuales los menores de cinco años representan el 9o/o de la población total y el 23o/o de los menores de 15 años. Se compone de aproximadamente 36 familias ya que los núcleos familiares están conformados en promedio por cuatro miembros.

3. *El Pueblo*

Comparando con la cabecera provincial la parroquia de Tumbabiro tiene un más bajo nivel de instrucción general; el 17.48o/o no tiene ninguna instrucción, el 19, 87o/o alcanza del primer a tercer grados, el 52,67o/o del cuarto a sexto grados y sólo el 9.9o/o llega a la instrucción secundaria y superior (INEC, 1979), lo que se corrobora con los datos obtenidos en la parroquia (Cuadro No. 1).

En cuanto a los servicios estatales es una parroquia que ha permanecido relativamente aislada; no dispone de agua potable, ésta es entubada y es traída de vertientes cercanas, sin la adecuada

protección sanitaria. En épocas de lluvia los derrumbes obstruyen las vertientes y ocasionan la ausencia absoluta de agua por algunos días, mientras se reparan los accesos mediante mingas realizadas por voluntarios de la parroquia.

El agua sigue el cauce natural, y por la posición de la parroquía en declive, llega a los vertederos contaminada, factor que ocasiona en la población una alta prevalencia de enfermedades diarréicas.

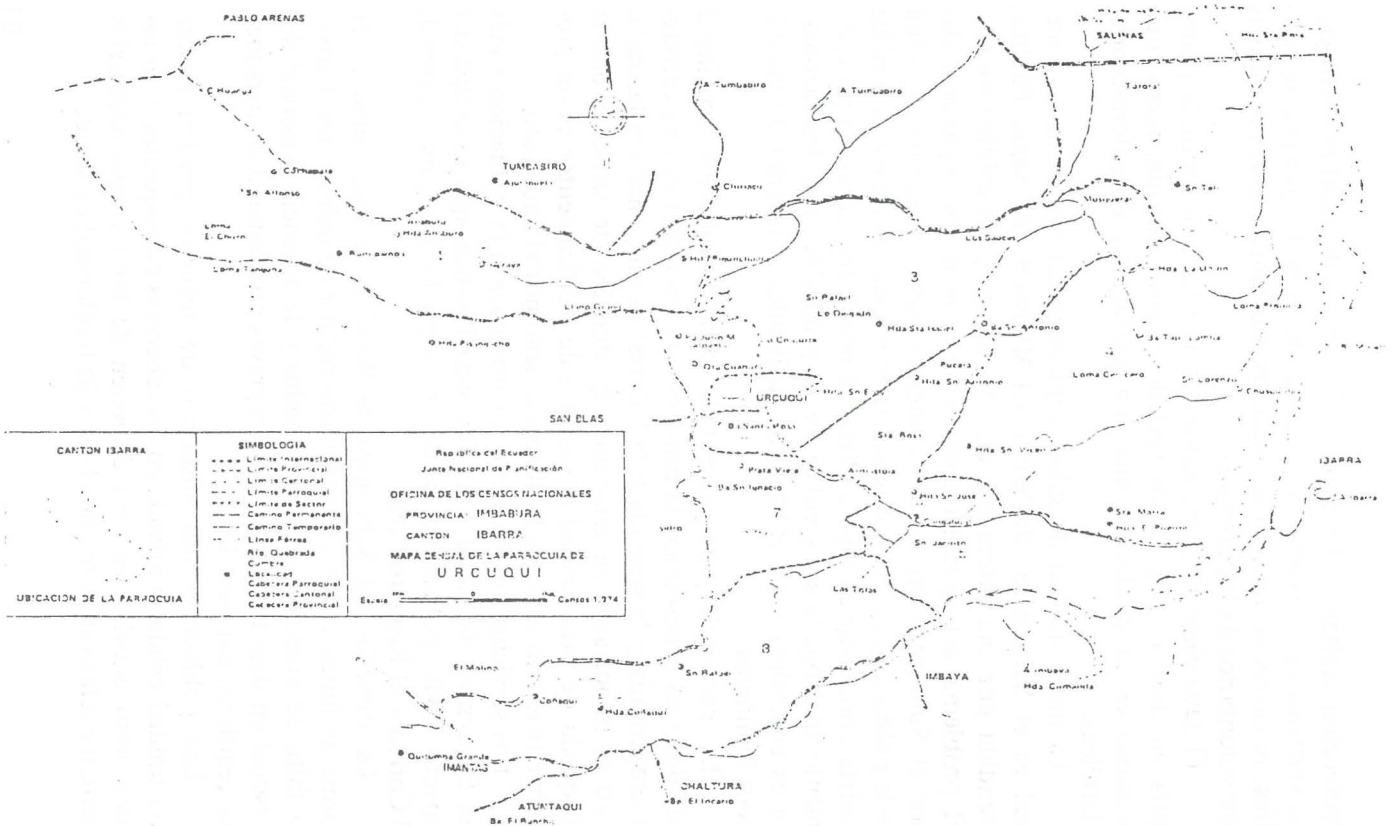
La única unidad de salud implementada por el sistema formal es el Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública, atendida por una enfermera, un odontólogo y un médico rurales. El problema del agua ha dado lugar a medidas implementadas por el Subcentro en busca de mejorar las condiciones de salud de la población, vg.: se aconseja hervir el agua. Si bien esta medida podría contribuir en algo a aliviar el problema, no es un procedimiento que pueda ser seguido por la población, por dos razones: no es entendida y no existen las facilidades al interior de los núcleos familiares.

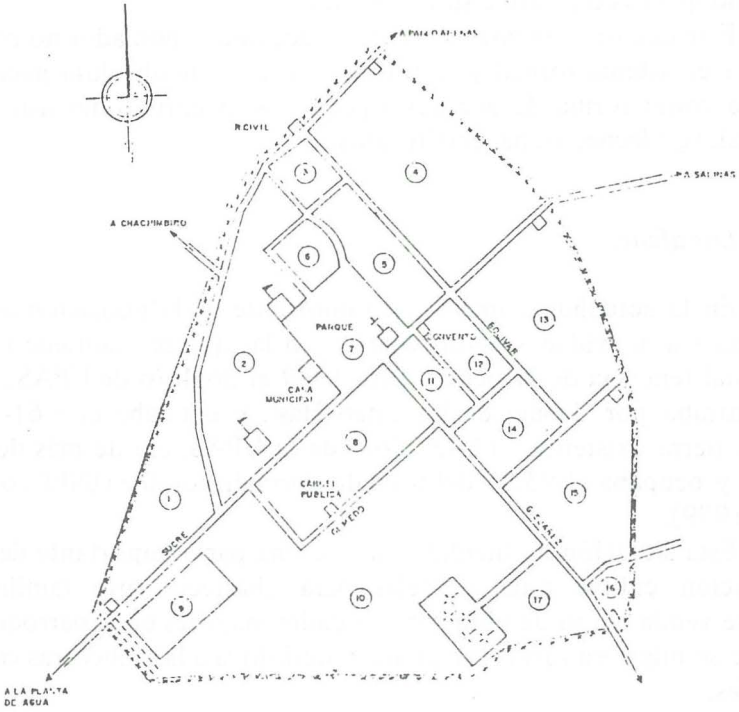
La parroquia está conectada con la cabecera provincial por dos vías carrozables; la primera (vía Urcuquí) es una carretera empedrada y la segunda (vía Salinas) es una carretera lastrada. Esto es importante en relación a la atención de salud ya que la búsqueda de otra unidad de salud o de medicamentos es un problema difícil no sólo por la distancia, sino por el alto costo.

Los servicios públicos con los que cuenta la población a más del Subcentro de Salud son: Tenencia Política, que se ocupa del aspecto civil, policial y penal, el servicio telefónico central, el Correo y el Registro Civil.

La atención del Subcentro de Salud se la hace como en la norma de lunes a viernes, en horario regular de ocho horas diarias. La falta de atención en días feriados y la ausencia ocasional del personal en días laborables origina graves problemas a las personas que requieren del servicio.

Los pobladores que disponen de recursos pueden buscar otra unidad estatal o privada en las cabeceras parroquiales o cantonales, pero aquellos que no disponen de los recursos necesarios cuentan exclusivamente con el servicio tradicional de salud.


PABLO ARENAS
TUMBABIRO
SALINAS
SAN BLAS
URCUQUI
IMBAYA
IBARRA
CHALTURA
ATUNTAQUI
IMANTAG
CANTON IBARRA
UBICACION DE LA PARROQUIA
SIMBOLOGIA
Limite Internacional
Limite Provincial
Limite Cantonal
Limite Parroquial
Limite de Sector
Camino Permanente
Camino Temporario
Linea Férrea
Rio, Quebrada
Cumbre
Localidad
Cabecera Parroquial
Cabecera Cantonal
Cabecera Provincial
República del Ecuador
Junta Nacional de Planificación
OFICINA DE LOS CENSOS NACIONALES
PROVINCIA: IMBABURA
CANTON IBARRA
MAPA CENSAL DE LA PARROQUIA DE
U R C U Q U I
Escala
Cantos 1.974



SIMBOLOGIA

- Límite de Sector
- Límite de Zona
- Límite de la Cabecera Parroquial
- Cementerio
- Escuela o Colegio
- Iglesia
- Cumbre
- Línea Ferrea
- Puente

REPUBLICA DEL ECUADOR

JUNTA NACIONAL DE PLANIFICACION

OFICINA DE LOS CENSOS NACIONALES

PROVINCIA IMBABURA

CANTON IBARRA

PLANO CENSAL DE LA CABECERA PARROQUIAL DE

TUMBABIRO

Escala 45m 0 48m 93m 195m

Censos 1.974

Este es sólo uno de los problemas que enfrenta la unidad de salud, ya que el personal no pertenece a la parroquia y desconoce las costumbres, creencias y normas de la población y rechaza todo aquello que es contrario a su formación.

Este desconocimiento y rechazo hace que el poblador no confíe en el sistema formal y lo use sólo en caso de absoluta necesidad o como forma de acceder a pequeños incentivos del sistema formal, vg.: leche, avena, certificados.

4. Los afanes

En la actualidad, una parte importante de la población está dedicada a actividades agropecuarias, en las que se mantiene una desigual tenencia de la tierra. Para 1979 el 56.4o/o de UPAS., se encontraba por debajo de las cinco Has., y ocupaba el 6.61o/o de la tierra existente. El 43.58o/o de la UPAS, era de más de 5 Has., y ocupaba el 93.37 del total de tierra disponible (INEC, op., cit., 1979).

Esta situación ha incidido en que una parte importante de la población cultive estas parcelas para abastecimiento familiar, que se venda mano de obra para unidades mayores en la parroquia o que se migre en forma estacional o definitiva a las cabeceras cantonales.

Como ocurre en la mayor parte de la Sierra ecuatoriana, los pequeños productores de Tumbabiro son los que abastecen al comercio de productos agropecuarios a otras provincias de la región, en este caso a la zona norte del país.

Al interior de la parroquia está generalizado el contrato al partir, que consiste en un convenio verbal en el que el propietario de la tierra entrega una cantidad de tierra y agua para que esta sea sembrada por un agricultor, que por lo general dispone de un pequeño pedazo de tierra que no alcanza a cubrir su reproducción y la de su familia. El agricultor entrega por su parte mano de obra, semilla y ganado de labor. El producto es distribuido por mitades.

Las propiedades que se dan al partir fluctúan entre media hectárea y cinco hectáreas, pero en términos generales casi nunca

sobrepasan las dos hectáreas que es lo que una familia nuclear puede explotar.

Tumbabiro se caracteriza por la tendencia hacia la monoproducción, posiblemente porque depende casi exclusivamente de las lluvias ya que el agua de riego está limitada a algunas familias y en lapsos cortos de tiempo, vg.: una o dos horas a la semana.

Hasta hace unos años Tumbabiro fue conocida por la producción de algodón y cabuya para el mercado regional y la producción agrícola para consumo local. En la década del treinta, la producción de algodón disminuyó por una plaga que azotó las plantaciones, reduciéndose considerablemente, ya que muchos pequeños campesinos se arruinaron. La producción de cabuya que había ocupado un lugar menos importante pasó a ocupar el primer lugar, seguida por la producción de dos leguminosas: maíz y fréjol, sobre todo para consumo local.

Según los pobladores, la producción rendía beneficios considerables, sin embargo la desfibración por ser un trabajo manual que exige un esfuerzo físico fuerte, trajo consigo la incidencia de enfermedades respiratorias. Otro factor que determinó el descenso de la producción fue la baja demanda, posiblemente debida a la introducción de objetos de plástico.

Las dos leguminosas que se producen en la zona y el arroz constituyen la principal dieta de una familia en Tumbabiro, ya que los demás productos se adquieren en la cabecera cantonal y representan un costo demasiado alto para los pobladores.

La propiedad de la tierra constituye una condición importante en Tumbabiro, en término de las actividades que se realizan. La propiedad de un terreno insuficiente para reproducir la unidad puede obligar a una familia a prestar servicios en otra o a realizar tareas complementarias. La insuficiencia de tierra también determinará el tiempo que se emplee en otras unidades.

De cuarenta y cinco unidades entrevistadas, el 62.22o/o de mujeres se dedica a actividades agrícolas como actividad principal, de estas el 15.56o/o trabaja en terrenos propios (Cuadros No. 2 y No. 3). El trabajo de la mujer y los niños es generalizado en estas unidades, sin embargo sólo si es remunerado se considera un trabajo, empero la falta de tierra obligará a todos y cada uno

de los miembros a contribuir con más tiempo en actividades agropecuarias.

El hombre realiza por lo general, la actividad agrícola más fuerte, vg.: el arado, y la mujer y los niños se dedican al deshierbe, la cosecha, la recolección y el acarreo de productos agrícolas. Los niños mayores de cinco años pueden contribuir con fuerza de trabajo en las tareas familiares y los menores acompañan en las actividades o son dejados en la casa.

La composición familiar es diversa en las unidades (Cuadros No. 4 y No. 5), sin embargo es muy estimada la fuerza de trabajo masculina. Los niños están expuestos a situaciones adversas tanto si acompañan a las actividades de los adultos cuanto si son dejados en casa, por el esfuerzo físico, inadecuadas condiciones ambientales, alimentación deficiente, atención precaria, etc.

Una mujer puede realizar un sinnúmero de actividades y no existe reconocimiento ni social ni económico por las llamadas "tareas domésticas", y este apelativo esconde un conjunto de actividades remuneradas o no, vg.: la crianza de animales. El cuidado de los niños que incluye alimentación, aseo, atención, solo constituye unas de las muchas actividades que realiza una mujer, y se ha observado que una madre ocupa de 10 a 14 horas en las llamadas tareas domésticas, importante si se considera el porcentaje de aquellas que dicen realizar estas actividades como principales (Cuadro No. 6).

De las mujeres entrevistadas el 73.33o/o asegura tener "algún tipo de trabajo". De éstas el 24.4o/o trabaja para otros y el 48.89o/o trabaja independientemente (Cuadro No. 7). Del total de mujeres el 68.42o/o afirma realizar otras actividades como secundarias, en las que se incluyen: actividades agrícolas, pecuarias, artesanales, servicios y otros (Cuadro No. 8), muchas de estas tienen que ver con la actividad que realiza el cónyuge (Cuadro No. 9).

El trabajo del niño al igual que el de la mujer no es reconocido si no es remunerado. De las mujeres entrevistadas el 6.67o/o refiere que sus hijos trabajan (Cuadro No. 10).

El cien por ciento de niños de las unidades visitadas acude a la escuela de la parroquia (Cuadro No. 11), al parecer por la leja-

nía de otros centros educacionales. En cuanto a los jóvenes la inexistencia de un colegio obliga a éstos a buscar centros educacionales fuera de la parroquia cuando están en posibilidades de estudiar.

La lejanía no afecta sólo a la atención de salud e instrucción, sino también a la producción, ya que también dificulta la venta de productos agropecuarios de la parroquia. Considerando el fin de la producción, el 15.56o/o de las unidades dice que la producción está destinada exclusivamente para consumo familiar, el 37.78o/o para consumo familiar y venta, el 4.46o/o exclusivamente para la venta. El porcentaje restante tiene otro tipo de actividades o depende de otras unidades (Cuadro No. 12). En el segundo grupo tendrá que considerarse los pequeños comerciantes, cuyo producto es usado para invertir en artículos de consumo y en semilla.

La percepción sobre las condiciones sociales del poblador es diversa y obedece más a factores materiales de menor peso, vg.: una persona es rica si tiene una casa grande. Los datos demuestran sin embargo que la propiedad de la vivienda sólo evidencia en parte la diferenciación. De 45 unidades el 46.67o/o vivía en casa propia. El 22.22o/o lo hace en casas de familiares y el 31.11 o/o vive en casa arrendada, o por servicios. (Cuadro No. 13).

De igual manera el poblador atribuye importancia a la propiedad suntuaria, vg.: propiedad de una cocina de gas, refrigerador, televisor. En Tumbabiro la cocina de leña sigue siendo un implemento indispensable de los hogares, independientemente de la posición social. (Cuadro No. 14).

El acceso a los servicios públicos como luz y agua, es común a los pobladores y no presenta diferencias substanciales como puede observarse (Cuadros No. 15, 16 y 17).

La dependencia económica a la familia ampliada no termina cuando se forma otro núcleo familiar. A veces esta dependencia continúa si los cónyuges son jóvenes. Los matrimonios de las mujeres por lo general se realizan en edades menores de 20 años. De las mujeres entrevistadas el 71.11o/o con niños menores de ocho años corresponde a mujeres en la edad comprendida entre 21 y 25 años (Cuadro No. 18). La situación de una mujer es difí-

cil si es divorciada, soltera o viuda (Cuadro No. 19), ya que casi siempre dependerá económica y socialmente de otros.

De las unidades encuestadas todas realizan algún tipo de actividad agropecuaria y entre las actividades que realizan los hombres y las mujeres no se encontraron diferencias significativas. Un primer agrupamiento configura tres tipos de actividades básicas para la mujer: quehaceres domésticos, actividades agropecuarias y servicios. Si se toma en cuenta lo expresado antes, que los quehaceres domésticos encubren una serie de actividades remuneradas en las que las actividades agropecuarias son muy importantes, se tienen dos grupos básicos: un grupo de mujeres dedicadas a actividades agropecuarias y otro dedicado a servicios, pero con un peso cuantitativo menor.

En cuanto a las actividades realizadas por los hombres, un primer agrupamiento señala el siguiente orden: actividades agropecuarias, servicios y actividades industriales. Este último no tiene un peso porcentual significativo, por lo que quedarían los dos primeros grupos, que coinciden con las actividades de la mujer y es atribuible a las unidades familiares.

En relación a la propiedad de la tierra se observó que existen unidades cuyos miembros trabajan en terrenos: propios, propios y ajenos y exclusivamente ajenos. A estos se suman los que realizan otra actividad porque no disponen de tierra. En términos de suficiencia e insuficiencia de tierra se configuran dos grupos básicos: los que trabajan en terrenos propios y los que trabajan para otra unidad. 1

Ninguna unidad da tierra o la recibe en arrendamiento, sin embargo se utiliza el sistema "al partir" que en cierta forma lo sustituye. Se encontró que ninguna unidad encuestada daba tierra al partir y un porcentaje significativo la recibía. El sistema por tanto configura los siguientes grupos: los que no dan ni reciben tierra al partir, que (coinciden con unidades que tienen tierra suficiente para reproducir la unidad), los que reciben tierra al partir

1 En las encuestas no se encontró las grandes propiedades, posiblemente porque el Censo del PAI que guió la ubicación de familias excluyó a estas unidades por varias razones, vg.: El gran propietario en Tumbabiro no usa al servicio formal de la parroquia.

(son las unidades que no tienen tierra suficiente) y aquellos que se dedican a otras actividades.

El indicador "consumo" que trató de establecer el fin de la producción configura tres grupos: los que producen exclusivamente para el consumo, aquellos que lo hacen para consumo y venta y los que lo hacen exclusivamente para la venta. Se encontró que los dos primeros grupos eran significativos y el tercero no.

El análisis de los indicadores permite establecer dos grupos básicos en Tumbabiro: el pequeño propietario y el asalariado agrícola. 2

2 Para el seguimiento de las familias (muestra) se escogió unidades que estuvieran dentro de estos grupos (Ver parte II). La encuesta da una visión a veces imprecisa y contradictoria, pero da cuenta de las condiciones generales, que son resumidas en el siguiente capítulo.

Cuadro No. 1

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN INSTRUCCION DE LA MADRE, TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Instrucción	No.	o/o
Analfabeta	9	20.00
Alfabeta	1	2.22
Primaria incompleta	21	46.67
Primaria completa	11	24.45
Secundaria incompleta	1	2.22
Secundaria completa	0	0.00
No contesta	2	4.44
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 2

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN PROPIEDAD (x), TUMBABIRO, 1984, NUMERO Y PORCENTAJE

Tipo de propiedad	No.	o/o
Trabaja en terrenos propios	9	15.56
Trabaja en terrenos de otros	15	33.33
Trabaja en terrenos propios y ajenos	6	13.33
No corresponde (1)	17	37.78
TOTAL	45	100.00

* No se da ni se recibe tierra en arrendamiento.
(1) No se realizan actividades agrícolas.
Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 3

SITUACION SOCIO ECONOMICA DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN USO DE LA TIERRA. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Uso de la tierra	No.	o/o
Cultiva al partir en terrenos propios	0	0.00
Cultiva al partir con terrenos ajenos	13	28.89
No cultiva al partir (1)	31	68.89
Cultiva al partir en terrenos propios y ajenos	1	2.22
TOTAL	45	100.00

(1) Significa que trabaja en sus propios terrenos sin esta forma o no trabaja como agricultor.
Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 4

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN NUMERO DE HIJOS POR EDAD, TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Edad	No.	o/o
0-2A	38	21.11
3-5A	38	21.11
6-14A	70	38.89
15-18A	11	6.11
19-25A	18	10.00
+26A	5	2.78
TOTAL	160*	100.00

* Número total de hijos de 45 familias, promedio cuatro hijos por familia.
Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 5

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN NUMERO DE HIJOS POR SEXO, TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Sexo	Número de hijos	No.	o/o
Hombres	1–2	36	20.00
	3–5	40	22.22
	+ 6	14	7.78
Mujeres	1–2	39	21.67
	3–5	51	28.33
	+ 6	0	0.00
TOTAL		180	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 6

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA MUJER, TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Actividad principal	No.	o/o
Quehaceres domésticos	39	86.67
Agrícola	2	4.44
Pecuario	1	2.22
Servicios	3	6.67
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 7

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN TIPO DE TRABAJO DE LA MUJER, TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Dependencia	No.	o/o
Trabaja para otros	11	24.44
Trabaja independientemente	22	48.89
No trabaja	12	26.67
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 8

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN ACTIVIDADES SECUNDARIAS DE LA MADRE, TUMBABIRO 1984, NUMERO Y PORCENTAJE

Actividades secundarias	No.	o/o
Quehaceres domésticos	3	5.26
Agrícola	11	19.30
Pecuaria	20	35.09
Artesanal	1	1.76
Servicios	3	5.27
Otros	4	7.00
Ninguno	15	26.30
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 9

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL CONYUGE. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Actividad principal	No.	o/o
Agrícola	19	42.22
Pecuaria	1	2.22
E. industrial	2	4.45
Servicios	9	20.00
Construcción	2	4.45
Otros	1	2.22
Ninguno	11	24.44
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 10

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LOS HIJOS MENORES 14A. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Actividad principal de los hijos	No.	o/o
Estudian	23	51.11
Trabajan	3	6.67
Estudian y trabajan	3	6.67
No corresponde (*)	16	35.55
TOTAL	45	100.00

(*) Niños mayores de 14 años
Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 11

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN LUGAR DE ESTUDIO DE LOS HIJOS MENORES DE 14A. NUMERO Y PORCENTAJE

Lugar de estudio de los hijos menores de 14 a	No.	o/o
En la parroquia	23	51.11
No corresponde (*)	22	48.89
TOTAL	45	100.00

(*) Niños mayores de 14 años
Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello

Cuadro No. 12

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN TIPO DE CONSUMO. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Tipo de consumo	No.	o/o
Produce para consumo familiar	7	15.56
Produce una parte para consumo y otra para la venta	17	37.78
Produce todo para la venta	2	4.46
No corresponde	19	42.22
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 13

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN TIPO DE VIVIENDA. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Tipo de vivienda	No.	o/o
Propia	21	46.67
Arrendada	10	22.22
Gratuita	1	2.22
Por servicios	3	6.67
Otro (*)	10	22.22
TOTAL	45	100.00

(*) Corresponde a viviendas de familiares
Fuente: Encuestas.
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 14

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN PROPIEDAD SUNTUARIA. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Tipo de propiedad	No.	o/o
Cocina de leña	18	40.00
Cocina de gas	12	26.67
Ambas	15	33.33
TOTAL	45	100.00

Refrigerador Televisor	No.	o/o
Si	17	37.78
No	28	62.22
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 15

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN ACCESO AL AGUA. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Acceso al agua	No.	o/o
Dentro de la casa	4	8.89
Fuera de la casa pero en el edificio	32	71.11
Surtidor (1)	6	13.33
Otros	3	6.67
TOTAL	45	100.00

(1) Constituyen las más alejadas del centro poblado
Fuente: Encuestas.
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 16

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN TIPO DE SERVICIOS DISPONIBLES. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Tipo de servicio	No.	o/o
Letrina	4	8.89
Ninguno	32	71.11
Baño de uso particular	6	13.33
Baño de uso comunitario	3	6.67
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas.
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 17

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN ACCESO AL SERVICIO DE LUZ. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Acceso al servicio de luz	No.	o/o
Si	37	82.22
No	8	17.78
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 18

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN EDAD DE LA MADRE. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Edad	No.	o/o
-21 años	5	11.11
22A-33A	27	60.00
35A-55A	13	28.89
+55 Años	0	0.00
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas.
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 19

SITUACION DE LAS UNIDADES FAMILIARES SEGUN ESTADO CIVIL DE LA MADRE. TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Estado civil	No.	o/o
Soltera	9	20.00
Casada	32	71.11
Divorciada	1	2.22
Viuda	1	2.22
Unión libre	2	4.45
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

CAPITULO III

HAY QUE IR DONDE EL QUE SABE

INTRODUCCION

En una parroquia diferenciada como es Tumbabiro el riesgo de enfermar y morir tiene efectos distintivos. Si bien los aspectos geográficos, demográficos, sociales y culturales se presentan como características similares a toda la parroquia, estos tienden a afectar negativamente a los grupos más desprotegidos.

Las tendencias de morbilidad, muerte y las manifestaciones culturales de la población pueden revelar aspectos importantes en el comportamiento de la salud. En este capítulo se trata de destacar las características más relevantes de la enfermedad, pero también la respuesta de los sistemas de salud y sus diferencias más significativas.

Se ha tomado la información dada por las cuarenta y cinco unidades familiares, observadas indiferencialmente, ya que lo que aquí se hará es una descripción general de la patología y práctica médica de la población, que de lugar a observar las diferencias con el proceso más específico. La información se ha completado con la revisión de los registros del Subcentro de Salud y del Registro Civil local.

1. Los daños

Las fichas de mortalidad reflejan una baja considerable en el

porcentaje de muertes infantiles en diez años, al parecer producto de la implantación del Subcentro de Salud y la implementación de programas inmunoprevenibles. (1)

Considerado el último año de que se dispone de datos oficiales (INEC, 1984) en Tumbabiro la tasa de mortalidad es de 100 y representa un nivel mayor a la media nacional. Aún cuando la tendencia general es de mayor mortalidad masculina que femenina en Tumbabiro, la segunda supera mucho a la primera, con el 158 o/o y 48 o/o, respectivamente (2).

Las causas médicas de muerte son diversas, pero la primera causa representa el 26.35o/o y corresponde a las causas respiratorias (cuadro No. 1). La enteritis y otras causas diarreicas representan el 22.49o/o. Comparadas con las primeras causas de muerte nacional, éstas coinciden.

A pesar del rechazo a las creencias y prácticas tradicionales (3) de los agentes formales, aún los datos oficiales reflejan la persistencia de las creencias tradicionales, ya que se anota como causa de muerte: maligno, impresión del aire y pasmo, que en la etiología tradicional ocupa el primer lugar con el nombre de mal viento.

En muchas ocasiones son anotados en los registros oficiales síntomas como causa de muerte, de acuerdo a la causa que presume el familiar que la reporta, y supone fallecimiento sin atención médica.

En el registro de muerte, el sarampión y la malnutrición tienen un porcentaje significativo, sin embargo, comparadas con los registros del Subcentro de Salud éstos son casi inexistentes, por lo que se presume que las dos entidades tienen tratamiento casero.

En diez años de datos de mortalidad, los meses que presentan más problemas son enero y diciembre (Cuadro No. 2), meses de invierno en la Sierra y en los cuales empiezan a escasear las reservas alimenticias.

1 Fichas de mortalidad del Registro Civil.

2 Este dato revelado por el estudio realizado por Lauris Mckee ha significado un aporte importante en la comprensión de la incidencia de los factores culturales vg.: el destete precóz de los niños en la mortalidad.

3 El médico rural expresa que "es una torpeza creer en el mal viento, (ya que) los gringos no lo tienen".

No es posible conocer la situación social de las familias en las que se mueren más niños, pero los datos oficiales pueden dar una idea aproximada si se toman los fallecimientos en los diez años, según la profesión de la persona que inscribe la defunción, (que obviamente corresponde a los familiares del fallecido). En estos datos se encuentra que el 80.61o/o corresponde a jornaleros y agricultores, y el 10.07o/o a quehaceres domésticos, y sólo el 9.32o/o a otras actividades. Estos datos revelan una relación entre muerte y condición económico social (Cuadro No. 3).

Al comparar datos de mortalidad por sexo y año (Cuadro No. 4) observamos que es contrario a la tendencia general de mayor muerte infantil masculina que femenina a nivel mundial y del país. En cuatro años, el porcentaje de mortalidad femenina es mayor y en un año se equipara. Esta diferencia posiblemente sea debida a la sobrevaloración del hombre en actividades consideradas productivas, lo cual incide negativamente en la sobrevivencia femenina.

Al igual que el resto del país la mortalidad más alta corresponde a la edad de 0 días a 24 meses, más frecuentes en la edad de 29 días a 11 meses, tal vez relacionado con el destete precoz que en Tumbabiro por lo general (sobre todo para las niñas), se realiza antes de un año de edad. El porcentaje es menor de 25 meses a 5 años, sin embargo obsérvese que para el sexo femenino el porcentaje sube (Cuadro No. 5).

En Tumbabiro si un niño muere se atribuye la muerte a diferentes causas: sobrenaturales, naturales y humanas, de suerte que si un niño enferma será llevado a un agente de la Medicina Tradicional o a un agente de la Medicina Formal.

Se puede decir que en general, las enfermedades atribuidas a una etiología sobrenatural son confiadas a agentes de la Medicina Tradicional y aquellas atribuidas a una etiología natural y humana son consultadas a los agentes de la Medicina Formal, vg.: al Subcentro de Salud.

Tres aspectos fundamentales contribuyen a la aceptación de un recurso: La concepción sobre el origen de la enfermedad, la confianza en el recurso y el alcance.

La confianza en los agentes de la Medicina Tradicional se

afianza en parte en la tradición, pero además en que estos pertenecen a la parroquia y su posición social no varía significativamente de la mayor parte de pobladores. Este último aspecto da cuenta del acceso de los pobladores a la atención tradicional, ya que aún cuando siempre se retribuye de alguna manera este tipo de atención, éste no siempre se lo hace inmediatamente y en efectivo. Este agente puede ser retribuido con servicios, producto y/o dinero y el costo está al alcance del paciente y su familia.

Para el caso de los agentes de la Medicina Formal (Subcentro) tanto la confianza, el acceso como la concepción constituyen los principales obstáculos. Mientras el agente tradicional no excluye la posibilidad de tratar aún enfermedades cuya etiología es atribuida a causas naturales y que pueden ser curadas por los agentes de la Medicina Formal, estos últimos excluyen por completo la posibilidad de tratamiento de las causas a las que se atribuye una etiología sobrenatural. Por otra parte, el cambio constante (anual) del personal (sobre todo del médico rural y odontólogo), la procedencia geográfica y social de éstos y el costo prohibitivo de los medicamentos crea desconfianza y rechazo a este tipo de atención.

Existe sin embargo una mayor demanda (cuantitativa) de los servicios, que tal vez se tenga que atribuir a la acción personal de agentes de la Medicina Formal, al acceso a la formación médica a través de los medios de comunicación y a una relativa efectividad de ciertos programas de salud.

El Subcentro de Salud en Tumbabiro es visitado por los pobladores por dos causas: control y morbilidad. Un porcentaje mayor de controles se considera que es debido a la presión del Subcentro a este tipo de consulta o porque ésto da acceso a ciertas ventajas de carácter momentáneo, vg.: acceso a la leche avena (ahora leche arroz) para niños en riesgo de desnutrición. (Cuadro No. 6).

El tipo de atención difiere por sexo y área de residencia (4). Para el caso de contról en el área urbana el porcentaje para hombres es mayor que para mujeres, en el área rural es al contrario.

4 Sólo en este caso se hizo relación al área rural porque los datos del Subcentro señalan procedencia y son sugerentes.

En cuanto a morbilidad en el área urbana la atención a mujeres es mayor que para los hombres, en el área rural el porcentaje de morbilidad masculina es mayor. Podría sugerir para el área urbana una mayor atención al varón?

La mayor consulta por control y morbilidad tanto en el área urbana como rural corresponde a la edad comprendida entre 29 días y 11 meses, (Cuadro No. 7). Las causas de consulta por morbilidad (Cuadro No. 8) corresponden a la entidad más problemática, a respiratorias, lo que coincide con la mortalidad en el área (Cuadro No. 1). La comparación entre morbilidad y mortalidad revela diferencias en enteritis y otras diarreicas, malnutrición y sarampión. En enfermedades diarreicas a pesar de que el porcentaje por muertes ocupa el segundo lugar, en consulta representa la tercera causa y el porcentaje es significativamente más bajo, talvez debido a que la diarrea en la concepción tradicional es un síntoma que sugiere una enfermedad de mayor envergadura, vg.: mal viento, espanto, infección por calor, etc.

Curiosamente el porcentaje por sarampión es 0. Sugiere que no se consulta al Subcentro en esta entidad a pesar de que constituye el 5.42o/o de muertes infantiles (Cuadro No. 1). En cuanto a mal nutrición el porcentaje de consulta ocupa el segundo lugar. En este caso aún cuando no se puedan descartar los casos concretos de mal nutrición, algunos de ellos agudos, un porcentaje debe ser atribuido a casos "en riesgo de malnutrición" que posibilitan la pertenencia al programa de leche avena (5).

Las entrevistas a la población revelaron datos importantes en cuanto morbilidad y mortalidad: el 42.22o/o de familias había perdido al menos un hijo (Cuadro No. 9), significativo en cuanto el número promedio de hijos en Tumbabiro es de 4, presentando, sin embargo, una gran variabilidad (Cuadro No. 10).

A la cifra de mortalidad se deben sumar los abortos; a pesar de que existe encubrimiento por el rechazo social que produce un aborto, sobre todo provocado, el 17.78o/o de mujeres admite que ha tenido al menos un aborto (Cuadro No. 11).

5 A veces los datos se cambian para que la gente acuda al servicio.

De las mujeres entrevistadas el 11.11o/o no acude al Subcentro en morbilidad de los niños (Cuadro No. 12) y del total el 77.78o/o acude por el programa de leche avena (Cuadro No. 13).

Tomadas tres entidades representativas en el área (que serán analizadas "infra" gripe, infección y mal viento, se acude a un agente de la Medicina Formal en un 42.22o/o en la primera entidad, en un 31.12o/o en infección y en un 2.22o/o en mal viento (Cuadro No. 14), lo que confirma el condicionamiento cultural.

2. Remedios caseros y remedios de botica

Existen diferencias significativas entre creencias y prácticas tradicionales. Estas pueden ser observadas en las diversas instancias:los agentes a los que se acude, la identificación de síntomas y el corpus terapeútico.

Pueden ser mejor explicados si son tomadas entidades representativas del área; la gripe, la infección por calor y mal viento pueden ser indicadores del grado de aceptación a los agentes tradicionales y formales. Del mismo modo que las reglas y procedimientos ejecutados de acuerdo a concepciones de prohibición o permisibilidad de ciertas acciones y la concepción dual: cálido-fresco, pueden clarificar estas diferencias.

En Tumbabiro, los pobladores hacen una clara diferencia entre los medicamentos de botica y los remedios caseros. Al igual que la relación agente tradicional-agente formal, la tendencia gegeneral da razón de la existencia de rechazo a la utilización de ciertos medicamentos y procedimientos de la Medicina Formal, sin embargo tomadas por entidad (separadamente), esta tendencia presenta particularidades.

En caso de gripe infantil, al separar entre remedios caseros y de botica hay mayor utilización de los segundos. Se da importancia a las calidades atribuidas a cada medicamento, para el caso de remedios caseros el porcentaje más alto agrupa a los medicamentos considerados cálidos (Cuadro No. 15), lo cual es significativo, ya que de acuerdo a la concepción tradicional la gripe es una enfermedad fresca.

En cuanto a remedios de botica, existen medicamentos a los que no se da una calidad y el mayor porcentaje de aquellos calificados se los agrupa en los considerados cálidos. El no atribuir calidad puede significar el uso relativamente nuevo de algunos medicamentos de botica.

En infección por calor se observa que el uso de medicamentos caseros y de botica se equiparan. En los segundos, en un porcentaje significativo no se atribuye calidad. Existe coincidencia en el agrupamiento de frescos, con el mayor porcentaje en los dos tipos de medicamentos posiblemente porque la enfermedad es considerada cálida (Cuadro No. 16).

En relación al mal viento se observa que un alto porcentaje de medicamentos utilizados son caseros. No existe acuerdo en la calidad atribuida a la enfermedad, pero en las calidades atribuidas a los medicamentos revelan que un 40o/o son calificados de cálidos, 33o/o de frescos, 2o/o templados y el 21o/o no se atribuye calidad (Cuadro No. 17).

Las prohibiciones y permisibilidad reflejan estas mismas concepciones (Cuadros Nos. 18 y 19) con ligeras variantes que aluden más que a una práctica particular a la concepción general.

En las familias de estudio, (6) al realizar un listado de los alimentos que se consumen diariamente se observa que aún cuando existe una gran variabilidad en las concepciones, es común que se atribuya calidad de fresco y templado a los alimentos considerados como "buenos alimentos" vg.: choclo, fréjol, arroz, fideo, etc. y se atribuyen calidades de cálido o irritoso a alimentos considerados como perjudiciales.

Se ha querido ver en las calidades una relación directa con temperatura o características externas de alimentos o medicamentos, pero las calidades atribuidas rebazan esta visión superficial.

La observación permite inferir que las calidades atribuidas, más bien tienen que ver con el efecto humoral que los alimentos y/o medicamentos producen al ser ingeridos, que con sus características externas.

6 Según muestra, por seguimiento. Ver parte II.

Cuadro No. 1

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN CAUSA DESDE 1983, TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Causa de la muerte	No.	o/o
Sarampión	7	5.42
Enteritis y otras diarreicas	29	22.49
Causas tradicionales (1)	18	13.95
Otras causas	29	22.49
Respiratorias	34	26.35
No dice o no es claro	2	1.55
Malnutrición (2)	10	7.75
TOTAL	129	100.00

1 si no existe causa médica de muerte se anota lo que el familiar dice. Corresponde a maligno, impresión de aire y pasmo.

2 Según el médico rural, agotamiento expresa malnutrición ya que se refiere a deshidratación, vómito y diarreas.

Fuente: Registro Civil local
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 2

MORTALIDAD INFANTIL POR MES DESDE 1973 HASTA 1983 EN TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Mes	No.	o/o
Enero	20	15.50
Febrero	9	6.98
Marzo	10	7.76
Abril	9	6.98
Mayo	11	8.52
Junio	8	6.20
Julio	8	6.20
Agosto	12	9.30
Septiembre	8	6.20
Octubre	12	9.30
Noviembre	9	6.98
Diciembre	13	10.08
TOTAL	129	100.00

Fuente: Registro Civil local
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 3

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN PERSONA QUE INSCRIBE LA DEFUNCION DESDE 1973 HASTA 1983 EN TUMBABIRO. NUMERO Y PORCENTAJE.

Profesión de la persona que inscribe la defunción	No.	o/o
Jornalero	47	36.43
Agricultor	57	44.18
Qq. dd.	13	10.07
Artesano	1	0.78
Comerciante	3	2.32
Albañil	1	0.78
Estudiante	1	0.78
Chofer	1	0.78
Se desconoce	5	3.88
TOTAL	129	100.00

Fuente: Registro Civil local
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 4

MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS, POR SEXO Y AÑO EN TUMBABIRO, DESDE 1973 HASTA 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Años	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
1973	21	100.00	9	42.86	12	*57.14*(1)
1974	11	100.00	7	63.64	4	36.36
1975	13	100.00	11	84.61	2	15.39
1976	17	100.00	6	35.29	11	*64.71*
1977	14	100.00	7	50.00	7	50.00
1978	9	100.00	4	44.44	5	*55.56*
1979	14	100.00	6	42.86	8	57.14
1980	9	100.00	6	66.67	3	33.33
1981	8	100.00	5	62.50	3	37.50
1982	9	100.00	6	66.67	3	33.33
1983	3	100.00	2	66.67	1	33.33

1 Los subrayados demuestran un porcentaje contrario a la tendencia general.
Fuente: Registro Civil local
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 5

MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS, EN TUMBABIRO DESDE 1973 HASTA 1983, POR EDAD Y SEXO, 1984. PORCENTAJES.

Edad	Sexo	
	Masculino(1) o/o	Femenino(2) o/o
0-28 días	30.43	27.12
29 días 11 meses	31.68	27.12
12 meses 24 meses	24.64	*28.80*(3)
25 meses 5 años	6.70	*10.16*
Se desconoce	4.35	*6.78*
TOTAL	100.00	100.00

(1) Total de muertes masculinas 69
(2) Total de muestes femeninas 59
(3) Los subrayados demuestran un porcentaje contrario a la tendencia general
Fuente: Registro Civil local, desde 1973 a 1983
Elaboración: S. Argüello

Cuadro No. 6

TIPO DE CONSULTA REALIZADO AL SUBCENTRO DE SALUD, SEGUN SEXO, AREA DE PROCEDENCIA, TUMBABIRO 1984. PORCENTAJES.

Tipo de consulta	AREA URBANA		AREA RURAL	
	Hombres(1)	Mujeres(2)	Hombres(3)	Mujeres(4)
Contról	62.59(5)	*51.75*	*29.79*	*64.51*
Morbilidad	37.41	*48.25*	*37.21*	35.49
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00

(1) Total = 139
(2) Total = 143
(3) Total = 301
(4) Total = 324
(5) Subrayados los más altos
Fuente: Subcentro de Salud. Fichas de mortalidad
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 7

EDAD, SEXO Y AREA DE PROCEDENCIA POR CONSULTA AL SUBCENTRO DE SALUD EN TUMBABIRO, ECUADOR 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Sexo	AREA URBANA			AREA RURAL		
	0-28d	29d-11m	12m-5a	0-28d	29d-11m	12m-5a
Hombres	27.78	*55.55*	*16.67(1)*	8.57	*48.58*	42.85(3)
Mujeres	12.50	75.00	12.50(2)	16.67	*50.00*	33.33(4)

(1) Total = 18
(2) Total = 16
(3) Total = 35
(4) Total = 36

Fuente: Fichas del Subcentro de Salud (según muestra) desde el día en que se abrió la primera ficha hasta el día que se empezó el trabajo de campo.

Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 8

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MORBILIDAD AL SUBCENTRO DE SALUD, SEGUN SEXO Y AREA DE PROCEDENCIA, EN TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. PORCENTAJE

Causas de consulta(*)	Area Urbana		Area Rural	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Respiratorias	34.62(1)	23.99	*23.22*	18.26
2. Enteritis y otras diarreicas	7.69	*14.49*	*13.39*	5.22
3. Parasitosis	*7.69*	4.35	3.57	4.35
4. Malnutrición	26.93	*37.68*	39.29	*55.65*
5. Sarampión	0.00	0.00	0.00	0.00
6. Heridas y laceraciones	0.00	0.00	0.00	0.00
7. Odontológicas	*15.38*	4.35	*6.25*	2.61
8. No dice o no es claro	0.00	0.00	0.89	0.87
9. Otras causas	7.69	10.14	13.39	13.04
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00

(1) Subrayado los más altos porcentajes
* Fueron escogidas del análisis de causas de mortalidad del Registro Civil de la parroquia.
Fuente: Fichas del Subcentro de Salud (según muestra).
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 9

NUMERO DE HIJOS MUERTOS EN LAS UNIDADES FAMILIARES, TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. PORCENTAJE

Número de hijos fallecidos	No. entrevistadas	o/o
1	9	20.00
2	6	13.33
3	4	8.89
Ninguno	26	57.78
Total entrevistadas	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello

Cuadro No. 10

SITUACION DE LA FAMILIA SEGUN NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS, TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. PORCENTAJES.

Número de Embarazos	No. entrevistados	o/o
1	5	11.11
2	9	20.00
3	7	15.56
4	6	13.33
5	1	2.22
6	3	6.67
7	4	8.90
8	1	2.22
9	2	4.44
10	5	11.11
11	0	0.00
12	0	0.00
13	1	2.22
14	1	2.22
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 11

SITUACION DE LA FAMILIA POR NUMERO DE ABORTOS, TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. PORCENTAJE

Número de abortos	No. entrevistadas	o/o
1	6	13.34
2	1	2.22
3	1	2.22
Ninguno	37	82.22
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 12

CAUSAS POR LAS QUE SE ACUDE A LA ATENCIÒN MEDICO FORMAL (*) EN TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Causas de consulta	No. entrevistadas	o/o
Contról	1	2.22
Control y enfermedad	19	42.22
Enfermedad	20	44.45
No se acuede	5	11.11
TOTAL	45	100.00

(*) Subcentro de Salud.
Fuente: Encuesta.
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 13

MADRES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD POR EL PROGRAMA DE LECHE AVENA, EN TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. PORCENTAJES.

Respuesta	Mujeres entrevistadas	o/o
Si	35	77.78
No	9	20.00
No corresponde	1	2.22
TOTAL	45	100.00

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello

Cuadro No. 14

PERSONA A LA QUE SE ACUDE SI UN NIÑO PRESENTA UN CUADRO MORBOSO (1), TUMBABIRO, ECUADOR, 1984, NUMERO Y PORCENTAJE

Persona a la que se acude	Gripe		Infección		Mal viento	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
La madre	25	55.56	19	42.22	16	35.56
Otro familiar	0	0.00	2	4.44	7	15.55
Una persona que sabe (3)	0	0.00	1	2.22	12	26.68
Subcentro de Salud	15	33.33	12	26.68	1	2.22
Hospital de Ibarra	1	2.22	0	0.00	0	0.00
Médico particular	3	6.67	1	2.22	0	0.00
A un agente de la medicina formal y tradicional	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Otra persona	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No contesta	0	0.00	1	2.22	0	0.00
No corresponde(4)	1	2.22	9	20.00	9	20.00
TOTAL	45	100.00	45	100.00	45	100.00

(1) Se escogieron 3 entidades representativas en el área.
(2) En el área se asocia infección con diarrea por calor.
(3) Curandero.
(4) No se ha enfermedo o no cree.
Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 15

METODOS CURATIVOS EN CASO DE GRIPE, TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Método(1)	Cálido		Fresco		Templa.		Irrito		No sabe		No corres.		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
remedio casero	11	55	5	25	3	15	0	0	0	0	1	5	20	100
remedio de botica	12	18	23	36	3	5	3	5	19	30	4	6	64	100

(1) Se preguntó por medicamentos caseros y de botica que son ampliamente utilizados.
Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello

Cuadro No. 16

PROCEDIMIENTOS CURATIVOS EN CASO DE INFECCION POR CALOR, TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Método(1)	Cálido		Fresco		Templa		Irrito		No sabe		No corre.		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
agüita otro	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
remedio casero	5	20	13	52	6	24	0	0	1	4	0	0	25	100
remedio de	1	4	12	50	0	0	0	0	8	33	3	13	24	100

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 17

PROCEDIMIENTOS CURATIVOS EN CASO DE MAL VIENTO, TUMBABIRO, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Proce.	Concepciones													
	Calido		Fresco		Templa		Irrito		No sabe		No corre.		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
remedio casero	30	40	25	33	2	3	0	0	16	21	2	3	75	100
remedio de botica	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Se excluye otro y ninguno que corresponde al 22o/o de mujeres.
Fuente: Encuestas

Elaboración: S. Argüello

Cuadro No. 18

ALIMENTOS QUE SE PERMITEN* EN TRES ENTIDADES MORBOSAS EN TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE

Entid.(1)	Concepciones													
	Cálido		Fresco		Templa.		Irrito		No sabe		No corre.		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
gripe	12	16	13	17	5	6	5	6	5	6	37	49	77	100
infección por calor	2	3	27	38	8	11	5	7	4	6	25	35	71	100
mal viento	4	7	8	15	3	5	0	0	0	0	49	83	55	100

* Un número significativo de respuestas señala que se puede comer todo en gripe y mal viento. Existen más restricciones para infección.

Fuente: Encuestas
Elaboración: S. Argüello.

Cuadro No. 19

ALIMENTOS QUE SE PROHIBEN DE ACUERDO A CALIDADES QUE SE ATRIBUYEN* EN TRES ENTIDADES MORBOSAS. EN TUMBABIRO, ECUADOR, 1984. NUMERO Y PORCENTAJE.

Entid.(1)	Concepciones													
	Cálido		Fresco		Templa		Irrito		No sabe		No corre.		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
gripe	2	3	28	47	2	3	0	0	1	2	27	45	60	100
infección por calor	27	34	3	4	4	4	11	14	4	5	31	39	79	100
mal viento	17	25	5	7	0	0	13	19	4	5	30	44	69	100

* Un número significativo de respuestas refiere que no se prohibe nada en caso de gripe y mal viento.

Fuente: Encuestas.
Elaboración: S. Argüello.

PARTE SEGUNDA

CAPITULO I:

ENFERMEDADES DE CAMPO Y ENFERMEDADES DE DIOS

INTRODUCCION

La Medicina Tradicional considera un sistema propio de clasificación, que revela de manera más general la forma de concebir la enfermedad, la salud y la muerte.

Si se enfrentan las diferencias entre la Medicina Formal y la Tradicional, la primera respuesta que se hace evidente es que unas enfermedades son consultadas a los agentes formales y otras lo son a los agentes tradicionales, sin embargo esto sólo revela una parte, ya que se acude a una u otra medicina de acuerdo a la etiología que se atribuye a un estado mórbido.

En el recuento de una enfermedad una mujer puede referir una serie de condiciones que han influido en el estado de la salud; ingestión de alimentos, condiciones naturales adversas, condiciones psíquicas inadecuadas, fuerzas sobrenaturales, etc., sin embargo si se pregunta sobre la causa de la enfermedad, se estudian tres en orden de acciones: sobrenaturales, naturales y humanas, en este orden de importancia.

En las enfermedades la primera causa que se busca es la sobrenatural: mal viento, espanto u ojeado. Una vez descartada esta posibilidad se pensará en otras causas presumibles. La etiología no sólo da la explicación de la enfermedad, sino que conduce a la práctica, ya que si se atribuye una etiología sobrenatural, el primer agente en ser consultado será el tradicional.

La concepción tradicional de la enfermedad, por otra parte, excluye la concepción biologista formal que clasifica las enfermedades de acuerdo a órganos y funciones corporales.

1. Los daños del campo

Consultadas las madres sobre las enfermedades que atienden los agentes tradicionales y formales de salud, las respuestas son variadas, pero configuran nexos comunes:

> Los médicos curan la diarrea y el sarampión. Los curanderos el espanto, el mal viento, el ojeado. La madre puede curar una diarrea por infección e irritación. (i2) (1).
>
> Un médico puede curar la temperatura, la angina y los partos. Un curandero puede sanar el mal viento, el espanto y el ojeado. Los padres también pueden curar el espanto y la tos. (i4)
>
> El médico cura las gripes, infecciones, fiebre por vacuna, vómito, diarrea por infección de comidas y tos. El curandero: espanto, mal aire y ojeado. Brujería no conoce quien cura. El sarampión no puede curar ninguno, hay que permitir que se desarrolle. La madre interviene primero, si no se sanan con el tratamiento casero se recurre al médico, a la curandera, o a ambos. La madre puede curar cualquiera de éstas: gripe, diarrea, tos, fiebre e infección. El espanto, mal aire, ojeado, si no son fuertes cura la madre. Desconoce como se cura la brujería. (i1)
>
> El médico cura la diarrea, tos, temperatura, gripe y sarampión. El espanto no puede curar un médico, tampoco el mal aire y el ojeado. De la parasitosis se enteró recién por la visita al Subcentro. Una curandera puede ser consultada por irritación, escorbuto, espanto, mal aire y ojeado. La madre puede curar una gripe, si el niño no tiene temperatura fuerte. (i5)
>
> Son enfermedades de doctor la gripe, tos, bronquitis, sarampión, holanda e infección. Las enfermedades de curandero son: espanto, mal aire y mal de la calle (brujería). (i9)
>
> Son enfermedades de Dios: la fiebre, los bichos, el paludismo, las gripes y el espanto. Son enfermedades de campo, el mal viento y la brujería, que es el "mal de la calle". (i9)

En las concepciones de la Medicina Tradicional, síntomas como: vómito, diarrea o temperatura, por lo general aluden a en-

1 **i = informante. El número representa el código dado a los informantes. Ver glosario de informantes.**

fermedades como mal viento, ojeado y espanto.

El primer conocimiento al que se acude es el tradicional. Si un niño presenta uno o varios síntomas, la madre y familiares del niño recurren al saber tradicional disponible.

Como el niño vive y participa de las actividades del campo por lo general la enfermedad o el síntoma es referido a una enfermedad de campo, sin embargo se observa que ciertas enfermedades o síntomas son identificados con un tipo de agente; el mal viento, el ojeado y el brujeado no son materia de un agente de la Medicina Formal, igualmente el sarampión, la bronquitis, la parasitosis, la infección, etc., no son enfermedades que se confíe a un agente de la Medicina Tradicional.

En la práctica se agotará el saber tradicional antes de recurrir a un agente o práctica del saber formal, sin embargo entre estos dos tipos de prácticas se dan múltiples mediaciones, vg.: se acude a un corpus de conocimiento tradicional con prácticas de la medicina simplificada. No se observa una verdadera fusión ni una separación completa, pero sí una tendencia a la preservación del saber tradicional.

En teoría, existe fusión del conocimiento tradicional con el saber formal, por las ventajas, muchas veces, de orden momentáneo que ofrece el servicio formal. Una mayor profundización permite observar que síntomas como diarrea, vómito o temperatura no se separan de la cosmovisión y práctica más general.

Cuando se pregunta en qué caso un niño tiene diarrea, las madres remiten un conjunto de enfermedades asociadas tanto al saber tradicional como formal, lo cual puede observarse en los siguientes testimonios:

> Le puede dar diarrea porque le cayó la comida pesada, por irritación, por espanto, mal viento, ojeado, infección, por asolear la leche del seno, por frío.
>
> Tienen diarrea cuando hablan, andan, gatean. Por tomar "leche agitada de cólera o pena" (en lactantes), porque se "les quiebra el rabito", por comer cosas pesadas. Por frío, por calor, por mal viento, por espanto. En una de las observaciones el hijo (8 m) (2) está con diarrea,

2 En los datos en paréntesis a = años, m = mes, y el d = días. Se refiere a la edad al momento de extraer el dato.

el niño lacta aún. La madre considera que la diarrea del niño es por tomar la "leche mala". La leche está "mala"porque ha estado agitada y "con iras". La diarrea depende de la enfermedad: diarrea por frío, diarrea por fuego, diarrea por bilis, diarrea por irritación, diarrea por mal viento, diarrea por espanto. (i4)

Les da diarrea cuando les van a salir los dientes, cuando van a hablar, van a caminar, van a gatear. Por espanto, mal aire, ojeado, escorbuto, infección y frío. (i1)

Existe la diarrea por frío, diarrea por calor, diarrea por espanto, diarrea por infección, diarrea por mal viento, por "apasionamiento" del seno. (i6)

Refiere el caso de una niña fallecida: a los 6 meses "pasaba solo con diarrea, a los 10 meses se empeoró". Le quitó el seno, "ya no quería comer, no tenía hambre". A los 11 meses murió. Había estado en cinta de la cuarta hija "talvez la leche mala le hizo daño". El médico de Ibarra le dijo que la "leche del seno le estaba matando". Le da diarrea por irritación del estómago, por comer granos crudos, de frío, de fuego (salen al sol), toman bastante leche y agua, por espanto, mal viento a la barriga y bilis. (i5)

El hijo (2a) tuvo "diarrea por cólera". También le ha dado diarrea por frío. (i7)

Les da diarrea si se les da "leche de otro embarazo" (si el niño lacta cuando la madre está embarazada). Les puede dar diarrea por irritación, por comer cosas pesadas o por el desarrollo. (i10)

Les ha dado diarrea cuando comenzaron a caminar, si han comido papel periódico, cuando le salen los dientes, por sacarles al sol, por estar pasados de frío, porque comen algo pesado, porque aprenden a gatear y por mal viento. (i8)

Le da diarrea por daño al estómago, por temperatura, por frío, por mal viento y espanto, por desarrollo, si se les da agua de la llave. Les da diarrea cuando caminan, gatean y cuando toman leche de vaca. (i9)

Este conjunto de causas descritas por la madre pueden ser agrupadas en:

1. Comidas inadecuadas.
2. Condiciones ambientales desfavorables.
3. Condiciones psíquicas adversas.
4. Causas sobrenaturales.

Sólo en el primer caso la madre consulta a un recurso de la Medicina Formal. En los otros casos, la madre primero recurre a

su propio saber, que pretende devolver el equilibrio emocional y físico al niño y por otra parte, acude a otros agentes de la Medicina Tradicional. La enfermedad, sin embargo, no es concebida sólo como un desequilibrio orgánico, sino que afecta todos los aspectos de la vida social e individual.

Uno o varios síntomas pueden conducir al conocimiento del tipo de enfermedad, pero en sí mismo no explican la enfermedad. El síntoma siempre estará ligado a su origen y en raras ocasiones se dice que se desconoce la causa.

En cuanto se detecta un síntoma, se busca el origen natural o sobrenatural que oriente el tratamiento. En muchas ocasiones solo la efectividad del tratamiento puede explicar el origen de la enfermedad, vg.: un niño tiene diarrea, se recurre al saber tradicional de los familiares o curanderos, el niño es "limpiado por mal viento". Si un niño sana, el diagnóstico del mal viento es positivo, si no sana hay dos posibles alternativas; la persona a la que se recurrió no es efectiva o no es mal viento, se recurre a otro agente y/o a otro tipo de explicación y terapeútica. En este proceso en general, el último en ser consultado será el agente formal.

2. *El origen del daño*

La relación hombre-naturaleza en la Medicina Tradicional es de dos tipos; una identificable; pero de menor importancia; vg.: el aire, el viento, el polvo, el frío, el calor pueden producir la enfermedad, pero no conllevan gravedad. El segundo tipo está expresado en una relación incontrolable, donde la naturaleza adquiere fuerza propia superior al hombre, lo domina, vg.: la chorrera, el árbol, la luna, el sol, el arco, el cerro, la piedra, el camino, el agua y aún el tiempo, adquieren un poder. Este poder es adquirido a través de la posesión de espíritus malignos, que insatisfechos tienen el poder de causar no sólo la enfermedad sino la muerte. Este tipo de acciones reviste gravedad y siempre necesita de una acción volitiva fuerte, capaz de enfrentar el mal y desplazarlo.

En el segundo caso, las fuerzas malignas que acechan al hombre son espíritus que pueblan el mundo, tienen una existencia

provocada por fuerzas externas al hombre y que no dependen de su voluntad.

El duende, el demonio, la sombra, otros espíritus tienen la facultad de posesión de los elementos de la naturaleza y del hombre mismo. Esta posesión desequilibra la armonía física, psíquica y social del hombre.

En este tipo de fuerzas el mal viento es el más importante. En aquellas que dependen de la voluntad del hombre está el atzingo. Y son casos excepcionales los que no mencionan causa sobrenatural o dicen desconocer la causa.

Entre la concepción general que las madres expresan y la práctica existen coincidencias y discrepancias. vg.: una madre puede referir que cree que el mal viento es el que provoca la muerte del recién nacido con más frecuencia y señalar la muerte de uno o más hijos provocada por el mal viento, sin embargo, en el discurso (historia) pueden indicar distintas causas; excesivo calor, falta de cuidado, debilidad por falta de alimentos, trabajo de la madre, habitación cerca de una fuente o chorrera, tránsito por caminos botados, etc.

Casi la totalidad de la etiología está referida a espíritus que pueblan la naturaleza, que causan perjuicios en el equilibrio biológico del hombre y una etiología que hace relación a la ruptura humana de reglas.

Trastornos psíquicos como las iras o la pena pueden causar desequilibrio general del individuo en cuanto rompe la armonía biopsíquica y ataca sus defensas. Estos efectos pueden ser causados por acciones humanas indebidas. Para el caso de la mujer estos trastornos pueden ser motivados por el mal comportamiento del cónyuge. Para ambos casos (hombre y mujer) el exceso de trabajo o la indebida sexualidad que reclama abstinencia tanto en el período postparto y la menstruación.

Puede ser causa de desequilibrio el desorden, el descuido, la crítica, el exceso de ingestión de bebida o comida y relaciones de tipo incestuoso.

Dar importancia a este tipo de acciones es una forma de contról social, ya que según la concepción el individuo que rompe una regla, se separa del núcleo protector (la familia y la comunidad)

y está a expensas de males naturales y sobrenaturales que reclaman una penitencia, o de lo contrario ponen en peligro la vida del hombre.

Se puede enfermar un recién nacido si se deja pañales afuera "en el sereno". Puede morirse de mal aire. Los pañales se "enserenan", se enfrían. Dicen que se hacen llorones si se les pone estos pañales, pero se desconoce la causa. Un niño auca "es como un perrito" son niños muertos a los que no les deja enterrar en el "panteón". Los niños sin bautizo se hacen "cucos" si se mueren. Si un niño sano ve al "niño auca" se hace llorón, se espanta, "este espanto es malo". Los niños aucas lloran en lugares botados, en quebradas donde baja el agua. Están envueltos. Si se oye a estos niños se debe pasar sin hacer caso. No se puede proteger a un niño sano del "niño auca". Si se espantan "chillan de noche". (i8)

Existen duendes, éstos, persiguen a los niños, sobre todo a los "ojones y pelones". Puede coger el arco iris a un niño. En Tumbabiro le cogió el arco iris a uno, este desapareció. "El estómago era inmenso". Hay rocas que pueden hacer daño a los niños. Donde hay rocas grandes "son partes malas", les da a los niños "el mal aire fuerte". (i9)

Los atzigos o niños auca son espíritus malignos de niños o adultos fallecidos. Si una persona ha matado a otra o ha tenido enterrado dinero cuando muere su alma anda y llora. Esta daña a los guaguas. Los duendes también pueden hacer daño a los niños; enseñan a curar, a mentir, a robar "les coge a las personas que tienen el corazón duro, (que) no sea cobarde, no tenga miedo" pueden trabajar después curando. (i5)

Si un niño es "bueno y servicial" Dios le puede llevar. Pueden hacer daño a los niños los "Incas", si han sido enterrados en la casa y se pone la cama encima del entierro "se secan". También pueden ser malas las piedras grandes, los cerros. Puede coger "el mal aire fuerte, puede morirse". (i10)

La hija (1a., 3m., 15d.) murió de "cáncer de mal aire". Le salió un grano en el brazo, este reventó y se hizo un hueco grande. Le dio porque se cayó, se golpeó el brazo, la curandera le dijo que "le han cogido del lado que se ha caído y por eso le ha dado mal aire". (i3)

Es peligroso también cuando está nublado y hace poco sol, cuando hay arco iris "el arco iris sienta gusanos", "la orina del arco iris es de puro gusano, (si cae) se pudre la cabeza". "Cuando es espanto de arco iris no puede sanarse". (i5)

No se sabe lo que es el mal viento, pero los niños se hacen llorones "prietos" (morenos), se les hinchan los ojos "es por impresión del aire", "el aire viene de todo lado", "les hace daño porque viene de lugares fuertes", "el avión (el aire que produce) les daña a los guaguas". Son

horas malas para salir a partir de las cuatro de la tarde, porque les pega el mal aire fuerte a los niños. Los "niños auca", son niños que han muerto sin bautizo. Se les bota pequeños, pero crecen y se deforman, "dicen que se forman como espíritus en forma de animal feo, se forman tentaciones, se aparecen a los niños, se asustan, se quedan sin habla, se mueren".

"Siguen mas a los varones por andariegos". Se puede protegerlos poniéndoles "escapulario", "se riega agua bendita en el cuerpo". (i4)

Los informantes atribuyen el origen de la enfermedad a diversas causas, que pueden ser clasificadas según la importancia que se les dá, al siguiente orden: sobrenaturales, naturales y humanas.

2.1. Sobrenatural

A continuación se explicitan algunos de los comentarios, que expresan una etiología sobrenatural. Obsérvese la relación entre mal viento, mal aire, duendes y arco iris.

Un niño lactante, puede estar llorón si se deja los pañales afuera "les coge el guagua auca o atzingo". Los atzingos son niños muertos sin bautizo. Hay que enterrarlos en el cementerio, al lado de la puerta. Si se les puede enterrar en cualquier parte, pero "botando agua bendita". (i2)

Dicen que los duendes son hombre y mujer. Existe, el maligno y el benigno. A veces se aparece un hombre con un sombrero "les aruña", roba a los niños de las hamacas. "Se aparece entre las piedras grandes". "Ellos (los niños auca) no ven la claridad, piden que llegue el día del juicio". Son peligrosos porque se convierten en mal viento. Es difícil saber cuales son las causas más comunes de que mueran los niños recién nacidos. "En los tiernos es difícil saber qué tienen, a veces no se atina", sin embargo se cree que se mueren más del mal viento. A veces tienen mal viento o espanto y los médicos creen que es gripe, "los ricos no creen que tienen irritación, mal viento, por eso se mueren los guaguas. Son más delicados, abrigados les sacan al aire, les da mal viento y se mueren". (i4)

2.2. Natural

Las enfermedades a las que se atribuye el origen natural, por lo general en la concepción tradicional no revisten gravedad. En este sentido no se da mayor importancia en el discurso y por tanto

no requieren de procedimientos terapéuticos, sino que se espera que cumplan su propio ciclo.

> A un niño le pueden salir fuegos "por maltrato" (si está mucho en sol). (i4)
> Las palpitaciones les da por el frio o la pena, les duele el estómago, la cabeza, el ombligo "palpita". (i3)
> A los seis meses todos los niños han tenido gripe. Les da por el sol y el viento. Cuando se tiene calor o frío pueden doler las muelas. Por calor, cuando se recibe mucho sol, "porque se trabaja en pleno sol, se agita", "calienta toda la sangre". (i1)
> La tos les puede dar por frío o fuego. Da quemazón del estómago, por trabajo en el sol, por comer zambo a la hora del sol. Les da gripe por "mucho mosco, por verano, polvo, sol". También por contagio. (i5)
> La fiebre les da por el sol, por la gripe. También les da dolor de cabeza. Las personas se hinchan por el frio, "se pasan de frío porque están en el lodo, están en el agua". (i9)
> Los niños y la madre han estado con gripe, se cree que era por calor. En tiempo de choclos les han salido "sarnas" a los niños en la cabeza, cuerpo, cara y piernas. No se refiere la causa. Es como epidemia, como mal de puerco, o gallina, parece que viene del aire. Si un niño está mucho en el sol le da fiebre. (i10)

2.3. Humano

En estas causas se alude a dos hechos fundamentales: 1) ruptura de reglas y 2) condiciones sociales.

En el primer caso es significativa la información referida a lactantes; el mal comportamiento de la madre y otros familiares o amigos puede en la concepción perjudicar la salud y la vida de un niño.

El ojeado y el maleficio dan cuenta del segundo aspecto. Estas dos enfermedades expresan el sentir de las personas respecto a las diferencias y el descontento ante estas situaciones.

> La leche de la madre puede ser "mala" para el niño si se tiene iras o pena. "Si se sufre con el esposo", "El marido es incomprensible, le pega, ahí vienen las penas". "no se debe dar de lactar (al niño) o poner fuerza para no estar con pena". También puede ser mala la leche por "agitación". Está agitada la leche "si se lava bastante, si se anda con almuerzos". (i8)

La alferecía les da "cuando son bravos, si se les da mucho de mamar, es que lloran, se hacen morados, se les quita el seno y se componen". Les da irritación cuando se comen "cosas irritantes"; arbeja, choclo, carnes de chancho. Si es irritante es mejor comer temprano. Les da escorbuto si comen "demasiado dulce". "Antes comían bastante porque era barato" ahora "les da bilis". Les da infección "porque comen cosas desaseadas, cuando no se les ve". (i2)

La salud del niño "depende del embarazo", "si la madre sufre el niño sale enfermo del corazón", "es mejor si se muere al nacer si la madre es enferma porque los niños salen enfermos", "sea bonito, sea feo se mueren". (i4)

Los niños nacen mal formados "porque se casan viejos con jóvenes, o entre familias". Si un hombre chumado tiene relaciones con la esposa y conciben un niño, "dicen que salen débiles los huesos y borrachos como los padres". Si un hombre (padre) "anda entretenido" la esposa tiene pena, la leche se daña, hace daño al niño que lacta, puede matarle. El hijo (6a) tuvo alferecía, le dió porque tenía iras. "Contienen el lloro", no tienen apetito, "se les da duro y se curan". (i3)

La hija murió 1a., tuvo "infección fuerte". Le quitó el seno a los cuatro meses porque estaba embarazada. Le empezó a dar comidas de la dieta familiar. Considera que le hizo daño la "leche mala" (por el embarazo). Les puede dar infección biliosa por comer mucho dulce. (i1)

No cree que se hagan "maleficios" a los niños. "Si les hacen al papá o mamá". "Cuando quieren hacerles, les entierran algo debajo de la cama o cerca de la puerta: plátano, plata, muñecas, aguacate", "al primero que sale (luego del entierro) le coge". "Entierra el compañero del brujo". La alferecía o pesadilla se las conoce porque lloran mucho. El escorbuto en cambio les da por comer mucho dulce, "se les come la lengua, el trasero". (i5)

La primera hija murió al 1a., 1m., murió por infección, le dió porque la madre trabajaba y cuando llegaba le daba la "leche caliente" (del sol y del trabajo). (i7)

El hijo (29d.) falleció porque una tía del niño llegó y habló a la madre (no indica la causa), lloró, tuvo cólera". Esta leche le dió la madre al niño. A la madrugada el niño murió. Un hijo se enfermó cuando le destetó. La curandera dijo que fue por la leche mala que tomó y por la impresión del seno; por otro embarazo y por el destete temprano. (i9)

La etiología en conjunto delata aspectos muy importantes, por una parte identifica las restricciones culturales propias del área y de las unidades familiares, que sirven como medios de contról y acciones que se cree pueden perjudicar la estabilidad y armonía,

por otra parte delata las limitaciones de las unidades al enfrentar peligros en la vida del niño, tanto en lo que se refiere a los recursos económicos cuanto a los del conocimiento.

La etiología tradicional, puede tener por tanto un doble efecto; por un lado puede proporcionar la protección del niño y por otro puede poner en peligro su vida.

Le proporciona protección en el sentido de que aleja al niño de los peligros; de los agentes desconocidos y que se asumen como sobrenaturales, los agentes humanos en términos de posibles contagios y de los peligros naturales.

Puede desproteger al niño en cuanto se asume la enfermedad como causada por agentes fuera del contról del ser humano y las acciones no se dirigen a restablecer la salud, sino a dar tranquilidad al niño y a la familia.

De los datos proporcionados por los informantes se puede decir, que son tres las entidades a las que se da más importancia en relación a los niños: mal viento, espanto y ojeado.

El mal viento es una enfermedad que se supone provocada por espíritus malignos, puede afectar cualquier parte del cuerpo y producir dolor en la parte afectada, sin embargo los síntomas pueden ser diversos. El mal viento en un niño por lo general le conduce a la postración y la muerte si no es tratado con rapidez. Sólo la efectividad del tratamiento y la muerte con "vetas" (rayas moradas en el cuerpo) dan señal que es esta enfermedad.

El espanto es una enfermedad producida por un "susto" y es descrita por una pérdida momentánea o definitiva del espíritu o alma. Por lo general se alude a la diarrea como síntoma de espanto, pero solo el tratamiento efectivo puede dar cuenta de esta enfermedad.

El ojeado o mal de ojo es un trastorno ocasionado por personas con "vista fuerte" o "eléctrica", producido por la envidia que causa tener un niño bonito. El síntoma más generalizado es la "lagaña" y aunque se la trate como una enfermedad que no reviste mayor riesgo, puede según la concepción causar la muerte del niño si no se le hace el tratamiento necesario.

2.1. *El mal viento*

El mal viento es porque se "entierra en los caminos". Se va el espíritu. Con la cura "regresa el espíritu". El mal aire viene con el espanto, cuando están "débiles de la sangre". "ahí les coge el mal aire, ya se decaen". En el camino (cerca de la casa) han enterrado a un niño. "el almita ataja". El mal viento aparece porque matan a los guaguas, les entierran en medio camino. Son "espíritus malignos, con guaguas auca", "coge a las personas débiles y miedosas", "creen y les persiguen". También son espíritus de adultos. "Hay duendes en las pacchas". Si un niño muere bautizado, "va al cielo, así dicen los curas". Si no son bautizados no se deja enterrarles. "Este tiempo nacen más fuertes, (antes) se obligaba a bautizar rápido". "De los niños que no reciben entierro en el verano se hacen unos espíritus altos: huracanes", "les coge a la(s) persona(s) y le(s) hace morados, se entra de lleno, les coge a la sangre". "Es peligroso llevar al médico". "Coge a adultos y a niños pero más a los débiles", "a los menos alimentados". (i1)

La hija (19d) murió de mal aire o "golpe de aire". El esposo salió a la calle y vino con ésto. Murió con mal aire porque se hizo "negrita al morir". Les da mal aire porque a veces se llega tarde. Les coge el mal aire a los niños de diferente manera; "a unos les coge llorones a otros calladitos. Les coge una parte del cuerpo, pero para morir se les riega todo el cuerpo". (i4)

El mal aire y el mal viento no es lo mismo. Coge el mal aire en la noche desde las 6 de la tarde hasta las 2 de la mañana, en cualquier día. El mal aire viene de la unión del viento en dos puntos; por ejemplo el que viene del norte y el que viene del occidente. El mal viento viene de lugares "donde está cerrado el monte (quebrada) o está contenida el agua", "se presenta a los guaguas como tentación (espíritu) "por esto no se debe sacar a los niños sin bautizar. Si se trabaja en la chacra se regresa a las cuatro de la tarde, ahí les pega". Les puede pegar cualquier día, sobre todo "si se les saca de repente" (solo a veces). Si les coge el mal aire se les lleva a donde los que saben. El mal viento es "el espíritu maligno", "aires malos, vienen en el aire", "llevan la enfermedad". Es igual en niños y en niñas. El mal aire y mal viento son lo mismo, pero existe la diferencia entre mal aire fuerte y mal aire pasajero. El primero es difícil de curar. "El mal aire pega a un niño al atardecer, en la noche", o en la madrugada, hay peligro de que le de el mal viento. Es malo lavar pañales y dejar secar en la noche afuera "pega el mal viento". Se puede sahumar el pañal para que use el niño. Si una persona está lavando pañales en una asequia o río y el pañal se suelta en el agua el niño se espanta. (i5)

En el pueblo existe un tanque, con el agua guardada, está pesado. El

mal aire ataca a una parte del cuerpo, "puede cogerle hasta en un dedito", "el mal viento da hasta en una uña, sólo afecta al cuerpo" (no al alma). La hija (1a.) está enferma. Cree que le ha dado el mal viento porque le llevó a cortar alfalfa (desde las 8 am. hasta las 12:30 pm.), a las diez le acostó en la hierba, ahí se durmió por media hora. Antes de acostarle le hizo una cruz de palo en la cabecera para que no le coga el mal. No había mucho sol (3). Es malo ponerles debajo de los árboles. El mal viento "dicen que es el diablo", "él es que hace daño", "en las quebradas, montes, peñas, no llega la gente, ahí habita el diablo. El mal viento "viene de una casa, molino, fábrica, trapiche, cuando deja de funcionar. No llega nadie, se posesiona el diablo. No sabe "cómo puede existir en todas partes, de donde viene, cómo viene". Si se les saca a los niños al atardecer, anochecer o en la madrugada les coge el mal aire, pero depende del lugar donde se les lleva: hay lugares donde existe "niño auca, duende". "A veces si se les lleva donde los puercos les da mal aire. Si se les pone mucha atención se sienten débiles, se hacen a la idea de que no pueden hacer las cosas sólos". (i6)

Les da mal viento si se les saca a la calle a dejar los almuerzos. Puede darles mal aire si los hermanos salen en la noche. Si familiares vienen de partes lejanas: quebradas, caminos, casas botadas. Si tienen mal aire les duele el cuerpo, les dá vómito. No sabe que es el mal aire, no sabe qué lleva, de donde viene. Puede coger si se sale a la calle. Dicen que viene de las quebradas. Coge a niños y a viejos, hombres y mujeres. (i8)

Les ha dado el mal aire a los hijos; uno siempre estaba enfermo, era débil, la gente le decía que "le ha de coger el mal aire" porque le llevaba el calor en la espalda". Hace 1 día la hija (4a) salió de la casa en la noche a orinar. En la tarde del día siguiente pasó mal, se quejaba de dolor de piernas, de manos, tenía temperatura. Durmió en la tarde y al despertar volvió a quejarse. Le llevó cargada a que le vea la curandera. La señora le dijo que era el mal aire y espanto. Después del tratamiento, (en una hora) la niña estaba bien, por esta razón el diagnóstico fue el adecuado. Son malas las casas donde hay dinero, estanques, huertos, "debe ser un espíritu maligno, puede coger a cualquier persona", "los doctores dicen que vaya y limpie el mal aire para curarle" (no se conoce si se refiere a especialistas). (i9)

Le da mal aire por "el viento que es el cuco". "Como el guagua es angelito, es alajito le da mal aire". "En tiempos antiguos les enterraban a los Incas. Se aparecían a los guaguas bonitos, buenos, les llevan". "Cuando entra un hombre en la noche, a la mala hora, cuando se está durmiendo, entra el diablo, cuando hay lugares pesados, cuando se entierra plata, un portón, es pesado". El hijo (10m) ha tenido mal

3 **Me consta que fue lo contrario. Acompañé a la familia al corte de alfalfa, la niña permaneció al menos 3 horas expuesta al sol.**

viento varias veces. Considera de que la causa es que sale caliente, se sale a partes pesadas, una parte de la casa es pesada porque hay ruido. Si pasa ésta le da mal viento "el aire es malo, si se sale sudando le pega el mal viento". "Les coge la tentación". Para protegerlos se debe poner una cruz o un escapulario. El mal viento "el aire" es malo, si se sale sudando le pega el mal viento". Se vuelve el viento malo a mala hora: 12 de la mañana, 12 de la noche, 6 de la tarde. "Dicen que está el cuco", "lleva a los niños auca, viene de ellos". Hace un día la señora estaba lavando, el niño de 10 meses se mojó el anaco. Le baño en agua fría. Se durmió después del baño. Se despertó "roncándole el pecho, con diarrea". No tenía vómito, si calentura, sudaba, lloraba, estaba malgenio. "Ha sido mal aire (porque) lloraba mucho". Le limpió con huevo. Ha sido mal aire porque el huevo se hizo líquido. Sin embargo, no tuvo efecto la "limpia", "le puso una cala", así le dijo la curandera. Ahora está durmiendo mejor. (i10)

Es más fácil que pegue el mal viento a un niño a las 12 de la mañana, a las 6 de la tarde. En días de luna nueva y luna llena. (i1)

2.2. *Espanto*

Se enfermó la hija (7m) varias veces porque se cayó. El hijo (6a) también se enfermó por lo mismo. Los niños pueden caerse en la acequia o el piso. (i3)

El espanto les da porque se caen. Si les da con fuerza "les da mal aire". (i1)

La hija se espantó porque se cayó dos veces de la cama. (i6)

En el espanto la "almita"está fuera del cuerpo. Es igual que el mal viento. La hija (13a) se cayó en el agua y se espantó. Es peor el espanto de agua. No sabe la causa. (i8)

Se espantan con el baño. El hijo (3a, 10m) se enfermó por una caída. (i5)

Vivían en una casa donde no había terreno. "Los niños no tenían donde hacer las necesidades" (fisiológicas). Se caían a la calle. "los niños se espantan por caída, por ver la sombra, por caerse en el agua". (i9)

Cuando destetó a la hija (4a) le daba la comida familiar, le hacía daño. La curandera le decía que tenía espanto. Le suspendía los granos. (i10)

2.3. *Ojeado*

A veces se enferman los niños, "dicen que les ojean", "cuando es alajito". Hay personas con vista fuerte. (i8)

"Pega a los niños que son bonitos". Les ojean "personas que tienen la

vista mala. No sabe por qué tiene la vista así. Cuando el niño está ojeado está lagañoso, llorón. Es igual en niños y niñas. Les ojean cuando les dicen "qué lindos". Un niño puede morir por ojeado. Si no le hace curar "se seca". "Algunos tienen la vista mala, muy fuerte y les ojean". Nacen así. (i9)

Les da diarrea por ojeado cuando alguien le "ojea". Dicen que los que "tienen mal ojo", "los ojones". Si les dicen "que lindo" les ojean. No cree porque sí les dicen, "que lindos" y no les pasa nada. Es igual con los animales; tenían un hermoso chancho. Un señor le vió y en seguida el chancho "se fue secando". Les coge más a los varones. "Se aficionan más a ellos". Todos han tenido ojeado pero más los varones. Pega a "los niños bonitos". Ojean a los niños "los ojones". (i2). El ojeado puede coger a niños y niñas. "Hay personas que les quieren a los niños. Los ven y los ojean. Dicen que cuando son bonitos los quedan viendo". Sólo algunas personas tienen mala vista. (i9)

A veces se mueren por ojeados, los niños lloran mucho "los ojos lacriman más, se secan". Todos los días son peligrosos en las malas horas. (i7)

"Pega al cristiano porque hay personas que tienen mal ojo", "le da arcada, se enferma". Un niño puede morir si está ojeado. (i10)

Les da ojeado porque hay personas con vista fuerte "que mira a los niños sin pestanear". Con esto puede morir, pero los hijos no han tenido ojeado fuerte". (i3)

Pega el ojeado a los niños "más bonitos". "A veces tiene personas mal ojo y aunque no sean bonitos les ojean". "Con sólo verles les ojean a los niños". (i1)

No les ha dado a los hijos, si a los animales, "les dan una mirada de lleno y les ojean". No sabe por qué alguna gente tiene "mal ojo". Hay en el pueblo dos personas que pueden ojear a los animales, "si ellos le proponen la venta de un animal a alguien y esa persona no accede por seguro el animal muere". (i4)

Les pega el ojeado "a guaguas bonitos", a los varones. Para ojear a un niño se debe tener mirada fuerte. La gente cree que se puede ojear a un niño por envidia. No es así, se ojea a un niño si se tiene la vista eléctrica. (i5)

CAPITULO SEGUNDO

SE HACE LO QUE SE PUEDE

INTRODUCCION

El tratamiento de una enfermedad no está aislado de la cosmovisión; cuando se presume la causa de la enfermedad, los procedimientos obedecen a un amplio espectro de relaciones que se establecen y que son de naturaleza contraria.

Una vez determinada si la enfermedad es de doctor o de curandero se le atribuye un nivel de gravedad. Esto determina la manera de proceder ya que si se considera que la enfermedad reviste gravedad se actúa con rapidez, buscando al agente de salud que se considera adecuado.

En el corpus terapeútico de la Medicina Tradicional se observan dos tipos básicos de procedimientos: aquellos que no tienen un efecto orgánico directo y aquellos que si lo tienen. Los primeros están dirigidos a atacar la causa de la enfermedad en forma indirecta a través del ritual o el uso de amuletos o procedimientos mágicos, los segundos son procedimientos que afectan positiva o negativamente al organismo e incluyen ingestión de fármacos, de infusiones o alimentos, limpias, friegas, etc.

Existe un amplio uso de remedios y procedimientos con animales y vegetales y el uso de estos depende de la calidad atribuida a la enfermedad, vg.: si la enfermedad es considerada cálida los medicamentos o procedimientos deben ser frescos.

En los procedimientos se observa que rige una amplia gama de normas que se refleja en lo permisible y lo prohibido. Estos procedimientos normativos tienen que ver tanto con los agentes a los que recurre, como con los medicamentos y los hábitos (alimenticios, higiene, vestido, etc.).

Los procedimientos reflejan por una parte un amplio conocimiento de las madres en los padecimientos de los hijos, la manera de proceder de enfrentar la enfermedad, sin embargo también revelan desconocimiento de ciertos peligros que pueden poner en serio riesgo a los niños vg.: el destete precoz, la ingestión de agua contaminada, deficiencia, alimentación en procesos mórbidos.

1. "La leche mala"

El período del destete de acuerdo a la información proporcionada, es un tiempo de alto riesgo para el niño, lo que se corrobora con la información acerca de los hijos fallecidos en edades posteriores al destète.

Como se hizo evidente en el estudio de Lauris Mckee (op. cit.) el destete está guiado culturalmente en Tumbabiro, como en otras regiones de la Sierra, poniendo en mayor peligro a las niñas en la edad del destete y produciendo un infanticidio femenino indirecto.

Se encontró en Tumbabiro que los niños son destetados como promedio a los 10 meses y las niñas a los 13.7 meses, es decir con una diferencia de 4.3 meses.

Por la información se conoce que un niño destetado precozmente, por lo general padece de enfermedades diarreicas a las que se dá una etiología y tratamientos específicos, guiados por los síntomas. Si la etiología guía procedimientos adecuados para contrarrestar los procesos diarreicos el niño puede mejorar, de lo contrario se pone en serio peligro su vida.

En relación a los agentes formales no existe un acuerdo sobre la edad del destete, pero sí se persiste en el destete precoz. La apreciación del médico rural por ejemplo, es que el destete debe ocurrir luego de los seis meses para ambos sexos, ya que la leche de la madre ha perdido todo su valor nutritivo, por lo que se aconseja

el cumplimiento alimenticio con la leche de vaca y biberón.

Este hecho delata no sólo el poco conocimiento del médico en relación a la leche materna, sino el peligro de aconsejar procedimientos que no puedan ser seguidos por la población, poniendo en riesgo la vida del niño.

La madre recurre al calificativo de "leche mala" para justificar el destete temprano de un niño. La leche se considera "mala"; por otro embarazo, por exceso de trabajo de la madre , exposición a condiciones naturales desfavorables de la madre, (frío, calor), condiciones psíquicas adversas (las iras o la pena), etc.

Se conoce que la "leche es mala" si el niño presenta diarrea y/o vómito cuando está lactando. Si el destete no cura al niño se buscará otra causa, sin embargo aún cuando el niño sane no volverá a ingerir la leche materna.

Obsérvense algunos ejemplos:

> En diarrea por "leche soleada" se les da agua de cachicerraja (cálida?), hervida en agua con azúcar, o té (cálido) hervido en agua con azúcar. En el té o en la cachicerraja se pone limón (fresco). "Cuando están biliosos se pone tamarindo" (6-7 pepas). Si es diarrea "por leche soleada" no tiene hambre, "no comen". En la diarrea por infección tampoco tienen hambre, "les hace peor los granos". Pueden comer cosas frescas. (i2)
>
> Si es por lactar "la leche agitada de pena" se le pone "unto" con chilca en la "rabadilla" (a la altura del sacro). Si la diarrea es por la leche agitada la madre debe evitar comer: papas, granos, aguacate, carne de chancho, leche (ventosa). El hijo (6m) está con diarrea, por la "leche mala" ya que la madre estuvo agitada y con iras. Le da "terramicina" disuelta en un poco de agua de menta. Si no le hace bien le va a dar un purgante "para que bote, (lo malo) porque si se riega, se derrama el colerín y están hasta morirse". (i4)
>
> Les da diarrea a los niños si la "madre se agita" (trabaja mucho). Se les quita la diarrea evitando darles de lactar. (i6)
>
> Al hijo (2a) le ha dado diarrea por cólera. Le dió de lactar estando con iras. Le dió agua de cachicerraja con tamarindo, esto le ayudó. (i7)
>
> La leche materna cuando la madre está embarazada está envenenada, se debe darle al niño leche de vaca y agüita. Si un niño ha tomado la leche de otro embarazo puede morir. (i10)
>
> Si se da a un niño "leche mala" por iras o pena, el niño se enferma; tiene diarrea "aguda y hedionda". Si se le da "leche mala por agitación a un niño le da vómito. (i8)

Si la madre está embarazada la lactancia le hace daño al niño. El hijo "casi muere". Tuvo diarrea, "era como agua, de mal olor. Unos días verde, otros amarilla". "Cuando son bravos, se les da mucho de mamar es que lloran, se hacen morados, se les quita el seno y se componen". (i12)

La segunda hija falleció al 1a. A los 3 meses se enfermó. Tuvo "infección fuerte". La diarrea era a veces amarilla, a veces blanca, a veces espumosa, de mal olor. Le dió la "leche mala" por otro embarazo tuvo vómito y diarrea. Mejoraba unos días y nuevamente se enfermaba. La niña adelgazó, se hinchó los pies y murió. (i5)

Si la madre le da "leche mala por mal comportamiento" le da al niño vómito y diarrea. (i10)

La diarrea por "leche soleada" es verde. (i2)

2. *No dejar que llegue al corazón*

Se ha observado que las enfermedades eruptivas en la concepción tradicional no revisten gravedad; no se consulta a los agentes de salud, el tratamiento es casero y no se observa ningún tipo de cuidados ni prohibiciones.

Si una madre dice que lo importante es que no llegue al corazón refleja el hecho de que pueden ocurrir complicaciones, sin embargo en la concepción éstas están fuera del contról de la madre y de los agentes de salud.

Las enfermedades eruptivas virales pueden ser confundidas con enfermedades dermáticas y reflejar en los procedimientos desde la negligencia hasta cuidados pertinentes a estas enfermedades vg.: si se cree que un niño está con calentura de la sangre el procedimiento adecuado es bañarlo en agua fría.

Aquí algunos ejemplos:

Si les da calentura de sangre se debe ponerles talco caliente. (i8)

Los hijos sí tuvieron viruela. La viruela no tiene remedio "se sana o se muere. Se muere si entra en el corazón". Da temperatura, "cuando tuvieron rascabonito, un pariente cogió hojas de matico, les quemó bien, puso vaselina y limón; se les pone luego del baño". Con ésto se curarán. Da por calentura de sangre. "La sangre está enferma. Se baña con agua fría. Se hierve agua de matico (cálido) y hojas de tocte (cálido). Con ésto se lava". (i10)

La hija (9a) tuvo sarampión, "se le reventó los oídos de la fuerza del

sarampión". "También tuvo bronquitis, les da resfrio a los pulmones, les da tos, les ronca el pecho". (i7)

Le ha dado sarampión a dos hijos (14a. y 9a.). Les duró unos días. Tuvieron 3 días de temperatura, 3 días de brote y 3 de recuperación. (i2)

Se engranojan los niños si tienen sarampión o por calentación de sangre. En caso de sarampión salen granos pequeños en el cuerpo por tres días "tres días les entra para adentro". La hija cuando tenía 2a, 7m, "se engranojó". Creía que era "calentación de sangre". Tuvo tres días de calentura. Cuando se calienta la sangre se debe bañarles. (i5)

En el sarampión les brota "granos chiquitos", "si les entra, se contamina el interior, se mueren". Se diferencia de la "calentura de sangre" porque queman, les sale granos". "Un niño puede morir con sarampión, se entra para adentro y se muere". No hay remedio para el sarampión. "Les da temperatura de 8 días y 6 días les brota". Si un niño tiene fiebre "está quemando todo el cuerpo". El médico cura. (i8)

La viruela son granos como ampollas. El rascabonito son granos pequeñitos que producen comezón, "a veces se hacía llaga". Les duró una semana. (i10)

3. *Lo fresco y lo caliente*

La relación dual cálido-fresco está presente en cada uno de los procedimientos utilizados; agentes, remedios, alimentos, exposición a condiciones naturales, etc.

Esta relación es evidente sobre todo en la amplia clasificación que hacen las madres de las enfermedades que atacan al aparato digestivo como las diarreas y la infección. En el primer caso puede ser un síntoma que delata otras enfermedades de mayor envergadura dentro de la concepción.

Así como existe una variada clasificación del tipo de diarreas por los síntomas, se da una variedad de tratamientos.

Una diarrea puede delatar el frío al que ha estado expuesto un niño o un desarreglo orgánico ocasionado por la ingestión de alimentos en mal estado. En el primer caso se puede actuar con absoluta negligencia, esperando que le pase o puede recurrirse a todos los agentes de salud del pueblo.

Las infecciones, por lo general, son consultadas al agente de la Medicina Formal pero los procedimientos o son incompletos o se combinan con procedimientos tradicionales.

En el tratamiento se observa que se ejecutan procedimientos adecuados e inadecuados. vg.: por una parte se suspenden los alimentos que pueden haber causado la enfermedad y se substituyen con alimentos de mayor contenido proteico. Por otra parte se suspende casi totalmente la ingestión de alimentos reemplazándolas con "agüitas" por períodos largos de tiempo.

La prohibición de alimentos que el niño no puede digerir adecuadamente puede producir un efecto positivo inmediato en enfermedades digestivas, sin embargo la prohibición de alimentos de contenido proteico y vitamínico por un período indeterminado puede producir efectos irreparables.

> La madre puede curar una diarrea por infección, irritación. La irritación se cura con aceite de linaza y agua de linaza y goma. Se hace infusión de pepitas de linaza con goma. Esto se les da a tomar. También se les da a tomar una cuchara de linaza por unas 6 veces. (i2)
> Cuando la hija (25a) tuvo infección (cuando era pequeña) le llevó al Hospital de Ibarra, ahí le dieron medicamentos, (no dice el nombre) pero no le ayudaron. Le curó la madre con "agüitas" de pelo de choclo, linaza, orchata de arroz de cebada. (i4)
> En infección le ha dado a la hija "mejoral" y "222" (frescos). Se puede tomar "agua de gelatina de fresa" (fresca). La naranja es cálida. "Demás fresco les dá cólico y lo cálido les duele la barriga". Existe una flor que se llama "floripondio" (fresca) se "sancocha" con trago (fresco) y mentol (fresco) y se pone en la parte que se hincha. Para la infección es bueno el vinagre, trago, huevo, alcanfor. Se debe darles poca azúcar. (i3)
> No cree que hay enfermedades que no se curan. vg.: infección fuerte. En este caso "se les deja a la voluntad de Dios". "Cuando es de morir se mueren". La familia para no tener el dolor de no haber hecho nada le lleva al médico y se les da los medicamentos que prescriben. (i2)
> La hija (1a, 1m) murió por infección por darle leche "caliente" (del seno).
> Estuvo con infección por tres meses. A los 3 días de que tuvo diarrea le llevó al medico de Ibarra (antes no había Subcentro). El le dió "vacunas" para que le de a tomar. Le llevó dos veces y le volvió a dar vacunas. Cuando se enfermó le daba agüitas frescas: agua de goma, linaza, aceite de linaza. Nada le hizo bien. Comía muy poco, aunque si lactaba bien. (i7)
> El hijo (3a) tomaba bastante agua, "tenía bastantes dolores de barriga", "se enfermó de frío". Le frotó una pomada que vendían unos comerciantes. Así se sanó. Se debe hervir agua, pero no lo hace "porque se

olvida", o a veces ha hervido pero a los niños no les gusta. Si tiene gas para la cocina hierve, pero como está caro el gas no están comprando. (i6)

Entre las enfermedades que no se curan están la diarrea, si tiene vómito "esto les mata". Si un niño está mal se debe consultar al médico. (i10).

Si se les da agua de la llave en caso de diarrea les hace peor. (i8)

En la infección del hijo "por querido y varón" gastaron bastante dinero. No había Subcentro. Tenían que irse a Ibarra. Le daba jarabes, inyecciones y suero. Con ésto "le temperaba", luego volvía a enfermar. Si tienen cólico por comer cosas frías se debe darles agua de hierva buena (cálido) con raíz de chilca (cálida). Si tienen dolor de cabeza se pide una pastilla en la tienda y se le da con agua de la llave. (i9)

Les ha dado pujo a la hija (8m). Le ha puesto pañales calientes. Antes le "untó cebo en la rabadilla". Con esto se ha sanado, a la otra hija (2a) le sanó calentando ladrillo y poniéndole en los pies. (i3)

Si un niño está enfermo de frío se debe darle agua de cachicerraja (fresca) con tamarindo (?), agua de valeriana (cálida), también se utiliza los dos primeros con naranja agria para la bilis. (i10)

Cuando han tenido diarrea por comer comidas pesadas se les da agua de cachicerraja (cálida) con azúcar, en naranja agria (cálida) o les da té (cálido) con limón (fresco). Si un niño tiene diarrea por infección se va al médico. El receta los medicamentos. En la diarrea por irritación se evita que coman cosas "irritantes"; aguacate, manteca de chancho, ají, carne de chancho, carne de res. Se les prohibe que coman cosas frescas solo en el caso de diarrea por frío. Les prohibe que tomen agua, "antes era así", ahora los médicos aconsejan que tomen agua, en caso de diarrea se les da: la sopa de fideo, sopa de arroz y arroz. (i2)

Si es diarrea por frío se les da aguas calientes con gotas de cebo derretido "para que endure la barriga", aguas calientes de malva olorosa, canela con gotas de trago (fresco). Si es diarrea por calor se les da aguas frescas: de limón, con linaza y goma. (i4)

En la diarrea por fuego se les hace baños con "trago alcanforado". Se compra 2 copas de alcohol y se pone 2 sucres de alcanfor. "Se le baña las costillas, en cebo (se pone) en la boca del estómago", "se pone hojas de granadilla con unto (en el estómago) 2 veces al día". En la diarrea por bilis se les da agua de manzanilla (cálida), cachicerraja (fresca), naranja (cálida). Se le hace hervir las 2 y se pone la naranja antes de tomar (unas gotas). En la diarrea por irritación se hacen "emplastos" con huevo (fresco), aceite de linaza (fresco) puesto en algodón (fresco). Se les prohibe comer: (cuando tienen diarrea) granos, la carne, las cosas dulces. "Es bueno el seco: arroz, tortilla de harina fina". Se les prohibe que coman cosas frescas como: avena, arroz de cebada, el zambo. Es aconsejable darles agua hervida con sal y un polvo" que le

dieron en el Subcentro. También se acostumbra dar aguas de: raíz de casamancha (cálida), raíz de ortiga (fresca), 1 rama de toronjil (cálida), 3 gotas de naranja agria (cálida), se les da con "enterosediv" (fresco) y terramicina (fresco). (i3)

La diarrea con frio es fresca, se evita que coman por lo tanto cosas frescas: cola, naranja, pepino, "refrescos" (jugos). Solo se les da cosas cocinadas. No se debe bañarles cuando se les cura, se debe esperar 3 días. La diarrea por calor es cálida. Se les pone o se les da cosas frescas, se les da linaza que es cálida, pero mezclada con pelo de choclo (fresco) con gotitas de limón (templado). La linaza se pone la mitad tostada y la mitad cruda. Comen todo, excepto cosas cálidas como: café, hierba luisa, canela, anís (fresco). (i6)

La hija (10m) cuando tenía 6 meses tuvo diarrea. No se sanó hasta los diez meses en que murió. Le hizo limpiar por mal viento, con huevo, ramas, chilca (?), mosquera (cálida), ortiga (fresca). Nada le hizo bien, Fue el médico del Subcentro le dieron cápsulas y no volvió a enfermarse. La hija (24m) está con diarrea, por comer "cosas pesadas". Aún no le ha dado nada pero acostumbra a darle media pastilla de terramicina, con esto le quita enseguida, le ha dado varias veces diarrea por comer cosas crudas. La infección por fuego se cura con terramicina (?) con té (fresco) y limón (fresco). Pueden comer cualquier cosa. Solo si es "irritación biliosa" tienen diarrea y vómito, les prohiben las cosas dulces y la leche de vaca. En este caso es buena el agua de cachicerraja (fresca) con limón (fresco). Antes o después del baño se debe darles jugo de limón. Cuando se come fréjol una vez, se debe dejar de comer 2 días y solo cosas suaves. Si tienen diarrea por daño del estómago, se debe darles infusión de agua de orégano (cálido), si no le hace bien se le suspende. En diarrea por irritación se les da agua de orégano (cálido) una pisca de bicarbonato (fresco) agua de anís (fresca). En caso de diarrea no se debe darles nada, solo agua de remedio. Se debe prohibirles que tomen mucha agua porque en la diarrea es preferible que coman cosas secas: huevo, arroz. Se debe darles agua de té con limón y agua de coco, agua de hierba buena o limoncillo. (i10)

La hija murió al 1a, 4m. Le hizo curar por mal viento y espanto, luego le llevó al médico de Ibarra, le tuvieron durante 15 días internada en el Hospital de Ibarra, le dijeron que tenía infección. Le daba aguitas (en biberón). No le daba leche porque tenía más diarrea. Le daba también orchata (que sugirió el médico). (i6)

El hijo (23 a) de pequeño tenía diarrea y vómito, la diarrea era cortada y verde. El niño se ponía aburrido, malgenio, desmayado. Para que no sea débil le daba carne, huevos cocinados, le hacía curar con chilca y huevos. Con esto se friega todo el cuerpo. (i9)

Para la "irritación" del estómago es eficaz la hoja de plátano tierno,

untada con aceite de almendras y puesta en el estómago. Les da irritación por el frío o por el calor, pero no les ha dado a los niños.
La infección debe ser cálida, porque comer cosas calientes les hace daño "les produce temperatura". Con el tratamiento, "en la diarrea sale la infección".
Le limpio "con ají" (no sabe si es fresco). "Se le pasa todo el cuerpo, cuando es diarrea, por la rabadilla, si es con vómito el estómago". (i6)
Son irritosos la carne de chancho, el aguacate, el chocho, el tostado de manteca. Se sabe que son irritosos porque "se irrita la barriga, orinan hediondo". Son pesados el camote, el haba, la oca. Una Sra. le dió a la hija (2a, 9m) ocas. Le dió vómito, diarrea, se le inflamó el estómago. Son irritosos la yuca, el camote, "duele el estómago, se tiene gases". (i8)
Si la infección no se cura bien se queda. Si se cura bien se sana. A la hija (2a) le dió infección a los 9 meses. Le dió diarrea amarilla, de mal olor. Fue curada por la curandera. En caso de la infección comen todo pero les hace daño. Son malos el aguacate, el guineo, "son ventosos". (i3)
Les da fiebre a los niños cuando tienen "infección fuerte". La hija (1a, 1m) murió con infección. Por 3 meses tuvo diarrea cortada "le quemaba la barriga" tenía temperatura. (i5)
La hija (12m) está con diarrea porque le suspendió la leche de vaca durante ocho días y le volvió a dar hoy sin hervir. También le dió un huevo entero. (i6)
La hija murió (1a, 4m). Desde cuatro meses lloraba mucho, tenía vómito y diarrea desde que tuvo un mes. Tenía infección intestinal (el médico). Acostumbraba a darle un poquito de agua del baño. (i10)
Para "el culito" se debe darles agua de manzanilla con raíz de cebolla. (i8)
Cuando les hace daño la comida, la diarrea es "blanquesina"; "hedionda". Hay muchas diarreas: la diarrea por infección es amarilla y hedionda, la diarrea por frío es cortada y babosa. No sabe como la diarrea por calor, la diarrea por irritación es verde. (i2)
En la diarrea por frío la orina es espumosa. A veces la orina es como "moco con sangre". (i6)
La diarrea en infección por frío es babosa como moco, la infección por fuego les da cuando no se puede bañarles por la tos. La diarrea en este caso es blanca con pintas amarillas. (i5)
La diarrea por infección no tiene olor, es blanca. (i7)
El hijo (8a) tuvo diarrea cuando comenzó a caminar. La diarrea es aguada, amarilla. No es de mal olor. Otra vez tuvo diarrea por comer periódico. La diarrea es aguada, amarilla. Cuando comen cosas pesadas la diarrea es cortada y amarilla por tomar leche de vaca es igual. (i8)

La diarrea por infección es blanca, cortada. No tiene olor. La diarrea en el desarrollo es líquida y amarilla. (i7)

La diarrea en el desarrollo es como huevo cortado, a veces tienen diarrea si comen "verduras". La diarrea es verde. La diarrea por el desarrollo es a veces "como moco". (i10)

La hija (2a, 5m) se enfermó, "no quería coger el seno". Le llevó a la curandera. Ella le dijo que tenía infección, espanto, mal aire. Tenía diarrea verde, blanca, amarilla no tenía fiebre. Tenía decaimiento "arcadas". Comía pero tenía náucea y dolor de cabeza. (i6)

4. *El sol y el viento*

Se ha observado que las enfermedades que afectan el aparato respiratorio no revisten gravedad en la concepción de la madre, por otra parte los niños están expuestos frecuentemente a estos tipos de infecciones ya que existe poco cuidado en protegerlos de los riesgos naturales.

La enfermedad que más se informa es la gripe. Es una enfermedad considerada fresca y por lo general requiere de procedimientos caseros para su recuperación.

No se prohiben alimentos comúnmente, pero existe un uso indiscriminado de fármacos de la medicina simplificada, que usan con aguitas y se desconoce el efecto que causan.

Por la información dada no son comunes las enfermedades respiratorias de alto riesgo (bronquitis, neumonía, tosferina, etc).

Para la gripe usan "kaumal" (cálido) y eucalipto brea (fresco) para el dolor de garganta. Para esto también se hacen gargaras de almidón de yuca (fresco) y limón (fresco) y se les quita (se sanan) a los 3-4 días. Se les da aguitas frescas: pelo de choclo, linaza y goma. (i4)

Hace 6 meses todos los niños han tenido gripe. Les da por el sol y el viento. Quemaron "trago" (se hace templado), les dieron una cuchara a cada niño. Empeoraron, la hija (2a) y el hijo (6a). Les llevó al Subcentro, les pusieron una inyección y les dieron pastillas, con el tratamiento "les hace botar la enfermedad". Prefieren ir al médico de Ibarra, porque les cura mejor, tienen mejores medicamentos e instrumental. No confían en el Subcentro de salud. (i2)

Al 1a, 8m, la hija (2a) tenía tos. Evitó el bañarle y de "ese calor, ese fuego" le dió temperatura. Se sanó con un baño de trago, alcanfor, vinagre, limón, guitig, sal. Le dió a tomar aceite de almendras. Este tratamiento lo hizo 2 veces. le dijeron que eso no pueden curar los

médicos. Cuando tienen tos no pueden comer "tienen hambre y sed", pero las cosas muy cálidas son malas: aguacate, carne de chancho, carne de res. La hija (1m) está agripada. Tiene un poco de temperatura desde hace un día. El día anterior tomó "bastante" leche del seno, pero "botó enseguida". Le va a dar mejoral, con agua de acécula. Si un niño tiene gripe y no tiene "temperatura fuerte", la madre puede curarlo. Se le pone cala y se da mejoral. Con ésto se cura. (i5)

El hijo (11m) está decaído, la Sra. dice que en este día empezó con tos, gripe, temperatura. Aún no le ha llevado al médico. Le ha dado una cuchara de "uravinol". Le dio en la mañana. Le va a dar en la noche una cuchara más con agua de violeta (cálido). Esta agüita sirve solo para la tos porque es "fuerte". Es fuerte porque da diarrea 2-3 días. Para contrarrestar la diarrea se compra una pastilla contra la diarrea (no sabe el nombre) se le da con agua de coco. (i7)

La hija tiene tos, gripe. Le ha dado "mejoralito". Le duró 8 días. Con la gripe se sienten aburridos, les lagrimean los ojos. No se debe bañarles, sudan, se debe cambiarles. Así sale la enfermedad. Toman todo, pero se debe evitar las cosas frescas (naranjo). (i6)

Los hijos (5a, 10m.) han estado con gripe, les ha dado "por el calor". Le ha dado al hijo hierva buena (fresca) con chilca extranjera (existe en zanjas, tiene flores blancas y es cálida). Se sabe que es bronquitis porque "le ronca la boca de la garganta", se debe darle a tomar "vick vaporub"y se debe frotarle en el pecho manteca de cacao. (i10).

A la hija le dio temperatura (hace unos días) le dolía la garganta. Tuvo 4 días de temperatura, le limpió con chilca, ají, sahumerio. En la bronquitis les da resfrío a los pulmones, les da tos, les ronca el pecho. (i7)

Les da fiebre a los niños "cuando tienen gripe fuerte". La hija (3a) ha estado enferma 8 días. Tenía dolor de estómago, decaimiento, mucho sueño. Presumía que tenía gripe, parásitos, escorbuto y espanto. La hija (3m) ha tenido temperatura toda la noche, ha llorado bastante. No quería tomar el seno. Estuvo así desde las 6 de la tarde del día anterior. Un niño puede estar con tos por frío o fuego. Si tiene "tos por fuego tiene quemazones, se está caliente". En este caso se debe bañarles. Si es tos por frío la temperatura es fría, están fríos el cuerpo. La hija (14a) tuvo bronquitis, le llevaron al Subcentro ahí le ayudaron. La hija (12m). Está con gripe desde hace 3 días. (i5)

Si tienen bronquitis no puede curar la madre, debe ir al médico. Se les puede dar agua de ocal de oro y matico (infusión). Se deben hacer "baos" (vaporizaciones). En el agua hirviendo se debe poner "vick vaporub". Se debe curarles la tos dándoles "leche con ajo", "agua de violeta con pastilla cheracol (?). Se debe darles aguas calientes: manzanilla, orégano, menta, limoncillo, cedrón. Si un niño tiene bronquitis le "ronca el pecho". (i10)

5. *Malos aires*

Las enfermedades consideradas como sobrenaturales tienen un complejo sistema de tratamientos en los que se incluye las concepciones religiosas, mágicas y algunos procedimientos de uso casero o tradicional.

En estas enfermedades lo principal es el rito o procedimiento mágico o religioso y son consideradas como dolencias por lo común altamente peligrosas y que requieren de un tratamiento rápido y efectivo. La efectividad se atribuye a las personas, animales o plantas que forman parte de los procedimientos.

Si bien en la etiología es el mal viento la entidad a la que se da más importancia, en el discurso de la madre y en la historia de la morbilidad de los niños la que aparece con más frecuencia es el espanto, siendo el ojeado el menos frecuente.

Al mal viento se le atribuye la calidad de cálido y es tratado con procedimientos que se consideran frescos. La persona que cura debe tener el carácter fuerte para que pueda extraer la enfermedad. Se desconoce el efecto de las plantas o animales en el cuerpo (uso externo) pero al parecer no causan daños a los niños. Igual se puede decir de los procedimientos rituales como: rezar: conjurar, uso de amuletos, etc.

Es interesante anotar que el mal viento, por lo general se asocia a la debilidad y es en las pocas ocasiones en las que a un niño se le mejora de dieta.

Si la enfermedad se cree que es espanto el procedimiento es distinto: por una parte se atribuye mucha importancia al ritual y por otra se prohibe la ingestión de alimentos inadecuados. En pocas ocasiones se usan plantas y/o animales y se realizan frotaciones directas al cuerpo.

Es importante subrayar que el síntoma común es la diarrea tanto para el mal viento como para el espanto, pero para este último se describe como un síntoma frecuente en los niños que revisten gravedad y en la que los procedimientos son más rituales.

Al contrario de lo que ocurre con el mal viento, el espanto es menos frecuente, no reviste gravedad y es una enfermedad que se

puede curar en casa con procedimientos rituales que son conocido por la madre.

Obsérvense algunos elementos:

En el ojeado sí comen, pero cuando se agravan "pasan llorando". Los animales también pueden ser ojeados, "se van secando". Se sopla trago con pepa de zapallo. Cuando los hijos tenían diarrea por ojeado le llevaba a una persona que curaba. Ella les trataba con hoja de granadilla (fresca), les fregaba el cuello, brazos y piernas. Si se les hace el tratamiento la enfermedad sale. Se "limpia lamiendo la frente". Lo hace "el que sabe". A sus hijos les "limpiaba" la abuela de ella. Ha visto que limpian con saliba puesta en algodón. Hay que limpiarles tres veces al día (6 de la mañana, 6 de la tarde) durante 3 días. Y no tiene importancia si están vestidos o desnudos. No es malo "limpiarles a los niños frecuentemente". "Se les limpia hasta que sanen". Se debilitan pero se compensa con buena alimentación, leche y huevos. No ha visto si se usan hierbas. El tratamiento es igual para niños y niñas. Es igualmente fácil quitar el ojeado para ambos sexos. Se "mueren si no se les cura, lloran y lloran, no se sabe que les duele". Es igual en ambos sexos. El síntoma si se está muriendo es el llanto persistente. Para protegerlos se les pone una tira roja en la muñeca. Las personas que "limpian al niño deben ser bravas, tal vez para que no le pase, son groseras". (i2)

Antes creían que los niños estaban con espanto, mal aire, frecuentemente porque así les decía la suegra. Apenas tenían algo (síntoma) les hacía curar por espanto, mal aire, ojeado. A veces iban al curandero, pero les disgustaba ir porque les pedía "el agrado" (huevos, trago, maíz, fréjol tierno). Con el "agrado" se le rogaba que les "limpie" (a los niños). A veces se "hacía rogar". Si les gustaba el agrado accedían. Cuando aceptaban pedían huevos, trago, plátanos, rosario, tabacos, "para llamar a la sombra". Curaban los martes y viernes a las seis de la mañana y 6 de la tarde. Si un niño tiene fiebre puede ser por mal viento y espanto. Se debe darles mejoral de niños con aguas frescas: verbena, agua de té con limón. El té es cálido, el limón "le templa". La verbena no, "porque es amarga". Si un niño tiene vómito les prepara agua con dos pepas de tamarindo (cálido). Se le hierve con cachicerraja (fresca) y limón (fresco). Se utilizan el huevo y las hierbas en el mal viento y ojeado. En Tumbabiro solo curan mestizos. Cuando se limpia se prefiere que sea una persona brava la que cura. Debe tener un carácter fuerte. El cuy también sirve para curar, es bravo y caliente. Se utiliza para "sahumar" a un niño el majado de vaca y chancho con sahumerio y ramas benditas. (i2)

Si un niño con está alguna enfermedad grave se debe hacerles curar por espanto y mal viento, llevarles al médico. Si no se cura se debe llevarles

a curar por brujería. Para que un niño no sea cogido por el cerro se le protege con machete o acero. Se usan animales o plantas para limpiar; huevos cuando están enfermos, cuyes en el mal aire, gallinas en el mal aire y brujería. (i6)

Se sabe que los niños están ojeados porque están con los ojos hinchados, con diarrea, lagañosos. Se les limpia con pepa de zapallo. Se le mastica y se les sopla con esto en los ojos. No se acostumbra poner nada en el cuerpo. Para ojear a un niño se debe tener la mirada fuerte. La gente cree que se ojea a un niño por envidia, pero no es así. Cuando se "limpia a un niño se debe hacerlo por 3 veces. No importa si están vestidos o desnudos "no se hace daño (al niño) si se limpia frecuentemente. No ha oído si usen hierbas o huevos. "Si no se cura le sienta nube (en los ojos) pero no se muere". Se puede proteger a un niño del ojeado con cordón rojo, o vestido rojo. (i5)

Les ha dado ojeado a sus hijos. Al hijo (2a) cuando tenía 1 año. Se sabe que están ojeados cuando están lagañosos, son llorones, así estuvo el niño. Se cura con pepa de zapallo seca, masticada con trago. Esto se les tira a la cara, haciéndoles cerrar los ojos. La "contra" para el ojeado son las cosas rojas. La hija (5a) fue ojeada cuando empezó a caminar. "Cuando salen y están sanos, les ojean". "A veces les ojean por el pelo, por ojones, a veces les sale el duende". Hay un hombre en Tumbabiro que ojea a los niños. La hija (5a) lloraba mucho. Cuando hay niños más grandes, ellos esconden a los niños más pequeños de las malas miradas. Al hijo (8a) le ojearon cuando empezó a caminar. Fue igual que en los otros niños. (i7)

En el mal aire tienen temperatura y vómito, también les da diarrea. Si un niño está aburrido, con diarrea, se debe hacer surar con una persona que sabe, solo así se esfuerzan, si no es mal viento siguen igual. Si es mal viento "las cosas de botica les hace mal". (i9)

Si un niño está con mal viento llora, le duele el cuerpo y la cabeza. "Puede coger a cualquier parte del cuerpo". (i7)

Si tienen los niños mal viento la cara es amarilla, los ojos adentro. Le bañó al hijo (10m) en agua fría. El niño se durmió. Cuando despertó "le roncaba el pecho, (y tenía) diarrea". No tenía temperatura, pero sudaba, lloraba, estaba mal genio. "Ha sido mal aire porque lloraba mucho". (i10)

A la hija (9a) le solía curar el mal viento con sahumerio puesto en la lumbre. Se reza el credo. Sabía que estaba con mal viento porque le dolía mucho la cabeza. Aun ahora se queja de dolor de cabeza "va a alguna parte y ya viene enferma". En el mal viento no se pueden comer cosas cálidas: canela, carne de res, carne de puerco. Ya que la enfermedad es cálida. La hija ha estado con mal aire. Le fregó (con la mano) le puso una "cala" (supositorio). Ha amanecido mejor. Para

protegerles a los niños del mal viento "se les lleva a la iglesia y se les hace rodar en el altar", "se les hace rodar donde duerme el ganado negro". (i6)
Se utiliza hierbas y/o animales (cuyes, huevos, gallinas), en caso de mal viento. Se les limpia con ropa. También se utiliza la "boste de vaca" para humear al niño, si tiene mal viento. Cuando el hijo (?) tuvo diarreas cortadas, verdosas, le hizo limpiar por mal viento y mal aire. Le llevó a un médico de Ibarra, pero no se sanó. La curandera dijo que era por "leche mala". (i8)
La hija (6m) tuvo mal viento a los 4 meses. Le llevó a la curandera. Le limpió con hierbas: chilca (fresca) encima de la ropa. Le limpio una sola vez. Para protegerles de mal aire debe ponerles ajo macho en el cuello. En el mal viento se le limpia al niño con rosario bendito (cálido), agua bendita (fresca), trago (fresco), tabaco (cálido). (i3)
Los curanderos piden el trago y los tabacos para soplar, el huevo, el rosario y el plátano para fregar. En el mal aire se "golpea" con chilca y esta se pone en la "lumbre" (fogón). Cuando se friega la chilca (cálida) se hace negra. El mal aire es cálido "porque les da temperatura" si no se les limpia les da "fiebre", solo limpiando se sanan. Se sabe que están con mal viento porque los niños están delicados, con vómito, con temperatura y diarrea amarilla. Se sabe que están con temperatura "porque queman". La temperatura "se saca" con limonada hervida (fresca) y una rama de verbena. (Hay dos clases de verbena, la que crece horizontalmente es la hembra, longitudinal es el macho, "es larga, alta, tiesa". "Ambas son amargas". Se acostumbra a limpiar con chilca (cálida), huevos (cálidos y frescos). Cuando es fuerte los curanderos usan el muy cálido, trago (fresco), tabaco (cálido). A la hija que murió: (fallecida al año 3 meses), le limpiaron por mal viento. Le limpiaron con 3 guangos de chilca, unto, huevo y cuy. El cuy murió. Cuando le abrieron tenía "piernas, costillas y corazón "morados" cuajados de sangre". (i1)
Se utiliza animales para limpiar cuando es mal viento o brujería, "cuando es mal viento fuerte". Ha oído que utilizan huevo en la "limpieza" del mal viento. Se limpia también con hierbas. Se utiliza ortiga (cálida), mosquera (cálida), chilca (cálida). También se utiliza algodón. Con este se cubre "carbón de lumbre". El hijo (4a) ha tenido mal viento. Supo que estaba con esto por la temperatura que le dio. Le "limpiaron por mal viento" durante 4 veces. Le puso una "cala" (supositorio) "para arrancarle la temperatura". Le hizo limpiar por mal viento y espanto. Para el espanto le limpiaron con unto y hoja de granadilla (son frescos) "porque quemaba la barriga". Tenía naúsea por el mal viento e inapetencia por el espanto. Se asustaba en la noche, se orinaba. Para el espanto le curaron con chilca (cálida) y tabaco (?). Con la chilca le

golpean en todo el cuerpo, el tabaco le soplan en el cuerpo. (i2)
La primera hija murió a los 19 días. Cree que murió de mal aire o "golpe de aire", dice que el esposo salió a la calle y vino con esto. (i4)
Cuando se limpia el mal viento, "la chilca se hace negra, el huevo se bate". No se puede proteger contra el mal viento a los niños. (i7)
Ha hecho limpiar a todos los hijos de mal viento por prevención. Se limpia todo el cuerpo "es bueno limpiarles con escapulario, rosario". "Solo se puede protegerles limpiándoles". "También con la medalla de San Benito, con cosas de acero y ají. Para que no les de mal viento se les hace rodar envueltos en un pañolon negro en el altar de la iglesia. Se sabe que ha sido cogido por el mal viento curándoles. Si se sana es mal viento". Se les limpia por cualquier síntoma extraño, después si no les pasa se les lleva al médico. Cuando es mal viento "se les hace fregar con unto y hojas de granadilla". El unto se coloca en la hoja de granadilla, "esto se pone en la barriga amarrando con cunga" (pañal en forma triangular). Se limpia también con ají. Después se hace quemar. Si tiene olor fuerte es mal viento. (i2)
El mal viento se sana "curándole con chilcas" (la chilca es cálida). Algunas personas usan sahumerio, ají y algodón. Si no se cura (se hace el tratamiento) la persona muere. Para curar se debe cueriar todo el cuerpo. Así sea solo una parte. Si se consulta al médico se empeora y muere. Los medicamentos les hace peor en este caso. Curan ellos mismos pero si no hay efecto acuden a la curandera. Cuando están con mal viento "bostezan mucho". Todo es malo si está con mal viento (salir al aire, al sol). "Se pone el cuerpo débil". (i8)
La hija (4a) tuvo mal viento y espanto, dolor de piernas, de manos, temperatura. Para el espanto le fregó "con unto" en la casa le dio "bebetina" con agua, luego de una hora se sintió mejor. Por esta razón cree que fue mal viento y espanto. Considera que es más fácil limpiar a un varón porque es más fuerte. (i9)
Para el espanto, se les friega todo el cuerpo, desde el cuello hasta los pies. "Se encogen las venas". Para el mal aire le les golpea con chilca (cálida) con cuy. En el ojeado se les lleva a alguien que sabe. (i1)
La diarrea con espanto se cura soplándole con trago (fresco). La diarrea por mal viento a veces se les cura frotándoles en la barriga, solo con la mano. A veces se les limpia con ají. Se les frota todo el cuerpo. Se comprueba que es mal aire al poner el ají cerca de la candela y si esta emite un olor fuerte. También se les cura soplándoles tabaco (aventado con chilca, y limpiándolos con huevo). Si es fuerte tiene que estar desnudo el niño. Cuando tienen diarrea se les cura por todo: espanto, mal aire, diarrea con frío, hasta que sanan. (i6)
Si la diarrea es por espanto se espera que esté el niño dormido, se sopla el trago. Así se les va el susto. Si es por mal viento se come de todo

excepto leche y huevo, si están con diarrea. (i4)

En el espanto se le friega el cuello, manos y pies y se hace el "enungo". El espanto ha de ser fresco porque se les da cosas cálidas. El hijo (7m) estuvo espantado un día, le untó manteca de chancho en el cuello y se sanó. (i1)

Se cura el espanto con trago (alcohol) soplándoles en cruz por delante y por atrás. Se debe soplarle al descuido, el niño se alerta si ve a la madre y no le hace efecto, tiene que espantarse, se le sopla bien duro, hasta que grite. En el espanto pueden comer cualquier cosa si es cocinada. Los hijos no se han espantado gravemente porque les ha curado enseguida. (i6)

Cuando están espantados no pueden comer todo. A veces les hace comer bien las cosas cálidas y otras mal. Como tienen desmayo, decaen y no tienen hambre. Es difícil encontrar una persona que cure a los niños. A veces tienen que ir hasta Natabuela a conseguir una curandera.

Todos los niños se han espantado, pero en la hija (18a) y el hijo (6a) ha sido más grave. "Se han escapado de morir". En la hija (18a) acudió a la yerbatera. Le curó con hierbas frescas. El hijo (6a) tenía mucho sueño, no tenía hambre. La diarrea era amarilla y verde. No comía porque le hacía daño. Cuando son pequeños les "amaquea" (con una chalina), entre dos personas se hace rodar al niño de un lado al otro de la chalina. La hija (9m) se asustó, le hizo limpiar una vez, le hicieron humear con sahumerio. Le está dando solo sopitas de arroz, fideo y arroz de cebada. Los granos aunque son cálidos no les hacen daño. Le han dicho que el choclo les da bichos, el fréjol es pesado, hace daño al estómago, la arveja es irritante, el garbanzo es sano porque es templado. La hija (2a, 5m) estuvo espantada, le llevó a la curandera, ella le dijo que la niña tenía espanto, infección y mal aire. Le daba sólo poco de sopa de fideo. El huevo no le daba porque es ventoso y bilioso. La curandera lo limpió con trago, todo el cuerpo lo sahumó (pasó sahumerio por sobre el cuerpo) le pidió además la curandera el ishpingo (cálida) canela y trago (frescos). El hijo (6a) se ha espantado a los 8 meses, duró por dos días. Le hizo curar en Natabuela, le limpiaron con chilca, con trago y flores (claveles). Le pusieron las flores en la espalda, le hicieron cargar por 3 días, después de 3 días puso debajo de la cama, les pone con agua bendita, para que se sanen bien. (i3)

La hija (13a) ha tenido espanto, se cayó al agua. Estaba espantada porque "chillaba de noche", tenía sed, no comía. La diarrea por espanto y mal viento dura 8 días. Solo puede curar una persona que sabe (curandera). En espanto se friega con cebo, En mal viento además del cebo se utiliza chilca o sahumerio. Se le prohibe beber mucha agua porque es fresca "se resfría". Son buenos los fideos, arroz, avena tostada (son frescos) no se debe preparar con leche. (i8)

"Cuando estan espantadas no comen, si toman agua". Se les puede dar sopita de arroz, fideo. No se debe darles carnes sobre todo de chancho. Para las diarreas son buenas las aguitas de hierba buena, siempre se les da agromicina. (i9)

La diarrea por espanto se debe curar con unto, se le hace "fregar". Se pone en la barriga hojas de granadilla con unto calentado. (i7)

En el espanto a los niños les sale "mullo" en el cuello. Si el espanto les da con fuerza "les da mal aire". La diarrea en espanto es amarilla, cortada, "de mañana parecen sanos, en la tarde tienen sueño, quieren dormir pero no duermen". (i1)

La hija tuvo espanto de agua, le duró una semana. Le hicieron curar con "curandera", el tratamiento consistía en llamarle del nombre diciendo "shungo", shungo, vení, vení". Le untaron manteca de puerco entre los brazos, las piernas y el cuello. No comen, viven solo llorando. Cuando se "espantan" les da "calentura", frío, no tienen apetito, se hacen llorones, "se arruinan". Si un niño es ojeado se acude donde una persona que sabe curar. (i4)

Algunos dicen que curan el ojeado con pepa de zapallo y tostado, pero no lo ha hecho. Ha visto curar solo escupiendo en el rostro. Para proteger a un niño se pone escapulario. La persona que cura debe ser brava. (i10)

PARTE TERCERA

CAPITULO I

EL COSTO DE LA VIDA

INTRODUCCION

El utilizar un sistema u otro aparentemente depende de la decisión individual, sin embargo responde a la situación económica y social de las familias, lo que se demuestra en el presente capítulo.

Como el interés no es de cada unidad en particular, sino de la totalidad, se consideró conveniente delimitar el grupo más representativo del área, en el que se pudiera hacer evidente el peso de estos condicionamientos.

De este grupo se escogieron diez familias, representativas. La encuesta preliminar evidenció el uso de los dos sistemas de salud de forma indistinta, sin embargo el seguimiento permitió observar que su uso está condicionado a la situación de las unidades tal como se había propuesto.

Se destacan las implicaciones económicas y sociales del uso de los sistemas de salud y el perfil social de los agentes.

1. Un grupo típico

Para la tipificación se estableció un conjunto de indicadores importantes en la caracterización de una parroquia como Tumbabiro.

Se realizó un cuadro simple de variables, evidenciando tres grupos típicos de acuerdo a las características preponderantes. A la mejor situación se le asignó el número 1, a la situación media el número 2, y a la peor situación el número 3. (ver ejemplo anexo).

ANEXO
(Ejemplo)

	CODIGO		
INDICADORES	1(uno)	2(dos)	3(tres)
PROPIEDAD DE LA TIERRA DEL AGUA (independiente)	Trabaja en terrenos propios. Tiene agua de riego.	Trabaja en terrenos ajenos y propios. Dispone de agua de riego en los terrenos tomados al partir.	Trabaja en terrenos de otros, depende de otros, no tiene tierra ni agua.
USO DE TIERRA (dependiente)	No recibe tierra al partir. Trabaja en sus terrenos.	Trabaja en sus terrenos y cultiva al partir terreno ajeno.	Cultiva exclusivamente al partir en terrenos ajenos.
ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA MUJER (interviniente).	Exclusivamente quehaceres domésticos.	Agropecuaria	Servicios
ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL CONYUGE (interviniente).	Agropecuario	Empleado	Unidades en que falta el cónyuge.
CONSUMO (dependiente)	Se produce para el consumo y la venta	Exclusivamente para consumo.	Todo se compra
INSTRUCCION DE LA MUJER (interviniente)	Primaria, completa, técnica y secundaria	Primaria, incompleta, Alfabeta.	Analfabeta
ACCESO A LA ATENCION MEDICO FORMAL (dependiente)	No acude al sistema formal de la parroquia.	Atención esporádica por control. PAI., en la unidad de la parroquia.	Atención permanente en la parroquia.

Esta clasificación reveló las características de todas las unidades; unas tendían a ubicarse en la situación uno y otras en la situación tres.

Para la muestra se excluyó a las familias cuya tendencia era a ubicarse en la situación número uno y se dió preferencia a las que se ubicaron en la situación tres, si tenían niños por debajo de los cinco años.

Las variables de análisis fueron las económicas y sociales. En las primeras se agruparon: propiedad de la tierra, uso de la tierra, actividad principal y secundaria de la entrevistada, actividad principal del cónyuge, actividad de los hijos menores y mayores de catorce años, consumo, propiedad suntuaria y vivienda. En la segunda se agruparón: acceso a los servicios generales, vivienda, instrucción, número de hijos y acceso a la atención médica formal.

Los indicadores fueron clasificados en independientes, dependientes, e interdependientes, considerados de acuerdo a su relación con el proceso salud enfermedad. Las variables independientes son variables causales, explicativas. Las variables dependientes son variables subordinadas a las primeras y las interdependientes, son variables que influyen en el proceso indirectamente.

2. *Hay que medirse en los gastos*

De las diez unidades de la muestra, todas ocupan la fuerza de trabajo de sus miembros en actividades agropecuarias. De estas unidades una trabaja en terreno de familiares, ocho tienen pequeños terrenos que no son suficientes para reproducir la unidad (ninguna rebasa de dos hectáreas). Una unidad dice tener tierra suficiente para reproducir la unidad (tres hectáreas de terreno), sin embargo esta tierra es fragmentada y está ubicada en las tierras altas de sembrío, lo que dificulta el acarreo y comercialización de productos.

Obsérvense algunos testimonios:

> Sería ideal tres hectáreas (cuadras) para el abastecimiento de productos para la familia. Es difícil la siembra si no se dispone de agua de riego, "al menos tres horas cada quince días". (i2)
>
> Compró la casa y el terreno donde vive hace 20 años, el derecho a

ocupar la acequia fue concedido por trabajo doméstico no remunerado, realizado durante varios años. Ocupan la acequia dos horas cada tres semanas. (i4)

La actividad del cónyuge es la construcción. Trabaja por contrato semanal y el pago no es puntual. "Antes comíamos mejor". Teníamos un poco más". "A veces sólo le dan suplidos (al cónyuge)". "Hay que medirse en los gastos". (i6).

"Se siembra un poco a la aventura" porque a veces "no hay lluvias o hay exceso (y) se lanchan los granos". "En época de cosecha es barato el grano, porque todos tienen". (i1)

La inestabilidad de empleo si no se tiene propiedades es frecuente.

El padre de familia ha realizado diferentes trabajos: "cuadrillero moliendo caña", cuadrero de alfalfa, partidario (agrícola), jornalero en construcción de tapias, deshierbador de maíz, albañil, paleador". Ahora es albañil, este trabajo le permite un mejor ingreso y la subsistencia de él y su familia. Aunque el trabajo de agricultura le gusta y "es más fácil que otros trabajos", si no hay agua se dificulta. Son de otra parroquia de la provincia de Imbabura. Vinieron a Tumbabiro en busca de trabajo agrícola. En principio así lo hicieron. Trabajaron durante tres años, pero "en lugar de ganar salíamos perdiendo", no llovía y se acababa la siembra. (i3)

La propiedad del agua es un importante factor en Tumbabiro y de las diez familias sólo dos unidades disponen de agua de riego. Las demás unidades dependen exclusivamente de las lluvias.

La situación de los agricultores que reciben tierra es diversa; la más ventajosa es de aquella que recibe agua de riego y los terrenos son de fácil acceso. La primera condición fue observada, sin embargo es una sola unidad de la muestra, de las siete que reciben tierra al partir.

La cantidad de tierra asignada en el sistema de aparcería en ningún caso sobrepasa las dos hectáreas, lo cual es posible atender por los miembros de una unidad. Sólo en un caso que se recibe tierra en aparcería, pagan mano de obra fuera de la unidad para cumplir con el compromiso.

El producto de la actividad agrícola, en terrenos ajenos es repartido en partes iguales entre el propietario y el agricultor. La parte destinada al agricultor se divide fundamentalmente en producto de consumo familiar y semilla. Si se vende una parte,

por lo general se destina el producto de la venta a la compra de otros productos, sobre todo alimentos.

Una buena cosecha dejará un pequeño remanente para ser vendido, éste depende sin embargo de la demanda del producto en el mercado ya que el exceso de oferta de los productos en los mercados hace descender los precios.

Una mala cosecha, por su parte, obligará al pequeño campesino en el mejor de los casos, a abastecer exclusivamente el consumo de la unidad y en el peor a vender mano de obra de uno o más miembros, sobre todo en períodos de siembra, tanto en la parroquia como fuera de ella. Esta situación obliga a la mujer y los niños a atender sólos la parcela de su propiedad y aún las que han sido tomadas al partir.

> "La necesidad hace sembrar al partir". Se toma tierra al partir y se siembra en tres cuadras de terrenos propios. (i9)
> Han sembrado una hectárea en calidad de partidarios. Tomarán peones para el deshierbe. Considera que trabajan en condiciones ventajosas porque el dueño, tiene agua de riego. Hasta este año el dueño les ha dado la tierra, el agua y ha tractorado el terreno. Las condiciones han empeorado; no se les provee de semilla y no se les tractoran los terrenos, indicándoles que hay gente dispuesta a venir de fuera de Tumbabiro, para trabajar y pagar este rubro. Por no quedarse sin trabajo han aceptado las condiciones. En la anterior cosecha han sacado 16 quintales de fréjol. "El trabajo fue duro". Como se sembró en terrenos ajenos ocho quintales le dieron al dueño. (i7).
> Sembraron fréjol al partir. El partidario les dió el terreno y la semilla. Como no podían sembrar solos todo, contrataron una sembradora. (i8)

La forma al partir está generalizada en la agricultura, sin embargo también se usa en la cría de animales, por el alto costo de la alimentación.

> Tienen ocho chanchos grandes, seis medianos y cinco pequeños. Todos los chanchos son criados "al partir". Uno de los partidarios compró los chanchos y provee de la alimentación, el otro pone la fuerza de trabajo. El cuidado implica la alimentación dos veces diarias, el aseo de los corrales cada día, provisión del complemento alimenticio (vg.: alfalfa). La alimentación corre de cuenta de la mujer, el aseo y corte de alfalfa de los niños. (i2)

Nueve de las diez familias siembran fréjol y maíz como productos principales. Los productos de menor importancia son:

arvejas, quinua, garbanzo, zambo y frutas como chirimoya y aguacate.

> Guardan para el consumo familiar 12-13 cargas de maíz bueno y 6 cargas de maíz podrido. De estas 2-3 cargas de maíz bueno separan para la siembra y un quintal de maíz podrido para los pollos. El resto de maíz podrido se ocupa en el engorde de un chancho y una vacona. (i1)

Los productos que no se producen en la unidad son comprados. (si representan cantidades pequeñas) en la parroquia. Lo que se lo hace sobre todo para el consumo semanal. En pocas ocasiones las unidades se abastecen en la cabecera cantonal y ésto ocurre sobre todo en períodos de cosecha, cuando ésta exige el desplazamiento a las cabeceras cantonales para la venta de los productos.

Obsérvese el gasto y el tipo de productos de lo que se abastecen las unidades en los ejemplos anexos.

El seguimiento demostró que sólo en casos excepcionales se consumen productos animales. Por una parte, se prefiere vender estos productos y por otra, los lugares de expendio de alimentos carecen de productos animales frescos.

Todos los hombres cabeza de las unidades realizan alguna actividad agrícola. Para siete de ellos su actividad principal. De las tres unidades dos se dedican a la construcción como actividad principal y una unidad está constituida solo por la madre y dos niños.

Todas las mujeres dicen realizar quehaceres domésticos como actividad principal y cuatro tener otro tipo de actividades como secundarias, fuera o dentro de la unidad. El seguimiento demostró que bajo el nombre de quehaceres domésticos se realizan una serie de actividades remuneradas o no, dentro y fuera de la unidad. Se pueden mencionar como importantes: actividades agrícolas, crianza de animales, menos frecuente lavado de ropa y ordeño. Se corrobora con algunos testimonios de las mujeres:

> Vende pan, gana $ 20 por cada $ 100, "no es mucho pero así se puede vender colas". Por cada jaba se gana $ 100 (i6)
>
> Pasa poco tiempo en la casa, porque se ocupa de varias actividades: lavar ropa, sembrar, desgranar maíz, recoger granos para otros. Lava de 3 a 4 días a la semana. Le pagan $ 10 por docena de ropa y lava de

cuatro a cinco docenas en un día (6-8) horas. Por desgranar maíz le pagan $ 50 un costal. Se desgrana aproximadamente tres quintales en un día. Se comienza a las seis de la mañana y se termina a las cinco de la tarde. Por cada quintal de maíz recogido pagan $ 70 pero es más duro de desgranar porque se trabaja en el sol. Ha realizado diversas actividades: lavado de ropa, agricultura al partir, pelado de pollos, desgrane de maíz, pilado de fréjol y bordado. (i13)

Va al ordeño de vacas, en un rancho a cuatro cuadras de la vivienda. Hay seis vacas. El pago es en producto: medio litro de leche por cada ordeño. Dos litros por ordeñar seis vacas (ocupa una hora y media diarias). Medio litro ocupa en el consumo familiar y el litro y medio lo vende para comprar otros productos: por lo general arroz. (i9)

Lava ropa ajena, "así se gana el medio". El esposo no desea que lo haga, pero ella lo hace sin que él lo sepa. Antes trabajaba como doméstica en Ibarra. Llevaba a la niña más pequeña y les dejaba a los tres niños restantes con el papá. Venía a verlos cada semana. (i6)

Los niños mayores de seis años al igual que la mujer, contribuyen permanentemente a las actividades de la unidad, pero son retribuidos sólo si trabajan independientemente de ésta. El cuidado de los animales es una actividad que se asigna siempre a la mujer y a los niños. Estos últimos se dedican a la recolección de forraje, acarreo de alimento para los animales y limpieza de corrales.

A los niños que asisten a la escuela se les asigna diversas tareas luego de las horas escolares, que les obliga en la mayor parte de veces a relegar las tareas escolares.

Los niños menores de cinco años van con los padres y hermanos mayores a las tareas agrícolas, o son dejados en casa para ser atendidos por hermanos que no pasan por lo general los siete años.

La señora ayuda al esposo en las tareas agrícolas, mientras lo hacen los niños pequeños se quedan encerrados: una niña de ocho meses, una niña de tres años, un niño de tres años diez meses y un niño de seis años. Cuando sale todo el día deja a los menores con la hija de trece años. Actualmente tiene un chancho, el cuidado lo realiza la señora y dos hijos menores de siete y seis años. El esposo y las dos hijas de trece y nueve años han ido al sembrío de maiz, los tres hijos han ido a "rodear el ganado" (8, 6 y 3 años). La hija de siete años se ha quedado a cuidar a la hija menor (ocho meses), mientras la Sra. desgrana maíz. La siembra ha coincidido con la entrada de los niños a la escuela, lo que se considera un gran perjuicio económico, ya que cuatro hijos (trece, nueve, ocho y siete años) han dejado de colaborar en las tareas agrícolas, lo que les obligará a coger un peón. (i1)

En vacaciones escolares se ocupa a los niños menores todo el tiempo. Cuando están en la escuela sólo una parte, luego de que terminan las tareas. En esta época se les ocupa en recoger hierba para los puercos. La semana de siembras se les ha ocupado a los hijos mayores no enviándoles a la escuela. Los menores (tres años y doce meses) han acompañado en las tareas agrícolas ya que no había con quién dejarles en la casa. (i6)

De las unidades con niños en edad de estudiar, todos envían a éstos a la escuela local, la secundaria representa una carga para la familia ya que las unidades requieren de la fuerza de trabajo de todos los miembros en edad de trabajar (a partir de los siete años). Por otra parte, el estudio secundario es costoso y exige desplazamientos a largas distancias (cabeceras cantonales), que produce la deserción escolar o la migración definitiva de los miembros.

De las diez unidades siete tienen vivienda propia y no se ha encontrado diferencias significativas entre estas. De las tres unidades restantes una es arrendada, una dada por servicios y una de familiares. Todas las unidades disponen de agua entubada y de luz eléctrica y ninguna tiene baño o letrina.

En teoría, todas las unidades tienen acceso al servicio formal ya que éste es gratuito, en la práctica el acceso depende de las condiciones particulares de la unidad.

Si se considera la caracterización económica de las unidades, de la muestra se evidencian tres limitaciones: 1) La forma de pago en dinero, 2) el costo, 3) el tiempo.

Todas las unidades expresan los inconvenientes de seguir la medicación ya que no existe un lugar de expendio local y el alto costo de los medicamentos, que tienen que ser comprados en las cabeceras provinciales.

Si un niño enferma y la actividad es confiada al sistema formal, en pocas ocasiones se seguirá el tratamiento o se lo hará parcialmente, ya que por sencillo que sea representa el costo del transporte a las cabeceras provinciales, el tiempo que se requiere para el desplazamiento y el costo del medicamento.

Si se considera el primer gasto de la unidad, el referido a la alimentación por las compras locales, se observa que el gasto diario fluctúa entre cien y ciento cincuenta sucres y el semanal entre quinientos y seiscientos sucres, cantidad que está prevista a través

de la venta de los productos de los que dispone la unidad o del trabajo extra de los miembros en otras actividades no agrícolas.

Si se requiere del servicio formal para la atención a un niño, en el mejor de los casos en el que es atendido al interior de la parroquia, (en la unidad local), se requerirá para la obtención de los medicamentos: medio día para salir de la cabecera cantonal o provincial, de dinero en efectivo y de por lo menos quinientos sucres, para el gasto del transporte y del medicamento, es decir de lo que corresponde a una semana de gastos locales en alimentación.

Por otra parte se ha observado que sólo en casos excepcionales y muchas veces por la gravedad de un paciente, se acude como primera opción a la unidad de salud de la parroquia. Antes de ir al servicio formal se agotarán los conocimientos de los familiares y de los agentes tradicionales locales.

Si un niño enfermo es llevado a una curandera, está recetará hierbas o procedimientos que están al alcance de la población que requiere del servicio. En muchas ocasiones será ella misma la que proporcione los productos del tratamiento. El pago por el servicio por lo general es a voluntad del cliente y puede ser realizado en efectivo o en producto o ser pagado con posterioridad al tratamiento. Se ha observado que en ningún caso sobrepasa los cien sucres si el pago es realizado en dinero.

Independientemente de la situación de cada unidad todas han accedido a dos programas de salud oficial; el programa ampliado de inmunizaciones y el programa de leche avena.

En la parroquia existen tres curanderas. Todas realizan la actividad curativa como actividad secundaria. Las tres realizan como actividad principal la agrícola, venta de productos alimenticios en una tienda y lavado de ropa para otros, respectivamente.

Las tres curanderas sobrepasan los cincuenta y cinco sucres y han vivido durante toda su vida en la parroquia. Dos de ellas viven solas y dependen exclusivamente de sus ingresos para la sobrevivencia. Ninguna ha terminado la primaria y su aprendizaje de la Medicina Tradicional ha sido a través de la observación a otros curanderos.

Los agentes formales de la parroquia son: una auxiliar de enfermería, un odontólogo y un médico rurales. Ninguno pertene-

ce a la parroquia. La auxiliar de enfermería ha completado la instrucción secundaria y el odontólogo y médico la instrucción superior y ninguno sobrepasa los treinta y cinco años.

Los tres agentes realizan exclusivamente la actividad médica en la Unidad de Salud, y la instrucción médica ha sido la institucional.

Se debe añadir que mientras una curandera puede ser requerida en cualquier día y hora, los agentes formales tienen un horario diario y no atienden los fines de semana.

Se ha observado que el trato a los pobladores es, en el mejor de los casos paternalista, y en el peor estigmatizante, lo cual es extensible no solo a las condiciones sociales y económicas de la población que accede al servicio, sino mucho más en cuanto a sus hábitos, creencias y prácticas.

ANEXOS
(Ejemplos)

Compras diarias:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
Sal	1 litro	15.00	15.00
yuca	1 porción	40.00	40.00
leche	1 litro	12.00	12.00
manteca	1 libra	35.00	35.00
naranjilla	1	4.00	4.00
azúcar	1 libra	20.00	20.00
arroz	1 libra	22.00	22.00
azúcar	1 libra	20.00	20.00
sal	1 libra	15.00	15.00
1 caldo rico	1 cubo	5.00	5.00
azúcar	1 libra	24.00	24.00(i4)
arroz	3 libras	22.00	66.00
azúcar	1 libra	20.00	20.00
fréjol	2 libras	12.00	24.00
manteca chancho	2 libras	60.00	120.00
sal	1 libra	15.00	15.00
papas	4 libras	10.00	40.00
cebolla	1 atado	25.00	25.00
manteca	1 libra	60.00	60.00
tomate	1	5.00	5.00(i1)

Compras diarias:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
col	1 repollo	20.00	20.00
cebolla colorada	1 libra	25.00	25.00
zanahoria	5	4.00	20.00
limones	17	2.94	50.00
arroz	5 libras	24.00	120.00
fideo	3 fundas	18.00	54.00
manteca vegetal	10 libras	25.00	250.00
azúcar	3 libras	25.00	75.00
comino	5 cajas	5.00	25.00
pimienta	5 cajas	5.00	25.00

No han hecho compras semanales, porque están sin dinero. Si necesitan algo lo compran diariamente.

Hoy han comprado:

yucas	8	5.00	40.00
fideo	1 funda	28.00	28.00
arroz	1 libra	25.00	25.00
tomate	2	6.00	12.00
comino	1 paquete	1.00	1.00
ajinomoto	1 paquete	1.00	1.00(i1)

Compras semanales:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
fideo	6 fundas	18.00	108.00
arroz	1 libra	25.00	25.00
cebolla	1 "guango"	25.00	25.00
*arvejas	2 arrobas	1.500.00	3.000.00

habas	1 quintal	?	?
*fréjol	1 quintal	-	-
ajinomoto	1 funda	70.00	70.00
garbanzo	1 quintal	1.500.00	1.500.00
col	1 repollo	30.00	30.00

* Han comprado en Tumbabiro estas cosas. El fréjol fue cosechado un quintal en terreno de ellos. Las arvejas compraron para la siembra. El garbanzo y el haba son para el consumo. Parte del fréjol se ocupará en la siembra.

sancocho	1 porción	10.00	10.00
sal	1 libra	15.00	15.00
manteca chancho	2 libras	25.00	50.00
cebolla	1 guango	25.00	25.00
arroz	1 libra	25.00	25.00
avena	1 funda	23.00	23.00
azúcar	1 libra	22.00	22.00
canela	1 paquete	1.00	1.00
leche	1 litro	13.00	13.00
pan	10	2.00	20.00
café	1 frasco	45.00	45.00(i2)

Compras semanales:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
arroz	6 libras	25.00	150.00
azúcar	6 libras	25.00	150.00
avena	1 funda	25.00	25.00
arroz de cebada	1 libra	18.00	18.00
harina de haba	1 libra	20.00	20.00
fréjol	3 libras	19.00	57.00
fideo para sopa	1 funda	15.00	15.00
fideo tallarín	1 funda	27.00	27.00
maggi	1/caja 12	25.00	25.00
harina de trigo	5 libras	11.00	55.00

canela	1 porción	5.00	5.00
sal	1 libra	15.00	15.00
manteca vegetal	2 libras	20.00	40.00
café	2 fundas	5.00	10.00
panela	2	10.00	20.00
cebolla	1 atado	25.00	25.00
papas	5 libras	8.00	40.00
arroz	3 libras	25.00	75.00
azúcar	3 libras	25.00	75.00
harina de haba	1 libra	23.00	23.00
harina de cebada	1 libra	20.00	20.00
fideo para sopa	1 libra	18.00	18.00
fideo tallarín	1	28.00	28.00
avena	1	25.00	25.00
manteca vegetal	1 libra	38.00	38.00
velas	1 paquete	35.00	35.00
cebolla	1 atado	18.00	18.00
sal	3 libras	15.00	45.00
fréjol	3 libras	15.00	45.00
panela	3	10.00	30.00
maggi	2	10.00	20.00
harina de trigo	5 libras	11.00	55.00
bicarbonato	1 porción	5.00	5.00
café	1 funda	5.00	5.00
cajas de fósforo	2	2.00	4.00
jabones de ropa	3	12.00	36.00
detergente	1 funda	20.00	20.00
oritos	1 porción	10.00	10.00(i6)

Compras semanales:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
avena	1 libra	20.00	20.00
arroz	6 libras	28.00	168.00
azúcar	2 libras	20.00	40.00

pan*	60 panes	2.00	120.00
harina flor	5 libras	10.00	50.00
cebolla blanca	1 atado	25.00	25.00
manteca vegetal	1 libra	35.00	35.00
fréjol	3 libras	20.00	60.00
fideo	1 libra	18.00	18.00
harina de haba	1 libra	25.00	25.00
tallarín	1 funda	33.00	33.00
sal	2 libras	15.00	30.00
maggi	1 caja 6	20.00	20.00
royal	1 onza	5.00	5.00
jabón	3	12.00	36.00
panela	4	10.00	10.00
detergente	1 funda	20.00	20.00

* El pan compra también para vender. Compra $ 1.500.00 el miércoles y el sábado. (i6)

Compras semanales:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
arroz	10 libras	24.00	240.00
manteca	1 libra	50.00	50.00
azúcar	3 libras	24.00	72.00
jabón	2	22.00	44.00
fundas de fideo	2	22.00	44.00
deja	1 funda	22.00	22.00
azúcar	8 libras	24.00	192.00
avena	2 fundas	25.00	50.00
fideo	4 fundas	20.00	80.00
panelas	4	8.00	32.00
manteca vegetal	2 libras	50.00	100.00
jabones	2	13.00	26.00
sal	5 libras	62.00	62.00
maggi	4	10.00	10.00(i8)

Compras semanales:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
arroz	3 libras	22.00	66.00
fréjol	3 fundas	8.30	25.00
habas	3 fundas	8.30	25.00
zanahoria picada	3 fundas	8.30	25.00
sabora	5 fundas	2.00	10.00
ajinomoto	5 fundas	1.00	5.00
papas	2 arrobas	100.00	200.00
melloco	3 fundas	8.30	25.00
oca	1 porción	10.00	10.00
carne	8 libras	60.00	480.00
papas	2 arrobas	125.00	250.00
arroz	4 libras	24.00	96.00
avena	1 funda	25.00	25.00
azúcar	5 libras	15.00	75.00
fideo	3 fundas	18.00	54.00
color	1 porción	10.00	10.00
ajinomoto	5 paquetes	5.00	25.00
sabora	5 paquetes	5.00	25.00
fideo	4 libras	20.00	80.00
avena	1 libra	25.00	25.00
arroz	2 libras	25.00	50.00
azúcar	2 libras	25.00	50.00
sal	2 libras	14.00	28.00
manteca	1 libra	38.00	38.00
sabora	4 fundas	2.00	8.00
ajinomoto	4 fundas	1.00	4.00
culantro	1 porción	1.00	1.00
zanahorias	2	3.00	6.00
sancocho	5	4.00	20.00
panela	2	10.00	20.00(i3)

Compras semanales:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
fideo	6 fundas	17.00	102.00
avena	1 funda	25.00	25.00
arroz	3 libras	24.00	72.00
harina de haba	1 libra	15.00	15.00
morocho	1 libra	15.00	15.00
fréjol	8 libras	12.00	96.00
garbanzo	7 libras	7.00	49.00
jabón	2 paquetes	12.00	24.00
detergente	1 funda	20.00	20.00
sal	2 libras	15.00	30.00
azúcar	3 libras	24.00	72.00
fósforos	2 paquetes	4.00	8.00
ajinomoto	6 fundas	1.00	6.00
sabora	6 paquetes	2.00	12.00
manteca	1 libra	35.00	35.00
cebolla	1 guango	26.00	26.00
col	1 repollo	20.00	20.00
zanahoria	3	2.00	6.00
tomate	6	3.30	20.00
yuca	1 porción	40.00	40.00
plátano	1 porción	10.00	10.00(i3)

Compras semanales:

PRODUCTO	CANTIDAD	P/UNITARIO	P/TOTAL
gelatina	6 fundas	20.00	120.00
fideo	6 fundas	20.00	120.00
café	1 frasco	35.00	35.00
arroz	5 libras	25.00	125.00
azúcar	5 libras	18.00	90.00
manteca	3 libras	30.00	90.00
avena	3 libras	30.00	90.00

jabón	20 paquetes	11.00	220.00
"deja" detergente	1 funda	55.00	55.00
fideo	1 libra	18.00	18.00
fréjol	2 1/2 libras	12.00	30.00
manteca	1 libra	55.00	55.00
sal	1 libra	15.00	15.00
cebolla	1 atado	25.00	25.00
dulce (panela)	2 bancos	10.00	20.00(i1)

CAPITULO SEGUNDO

VIENTOS CONTRARIOS

INTRODUCCION

La correspondencia directa entre creencias tradicionales y condiciones sociales es inexistente. A menudo se escucha que existe una relación indirecta o una relativa autonomía entre estos dos aspectos, sin embargo se evade el enfrentamiento de esta relación.

La creencia no encubre siempre una situación dada, sino que en situaciones particulares puede proyectarse y posibilitar el cambio configurándose como la conciencia social de una clase. Este tipo de conciencia no expresa un punto de vista personal ni homogéneo de la realidad social, sin embargo se da sólo cuando determinadas condiciones sociales se establecen; la vivencia de condiciones de desventaja de una clase unida al conocimiento causal de esta situación.

La primera condición es vivida por gran parte de la población, pero la segunda sufre un largo proceso de encubrimiento, fruto en algunos casos de la ignorancia, de la anuencia de grupos que ejercen el poder y en otras, de la misma necesidad de sobrevivencia (en condiciones adversas) de las clases o grupos en situación de desventaja.

Partiendo de la idea de que las concepciones se pueden mantener durante largos períodos y que las ideas e intereses de una clase no siempre corresponden a la posición de éstas en la estructura social, el interés del estudio fue destacar las concepciones y valora-

ciones comunes que están incidiendo sobre la manera de enfrentar la enfermedad y la muerte de los niños en el grupo de estudio.

Abstraer los elementos expresados en la cosmovisión (1) tal como fue propuesto, puede parecer arbitrario y artificioso, ya que estos se expresan como un sistema único, sin embargo la interpretación crea la necesidad de abstraerlos de su contexto. Por esto se separa entre los que se han denominado elementos mixtificados e intuitivos, aun cuando en las creencias y prácticas, estos dos tipos de percepción de la realidad, como las relaciones que estas expresan se encuentran íntimamente vinculadas.

Consideradas las creencias tradicionales existen dos relaciones fundamentales que se revelan: la relación hombre-naturaleza y la relación hombre-hombre. Esta última puede ser referida a las relaciones interpersonales fuera o dentro del núcleo familiar, y las relaciones con la comunidad.

Estas relaciones se expresan en los diferentes niveles de conciencia y se sintetizan en una conciencia mixtificada, intuitiva y de clase. Como fue propuesto, la Medicina Tradicional se expresa fundamentalmentte en los dos primeros niveles.

La mixtificación constituye un proceso de encubrimiento, de representaciones fantásticas y deformadas de la realidad, y expresan los sentimientos, valoraciones y aspiraciones de un grupo. La intuición constituye un proceso que revela la conciencia de las limitaciones existentes, sean estas de orden natural, social, económico o cultural.

La mixtificación en la Medicina Tradicional se expresa en las concepciones animistas, mágicas y religiosas. En el animismo la naturaleza adquiere un poder sobrenatural a través de los espíritus que pueblan la naturaleza. Este poder puede dañar física, psíquica y espiritualmente al niño. Este poder de la naturaleza se ejerce a través de una posesión en el individuo o a través de la extracción del alma o espíritu. Las enfermedades derivadas de esta posesión

1 Debe entenderse como características atribuidas al hombre, la naturaleza, la sociedad, etc. Y que pueden ser de carácter mágico, religioso, mítico. El Dr. E. Estrella refiere que los elementos manifestados en la Medicina Tradicional reelaborarán tres teorías básicas: animismo, mágia y religión. Ver en "Medicina Aborigen" (Op., cit.)

son el mal viento, el cerro, el arco iris. La segunda forma produce la enfermedad del espanto.

La religión tiene el mismo correlato, pero en vez de ser varios espíritus es uno solo y está representado en la divinidad, cuya voluntad hace presa al niño, por lo general, a través de la muerte.

En el fenómeno mágico, el hombre adquiere el poder de manipular la enfermedad y la muerte dotado de las fuerzas de la naturaleza. En un sentido posesionado por ellas. En los niños esta posesión se expresa en el ojeado.

En la intuición la relación esencial es el hombre, sin embargo no se descarta la relación con la naturaleza. La explicación es biológica, natural, social (en cuanto relación interpersonal) y en pocas ocasiones económica.

En el estudio se encontró que los dos tipos de conciencia no se separan y no se manifiesta una conciencia de clase.

1. Fuerzas naturales y fuerzas humanas

Para las familias de estudio la relación del hombre con la naturaleza es limitada y limitante; la naturaleza tiene poderes incontrolables para el hombre (vg.: el agua, el cerro, el arco iris, la luna). El animismo está presente en la concepción; una quebrada, un árbol, una piedra pueden cobrar una acción propia a través de la posesión temporal o definitiva de un espíritu.

Por lo general son fuerzas de forma indefinible, pueden adquirir las características atribuibles al hombre: masculino–femenino; alto–bajo; tranquilo–agresivo; fuerte–débil, etc. Los espíritus así posesionados pueden perseguir a adultos y niños, hombres y mujeres, pero su acción negativa recae en personas desprotegidas o indefensas.

La forma y el efecto que produce un espíritu pueden ser diversos, pero la procedencia de estos está asociada con la muerte. Un espíritu maligno procede de la transgresión a la tradición, vg.: un adulto fallecido sin la confesión de las culpas, un niño sin entierro, etc., se convierten en espíritus errantes que pueden ocasionar la enfermedad y la muerte.

Estos espíritus pasan a poblar lugares de poco acceso para el

hombre; las quebradas, los lugares botados, el agua estancada, la chorrera y su acción maligna será difícil de desplazar en horas y días tabú.

Un espíritu maligno no solo toma posesión de los objetos sino de los animales y del hombre mismo. En la posesión humana actúa de dos maneras; provee al hombre del pder inmerso en la naturaleza, o le ocasiona daños físicos y/o psicológicos. De la primera acción se excluyen los niños, sin embargo la segunda hace de estos los más vulnerables.

De los espíritus que pueblan la naturaleza el más común y que reviste más gravedad, si no se toman acciones para neutralizar o desplazar ese efecto, es el mal viento.

Los astros pueden tener una acción benéfica o maléfica sobre el hombre, sin embargo la acción de los astros, como el sol y la luna pueden tener efectos secundarios e indirectos y en la concepción no ocasionan la muerte.

Al igual que el viento, el arco iris, el cerro, el agua adquieren poderes incontrolables para el hombre, poniendo en serio peligro su salud física y mental, sin embargo no todo en la naturaleza puede causar la enfermedad y la muerte, ya que la naturaleza puede dotar al hombre de los conocimientos y del material de la sanidad y de la protección de los seres que pueblan la naturaleza y pueden dañarlo. Según la concepción tradicional el hombre puede compactarse con los espíritus y adquirir el poder de la sanidad.

La tierra, el fuego, las plantas, los animales y aun el mismo hombre pueden ser agentes de la sanidad, los animales, el hombre, las plantas cálidas o frescas, es decir su acción benéfica es posible en un estado contrario a aquel en el cual la enfermedad o la muerte se presentan.

La unidad más importante es el núcleo familiar. Este núcleo se convierte en protector de los asechos de la naturaleza. El alejamiento del núcleo puede ocasionar la enfermedad o la muerte de todos y cada uno de los miembros.

Un individuo puede ser el vehículo a través del cual el mal (la enfermedad) se dirige a los seres menos protegidos del núcleo familiar; vg.: un padre que viene a altas horas de la noche puede traer el mal viento y hacer que su hijo sea posesionado por él.

Una acción considerada contraria a la tradición y ser prescrita como tabú puede traer el colapso. La tradición ejerce un poder de cohesión de un grupo, familiar o comunal. La ruptura con ellos perjudica la sobrevivencia del hombre y de aquellos que lo rodean.

La tradición exige el cumplimiento de acciones que neutralicen el mal, vg.: el cumplimiento con los "sacramentos" (matrimonio, bautismo, entierro). El cumplimiento de las reglas establecidas integra al hombre a un núcleo mayor, la ruptura lo separa, lo desprotege.

La ruptura con la tradición perturba la armonía social, familiar y biológica. Una acción considerada negativa por ejemplo puede dañar el cuerpo y convertirlo en vehículo de la enfermedad. En el caso de la relación madre-hijo el desequilibrio puede ser transmitido por la madre a través de la leche materna si ésta ha infringido una acción sancionada por la comunidad.

2. *Partes malas en los llanos*

Los fenómenos de la naturaleza pueden adquirir el poder de causar la enfermedad y la muerte. Proteger a un niño de los asechos de la naturaleza implica conocer y evitarlos.

El desconocimiento y el descuido pueden hacer de un niño vulnerable a las fuerzas de la naturaleza; si un niño es dejado en el monte puede "amanecer ahorcado", si es visto por el arco iris se le puede "podrir la cabeza", el baño en una chorrera con "dueño", el paso cerca de una gran piedra o el descanso debajo de un árbol, andar por caminos poco transitados, ocasiona la acción maligna de los seres que pueblan la naturaleza. Un hombre debe conocer los lugares, días y horas en los cuales estos espíritus habitan y "evitarlos", a menos que se tomen precauciones anteriores o posteriores al infringir una de estas prohibiciones, vg.: tener lumbre en la habitación si un familiar viene en la noche y de lugares lejanos.

El animismo en la concepción tradicional puede ocasionar dos enfermedades que revisten peligro: el mal viento y el espanto. En este caso la acción volitiva del hombre es mínima. La natura-

leza se presenta como un poder sobre el cual no existe ningún control.

Obsérvense los siguientes testimonios:

"Cuando no son bautizados se les hace dormir en el monte, se les encuentra muertos, ahorcados", "los montes son malos para los guaguas, son funestos", "ahí andan los malos espíritus. No se sabe por qué tienen ese poder los cerros". (i4)

Pueden hacer daño a los niños los montes botados ahí les coge el mal viento. "En el monte les cogen los dueños de los árboles", "Si un niño está cogido por el cerro, el alma del niño se queda en el cerro". (i9)

Las vertientes, acequias, árboles donde se ha enterrado dinero "tienen dueño", "se endemonia". Le puede coger el mal aire fuerte. "Si se desentierra plata puede morirse, el dueño le persigue". "Si puede perseguir a los guaguas. No se debe ponerles en esos lugares (ya que) hay partes malas en el llano". (i9)

El primer hijo murió a los catorce días de mal aire fuerte, porque vivían en una casa que se encontraba al lado de un estanque de agua que era pesado", "el segundo murió en la noche, no dio tiempo a nada". El curandero dijo que debían cambiarse de lugar. (i3)

Se espantan cuando se les hace caer, se les grita, "cuando se caen en la acequia". "El espanto de agua es peligroso, se flaquean enseguida" (i4)

Se espantan cuando se caen en el agua, "el alma se queda en el agua". Si se cae en otro lado se queda en el lugar donde se ha caido. "El espanto de agua es difícil de curar, porque hay lugares compactados con el demonio; puede llevar y hacer morir a la persona. No quiere soltarle", son compactados el agua, las quebradas, los montes, las piscinas". (i10)

Al igual que el animismo, en la religión no existe una participación volitiva del hombre, el poder es de carácter sobrenatural y divino. La acción del individuo se anula y el poder de la naturaleza se subsume en el poder de la divinidad.

"Cuando el niño nace Dios le destina". "Si un niño nace y enseguida llora Dios le ha destinado", "si no llora pronto el espíritu maligno". "Se mueren accidentados, ahogados, despeñados, caídos del caballo, cogidos del carro". (i4)

La no observación de los "sacramentos" como el bautismo y entierro religioso pueden ocasionar en él o en sus allegados la acción negativa de la divinidad. El mal viento puede ser el resultado de esa transgresión. Existe por lo tanto una estrecha relación entre animismo y religión.

Los atzingos o guaguas auca persiguen a los niños, les pegan, les ahorcan. Cuando se deja los pañales a secar en la noche "se ensucian", los niños se hacen llorones, es malo lavar y golpear en la piedra, se espantan (los niños), lloran". (i8)
Un niño nace mal formado, porque Dios así lo quiere, o a veces porque se casan entre familias". (i7)
"Si se meten con primos, nacen mudos, puede salir dañado (un niño) si el padre es borracho" (i10)

Una acción "buena o mala" puede conducir la acción de la divinidad, vg.: un niño bueno o bonito puede ser requerido por ella y causar la muerte. La acción más importante recae sobre el espíritu y el cuerpo en unidad con el espíritu sufrirá con esta acción. El fenómeno mágico al contrario de los anteriores, reviste la acción volitiva del hombre: este puede posesionarse del poder de la naturaleza y someterlo a fin de dañar o destruir a un sujeto. Los poderes ocultos del hombre pueden ocasionar su enfermedad. El alma de un niño puede ser robada a través de la mirada eléctrica (fuerte) de un individuo. El fenómeno mágico se expresa sobre todo en el ojeado. Un individuo que no observe los lugares, días y horas "tabú", está impidiendo el desarrollo armónico de su familia ya que trae la enfermedad y la muerte. La tradición prescribe una serie de normas, la ruptura exige una expiación, vg.: mal viento: curación inmediata con remedios, personas, horas y días adecuados. Espanto de agua, el baño inmediato en el lugar donde el niño ha caído. Espanto, hacer el "shungo" en el lugar de la caída (2). Ojeado, limpieza oportuna.

Un niño recién nacido puede morirse con el mal aire "si no se cura o dando remedio de botica". Si un niño no está bien, sin una causa aparente se debe hacerlo ver en seguida con el brujo, ya que con el mal viento si se da remedios de doctor puede empeorarse. (i7)
En el espanto la almita retira, cuando se le cura el almita regresa". (i4)
El ojeado se cura, solo se cura con la Medicina Tradicional.

2 **Poner al niño de cabeza en el lugar en el cual se ha caído, llamando su espíritu.**

3. *Solo coge a los débiles*

La intuición se expresa en la Medicina Tradicional básicamente como: condiciones naturales adversas y condiciones sociales y económicas desfavorables.

Un golpe, el frío, el sol, el aire, el agua contaminada, el cambio de temperatura, etc., pueden ocasionar la enfermedad.

Desde el punto de vista etiológico las enfermedades causadas por fenómenos naturales no revisten importancia.

> "Les da gripe (a los niños) por mucho mosco, por verano, polvo, sol". (i5)
>
> "Les da bronquitis si se les baña en agua caliente, o si se les tiene en el aire". Tos les da si se resfrían" (i8)
>
> "Las personas se hinchan por el frío, se pasan de frío, porque están en el lodo, están en el agua". (i9)

Cuando se alude a condiciones socio-económicas, se expresan las relaciones del individuo con el núcleo más cercano: la familia y de este con el conglomerado más amplio. En relación a las etiologías tradicionales las condiciones sociales y económicas no tienen un gran peso en las condiciones de salud. El resultado de estas condiciones es el desequilibrio físico psíquico, como las iras, la pena, la debilidad.

> "Les coge el mal viento a los niños cuando están débiles". "Alimentándoles mejor debe protegerles", "hay más posibilidad de que el mal viento coja a un niño a las 6 de la mañana, a las 12 del día, a las 6 de la tarde. Si un niño es llevado fuera de la casa al atardecer, a la noche, a la madrugada, hay peligro que le pegue el mal viento o se agripe". (i2)

Se puede tener iras o pena si alguien ha sustraído algún bien material de la familia, o si no se dispone de lo necesario para la subsistencia familiar. Las iras o la pena pueden ser transmitidas a través de la leche materna y ocasionar la enfermedad a un niño lactante.

Las condiciones sociales de la madre pueden ocasionar indirectamente daño al lactante. La leche materna "caliente" expresa el excesivo trabajo de la madre. El destete precoz se justifica por las condiciones inadecuadas de vida. Como se observa, también las condiciones sociales o económicas están asociadas a la concepción mágica.

Se desconoce aún el significado real de la relación cálido-fresco, muy usada en la zona andina y atribuida a alimentos, animales, personas y plantas. La observación permite hacer tres precisiones:

1. Se ratifica la idea de equilibrio humoral, vg.: una enfermedad fresca tiene que ser tratada con los contrarios: persona, animal o planta cálidos.
2. Las características del alimento o remedio casi siempre aluden a los efectos orgánicos y en pocas ocasiones a sus características externas.
3. Existe una tendencia a preferir en la alimentación productos a los que se atribuye la característica de frescos, posiblemente porque en la concepción tradicional los desequilibrios emocionales y físicos producen emanaciones a las que se atribuye características cálidas.

Las condiciones sociales del núcleo familiar también pueden ocasionar la enfermedad si existe desproporción entre lo poseído por el individuo o la unidad y lo que tienen en promedio los demás individuos o unidades.

La envidia es la manifestación de esta desigualdad y se expresa en la brujería.

> Si curan (hacen maleficios) los vecinos y botan las suciedades, pasan a los niños y les coge (i1)

La acción más negativa de un hombre a otro hombre es la envidia. Esta es canalizada a través del brujeado u ojeado. El primero, por regla general, no se realiza directamente a un niño, pero el segundo se lo hace casi exclusivamente a niños.

La envidia, expresada en el ojeado, revela las diferencias existentes, tanto a nivel interfamiliar como grupal, de ahí que su acción puede recaer tanto sobre un hijo "bonito" como sobre un hombre "rico".

En el ojeado se expresa el descontento personal o grupal, sin embargo su acción recae sobre el individuo, sobre la persona considerada en situación de privilegio. La concepción tradicional en este caso excluye por lo tanto las diferencias de clase.

Atribuir el origen de la enfermedad a la debilidad está presente casi siempre en el discurso de la madre, sin embargo al ser preguntada sobre la causa de la debilidad referirá varias causas: ruptura de reglas, inadecuada atención, características personales del individuo y sobre todo una inadecuada alimentación. Esta última casi siempre está relacionada con la pobreza.

> El mal viento "coge cuando el cuerpo de uno está de mal humor". "Hay noches que se está con debilidad o se sale a malas horas. El espíritu malo coge, por esto se han muerto varias personas. Existen distintos malos aires. A veces coge a una parte del cuerpo, a veces no da tiempo el mal aire, pasa de golpe y se quedan muertos". (i3)
>
> Coge el mal viento a niños y adultos, a hombres y mujeres porque son débiles. "les coge más a hombres porque son fuertes, son más andariegos que las mujeres". (i4)

Cuando una madre es preguntada sobre el origen de la pobreza refiere: causas sobrenaturales, características individuales y muy pocas veces la desigualdad económica y social.

En la concepción tradicional por tanto no se expresa la causalidad social, sin embargo se evidencian algunos elementos que en el estudio se les ha llamado intuitivos: pobreza, debilidad, insuficiente alimentación, desprotección, etc., que dan fe de las condiciones de salud de los niños, pero a la vez orientan las acciones que se tomen para restablecerla.

La observación demostró que si la etiología contiene una concepción mixtificada de la realidad la respuesta será por lo general una práctica tradicional y si contiene una concepción intuitiva la realidad, la respuesta será una práctica formal.

Existen respuestas diferentes en las prácticas de salud en cada uno, vg.: si se atribuye una etiología animista o mágica el procedimiento de la madre será actuar enseguida llevándolo a un agente de la Medicina Tradicional, de tal manera que con la rapidez con que se trate el problema el niño puede sanar. Si se le atribuye una etiología de carácter religioso se tomarán pocas precauciones ya que según la concepción, la enfermedad no tiene cura.

En los fenómenos a los que se les atribuye origen natural se esperará que la enfermedad cumpla su ciclo y solo en casos de alto riesgo se cree conveniente que se debe acudir a los agentes de la Medicina Tradicional.

La observación permite aseverar que se dan dos situaciones:

1. Que se agoten todos los recursos al alcance para devolver la salud al niño, pero por lo general precedidos de los tradicionales.
2. Absoluta negligencia cuando se enfrenta la enfermedad.

CAPITULO TERCERO

PENSANDO EN VOZ ALTA

Son muchos los obstáculos que se presentan al abordar un estudio como el presente, tanto en la teoría como en la práctica; la falta de centralización de la información, de interdisciplinaridad, de precisión de conceptos y términos, etc.

El condicionamiento histórico en la ciencia en nuestro país se expresa no solo en el avance limitado del conocimiento sino en el poco interés por las ciencias o áreas consideradas "no productivas".

La producción intelectual no es una "prioridad" y esto se refleja en la investigación. Se legisla con una visión "curativa" y no "preventiva" y, no solo en la salud. Aún hoy el estudio de fenómenos culturales, aunque sean sobre salud, se los ve como hechos aislados, folklóricos o excéntricos.

Esta situación obedece en mucho al hecho no fortuito de que la ciencia en general aún está limitada a pequeños grupos privilegiados, lo que se ha reflejado en la posiciones asumidas.

El etnocentrismo en nuestro país no es un problema superado ni en la teoría ni en la práctica, lo cual es posible observarlo en creencias y prácticas en salud.

Si la mortalidad infantil desciende en el país, o en una parroquia rural como Tumbabiro, es atribuida a los avances de la Medicina Formal, sin embargo, los logros de la Medicina Tradicional no han sido estudiados.

La Medicina Formal en nuestro país ha sido asumida como

la Medicina oficial y esta ha querido cubrir las necesidades de los grupos menos protegidos de la sociedad, sin embargo en la práctica, ni la atención privada ni la atención pública han podido llenar estos requerimientos.

No se pueden desconocer los logros de la Medicina Formal sobre todo en enfermedades inmunoprevenibles y avances de la cirugía, etc., sin embargo no se puede minimizar la vigencia de la Medicina Tradicional que ha sumado a la experiencia acumulada algunos logros de la Medicina Formal.

La práctica médica formal como la tradicional ha tenido aciertos y desaciertos pero, los aciertos han sido atribuidos a la primera y los desaciertos a la segunda; se debe reconocer que tanto una como otra se ha movido en un campo de experimentación y error y han respondido limitadamente a las condiciones existentes.

En la Medicina Formal el acierto es mirado como natural y el desacierto como fortuito, en la Medicina Tradicional ocurre lo contrario. El respeto basado en el conocimiento de las limitaciones de cada una permitiría la superación del etnocentrismo y a la vez evitaría pérdidas innecesarias de recursos y vidas.

El conocimiento de las implicaciones de cada una exige un estudio multidisciplinario, aquí solo se sintetiza lo observado desde el punto de vista antropológico.

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio se pueden hacer las siguientes prescripciones:

A pesar de que se ha atribuido características como incoherencia, caos e ilógica a las creencias y prácticas de la Medicina Tradicional, los datos revelaron cómo se había planteado un complejo sistema de clasificación, basado en parámetros culturales.

El primer aspecto significativo es la importancia que se atribuye a la etiología como guía de la práctica, como el parámetro de la clasificación de la enfermedad y como el indicador de la gravedad de la enfermedad.

La concepción tradicional es contraria a la formal en cuanto excluye la concepción biologista formal que clasifica las enfermedades de acuerdo a órganos corporales y la situación individual como guía de la práctica.

La primera clasificación que se hace evidente es la relacionada con los agentes a los que se acude: enfermedades de doctor y enfermedades de campo.

La importancia de esta primera clasificación es que revela el grado de aceptación de los dos sistemas de salud: la primera opción es la tradicional y solo después de que es agotada se recurre a las prácticas formales.

En relación a la salud del niño los datos sugieren que solo se consulta al sistema formal por lo general cuando la enfermedad reviste gravedad o cuando se da una explicación natural en la etiología.

Si bien en teoría existe la división médico formal, medico tradicional, los datos demostraron que se acude a los dos sistemas. Se puede decir que no existe ni fusión ni divorcio absolutos, pero siempre se recurre más a la Medicina Tradicional.

La etiología que tiene más peso en la concepción tradicional es,la sobrenatural, siguiéndole en orden de importancia la etiología (que se ha denominado en el trabajo) humana y natural.

El atribuir un origen sobrenatural y natural significa, como fue demostrado, casos de negligencia en el cuidado y tratamiento de la enfermedad, pero a la vez puede justificar el alejamiento del niño de posibles fuentes de contagio.

Atribuir una etiología humana evidencia un complejo sistema operativo que en muchos casos puede proteger al niño y en otros puede incidir negativamente en la salud. El aspecto normativo no es solo moral, sino conceptual ya que define lo adecuado para el organismo y se expresa fundamentalmente en las relaciones duales, vg.: cálido-fresco; bueno-malo. La amplia clasificación de síntomas, las características que se le atribuyen y los procedimientos utilizados de acuerdo a esta clasificación, demuestran el amplio conocimiento de las mujeres en relación a las enfermedades de los niños.

Si un niño enferma en Tumbabiro, la madre tiene dos opciones: recurre a un agente de la Medicina Formal y/o a un agente de la Medicina Tradicional, sin embargo este acceso como ha sido demostrado no es arbitrario, ni al azar, sino que obedece a un condicionamiento socio económico y cultural concreto.

Se ha comprobado que aun cuando la Medicina Formal ha tratado de ser la respuesta a las necesidades en salud, proscribiendo a la Medicina Tradicional, no lo ha hecho; el poblador sigue acudiendo a esta última como el medio de lograr sanidad.

La Medicina Formal no ha sido la respuesta esperada en cuanto:

- No parte de las necesidades de la población, , sino se presenta como políticas y acciones verticales. Aun cuando se planifica con los reportes de morbilidad local, esta es parcial ya que excluye por completo la concepción tradicional.
- No está al alcance de la mayor parte de la población.
- No ha logrado la confiabilidad requerida.
- No existe conciencia del acceso diferencial a los recursos, pero es evidente que la Medicina Tradicional es ampliamente utilizada y tiene vigencia en clases que de una manera u otra han sido marginadas del saber formal e institucional.

Toda la población está limitada a la unidad de salud existente en la parroquia; sin embargo, como ha sido demostrado, el acceso a otras unidades de salud depende de la situación social y económica de cada unidad.

En la Medicina Tradicional subyacen ideas mágico religiosas, que si bien pueden proteger al niño, a la vez obscurecen las verdaderas causas de muerte:

- acceso diferencial a los servicios,
- trabajo excesivo de la madre, que imposibilitan el adecuado cuidado de los niños,
- trabajo de los niños y,
- acceso diferencial a los recursos económicos.

En la Medicina Tradicional las creencias como el mal viento, ojeado, espanto, pueden tener un doble efecto:

1. proteger al niño contra los peligros naturales y humanos; enfermedades transmisibles, excesivo calor o frío, etc.
2. pueden poner en peligro su vida; el destete precoz, la acción pasiva frente a la enfermedad que reviste gravedad, alimenta-

ción tabú, automedicación formal vg.: uso de laxantes en enfermedades diarreicas, rechazo a procedimientos formales vg.: afecciones digestivas, respiratorias y eruptivas.

Tanto la Medicina Formal como la Tradicional sintetizan un sistema de conocimientos autónomos que se reflejan en: agentes, diagnóstico, etiología y corpus terapéutico. Contiene a la vez un conjunto de conocimientos y experiencias y refleja una posición frente a la salud. vg.: el diagnóstico depende de la experiencia, conocimiento y posición social del agente y expresa sus creencias y valoraciones.

El tratamiento en la Medicina Tradicional tiene como fin devolver el equilibrio físico y psíquico del enfermo. Si bien son difíciles de medir los logros en relación a la salud física, ya que es posible que la enfermedad solo cumpla el ciclo, se ha observado que sí ofrece la tranquilidad psicológica al enfermo y su familia.

El tratamiento tradicional, al contrario de lo que ocurre en la Medicina Formal, hace partícipe en el proceso al agente, a la familia y aun a la comunidad.

Los procedimientos tradicionales sugeridos son comprensibles y aceptados por el paciente y familiares ya que expresan su cosmovisión. En la Medicina Formal los procedimientos (vg.: medicación, acepsia, etc.) no son aceptados ni están al alcance de la mayor parte de la población.

Se desconocen los efectos positivos o negativos de los medicamentos utilizados en la Medicina Tradicional, pero se puede decir que en general no perjudican la vida del niño.

La relación a la metodología adoptada se recurrió sobre todo al relato de la madre, sin tener una guía cerrada ya que se desconocían los parámetros más importantes en la concepción y prácticas tradicionales. Esto si bien tiene la ventaja de no encasillar la información desde el punto de vista del investigador, presenta la dificultad de procesar la información.

En la caracterización económica como fue señalado previamente, la dificultad más importante fue la del tiempo, que excluyó la posibilidad de estratificar a toda la población; sin embargo se considera que los parámetros usados han sido los más adecuados

en el conocimiento de las unidades.

La dificultad de segundo orden fue la de procesamiento, ya que todo se realizó manualmente, que hizo necesario simplificar relaciones que se habían previsto.

Las dificultades encontradas para explicar la cosmovisión son de orden conceptual y técnico, vg.: no existe acuerdo ni particularización de los conceptos, lo que dificulta su operacionalización y su aproximación empírica.

ANEXO 1

GLOSARIO DE INFORMANTES:

- Informante 1 (i1) Mujer de aproximadamente 34 años, de la parroquia. Instrucción primaria incompleta. Casada, ocho hijos, uno fallecido. Actividad principal quehaceres domésticos, actividades secundarias agrícola y pecuaria, actividad del cónyuge agricultor. Trabajan en terrenos propios de aproximadamente dos Has.
- Informante 2 (i2) Mujer de aproximadamente 33 años, de la parroquia. Instrucción primaria incompleta. Casada, siete hijos, no tiene hijos fallecidos. Actividad princip[illegible]quehaceres domésticos, actividades secundarias pecuarias, actividad del cónyuge agricultor. Trabaja en terrenos ajenos de aproximadamente una Ha.
- Informante 3 (i3) mujer analfabeta de aproximadamente 39 años, de otra parroquia de la provincia. Casada, seis hijos, tres abortos, tres hijos muertos, actividad principal quehaceres domésticos, actividad secundaria servicios, actividad del cónyuge construcción. Ocasionalmente trabajan al partir en terrenos ajenos.
- Informante 4 (i4) Mujer de aproximadamente 43 años, de la parroquia. Instrucción primaria incompleta. Casada, doce hijos, un aborto, un hijo fallecido. Actividad principal quehaceres domésticos, actividad secundaria agrícola, actividad del cónyuge agricultor. Trabajan en terrenos propios menores de 1 Ha., y terrenos ajenos menores de 1 Ha.

- Informante 5 (i5) Mujer de aproximadamente 33 años, de la parroquia. Analfabeta. Casada, tres hijos, cuatro hijos fallecidos. Actividad principal quehaceres domésticos, actividad secundaria agrícola, actividad del cónyuge construcción. Ocasionalmente trabajan en terrenos ajenos al partir. Tamaño indeterminado.
- Informante 6 (i6) Mujer de aproximadamente 30 años, de otra parroquia de la provincia. Unión libre. Analfabeta, dos hijos, un aborto. Actividad principal agrícola, actividad secundaria quehaceres domésticos y pecuaria, actividad del cónyuge agrícola. Trabajan en terrenos propios menores de 1 Ha., y terrenos ajenos en calidad de asalariados.
- Informante 7 (i7) Mujer de 38 años, de la parroquia. Instrucción primaria completa. Casada, cinco hijos, un aborto, dos hijos fallecidos. Actividad principal quehaceres domésticos, actividad secundaria pecuaria, actividad del cónyuge agrícola, trabajan en terreno propio menor de 1/2 Ha., y en terrenos de otros en calidad de asalariados y al partir.
- Informante 8 (i8) Mujer de 26 años, de la parroquia. Analfabeta, casada, cinco hijos, un hijo fallecido, actividad principal quehaceres domésticos, actividad secundaria servicios, actividad del cónyuge agricultor. Trabajan como asalariados.
- Informante 9 (i9) Mujer de 44 años, de la parroquia. Analfabeta, casada, ocho hijos, dos hijos fallecidos, actividad principal quehaceres domésticos, actividad secundaria ordeño , actividad del cónyuge agricultor. Trabaja en terrenos propios de aproximadamente 1 Ha.; y en terrenos pequeños de tamaño indeterminado. Trabaja al partir.
- Informante 10 (i0) Mujer de aproximadamente 30 años, de otra parroquia de la provincia. Soltera. Instrucción primaria incompleta, dos hijos. Actividad principal pecuaria, actividad secundaria venta de alimentos preparados.

ANEXO 2

GLOSARIO DE TERMINOS:

- Alferecía.– También conocido como accidente. Estado de schock producido por exceso de llanto e irritabilidad del niño.
- Arco iris.– Conocido también como "cuichi". En el caso de enfermedad se refiere a la acción maligna producida por el arco iris. Por lo general afecta a mujeres adultas produciéndoles embarazos anómalos. Produce afecciones cutáneas menores en niños. En el estudio se ha observado sin embargo una asociación indirecta con parasitosis.
- Atzagnado.– Se dice de un niño que no puede caminar, que parece amarrado, ocasionado por alguna enfermedad.
- Cerro.– Espíritu de la montaña, que puede sustraer el espíritu del infante y ocasionarle la enfermedad y la muerte.
- Duende.– Descrito como un personaje que habita en el campo, en piedras y árboles de gran tamaño. Espíritu de forma humana, pequeño, que utiliza un gran sombrero. Puede raptar a los niños a su morada y hacerlos desaparecer.
- Escorbuto.– Trastorno digestivo, provocado por la infección de exceso de dulce.
- Espanto.– Enfermedad que se produce en adultos y niños. Se describe como una pérdida momentánea o definitiva del espíritu, ocasionada por un "susto".
- Wakaysiki.– Espíritu del campo, se lo conoce como un espíritu que llora, pero no se describe su aspecto.

- Mal ojo.— U ojeado, son trastornos ocasionados por personas que tienen vista fuerte o electricidad en la vista y se produce en niños bonitos, al parecer por envidia.
- Mal viento.— Enfermedad provocada por un espíritu maligno, afecta a adultos o niños, por lo general ocasiona la muerte si no se actúa con rapidez en el tratamiento. No tiene una forma que se pueda describir, pero si un niño muere por mal viento su cuerpo se amorata en forma de vetas (rayas).
- Pacchas.— Lugares en los cuales habitan los espíritus malignos. Se dice de quebradas, acequias, piedras o vertientes. Son considerados lugares tabú y el paso cerca de ellos puede ocasionar la enfermedad.
- Pujo.— Difícil defecación ocasionada por el frío. Producida en niños.
- Tiricia.— Enfermedad ocasionada por la debilidad o la pena. El síntoma más común es el color amarillo de la piel.

ANEXO 3

PERSONA QUE REALIZA LA ENTREVISTA .....

OBSERVACIONES: .....
.....
.....
.....
.....
.....

PERSONAS PRESENTES DURANTE LA ENTREVISTA: .....
.....
.....

NUMERO DE ENTREVISTA.....

Formulario N°
MID-1

Apellidos Nombres	Fecha de nacimiento Año Mes Día	Persona que Inscribe	Profesión	Fecha de defunción Año Mes Día	Causas de defunción

Formulario N°
MID-2

N° de ficha	Nombre, Dirección Desarrollo, Vacunas	Sexo	Edad A/M/D	Tabla de Estado Nutritivo Mes Peso	Detalle de morbilidad Fecha Fecha de la 1° visita A/M/D N° Visitas	Fecha Peso P. Cef. P. Torax. A. Gral. Otros Temp.

Formulario No.
MIC-2

Fecha _____ _____
Año Mes Día Hora Minutos

Ubicación _____
Provincia Cantón Parroquia

Objetivo: Conocer los datos personales y situación económico-social de la entrevistada.

A. DATOS DE LA ENTREVISTADA:

A.1 Nombre _____

A.2 Edad
___ -21A.___ 22-35A.___ 35-55A. ___+55A.

A.3 Procedencia

_____de la parroquia _____ otra parroquia de la Provincia _____ otra Provincia

_____de otro país

A.4 Estado civil
___soltera ___casada ___divorciada ___viuda ___unión libre ___separada

A.5 Instrucción
_____ analfabeta ___alfabeta ___p. incompleta ___p. completa
_____ s. incompleta ___s. completa ___t. incompleta ___t. completa

A. 6 No. de hijos por edad

___ 0-2A. ___3-5A. ___6-14A. ___15-18A. ___19-25A. ___+26A.

A. 7 No. de hijos por sexo
Hombres mujeres
___ 1-2 ___ 3-5 ___+6 ___1-2 ___3-5 ___+6

A. 8 No. total de embarazos
___1 ___2 ___3 ___4 ___5 ___6 ___7 ___8 ___9 ___10
___11 ___12 ___13 ___14 ___15 ___+15

A.9 No. de abortos
___ 1 ___2 ___3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___+6

A.10 No. de hijos muertos
___1 ___2 ___3 ___4 ___ 5 ___6 ___+6

B. SITUACION SOCIO-ECONOMICA DE LA ENTREVISTADA

B.1 Actividad principal de la entrevistada
___q. domésticos ___agrícola ___pecuaria ___artesanal
___e. industrial ___servicios ___otros _____
(especifique)

B.2 Dependencia
___t. para otros ___t. independientemente

B.3 Actividades secundarias:
___q. domésticos ___agrícola ___pecuaria ___artesanal
___e. industrial ___servicios ___otros
(especifique)

B.4 Actividad principal del cónyuge
___agrícola ___pecuaria ___artesanal ___e. industrial
___servicios ___construcción ___otros
(especifique)

B.5 Actividad principal de los hijos
Hijos menores de 14 años

_____estudian _____trabajan _____
(especifique)
_____
_____.

Hijos mayores de 14 años
_____estudian _____trabajan _____
(especifique)
_
_

B. 6 Lugar de estudio de los hijos menores de 14 A. (de Escuela)
_____en la parroquia_____cabecera cantonal _____otra parroquia de la provincia
_____otras ciudades

B.7 Propiedad
_____trabaja en terrenos propios _____trabaja en terrenos de otros
_____
(especifique)
_____posee agua de riego _____no dispone de agua de riego
_____
(especifique)

B.8 Uso de la tierra
_____da tierra en arrend. _____recibe tierra en arrend.
_____
(especifique)

_____cultiva al partir en terrenos propios _____cultiva al partir en terrenos ajenos
_____
(especifique)

B.9 Consumo

____p. para consumo familiar ____p. una parte para consumo otra para la venta

____todo para la venta _____
(especifique)

Lo que no produce la familia dónde compra

_____tienda de la p. _____otras parroquias _____cabecera cantonal

_____otras ciudades _____
(especifique)

B.10 Vivienda

_____propia _____arrendada _____gratuita _____por servicios

_____anticresis _____otro _____
(especifique)

B.11 Acceso al agua

_____dentro de la casa ____fuera de la casa pero en el edif.

_____fuera del edificio _____pozo o vertiente _____surtidor del v.

_____río o acequia _____carro repartidor _____otros _____
(esp.)

B.12 Servicios higiénicos

_____letrina _____ninguno _____de uso particular _____uso comunit.

B.13 Servicio de luz

____si ____no

B.14 Propiedad suntuaria

_____radio _____cocina de leña _____cocina de gas __refrigerador

_____televisor ____carro propio.

B.15 Acceso a atención médico-formal en la parroquia

_____control ____atención permanente ____atención de vez en c.

B.16 Programa de leche avena

Algún niño ha formado parte del programa

_____si _____no

D. ENFERMEDAD, METODOS CURATIVOS

D.1 Si su hijo menor se enferma(ba) con gripe que hace (hacía)

_____cura ella misma _____acude a un familiar

_____acude a una p. que sabe _____acude al Subcentro

_____acude al Hospital en Ibarra _____a un médico particular

_____otro _____esp.

Qué medicamentos se utilizan?

n. del medicamento	cálido	fresco	templado	irrit.	no sabe
_____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____

Qué alimentos se permiten?

_____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____

Qué alimentos se prohiben?

_____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____

D.2 Si su hijo menor se enferma con infección (diarrea por calor) qué hace?

_____cura ella misma _____acude a un familiar

_____acude a una persona que sabe ____acude al Subcentro

_____acude al Hospital de Ibarra ____a un médico particular

_____otro esp.

Qué medicamentos se utilizan?

n. del medicamento	cálido	fresco	templado	irrit.	no	sabe
_____	____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____	____

Que alimentos se permiten?

_____	____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____	____

Qué alimentos se prohiben?

_____	____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____	____
_____	____	____	____	____	____	____

D.3 Si su hijo menor se enferma con mal viento qué hace?

_____cura ella misma _____acude a un familiar

_____acude a una persona que sabe _____acude al Subcentro

_____acude al Hospital de Ibarra _____a un médico particular

_____otro esp.

Qué medicamentos utilizan?

n. del medicamento	cálido	fresco	templado	irrit.	no sabe
_____					
_____					
_____					

Qué alimentos se permiten?

_____

_____

_____

Qué alimentos se prohiben?

_____

_____

_____

Cuadro No. Situación de la mujer por procedencia e instrucción

Procedencia	Instrucción AN	AL	PI	PC	SI	SC	TI	TC	TOTAL
De la parroquia									
Otra parroquia									
De la provincia									
Otra provincia									
Otro país									
Total									

Cuadro No.	Situación de la mujer por número de hijos y edad					
		Edad				
Entrevistada	0-2a	3-5a	6-14a	15-18a	19.25a	+26a
1.						
2.						
3.						
4, etc.						

Cuadro No. Situación de la mujer por actividades del cónyuge e hijos

Entrevistada	Actividad del cónyuge	Actividad de los hijos
1.		
2.		
3.		
4, etc.		

Cuadro No. Número de hijos según sexo

Entrevistada	número de hijos por sexo Hombres	Mujeres
1.		
2.		
3.		
4, etc.		

Cuadro No. Embarazos, abortos e hijos fallecidos

Entrevistada	Embarazos	Abortos	Hijos fallecidos

Cuadro No. Situación de la mujer por tipo de actividad secundaria

Entrevistada	Actividad secundaria	Dependencia
1.		
2.		
3.		
4, etc.		

Cuadro No. Situación de la mujer, según lugar de estudio de los hijos menores de catorce años

Lugar de estudio	Número	Porcentaje
En la parroquia		
Cabecera cantonal		
Otra parroquia de la provincia		
Otras ciudades		

Cuadro No. Situación de la mujer por acceso a los servicios

	Servicios		
Entrevistada	Agua	Luz	Servicios sanit.
1.			
2.			
3.			
4, etc.			

Cuadro No. Situación de la mujer según acceso a la propiedad suntuaria

Propiedad Suntuaria	Número	Porcentaje
Radio		
Cocina de leña		
Cocina de gas		
Cocina de leña y gas		
Refrigerador		
Vehículo		

Cuadro No. Situación de la mujer según propiedad de la tierra

Acceso a la tierra	Cantidad			
	1 Ha.	1-2 Ha.	+2 Has.	NC
Trabaja en terrenos propios				
Trabaja en terrenos ajenos				

Cuadro No. Situación de la mujer según uso de la tierra

Uso de la tierra	Número	Porcentaje
Da tierra en arrendamiento		
Recibe tierra en arrendamiento		
Cultiva al partir en terrenos propios		
Cultiva al partir en terrenos ajenos		

Cuadro No. Situación de la mujer según uso de la tierra

Tipo de consumo	Número	Porcentaje
Produce todo para la venta		
Produce una parte para la venta y otra para consumo		

Cuadro No. Situación de la mujer por el lugar de abastecimiento

Lugar	Número	Porcentaje
Tienda de la parroquia		
Otras parroquias		
Cabecera cantonal		
Otras ciudades		

Cuadro No. Situación de la mujer por acceso a la vivienda

Vivienda	Número	Porcentaje
Propia		
Arrendada		
Gratuita		
Por servicios		
Anticresis		
Otros		

Cuadro No. Situación de la mujer por acceso a la atención formal en la parroquia

Tipo de atención	Número	Porcentaje
Control		
Atención perman.		
Atención ocasion.		

Cuadro No. Situación de la mujer por la persona a la que se acude en caso de enfermedad

Persona a la que se acude	Gripe	Infección	Mal viento
Curandero			
Agente formal			

Cuadro No. Medicamentos y alimentos que se prohiben por entidad morbosa

Enfermedad	Cálido	Fresco	Templado	Irritoso	Pesado	No sabe
Gripe						
Infección						
Mal viento						

Cuadro No. Principales causas de consulta por edad y sexo de acuerdo a área de residencia

	MUJERES				HOMBRES		
Causas	0-28d	29d-11m	12m-5a	+5a	0-28d	29d-11m	12m-5a
1.							
2.							
3.							
4, etc.							

Cuadro No. Mortalidad infantil por causa de enfermedad, edad y sexo

Causas	Edad								Total
	0-28d		29d-11m		12m-5a		+5a.		
	H	M	H	M	H	M	H	M	
1.									
2.									
3.									
4, etc.									

Cuadro No. Causa de mortalidad infantil por variación estacional

Causa	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
1.													
2.													
3.													
4, etc.													

Cuadro No. Situación de la mujer por edad y estadó civil

Edad	Estado Civil S	C	D	V	UL	S	T	Total
- 21 a								
-22—35a								
- 35—55a								
+55a								

BIBLIOGRAFIA CITADA

AGUIRRE Beltrán Gonzalo, *Regiones de Refugio,* Ed. Instituto Nacional Indigenista, México, 1973.

ARCOS Gualberto, *Evolución de la Medicina en el Ecuador.* Ed., Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, 1979.

ARGUELLO Silvia, *Etiologías de la Medicina Tradicional. El caso de Mal Viento.* Ponencia presentada al 45o. Congreso de Americanistas, Bogota (mimeografiado). 1985.

BREILH Jaime y E. Granda, *Ciudad y muerte infantil.* Ed. CEAS. Quito, 1983.

– *Epidemiología: Economía, Medicina y Política.* SESPAS, Subsecretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo, Rep. Dominicana. 1980.

BOZAL Valeriano, Selección, prólogo y notas. En: Textos sobre la producción artística de Marx y Engels. Ed. Alberto Corazón. Madrid.

COSTALES Samaniego A. y P. Peñaherrera de C., *El Quishihuar o el árbol de Dios.* Ed., IEAE. Quito, 1966.

CEVALLOS y C., Hermida.

CUEVA Agustín, *El Desarrollo del Capitalismo en América Latina.* Ed. Siglo XXI. México. 1979.

ENGELS F. y K. Marx, *La Ideología Alemana.* Ed. Grijalbo. Barcelona, 1974.

ESTRELLA Eduardo, *Medicina Aborigen. Ed. Epoca.* Quito, 1977.

– *Medicina y Estructura Socio-Económica.* Ed. Belén. Quito, 1980.

FIERRO R. et., al., *Yodo, Bocio y Cretinismo Endémico en la Región Andina del Ecuador.* Rev. Ecuat. Med. Cien. Biol., 5: 15-40. 1967.

GARCIA Canclini Néstor, Arte Popular y Sociedad en América Latina. Ed. Grijalbo. México, D.F. 1977.

– La Producción Simbólica. Ed. Siglo XXI. México. 1984.

GARCIA Juan César, Las Ciencias Sociales en la Medicina. En: Curso Internacional de Ciencias Sociales, AFEME, agosto 20. Quito, 1973.

GRAMSCI Antonio, *La formación de los intelectuales.* Ed. Grijalbo, S.A., Colección 70. México, D.F. 1967.

–, *Antología.* Ed. Siglo XXI. México, D.F. 1981.

GUEVARA Darío, *Un mundo mágico mítico en la mitad del mundo.* Folklor Ecuatoriano. Imprenta Municipal. Quito. 1972.

HARNER Michael. et., al., *Alucinógenos y chamanismo.* Ed. Labor S.A. Madrid, 1976.

HARO Alvear Silvio, *El culto del agua en el Reino de Quito*, Impr. La Favorita, Quito, 1974.

HAUSER A., *Historia Social de la Literatura y el Arte.* Ed. Guadarrana. Madrid, 1969.

INEC, Encuesta Anual de Población y Vivienda, INEC., Quito, 1979.

–, Encuesta Anual de Estadísticas Vitales. INEC. Quito, 1979.

–, JUNAPLA., Mapas Censales. INEC., Junapla, Quito, 1974.

ININMS, (MSP) Estudio de sistemas de atención primaria de salud por Agencias no gubernamentales (mimeografiado). MSP, UNICEF. 1981.

–, *Medicina tradicional en Manabí.* Quito, (mimeografiado). 1984.

KLOWSKOWSKA A., El Concepto de Cultura en Carlos Marx. En: Cultura, Ideología y Sociedad, Antología de Estudios Marxistas sobre la cultura de varios autores. Ed. Arte y Literatura. La Habana, 1975.

KONSTANTINOV F. V., *El Materialismo Histórico.* Ed. Grijalbo, Barcelona, 1978.

KROEGER A. y F. Freedman, *Cambio cultural y salud.* Ed. Abya–Yala. Quito, 1984.

LANZ Rigoberto, Dialéctica de la ideología universal central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, División de Publicaciones, Caracas, 1975.

LENIN V. I., Escuelas sobre Literatura y el Arte. Selección y Prólogo de Juan Freville. Ed. Península. Barcelona. 1975.

LOMBARDI Satriani L.M., *Antropología Cultural, Análisis de la cultura subalterna.* Ed. Galerna. Buenos Aires, 1975.

LOPEZ AUSTIN Alfredo, Cosmovisión y Medicina Nahualt. En: Estudio sobre la Etnobotánica y Antropología Médica. Ed. Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales. México, D.F. 1975.

McKEE Laris, "Impacto de las Creencias Tradicionales y mortalidad infantil en la Sierra ecuatoriana", Proyecto. 1982-1984, inédito. 1982.

MEJIA Leonardo, La economía en la sociedad primitiva. En: Ecuador. Ed. Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito, 1975.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, Producción de establecimientos de salud, Primer semestre, Quito, 1984.

–, *Indicadores de Salud.* Dirección Nacional, División Nacional de Estadística, MSP, Quito, 1986.

MOREANO Alejandro, Copiados de Clase. En: *Formaciones económico sociales.* PUCE. Quito, 1979.

MUÑOZ Bernard Carmen, *Enfermedad, daño e ideología.* Ed. Abya-Yala. Quito, 1986.

NARANJO Plutarco, Farmacología y Medicina Tradicional. En: *Fundamentos de farmacología médica.* Ed. Universidad Central. Quito, 1981.

NARVAEZ Alberto y A. Carvajal. Tendencia de las enfermedades transmisibles 72-84. *Boletín Epidemiológico* No. 8. Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica, MSP, abril-junio. Quito, 1985.

NAVARRO Vicente, *La Medicina bajo el Capitalismo.* Ed. Crítica, Barcelona, 1978.

ORTEGA Fernando, Hierbas Medicinales- Quito Urbano. Ed. ININMS, Quito, 1983.

PAVLOV Todor, Cultura, Ideología y Arte. En: Ideología y Sociedad. Antropología de estudios marxistas sobre la cultura. Ed. *Arte y Literatura* La Habana, 1975.

PEREZ Aquiles, Contribución al conocimiento de la Prehistoria de los pueblos del norte del territorio de la República. En: *Rev. Llacta,* Vol. V-VI, Ed. IEAE, págs. 245–298. 1958.

RAMON C., Sistema de Salud Comunitario y Poder Popular. En: *Política de Salud y Comunidad Andina.* Ed. CAAP, Cuadernos de Discusión Popular, No. 5. Quito, 1982.

ROSENTAL M. y G. M. Strack. *Categoría del Materialismo Dialéctico.* Ed. Grijalbo. México, 1960.

SANCHEZ Vásquez Adolfo, *Las ideas estéticas de Marx.* Ed. Biblioteca Era, México, 1980.

SALOMON Franz, *Los señores étnicos de Quito en la época de los Incas.* IOA Otavalo, 1980.

VAREA Terán José. *Nutrición y Desarrollo en los Andes.* s/n s/a, s/f.

WATCHEL Nathan, *Sociedad e ideología.* Ed. IEP. Lima, 1973.

ETNOMEDICINA EN LA PROVINCIA DE MANABI

RICARDO SANHUEZA ALVARADO

RECONOCIMIENTO

La culminación de este trabajo es producto de un largo y complejo proceso no enunciado. Su realización fue posible gracias al apoyo moral y científico del doctor Segundo Moreno Yánez, catedrático de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a quien expreso mi profundo agradecimiento y reconocimiento.

A los etnomédicos de Manabí, gracias por la amistad y confianza que me dispensaron, en especial a don Sergio. Si este trabajo logra, en parte, servir para una mejor comprensión de las medicinas del pueblo, habré retribuido vuestra confianza.

Debo también mis profundos agradecimientos a los compañeros, docentes y directivos del Departamento de Antropología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que de una u otra forma colaboraron en su realización.

Agradezco también, al Ministerio de Salud del Ecuador que a través del Instituto de Investigaciones Nutricionales y Médico-Sociales, posibilitó la iniciación de esta investigación.

Finalmente, debo mis especiales agradecimientos a la Institución que hizo posible mi desarrollo profesional, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

INTRODUCCION

Los efectos atribuidos a la hechicería o brujería (enfermedad, desgracia, muerte) son tan reales para los creyentes en la hechicería como para los escépticos. Los "efectos", en sí mismos no suscitan problemas antropológicos. Pero las causas a las cuales se atribuyen esos efectos, y los procesos mentales mediante los cuales se les identifica como resultados de la hechicería, crean un problema de interpretación para aquellos que niegan la validez de las creencias en la hechicería.

Godfrey LIENHARDT,
(Antropología Social, 1966: 197).

Existe un especial interés al proyectar la investigación a los sistemas de creencias que integran el nivel ideológico de una comunidad dada, en particular, porque para las ciencias sociales, siempre se ha presentado como un problema de difícil acceso, el descubrir los fenómenos que gobiernan la variación de la velocidad y calidad de los procesos sociales; en general, la norma es un elevado grado de resistencia al cambio por parte de las agrupaciones sociales. Un vía razonable de acceso al problema está constituída por las etnomedicinas; en el lenguaje de la Organización Mundial de la Salud (OMS), medicinas tradicionales. Estas instituciones de gran complejidad por el número de variables que involucran (creencias religiosas integradas en las prácticas de magia, brujería y hechicería, conocimiento de la naturaleza vegetal, animal y mineral, conocimientos médicos, etc.) y que utilizan estos en solucionar una diversidad de problemas humanos relacionados con salud, economía, poder, relaciones afectivas, fuera de constituir un universo complejo, son también un campo de extrema atracción para los investigadores.

Un primer problema de las etnomedicinas, está constituido por una aparente contradicción dialéctica, en efecto, analizadas sus prácticas, estas parecen ser inmunes al desarrollo del proceso histórico; los ritos de purificación, el uso de la palabra, las actividades mágico-brujeriles utilizadas en cada acto curativo, tienen hoy, como ligeras variantes, las mismas técnicas y elementos ya sistematizados en la cultura griega clásica (Gil, 1969: 29, ss.). Desde esa misma época, encontramos una medicina técnica al servicio de las clases dominantes, oponiéndose a las medicinas populares (López Piñero, 1973: 22; Gil, 1969: 29, ss.). Del análisis de estos hechos, surgen dos importantes hipótesis: a) los sistemas medicinales están determinados por la estratificación de clases, y b) las instituciones etnomédicas conservan conocimientos y técnicas milenarias, debido a la demostrada utilidad de estos.

Como veremos más adelante, las etnomedicinas resuelven la contradicción de una aparente falta de proceso, por una parte, conservando los conocimientos y prácticas que han demostrado su utilidad a través del tiempo, por otra, incrementando estos con un permanente estudio de la naturaleza, intercambiando experiencias que ocurren en distintas zonas geográficas y además internalizando los conocimientos que han obtenido de los contactos con la medicina formal y que ellos consideran útiles en sus procesos.

La Antropología tiene ante sí, un serio reto en la investigación de un campo que, a partir de Taylor y Frazer, ha sido tratado generalmente en un nivel puramente descriptivo y que exige actualmente, una profundización en base a los nuevos aportes de la ciencia, en búsqueda de explicaciones esenciales que dan respuesta al fenómeno de la conducta del ser humano.

El antropólogo, que está formado para enfrentarse a situaciones singulares en ambientes que difieren del que le es común, entra en un proceso de múltiples interrogantes aún sin respuesta, cuando estas situaciones que aparecen como pertenecientes a un pasado ya superado, ocurren en su propio medio en la avanzada civilización de fines del S. XX. En una operación de acercamiento, veamos uno de estos hechos ante nosotros: un altar multicolor, figuras de distintos santos, guirnaldas en arreglos polícromos, la cruz en un campo determinado, junto a velas y cintas de colores,

frascos con pócimas, piedras, figuras, etc. llaman inmediatamente la atención. El curandero, un hombre de apariencia común, va golpeando con unas ramas, suavemente, todo el cuerpo del paciente, mientras musita algo parecido a una oración. El resto de los pacientes y sus acompañantes observan tranquilos y conversan; para ellos lo que sucede es absolutamente normal, es su mundo de creencias en acción. Estas prácticas ocurren en algún lugar de Manabí, o en Ilumán, o en cualquier parte del Ecuador donde exista un agente etnomédico. Este mundo mágico, misterioso, que por siglos se ha negado a revelar sus secretos, es el objeto de mi atención. Deseaba saber por qué un acto milenariamente repetido persiste y además, con los mismos principios y fines con que los aplicó un chaman tribal o un "iatromante" (curador) de la antigua Grecia.

El estudio del campo de las etnomedicinas, adquiere mayor importancia a partir de la década de los 60, en que empiezan a desarrollarse intentos de investigación que tenían como objetivos, determinar la efectividad de estas en la solución del problema enfermedad.

Los estudios de las etnomedicinas, reciben un carácter institucional a partir de 1976, cuando la OMS crea el "Comité de Medicina Tradicional" con el propósito de investigarlas en forma amplia y permitir su integración a los sitemas formales de salud, utilizando los conocimientos de demostrada utilidad (OMS 1978: IT. 622). En este mismo sentido y en búsqueda de una cobertura total de los servicios de salud a la población, reconociendo la efectividad de las etnomedicinas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propicia en 1977 una importante reunión de antropólogos y médicos, cuyo tema fue: Medicina Moderna y Antropología Médica en la Población Fronteriza (OPS 1978: 1, 5). Las conclusiones fueron de importancia para este campo de la investigación, tanto por el reconocimiento de las etnomedicinas, como por los incentivos para su estudio.

Se presume, que una región cuyas características están configuradas por un hábitat disperso, alto rango de ruralidad, deficiente infraestructura de comunicaciones, escasa atención de la medicina formal, ya sea por el reducido número de médicos o por la fal-

ta de hospitales y otros medios, presenta óptimas condiciones para un amplio uso y desarrollo de las etnomedicinas. Estas razones determinan que se eligieran a la provincia de Manabí como campo de estudios, primero por reunir (todos) los factores (más) arriba citados, y segundo, por ser una zona de fácil acceso.

Por los antecedentes históricos y etnomédicos de la provincia de Manabí, se determinan las siguientes líneas de investigación: a) aparentemente, ocurrió una temprana desaparición de la población indígena a la llegada de los españoles (este estudio está por hacerse) por lo que es probable que las etnomedicinas de Manabí se caractericen por un mayor grado de influencia de los conocimientos etnomédicos transmitidos por estos, b) siendo el agente (curandero, curandero-brujo, brujo-curandero, parteras, sobadores, etc.) el eje sobre el cual se centran los procesos etnomedicinales, se investigarán casos representativos en sentido amplio, c) clasificadas las enfermedades más comúnmente tratadas por las etnomedicinas, estas se estudiarán en profundidad, y d) determinada la estructura socio-económica, se buscarán las correlaciones de estas con las prácticas etnomédicas.

En los estudios preliminares, al censar los agentes, nos encontramos, no sin sorpresa, con la existencia de una mayor cantidad, de los que suponíamos inicialmente, que practicaban etnomedicina en la provincia, desde el sobador y la partera hasta el brujo-curandero, personaje, este último, que reviste especial importancia por su status y por la calidad de sus conocimientos.

Fuera de las enfermedades más comunes como: resfriados, gastroenteritis, distrofias, etc. en las que los tratamientos son sencillos, los agentes adquieren un rango singular, por tratar aquellas en las que la magia tiene un rol principal, entre estas encontramos el "aojamiento" (mal de ojo), los "males" o "maleficios" y todas las enfermedades causadas por brujería. Especial mención merece la curación de la mordida de serpientes, muy común en la zona; sin la intervención de los curanderos, el rango de mortalidad por esta causa sería bastante alto. El "susto" o "espanto", el "padrón" y la "erisipela", constituyen también preocupación del agente etnomédico.

Queda por investigar qué sucedió con el aporte de los conocimientos médicos de los indígenas. Por los antecedentes logrados, los agentes de mayor importancia estarían fuertemente ligados al "centro ceremonial" de Santo Domingo de los Colorados, centro que operaría institucionalmente en la difusión de conocimientos y control de las prácticas etnomédicas.

CAPITULO I

EL PROYECTO

1. El Problema

Las etnomedicinas, particularmente las practicadas por curanderos y brujos, están inmersas en un universo confuso, misterioso y oculto, en un campo de conocimientos y prácticas que por diversas razones no han tenido la atención científica necesaria. Las prácticas actuales, basadas en siglos de experiencias, —cuyas raíces se pierden en los tiempos primitivos—, la complejidad de sus procesos, la diversidad de sus técnicas, abren para el investigador un área de interesantes perspectivas, con mayor razón cuando hoy, la sociedad está en proceso de reconocer la utilidad de los conocimientos etnomédicos.

El problema planteado se resume en la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las razones de la persistencia de las etnomedicinas y la validez de estas en la provincia de Manabí? Se investigó entre los años 1982 -1985; parte del trabajo de campo efectuado en 1982, se realizó en el marco propiciado por el programa de la OMS: "Salud para todos en el año 2000" (Mahler, 1980: 34) que incentivaba la búsqueda de soluciones alternativas al objetivo propuesto a través de los Ministerios de Salud de los distintos países. Se revalorizaba así a las prácticas anteriores a la medicina científica y que esta había conceptualizado como supersticiones.

En junio de 1976, la OMS. crea el "Comité de Medicina Tradicional", con los siguientes propósitos:

a) Fomentar una consideración objetiva de los problemas relacionados con los sistemas de medicina tradicional, como medio de promover los servicios de salud y contribuir a su eficacia.

b) Examinar los aspectos positivos de los sistemas de medicina tradicional desde la perspectiva de la ciencia moderna, como primer paso para conseguir la máxima difusión de las prácticas útiles y eficaces y para desterrar aquellas de efectos perjudiciales.

c) Promover la integración de los conocimientos y las técnicas de utilización demostrada, existentes en la medicina occidental y en los sistemas de medicinas tradicionales. (OMS. 1978: IT. 622)

En resumen, se pretendía como objetivo central, crear una nueva medicina basada en los recursos de los países de tecnología en vías de desarrollo y de acuerdo con la cultura en la cual esta se aplica.

La investigación de la problemática planteada nos permite introducirnos en los conocimientos de etnobotánica, que los curanderos dominan ampliamente. En la medicina formal, un 60o/o de los fármacos utilizados tiene un origen vegetal (Viesca, 1978: 24); en este aspecto, ambas medicinas presentan un rasgo común. El establecer el potencial de fármacos provenientes de los vegetales utilizados en las etnomedicinas locales, permitirá una solución alternativa frente al alto costo del fármaco de laboratorio. Por ejemplo, el masivo consumo de tranquilizantes y la inversión que esto significa, puede reemplazarse eficazmente por plantas cuya eficacia es reconocida por la medicina científica, como la Valeriana (Valeriana Officinalis L.). La investigación en etnobotánica tiene un innegable interés para la sociedad.

El territorio ecuatoriano, con sus zonas naturales de Costa, Sierra, Región Oriental e Insular, presenta en cada una de ellas peculiaridades geográficas con eco-sistemas y culturas diferenciadas. La base multiétnica, origina un proceso de singular interés por su diversidad para las ciencias en general. En lo atinente a la

investigación de las etnomedicinas, Ecuador es un país de privilegio.

En etnomedicina, cualquier zona es importante; la Sierra conserva un valioso conocimiento prehispánico en las tradiciones indígenas, (los sectores mestizos practican y utilizan una medicina producto del sincretismo americano-español; en la Costa se observa una mayor influencia peninsular, sin embargo, la falta de investigaciones sistematizadas para todo el país, nos impide una visión de conjunto de los conocimientos médicos populares; los trabajos efectuados tienen un carácter zonal, aunque existen algunos de importancia como los de Estrella (1977), Pedersen, Coloma, Landázuri, Pérez en Imbabura y Esmeraldas (1979) y el de Carmen Muñóz-Bernand en Pindilig, provincia del Cañar (1981). La importancia del fenómeno etnomédico ecuatoriano justifica la profundización de la investigación en este campo.

Después de las prospecciones preliminares, creemos que la importancia de las prácticas medicinales del pueblo, tanto por la amplitud de la cobertura, especialmente en el sector rural, como por la cantidad de enfermedades que trata, deberían ser objeto de un estudio que permita realizar un inventario de las etnomedicinas locales, sistematizando sus técnicas, procesos y conocimientos útiles, con el fin de revertirlos a una mayor cantidad de población, y además, transformarlos en un cuerpo intelegible para futuros estudios.

Un problema central presente en el proceso curativo etnomédico, y que ha llamado poderosamente la atención de los investigadores, es la eficacia de los actos curativos. Levi-Strauss explica, en parte, este fenómeno partiendo de una terapia psicológica sobre trastornos psicosomáticos (1968: 163). Comelles, en su tratado sobre Medicina Popular en Galicia (1978), basa el positivismo del curandero en el "inconsciente colectivo"; Sharon (1980), apartándose de la búsqueda de explicaciones en las ciencias actuales, adopta la explicación del curandero Eduardo quien, sobre su arte, comenta: "todo lo relacionado al curanderismo se descubre simplemente a través del estudio de las fuerzas naturales aplicadas a estos misterios que no son misterios" (1980: 16).

En una reinversión de los enfoques que, partiendo de un hecho particular, tratan de explicar el fenómeno etnomédico en base a un conjunto de variables, pensamos que este debe ser ampliamente comprendido como un aspecto con dirección y enlaces múltiples en la configuración de la cultura. Es cierto que determinadas plantas actuarán sobre determinadas enfermedades; es cierto también que muchos de los trastornos de salud son de carácter psicosomático, y que por lo tanto reaccionan a una terapia psicológica, sin embargo, resulta mucho más difícil encontrar una tesis aceptable para explicar la muerte de un sujeto que ha sido hechizado (Levi-Strauss, 1968: 151). Esta muerte, cuyas evidencias indican que es producto de un acto social, sirve para estimular el trabajo antropológico, con el fin de contestar una serie de interrogantes, como: cuál es el rol de la comunidad en el fenómeno; cómo actúa la pauta o patrón tanto en el individuo, como en el grupo; cuáles son los cambios fisiológicos que operan en el individuo; qué rol cumplen la magia, brujería y religión; cómo llegó el ser humano a este tipo de conocimientos? Estamos así, ante un universo que se va ampliando y complicando gradualmente en la medida en que avanzamos en su investigación.

Frente al problema propuesto, enunciamos las siguientes soluciones:

1.- Las etnomedicinas persisten en las sociedades de clases debido a la incapacidad de la medicina oficial o formal para proporcionar cobertura total a los problemas de salud.
2.- Las etnomedicinas persisten en las sociedades de clases debido a la eficiencia en la solución de los problemas de enfermedades que tratan.
3.- La etnomedicina en Manabí tiene una amplia cobertura de población, la que está determinada por la alta tasa de ruralidad y la deficiente dotación de servicios infraestructurales.
4.- El proceso histórico de la provincia de Manabí, ha determinado una etnomedicina configurada en el proceso de mestizaje, con una mayor presencia de elementos españoles, antes que los de los indígenas.

2. *Universo y Unidad de Análisis*

El presente trabajo determina como área de investigación a la provincia de Manabí que tiene una población, según el Censo de 1974, de 817.966 habitantes, distribuidos en un 26.6o/o a nivel urbano y en un 73.4o/o a nivel rural. Esta última variable fue determinante para la elección, debido a que las etnomedicinas tienen una amplia aplicación y uso en el ámbito rural.

Manabí, con 13 cantones y 59 parroquias, presenta solamente 5 centros urbanos de importancia desde el punto de vista del número de habitantes: Portoviejo, Manta, Chone, Jipijapa y Montecristi; el resto de los centros, en general con menos de 20.000 habitantes, se distribuye en un hábitat de carácter rural.

Las comunicaciones que determinan el vínculo con el resto de la sociedad nacional son deficientes, especialmente la infraestructura vial que, por ser poco desarrollada, ha contribuido a mantener en cierto aislamiento a extensas regiones de la provincia. Esta fue una variable que se tomó en cuenta para la selección de las áreas a investigar, y que fueron: los cantones de Chone, Santa Ana y Sucre. Estos permiten cruzar en la investigación una región ampliamente comunicada, como Chone, con otra de mayor aislamiento, Santa Ana, y una intermedia, el cantón Sucre.

Las prospecciones preliminares, el censo de agentes, las características de estos y otras variables como: ruralidad, aislamiento de mayor o menor grado en las comunicaciones y dotación de servicios de la medicina formal, limitó finalmente la investigación en las parroquias de Canuto, Olmedo, Charapotó y el recinto de San Clemente.

Se determinó como unidad de análisis a los agentes de las etnomedicinas, ya que estos constituyen el eje del fenómeno etnomédico.

La prospección inicial logró censar a los agentes y determinar su cantidad y cualidades en base a la calidad de sus conocimientos, tiempo de ejercicio de la etnomedicina y número de pacientes que requieren sus servicios. De un análisis de 45 agentes de las etnomedicinas se eligió como representativas del grupo al brujo-

curandero de Charapotó, 1 curandero-brujo de San Clemente, 1 curandero y 1 curandero-brujo en Olmedo, y una partera en Pueblito. Los informes de los agentes fueron cruzados con los del resto del universo para lograr el máximo de objetividad en el estudio.

3. Antecedentes

Las prácticas médicas frente al problema de salud, originadas en la vida primaria del ser humano, deben haber constituido una profunda preocupación para este, junto con la alimentación, vestuario y albergue. No tiene otra explicación el hecho de que aparezcan claramente diferenciadas en la división social del trabajo, con un amplio conocimiento acumulado y claramente jerarquizadas en la estructura de clases de las sociedades clásicas griega y romana (Gil, 1969: 29, ss.; Alcina, 1982: 19; López Piñero, 1973: 9, ss.).

Una variable aparece fijada muy tempranamente en las civilizaciones griega y romana, es la diferenciación entre las distintas medicinas y los antagonismos entre ellas (Alcina, 1982: 20; Ackernecht, 1942: 548, Gil, 1969: 29). Estos procesos que han continuado hasta hoy tienden a ser modificados, en la medida que nuevas investigaciones están empezando a demostrar las características objetivas de las medicinas que quedaron fuera de las prácticas formales. Estas características alcanzan su mayor grado de diferenciación en las medicinas de Occidente y Oriente; un caso extremo por ejemplo, lo constituyen las prácticas chinas como la acupuntura y otros tipos de tratamientos naturales, que lentamente están penetrando en nuestros medios.

Hemos dicho que las etnomedicinas, aparentemente, son un fenómeno que se ha mantenido al margen del progreso histórico; este hecho basado en la falta de conocimientos sobre este campo, ha permitido el connotarlas como supersticiones, supercherías y prácticas, en suma, sin bases científicas. Estas concepciones han permitido desconocer a las medicinas formales como institución médica. Nuestras observaciones nos aseguran (dejando de lado a los charlatanes) que el curandero enfrenta con seriedad absoluta su

rol de "médico"; el aprendizaje inicial transcurre en un período de 5 a 8 años, antes de que empiece a ejercerlo autorizadamente. Más tarde vivirá en continua observación de la naturaleza (de otro modo no se explicaría el uso de plantas y otros elementos locales en sus tratamientos) y, finalmente, en la interrelación con sus pacientes y lecturas; así irá rescatando los conocimientos de la medicina científica que él considera de utilidad.

El error del desprecio a un importante conocimiento acumulado por la humanidad en milenios, se debe a un equivocado enfoque de investigación de las etnomedicinas, aislándolas del contexto social en la función clases; aunque estas se describen, no se les ha dado el valor que tienen como explicación del fenómeno que tratamos. Creemos que existe una relación directa entre clase social y etnomedicina, enunciada en términos de hipótesis: las clases sociales dominadas, frente a la imposibilidad de acceder a las medicinas formales en su totalidad, han creado un sistema necesario y suficiente frente al problema enfermedad. Queda sugerida así, una línea de investigación futura.

El conocimiento de los curanderos se hace más complejo al internalizar como parte de sus prácticas a la magia, brujería, hechicería y religión, integrándolas en un todo, junto con la medicina. Para el investigador, diferenciar esta visión totalizadora constituye una difícil tarea por la imposibilidad de fijar las fronteras de cada aspecto cultural. Si bien para nosotros es importante fijar qué roles desempeña cada una de las prácticas indicadas, para los niveles sociales que son el objeto de las etnomedicinas, no existe una separación entre lo sagrado y lo profano o entre lo natural y lo sobrenatural, para ellos, el proceso integra a estos en una totalidad.

En el dominio del conocimiento médico, los curanderos emplean como técnica la canción shamánica o a la oración ritual; de esta forma, entramos en el campo del uso de la palabra como práctica terapéutica. A este acto, hoy casi olvidado por la medicina formal, se le ha concedido, desde la antigüedad, un importante efecto como elemento curativo (Gil, 1969: 217-238). Al respecto el médico ruso Leonid Krasov expone: "la palabra es un poderoso instrumento capaz de reforzar la acción terapéutica de los remedios y tratamientos. Pero también puede anularlos. Por eso

el médico debe usar este instrumento con sumo cuidado" (1985: 156). Estas prácticas, para las cuales los agentes informales usualmente no tienen explicaciones, son las que nos permiten dar a las etnomedicinas un valor objetivo.

El centro de nuestro universo de estudio lo constituyen los agentes, en particular el curandero, quien constituye, por ser el depositario del conocimiento, el nexo a través de los tiempos de este sistema medicinal; al respecto Viesca indica: "en cada grupo humano en el que existe un individuo entendido en los problemas de salud, este da lugar a una medicina tradicional" (1978: 11).

El curandero, que usualmente es confundido con el brujo y en menor grado con el hechicero, debe ser claramente diferenciado de los otros agentes ya que la comprensión de estas categorías es básica para entender el fenómeno etnomédico. En este campo encontramos distintas especialidades de curanderos: curanderos-brujos, brujo-curandero, shaman, brujo, hechicero, charlatanes, etc., cada uno de ellos trabajando en los sistemas de praxis y conocimientos que limitan sus campos de acción. La confusión de estas categorías y los contenidos que les corresponden, llevan a múltiples problemas de interpretación en el estudio. Este aspecto está suficientemente desarrollado en el apartado de conceptos.

Al profundizar en el estudio de las etnomedicinas, término que comprende todas las prácticas médicas que están fuera de las formales o científicas, como son: medicina popular, medicina aborigen, medicina empírica, medicina tradicional, medicinas domésticas, etc., entramos en un proceso bastante amplio y que exige rigurosidad en su tratamiento debido a que, para los diferentes grupos sociales estudiados, existen prácticas médicas particulares que obedecen a determinada cultura, por esta razón, el estudio de las prácticas etnomédicas en cada contexto, determina diferentes enfoques de investigación.

En la etapa de estudio de los datos iniciales de la investigación, si es posible, debe determinarse el origen del cuerpo de conocimientos de las etnomedicinas. Si consideramos el proceso de sincretismo entre las culturas indígenas y la hispana, el mayor o menor grado de influencia de una sobre otra, originará distintos resul-

tados, tanto por los elementos en acción como por las formas que adquieren las prácticas. Las etnomedicinas con mayor aporte indígena se inscribirán en los campos shamánico y brujeril por excelencia; en cambio, la tradición médica desarrollada en Europa a partir de las culturas clásicas griega y romana influencian nítidamente en las hispanas.

Por las observaciones que hemos realizado, y con el cruzamiento de los datos de las obras de Comelles y Gil (1978, 1969), podemos inferir que un importante número de rasgos de las etnomedicinas manabitas tienen sus raíces en la tradición española. Esta perspectiva es importante debido a que permitiría el rescate de antiguas formas europeas de medicina. Los aspectos con mayor similitud son los que tienen que ver con enfermedades como el aojamiento, espanto y erisipela, en general, aquellas atribuidas a la brujería. Es indudable también, que la influencia regional, particularmente en aquellos curanderos relacionados con el "centro" de Santo Domingo de los Colorados y otras *escuelas*, han dado origen a un importante y enriquecedor proceso de prácticas médicas.

Un caso raro en la tradición española y que suscitó nuestro interés en el análisis bibliográfico, fue la práctica del "bautismo anticipado" (Comelles, 1973: 56). Suponíamos que al encontrarlo en Manabí, nos permitiría una base más objetiva de correlación con los aspectos de la etnomedicina hispana internalizados por el pueblo manabita. La pauta resultó bastante conocida: se recurre a ella cuando el niño no bautizado está en peligro de muerte por enfermedad u otra razón. Cualquier persona que conozca, administra el "agua" o los "primeros auxilios del bautizo" como sigue: se vierte un poco de sal y se hace una cruz con agua en la cabeza del niño diciendo, "yo te bautizo (se indica el nombre del niño) en nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo", y se reza un Padre Nuestro y un Ave María.

La problemática etnomédica presenta innumerables aspectos de importancia para la investigación. Entre los temas de mayor interés se pueden enunciar: el rol de las medicinas estudiadas, las posibilidades de uso por parte de los sistemas institucionalizados, las características de los procesos curativos, las concepciones tanto de los agentes de las etnomedicinas como de la comunidad en la

cual esta existe, las bases teóricas del cuerpo de conocimientos, el proceso de incorporación de los agentes, el proceso de enseñanza-aprendizaje de las prácticas médicas, la interrelación entre las distintas zonas geográficas, el rol histórico de las etnomedicinas, la concepción salud-enfermedad, la utilización de la magia y la religión en etnomedicina. Estas son algunas de las variables que nos parecen de mayor importancia en el campo etnomédico, campo que exige un trabajo interdisciplinario de carácter amplio, si es que pretendemos el rescate de un conocimiento que hasta hoy permanece marginado en el sistema social.

4. Métodos y Técnicas

En estudios anteriores, se han utilizado tres métodos para investigar a las etnomedicinas; Gil (1968: 7, ss.) los clasifica así: histórico, comparativo y estructural. De acuerdo a sus conclusiones, con las que coincidimos, ninguno de estos explica científicamente a las etnomedicinas, más aún, cuando estas aparecen indistintamente en diferentes formaciones socio-económicas.

El examen de los métodos histórico, comparativo y estructural, aplicados al estudio de las medicinas, es exhaustivo en la obra de Gil, por lo cual referimos a ella a los interesados en el tema. Definiremos brevemente estos:

a) Método histórico: el principal exponente de este es Hofschlaeger (Gil, 1968: 24, ss.). Se supone a la medicina evolucionando desde un estadio primitivo hasta las civilizaciones superiores. Sin embargo, con la aparición de la magia y la religión, se crean complejos procesos que impiden conceptualizar un desarrollo lineal evolutivo de la medicina. Aún hoy es común la interpretación de la enfermedad como un proceso en el cual intervienen causas naturales y sobrenaturales (mal de ojo, espanto, etc.). Si la interpretación de Hofshlaeger fuera correcta, las influencias de la magia no deberían existir actualmente. Otro problema importante en la explicación del proceso evolutivo de la medicina, es la imposibilidad de reconstruir sus orígenes en el mundo primitivo y en las etnomedicinas actuales, cuya transmisión es, en su mayor parte, de carácter oral.

Ackerknecht, sugirió como alternativa entre las limitaciones del método histórico, una explicación de la medicina basada en el método comparativo y estructural, indicando que: "la medicina, como el derecho, el arte, es una institución social, su estudio no puede hacerse desligado del 'cultural pattern', es decir, del contexto estructural de la cultura de cada pueblo, de su urdimbre de creencias, valores, ideales y de su organización social y política" (Gil, 1968: 27). Más adelante, con el estudio de las etnomedicinas en Thongas, Cheyenes y Dobuanos, llega a las siguientes conclusiones:

1o. No hay primariamente una sola 'medicina primitiva' sino muchas medicinas diferentes.

2o. Las diferencias entre las medicinas primitivas son mucho menos diferencias de elementos (tienen gran número de ellos en común) que diferencias en la estructura (pattern) medicinal que construyen y que está condicionada fundamentalmente por la estructura cultural.

3o. El grado de integración de los diferentes elementos de la medicina en un todo y de la medicina en su totalidad en el contexto cultural (cultural pattern) varía considerablemente. (Gil, 1968: 27-28).

Si bien estas conclusiones corresponden a las medicinas primitivas, eliminando este concepto, pueden ser aplicadas con toda rigurosidad a las etnomedicinas actuales. En el área analizada, dependiendo del agente, curandero, brujo, brujo-curandero, encontramos prácticas bastante diferenciadas, sin embargo, con procesos y elementos comunes entre sí.

Para la interpretación actual, el resumen de Ch. Coury, citado por Gil, (1968: 26-27) nos presenta un esquema explicativo amplio de los elementos que intervienen en las etnomedicinas: "Antes de la fase animista, el hombre primitivo tiene una vaga noción de 'fuerza' de carácter más o menos material, que emana de las cosas de un mundo espontáneo o provocado por la acción del mago. Estas 'fuerzas' tienden a transmitirse por contacto y entran en relaciones mutuas de atracción y repelencia (similia, similibus, contraria, contrariis). De ahí la práctica de remedios homeopáticos y las curas por contrarios. El contacto con esas fuerzas produce la enfermedad, que en su fase, dijéramos de sobreañadido exter-

no, puede disolverse, 'lavarse'. con ritos purificatorios y elementos catárticos como el agua. Si han penetrado ya en el organismo se ponen en práctica otros procedimientos como la succión, apertura de orificios para su salida (trepanación) o clisteres. Esto implica tener un conocimiento empírico de ciertas plantas. Pero el mero conocimiento empírico de las mismas no basta: la 'fuerza' de las plantas debe ser invocada o reforzada por la palabra mágica, que a su vez es una emanación dinámica de quien la profiere, y tiene entidad y pervivencia autónoma. La palabra desempeña un papel fundamental en la medicina de los primitivos. La extracción de la enfermedad puede hacerse por vía de contagio a una persona, a un animal (transferencia y sustitución). Como profilaxis se emplean amuletos, talismanes, fetiches que transmiten su fuerza a quien los porta, y rechazan la de la enfermedad. Cuando al dinamismo le sucede el animismo, las enfermedades se conciben como démones que toman asiento en el interior del enfermo y las prácticas expulsatorias se reinterpretan en este nuevo sentido, aunque ahora la mímica y los gestos (que reproducen simbólicamente una operación que se pretende realizar en el interior del organismo sobre algo que no se ve) son fundamentales. La palabra adopta la forma de exorcismo, de conminación bajo amenazas terribles a la salida del demonio maligno.

Las concepciones expuestas en este resumen han sido citadas debido a que ellas son, esencialmente, las que sirven al curandero como explicación de la enfermedad, es decir, forman su universo conceptual y determinan las formas de sus prácticas. Las reflexiones de Coury, están enunciadas en términos de procesos y constituyen una teoría que debe ser probada; sin embargo, su discurso constituye un punto de partida para comprender las etnomedicinas. Las medicinas populares no pueden ser entendidas en forma separada de las formaciones sociales en las cuales se han desarrollado. El iatromante tiene características que lo diferencian del mago de la Edad Media y del curandero o brujo actual, de la misma forma que estos se distinguen del shaman tribal. La etnomedicina se dimenciona así, con perfiles determinados históricamente, actuando en contextos sociales diferenciados como institución cultural real.

Los métodos y técnicas empleados en Manabí, revelaron su eficacia en el proceso de investigación. Como técnica central se utilizó la teoría de sistemas que permitió la elaboración teórica del plan de investigación, probado este en la práctica, fue determinante para verificar el cumplimiento de cada una de las etapas del proyecto (apéndice 1).

En los aspectos metodológicos, se cruzaron la observación participante, descriptiva e histórica.

Creemos que la teoría de sistemas utilizada inicialmente en ingeniería, es un útil instrumento para determinar las distintas etapas del proceso de investigación, se puede definir esta (Kaufman, 1980: 22, 40) como un proceso administrativo que incluye planificación, diseño, implantación, control, evaluación y revisión del trabajo investigativo. Al fijarse los vacíos iniciales y el proceso en función de tareas de diferentes niveles y dimensión espacio-temporal, para determinar el polo final (objetivos tradicionales), entrega al investigador una guía rigurosa que le permite seguir minuciosamente cada paso de la investigación. De acuerdo con nuestros objetivos, utilizamos una matriz que permitió la guía y control de las diferentes etapas de investigación.

Después de las primeras prospecciones, censados los agentes de las etnomedicinas, se estudiaron casos representativos en profundidad, los agentes se eligieron en base a la cantidad de pacientes que atendían, el valor que les asignaba el pueblo y la cantidad y cualidad de sus conocimientos y prácticas.

Por las observaciones antropofísicas que previamente habíamos realizado y por la información bibliográfica analizada, suponíamos que por la temprana desaparición de los indígenas (ver supra), la no existencia actual de estos en la provincia y siendo una gran parte de los habitantes de características caucasoides, este último grupo conservaría las tradiciones de la medicina popular española con mayor énfasis que las de los indígenas. Las enfermedades clásicas tratadas por la etnomedicina: aojamiento, susto, padrón, erisipela, presentan, en cuanto a definición y tratamiento, las mismas características en Manabí que en aquellas descritas por Comelles (1973) en su estudio de Galicia.

Una variable importante, como es lógico, es la etnobotánica local. Fuera de la tabulación y descripción de los diferentes usos de las plantas, no se diseñaron técnicas especiales para este campo ya que corresponden particularmente a la botánica y bioquímica.

En reemplazo del diario de campo y por experiencias anteriores, se utilizó la grabadora. El traspaso de cassette implica un tiempo adicional en el momento del análisis de datos, la acumulación de información se incrementa notablemente, ya que se cuenta con el lenguaje de los informantes, que constituye una valiosa base de datos adicionales. Escuchar una conversación permite decodificarla cuantas veces sea necesario, permite al investigador conocer aspectos e ideas no tomadas en cuenta inicialmente.

Como apoyo al método de observación aplicado y con el fin de lograr una mayor eficiencia en la recolección de información, se estructuró un cuerpo de guías que el investigador aplicó de acuerdo a las condiciones del "rapport" (apéndice 2).

5. *Términos básicos*

Parte de la terminología usada en este estudio está aceptada por las creencias sociales y médicas, aunque no existe consenso de conceptos en aquellas dedicadas al estudio de las etnomedicinas, y más aún, tampoco existe una nimidad de criterios entre los autores de una misma disciplina. Lienhardt sostiene: "el término hechicería para denotar esencialmente un supuesto acto psíquico que produce un daño que no siempre puede ser considerado como si hubiese sido planeado deliberadamente" (1966: 195); en cambio, Annmarie de Waal, expone: "La hechicería difiere de la brujería en que sus métodos no son psíquicos sino materiales. Un hechicero es alguien que intencionalmente, trata de hacer daño a sus enemigos" (1975: 333), la contradicción entre ambos autores es evidente.

Para el uso de los conceptos, en este estudio hemos contrastado los datos obtenidos en terreno con los aportes teóricos de los autores que más se acercan a nuestras observaciones. Incluso hemos introducido en algunos casos, una terminología que consideramos más objetiva de acuerdo a nuestras experiencias.

Para el estudio de las etnomedicinas hemos considerado a estas, de acuerdo a la definición usada por Maday (1978:84-85) aunque modificada con fines de exactitud, como un: "sistema de conocimientos y prácticas médicas que existen fuera del marco de la medicina cosmopolita, oficial, formal u occidental".

La medicina formal de acuerdo al Diccionario Enciclopédico de Medicina JIMS (1980: 570): (del gr. medomai, tener cuidado), es el arte y ciencia de conocer las enfermedades y de tratarlas y curarlas, especialmente las enfermedades internas. Agregamos: "institucionalmente reconocidas".

La relación salud-enfermedad, fin de las prácticas etnomédicas, debe ser entendida, para la primera: "estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de enfermedad o minusvalencia" (OMS, Mahler, 1980: 34), ampliamos este concepto de acuerdo con Loudon y Fortes (Maday, 1978: 84) en términos de la exposición antropológica indicando que: "el término salud es una unidad de referencia y no necesariamente una entidad clínica como lo entiende la medicina formal, sino, una experiencia de vida del individuo, la familia o la comunidad". De acuerdo con estos mismos autores, la enfermedad es concebida: "como una alteración de la salud, cuya interpretación se basa en un sistema de referencia fijado por la cultura, que es inherente a un individuo, familia o comunidad" (Maday, 1978: 84).

En función operativa, hemos utilizado el término "agente de la medicina" para denotar a todas aquellas personas que, practicando una o más de las especialidades de las medicinas, son reconocidas así por la sociedad. El centro generador de la etnomedicina es el curandero, especialista en esta, y reconocido según las enfermedades que trata (Viesca, 1978: 12). En el trabajo de campo encontramos el curandero general "Médico" que trata todo tipo de enfermedades; a los especialistas en aojamiento, susto, espanto; el sobador que trata los traumatismos; la partera, especialista de bastante importancia en la comunidad por los servicios que presta a nivel obstétrico y que usualmente es un curandero a curandera con amplio conocimiento de etnobotánica aplicada a este fin y con un gran empirismo.

Atención aparte merece el curandero-brujo y el brujo-curandero, el primero con un conocimiento amplio de ambos campos, utiliza la brujería como "contra" con el fin de eliminar el mal causado por el brujo. El segundo, por el contrario, igualmente preparado, utiliza la brujería para ocasionar "daño" o "mal". Es importante hacer esta diferenciación por la gran confusión que se observa en los textos sobre el tema y que conduce a errores de interpretación de actividades que son singularmente distintas.

El brujo puro es prácticamente desconocido; entre todos los agentes censados encontramos un solo caso de especialista en brujería. La actividad del brujo está orientada a causar un "mal" por medio de la brujería y la magia negra. Es usual requerir los servicios del brujo para solucionar problemas de "amor" y sexo o para vengarse de un enemigo. La mayor parte de los brujos son al mismo tiempo curanderos.

Hechicero, brujo, shaman, mago, son también términos que inducen a confusiones que pueden causar el error de todo un tratado. La hechicería nos parece bien definida por Lienhardt, como: "supuestos actos psíquicos y prácticas sociales esotéricas que producen daño, el cual no siempre es causado deliberadamente". Nuestro concepto de brujería es una síntesis de las expresiones de Lienhardt (1966: 195), Fantoni (1974: 14-16, 171), Dittmer (1960: 96), expresado como sigue: "Prácticas esotéricas (ocultistas) en las cuales existe una intención consciente y abierta para hacer daño por medio de fórmulas mágicas o medios naturales". Tanto el hechicero como el brujo quedan definidos entonces por la utilización de una u otra práctica.

El campo de la brujería y la hechicería está dominado por la magia, especialmente la magia negra; esta cualidad permite diferenciar al shamanismo y al shaman, ya que usando estos conocimientos, sin embargo, se caracterizan por su vinculación con el mundo de lo espiritual y el animismo. La magia, como la conciben Marcel Mauss (1971: 148-150), Levi-Strauss (1968: 151-167), Fantoni (1974: 13-39), De Weal (1975: 25-26), Dittmer (1960: 92-97), queda definida como un "sistema de creencias, rituales y prácticas culturalmente sancionadas, cuya función es el dominio de lo sobrenatural para ponerlo al servicio del ser humano". El mago

es entonces, el practicante de la magia, persona que trata de dominar los poderes sobrenaturales con el fin de utilizarlos en su beneficio o en el de la sociedad.

El dominio de lo sobrenatural, fija la diferencia con la religión, aceptando la definición de Waal (1975: 24-26) entendemos a esta como: "Sistema de acciones e interacciones basadas en creencias compartidas culturalmente en poderes sobrenaturales y sagrados, no dominados por el ser humano". En la religión se implora, en la magia se obliga.

El shamanismo, es un proceso sincrético que involucra prácticas mágicas, , religiosas, brujeriles y médicas en un todo. Beals-Hoijer (1969: 579-582) definen al shaman como: "en sentido amplio se refiere a un hombre o una mujer que sirven a una sociedad como prácticos religiosos ocasionales. En la sociedad a la que pertenece se cree en sus poderes extraordinarios de dominio sobre la naturaleza, entre otros, alejar o calmar tormentas, ahuyentar o atraer animales de caza, comunicación con los espíritus, causar el mal mediante hechizos o brujería; su función más importante es curar enfermedades". La técnica básica del shaman es el encantamiento, además de servirse de la magia y la brujería.

CAPITULO II

ASPECTOS TEORICOS DE LA ETNOMEDICINA

Un primer problema para el estudio de las medicinas, (en las cuales incluimos las etnomedicinas), está en el número de ciencias que con ellas se relacionan, entre estas encontramos la historia, antropología, medicina, arqueología, ciencias biológicas, química, etc. Es probable que la falta de estudios interdisciplinarios en este campo, sea la causa de no lograr hasta hoy, una interpretación total de este aspecto de la cultura.

Sin perder de vista el comentario anterior, podemos afirmar que la antropología entendida en "latus sensus" es una de las ciencias con mayor rasgo de aprehensión y análisis para el estudio de las etnomedicinas. En un estudio amplio y comprensivo de estas, puede trasladar su enfoque desde las características biológicas del fenómeno (antropología física), pasando por los diferentes aspectos de la cultura que en ellas operan, como la magia, religión, hechicería, instituciones, interrelaciones sociales, etc., hasta el proceso histórico en una visión totalizadora apoyada por la arqueología (antropología socio-cultural).

Herskovits citando a Ackerknecht (1974: 247) nos proporciona un ejemplo de lo anterior que está comprendido en el estudio configuracional de la cultura, expone: "En primer lugar podemos considerar un estudio configuracional, el de Ackerknecht, en el cual se analiza un solo aspecto de la cultura, la medicina. Este investigador utiliza datos de una cultura de indios americanos, una cultura melanesia y otra africana; estudiando la medicina

en cada una de ellas, no como un departamento separado de la cultura, sino como una parte de su más amplia configuración. En cada caso, muestra cómo el patrón de creencias y prácticas médicas, esto es, la curación de los enfermos, está de acuerdo con las más amplias sanciones subyacentes en la cultura.

La medicina formal o científica rechazada en general a las etnomedicinas, por considerarlas vestigios de supersticiones del pasado. En antropología es imposible negar como pauta real de la cultura a la creencia en el mal de ojo o en el embrujamiento. Un individuo en cuyo sistema de referencia ocurre esta enfermedad, no podrá ser tratado por la medicina formal; para sanarse, deberá someterse a los tratamientos de un curandero quien, por decirlo en las palabras de Levi-Strauss, "proporciona al enfermo un lenguaje en el cual se pueden expresar estados informulados e informulables por otro camino" (1969: 179). Hechos como estos, nos permiten afirmar un aspecto que tratamos anteriormente, cuando enunciamos la enfermedad como un hecho de la cultura (ver infra).

El campo de las etnomedicinas ha sido aspecto tradicional de estudio de la antropología, al respecto Dittmer expresa: "La medicina primitiva descansaba, junto con todas las prácticas mágicas, en conocimientos racionales y farmaceúticos muy bien fundados, así como en su empleo racional; logró enriquecer nuestra propia medicina" (1960: 147). Creemos que los avances en los conocimientos de fisiología cerebral, estado anímico y conducta, que empiezan a ser estudiados más profundamente a partir de la década de los 60 con los estudios de los Drs. James Old y Peter Millner en la Universidad de Mc Gill, podrán dar respuesta a las causas de un gran número de enfermedades tradicionales, básicamente porque parte de ellas corresponden a alteraciones de orden psicológico (Levi-Strauss, 1969: 151, ss.). Para quienes estén interesados en este tipo de estudios, los trabajos de Old y Millner fueron posteriormente continuados por A. Routtenberg de la Universidad de Northeswestern (1979: 76).

El estudio de las medicinas, es un segundo problema que no solo se complica por la necesidad de una actividad multidisciplinaria, sino también, por las diferentes corrientes de interpreta-

ción al interior de cada ciencia. Este factor generalmente descuidado en investigación, causa serios problemas en los equipos de trabajo, siendo causa de fracasos. Un grupo de antropólogos funcionalistas, estructuralistas y dialéctico-materialistas, difícilmente lograrían un resultado académico objetivo. En el campo de los estudios de las medicinas el factor 'escuela de interpretación' tiene un rol determinante en las conclusiones que se obtendrán.

Según Gil (1969: 23), el historicismo planteó, utilizando el *sentido darwiniano de evolución*, una representación del desarrollo de la medicina en un esquema de carácter lineal. Se parte del intento de curarse, tanto de hombres como de animales, llegando a la sistematización posterior de estos conocimientos, con la aparición de la magia y de la religión; finalmente, la evolución que ocurre en estos aspectos permitiría la aparición de la medicina científica en el S. XIX. Esta interpretación no explica la coexistencia de los distintos sistemas médicos en la historia, los cuales son motivo de la preocupación de este estudio. Hofschlaeger, principal exponente de la corriente historicista (Gil, 1969: 23-24) plantea que, "las picaduras de insectos, serpientes y heridas en enfrentamientos con otros hombres y animales, permiten al ser humano comprender la enfermedad como la introducción al organismo de un cuerpo extraño que es necesario extraer, de ahí que los procedimientos de succión, tanto reales como simbólicos, sean comunes en las etnomedicinas. Cuando se desconoce la naturaleza y localización del cuerpo extraño, se hace los mismo simbólicamente". Surgen así los rituales medicinales en los cuales el canto y la danza sirven para expulsar el invisible agente de la enfermedad. En las etnomedicinas actuales el "santiguamiento" y la "limpieza" utilizadas por el curandero junto con el exorcismo, corresponden al tipo de prácticas señaladas por Hofschalaeger.

Es objetivamente imposible reconstruir los inicios de las prácticas médicas a partir de la vida primaria del ser humano, estas siempre quedarán en el nivel de las hipótesis. En esto se basa Ackerknecht (Gil, 1969: 25) para proponer el estudio comparativo a partir de un enfoque estructuralista enunciados como sigue: "campos de conocimientos de diferentes sistemas médicos, debidamente comprobados, permiten inferencias científicas de los prin-

cipios que las gobiernan". Pensamos que esto no es una posibilidad simple, debido a que con la aparición de la magia, brujería, hechicería y religión, se introducen en las medicinas un complejo proceso de transformaciones. Cuando el curandero limpia el cuerpo del paciente con una poción, santiguando en lugares preestablecidos, con un paño de color rojo que ha sido tratado anteriormente, se mueve en un complejo de prácticas que podemos definir en dos sentidos: a) proceso sincrético de carácter mágico-religioso y b) aplicación de técnicas médicas, particularmente las psicoanalíticas en el sentido que las otorga Levi-Strauss (1969: 163-167).

Finalmente, tratando de fijar un ámbito de acción de las etnomedicinas, debemos considerar el aporte de Carlos Viesca, de la sección etnobotánica de Ineplan, México, quien plantea: "cada grupo humano en el que exista un individuo que conozca el manejo de ciertos problemas de salud y lo transmita a sus descendientes o discípulos, da lugar a una medicina tradicional que puede enriquecerse a medida que entra en contacto con las practicadas por otras comunidades e, inclusive, adopta elementos curativos de sistemas médicos de carácter académico" (1978: 11).

Llegamos así a un punto que nos parece crucial, es la contradicción entre una medicina científica, institucionalizada, que no acepta las otras prácticas por acientíficas, y las etnomedicinas, que aparentemente, al margen del progreso, han demostrado, sin embargo, ser también eficaces. En síntesis, el conocimiento del pueblo en oposición al conocimiento de élite. *Esta contradicción que estimamos fundamental, al ser resuelta científicamente*, permitirá fijar las bases para la comprensión y estudio del fenómeno de las medicinas en general. El análisis en este campo nos lleva a concluir que la mayor parte del trabajo de investigación, está por hacerse.

1. Taxonomía

La etnomedicina, concepto utilizado para diferenciar lo que la sociedad occidental conoce como medicina científica, formal, biológica, cosmopolita o institucionalizada (Maday, 1979: 84;

Viesca, 1978:11, ss.) incluye una parte de las prácticas médicas que corresponden a los grupos sociales en los cuales es posible reconocer una determinada praxis médica, como por ejemplo: medicina popular, medicina aborigen, medicina folklórica, medicina doméstica, medicina tradicional.

El *problema taxonómico* de las etnomedicinas, evidencia una falta de consenso en un campo de estudios que recién empieza a ser valorizado por las instituciones médicas (ver supra). Por ejemplo, el concepto "medicina tradicional" le da un carácter no dialéctico a un fenómeno que siempre ha estado en proceso de transformación. Clasificar las etnomedicinas, supone un esfuerzo multidisciplinario no realizado hasta ahoy. Aceptamos por más comprensiva la exposición de Maday (1978: 84-85) quien expone: "la mayor parte de los autores no han hecho mayor problema de terminología y taxonomía, entendiendo por etnomedicina, el 'sistema de conocimientos y prácticas existentes fuera del marco de la medicina cosmopolita', en tanto que, la medicina occidental o biológica es siempre referida a 'patologías reales' o 'medicina científica' ". Observamos: ¿Las etnomedicinas no tendrán patologías reales? ¿Las etnomedicinas son realmente acientíficas?. En los temas expuestos existe una gran relatividad, que exige necesariamente estudios rigurosos y discusiones.

2. *Etnomedicina y campo de estudio*

En principio, a la etnomedicina se le han fijado como campo de estudio todos los sistemas médicos existentes fuera de la medicina formal; al respecto, Viesca establece: "La diversidad de las medicinas tradicionales obliga, una vez definido el término y sus alcances a individualizarlas para su estudio. Así podemos investigar qué rol desempeña dentro del campo de la cultura en la que se origina, cuáles son las características de la cosmo-visión que le sirven de base, qué criterios causales son tomados como válidos, cuáles son los conceptos de salud y enfermedad, cómo se clasifican los procedimientos, con qué elementos curativos se cuenta y cómo actúan, qué requisitos debe llenar el curandero, cómo son sus

prácticas y las relaciones médico-paciente; solo cuando tengamos respuesta para estas preguntas, estaremos en posibilidad de ofrecer un esquema integral tentativo de esa medicina tradicional que nos permitirá retroalimentar nuestro plan de investigación y llevarnos a ampliarla, reorientarla o modificarla sustancialmente por una parte, e iniciar la formulación de principios de carácter general por otra" (1979: 12).

Las etnomedicinas al integrar en sus procesos prácticas de exclusiva acción médica, prácticas mágicas y prácticas religiosas, se ubican en un amplio espectro del conocimiento; el grado de objetividad de sus principios, la cualidad y cantidad de sus conocimientos que resumen siglos de experiencia humana, la transforman en foco de interés científico, que para realizarse hace necesaria la reflexión epistemológica que le permita un marco de acción, libre de subjetivismos.

3. *Salud, enfermedad en las etnomedicinas*

Para este estudio, hemos desechado en general aquellas concepciones como las expuestas por Luis Gil, en el sentido de que la enfermedad es un acto estrictamente individual (1969: 34), aceptando la definición de Loudon y Fortes sobre el estado salud-enfermedad, que consideran a estas como una experiencia de vida de los individuos, familias y comunidades y no como entidad clínica en abstracto (Maday, 1978: 84).

Desde la antigüedad, y especialmente bajo la influencia de la brujería y más tarde sistematizada en la religión, se acepta que el enfermar se divide en dos grupos de procesos: a) enfermedades del cuerpo u orgánicas y b) enfermedades del alma o espíritu (Comelles, 1973: 5-6). De acuerdo con nuestra experiencia de campo, estimamos que existe consenso en cuanto a la primera clasificación, sin embargo con respecto a las enfermedades del alma o espíritu, estas se definen mejor como enfermedades de carácter mágico en el uso que Marcel Mauss hace de esta categoría (Mauss, 1971: 109-152).

La clasificación anterior parte, más bien, de las categorías que la civilización occidental usa y cuyos esquemas aplica en las

prácticas de análisis. Un hecho debe quedar establecido: tanto para el enfermo como para las colectividades que funcionan en los sistemas de la etnomedicina, el enfermar es una totalidad.

En cuanto a las enfermedades de carácter mágico, estas tienen para el ámbito de la psicología y psiquiatría un particular interés. Nuestras prácticas informan que el acto del curandero, en algunas enfermedades, tiene bastante similitud con los actos propios de un psicoanalista. Esto no es nuevo, en la descripción y análisis que Levi-Strauss hace de la acción shamánica del texto de Wassen y Holmes y su eficiencia simbólica entre los nativos Cuna de Panamá y la acción de los hechiceros Kwakiutl y Koshimo, queda establecido las connotaciones de carácter psicológico que presentan los cuadros patológicos de estas comunidades y a las cuales se pueden aplicar sin dificultad los métodos utilizados en la psicología y psiquiatría modernas. (1969: 179-185).

CAPITULO III

EL AMBIENTE

Historia y etnomedicina

Los antecedentes históricos nos interesan en su relación con las etnomedicinas, en cuanto nos permiten explicar en términos de proceso cómo han evolucionado en determinado período las instituciones médicas. Suponemos que en Manabí, como en cualquier otra parte del país, las etnomedicinas están constituidas por aportes de la cultura indígena y española, excluimos por ahora, el aporte de los grupos afros que puede estar presente en las provincias de Esmeraldas e Imbabura, debido a que no se observan stock de estas poblaciones en la región. Siendo las etnomedicinas, en América hispano parlante, un producto sincrético de las culturas originales y la española, sin embargo, existen diferencias en el grado de aporte de cada cultura en particular. Podemos observar variaciones considerables entre las medicinas de la Sierra, de la Costa y del Oriente, dependiendo estas del grado de resistencia y existencia de los grupos indígenas. Los sabios de Imbabura (yashak de Ilumán), el curandero-brujo Shuar (uwishin o yajauch-uwishin) y el curandero mestizo de Manabí presentan diferencias en la estructura y sistema de sus procesos medicinales, situación que podemos comprobar al comparar este trabajo con el de Harner en la etnia Shuar (1978) y el reciente de Carmen Muñoz-Bernand en Pindilig (1981).

En Manabí no existen actualmente curanderos indígenas y nuestras observaciones nos permiten asegurar que los agentes: o son mestizos o son fenotípicamente caucasoides europeos. Siendo el Ecuador un país con una elevada población indígena, nos sorprende este fenómeno, más aún, si consideramos que a través del estudio de las etnomedicinas, accedemos a rescatar los elementos prehispánicos, a configurar parte de una historia que nos es difícil de reconstruir; en el caso de Manabí, aparentemente este objetivo no se justificaría. Qué sucedió con la población indígena? Es una interrogante que nos preocupamos de responder.

Una observación antropofísica superficial, por cuanto no era el objetivo de esta investigación, nos informa que la población actual de la provincia está compuesta por un alto número de mestizos en la Costa y en las vertientes andinas, y al interior un grupo caucasoide europeo bastante diferenciado. La inferencia es que, parte de los indígenas fueron asimilados en el proceso de mestizaje y otra parte bastante importante fue aniquilada por los españoles. La situación de violencia que vivió la provincia durante la conquista y la colonia (S. XVI - XIX) no permitió los espacios para una integración de importancia en los sistemas médicos de las distintas culturas. Por la magnitud de lo acaecido en ese período y por la relación de esos hechos con los conocimientos que nos preocupan, describiremos a continuación algunos aspectos esenciales para entender esa época.

Una primera hipótesis para explicar la ausencia actual de los primitivos pobladores y manejada por distintos autores (Loor, Estrada, Dueñas, etc.) es la extinción temprana de los indígenas manabitas causada por aniquilación en el período de la conquista, tanto por el enfrentamiento bélico como por la explotación y las enfermedades. Esta variable debe ser manejada con cautela, pues si bien es cierto, no hay autor que pueda negar el pogromo de la conquista en América (Lipschutz, 1975: 206 ss.), que para Manabí, posiblemente significó el exterminio de alrededor de un 90o/o de su población indígena (ver supra), sin embargo, los sobrevivientes que siguieron distintos procesos no pueden ser ignorados.

Siendo necesario contrastar el problema de los cambios demográficos ocurridos entre el S. XVI y XVII, tomaremos dos indicadores básicos: a) la población presumiblemente existente al primer contacto con los españoles en 1526, y b) la Descripción de Guayaquil de 1605, analizando el proceso en los 79 años transcurridos.

En Panamá, se formó una empresa de conquista entre Francisco Pizarro, Diego de Almagro y Luque, que en un primer viaje llegaron al Río San Juan en Colombia, donde por problemas de alimentación y navegación, decidieron enviar al sur al Piloto Bartolomé Ruiz, quien fue el primero en llegar a los actuales territorios del Ecuador en septiembre de 1526; parte que incluso reconoció hasta Túmbez (López de Gomara 101, Benzoni, 1967: 188-189). López de Gomara describió la llegada de los conquistadores como sigue:

> Antes fe fueron luego a Catamez, Tierra fin Manglares, i mucho Maiz, i comida, y que reftauró a muchos la vida i alegro a todos porque los de allí traian fembradas las caras de muchos Clavos de Oro, ca fe las horadan por muchos lugares, i meten vn grano de oro o clavo de Oro por cada agujero i muchos meten Turquefas, i finas efmeraldas (101)

sobre el mismo viaje informa Benzoni:

> Llegó a Colonche en la provincia de Huancavelica y paso a Puna donde fue muy amablemente recibido por el jefe de los naturales. Pero cuando este vió los malvados y pésimos comportamientos de los cristianos que iban por las casas buscando oro, plata, aprovechándose de las mujeres, haciendo otras cosas que solamente la gente de guerra acostumbra a hacer (1967: 253).

Estas primeras descripciones, evidencian que los territorios comprendidos entre Atacames (provincia de Esmeraldas) y la isla Puná (provincia de Guayaquil), estaban bastante poblados, como indica Benzoni en 1546, refiriéndose a un punto intermedio entre ambos lugares:

> Esta ciudad de Manta está situada en la costa y antes de que llegasen los españoles era una de las principales y tenía más de dos mil habitantes indios, pero en el presente solo hay cincuenta. (1967: 225),

Emilio Estrada, quien realizó valiosos estudios antropológicos en Manabí, cruzando la información de Jerez y Oviedo, nos entrega los siguientes datos sobre los primeros viajes de los conquistadores:

> De allí pasaron a Atacames en que las gentes tenían muy buen orden de vivir y los pueblos con sus calles y plazas (Jerez, Biblioteca Rivadeneira pág. 321)... Hallaron en todas las casas mucho mantenimiento de mahis muy grueso e fesolas, e pescado, e habas de comer, pescan con chinchorros... podrían aber mill casas (Oviedo Vol IV, pág. 122) (Estrada, 1982: 105).

Si habían mil casas y utilizando el guarismo 5 como habitantes por unidad, tenemos que a la llegada de Almagro y Pizarro en 1526, había en Atacames alrededor de 5.000 indígenas, cifra que concuerda con otra investigación actual, que fija un mínimo de 5.640 a 7.520 habitantes para el período de investigación 850/900 a 1.500/1.600 d.C. (Alcina, 1985: 51); esta referencia es muy importante, debido a que proporcionaría un respaldo a Estrada, quien basado en sus estudios, calcula para Manabí: "El área de distribución de tiestos manteños del último período, permite calcular para el Manta protohistórico una población total de siquiera 20.000 almas, Charapotó pudo haber tenido una población similar y Cerro de Hojas algo más" (1962: 81).

En base a las mismas técnicas, Estrada calcula para el año 1.500 en Manabí, una población de 155.000 habitantes. Esta cifra que aparentemente es alta, puede aproximarse bastante al nivel poblacional de la época, si aceptamos los testimonios de los cronistas, viajeros y otros, cruzados con la información arqueológica y comparada con la cifra porcentual de población desaparecida en América en los 100 años siguientes a su descubrimiento, cifra que es calculada entre 80o/o y 90o/o. (Cook, Borah, Simpson, Friede, etc.).

No sabemos qué sucedió categóricamente entre 1526 y 1605 en Manabí, cualquier información tiene un valor de hipótesis mientras no se realicen las investigaciones correspondientes. Aunque las cifras son provisorias, sin embargo, son indicadoras de una catástrofe demográfica. La Descripción de Guayaquil de 1605 indica para Manta una población indígena de 183 habitantes (Benzoni

indicaba 50 en 1546), 90o/o de su población ha desaparecido en 77 años si la estimamos en más o menos 2.000 habitantes en 1526 (Benzoni, 1967: 255), 99.9o/o si aceptamos las cifras de Estrada (ver supra); Jipijapa que era un centro bastante poblado, para 1605, sólo tenía 539 habitantes distribuidos en 8 parcialidades. Una probable respuesta de la extinción y desaparición de los indígenas, nos entrega la misma descripción:

> Las pestes y las esterilidades y hambres parecíales a los testigos que declaran estas relaciones que había, ahora unos dicen hasta 500 y otros 400 tributarios. Lo que parece que hay en la Juridicción de Puerto Viejo por el padrón que se hizo por mandado del Consejo el año 1605 (Anónimo 1605).

y calcula entre tributarios y el resto de la población de Puerto Viejo, un total de 1.453 indígenas.

El fenómeno de la extinción y desaparición de la población original de Manabí, está comprendido en las características de la violencia y explotación de la conquista y posteriormente en la colonia por parte de los españoles. Esperamos que la obra de Estrada Icaza y Hamerly (por publicarse) nos proporcione antecedentes suficientes para entender los procesos demográficos del S. XVI y XVII (Ortiz de la Tabla, 1985: 159).

Los antecedentes que a continuación entregamos y que están vinculados estrechamente con la situación de los indígenas, nos permiten una visión de la época que se ha conceptualizado como período de acumulación originaria de la formación socio-económica capitalista. López de Gomara refiriéndose al conquistador Diego de Almagro, dice:

> y porque peleando le quebraron los indios vn ojo, le maltrataron fu gente, quemó el pueblo y dio buelta a Panamá (100).

Pedro de Alvarado, en la relación que hace a Hernando Cortez, describe:

> y viendo que con correrles la Tierra, i quemarfela Yo los podría traer al fervicio de fu Mageftad, determine de quemar a los Señores (en López de Gomara, Relaciones: 159).

Múltiples variables determinan la conducta de los conquistadores, quemar seres humanos está en la lógica de una cultura que iba creando las estructuras psicológicas que permitieran la realización de la conquista. Aunque teóricamente el Estado y la Religión no autorizan, en la práctica respaldan y racionalizan el proceso. En última instancia es la exacción de riquezas encubierta por un sistema filosófico que permite su realización, así:

> Juan de Olmos vecino de la villa de Puerto Viejo, quemó gran cantidad destos perversos y diabólicos indios (Santa Clara, 1963, T. III' 259), y, Los indios de la provincia de Manta que es Puerto Viejo tuvieron por diosa a una esmeralda de grandor de un huevo de ansar... El Capitán Juan de Olmos, encomendero del pueblo de Manta hizo mucho por haberla y dio bravos tormentos a los indios para que se la diesen. (Ibid: 231).

El violento proceso de eliminación a que fueron sometidos los indígenas, es evidenciado por Santa Clara en sus observaciones sobre la solución que daban los españoles al problema del indio que enfermaba en las empresas de transporte: "Con una hilera de indios encadenados y cargados y por no poder abrir la cadena, cortarles la cabeza y hacer ir los otros delante. Y así de tan grandes trabajos y crueldades de los españoles han venido los indios a disminuirse de tal manera que si no se remediara no quedarán rastro de ellos en el Perú". (T. V. 59).

Las descripciones nos van configurando el cuadro del genocidio de los indígenas americanos, otra parte de su población fue auto-eliminada, como es el caso del infanticidio para evitar el tormento y la crueldad en los niños indios por parte de los españoles (Benzoni, 1967: 183-197), las mujeres violadas o transformadas en concubinas forzadas; parte de la población optó por huir a territorios no dominados (López de Gomara, Tomás de Berlanga, Benzoni, etc.). Se va determinando de esta forma la desestructuración de las bases esenciales de la cultura que permiten la existencia del indígena: entrará este, hasta nuestros días en un "vacío" en el espacio y en el tiempo. En la región de Manabí, desaparecerá para siempre asimilado por el mestizaje.

Las características de violencia, exterminio y dominio de la empresa de conquista, se mantendrán a través de la colonia, y más

tarde aún. Las formas que adquirió la explotación en este último período las describen Jorge Juan y Antonio de Ulloa:

> Por más que se quiera describir la tiranía con que trataban á estos indios los encomenderos en los principios de la conquista no nos persuadimos nosotros que ahora los hemos visto, á que llegase a la que actualmente ejecutan en ellos los españoles y los mestizos; y si entonces se servían de ellos como esclavos, tenían un solo amo en el encomendero, más ahora tienen el corregidor, á los dueños de los obrajes, á los amos de las haciendas, á los estancieros de ganado y, a lo que más escandaliza, á los mismos ministros del altar: todos estos, incluso los curas, tratan con más inhumanidad a los indefensos indios que la mayor que se puede tener con los esclavos negros (1918: 302).

Los factores económicos, determinan las características de la explotación, las tasas de ganancia se maximizaron con la utilización de una fuerza de trabajo prácticamente gratuita y sin derechos, cuya muerte no se consideraba significativa (mientras hubo suficiente cantidad) por la facilidad de su reemplazo. Se une a lo anterior el fácil acceso a la tierra, sin embargo, no es solamente el proceso productivo el que ocasiona el exterminio de la fuerza de trabajo, también el proceso de comercialización es causal de hambrunas, cuya consecuencia fue la muerte masiva de indios. Sobre este aspecto las denuncias de Jorge Juan y Antonio de Ulloa dicen:

> En la Provincia de Quito durante los años 1743 y 1744, cuando nosotros estabamos allá: la escasez de los granos fue mucha y la impiedad con que los amos trataron a los mismos indios que cultivaban las haciendas fue tan horrible, que les suspendieron aquel su único alimento por venderlo a precios altos: de lo que produjo una gran mortandad de indios en todas las haciendas, además de la que se experimentó en los pueblos, muchos de los cuales quedaron casi asolados (1918, 293)

La bibliografía sobre los temas tratados es abundante y gran parte de esta aún no ha sido procesada; para nuestro caso, las estimamos suficientes, ya que nos presentan un perfil de las características que tuvo el contacto cultural entre los indígenas y españoles en Manabí . Podemos concluir que:

a) entre 1526 y 1605, calculamos que aproximadamente un 90o/o de la población indígena ha desaparecido, ya sea por muerte o por migración,
b) los sobrevivientes en la provincia, fueron encomenderos hasta 1718, año en que fueron suspendidas las encomiendas (Vargas, 1957: 165), fuerza de trabajo en la mita, fuerza de trabajo semi gratuita (concertaje) en todo el sistema productivo, servidumbre (yanaconas) y finalmente asentamientos forzados en los pueblos de indios (reservaciones de Manta, Montecristi, Jipijapa, Charapotó y Puerto Viejo), y
c) el contacto cultural en los S. XVI y XVII, tuvo como características la utilización de la violencia y destrucción como formas de dominio y explotación de los conquistadores y colonizadores sobre los indígenas.

El carácter de la empresa de conquista en Manabí, que tenía como uno de sus fines la exacción de riquezas, determinó que el conquistador pusiera mayor atención en la coerción a personas significativas como los señores, sacerdotes y brujos (Pedro de Alvarado por ejemplo, ver infra). De esta forma, los poseedores del conocimiento en la cultura indígena, entre otros los etnomédicos, fueron eliminados físicamente en los primeros tiempos de la conquista y consecuencialmente la posibilidad de aportes significativos interculturales.

En el período republicano (S. XIX - XX), en Manabí se han consolidado definitivamente las nuevas estructuras biológicas (mestizaje) y culturales y corresponde el desarrollo de las etnomedicinas a la historia actual.

De todos los antecedentes analizados, podríamos suponer que la etnomedicina de Manabí no tiene una influencia significativa de la medicina indígena, el contacto cultural, aparentemente destruyó en los inicios las posibilidades de una síntesis en este campo del conocimiento; sin embargo, la empresa española creó un complejo de reacciones culturales, que para el caso de las etnomedicinas las sumergen en un mundo de incertidumbre; en efecto, hemos comprobado en algunos agentes etnomédicos sus vínculos estrechos con el "centro" indígena de Santo Domingo de los Colorados, que actúa como difusor y control de la acción

en este campo. Surgen así, elementos culturales que aparentemente fueron destruidos con una tenacidad que nos permite reflexionar sobre la relatividad del cambio cultural, cómo y cuándo se creó esta nueva estructura, es una pregunta que llama nuestra atención, y que solo tendrá respuesta en futuras investigaciones.

2. *Aspectos demográficos*

Se observa en Manabí, como en el resto de la Costa ecuatoriana, una lenta evolución en el incremento de población. Solo a fines del S. XVIII se aprecia un crecimiento de la frontera agrícola en los principales valles de Chone, Portoviejo y Manta. La tardía cantonización de Jipijapa y Montecristi en 1824, Manta en 1922 y El Carmen en 1957, son también indicadores del retraso ocurrido en Manabí para su introducción a la estructura socio-económica nacional. (Rodríguez, 1979: 8).

En el cuadro siguiente, podemos apreciar el incremento urbano desde 1810:

INCREMENTO URBANO 1810 - 1974
(miles de habitantes)

CIUDADES	1810	1825	1839	1847	1864	1959	1974
Portoviejo	2.9	5.9	8.7	12.9	13.9	33.2	54.9
Jipijapa	5.9	6.9	10.1	7.3	11.2	7.7	19.6
Montecristi	2.0	4.7	4.8	4.0	4.4	2.2	6.4
Rocafuerte	1.8				3.8	3.2	5.5
Manta					19.0	33.6	63.5

Fuente: Loor, M. 1969
Censos y Proyecciones

Es notable el crecimiento a partir de la década del 50. En 1950, Manabí contaba con 402.378 habitantes que se incrementan a un total de 612.542 en 1962, con una taza de crecimiento anual de 3.45o/o. De acuerdo a los análisis realizados, la provincia debe estar actualmente sobre el millón de habitantes, (Rodríguez, 1979: 8).

Otra variable de importancia en su relación con las etnomedicinas, es el elevado grado de ruralidad de la provincia como podemos apreciar en el cuadro siguiente:

INCREMENTO DE POBLACION URBANO-RURAL
1950 o 1974, MANABI

AÑOS	URBANO POBLACION	o/o	RURAL POBLACION	o/o
1950	75.208	18.7	376.170	81.3
1962	124.974	20.4	487.568	79.6
1974	218.003	26.6	599.963	73.4

Fuente: Rodríguez R. José
Manabí, Análisis Poblacional
CRM. MAG. 1979: 10.

Un hecho importante destacado por el geógrafo Rodríguez, es la tendencia a mantener las características de ruralidad de la provincia, en el sentido de que lo urbano está al servicio de lo rural, a pesar del importante crecimiento urbano. Expresa Rodríguez: "en Manabí este incremento no significa una urbanización de la economía, sino una ruralización, que por extraña paradoja, estaría cuantitativamente influyendo en los centros urbanos, donde se estarían concentrando actividades de agro-servicio y mercadeo, lo que implica una expansión de la ocupación vinculada a la economía agraria (1979: 10).

Este aspecto, debe ser considerado en las futuras prácticas formales de salud del país, debido a que el tratamiento del sector rural implica una adecuación a los condicionamientos geográficos y culturales.

El porcentaje elevado de ruralidad es de esencial importancia para las prácticas de etnomedicina, unido este factor a la precaria red caminera de la región, ha determinado un difícil desarrollo de la atención médica formal, y como consecuencia la más amplia utilización etnomédica. Una de las poblaciones investigadas, Olmedo, con más de 10.000 habitantes, recién en 1979 se le dotó de una vía no pavimentada que le une con Santa Ana y Portoviejo. Hasta terminado el trabajo de campo de esta investigación (1984), no se construía el puente que separaba el pueblo de este camino. En invierno, con la crecida del río, el tránsito vehicular quedó suspendido y todo el transporte se efectúa en canoa; este tramo que aisla al pueblo no tiene más de 40 metros.

Parte de la investigación transcurrió en invierno, esto nos permitió la difícil experiencia de tener que desplazarnos, en la misma forma que los campesinos, por los lodazales en que se transforman los caminos y comprendimos, al mismo tiempo, cuán importante es para ellos contar con la asistencia médica de los curanderos ante una situación de emergencia. Por otra parte, también se entiende la impotencia del médico rural para prestar sus servicios; provisto de una excelente formación, sin embargo, la mayor parte del tiempo no cuenta con los elementos necesarios, ni siquiera con los fármacos más simples como aspirina (durante los períodos que estuvimos en el lugar, no llegó un solo suero antiofídico al Centro de Salud local). En invierno, queda aislado en el pueblo, ya que no cuenta con un vehículo que le permita llegar al distante campesino.

Los antecedentes que vamos enunciando, constituyen parte de los factores que determina la existencia de las etnomedicinas y la importancia de estas en el medio rural.

El factor ruralidad, constituye una variable de importancia para comprender las bases de la existencia de las etnomedicinas, más aún, en el esquema de hábitat disperso que es característico

de la provincia. Se une a este factor el elevado porcentaje de población analfabeta, el que para el año 1974, era de 35o/o. Este indicador solo, no basta para dimensionar el problama; para el año 1979, la tasa de escolaridad para el nivel primario rural era de 49.17o/o, o sea que, prácticamente la mitad de la población infantil rural en edad escolar no tenía acceso al primer grado de educación. La magnitud es preocupante, debido a que el 51.3o/o (308.000 niños), más de la mitad de la población rural, es menor de 15 años (Rodríguez, 1979: 33-34).

A pesar de los esfuerzos estatales, la situación actual es crítica y necesariamente estos antecedentes poblacionales gravitan en todo orden de desarrollo socio-económico. El campesino no accede usualmente al sistema médico formal, entre otras, por las siguientes causas: a) económicamente es para él oneroso recurrir al médico formal, por los costos de viaje, consulta, fármacos, nuevas consultas, etc., b) geográficamente por las precarias condiciones de vialidad y por el hábitat disperso, generalmente se halla distante de los Centros de Salud, c) los niveles educacionales, no permiten que se creen los esquemas conceptuales que permitan eliminar viejas pautas y reemplazarlas por los nuevos ofrecimientos de la sociedad, y d) por último y como factor esencial, las etnomedicinas son parte de su cultura y por lo tanto pauta normal de sus comportamientos. De esta forma, están creadas las condiciones estructurales que determinan a las etnomedicinas como un elemento de la cultura. Surgen así las etnomedicinas frente al problema enfermedad, no como supervivencias o persistencia de supersticiones, sino como un elemento necesario de la cultura en el cual se desarrollan.

3. *Economía*

Manabí repite las condiciones de dependencia tradicional del país. De acuerdo con el mercado mundial ha tenido sus correspondientes épocas de oro: cacaotera, bananera, cafetera y ganadera, cada producto a su debido turno, estimuló y creó nuevas espectativas, abrió nuevos territorios a la explotación, activó el proceso migracional. ocasionando el movimiento de miles de per-

sonas en búsqueda de trabajo. Manabí es la segunda provincia del país que tiene la mayor movilidad interna y como centro de migración interprovincial en el período 1962-1974, años para los cuales se tienen cifras confiables, integró a las otras regiones 129.108 habitantes, la mayor parte correspondiente a la población económicamente activa; debemos indicar que esta cifra comprende el 16o/o del total de la población de la provincia, (Rodríguez, 1979: 14-15). El alto índice de movimientos migratorios tanto intra como interprovinciales, impide la estabilidad de la estructura agro-aldeana con la consecuente inestabilidad ocupacional y demográfica territorial.

El movimiento migracional nos permite inferir las críticas situaciones económicas en las cuales vive la población manabita, al no existir una oferta de trabajo suficiente, por las precarias condiciones económicas, la región se convierte en un centro de expulsión de población, y como la tendencia es mantener tasas negativas de inmigración, considerando además que las estructuras económicas no han sufrido cambios notables, que las tazas de incremento de la población se mantienen altas, en el futuro, el habitante manabita deberá enfrentar un agravamiento socio-económico.

Los indicadores anteriores nos hacen suponer que nos encontramos en un proceso de ampliación de la marginalidad, entendiendo esta como un fenómeno dicotómico, en el cual, una parte de la sociedad, el sector hegemónico, ejerce su poder y uso de la producción social y en contraparte, un mundo marginal excluido de casi toda participación en la dirección y en el acceso a los bienes y recursos disponibles. Este fenómeno en Manabí tiende a aumentar cualitativa y cuantitativamente, y solo medidas radicales de cambio en términos infraestructurales, permitirían una inversión del proceso.

Con una P.E.A. de 497.698 habitantes de los cuales 209.906 son activos y derivada de una situación basada en la explotación agropecuaria, la mayor parte de las actividades económicas está centrada en el sector primario de la economía (agricultura, silvicultura, caza, pesca, explotación de minas y canteras), que ocupa un 67.7o/o de la fuerza de trabajo. La distribución por actividad, no actividad es la siguiente:

MANABI, POBLACION ACTIVA 1974

	Población	o/o
Población total	817.966	100.0
Población inactiva total	614.290	75.1
Población activa (real)	203.670	24.9

Fuente: Rodríguez R. José
Análisis Poblacional Manabí
CRM. MAG. 1979: 19, 20, 49-50.

Podemos inferir del cuadro, que de cada 1.000 habitantes, solo 249 son económicamente productivos; el hecho de que por cada habitante económicamente activo hay 3 sin actividad, relación de gravedad tanto para el sistema productivo como para la sociedad en general, esconde otro problema: siendo la tasa de desocupación bastante baja 1.5o/o de la P.E.A. para el año 1974 (6.906 personas), sin embargo, la ocupación global oculta el subempleo; según los cálculos del geógrafo Rodríguez (1979: 20-21), el número de 249 económicamente activos disminuye a solo 170 habitantes por cada 1.000 por este último concepto; así, 1 habitante productivo sostiene 5 que no lo son.

Con respecto a la escolaridad, el 34.2o/o de la P.E.A. (71.787 personas) era analfabeta a 1974 y un 28.2o/o tenía menos de 3 años de instrucción (Rodríguez, 1979: 25), esto significa que un 62.4o/o de la P.E.A. (130.980 personas) actuarán negativamente en la movilidad ocupacional por el bajo nivel educacional y mantendrán un bajo nivel de ingreso.

Nos encontramos así, con una estructura social en la cual las etnomedicinas han encontrado condiciones para su existencia y desarrollo y que a su vez ha condicionado la lenta penetración de la medicina formal.

Las variables analizadas no constituyen todos los aspectos determinantes de la existencia de las etnomedicinas, aunque son importantes y básicas para entender el rol de las medicinas populares en la solución de los problemas de salud. Los aspectos analizados no pueden ser entendidos separadamente, sino en su interelación, operando en un proceso en el cual cada uno es importante.

CAPITULO IV

LOS CURANDEROS EN MANABI

El sistema de etnomedicina en Manabí, tiene un amplio desarrollo y está estructurado en una extensa red (ver conclusiones) cuyos servicios trascienden las fronteras provinciales, siendo los pacientes en su mayoría de la localidad del agente, no es raro, sin embargo, que los servicios de estos se los requiera de lugares distantes y que personas de otras provincias viajen en búsqueda de tratamientos con los curanderos más prestigiados. Este es el caso de los curanderos de San Jacinto, Olmedo, Pueblito, Charapotó y otros lugares, cuya competencia los ha hecho conocidos fuera de las localidades.

El censo de agentes (ver supra) nos permite una proyección de la amplitud tanto en número como de las diferentes especialidades que se practican, que van desde el sobador hasta el curandero-brujo y el brujo en su acepción pura.

El brujo-curandero tiene una importancia singular, debido a su formación que transcurre en un largo aprendizaje que tiene características institucionales y que se desarrollan en períodos mayores de 5 años. Para ejercer debe haber cumplido con todas las exigencias de la *escuela* donde se formó, la cual en la ceremonia de *coronación* (graduación) lo reconoce formalmente y lo habilita para ejercer las prácticas mágicas y medicinales. Para el caso de la Costa, este "centro" estaría ubicado en Santo Domingo de los Colorados de acuerdo a la información proporcionada por diversos agentes.

Los curanderos en general son personas de gran honradez y ética en sus prácticas, como queda demostrado en nuestra y otras investigaciones (Comelles 1973: 7). Protegiendo la seguridad de nuestros entrevistados, hemos cambiado los nombres debido a que son usualmente perseguidos, no por políticas oficiales, sino para extraerles dinero y especies por parte de funcionarios inescrupulosos. Esta es la principal razón de la gran desconfianza de los agentes y el por qué la mayor parte de las veces prefieren no hablar de sus conocimientos.

Citamos dos casos debidamente comprobados, con el fin de que en el futuro logren crearse políticas oficiales de relaciones armónicas entre las diferentes medicinas en base a los antecedentes que se están acumulando sobre la realidad de las distintas prácticas de salud.

Una vez al año un funcionario de salud de nivel inferior asentado en Portoviejo recorre las casas de los agentes que tiene previamente identificados; de esta forma, reune una no despreciable cantidad de dinero y productos agrícolas para su beneficio, puesto que las autoridades superiores ignoran estas actividades.

Uno de nuestros informantes fue puesto a disposición del teniente político por sus actividades luego de una acusación de un estudiante de medicina que realizaba su práctica rural; la acusación fue levantada, cuando por el consejo de la autoridad, el curandero canceló S/. 300 al practicante rural.

En Manabí encontramos prácticamente todas las especialidades de las etnomedicinas, no logramos estudios profundos debido a que estos, por una parte exigirían transformarse en aprendiz de curandero o brujo, etc., y por el número de años necesarios para estos estudios. En dos de nuestros informantes, encontramos técnicas shamánicas muy puras, en estas el encantamiento tiene el rol principal en el proceso de curación de la enfermedad. El párrafo que transcribimos de uno de nuestros informantes, nos permite conocer las especialidades que se practican en la región:

> entonces, yo les digo a varia gente, vanga acá, no se vayan allá a Santo Domingo, que allá, tal vez los van a engañar, les van a decir que tienen un sapo, tienen una rana, vengan acá que yo no los voy a engañar, yo les

> voy a decir puede ser que tengan una maldad, yo si se las voy a sacar y así queda limpio, yo no chupo a nadie, porque yo no soy para estar chupando a las personas, sacándoles y en la boca estar el engaño.

En esta descripción, están definidos los roles del brujo y el shaman por sus acciones, el curandero por el contrario, por lo que niega que hace. El informante que es un curandero-brujo, profundamente religioso, utiliza la brujería solo para eliminar el mal en sus pacientes, cuando el diagnóstico le ha revelado la existencia de este. Indica él, que no viajen a Santo Domingo, debido a que no acepta la técnica shamánica de la succión (chupado) para eliminar el mal. Sobre esta técnica shamánica Levi-Strauss expone:

> El ars magma de cierta escuela shamanística de la costa noroeste del Pacífico: el empleo de un pequeño mechón de plumón que el practicante disimula en un costado de la boca, para expectorarlo todo ensangrentado en el momento oportuno (después de haberse mordido la lengua o haber hecho manar sangre de las encías) y presentarlo *solemnemente* al enfermo y a los asistentes como el cuerpo patológico expulsado tras las succiones y manipulaciones" (1969: 159).

Son distintas palabras, pero en el fondo es el mismo proceso descrito por el curandero.

Cuando el curandero indica "pueda ser que tenga una maldad" se refiere al mal causado por brujería y que diagnostica mediante la prueba del huevo:

> si la persona empieza a decaerse, lo que ha sido ya no es, yo cojo a este individuo, lo santiguo con un huevo y veo qué es lo que tiene.

La interpretación que hace de las formas que adquiere el huevo semi coagulado en una copa, son producto de sus prácticas y experiencias, los modelos de interpretación, son producto de los acontecimientos transmitidos de curandero a curandero.

Del total de informaciones recibidas, hemos seleccionado aquellas que son síntesis de la compleja red en que ocurren los problemas de salud de la población analizada, en la cual, los agentes y pacientes forman una unidad actuante en un universo que para ellos está lleno de significados y racionalidad.

El censo de agentes de las etnomedicinas que va a continuación, está estructurado según las especialidades de estos y por las enfermedades que habiendo curado con más éxito los termina por caracterizar.

1. Censo de agentes de las etnomedicinas – Manabí

Parroquia: *OLMEDO*

NOMBRE*	ESPECIALIDAD	ENFERMEDAD
Laura Mendoza	Curandera	rabito-hundido
Pedro Mendoza	Curandero	general
Sergio Párraga	"	susto-espanto
José Reyes	"	aojamiento
Manuel Trujillo	curandero-brujo	general
Víctor Valencia	curandero	general
José Vélez	"	traumatismos

Parroquia: *CANUTO*

Lola Astoiza	Curandera	general
Susana Astoiza	"	traumatismos
Manuel Cabañas	curandero	general
Jacinta de Cevallos	curandera	"
José Chávez	curandero	"
Carmen Demera	curandera	"
Sabino Delgado	curandero	"
Sergio Gilsen	"	"
Tránsito Juca	curandera	"
Rosa Mero	"	"
Teresa Mero	bruja	"
Silvia Medina	curandera	partera
Margarita Mejía	"	general
Linda Zambrano	"	"

Parroquia: *CHARAPOTO*

Mariana Alcíbar	curandera	general
Juana Astoiza	curandera-bruja	"
María Cabañas	curandera	"
Victoria Bravo	curandera	"
Jadi Bravo	curandero	"
Elba Chávez	curandera	"
Manuela Delgado	"	"
Sergia Demera	"	"
Lina Gilsen	"	"
Rosa Lanaña	"	"
Juan Marcillo	curandero	traumatismos
Margarita Mendieta	curandera	general
Imelda Mendoza	"	"
Victoria Mendoza	"	"
Sergio Moreira	curandero-brujo	"
Manuel Párraga	curandero	"
Alberto Ramos	brujo-curandero	"
SergioSabando	curandero	traumatismos
Luis Toledo	"	"
Alberto Saltos	"	general
Tito Zambrano	"	traumatismos

*(Todos los nombres son ficticios)

2. *Caso Mendoza*

Son varias las formas de acceder a las prácticas etnomédicas; sin embargo, una norma parece ser común en la mayor parte de los casos que analizamos: donde surge un curandero hay algún familiar que practicaba antes este tipo de medicina. El caso de don Pedro está adscrito a esta forma de aprendizaje derivada de su

padre, quien hasta hoy es un curandero de importancia en la zona, especializado en "mordida de culebra". Don Pedro, a su vez, está transmitiendo sus conocimientos a su hijo mayor que demuestra un gran interés en llegar a ser un buen especialista etnomédico.

Don Pedro Mendoza, lleva en la práctica etnomédica 22 años y en él, nos impresiona la integridad y la seriedad que demuestra frente a sus pacientes. Distingue en forma muy exacta cuando una enfermedad debe ser necesariamente tratada por la medicina formal, refiriendo a los pacientes a esta en aquellos casos que la etnomedicina no puede tratar. Tiene un amplio dominio de su "profesión" y en sus conversaciones denota poseer un excelente conocimientos tanto en etnobotánica como en tratamientos médicos, al contrario de otros agentes, el factor "charlatanería" está ausente de los tratamientos que nos correspondió observar.

Es un hecho común, pensar que en general los curanderos son charlatanes, que se aprovechan de la ignorancia del pueblo para ejercer sus prácticas, aunque en el contexto cultural donde ellos actúan, a nadie se le ocurriría dudar de sus acciones. La charlatanería existe ciertamente, pero funciona básicamente como un fenómeno a nivel urbano y en los campos de la brujería y de la hechicería; de vez en cuando algunos charlatanes hacen recorridos por los campos, pero esto sucede en forma ocasional. En nuestro recorrido por el curanderismo manabita, salvo excepciones, encontramos que los agentes son personas de una gran honestidad y cada una muy consciente de las funciones que ejecutan.

Don Pedro, recibió la educación básica en etnomedicina de parte de su padre, según indica, más por curiosidad y observación directa que por una necesidad de continuidad en la "profesión" del padre. Contribuyen a su formación sus hermanas mayores, enfermeras, que trabajan en el hospital de Portoviejo, quienes le proporcionaron importantes bases de la medicina formal, tratamientos, uso de fármacos, etc. Otra fuente de información son los libros de divulgación médica popular y los numerosos textos que existen sobre etnobotánica.

El aprendizaje de don Pedro es continuo a través del tiempo en un sentido multidimensional, que comprende: a) estudio de la flora del medio para el tratamiento de diversas enfermedades,

b) interacción con otros curanderos para el intercambio de información, c) análisis bibliográfico de aquellos antecedentes de interés para la práctica etnomédica, d) análisis de los tratamientos que administra la medicina formal a los pacientes que también recurren a él; e) archivo de información, con recetas del sistema formal, anotaciones, oraciones, etc.

Entendemos que el curandero trata por diversas razones, que el conocimiento por él acumulado no se pierda y generalmente busca a alguno de sus hijos, en el cual haya observado las cualidades que estima necesarias para el aprendizaje de la etnomedicina, para transformarlo en discípulo.

El padre de don Pedro lo inicia en las prácticas médicas de una forma aparentemente casual, ante un mordido de serpiente, pretexta ante su hijo, no poder atenderlo por tener otro trabajo urgente, dejándole las indicaciones del tratamiento, que don Pedro había observado muchas veces, obliga así, a éste a efectuar su primera curación, la que siendo exitosa le proporciona alicientes para continuar en la etnomedicina.

El hijo de don Pedro, quien es el próximo curandero en la familia, manifiesta el deseo de llegar a ser un buen "profesional", con razones muy justificadas, pues vive en un lugar montañoso, donde solamente se llega a caballo y donde nunca ha llegado un médico formal. En este lugar el ataque de serpiente es común, por lo que la presencia de un curandero entendido en este tipo de accidentes es absolutamente necesaria para los campesinos. De los procesos de especialización en venenos de serpientes como la "x" o la "guascama" (por identificar) cuya mordida es mortal sin un tratamiento rápido, a tratar otras enfermedades solo hay un paso. Debe anotarse que no existe un estudio de los ofidios de la provincia.

Volviendo a nuestro informante, este continúa por algún tiempo las prácticas con su padre para después independizarse y trabajar por su cuenta. Las curaciones exitosas motivan más su interés en el campo médico, trabajo que alterna con sus actividades agrícolas. Muchos de los agentes desarrollan normalmente actividades de carácter agropecuario, cuando la clientela aumenta (los pacientes sanados "corren la voz" y son los mejores publicis-

tas del curandero), el trabajo del campo empieza a ser abandonado por falta de tiempo y los ingresos que reciben por este concepto deben ser reemplazados por los de la actividad etnomédica. La especialidad se transforma así en una función lucrativa; al respecto don Pedro nos informa:

> hay veces que como dejo de ir a trabajar y hay 4 o 6 peones y lo que ellos hacen no reporta, la verdad, ya había que cobrar un dinero para que a uno le alcance. Bueno, entonces me dedico a curar, yo había curado regalado, solo cobraba S/. 5, y así me hice de fama, ya después no podía decir no, ya eran unos compadres, otros amigos.

Este comentario, fuera del aspecto económico, ilustra el proceso del curanderismo como un hecho social. Inútiles serían todos los estudios y actividades de los individuos por transformarse en etnomédicos, si la sociedad no sancionara y no estableciera las condiciones necesarias para su existencia en el sistema.

El conocimiento que tienen los habitantes sobre un buen curandero, o de cualquier otro agente etnomédico, se transmite a enormes distancias (v. gr. curanderos de Filipinas, etnomédicos de Guanabara en Brasil). No es raro, por ejemplo, en Quito, el viaje de personas a las fronteras de Perú y Colombia en búsqueda de tratamientos con agentes etnomédicos cuando los tratamientos con la medicina formal se estiman fracasados. En este estudio se ha descartado el fenómeno como actividad de una clase social, a los etnomédicos acuden indistintamente representantes de todas las clases sociales.

A don Pedro le buscan tanto de los alrededores de Olmedo como de Guayaquil; comprobamos que, incluso es llevado a distintas ciudades con todos los gastos pagados para prestar sus servicios. Los campesinos recorren largas distancias en búsqueda de tratamiento, lo sorprendente es que, pasando por poblaciones en las cuales el Ministerio de Salud tiene Centros de atención, sin embargo, no recurren a estos.

Por no existir una estadística confiable en los Centros de Salud, no logramos cuantificar el número de atenciones. De acuerdo a nuestras observaciones, en la región, por cada paciente de la medicina formal, 5 se atienden en el sistema etnomédico.

Don Pedro, realizó sus actividades primero en La Unión; las persecuciones con el fin de exigirle dinero le obligaron a migrar, pensaba en el nuevo sitio dedicarse exclusivamente a la agricultura, pero:

> Cuando yo llegué aquí, esa señora que vive ahí, donde íbamos a llegar, tuvo una hemorragia, Alberto que es de una familia que me conocía de antes y sabía que curaba, me conocía desde tierna edad, cuando yo llegué por aquí, ellos daban garantía que yo sabía curar, pero yo no quería curar, entonces, llega mi compadre Ermelindo: señor dice, yo vengo que me haga el favor, venga a ver a mi mujer que está con hemorragia, ¿quién le ha dicho que yo se curar?, dice: aquí me conversaron, donde Reyes, también el hijo de don Pedro, según le dijo, donde yo vivía antes, curaba. La verdad es, pero aquí he venido a trabajar, mi trabajo es esta agricultura, pero no curar, aquí hay médico, aquí hay doctores, llévela al doctor. Entonces la llevó dondel el doctor, ya le dijo que se le había quedado la mitad de la placenta, que era de operar, entonces por eso la hemorragia; se da cuenta?, le dije yo, como voy a entrar en eso.
>
> Al otro día salen para Portoviejo, pero no alcanzan el carro, vienen a conversar conmigo y la señora ahí palidita, me dice, estoy bien mal, ¿y no le ha dado el doctor siquiera una pastilla para que le plante un poco la hemorragia?; no dice, el doctor dijo que era de operación. Le hablo a mi señora, nosotros tenemos unas pastillas de methergin, se las regalo, vea señora, coja estos montes, una raicita de dormilón, agarre tres tomitas iguales y cada cuatro horas una pastillita.
>
> Al otro día, mi compadre dice: a mi mujer le plantó la hemorragia y no le duele tanto. Hasta el día de hoy, ahí está mi comadre, somos compadres espirituales, después de eso tuvo un niño, yo soy el padrino.

El relato fue verificado y nos reveló los siguientes antecedentes: a) la contradicción entre la medicina formal y las etnomedicinas, b) la presión del medio para la atención del curandero ante situaciones de emergencia para las cuales los campesinos no tienen solución de alternativa, c) el sistema etnomédico que se genera a partir de las relaciones necesarias en la comunidad, d) la utilización de elementos de la medicina formal, junto con los de la etnomedicina en una acción combinada.

De esta forma queda integrado en una nueva comunidad, en la actividad etnomédica, como nos confirma:

ya mi compadre me presentó, es de tal parte y es un buen hombre, y ahí me asenté, ahí empieza la gente: cúreme, Ud. curó a la señora de ese fulano, cúreme calladito.

La esposa de nuestro entrevistado informa:

todo eso era por la persecución

persecución que él explica, y ante lo cual no hacemos comentarios:

un doctor del PISMA me cita, oiga dice, usted por qué receta estas inyecciones. Porque yo tengo parte de veinte años curando con ellas, en el hospital de Portoviejo me enseñaron. Vea le digo, póngame lo que quiera. Dice vaya hable con el Teniente, con el Teniente éramos amigos porque yo le curé un hermano, me dice él, vea, dele al doctor S/.300, y ya, y así fue.

Sobre las enfermedades y los tratamientos de este agente, informaremos más adelante en el apartado: enfermedades clasicas de la etnomedicina.

Actitud ante el aborto

Hemos hablado anteriormente sobre la honestidad de los agentes, Don Pedro, mantiene la siguiente actitud frente al aborto:

Supóngase una mujer viene, señor Mendoza deme una toma para botar una criatura; ¡ yo !, usted es bonita, linda, pero ni que usted se me brinde tres veces. Vaya allá con los doctores, que allá le sacan la criatura o verán lo que hacen, yo no cometo ese crimen hasta aquí gracias a Dios, porque soy bien católico. Bueno, por eso será que yo tengo suerte, así pobre y humildemente como usted me ve aquí, mi casita tengo.

De este breve relato, se infiere el carácter de unidad que tienen en la concepción del curandero distintos aspectos de la cultura: los poderes de la religión que castigan y premian la conducta humana; el rechazo de las relaciones sexuales, tiene un significado económico, da cuenta que cualquiera que fuera el precio ofrecido, el curandero no accedería a lo solicitado. Al culpar a los doctores, está enunciando la oposición medicina popular/medicina oficial,

esta oposición es mutua. Finalmente el aspecto buena suerte, enuncia el uso de las falsas estructuras significativas impuestas; no es el trabajo y la producción la causa de sus bienes, sino la buena suerte merecida por sus actitudes la razón de estos.

Actitud ante la brujería

Don Pedro manifiesta muy acertadamente que la brujería no existe, y sobre este tema mantuvimos largas conversaciones; técnicamente la brujería no existe en su acepción sobrenatural, sin embargo, es un fenómeno real, sistematizado y cuyas manipulaciones tanto materiales como psicológicas son de baste para quienes son objeto de ella:

> eso de la brujería que tratamos no existe, solo un engaño puede ser la brujería, en otra forma la brujería es un mal, pero aquí: supóngase hay una maldad, una señora por allá la quiere hacer y viene, busca por acá un compadre, a mi me gusta la cerveza o me gusta la cola, entonces viene y dice: démele a ese hombre bandido, yo quiero matarlo yo quiero verlo es muerto, hágame el favor ¿y cuánto me paga?, yo le voy a pagar S/.5.000, entonces gano esos S/.5.000, y uno pone esa maldad, en una cola me la puso o en cualquier cosa, o sea en una taza de chocolate que no se ve, entonces me llaman allá y me dan, eso viene, por aquí es que viene la maldad. Entonces viene a enfermar el organismo, ya está enferma la persona, entonces empieza a decaerse esa persona, lo que ha sido ya no es y si el que le va a curar no es experto, no lo cura.

El tratamiento frente a un acto de brujeria es como sigue:

> Yo lo curo, en forma de que yo cojo a este individuo, lo santiguo con un huevo y veo qué es lo que tiene, entonces vengo y le doy un purgante y por abajo sale, ahí sale la porquería, si veo que no sale le doy un purgante vomitivo, que también sé preparar, como hay distintos montecitos para hacer purgantes vomitivos que se da y vomita usted tres veces, vota unas flemas amarillas como hay estas biles, 3 veces vomita, queda usted livianito y le doy vitamina y se compone.

Entendemos que son variados los elementos naturales que utilizan los brujos para causar un "daño": hierbas, huevos de ciertos batracios, minerales y combinaciones de estos. Este tipo de conocimientos está cubierto por el más profundo secreto y solo es revelado a los iniciados; el secreto no puede ser revelado por los

brujos ya que está penado hasta con la muerte. Para penetrar profundamente en los sistemas de la brujería y en el de las etnomedicinas que dependen de los "centros" o "escuelas", el investigador deberá transformarse en discípulo de algún agente brujo o curandero siempre que estos lo acepten. Esta etapa no estaba contemplada en esta investigación, esperamos que con las relaciones establecidas sea factible su realización en el futuro.

3. Caso Astoiza

Para las comunidades campesinas, la partera o comadrona (obstetra) es de vital importancia, ya que en ella recae la responsabilidad de la mayor cantidad de los partos que ocurren en este sector. Como en el caso de los curanderos, usualmente el conocimiento se conserva en una familia y se transmite de generación en generación, tal es el caso de la curandera señora Juana Astoiza. Ella nos relata:

> Entonces de ahí mi abuela, ella me cargaba donde cualquier persona que fuera, entonces de ahí me dediqué a eso, ahora toda ha cambiado. El primerito parto lo hice a los 20 años.

La partera cumple en el área rural un rol bastante más complejo que el de la obstetra urbana. Cuando la mujer campesina por su gravidez no puede seguir trabajando en sus labores domésticas, la partera asume su lugar debido a que el sistema productivo no debe detenerse. El esposo, que es al mismo tiempo administrador y fuerza de trabajo en la empresa familiar, no interrumpe entonces sus labores diarias. El trabajo de la partera en la casa se mantendrá el tiempo que sea necesario para que el hogar recobre normalidad.

Al prestar los servicios señalados, la partera actúa en dos aspectos vitales de la vida campesina: por una parte, presta un servicio médico al atender obstétricamente, y por otra, cumple un rol socio-económico al permitir a través de su servicio doméstico, mantener el ritmo regular del sistema productivo familiar. Esta es una observación de importancia que deberían contemplar los ser-

vicios de asistencia social del sistema formal, que no tiene el equivalente de esta prestación. La medicina popular demuestra en este caso un elevado nivel de eficiencia. Creemos que aspectos como este, son esenciales para explicar la persistencia de las etnomedicinas.

El trabajo en obstetricia popular es bastante bien remunerado debido a las funciones que cumple, aunque no a los niveles de costos de los centros urbanos, la señora Juana nos informa:

> Antes todo el día de cabeza metida en la batea para hacerme S/. 180 a la semana, ahora me hago unos miles"

y sobre otras razones económicas que influyeron en su decisión de transformarse en etnomédica:

> "antes en un pedacito se cosechaba harto, en cambio, hoy día no, la siembra no da".

Con el fin de lograr mejorar la eficiencia de las "parteras empíricas", la Dirección Regional de Salud, dictó cursos de especialización, esto permitió el censo de muchas de ellas, con el siguiente resultado:

> "ahora que estamos como colaboradoras voluntarias, no nos dejan trabajar"

Acciones como esta por parte de los sistemas institucionales, tienen resultados bastante negativos, entre otros: a) una vez se puede ofrecer un curso y porteriormente obrar coercitivamente sobre quienes asistieron; en futuras experiencias, estos cursos no serán aceptados, b) el servicio popular se encerrará más aún en su carácter secreto, envolviéndose en el silencio.

Derivada de la experiencia anterior, en particular en el caso de las parteras, existe una fuerte resistencia a los médicos del sistema formal, como nos sucedió en el siguiente caso: Acompañando a un médico investigador en una entrevista, la agente, cuando supo quién la entrevistaba y los motivos, huyó a esconderse. Siendo la comunicación "voz a voz" bastante rápida en los medios rurales, la población se volvió refractaria, haciendo fracasar la investigación en la localidad.

Mi entrevista a la señora Astoiza no tuvo inconvenientes, debido a que ella había tenido experiencias positivas con médicos, que le proporcionaron conocimientos obstétricos, como comenta:

> "Después de la indicación de ciertos médicos, bastante bien, porque no todos ayudan, no puedo olvidar al doctor..."

Siendo las condiciones del "rapport" excelentes, doña Juana termina entregándome la siguiente receta para evitar el embarazo, que debe ser investigada en laboratorio:

> "3 pepas de aguacate (Laurus Persea L.) rayado y zaragoza, de los 8 días de parida tomar agüita no...mi abuela me hacía poner un pie en cruz en la placenta".

4. *Caso Sergio*

La complejidad del relato del curandero-brujo Sergio sobre su iniciación, hace necesario algunos comentarios para entenderlos y dimensionar su importancia. Este texto evidencia el proceso de aculturación indígena-español y demuestra la persistencia de antiquísimas prácticas de la humanidad en acción en los sistemas etnomedicinales actuales.

El hecho de encontrarnos con prácticas de épocas primitivas en acción natural en nuestra sociedad, nos produce una serie de inquietudes e interrogantes. El ser humano, al margen del inmenso avance de las ciencias, conserva pautas que de una u otra forma han demostrado ser eficaces por distintas razones. Surge la pregunta: ¿hasta qué punto la racionalidad occidental cubre el espectro de ideas de la sociedad? En todo caso, las prácticas curanderiles y de la brujería, el mundo de lo mágico en general, como porfiados hechos, indican la existencia de un campo no investigado y analizado suficientemente.

Descomponiendo el relato de Sergio, este nos presenta los siguientes elementos:

De carácter religioso

a) Religión, se observa una fuerte influencia del cristianismo, por el valor que le concede Sergio en sus asociaciones.

b) El cura (sacerdote), autoridad y comunicador con el Ser Supremo.

c) Objetos: el florero y su *mana*
el altar y su "poder"

d) Catecismo, bibliografía sagrada, útil en la lucha con los o el demonio.

e) Oración, protección absoluta ante los ataques del demonio.

f) Espacios sagrados, la iglesia
el infierno

g) Espacio profano, el pueblo

h) Pacto: convenio obligado con el demonio para apropiarse del alma del curandero; el pacto es sellado con sangre.

i) El demonio: ser maligno que trata de apropiarse del curandero, tiene la propiedad de transformarse en múltiples formas para lograr su objetivo: hombre, mujer, perro, aves, etc.

De carácter shamánico

a) Enfermedad: encubrimiento actual de la situación de "trance" del shaman, proceso necesario en la iniciación que sintetiza la lucha entre lo sagrado y lo profano. La enfermedad es el medio para el "viaje" que permite el contacto con el mundo espiritual.

b) Lenguaje secreto: churi-chame, solo el agente y los demonios lo entienden, no es accesible al resto de los participantes.

c) El poder ("fuerza"): "poder" o "fuerza" que le transmiten sus maestros y que le facultan para ejercer el curanderismo.

d) Los espíritus
del bien y del mal: tendrán distintos roles en el proceso de transformación del curandero.

e) Transformación del profano en un agente de lo sagrado, le permiten manipular las "fuerzas" sobrenaturales.

De la medicina formal

a) El médico: su antítesis, representante de un sistema que se opone a su existencia como curandero. Representa la oposición de los sistemas: populares/elitistas.

b) Los fármacos

De la etnomedicina

a) El curandero ("médico"), eje del sistema etnomedicinal.

El análisis de Mircea Eliade en "El Chamanismo" (1966), se cumple exactamente en el proceso de iniciación descrito por Sergio. El shaman no es reconocido como tal, hasta que no haya cumplido el proceso de iniciación, proceso en el cual ocurre una doble instrucción: primero, en la de orden estático a través del sueño y trances, el alma abandona el cuerpo y viaja para comunicarse con el mundo de los espíritus y divinidades superiores. El shaman se transporta así a cualquier lugar que le interese o es llevado por los seres sobrenaturales; segundo, que podemos llamar instrucciones de orden tradicional: técnicas shamánicas, nombre y funciones de los espíritus, mitología genealógica del clan, lenguaje secreto.

En la experiencia de Sergio estos elementos se cumplen ordenadamente. En el primer punto, Sergio en estado de éxtasis se enfrenta con el demonio o los demonios, elemento aportado por la religión y que reemplaza el antiguo enfrentamiento con el mundo de los espíritus. Después de este trance, en el cual se está comunicando en un lenguaje que solo él comprende (churi-chame) y apoyado por los diferentes elementos rituales, saldrá triunfante frente a las "potencias" antagónicas. Habrá recorrido así, el camino que tiene carácter obligatorio en la iniciación; cumplido este, tendrá los poderes" en que se basarán sus futuras prácticas. En su lucha deberá vencer a dos enemigos (lucha del bien y del mal) que se oponen a sus propósitos:

1o. El demonio; ser del mundo espiritual que tratará de impedir su transformación en curandero, apoderándose de su alma.
2o. El médico; este pondrá en práctica sus conocimientos y fracasará; por oposición se demuestra la supremacía del curanderismo.

El relato de Sergio es el siguiente:

Entonces, yo ya llegué donde mi hermana y me fui a la iglesia, me metí a rezar, porque yo sabía rezar, si, porque sé espiritismo me perseguía mucho el demonio; entonces yo dentré a la iglesia y me puse a rezar lo que pedía, ahí me aparentaban cosas, que me llamaban, que me jalaban. Ya tarde, dentró un hombre, con un cortado (en la cara) y un saco todo cochoso, dentró a la iglesia (como cojo), entonces pregunté quién era, entonces decían que era el demonio, pasó, entró, y salió, después de un rato me sacó otro hombre que decía que era el sacristán, que ya iba a cerrar la iglesia, y como me diio, yo me salí.

Yo cargaba un catecismo que era lo único que me acompañaba, y reza y reza cuando salí yo fuera de la iglesia. Otro ratito entraba un niño con un paquete de velas, yo ahí donde estaba, yo veía como gallinazos, como cosa fiera que veía que me llamaban y yo le dije que no podía entrar porque está cerrado. Como yo rezaba en una imaginación digo, vi la Virgen del Rosario con un niñito en medio, entonces a lo que vi a la Virgen, yo abrí la vista y estaba la iglesia abierta, me dentré, a lo que dentré otra vez, cuando ví un cura que por detrás se persignaba, tras mío y yo hacía el que rezaba, después de un rato pasó otro sacerdote de una pared a otra Cruz, después lo vi que subió y yo rezando, rezando ahí.

Después de un rato llegó una señora con un vestido como unos blancos con café y me decía, présteme un fósforo, entonces por el aire decía la voz, no le prestes, así me dijo, ¿no me quieres prestar?, si le prestamos nos incendiamos nos dijeron, no le dí, después de un rato, dentró un hombre, pero, era como un esqueleto feo, fue hasta la Virgen cogió las velas y las empezó a hacer bola y bola, después no había vela, yo estaba observando, cuando entré me llegaron otra vez a sacar, les dije, no salía, ahí me quedaba, llegó la noche y se apagan todas las luces, yo dije, aquí amanezco, yo ya decía aquí me fregué, pues yo tenía una sed que me mataba, decía que si me daban agua era veneno, no comía ni tomaba.

Llegó la tarde, oiga, en el altar mayor tiene una rama de seda negra y habían unos morenos y unos curas, me llamaban pues, yo les dije que no, de ahí me levanté y fui al cuadro del Señor de la Buena Esperanza, yo rezando unas oraciones que sabía y yo le dije, me voy a llevar un

florero, cogí un florero y me lo llevé, ya entonces cuando yo voy a salir de ahí que ya era tarde en la noche, a lo que salí de la iglesia, dije por donde?, una voz, dijeron unos, a la izquierda me dicen, cojo, otra voz, a la derecha, yo llevaba mi florero. Encuentro unos muchachos y yo les hacía así, no me enfoquen decían ellos, entonces salí ahí fuera, salí a la calle Bolívar y me fui donde mi hermana. A lo que salí llegó un automóvil, pero que brillaba y me decía que me embarcara (el demonio), yo le dije que no, pusieron una carreta lo mismo, le dije que no iba tampoco, viré y me fui por un salón, ahí como me tiraban esas piedras, pero no me caía ninguna, que me bramaban las piedras a mí, oiga, pero yo rezando, rezando, paso por el salón, yo me sentía un hombre grandote, cuando dijeron esas mujeres (los demonios), que lindo hombre que va ahí, decían ellas y yo oyendo, bueno, pasé y más adelante me encuentro que iba una chica que iba que brincaba, yo ahorita me la alcanzo, cuando yo iba ya cerca, pegó un chiflido, a mí dijo, otros chiflidos, allí desapareció.

Avanzando por el puente colorado que hay ahí en Esmeraldas, venía un caballo negro que arrastraba las patas por media calle, yo decía, que caballo que va ahí solito, pero el caballo no me hizo nada, avancé más adelante, por la toba que para llegar a la calle Guayaquil y estaban dos muchachas picando hierbas a esa hora de la noche, dos hombres parados, dijeron ellos, asaltémoslo, pero dijo uno, no dice, ese hombre lleva buena arma, (el florero, elemento sagrado) no le hagamos nada, yo pasé. Avanzó la calle, a lo que doy la curva había una vaca matonga con unos rollísimos, yo dije, no me ha de morder ese animal, cuando yo pasé la luna estaba como a las cuatro de la tarde, avanzo de ahí donde estaba la vaca, se me cierra la calle, que no había por donde pasar, pura villa, pero no había un paso, aquí amanezco parado dije yo, en un andar en pensar, se me abrió la calle, yo avancé, cuando ojo, llegué a la casa donde mi hermana, entonces antes de llegar me dió ganas de orinar y oriné algo en cruz. Al subir la escalera, yo daba a lo que me daban los espíritus, cuando yo subí arriba, me dijo. ¿donde estabas?, andaba por Río Verde, —yo ni conocía—; taba un hombre ahí tomando (el demonio) que me buscaba a mí, me dice, te busca un señor, yo no, no lo conozco; cómo que no me ha de conocer dijo, yo dije, Ud. no me conoce, entonces le pedí un vaso de agua a mi hermana y me fui a acostar adentro, a lo que yo me acosté, en los zapatos sentí que me hicieron así (arrastrado), aquí debajo y aquí encima.

Ese señor seguía tomando con mi cuñado, yo le veía que hablaba, yo me levanto y le empujo así, no me empuje dijo, yo me levanto y le digo a mi cuñado, vea cuñado esto que está tomando no es aguardiente, esto es ceniza, pura ceniza que tenía el agua ahí, Ud. está tomando le digo con Belcebú, usted está con el diablo, avancé, viene el hombre, se para y

me hace así, con la mano como un escudo, me dice, usted entiende aquí, si, bueno me dice ¿qué tengo acá? dice, un anillísimo que tenía, le digo eso no es un anillo, eso es una lanzadera, en eso que le dije yo lanzadera, oiga, me transformé en una voz que era, como le podría decir que yo hablaba chimi-chame, así, pero el hombre me entendía y me quedó hablando así toda la noche, pero yo escribía a mi hermana que rezara, porque era el demonio que me quería llevar, bueno, reza y reza ella ahí, en toda la noche, llegaban los patos a conversar como en cristiano, los patos que me llamaban. Oía cerca del mar unos barcos grandísimos, que llegaban y tiraban la cadena, eran barcos fantasmas que me iban a ver, pues yo estaba perdido.

Yo le decía hermana rece, rece, hasta que ya amaneció el día, yo con mi rosario como eran que me caían gusanos, con tantas cosas en el cuerpo, amaneció el día. Yo tenía mis santitos allí, pues reza y reza, amaneció el día dice, bueno ya son las seis de la mañana, el que coge tierra primero gana, voy a abrir las puertas, las puertas estaban cerradas que no pude abrirlas, pero la casa era baja, levanté yo las tablas y cogí las tierras, el que pisaba tierra era el que ganaba y saco tierra y le pongo ahí donde tenía las imágenes, a lo que pongo tierra, es como que fue un torpedo que reventó; una cosa, todo lo hizo pedazos, los vidrios, bueno ahí me quedé. Yo dije, ya gané dije entre mí, abrí la puerta, ahí se quedaron queditos, no hubo más ruido. Le dije a mi hermana: parece que voy a ganar la carrera, ya ahí, ahí yo comencé a hablar castellano. Después de eso regresaron, me dice: quítate la camisa, que te vamos a curar pero ya no veía a nadie, pero me dice, parece dice, le vamos a poner la bandera ecuatoriana como el mejor espiritista, porque es muy joven y valiente, yo sentí pues, que me la pusieron, yo no veía apariencias, bueno yo me quedé ahí, me quede ahí escuchando, cuando después llegaron otra vez que me iban a curar vuelta, pero había candela, entonces yo con mi florero que tenía, vamos a sacarle sangre, yo le dije, sangre no les voy a dar, yo creía que era el pacto que hacía pues con el demonio, entonces ya que me iba curar yo cogí el florero lo paré así en la candela que se fueran, bueno hasta ahí me siguieron.

Yo me quedé ahí enfermo, tantas cosas que me habían pasado, yo quería ir donde el curita. Le dije a mi hermana llévame a la iglesia, allá estaba el padre Cayetano, Padre le dije, yo me llevé el florero, me ha pasado esto y ya me estoy volviendo loco, dijo, yo muchas cosas he visto; llévenlo donde el doctor, donde el doctor Salas, dice el doctor, no tiene remedio, yo oí pues, pero yo dije si estoy aprendiendo a curar, por qué no me voy a ayudarme a curarme, yo veía como una pluma, volviendo allí me dió unas pastillitas, unos jarabes y me fui a la casa. El padre me dijo, si va, lo cura el doctor Salas, hágalo dormir en medio de los niños, yo dormí en medio de los niños, yo rezaba pues, tuve que

hacer un novenario, como un muerto, toda la noche un novenario y mis hermanas. A los nueve días me fui a tirar al mar (catarsis), pero me tiraba cuchas en cruz, ahí se me terminó todo.

Aquí me habían dado por muerto, las noticias ciertas que yo era muerto, fui recuperándome, me encontré otro compañero que sabía curar, entonces ya me fue curando, él me fue recuperando, ya me vine aquí. Tenía 36 años cuando ya llegué aquí, pues, ni nunca busqué a curar nada, tranquilo estaba yo, cuando un sobrino mío estaba con un ullo reventado que le chorreaba sangre, me dijo mi hermana anda a curarlo, oiga, se lo juro, fue el primero que me acuerdo lo curé, de ahí,, vino una señora de acá, que sufría del estómago, , que no comía, con un dolor, vine y le curé a esa señora, pues ni me recuerdo los remedios que daba, de ahí esa señora se fue a Charapotó y dijo que yo curaba, comienza a llegar gente, yo sólo cobraba S/5, y los remedios, cuando yo empecé a regalar remedios y ahí fue que la policía, la sanidad, la pesquiza, me cargaban huyendo, por aquí, yo huía por allá, me fui a Portoviejo, me encontré con los Barcias, ya me fui haciendo amigo de esas gentes, porque mandaban, allí me hice amigo de ellos, ya después si venía un policía le regalaba tal cosa, el inspector igual, en fin así, y así tranquilamente y así hacia mi trabajo, todo ha salido con éxito, no! y así comienza mi trabajo.

El presente trabajo es punto de partida para futuras investigaciones, puesto que Sergio, haciendo uso del secreto shamánico, no nos permitió la penetración a sus fuentes de preparación, y solo por inferencia, deducimos que su instrucción y sus prácticas espiritistas como curandero, están ligadas a la escuela de Santo Domingo de los Colorados y a un *centro* colombiano.

Para quienes estén interesados en las prácticas de iniciación y la racionalidad de estos actos en las culturas donde existen, las referencias bibliográficas pueden encontrarse en la obra de Levi-Strauss, Antropología Estructural, capítulos: El hechicero y su magia; La eficacia simbólica; y La estructura de los mitos (1969: 151 - 210), además la abundante obra de Mircea Eliade y el tratado sobre la magia de Marcel Mauss (1971).

CAPITULO V

ENFERMEDADES TRADICIONALES

Aojamiento

Concepto: Aojar, hacer mal de ojo o malograr una cosa, ojear, aojamiento, aojo. (D.L.E. – R.A.E. 1977).
Descriptivo: enfermedad causada por personas que poseen la capacidad de hacer daño con la mirada a un ser humano, animal o planta. Esta acción puede ser producto de una acción voluntaria (conciencia de estar causando un mal) o involuntaria (Sanhueza, 1984: 127).

Generalidades

La "enfermedad" conocida tradicionalmente como "mal de ojo" presenta una cualidad de importancia: su increible persistencia a través del tiempo y su difusión cosmopolita; sus antecedentes se pierden en los tiempos primitivos, la descripción del fenómeno, está ya sistematizada en el mundo clásico antiguo. Luis Gil refiriéndose al principio de "lo semejante arrastra consigo a lo semejante", nos da a conover la explicación de Plutarco sobre el proceso de transferencia (un contagio inguinaus) sobre la creencia en el aojamiento: "tal naturaleza y temperamento, dice, parece tener el animal que arrastra y recibe la dolencia, que sale como una corriente a través de los ojos" (1969: 208). El mismo autor citando

a Plinio, nos indica que para la recolección de plantas medicinales se "debe arrancar ésta con la mano cubierta por el manto, y no mirar la hierba recogida a fin de que el aojamiento no eche a perder sus virtudes, o para no quedar impregnado de sus efluvios maléficos (1969: 241).

El tratamiento de la enfermedad revela además, la existencia de una pauta primitiva que es un proceso común en todos los actos shamánicos de curación, consiste este en que el curandero realiza la limpieza del enfermo, asperjeando sobre él agua de ciertas hierbas, la misma técnica es descrita por Gil como el "Katharon" griego: "dejar limpio el cuerpo y el alma" (1969: 124, 138, 152), se entiende que por este medio se confiere la propiedad medicinal de suprimirlo somático, "de lo peor de lo mejor" (ibid).

El aojamiento ha tenido un amplio proceso de difusión, encontrándose en la sociedad occidental y en las culturas indígenas indistintamente. Para el Ecuador la irradiación del fenómeno es completa, los estudios de Carmen Muñoz - Bernand en Pindilig (1981: 167 - 177) nos informa que el "mal de ojo" es un daño causado por la acción del brujo. Descubre además este trabajo el uso en la región, de las nociones de radiación y electricidad en las antinomias o enfermedades causadas por el "arco iris" o "cuichi".

Aojamiento en Manabí

La concepción popular sobre el aojamiento en los lugares investigados, está comprendida en la definición enunciada; nuestros informantes, coinciden en señalar que la enfermedad se produce como efecto de la facultad que tienen determinadas personas de causar mal con la mirada. El aojo por emanación como lo describe Muñoz-Bernand (1981: 167-177) no fue encontrado en la región.

Dependiendo del nivel de conciencia que intervenga en el acto, la población distingue dos tipos básicos de aojo: a) aojamiento voluntario, que comprende aojo directo y aojo diabólico, b) aojamiento involuntario.

El aojo voluntario es descrito en Manabí como producto de un conflicto social: la agresividad, el agravio, el odio no evidenciado, los celos e incluso la necesidad de demostrar que se posee un

"poder" distinto a los demás, obligan en un caso, a la persona poseedora de la cualidad de aojar, a ejercer una acción maléfica en contra de los causantes de su alteración, y en otro, en aquellas personas que carecen de esta cualidad, contratar un agente (brujo) que ejecute la acción. En estos casos se genera un fenómeno de *conciencia colectiva* en todos aquellos que están vinculados al proceso (Levi-Strauss, 1969: 151 ss.).

De los antecedentes analizados, inferimos como probable que la acción del brujo cause efectivamente la enfermedad, aunque no por el *poder* que se atribuye. El brujo actúa a distancia con la convicción de que sus "fuerzas" mentales causarán el efecto que supone; asume entonces, la función de un catalizador desencadenando un proceso social en el cual los estímulos de una u otra forma serán comunicados a la víctima, quien reaccionará enfermando realmente, se ha producido así, una patología inducida. La etiología se basa usualmente en alteraciones de carácter conductual. Hasta la actualidad este tipo de fenómeno carece de explicación objetiva, por lo que presenta una atracción en las investigaciones etnomédicas.

El aojo directo, por corresponder en la mayor parte de los casos a una acción de la brujería, es tratado en forma distinta por el curandero, este debe anular la acción del brujo y además proporcionar la o las "contras" que protejan a la víctima de esta y futuras acciones. En estos casos el sincretismo de las prácticas religiosas y paganas se ve acentuado, así la invocación religiosa, el "santiguamiento", el uso de plantas, y objetos de color rojo adquieren el significado de poderosas "contras" ante las fuerzas del "mal".

La descripción realizada corresponde a un acto milenariamente repetido: por un lado, las fuerzas del "mal" puestas en acción por el brujo, por otro, el curandero como representante del "bien", que va más allá de sus prácticas habituales de tipo medicinal para entrar en el dominio de la brujería con el fin de detener la acción de esta. No debemos olvidar que este hecho no pertenece a una cultura "primitiva", sino que es un acto de nuestra "civilización".

Fuera del campo de la brujería, el aojo voluntario es también una cualidad de personas que "poseen la facultad de ojear". Nues-

tras observaciones nos indican que estos individuos presentan en general psicopatías; uno de nuestros entrevistados, quien aseguraba poseer el poder de aojar, tenía indudablemente una conducta neurótica. En estos casos existe una conciencia colectiva sobre el fenómeno reforzándolo. La comunidad evita las situaciones de conflicto con estas personas, ya que "estos son muy sensibles a los agravios, ante los cuales reaccionan vengándose aojando al ofensor o a algún pariente cercano".

El aojamiento involuntario es el más común en las regiones investigadas; este es concebido como una acción inconsciente por parte del aojador, el que, sin darse cuenta, bajo el estímulo agradable o gracioso de una persona, especialmente un niño, un animalito o una planta, ocasiona la enfermedad involuntariamente; el proœso es el siguiente:

Causa	Reacción	Consecuencia
Estímulo agradable causado por un individuo, animal o planta.	afectividad	enfermo por aojamiento involuntario.

Nuestros entrevistados nos informaron que las causas más comunes del aojamiento son la belleza, gracia o ternura de un individuo, animal o planta.

Los aojados de carácter involuntario son en su mayoría niños y en la escala de edad, particularmente los menores de dos años. En los casos de los adultos aojados, cuyos casos se presentan con menos frecuencia, la enfermedad se debe usualmente a una alteración conductual derivada de conflictos sociales o frustraciones que son comunes en las localidades aisladas. El enfermo, que carece de explicaciones lógicas, busca la respuesta de su estado en el aojamiento proyectando así el origen de su enfermedad en otra persona, logra así una situación de peligro ya que su alteración aparece lógicamente explicada en su universo conceptual. Más tarde recurrirá al curandero quien, al ejercer el ceremonial curativo, proporcionará mecanismos de alivio que tendrán una eficacia momentánea. Los curanderos reconocen las anormalidades psicológicas y

en el caso de ser estas crónicas, actúan como "buenos samaritanos", ejecutando una acción que para ellos no tiene trascendencia, en beneficio del enfermo. Refiriéndose a estos casos un curandero nos informa: "mire, esa señora que viene allí, es que siempre que tiene una contrariedad, la ojea el marido, pelea y cada vez que pelea, en seguida viene acá porque está ojeada".

Este informe, nos permite conocer los sistemas creados por el pueblo para dar solución a sus problemas de salud en aquellos lugares donde la cobertura de la medicina formal no llega o es escasa, además en nuestro medio resulta imposible pensar de psicólogos o psicoanalistas en el medio rural.

El caso anterior fue analizado y nos encontramos que la señora vive en un estado de neurosis crónica ocasionada por la soledad y la falta de vínculos familiares, su único acompañante es su esposo quien la evita por considerarla enferma; surge aquí una situación de vida difícil de romper, ella proyecta en él las causas de su frustración e interpreta sus alteraciones como consecuencia del aojamiento a que la somete este, aunque el esposo ignora su rol como aojador. La intervención del curandero, al operar en un sistema de significados reconocidos por la enferma y la colectividad, a través de la "cura", restablece el equilibrio, la enferma mejorará durante algún tiempo para luego recaer.

Levi-Strauss explica esta situación como sigue (1969: 179): "El shamán proporciona a la enferma un 'lenguaje' en el cual se pueden expresar inmediatamente estados informulados e informulables por otro camino. Y es el pasaje a esta expresión verbal (que permite al mismo tiempo, vivir bajo una forma ordenada e intelegible una experiencia actual que, sin ello, sería anárquica e inefable) lo que provoca el desbloqueo del proceso fisiológico, es decir, la reorganización, en un sentido favorable de la secuencia cuyo desenvolvimiento sufre la enferma.

A este respecto, la cura shamanística está a medio camino entre nuestra medicina orgánica y las terapéuticas psicológicas como el psicoanálisis".

El curandero que está conciente de la alteración psicológica (enfermedad del "alma" o del "espíritu"), realiza en este caso una curación de carácter simbólico.

Nos encontramos entonces, en la proyección dual de la acción de los agentes etnomédicos que no solamente deben tratar alteraciones orgánicas, sino también, aquellas de orden psicológico. Ambas medicinas, la formal y las etnomedicinas cubren un mismo espectro.

Origen de los aojadores

Los agentes causales del aojamiento se dividen en tres grupos: a) agentes naturales, b) agentes sobrenaturales y c) agentes casuales o indeterminados. Entre los agentes naturales están comprendidos: brujos, hechiceros, e individuos que poseen la factultad de aojar. Los brujos y hechiceros actúan a través de la brujería y hechicería respectivamente, prestando sus servicios a aquellas personas que desean ocasionar un "mal" a un tercero. En el grupo de aojadores voluntarios están aquellos individuos que tienen consciencia de su facultad de aojar.

Entre los agentes sobrenaturales el pueblo distingue: espíritus, el o los demonios y las deidades malignas. Estos espíritus malignos aojan a la persona y además la persiguen castigándola o atormentándola.

En la clase de agentes casuales o indeterminados, son notables los nuevos elementos que el pueblo ha internalizado ante el avance de la sociedad industrial. Entre estos distinguen el flash fotográfico, la luminosidad del arco de soldar etc. Estos factores modernos nos hacen suponer que esta enfermedad tiene una etiología variada y reafirma nuestra noción inicial, de que ella encubre diferentes trastornos de salud así como alteraciones que tienen un estricto origen social.

Clínica

Los síntomas del aojamiento, pueden agruparse en tres categorías: a) alteraciones psíquicas (cefaleas, depresión, angustia) b) desnutrición, c) dolencias crónicas. Nuestro agente nos describe los síntomas:

viene y dentra con fiebre, por el motivo de que hubiere y a lo menos a los niños es más, no, más que a los adultos, y supongamos que la criatura está con gripe, ha estado con una gripecita o con una diarrea, entonces lo ojean, ya que ese mal de ojo viene a causar mal y empieza la criatura a decaerse, decae con la fiebre a veces vómito y diarrea, entonces ese niño lo llevan donde un doctor, no cree en el mal de ojo, le ponen un suero, hay veces que con el suero disque, o le pone una receta, lo cual nosotros no hacemos eso.
El ojo seco es cuando se va secando la criatura, se va poniendo blanquito, raquítico es cuando la criatura está demasiado blanquitico, ya está demasiado decaído, o sea, la enfermedad demasiado larga.

Los cuadros psicosomáticos, están originados usualmente en conflictos interpersonales: sexuales, familiares, afectivos. Los casos de desnutrición son comunes en la zona por la carencia de una dieta balanceada e insuficiente existencia de proteínas y hierro; además, los bajos índices de escolaridad, inciden en la falta de conocimientos para la utilización correcta de los nutrientes de que disponen.

Diagnóstico

Fuera de los síntomas observables como: diarrea, vómitos, fiebres, etc., existe la prueba del huevo, descrita como sigue:

El ojo se ve en el huevo, todo el mundo lo ve, se patenta que está ojeado, si usted me trae a la prueba un niño, lo veo, no es ojeado o si es ojeado, yo lo curo con un huevo y si lo pongo en un vaso de agua y ahí está, si no es ojeado no sale un ojo patente, si está demás grande, entonces sale vivo el ojo cocinado.

El huevo se frota en el cuerpo del enfermo (abdomen), a causa de la alta temperatura (fiebre) se coagulan parcialmente las proteínas, al colocar el contenido en un vaso de vidrio, las partes coaguladas conforman distintas figuras que interpreta el curandero aunque esta es bastante relativa desde nuestro punto de vista. En el caso de que no aparezca una figura parecida a un ojo, se trata entonces de otra enfermedad, las figuras de seres humanos permiten identificar a los posibles causantes del aojamiento con el fin de

evitar la repetición de la enfermedad. El huevo debe ser de reciente postura.

Tratamiento

La terapéutica obedece al esquema global que tiene el pueblo sobre el concepto enfermedad; el caso del aojo, presenta bastante interés, por cuanto en su tratamiento se unen los procesos del "cuerpo" y el "alma", esta alteración psicosomática obliga al curandero a resolver el problema orgánico y psicológico como una totalidad.

La estructura de la terapia es la siguiente:

a) Personas:
el enfermo
madre del enfermo
padre del enfermo
otro familiar
el curandero
No necesariamente deben estar todos los familiares.

b) Material
un cazo o taza
un atado de llantén, hierba buena o espanto
un huevo
analgésicos, antitérmicos y vitaminas
un paño (tratado por el curandero)
agua
aguardiente

c) Técnica
Se hierve el llantén, la hierba buena y el espanto y después se combina con el aguardiente.
La madre o familiar cercano se sienta en una banca, frente al curandero, quien, arremangado empieza a frotar con el manojo de hierbas el cuerpo del enfermo. Con las aguas preparadas se frota todo el cuerpo, prácticamente este acto es un lavado; durante el proceso el curandero está rezando.

d) Ceremonial
La imploración de auxilio a los poderes divinos, se materiali-

za aquí por medio de la imposición, con la mano derecha, de un sistema de cruces (santiguamiento), que se imponen al paciente como sigue:
una cruz general longitudinal al cuerpo
tres cruces en la frente
dos cruces en el pecho
una cruz en el estómago
una cruz en cada articulación
una cruz en la cabeza
dos cruces en los pulmones
una cruz en la zona ilíaca

Posteriormente se da a beber al enfermo una copa del llamado "gloriao", cuya dosis se administra según la edad del paciente, se suministran además diversos fármacos según la gravedad del caso: antibióticos, analgésicos, etc. El curandero conoce las causas que ocasionan la enfermedad, lo que queda en evidencia cuando nos indica: "la hierba buena, tiene la propiedad de curar lo que es bicho, que por causa del bicho viene el vómito y diarrea"

Por la imposibilidad de realizar los análisis de laboratorio al enfermo, debido a que estos no existen en la región, es imposible diagnosticar técnicamente la enfermedad, sin embargo, podemos anotar como posibles causas: gastroenteritis, parasitosis y desnutrición. Estas últimas son endémicas en la provincia.

La utilización de fármacos de la medicina formal en unión con hierbas de distintos efectos, permite la eliminación de la enfermedad a nivel orgánico. El ceremonial de orden mágico-religioso, en la interpretación de la comunidad, permite eliminar los espíritus malignos, maleficios e influencias del demonio y restablecen el equilibrio social tanto a nivel familiar como en la comunidad. Esta última actividad corresponde a un tratamiento psicológico.

El curandero tiene el rol principal, de él emana no solamente el "poder" para curar la enfermedad, sino también el dominio del ritual opera a nivel mental en el grupo involucrado.

Prevención de la enfermedad

La prevención está relacionada con todo el proceso histórico de desarrollo de la medicina, su interpretación merece por sí sola una investigación, ya que estos elementos tienen relación directa con los mitos y el uso de fetiches y talismanes que desde la antigüedad viene utilizando el ser humano. Como prevención contra el aojamiento existen las siguientes recomendaciones:

- Vestirse de rojo
- colocarse una pulsera o cinta roja
- baños secretos dados por el curandero
- evitar que los extraños tengan contacto con los niños
- usar anillos de siete metales
- ver el sol o mirar manteca derretida hasta que llore la vista.

2. *Erisipela*

El cuadro que describe el conocimiento popular sobre la erisipela presenta diferencias con la enfermedad, cuya patogenia, está suficientemente definida a nivel científico; suponemos que en algunos casos la erisipela es técnicamente definida y en otros, se trata de distintas enfermedades.

La simple infección *estreptococcica*, aparece en las etnomedicinas en un cuadro junto con los efectos de la brujería, la magia y la religión, produciéndose situaciones que involucran al enfermo y su familia. El hecho de que una de las causas sea un "mal" causado por brujería, lleva al enfermo a desechar el tratamiento de la medicina formal y buscar un curandero entendido en brujería para eliminar el mal y con ello la enfermedad.

Estas creencias tan arraigadas en el pueblo, y particularmente entre los campesinos, es una de las causas que determina la existencia de las etnomedicinas y de la brujería.

Consultada la madre de una niña de 12 años que tuvo la enfermedad, nos relató:

> Yo me fuí a Huaquillas porque allá hay un señor que cura esos males de brujería. Bueno me dice él, yo le curo a la niña, pero usted tiene que cederse, porque a usted le han hecho un mal y por eso no se cura la niña.
> (cederse: entregarse sexualmente)

El párrafo anterior es suficientemente explícito en cuanto a la doble explotación a que es sometido el pueblo (en este caso un charlatán) por parte de personas inescrupulosas que actúan en el ámbito de este tipo de conocimientos, por una parte; la explotación económica por los elevados honorarios que cobran por eliminar un mal, que oscila entre 1.000 y 50.000 Sucres, dependiendo de la economía del paciente, y por otro, cuando se trata de mujeres, la explotación sexual a que a veces son sometidas por diversos agentes. Este último hecho debe investigarse debido a que el acto sexual en brujería tiene una connotación de carácter mágico.

Etiología

En la concepción popular, la erisipela presenta un amplio número de causas, las cuales nos permiten inferir que una serie de infecciones de la piel causadas por diferentes agentes patógenos, son comprendidas generalmente en esta acepción; las principales causas de la enfermedad son:

- Una picadura o "hincada" de insecto
- un lastimado, herida, llaga o lepra
- un golpe o torcedura
- una infección de un grano o nacido
- el sol o el calor
- la mala sangre
- el mal humor
- un rascado o rasguño
- un meado de culebra.

Analizadas las causas anteriores, encontramos que estas indican la concepción popular sobre enfermedad, confundiendo en una unidad a los síntomas con la etiología y con otros factores coadyuvantes en la evolución de la enfermedad.

El cuadro anterior puede ser ordenado en la siguiente forma:

a) factores que desencadenan un proceso infeccioso en presencia de agentes patógenos: picadura o "hincada" de insectos; lastimado, herida, llaga o lepra; golpe o torcedura; rasguño o rascado; infección de un grano o "nacido".
b) estimulantes de los síntomas: el sol o el calor.
c) finalmente, un aspecto mítico en relación con la culebra, la cual cubre un amplio espectro de creencias a nivel campesino.

Podemos concluir, que si bien existen nociones de acercamiento a los factores etiológicos, el origen de la enfermedad es ignorado como lo demuestran los conceptos que nuestros entrevistados manifestaron como causa de la erisipela y en los cuales, solo uno, cita la infección de un grano como directamente relacionado con esta.

Patogenia

El proceso infeccioso se produce por la acción directa del agente patógeno (estreptococos) dadas las condiciones de escasa o ninguna profilaxia existente.

En el caso de que la enfermedad persista, más allá del tiempo a que normalmente está acostumbrado el pueblo para sanar naturalmente, esta se transforma en motivo de preocupación, dando origen a las explicaciones basadas en la brujería como causa. La evolución de la enfermedad determinará, por lo tanto, el tipo de tratamiento al cual se recurrirá.

Existiendo en la medicina del pueblo una serie de niveles de consulta a partir del conocimiento casero, se recurrirá a un curandero o a un brujo en el caso de que los anteriores hayan fallado y en el momento en que exista consenso social de que la enfermedad es producto de un mal.

El definir cuándo el mal fue dirigido al enfermo, o bien a un familiar cercano que determina indirectamente la infección, es un proceso bastante complejo que opera a nivel inconsciente, indi-

cándonos la presencia de un conflicto social en la familia o en la comunidad.

Clínica

El cuadro clínico definido a nivel popular se caracteriza por un síndrome dérmico cuyos síntomas son:

- piel roja y dolorosa
- piel roja que produce comezón
- piel roja cali e nte y seca
- ampollas con pus

signos como:

- piel roja
- hinchazón
- roncha colorada que se agranda
- fiebre que puede ser generalizada

En contraste con las causas, la erisipela presenta a nivel clínico, un conocimiento bastante objetivo en el pueblo, la combinación, piel roja, dolor, temperatura en el área, prurito y aparición de ampollas con pus, permite su fácil identificación.

Tratamiento

El tratamiento nos revela el proceso de sincretismo en el pueblo; en efecto, la práctica médica es una mezcla de tratamientos mágicos; tratamientos empíricos y mágicos, tratamientos empíricos, mágicos y religiosos; tratamientos religiosos.

Alberto Ramos, curandero de Charapotó, nos describió de esta forma la erisipela:

> cuando está hinchada la pierna, entonces coje usted una navaja tan solo no más para eso, para ese trabajo y empieza a sacar y usted empieza a cortarla ¡no!, entonces ahí viene, la lava con puro alcanfor, pone aguardiente y bastante alcanfor, y acompañando con una oración.

El tratamiento en Olmedo es diferente:

cuando usted ve cualquier parte que esté hinchada y coloradita, coja un sapo, que lo cojan y lo pongan aguardiente alcanforado en la barriguita y usted lo soba y eso pasa ahí, y ve la barriga del sapo cómo le queda. Todo eso curamos aquí y hay unos montecitos para la erisipela, nosotros conocemos y damos baños.

Estructura de la terapia

a) Personas:
el enfermo
madre del enfermo u otro familiar
el curandero

b) materiales:
llantén, matico
leche de: moral, piñón, palo santo
benzetacil

c) Técnica:

le muele el llantén junto con el matico en un mortero, mezclando con leche (savia) de moral, piñón y palo santo, se agrega benzetacil para producir una pomada que se aplicará dos veces al día, limpiando con alcanfor y aguardiente.

d) Ceremonial:

en casos graves el ceremonial consiste en una oración previa en la cual el curandero se encomienda al santo de su devoción. La oración varía según el curandero y a quién invoca.

El tratamiento de la enfermedad, fuera de los vegetales utilizados se ha enriquecido con fármacos como el benzetacil. Las hierbas utilizadas tienen propiedades desinfectantes y cicatrizantes, unidos estos elementos, conforman un fármaco de alta eficiencia.

Debe darse importancia a futuros estudios de etnobotánica que permitan el análisis químico de las plantas utilizadas. Antes de la aparición de los antibióticos esta enfermedad era tratada solamente con vegetales, por lo cual, el estudio histórico de las etnomedicinas es necesario para rescatar los antiguos tratamientos.

Prevención

Como prevención nos indican:
no "hincarse"
no rasguñarse
evitar cortaduras
librarse de los insectos.

3. Espanto (susto)

Descripción: Enfermedad causada por el espanto. Espanto, tener asombro, consternación, amenaza o demostración con que se infunde miedo (D.L.E. - R.A.L. 1977).

El espanto es una de las alteraciones de salud clásicas. Probablemente, sus antecedentes tienen sus bases en los tiempos prehistóricos, en la época preclásica griega, era suficientemente conocido. En el Morbo Sacro aparecen sus signos y síntomas como: terrores nocturnos, delirios, saltos en la cama, sonambulismo y elevada fiebre. Es atribuido a la acometida de Hecate y a la presencia de las almas de los muertos (Gil, 1969: 288).

En comparación con las notas anteriores nos parece asombroso que, después de más de 2.000 años, los manabitas, al describirnos el cuadro clínico del espanto, nos informen que la peste se presenta con fiebre, brincan cuando duermen, asustados, ataques en la noche y que además, se produce el susto o espanto de la impresión causada por un muerto o por estar en el cementerio; este último aspecto, relaciona a la enfermedad con el mundo de los espíritus.

El curandero Ramos nos describe la enfermedad:

> Yo si, el susto le curo al instante, mire, cuando uno comienza con esa enfermedad, anda de la nada cercado, asustado, nervioso, viendo visiones, está que se despeluzna el cuerpo, parece que es alfileres que le clavan los huesos.

El espanto ha mantenido sus rasgos invariables a través de la historia, con una difusión generalizada en occidente; en Manabí es probable que haya sido transmitido por los españoles, demostrado tanto por su nombre como por la descripción de la enfermedad.

En la zona de la Sierra, el espanto se presenta con distintas variaciones debido a la influencia cultural indígena; Carmen Muñoz-Bernand, nos informa:

> El síndrome del susto está presente en todo el Continente Americano, sea entre los trabajadores chicanos... sea en la Cordillera de los Andes o en las pampas argentinas, los síntomas de este mal son múltiples, pero se hallan ciertas constantes como ser: agitación nocturna, pérdida del apetito e imposiblidad de concentrarse... En la región andina el susto reúne fenómenos distintos... Esta confusión no existe en quechua, ya que este idioma dispone de una serie de vocablos para definir cada uno de los malestares cuya etiología es particular (1981: 270).

Clínica

En Manabí, el espanto o susto es definido de la siguiente forma:

> los enfermos están:
> con fiebre y calentura,
> brincan cuando duermen,
> es igual al susto, asustados
> no duermen,
> falta de apetito,
> gritan, lloran, están nerviosos,
> cansados, sin ánimo, sin aliento y
> tienen visiones.

Las informaciones recogidas nos indican que el espanto o susto presenta una variada sintomatología como: alteraciones psicológicas, debilidad orgánica, problemas orgánicos y psicológicos juntos, lo que concuerda con la investigación de Alfredo López en México, quien manifiesta que el espanto no puede identificarse solamente por alteraciones emocionales.

Etiología

El espanto siempre se deriva de un susto o impresión cuyas causas podemos clasificar en a) naturales y b) sobrenaturales.

causas naturales:
- Por ver una culebra,
- por un temblor,
- porque lo ojean,
- porque sufre una agresión, pelea, ataque de perro o accidente,
- por un ruido.

causas sobrenaturales:

por la aparición de un muerto,
= por estar en un cementerio
- por embrujamiento,
- por no estar bautizado.

Las causas naturales son suficientemente claras en cuanto a la relación susto o impresión muy fuerte, en cambio las causas sobrenaturales en su inmediata relación con el mundo de los espíritus nos enfrentan a un problema de investigación: cuáles son las estructuras inconscientes que originan la enfermedad?

Todos los aspectos anteriores evidencian una necesidad: la de contar en los equipos de investigación con especialistas de antropología, psicología y neurofisiólogos que permitan, mediante trabajo de laboratorio, el acceder a una posible solución.

Tratamiento

El tratamiento presenta variables según el curandero y la edad de los pacientes. En Olmedo, un anciano curador cuyas técnicas son básicamente shamánicas, elimina el espanto con el siguiente tratamiento: primero frota al enfermo con hierbas (espanto, ruda maceradas en aguardiente), luego sopla el brebaje en forma brusca sobre la cara del asustado, termina succionando (chupando) en diferentes partes del cuerpo para extraer el mal.

Tratándose de niños, este mismo curandero, fuma ruda y espanto, expulsando el humo sobre el cuerpo del niño para terminar lanzando a éste en forma brusca al aire una o dos veces.

En Canuto, nos describen el tratamiento así: "que compra usted cilantro, el cilantro serrano lo coje y lo machaca y lo pone a hervir y eso toma, si usted... tres litros de agua se toma diario, esos tres litros póngale al hervor ya una vez que está listo, lo coje y lo mezcla".

El ceremonial religioso consiste en encomendarse al santo del cual se es devoto, y un proceso de "limpieza" y "santiguamiento", en la forma que hemos referido para los aojados.

En caso de espantados graves, además de este último tratamiento, se nos entregó la siguiente receta: "caldo de dos perros negros en un sancocho y vitaminas".

Este último tratamiento está relacionado con espantados graves que presentan psicopatías graves o en los casos de esquizofrénicos. Según la gravedad, este tratamiento debe repetirse hasta 15 días.

El *sancocho* de perro negro se hace utilizando toto el animal, es decir sin destripar, y debe ser de perro nuevo.

Cuando esta enfermedad es concebida como producto de causas sobrenaturales, el tratamiento se hace de preferencia los días martes y viernes. Se administra además el agua de valeriana (valeriana offinalis L.) y se recomienda no despertar al enfermo de noche.

Prevención

Como "contra" se recomienda usar ropa roja y tener "fuerza" y valor o prevenir los sustos, aunque la mayor parte de nuestros informantes están de acuerdo en que el espanto no se puede evitar.

4. Pasmo

Descripción: Efecto de un enfriamiento que se manifiesta por dolor de huesos y otras molestias (D.L.E. - R.A.E. 1977).

Clínica

En el conocimiento popular se define el pasmo (término español) como una enfermedad causada básicamente por a) enfriamiento y b) problemas relacionados con los alimentos. Es una alteración de salud de los adultos y preferentemente en el sexo femenino, se relaciona con este por problemas de infecciones o fiebres puerperales y trastornos menstruales.

Los síntomas referidos son:

- Dolor en el vientre como cólico,
- dolor en el vientre como cólico con enfriamiento y escalofríos,
- dolor en el vientre con enfriamiento y fiebre
- dolor en el vientre, más fiebre, vómitos y diarrea.
- dolor en el vientre con fiebre
- enfriamiento, dolor de cabeza durante el período menstrual
- es igual al tétanos.

El enfermo (a) decae rápidamente con dolores generalizados y más agudos en la zona abdominal, con escalofríos y estados febriles; cuando demora la atención manifiestan que se produce infección intestinal y diarrea.

El concepto "es igual al tétanos", tiene importancia debido a que revela a esta enfermedad como un rasgo transmitido por los españoles, para quienes, el término tétanos era igual a pasmo.

Llama la atención la resistencia al cambio de los conceptos de origen peninsular; pese a todos los esfuerzos desplegados en políticas sanitarias y educación, después de casi 500 años, los conceptos se conservan significativamente en el pueblo y en especial en el sector campesino, esto revela la lenta proyección de los conocimientos a la totalidad de la sociedad.

Observamos a nivel local que la enfermedad es fácilmente identificable por la población, lo que permite un rápido tratamiento ya sea recurriendo a curanderos o al conocimiento de familiares (medicina doméstica).

Etiología

El pasmo está adscrito en la distinción que normalmente hace el pueblo sobre enfermedades causadas por agentes fríos o calientes, esto deriva del hecho que se ha observado, que de una u otra forma el frío y el tipo de alimentación en determinadas circunstancias, están relacionados como causales de la enfermedad.

Como agentes fríos causantes de la enfermedad nos fueron referidos: el resfrio, por mojarse, por pasar una mala noche, por enfriamiento. En este caso el pasmo se trata con sus contrarios, es decir, con medios calientes. Otras causas son por comer frutas y estar con la "regla" (menstruación), por descuido de la madre, por debilidad. Las dos últimas características están relacionadas con el tétano producido al cortar el cordón umbilical como efecto de la falta de asepsia en la manipulación de las comadronas.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad es bastante sencillo, el dolor de abdomen y los escalofríos son los indicadores básicos. El curandero asocia estos síntomas con los alimentos ingeridos, que en el caso de ser "fríos" le proporcionan un indicio bastante seguro, además en el caso del sexo femenino, el estado ya sea puerperal o menstrual le permiten un seguro diagnóstico del pasmo.

El tétano, también conocido como pasmo en la región, no requiere mayor especialización para la diagnosis ya que sus características como proceso infeccioso son conocidas.

Tratamiento

Las situaciones de enfriamiento se tratan recurriendo a infusiones de hierbas clasificadas como "calientes" (tratamiento alopá-

tico) como: alhucema, borraja, manzanilla, ruda. El enfermo debe guardar cama y someterse a una dieta liviana eliminando especialmente la carne de cerdo.

Prevención

La profilaxis más comunmente utilizada, nos fue referida en la siguiente forma:

- Cuidarse durante el parto y el período menstrual,
- no comer de noche,
- no salir al aire rápidamente,
- no mojarse,
- no comer cosas dañinas,
- evitar los cortes,
- asear las heridas.

La prevención está directamente relacionada con los períodos puerperales, menstruales, situaciones de enfriamiento y tétanos.

5. *Padrón o palpitación*

Etiología

El padrón o palpitación es una enfermedad que sucede normalmente a los campesinos, y que es causada por la ingestión de una comida fría, después de una jornada de trabajo.

Clínica

De acuerdo a nuestros informantes la enfermedad siempre se presenta después de una jornada de trabajo, lo que también hace suponer que el cansancio, luego de un esfuerzo sostenido por largo tiempo y con una alimentación precaria, sea un variable de importancia como causa de esta enfermedad. La investigación preliminar revela que este tipo de alteraciones de salud está ligada con las condiciones socio-económicas de los campesinos, un cuadro de desnutrición determina que un consumo excesivo de calorías en el

trabajo no son compensadas en la alimentación, provacando así una descompensación orgánica.

El padrón o "palpitación", se presenta con los siguientes síntomas:

- vómitos,
- dolor a nivel del abdomen y que se amplía a otras zonas,
- cefalagias,
- dolor en los genitales,
- dolor en la espalda.

Los síntomas usuales en el hombre son: cefalagias y dolores abdominales; en la mujer se presenta con dolor en el sistema genital, en algunos casos con vómitos violentos y persistentes.

Si consideramos la anemia crónica que se observa en gran parte de la población en estudio, fuera de la dieta que presenta desbalances y que en ningún caso cubre las 3.000 calorías que necesita un trabajador que está sometido a un esfuerzo físico sostenido, no nos parece sorprendente que el exceso de trabajo en condiciones físicas deficientes determinen la alteración de la salud definida como padrón o palpitación.

Tratamiento

El tratamiento está basado en masajes que se practican en las zonas afectadas, una oración para eliminar el mal y un período de descanso.

Llama la atención que la parte central del tratamiento tenga un carácter mágico-religioso. En el caso del padrón, en la espalda del enfermo se le golpea y "santigua" con un almohadón. El "santiguamiento" consiste en una serie de cruces en la parte afectada y los lugares adyacentes.

Se practica un masaje con bastante presión en las zonas de dolor, mientras se reza la siguiente oración:

"Madre Medenciana
Parió a María
María parió a Jesús
Jesús murió en la Cruz
Oh Madre Medenciana

Oh palpitación de (se nombra al enfermo)
Preséntate en este lugar (se coloca el dedo índice en el ombligo)
En el nombre del Padre
del Hijo, del Espíritu Santo
Amén"
Otro variante:
Madre Valeriana
Parió a Santa Ana
Santa Ana parió a María
María parió a Jesús
Jesús pasó tormento en la Cruz
Así como lo digo es
La palpitación (se nombra al enfermo)
Ponte en tu lugar (se santigua)
Amén".

CAPITULO VI

ETNOBOTANICA

Los etnomédicos y en general todos los agentes de la etnomedicina, son los herederos de un conocimiento de la naturaleza acumulado históricamente por la humanidad. Parte de los conocimientos botánicos y de los tratamientos naturales se encuentran sistematizados y publicados en numerosas obras de divulgación, como la de J. Sintes (1976), que hemos utilizado para confrontar las plantas curativas de Manabí. Otra parte importante de etnobotánica y conocimientos naturales empleados tanto en el curanderismo como en la brujería, permanecen en un secreto que solo se revela a los iniciados.

Algunas de estas plantas consideradas mágicas, como las del género Banisteriopsis Caapi (Ayahuasca, nepe), Datura Arborea (floripondio), Cereus (cactus alucinógenos, hongos alucinógenos (peyotl), han llamado la atención de los investigadores debido a que constituyen el medio principal para los cambios psicológicos de introducción a los actos de curación y shamánicos. Estas plantas han sido estudiadas con el fin de determinar sus elementos químicamente activos. Alcaloides como la mezcalina se hallan presentes en los cactus y hongos alucinógenos; los efectos de estas sustancias a nivel médico (psiquiatría) han sido descritos como sigue (Rosestein, 1977, 6a parte: 14, 15):

Efectos de corta duración: Sugestibilidad, fragmentación del "yo", intensificación y distorsión de las percepciones sensoriales, especialmente de las visuales e inclusive alucinaciones, náuseas,

vómito; en dosis excesivas producen el mismo efecto de las anfetaminas. Episodio agudo puede tener semejanza con episodio esquizofrénico.

Efectos de larga duración: Posibilidad de daño a nivel cromosómico, pueden intensificarse las tendencias psicóticas latentes o llevar la ansiedad al pánico, temor a perder la razón.

En etnomedicina las plantas y otros elementos de la naturaleza son esenciales en los tratamientos curativos.

La valorización de las plantas que hacen los agentes de la etnomedicina, es muy distinta al concpeto y valor que un médico formal reconoce en los fármacos. El curandero o el brujo las integra en su cosmovisión de la misma forma que el resto de elementos de sus prácticas, concediéndoles un significado mágico, no como unidades, sino como integrantes de un mundo sobrenatural, pleno de "fuerzas" que él conoce, que con él se comunica. Existe entonces una razón dialéctica entre el curandero y su mundo, él no es "algo" distinto de la naturaleza, sea esta natural o sobrenatural, él es parte de ella, en fusión total con ella, así esta manifiesta su poder y su "fuerza" a través de él como su elegido. Estas son las razones del ritual; al tomar una planta o una piedra o un animal, el curandero, el brujo, está realizando un acto que ocurre en su espacio sagrado. Cuando moviéndose solo en la selva, emite sonidos con un dominio ancestral del lenguaje, y a ese llamado acuden las serpientes que utilizará para salvar otras vidas, es la naturaleza quien lo confirma, lo reafirma como su escogido, y ese, su "poder", se manifiesta ante él como la concesión de sus dioses, en un supramundo que solo ellos son capaces de percibir.

En este trabajo, nos propusimos tratar de establecer las respuestas lógicas ante el complejo universo pagano-religioso, sagrado-profano de las etnomedicinas, por lo cual, no hemos hecho énfasis en las descripciones e interpretaciones en un sentido "emic", de la cosmovisión y cosmogonía de los agentes. Estimamos que todo lo que sucede en este mundo mágico, supersticioso, tiene una respuesta técnica, una respuesta cientffica que está esperando ser develada.

La descripción siguiente, cubre parte de las plantas que nos fueron indicadas por los agentes entrevistados; como es lógico,

parte de aquellas pertenecientes a la flora local, no han sido clasificadas. El resto corresponde a la etnobotánica clásica y sus antecedentes son objeto de numerosas obras.

Plantas utilizadas con frecuencia (descritas)

Aguacate
Apio
Grama
Higuerilla
Junco
Llantén
Maíz
Manzanilla
Matico
Moral
Ortiguilla
Paico
Palma
Ricino
Romero
Ruda
Valeriana
Zábila
Zarzaparrilla

Plantas utilizadas con frecuencia (no descritas y por identificar)

Bejuco guaque
Chicoria silvestre
Espanto
Rabo de mono
Tailor flor morada
Tailor flor azul
Zumbaco.

ETNOBOTANICA

Palta (Aguacate) (Laurus Persea L.)

Sinonimia: F. Laurier Avocatier, ing. Allicatur Pear, A. Abogado Baum. Laurel abogatero, aguacatero.

Arbol de la familia de las lauráceas, dicotiledóneo, con dos verticilos periantiales y dialipétalas, arborescente, de hojas persistentes, aromáticas; estambres de deshicencia valvar con frutos y bayas. El aguacate, palta, Persea gratissima, tiene un mesocarpio con gran cantidad de aceite y azúcar.

Propiedades: Las yemas y las hojas son emenagogas, estomacales, carminativas y alivian los dolores de los gotosos. El rallado de la semilla es utilizado como abortivo en infusión con ruda y un bejuco llamado zaragoza.

Apio (Apium Graveolens L.)

Sinonimia: F. Celeri, It. Appio, Ing. Celery, A. Cellery, P. Aipo. C. Apit.

Planta bienal de la familia de las umbelíferas, con la raíz fibrosa, corta y fuerte, tallo muy ramoso y profundamente estriado, fistulosos y acanalados, hojas pinnadas con tres segmentos; foliolas lustrosas, truncadas en el ápice y dentadas, flores blanquecinas con umbelas casi sentadas. El fruto es pequeño, sin pelo alguno, redondeado y con la base acorazonada. La raíz, por el cultivo y desprovista de los órganos reproductores, se hace carnosa y fácilmente digerible.

Propiedades: con fines terapéuticos, se empleará el apio silvestre, del cual se utilizarán la raíz, las hojas y los frutos. Sus propiedades son tónicas estimulantes, antifebrífugas, carminativas y diuréticas.

Acíbar (Aloe)

Sinonimia: F. Aloes, It. Aloe, Ing. Bitter aloes, A. Aloesaft, Am. Zabila, Sadiva, Pita zabila.

Descripción: Muchas son las especies conocidas con este nombre. Por incisión, se extrae un jugo empleado en medicina llamado acíbar. La mejor entre todas es el Aloe Socotrina, que es una liliácea de 1 a 1.75 mts. de alto con tronco *bífido* por lo general, hojas azuladas con manchas blanquecinas en la cara inferior y espinas blancas; racimos de muchas flores rojas con el borde verdoso.

Propiedades: En pequeñas dosis es tónico, estomacal y facilita la secreción biliar. En dosis mayores (11 a 30 centímetros) es purgante.

Achicoria (Cichorium Intybus L.)

Sinonimia: F. Chicorra, It. Radiccio, In. Wild Succory, A. Chicorie. Almiron, xicoria, masteguera, cama roja, picore.

Descripción: Planta vivaz de 30 a 50 cms. de altura, que se ramifica copiosamente, las hojas inferiores se dividen en lóbulos más o menos agudos y de bordes simulados, sostenidos por su rabillo. Las cabezuelas cuando se acerca el mediodía y están del todo abiertas, forman a modo de hermosas esterillas azules de 3 a 4 cms. de diámetro. Los frutitos tienen de 2 a 3 mm. y el vilano reducido a unas escamitas que no llegan a 0.5 mm. no les sirven para volar.

Se utilizan las hojas y las cabezuelas, que se recolectan cuando la planta está en flor, así como la raíz, que se arranca después de florecer la planta; si la raíz es muy gruesa se corta en pedazos de 1 cm. de largo, que pueden rajarse longitudinalmente para facilitar su desecación. No hay inconveniente en poner estos fragmentos al sol o en desecarlos valiéndose de un moderado calor artificial.

Propiedades: Las hojas y la raíz son amargas, tónicas, depurativas y algo laxantes. Galeno recomendaba ya la achicoria en los trastornos hepáticos.

Alhucema (Espliego)

Sinonimia: F. Lavande, It. Spigo, Ing. Lavender, A. Lavendel, P. Alfazema. Cantueso, cantahueso, cantigüeso, tomillo borriquero, hierba de San Juan.

Descripción: Con el nombre vulgar de espliego se conocen varias especies del género lavándula, familia de las labiadas.

La "Lavandula spica" es una matilla leñosa en la base, pero todos los años arroja nuevos vástagos herbáceos. Tiene las hojas opuestas, estrechamente lanceoladas o lineares, de color verde franco. Las flores forman glomérulos en la sumidad de los vástagos, cada uno de los cuales trae en la base dos hojitas florales opuestas; estos glomérulos pueden quedar más o menos separados o bien aproximarse tanto, que formen a modo de apretada espiga. El cáliz es estrechamente tubuloso, con trece o quince nervios en resalto y cinco dientecitos en su extremo, uno de los cuales trae en su dorso un pequeño apéndice a manera de capucho. La corona es azul, un poco mayor que el cáliz. La hojas, y sobre todo, las sumidades floridas son muy aromáticas. Florece en verano a partir del mes de junio.

Cuando están abiertas las flores, durante el mes de junio y julio, según la altitud, se recolectan las sumidades floridas ya bien entrada la mañana y un día de buen sol. Se secan lo más rápidamente posible y se conservan en latas bien tapadas.

La Lavanda latifolia Villars, se distingue sin dificultad alguna de la L. spica, por tener el tallo más alto y ramoso, las hojas más anchas y blancas o blanquecinas, los ramilletes florales menos apretados y las flores de color más pálido. Esta planta despide un olor canforáceo no tan agradable como el de la L. spica. Florece un mes más tarde que esta.

La Lavanda Stoechas L. forma una mata muy ramosa, con las ramitas del año muy hojosas y de color verde blanquecino. Las flores se recogen en un ramillete terminal apiñado. Toda la planta despide un olor fuerte canfóraceo, parecido al de la alhucema. Florece antes que las anteriores, es decir, en primavera a partir del mes de marzo.

Propiedades: El espliego o alhucema, en todas sus variedades, es tónico, calma los nervios, antimicrobiano y antipútrido. Se usa como digestivo, estimulante y antiespasmódico, para combatir los cólicos y flatos, las indigestiones y fermentaciones pútridas, tomada en forma de tisana. Al exterior se hace uso del alcohol o espíritu de espliego, para friegas contra el reumatismo.

Amapola (Papaver Rhoeas L.)

Sinonimia: F. Coquelicot, It. Rosalaccio, Ing. Common corn poppy, A. Klastchrose, P. Popoula.

Descripción: la amapola no vive más de 10 meses. En tierra baja nace con las lluvias de septiembre, va creciendo durante el otoño e invierno, florece al comenzar la primavera, fructifica en mayo y muere en el mes de junio. Por la figura de las hojas es planta que varía notablemente; las más de las veces están cortadas en gajos profundos, que pueden llegar hasta la vena en medio de ellas. Tanto el tallo de 20 a 60 cm. de altura, como las hojas y el *rabillo* que sostiene la flor muy largo y levantado, tienen numerosos pelos tiesos y blancos.

La flor, cabizbaja antes de abrirse, se compone de dos piezas verdes exteriores que forman el cáliz y que se caen al abrirse la flor y de cuatro pétalos grandes, cruzados, de color rojo escarlata, a menudo con una mancha negruzca en la base, muy delgados y agrupados en el capullo, que solo duran 1 día. Los estambres muy numerosos tienen el filamento muy delgado y de color obscuro, y la antera, ya abierta de un verde oliváceo. En el centro de la flor está el rudimento del fruto, de figura de urna, con un a modo de disco o de tapadera en lo alto, del centro del cual salen alrededor de siete o doce líneas obscuras, radiales que son los estigmas, el fruto tiene la misma forma de urna, es seco y se abre mediante una serie de poros que se forman debajo del disco estigmático. Los capullos de la amapola, si aún están poco hechos, tienen dentro de sí los pétalos blancos (monjas) pero enrojecen rápidamente, y cuando están a punto de reventar se vuelven de un rojo encendido (frailes). Adivinar si en un capullo hay monjas o frailes es el quid de un juego infantil que tuvo muchos entusiastas hace años. Las hojas de esta planta tienen sabor a herbáceo.

Florece a partir del mes de marzo, durante toda la primavera y aun en verano en las tierras altas. Se cría entre las mieses. Se recolectan los pétalos en las primeras horas de la mañana, después de salir el sol, cuando las flores están bien abiertas, principalmente en el mes de mayo. Se desecan al aire libre, lo más rápidamente posible, espaciarlas sobre un cañizo o una mesa. Lo mismo se hace

con las cápsulas que han de cogerse cuando todavía están verdes, alrededor de una semana después de haberse abierto la flor.

Propiedades: Los pétalos en infusión al 2o/o calman la tos. Las semillas machacadas con miel y comidas concilian el sueño. Sus propiedades ligeramente narcóticas y decididamente béquicas, hacen de la amapola un elemento muy importante en gran número de recetas de plantas medicinales.

Artemisa (Artemisa Vulgaris L.)

Sinonimia: F. Artemise, It. Artemisia, Ing. Wegwood, A. Beifuss, P. Artemisia. Hierba de San Juan, altamisa, doncell salvatge.

Descripción: Planta vivaz de la familia de las compuestas tubolifloras, con el tallo rollizo, pero anguloso y estriado, con frecuencia un poco rojizo, lampiño o algo velloso. Las hojas son verdinegras en la cara superior y blanquecinas en el reverso, a causa del menudo y apretado vello que las recubre. Están divididas en gajos profundos y agudos. Las cabezuelas se componen de diez o doce florecillas cada una, son ovoides y tienen color rojizo; forman un gran ramillete terminal, con hojas entremezcladas.

Propiedades: Es tónica y aperitiva y, además provoca y regula la menstruación.

Ayahuasca

Enredadera del género Banisteriopsis Caapi, llamado yage o jaje en Colombia, ayahuasca (quechua: vino de los muertos) en Ecuador y Perú y Caapi para Brasil. Está ampliamente descrita en el libro "Alucinógenos y Chamanismo" de Michael Harner.

En Manabí es utilizada por los brujos, curanderos-brujos y brujo-curanderos en los "males" o en las enfermedades que están relacionadas con lo mágico en forma amplia, maleficios, neurosis, etc. En la misma forma que es usado el cactus San Pedro la ayahuasca constituye el "medio" para ingresar en la ceremoshamá-

nica tanto curativa, como religiosa. Los efectos psicotrópicos son los mismos de los alcaloides descritos anteriormente.

Grama (Cynodon Factylon, Persoon)

Sinonimia: F. Chiendent, It. Gramigna, Ing. Quickgrass, A. Zahnhund Kraut. Grama común, grama canina, diente de perro, agramen.

Descripción: Hierbecilla de la familia de las gramíneas, de tallos rizomatosos, estirados y rastreros, que discurren a flor de tierra o ligeramente enterrados, nudosos y ramificados. Tienen hojas finamente vellosas, planas, de lámina relativamente corta. Del tallo horizontal y rastrero surgen ramas espinadas y con espigas muy finas en su extremo, digitadas y a menudo de color violáceo.

Propiedades: la grama es refrescante, diurética y purificadora de la sangre. Entra en la composición de numerosas recetas de plantas medicinales.

Higuera Chumba (Opuntia Ficus-Indica, Miller)

Sinonimia: Nopal, nopalera, chumbera, higuera de indias, higuera de palas, higuera de tunas.

Descripción: La chumbera es aquella planta de la familia de las cactáceas, de aspecto tan extraño formado por unas a modo de palas engarzadas una sobre las otras en sus bordes.

Propiedades: El fruto es astringente y es considerado antidiarreico. Las palas frescas y calentadas, son emolientes.

Junco (Junco Lacustris L.)

Sinonimia: Hierba cuchillo.

Propiedades: Planta de la familia juncácea, monocotiledóneas, herbáceas, perennes o anuales, propias de lugares húmedos,

de tallos cortos, hojas lineales, comúnmente basales, flores hemafroditas, frutos en cápsulas con semillas pequeñas.

Propiedades: La infusión de juncos da excelentes resultados en el tratamiento de la diabetes y en la curación de enfermedades de la garganta y laringe.

Llantén (Plantago Major L.)

Sinonimia: F. Plantain, It. Petacciola, Ing. Ribwort, A. Wegerich, P. Tantage. Lengua de carnero, chinchagem, chantaxe.

Descripción: Planta ginácea vivaz que, cuando envejece, forma un troncho enrredado tan grueso como el pulgar de un hombre, de color amarillento o pardusco, con una cabellera de raíces blancas todas iguales. Las hojas nacen todas de esa cepa y son muy grandes, todas radicales, con una amplia lámina aovada, de bordes enteros o ligeramente sinuados, por lo común con siete venas principales muy visibles en el envés, que todas suben del rabillo y discurren hacia lo alto de la hoja. El rabillo es casi tan largo como la lámina, y acanalado. Cuando se quiere quebrar este rabillo o la lámina de la hoja, si no se corta con navaja, las venas, que son muy fuertes, salen de sus vainas perfectamente aisladas. Estas venas son lampiñas en ambas caras, con un delgadísimo borde traslúcido cuando se mira a contraluz. Los bohordos floridos alcanzan hasta 40 cms. de altura y tienen numerosos pelitos aplicados. Las flores tienen la misma hechura que la de otros llantenes, pero los pétalos, color rubio, los filamentos estaminales son más cortos y blanquecinos y las anteras muestran cierto tono vinoso. Los frutos se abren de través y contienen numerosas y menudas semillas.

Se recolecta a mediados de verano, cuando la planta ha alcanzado su plenitud. Se deseca a la sombra de un sitio ventilado.

Propiedades: Astringente, cicatrizante, antihemorrágico, expectorante y purificador de la sangre.

Manzanilla Común (Matricaria Chamomilia)

Sinonimia: Matricaria, Manzanilla de Aragón, Manzanella, larramillo.

Descripción: Hierba compuesta tubuliflora, más o menos ramosa, lampiña, con hojas profundamente divididas en lascinias muy finas, filiformes con las ramitas terminadas en cabezuelas de botón amarillo dorado y lígulas blancas. El involucro que rodea la cabezuela está formado por hojitas verdes orladas, cada una de ellas, por una membranita incolora o rubia. El tallo y las hojas de esta planta saben a hierba y son aromáticos. Las flores son un poco amargas y el olor característico a manzanilla.

Para la recolección, debe elegirse un día sereno, y recoger la planta cuando el sol está ya en lo alto, desde la media mañana hasta el atardecer. Solo se guardan las cabezuelas, con la menor parte posible de su rabillo, las cabezuelas así recogidas se extienden sobre papeles o cañizos, en lugar ventilado y a la sombra. Tanto el amarillo del botón central como la corona de lígulas, han de conservarse en toda su pureza después de secas las cabezuelas. Con ellas se llenan saquitos de tela y se guardan en cajas bien tapadas y en lugar seco.

Propiedades: La manzanilla es antiespasmódica, sedante y se utiliza principalmente en los trastornos de tipo nervioso. Está indicada en los cólicos del estómago, del intestino y de la matriz. Menstruaciones difíciles y dolorosas. Enfermedades infecciosas (resfriados, catarros, gripes, etc.) debido a sus propiedades sudoríficas. Recomendada en las inflamaciones de los ojos, y finalmente muy útil para combatir las jaquecas de tipo nervioso.

Marrubio (Marrubium Vulgare L.)

Sinonimia: F. Marrube, It. Marrobio, Ing. Hearhoud, A. Adern, P. Marroio. Malvarrubia, malva de sapo, matico.

Descripción: Labiada vivaz, con numerosos tallos cuadrados, simples o un poco ramosos; las hojas son redondas, sostenidas por

un corto pezón, enfrentadas, festoneadas en los bordes, con la nervadura en redecilla. Las flores son blancas y se aglomeran en gran número en las axilas de las hojas superiores. Toda la planta tiene color blanquecino por su abundante vellocidad y despide un olor característico. Se emplean las sumidades.

Propiedades: Estimulante, antiespasmódico y febrífugo, regulador de la actividad del corazón.

Maíz (Zea Mays L.)

Sinonimia: F. Ing. y A. Mais; It. grano turco, P. Milho. Mijo turquesco, trigo de Turquía, panizo de indias, berena.

Descripción: Planta de la familia de las gramíneas. Por ser muy conocida no se describirá.

La parte que se emplea en medicina vegetal es la cabellera de maíz, llamada comunmente "estigma del maíz" aunque en realidad son los estilos, con los dos pequeños estigmas apicales. La cabellera de maíz ha de colectarse en cuanto empieza a asomar por el extremo de la mazorca o, por lo menos, cuando empieza a asomar aún tierna y con colores claros, pálido o rubio. Se quitan las bracteas de la perfolla y se arrancan los filamentos de las mazorcas en estado virginal. Naturalmente, la mazorca queda inservible, no llega a ser fecundada y aún dejándola en la planta madre no llegaría a granar. A esta situación se debe que en el comercio se suelen dar estilos de maíz inservibles. Porque proceden de mazorcas ya granadas o en muy avanzado estado de granazón; generalmente tienen color obscuro. Estas barbas han de desecarse rápidamente a la sombra y se guardan en frascos de color oscuro, o por lo menos al abrigo de la luz y de la humedad.

Propiedades: La cabellera de maíz tiene propiedades diuréticas realmente eficaces y de acción muy segura cuando se emplean bien colectadas; no irritan jamás. Desinfectante de las vías urinarias.

Siempre que es necesario activar la secreción urinaria puede prestar excelentes servicios; por ejemplo, en los estados febriles,

en las inflamaciones de la vejiga, enfermedades cardíacas, albuminuria, gota. Además, la infusión de estos filamentos estilares es innocua, y puede consumirse cuando se quiera. Ahora bien, si la dificultad de orinar tuviere como origen una inflamación de la próstata, en modo alguno debe propinarse esta infusión, que multiplicaría los padecimientos del enfermo.

Las cataplasmas de harina de maíz son también excelentes en las inflamaciones de vejiga y riñón.

Moral (Morus Nigra L.)

Sinonimia: F. Murier, It. Celso, Ing. Mulbery Tree, A. Maulbeerbaum, P. Amorera negra. Moral, morera negra, martuts, zarga.

Descripción: Arbol de la familia de las moráceas, de 5 a 20 mts. de altura, hojas gruesas, anchamente acorazonadas, simétricas en la base, de color verde, cortamente pecioladas, ásperas, con dientes anchos irregulares, estípulas largas, membranosas y lanudas, infrutescencias grandes, aovadas, negras o rojas brillantes, casi sentadas, sus moras son comestibles, de sabor agridulce muy jugosas y refrescantes.

Propiedades: La corteza de la raíz es vermífuga y purgante. El jarabe de mora se utiliza en gargarismos contra las inflamaciones de la garganta y boca.

Ortiga Mayor (Urtica Dicica L.)

Sinonimia: Herba de cego, ortiga grossa, ortiga barraga, asun, ausin.

Descripción: Pertenece a la familia de las urticáceas y llega a 1 mt. y más de altura, tiene hojas aovadas o aovadolanceoladas, acorazonadas en la base, dentadas de diversas formas, con pecíolo dos o cuatro veces más corto que el limbro; rara vez monoica, sus amentos son más largos que los pecíolos, los femeninos colgantes en la madurez, el cáliz pubescente. El tallo suele tener color rojizo, entreverado de verde, y está erizado de numerosísimos

pelos tiesos, recios incoloros como si fueran de cristal, de hechura de botella en su base, pero terminados en punta agudísima. Esta punta se clava fácilmente en la piel cuando, al descuido, las manos no hacen más que rozar las hojas y los tallos de esta planta, y entonces producen un escozor vivísimo, pero continuados si son varios los que han penetrado en la epidermis. Las flores son menudísimas, y están como aglomeradas en racimitos colgantes y ramificados, que nacen cuatro a cuatro en los encuentros de cada par de hojas.

Propiedades: Las hojas tiernas se comen cocidas a manera de espinacas y borraja; requieren una cocción prolongada y pueden servirse rehogada con aceite o bien en forma de sopa. Las ortigas segadas a tiempo y retiradas del cámpo en seguida, mezcladas con forraje seco o con paja, constituyen un buen alimento para el ganado.

Las ortigas constituyen un alimento de excepcional importancia para los inapetentes, los anémicos, los gotosos, los reumáticos, para los convalescientes que no pueden comer todavía más fuertes manjares y, sobre todo, para los diabéticos. A estos se les recomienda que tomen a pasto, o por lo menos tres tazas al día, d agua en que se han hervido ortigas, naturalmente, sin endulzarla. La más eficaz manera de administrar las ortigas es utilizar el zumo de la planta fresca, que se propina en dosis de 100 a 125 gr.

Paico Té de México (Chenopodium Ambriosoides L.)

Sinonimia: Pazote, paico, pozote, epazote, Té de Nueva España, Hierba Santa.

Descripción: Planta de la familia de las quenopodiáceas, originaria de América y que se encuentra en toda la Península. Es una hierba anual, con escasos pelitos cortos y tiesos en el tallo, que tienen surcos longitudinales poco profundos, verdes, y entre ellos listeles aplanados, blanquecinos o rosáceos.

Tiene las hojas espaciadas, de figura lanceolada, con rabillo breve y bordes más o menos sinuosos, provistos de pelitos cortos

y ralos, glandulíferos en la cara inferior. Las flores son muy pequeñas, y se aglomeran en breves ramilletes que surgen de la axila de las hojas superiores formando en conjunto una larga panícula hojosa. Las hojas tienen sabor aromático, más notables y algo desagradable en las sumidades floridas.

Propiedades: Digestivo, carminativo, tónico y diurético. La tintura es antihelmíntica.

Palma (Palmera)

Descripción: Planta de la familia de las palmáceas, plantas leñosas, monocotiledóneas, arboradas con tallo no ramificado, hojas de gran tamaño, palmeadas o pinadas, flores hermafroditas o diclinas dispuestas en cisflorescencias protegidas por una espata leñosa y fruto en hoja o chupa. Familia que comprende, más de 4.000 especies de las regiones tropicales y subtropicales como el cocotero y la palmera.

Propiedades: El líquido que contiene la semilla es diurético y purgante. Rico en azúcar y sales se utiliza con éxito en caso de deshidratación.

Romero (Rosmarino Officinalis L.)

Sinonimia: F. Romarin, It. Rosmarino, Ing. Rose mary, A. Rosmarin, P. Alecrim.

Descripción: Arbusto perennifolio erguido, de la familia de las labiadas, muy ramoso y doliado, aromático, que puede crecer hasta más de un metro, con hojas coriáceas, sesiles, lineales, anteras de márgenes revueltos, blancotormentosos en el envés y flores azuladas pálidas y aun blanquecinas, subsesiles, reunidas en racimos pequeños, axilares y terminadas en bracteillas muy pequeñas. El sabor de las hojas y las sumidades floríferas es intensamente aromático, canforáceo y un poco picante.

Propiedades: Estimulante, antiespasmódico y ligeramente diurético; actúa asimismo como colagogo, esto es, sobre la secre-

ción biliar. También favorece la menstruación. Se emplea como vulnerarrio y para combatir los dolores articulares.

Ruda (Ruta Graveolens L.)

Sinonimia: F. Rue, It. Ruta, Ing. Rue, A. Raute, P. Arruda.

Descripción: Planta perenne de la familia de las tutáceas de risoma leñoso, con hojas compuestas pecioladas de contorno triangular y foliolas trasovado-oblongas, pétalos amarillos ovales-oblongos, casi iguales, denticulados u ondulados, y cápsula subglobosa de cuatro a cinco lóbulos redondeados. El sabor de la ruda es ligeramente picante, pero queda enmascarado por la intensidad de su olor. Se recolectan las sumidades floridas al empezar a abrirse las flores; pero para muchos usos es mejor emplearla fresca.

Propiedades: La ruda es antiescorbútica, emenagoga, antiespasmódica, sudorífica, y antihelmíntica. Tradicionalmente se emplea en el "susto" y el "pasmo"; con sulfatiazol, se emplea como abortivo.

Valeriana (Valeriana Officinalis L.)

Sinonimia: F. Valériane, It. P. Valeriana, Ing. Valerian, A. Baldrian. Hierba de los gatos.

Descripción: Hierba vivaz, de la familia de las valerianáceas, que forma una breve cepa soterrada de la que arrancan de ocho a quince raíces divergentes, casi horizontales, blanquecinas con algunas barbillas cortas. El tallo es rollizo, con estrías y listeles, completamente huecos en su interior, fistuloso y suele tener de seis a diez pares de hojas enfrentadas. Las flores son numerosas, ligeramente rosadas, y se recogen en ramilletes opuestos en el extremo del tallo. Las hojas tienen sabor amargo intenso. Las raíces, frescas, tienen, al pronto, sabor picante, que luego se desvanece, y se vuelve muy amargo y aromático. Al secarse despiden el olor típico de la valeriana, fuerte y desagradable. De la valeriana se utiliza en medicina la pequeña cepa que se forma en la base de

la planta, junto con sus raíces. Han de colectarse en verano y en otoño, y en todo caso, cuando se han desprendido los frutos y la planta está ya seca o a punto de secarse.

Inmediatamente después de colectadas, se lavan en agua corriente, sacudiéndolas repetidas veces, pero cuidando de no lastimar su epidermis con brochas o cepillos, porque la esencia de valeriana se localiza inmediatamente debajo de dicha epidermis. Luego de bien lavada, cepa y raíz se dejan escurrir y se destinan a la preparación de los productos farmaceúticos que las requieren en estado fresco, o el uso familiar, en forma de tisana o infusión, para lo cual también es mejor arrancarlas y utilizarlas inmediatamente. Las destinadas a la desecación se colocan a la sombra, sin mantenerlas juntas, y en lugar ventilado, y, ya secas se guardan en botes bien cerrados y en lugar seco.

Propiedades: La valeriana es un tónico y calmante que se prescribe contra el histerismo, la neurastenia, la psicostenia, la debilidad, el insomnio y los vértigos. También se usa contra la hipocondría, el asma nervioso y la anafrodisia.

Zarzaparrilla (Smilaz Aspera L.)

Sinonimia: F. Salsepareille, It. Salsapariglia, Ing. Sarsaparilla, A. Salsaparille, P. Salsaparrilha. Zarza morisca, uva de perro, alegra-campo, recama.

Descripción: Planta perenne de la familia de las liliáceas, verde todo el año, que se encarama como un bejuco hasta la copa de los árboles o en lugares descubiertos, alargándose menos, forma maraña difícil de atravesar porque se ase a cuanto halla a su alcance por medio de zarcillos. El rizoma se ramifica copiosamente y forma prolongados tallos subterráneos muy duros, de sus nudos arrancan raíces poco ramificadas que penetran verticalmente en el suelo, las hojas se hallan esparcidas a lo largo del tallo, y son coriáceas, lampiñas, de forma extraordinariamente variadas. Las flores son pequeñas y de color crema. El fruto es una baya redondeada del tamaño de un guisante, de color rojo más o menos

oscuro, o bien negro cuando el fruto está bien maduro. Se emplean las raíces.

Propiedades: La raíz de la zarzaparilla ejerce acción estimulante sobre la digestión y el metabolismo general. Asimismo goza de propiedades diuréticas y sudoríficas, siendo por ello un excelente depurativo de la sangre.

CONCLUSIONES

Las etnomedicinas de la provincia de Manabí, se integran en la configuración socio-cultural como instituciones necesarias y suficientes con enlaces múltiples a nivel de la base económica y de las superestructuras. Entre los principales elementos del sistema, si suponemos a la etnomedicina como el centro, tenemos: conocimientos empíricos acumulados a través del tiempo sobre el fenómeno salud-enfermedad; conocimiento de la naturaleza en amplio sentido; y, diversos procesos de sincretismo en el cuerpo de conocimientos, que determinan una estructura particular de creencias, de interpretación del hombre y del universo, integrándolos como bases causales a la magia, religión, brujería, hechicería, chamanismo y lógica de la institución. La base económica (proceso de producción, intercambio, condiciones de ruralidad del entorno, sistemas de comunicación insuficientes, tipos de ingreso, etc.) y la configuración de la cultura enunciada, determinan la praxis etnomédica.

Como institución de la cultura, la etnomedicina presenta un proceso evolutivo en un sincretismo de amplio sentido, conservando conocimientos, técnicas y prácticas milenarias en interacción con los aportes de las medicinas formales actuales. Su praxis teórico-empírica debe ser investigada ampliamente, para interpretar científicamente sus procesos y fenómenos.

La existencia de más de 70 agentes de la etnomedicina en Manabí, especializados en distintos campos; la prestación de di-

versos servicios, perticularmente en el área rural donde tiene un carácter masivo; el uso significativo de las medicinas populares, afirma la existencia de las etnomedicinas como un fenómeno real de la configuración socio-cultural.

Las etnomedicinas manabitas, presentan aspectos significativos de variados rasgos aportados por la medicina popular española, que se demuestran por la idéntica descripción en ambas culturas de: a) parte de la etnobotánica, b) de las enfermedades clásicas.

De las múltiples evidencias recogidas se infiere, como consecuencia, la existencia de un complejo sistema de etnomedicinas en Manabí, como producción de la praxis del pueblo. Estas medicinas no son objeto de uso exclusivo de las capas populares, sino de toda la sociedad.

Las etnomedicinas actuales en Manabí, deben comprenderse en el proceso de desarrollo del mestizaje, que integra en un proceso sincrético a la herencia cultural indígena-española, con las actuales prácticas etnomédicas de un universo mayor que trasciende las fronteras regionales.

El sistema etnomédico en conjunto con el sistema formal, proporcionan cobertura integral a la población de Manabí. Este último no puede dar cobertura total, entre otras, por las siguientes causas: a) insuficientes condiciones de comunicación en amplio sentido, b) carencia de una infraestructura suficiente y c) condiciones culturales del habitante manabita en su aspecto superestructural.

El proceso de enseñanza-aprendizaje de un sector de los etnomédicos manabitas, está ligado a "centros de enseñanza" y se imparte en períodos que oscilan entre 5 á 8 años. Posteriormente, ocurren citas periódicas de intercambio de conocimientos entre los agentes. Este hecho, proporciona a las etnomedicinas un carácter institucional.

Las prácticas etnomédicas en Manabí son un importante recurso para la solución del problema enfermedad, particularmente en el campesinado, quienes, por su aislamiento, difícilmente acceden a las medicinas formales; como ejemplo de estos servicios están: curación de mordida de serpientes venenosas, tratamiento de

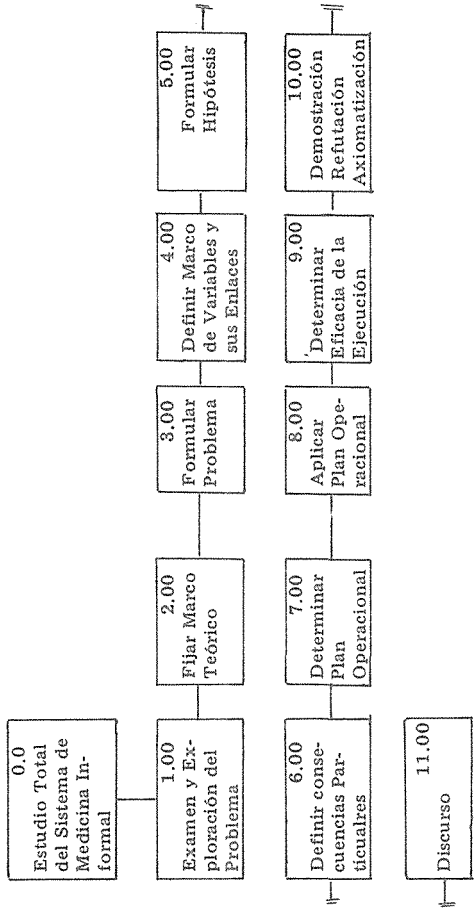
diversas enfermedades como gastro-enteritis, infecciones por diversos agentes patógenos, infecciones de la piel, tratamientos de distintos grados de neurosis. Un importante aporte lo constituyen las prácticas de obstetricia a través de las parteras o comadronas que atienden un gran número de los partos en el sector rural.

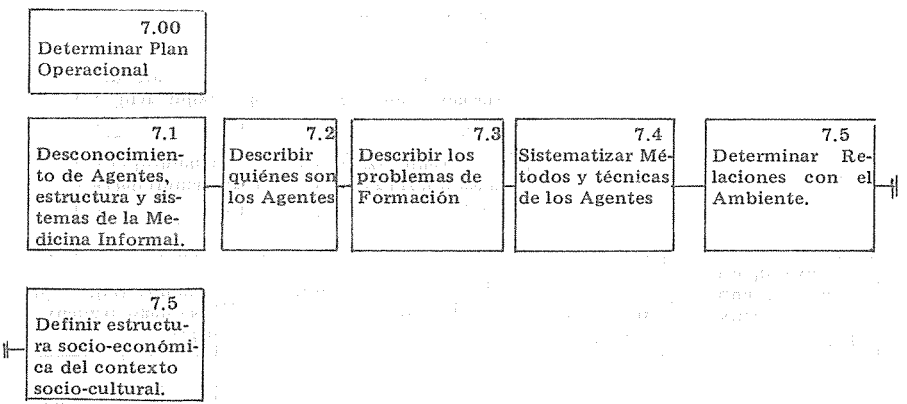
Por las evidencias recogidas en la investigación y con el objeto de futuros estudios, queda enunciada la posible existencia de una red etnomédica que vincularía: a) El Oriente del Ecuador; b) la zona de la costa ecuatoriana-colombiana, con un "centro" en Santo Domingo de los Colorados y otro en Colombia; y, c) el Putumayo. Esta red funciona en base a los agentes que realizan un intercambio de conocimientos y medicinas; los centros actuarían también, como controladores de la práctica etnomédica.

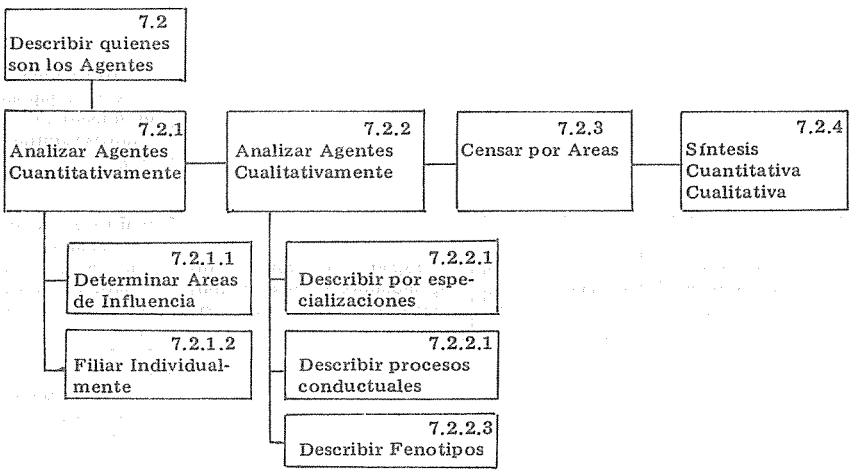
Este trabajo puede ser considerado como un aporte al estudio de las etnomedicinas de Manabí en particular y de la etnomedicina en general, cuyo objetivo es proporcionar estímulos para la investigación de un campo que ofrece varias expectativas tanto para las ciencias sociales como para las exactas. Por la experiencia obtenida, consideramos necesario que en futuras investigaciones de amplio alcance, se formen equipos multidisciplinarios, condición *sine qua non* para la aprehensión del fenómeno etnomédico.

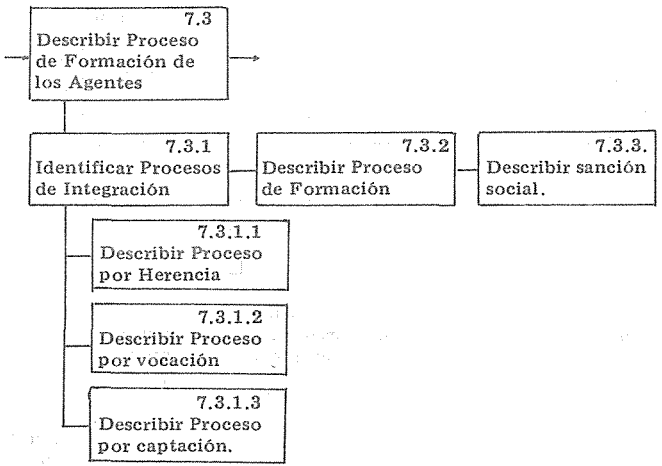
APENDICE

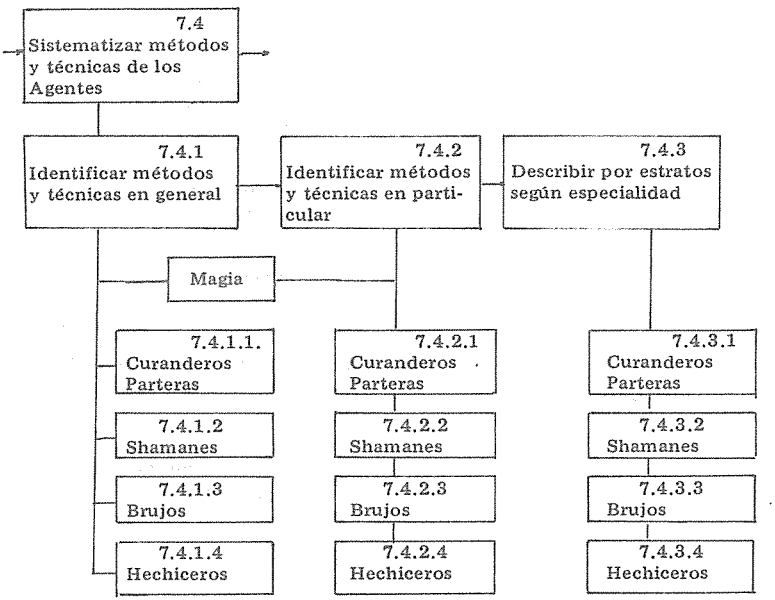
Apéndice 1
Matríz de Investigación

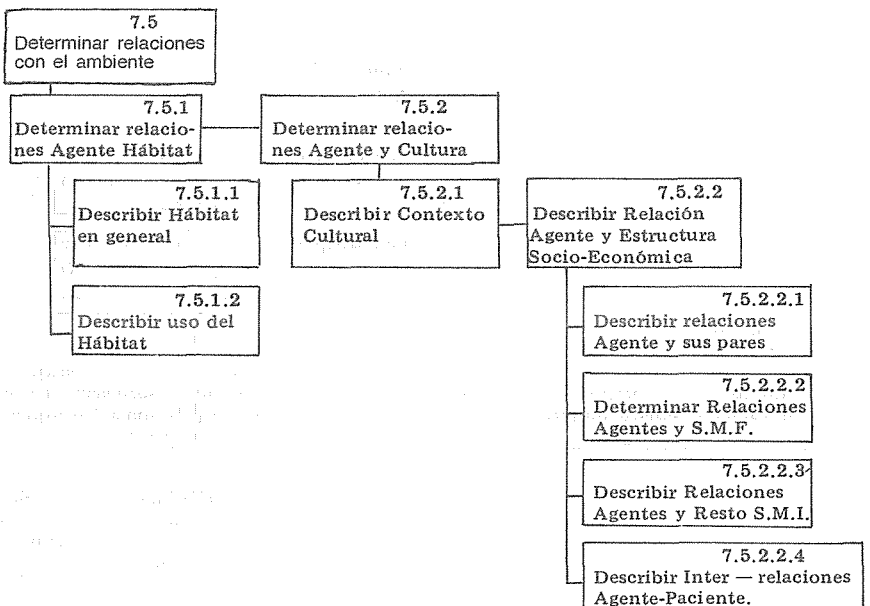


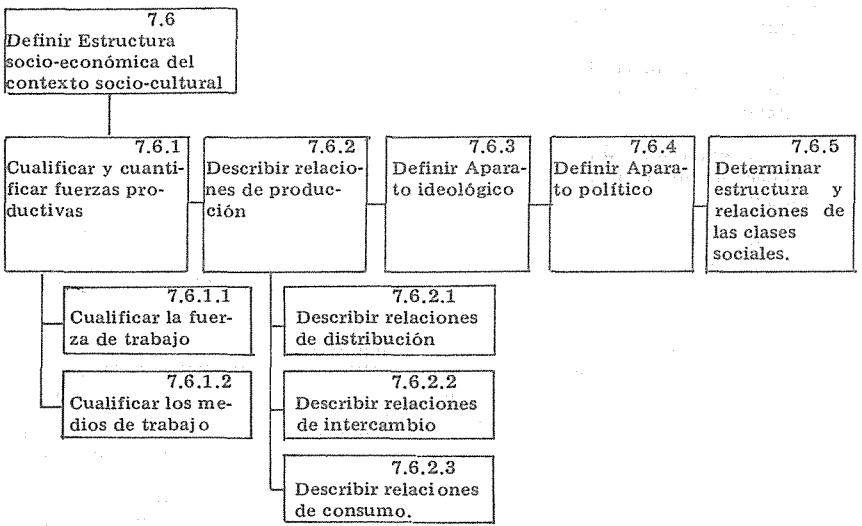

7.00
Determinar Plan Operacional
7.1
Desconocimiento de Agentes, estructura y sistemas de la Medicina Informal.
7.2
Describir quiénes son los Agentes
7.3
Describir los problemas de Formación
7.4
Sistematizar Métodos y técnicas de los Agentes
7.5
Determinar Relaciones con el Ambiente.
7.5
Definir estructura socio-económica del contexto socio-cultural.


7.2
Describir quienes son los Agentes
7.2.1
Analizar Agentes Cuantitativamente
7.2.2
Analizar Agentes Cualitativamente
7.2.3
Censar por Areas
7.2.4
Síntesis Cuantitativa Cualitativa
7.2.1.1
Determinar Areas de Influencia
7.2.1.2
Filiar Individualmente
7.2.2.1
Describir por especializaciones
7.2.2.1
Describir procesos conductuales
7.2.2.3
Describir Fenotipos


7.3
Describir Proceso de Formación de los Agentes
7.3.1
Identificar Procesos de Integración
7.3.2
Describir Proceso de Formación
7.3.3.
Describir sanción social.
7.3.1.1
Describir Proceso por Herencia
7.3.1.2
Describir Proceso por vocación
7.3.1.3
Describir Proceso por captación.


7.4
Sistematizar métodos y técnicas de los Agentes
7.4.1
Identificar métodos y técnicas en general
7.4.2
Identificar métodos y técnicas en particular
7.4.3
Describir por estratos según especialidad
Magia
7.4.1.1.
Curanderos Parteras
7.4.1.2
Shamanes
7.4.1.3
Brujos
7.4.1.4
Hechiceros
7.4.2.1
Curanderos Parteras
7.4.2.2
Shamanes
7.4.2.3
Brujos
7.4.2.4
Hechiceros
7.4.3.1
Curanderos Parteras
7.4.3.2
Shamanes
7.4.3.3
Brujos
7.4.3.4
Hechiceros


7.5
Determinar relaciones con el ambiente
7.5.1
Determinar relaciones Agente Hábitat
7.5.2
Determinar relaciones Agente y Cultura
7.5.1.1
Describir Hábitat en general
7.5.1.2
Describir uso del Hábitat
7.5.2.1
Describir Contexto Cultural
7.5.2.2
Describir Relación Agente y Estructura Socio-Económica
7.5.2.2.1
Describir relaciones Agente y sus pares
7.5.2.2.2
Determinar Relaciones Agentes y S.M.F.
7.5.2.2.3
Describir Relaciones Agentes y Resto S.M.I.
7.5.2.2.4
Describir Inter — relaciones Agente-Paciente.


7.6
Definir Estructura socio-económica del contexto socio-cultural
7.6.1
Cualificar y cuantificar fuerzas productivas
7.6.2
Describir relaciones de producción
7.6.3
Definir Aparato ideológico
7.6.4
Definir Aparato político
7.6.5
Determinar estructura y relaciones de las clases sociales.
7.6.1.1
Cualificar la fuerza de trabajo
7.6.1.2
Cualificar los medios de trabajo
7.6.2.1
Describir relaciones de distribución
7.6.2.2
Describir relaciones de intercambio
7.6.2.3
Describir relaciones de consumo.

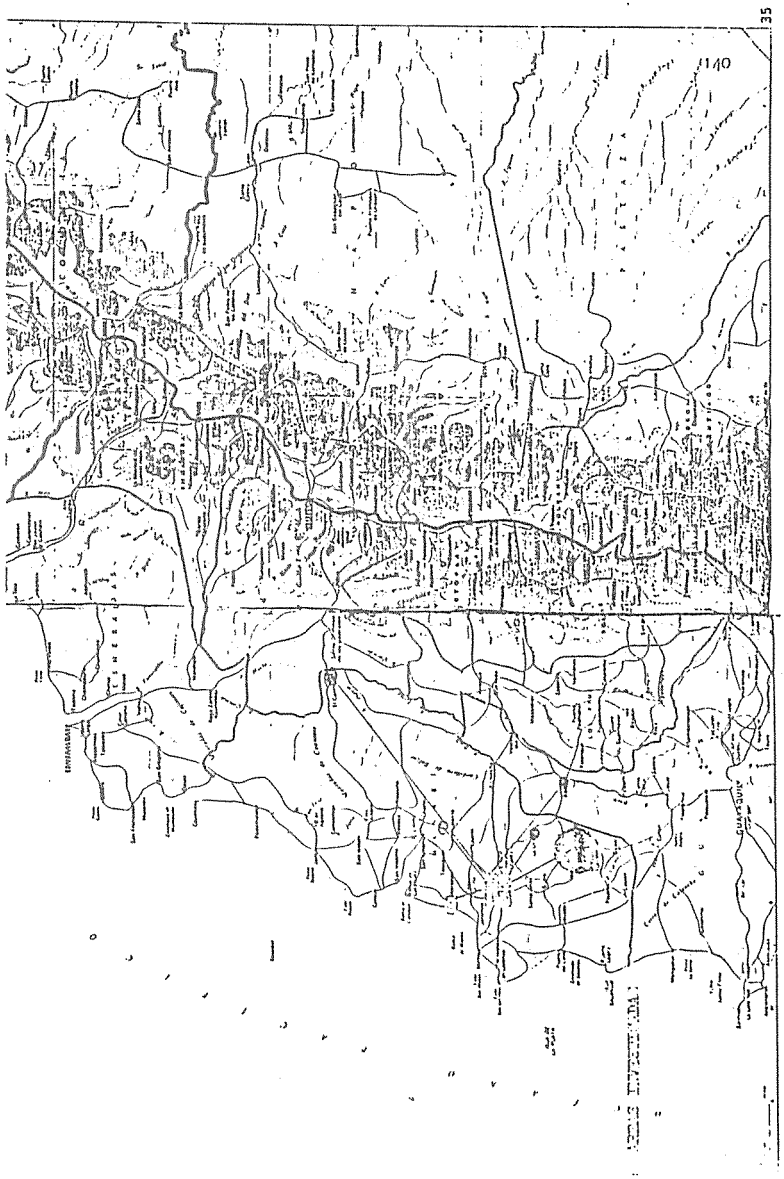
Apéndice 2
Aspectos Administrativos

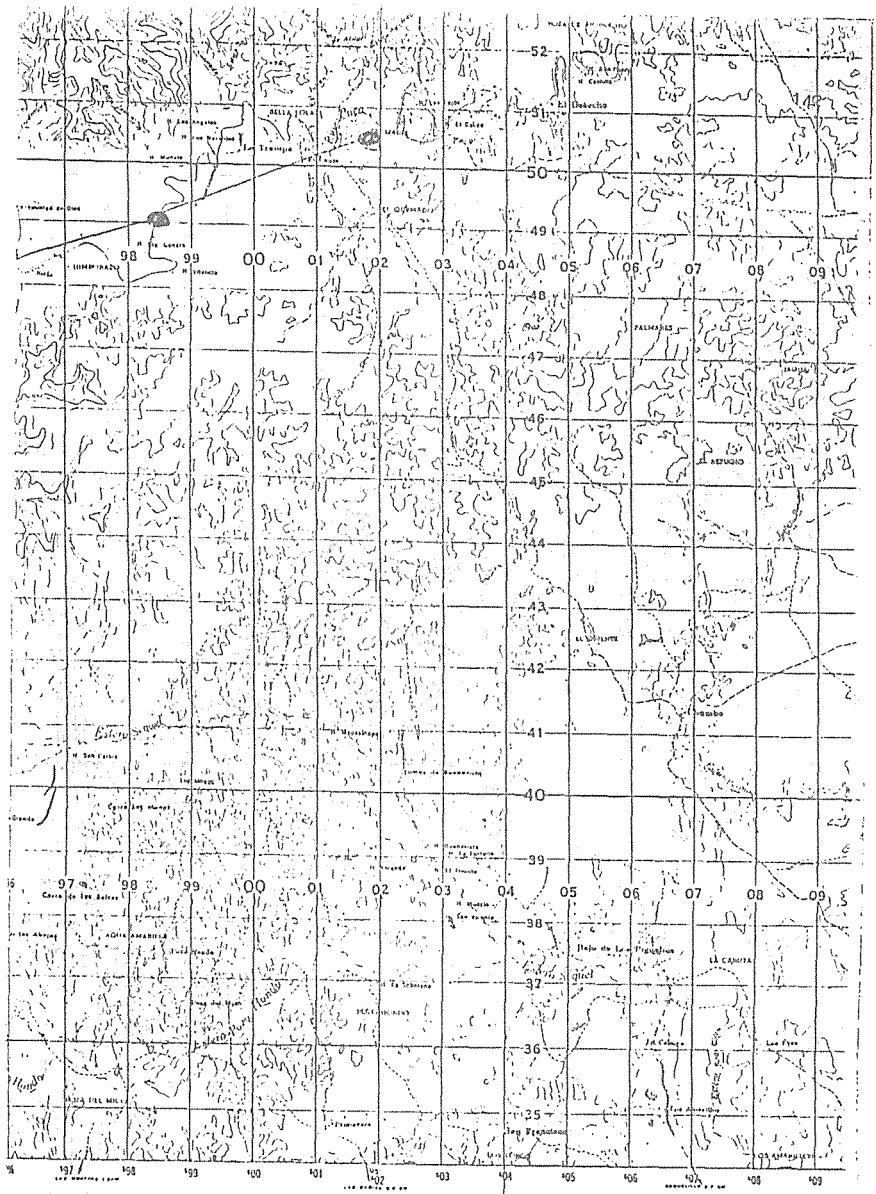
Materiales:	2 grabadoras 20 cassettes standar 6 microcassettes 1 libreta de campo 1 máquina fotográfica 4 resmas de papel blanco 2 resmas de papel copia
Investigador de campo:	1
Supervisor del Proyecto:	Director responsable Dr. Segundo Moreno Y.
Tiempo:	15 meses.

CRONOGRAMA INVESTIGACION: ETNOMEDICINA EN LA PROVINCIA DE MANABI

ETAPA	ACTIVIDADES	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
I	Análisis de Datos Iniciales.-	x	x													
II	Proyecto			x	x											
III	Trabajo de campo					x	x	x	x	x	x					
IV	Informe Final											x	x	x	x	x

Apéndice 3
Mapas

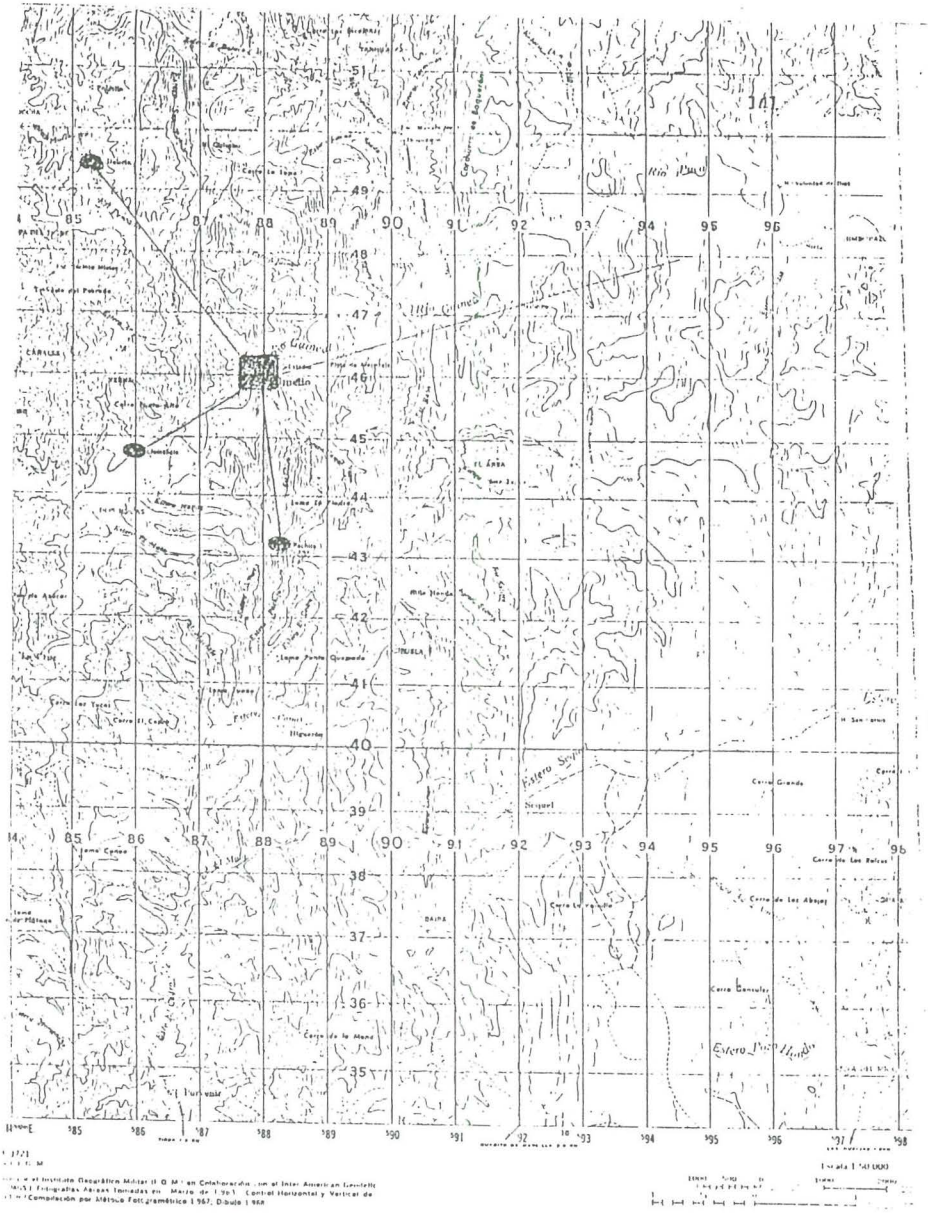




...AS DE NIVEL CON INTERVALOS DE 20 METROS

...NIVELACION TRANSVERSA DE MERCATOR

ÍNDICE DE NIV...



EPÚBLICA DEL ECUADOR HA
CLAMADO LA NULIDAD DEL PROTOCOLO
LO DE JANEIRO DE 1.942

Apéndice 4
Guías de Terreno

Investigación: *Etnomedicina en la Provincia de Manabí*

1. Describir Proceso de Formación:

- Determinar desde cuándo empezó a aprender
- Cómo ocurrió el primer contacto con la etnomedicina
- Quién lo vinculó con la etnomedicina.
- Describir el proceso de actualización de conocimientos del agente.
- Describir qué bibliografía existe en la casa del agente.
- Describir las características del proceso enseñanza-aprendizaje
- Describir el sistema de creencias religiosas, identificando posiciones de valor de la estructura de santos.
- Describir, mitos, cuentos y leyendas que maneja el agente.
- Describir conocimiento zoológico del agente.
- Describir conocimiento botánico del agente.
- Describir fármacos del sistema formal utilizados por el agente
- Describir fármacos de la etnomedicina utilizados por el agente.
- Determinar el origen de los fármacos del agente.
- Anotar conceptos, fármacos, procesos en los cuales existe deliberada ocultación.
- Describir conocimientos minerales del agente.
- Describir fuentes de minerales usados por el agente.
- Describir conocimientos químicos del agente.
- Describir las impresiones de iniciación del agente.
- Describir las primeras curaciones del agente.
- Describir las actuales curaciones del agente.
- Determinar el cuerpo de conocimientos del agente en sus aspectos sincréticos, mágico-religiosos; sagrado-profano.
- Describir relación de la etnomedicina con la medicina formal.
- Describir ceremoniales ejecutados por el agente.

- Describir estructura del acto curativo (elementos y su posición).
- Describir proceso del acto curativo.
- Determinar economía del agente en sus diferentes aspectos.
- Determinar ingresos producto de la práctica etnomédica.
- Describir relaciones de parentesco.

2. *Cosmogonía del Agente Etnomédico*

- Describir concepción sobre el origen del mundo.
- Describir concepción sobre el origen del hombre.
- Describir mitos sobre la historia.
- Describir mitos sobre cataclismos.
- Describir mitos de la naturaleza.
- Describir mitos teológicos.
- Describir mitos sobre los ancestros.
- Describir sistema de creencias religiosas.
- Describir otras creencias.

3. *Concepción Cosmológica del agente*

- Describir concepción del universo.
- Describir sistema cosmológico.
- Describir las teorías universales.
- Describir conceptualización sobre fenómenos y agentes cósmicos.
- Describir concepto sobre el orden moral en el universo.

4. *Concepción Animista del agente*

- Describir concepción del alma y número de estas.
- Describir relación alma-cuerpo (sueños, sombras).
- Deteminar estructura de espíritus (número, descripción, relaciones).
- Describir concepto sobre el alma en la naturaleza.

5. *Concepción Escatológica del agente*

- Concepciones sobre la duración de la muerte.
- Describir el proceso del alma después de la muerte.
- Describir ideas sobre fantasmas, espectros y aparecidos.
- Describir concepción sobre el panteón.
- Describir creencias en la inmortalidad, transmigración, reencarnación.

6. *Concepción de los seres sobrenaturales del agente*

- Describir taxonomía de los seres sobrenaturales y demonios.
- Describir seres sobrenaturales benéficos.
- Describir características de los seres sobrenaturales.
- Describir relación del agente con los seres sobrenaturales.

7. *Concepciones sobre la suerte y el azar en el agente*

- Concepción sobre la buena y mala suerte del agente.
- Concepción del agente sobre la buena y mala suerte de los otros.
- Determinar cómo se puede alterar la buena y mala suerte.
- Qué es la fatalidad para el agente.

8. *Agentes y Etnobotánica*

- Describir estructura botánica conocida por el agente.
- Describir uso de las plantas.
- Describir cultivo, distribución y comercialización botánica.
- Describir relación planta-hombre.
- Simbolismo de las plantas.
- Describir el hábitat de las plantas.

9. *Concepciones sobre salud-enfermedad del agente*

- Describir concepción salud-enfermedad.

- Describir concepciones sobre las causas de la enfermedad (naturales).
- Describir concepciones sobre las causas de la enfermedad (sobrenaturales).
- Describir concepciones de la medicina formal utilizadas.
- Describir relación religión-enfermedad.
- Describir concepciones sobre anatomía humana.
- Describir conocimientos de obstetricia.
- Describir conocimientos de fisiología humana y animal.
- Describir concepciones sobre trastornos conductuales.
- Describir actitud ante la muerte del paciente.
- Describir concepción ante la persistencia de la enfermedad.
- Describir interelación agente-paciente.
- Describir sistemas de diagnóstico, adivinación, interpretación de síntomas.
- Describir interpretación de sueños.
- Describir conocimientos contra brujería y hechicería y otros usos de la magia.
- Describir prescripciones, regímenes, purificación.
- Describir terapias.
- Describir proceso de tratamiento mágico.
- Describir sistemas de medicina preventiva y protección ante la enfermedad.
- Describir técnicas de profilaxia.
- Describir conceptos y prácticas sobre cirugía.

10. Concepción de la magia en el agente

- Concepción de la magia.
- Objeto de la magia.
- Estructura mágica material, no material.
- Ceremonial.
- Uso de la magia.
- Uso de la palabra mágica.
- Textos mágicos usados por el agente.

11. Hierofanía y teofanía del agente

- Describir concepto sobre santidad.
- Describir conocimiento sobre ídolos, fetiches, y otros objetos mágicos.
- Describir conceptos sobre lugares sagrados.
- Describir creencias y prácticas de consagración y excecración.
- Describir concepto sobre lo sagrado y lo profano.
- Describir el rol social de la religión del agente.
- Describir hierofanía y teofanía del agente.
- Describir concepción sobre posesión de poderes sobrenaturales.

12. Conocimientos y prácticas del brujo y brujo-curandero

- Determinar cuándo empezó su proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Describir el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Determinar quién lo vinculó con las prácticas de la brujería.
- Describir bibliografía del agente.
- Determinar cosmogonía del agente.
- Describir conocimiento zoológico del agente.
- Describir conocimiento botánico del agente.
- Describir conocimiento mineral del agente.
- Describir prácticas para adquirir conocimiento (adivinación, revelación).
- Describir conocimientos de magia, brujería y hechicería.
- Describir fuentes de minerales usados por el agente.
- Describir conocimientos químicos usados por el agente.
- Describir concepción salud-enfermedad del agente.
- Describir causas naturales de la enfermedad.
- Describir causas sobrenaturales de la enfermedad.
- Describir relación religión-enfermedad.
- Describir ideas sobre las causas de lesiones corporales.
- Describir conocimientos de anatomía humana.
- Describir conocimientos de fisiología humana y animal.

- Describir conocimientos y prácticas sobre trastornos conductuales.
- Describir concepción de la muerte.
- Describir forma de dominio sobre lo natural.
- Describir forma de dominio de lo sobrenatural.
- Determinar las personas que utilizan los servicios de estos agentes.
- Determinar elementos de la brujería.
- Determinar técnicas mágicas.
- Describir interrelación agente-paciente.
- Describir interpretación de los sueños por el agente.
- Describir conducta fuera de sus prácticas.
- Describir sistemas de tabús del agente.
- Describir cuerpo de conocimientos sincrético mágico-religioso
- Describir fármacos del sistema formal usados por el agente.
- Describir fármacos de las etnomedicinas usadas por el agente.
- Describir economía del agente.
- Determinar estructura de parentesco del agente.

13. Vivienda del agente

- Tamaño.
- Número de pisos.
- Número de habitaciones.
- Ubicación de la cocina.
- Número de dormitorios.
- Ubicación del comedor.
- Ubicación de la sala de consultas.
- Forma de la planta.
- Forma del techo.
- Número de personas que habitan.
- Orientación de la vivienda.
- Elementos de ornamentación de las habitaciones.
- Mobiliario.
- Condiciones ambientales higiénicas.
- Número de construcciones aledañas.
- Ubicación y función del patio.

- Construcción de la vivienda.
- Materiales.
- Funciones de la vivienda y otras construcciones.

14. Relaciones del agente

- ¿Ha sido amigo de los doctores, cuándo y por qué?
- ¿Ha tenido problemas con los doctores, cuándo y por qué?
- ¿Qué piensa de los conocimientos de los doctores?
- ¿Deberían venir más médicos a la zona?
- ¿Desea Ud. que los doctores le enseñen medicina?
- ¿Desearía tener algún permiso para trabajar?
- ¿Alguna vez un doctor le envió algún paciente?
- ¿Qué enfermedad tenía ese enfermo?
- ¿Desearía que una enfermera le ayudara en su trabajo?
- ¿Alguna enfermera le ha enseñado a usted medicina?
- ¿Cuál ha sido su relación con los inspectores de salud?
- ¿Le han inspeccionado alguna vez?
- ¿Cuál es su relación con el Teniente Político?
- ¿Ha estado preso alguna vez por su profesión?
- ¿Cuál es su relación con la Iglesia?
- ¿Ha mandado enfermos a los doctores, por qué?
- ¿Cuáles enfermedades curan los doctores?
- ¿Ha enviado a algún enfermo donde otros curanderos, por qué?
- ¿Los otros curanderos le han enviado a algún enfermo, por qué?

BIBLIOGRAFIA

ALCARAZ Cortés de Irma, Medicina tradicional en la Manzanilla de la Paz, Jalisco, Rev. *Pantoc,* Escuela de Antropología, Universidad Autónoma de Guadalupe, Guadalajara, México 1981.

ALCINA Franch José, "Arqueología del Arca de Esmeraldas-Atacames", *Memorias del Primer Simposio Europeo sobre Antropología del Ecuador*, Ed. Abya-Yala, Quito, 1985.

ANONIMO, Descripción de la Gobernación de Guayaquil de 1605, Publicación del Archivo Histórico del Guayas, Rev. No. 4, Año 2, Guayaquil, 1973.

BANERMAN R. H., *El programa de la OMS.* Salud Mundial, noviembre, Ginebra, 1977.

BEALS Ralph, *Introducción a la Antropología,* Ed. Aguilar, 1a. reimpresión, Madrid, 1969.

BENZONI M. Girolamo, *La Historia del Nuevo Mundo*, Biblioteca de la Academia Nacional de Historia, Caracas, 1967.

BOLTANSKY Luc, *Puericultura y Moral de Clase*, Ed. Laia, Barcelona, 1974.

BORAH W., S.I. Cook, *The population of Central México in 1548,* University of California, 1960.

CAPASSO, F., B. Balestrieri, N. Mascolo, "Actualidad de las plantas medicinales", Rev. *Medicina Tradicional*, No. 10, V. III, México, 1980.

CARDACCI Dora, *Notas sobre educación para la Salud*, Núcleo de Investigación y Desarrollo, UNAM – Sochimilco, México, 1978.

CASTIGLIONI Arturo, *Encantamiento y Magia,* Ed. Fondo de Cultura Económica, 2a. edición, México, 1972.

COMELIES J.M., *Magia y Curanderismo en la Medicina Popular,* Ed. A. Redondo, Cuadernos Beta, Madrid, 1973.

COOK Sherburne y Simpson, *The population in Central México in the Sixteen Century*, Ed. University of California, 1948.

DE LA CUADRA José, *El montubio ecuatoriano,* Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Central, Quito, 1937.

DIRECCION GENERAL DE CULTURAS POPULARES, "La salud de las comunidades indígenas", Rev. *Medicina Tradicional,* Vol. III, No. 10, México, 1980.

DOWLING Jorge, *Religión, Chamanismo y Mitología Mapuches,* Ed. Universitaria, Santiago, 1971.

DE WAAL Annemarie, *Introducción a la Antropología Religiosa*, Ed. Verbo Divino, Navarra, 1975.

ELIADE Mircea, *Mito y Realidad,* Colección Universitaria de Bolsillo, Punto Omega, Ed. Guadarrama, 2a. ed. Madrid, 1973.

ESTEVA F.C., "Medicina Tradicional, Curanderismo y Brujería en Chinchero Perú", *Anuario de Estudios Americanos XXVII,* Sevilla, 1970.

ESTRADA Emilio, *Arqueología de Manabí Central,* Publicación del Museo Víctor Emilio Estrada, Guayaquil, 1962.

–, *Las culturas preclásicas formativas o arcaicas del Ecuador,* Ed. Vida, Guayaquil, 1958.
Prehistoria de Manabí, Ed. Vida, Guayaquil, 1957.

ESTRELLA Eduardo, *Medicina y estructura socio-económica,* Ed. Belén, Quito, 1980.
Medicina Aborigen, Ed. Epoca, Quito, 1977.

FIERRO B. Rodrigo, "Desnutrición, Subdesarrollo y Dependencia", Rev. *Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical,* Vol. 31, No. 1, Guayaquil, 1978.

FRIEDE Juan, *Los Quimbayas bajo la dominación española*, Ed. Banco de la República, Bogotá, 1963.

GENEST Serge, "Introducción a la Etnomedicina", Rev. *Medicina Tradicional,* Vol. II, No. 9, México, 1980.

GIL Luis, *La Medicina Popular en el mundo clásico,* Ed. Guadarrama, Madrid, 1969.

GONZALEZ Suárez Federico, *Historia general de la República del Ecuador,* Ed. Publicaciones Educativas Ariel, Quito, 1969.

GUERRA Manuel, Claude Levi-Strauss, *Antropología estructural Crítica filosófica,* Ed. Magisterio Español S.A., Madrid, 1973.

GUTIERREZ de Santa Clara Pedro, *Crónicas del Perú,* T. III, V, Ed. Atlas, Madrid, 1963.

HARNER Michael, *Shuar, pueblo de las cascadas sagradas,* Ed. Mundo Shuar, Quito, 1978.

–, *Alucinógenos y Chamanismo,* Ed. Guadarrama, Colección Universitaria de Bolsillo, Punto Omega, Madrid, 1976.

JIJON Y CAAMAÑO Jacinto, *Antropología Prehispánica del Ecuador,* Ed. Prensa Católica, Quito, 1952.

KIEV Arie, *Curanderismo,* Ed. Joaquín Moritz, México, 1972.

KAUFMAN Roger A., *Planificación de sistemas educativos,* Ed. Trillas, México, 1980.

KRICKEBER Walter, *Mitos y Leyendas de los Aztecas, Mayas, Muiscas,* Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1975.

KRASOV L., Diario del Doctor Krasov, publicado por Balod Inga, Rev. *Sputnik,* septiembre, 1985, Ed. Prensa Nóvosti, Moscú, 1985.

LASSEN Niels A., David Angvar, Skinhof Erik, "Función cerebral y flujo sanguíneo", Rev. *Investigación y Ciencia* No. 27, diciembre, Ed. Prensa Científica, S.A., Barcelona, 1978.

LEVI-STRAUSS Claude, *Antropología Estructural,* Ed. Eudeba, 2a. ed. Buenos Aires, 1969.

–, *El Oso y el Barbero,* Ed. Anagrama, Cuadernos, Barcelona, 1970.

–, *La estructura y la forma,* Col. Estructuralismo, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1972.
–, *Estructuralismo y Ecología,* Ed. Anagrama, Barcelona, 1970.
LIENHARDT Godfrey, *Antropología Social,* Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1966.
LIS Quiben, *La Medicina Popular en Galicia,* Ed. Pontevedra, Madrid, 1949.
LISON T. C., *Antropología Estructural de Galicia,* S. XXI editores, Madrid, 1971.
LOOR Wilfrido, *Los Indios de Manabí,* Ed. Ecuatoriana, Quito, 1937.
–, *Los Españoles en Manabí,* Ed. Talleres Tipográficos del diario Manabita, Portoviejo, 1935.
–, *Prehistoria y descubrimiento de Manabí,* Ed. La Salle, Quito, 1956.
LOPEZ Alfredo, "Cosmovisión y Medicina Nauatl", *Revista de Medicina Tradicional,* No. 4, México, 1976.
LOPEZ de Gomara Francisco, *Historia de las Indias,* S.p.i. En Biblioteca PUCE. Edición posterior Ed. Madrid, Madrid, 1922.
LOPEZ Piñero J. M., *Medicina, Historia, Sociedad,* Ed. Ariel, 3a. edición, Barcelona, 1973.
MADAY Bela C., (Loudon) Social Anthropology and medicine, (Grollig) Medical Anthropology, Anthropological Quarterly, Vol. 51, No. 1, january, 1978, Ed. The Department of Anthropology, The Catholic University of América, Washington.
MAHLER G., "Perspectivas para el año 2.000", en rev. de *Investigación y Ciencia,* número especial de Economía, Ed. Prensa Científica S.A. Barcelona, 1984.
MALMBERG Bertil, *Teoría de los signos,* S. XXI editores, México, 1977.
MARZAL Manuel, *Estudios sobre religión campesina,* Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo editorial, Lima, 1977.
MAUSS Marcel, *Lo Sagrado y lo Profano,* Seix Barral editores, Barcelona, 1976.
–, Sociología y Antropología, Ed. Tecnos, Madrid, 1971

MEDINA Eduardo, Curanderismo Chapaneco, Rev. *Medicina Tradicional,* Vol. II, No. 8, México, 1980.

MONOD Jean, *Un rico caníbal,* S. XXI editores, 1a. edición, México, 1975.

MORENO Y. Segundo, *Monografía histórica de la región nuclear ecuatoriana,* Consejo Provincial de Pichincha, Quito, 1981.

MUÑOZ-BERNAND Carmen, Cuestiones y Vitalizas, *Bulletin de L'Institut Francais d'etudes Andines,* 5 vol. No.34, Lima, 1976.

–, Les Renaissants de Pindilig, Provincia del Cañar, Anthropologie de la Deculturation d'une Population Indigene du Andes Ecuatoriennes, Tesis de Doctorado de Grado, Universidad de París VII, París, 1981.

–, La Solitude des Renaissants, Presses de la Renaissance, París, 1985.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional, Informe Técnico 622, Ginebra, 1978.

–, Curanderos Tradicionales, Informe OIT-OMS, Crónica de la OMS. Vol. 26, No. 21, Ginebra, 1972.

ORTIZ de la Tabla Javier, La población ecuatoriana en el S. XVI, Fuentes y Cálculos, *Memorias del Primer Simposio Europeo sobre Antropología del Ecuador,* Ed. Abya-Yala, Quito, 1985.

PIZARRO Pedro, *Relación del descubrimiento y cConquista*

PIZARRO Pedro, *Relación del descubrimiento y conquista de los Reinos del Perú,* Biblioteca de Autores Españoles, T.V., Ed. Atlas, Madrid, 1963.

PEDERSEN Duncan y otros, *Estructura de los sistemas informales de salud,* Vol. I y II, Ed. Programa de Antropología para el Ecuador, Quito, 1979.

PLATON, *La República,* Ed. Vosgos S.A., Colecc. Grandes Maestros, No. 46, Barcelona, 1976.

PRIMERA REUNION DE ANTROPOLOGIA, Primera Reunión de Antropología de los Países del Area Andina, Rev. *Sarance,* Otavalo, año 1, No. 1, 1975.

PRITCHARD Evans, *Brujería, magia y oráculos entre los Azande,* Editorial Anagrama, México, 1977.
RODRIGUEZ R. José, *Manabí, Análisis Poblacional,* Ministerio de Agricultura y Ganadería, C.R.M. de Manabí, Documento No. 3, Manabí, 1979.
REAL ACADEMIA DE LA LENGUA, *Diccionario de la Lengua Española,* Madrid, 1977.
ROSESTEIN Emilio, *Diccionario de especialidades farmaceúticas,* 6a. edición, Editorial para los Médicos, Bogotá, 1977.
ROUTTEMBERG Aryeh, "El sistema de recompensa del cerebro", Rev. *Investigación y ciencia* No. 28, enero, Ed. Prensa Científica S.A., Barcelona, 1979.
RUBEL A., The epidemiology of a folk illness, Susto, in Hispanic America, Ethnology No. 3, 1964.
SALAS A. Luis, *Enfermedades contagiosas,* Ed. Dosmil, Bogotá, 1980.
SANHUEZA A. Ricardo, "El mal de ojo, mito o realidad. Prácticas manabitas", Rev. *Antropología Ecuatoriana* No. 2 y 3, Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, 1984.
SELTITZ Yahoda y otros, *Métodos de Investigación Social,* Holt Rinehart and Winston Inc., Nueva York, 1962.
SERVICIO CIENTIFICO "ROCHE", *De la emoción a la lesión,* Ed. Servicio científico "Roche", Montevideo, 1969.
SHARON Douglas, *El Chaman y los Cuatro Vientos,* S. XXI, editores, México, 1980.
SILVA P. Ismael *Marginalidad, transición y conflicto social en América Latina,* Ed. Herder, Bogotá, 1973.
SINTES P. Jorge, *Plantas medicinales,* Ed. Sintes, Barcelona, 1976.
SMITH y Smith, *La conducta del hombre,* Ed. Eudeba, 1a. edición, Buenos Aires, 1967.
TOUSIGNANT M., "Espanto a Dialogue with the Gods", *Culture and Medicine and Psychiatry* 3, No. 4, Nueva York, 1979.
ULLOA DE Antonio, Jorge Juan, *Noticias Secretas de América,* S. XVIII, Ed. Asunción, Madrid, 1918.
VARGAS José María, *La Economía Política del Ecuador durante la Colonia,* Ed. Universitaria, Quito, 1957.

VIESCA T. Carlos, "El papel de la historia y la antropología en el estudio de las Medicinas Tradicionales Mexicanas", Rev. *Medicina Tradicional,* V. II. No. 5, 1978.

VELASCO Fernando, *Ecuador, Subdesarrollo y Dependencia*, Ed. El Conejo, Quito, 1981.

VELASCO Juan de, *Historia del Reino de Quito en la América Meridional,* 3 vol., Ed. Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, 1978.

ZUCKER Maryorie, "Fisiología de las plaquetas sanguíneas", Rev. *Investigación y Ciencia,* No. 47, agosto, Ed. Prensa Científica S.A., Barcelona, 1980.

COLECCION PENDONEROS

El Banco Central del Ecuador presenta los resultados de los estudios y trabajos realizados por investigadores del Instituto Otavaleño de Antropología y algunos estudios escritos en el exterior, hasta la fecha de difícil consulta.
Comprende las áreas de Arqueología, Antropología, Artesanías populares, Historia circunscritas a la región norte del país.

1
Glosario arqueológico
José Echeverría A.

2
El proceso evolutivo en las sociedades complejas y la ocupación del Período Tardío Cara en los Andes septentrionales
John Stephen Athens

3
Cochasquí. Estudios arqueológicos I
Ubo Oberem

4
Cochasquí. Estudios arqueológicos II
Udo Oberem

5
Cochasquí. Estudios arqueológicos III
Udo Oberem

6
Los Incas en el Ecuador I
Albert Meyers

7
Los Incas en el Ecuador II
Albert Meyers

8
Area septentrional andina norte: Arqueología y Etnohistoria
José Echeverría A.
Ma. Victoria Uribe

9
La Arqueoastronomía en las investigaciones de las culturas andinas
Mariusz S. Ziólkowski
Robert M. Sadowski

10
Los señores etnicos de Quito en la época de los Incas
Frank Salomon

11
Demografía y asentamientos indígenas en la sierra norte del Ecuador en el siglo XVI. Estudio etnohistórico de las fuentes tempranas I
Horacio Larrain B.

12
Demografía y asentamientos indígenas en la sierra norte del Ecuador en el siglo XVI. Estudio etnohistórico de las fuentes tempranas II
Horacio Larrain B.

13
Los curacazgos pastos prehispánicos: agricultura y comercio, siglo XVI
Cristóbal Landázuri

14
Cronistas de raigambre indígena I
Horacio Larrain B.

15
Cronistas de raigambre indígena II
Horacio Larrain B.

16
Los Quijos. Historia de la transculturación de un grupo indígena en el oriente ecuatoriano
Udo Oberem

17
Numeraciones del Repartimiento de Otavalo I
Juan Freile-Granizo

18
Numeraciones del Repartimiento de Otavalo II
Juan Freile-Granizo

19 A
Numeraciones del Repartimiento de Otavalo III
Juan Freile-Granizo

19 B
Numeraciones del Repartimiento de Otavalo IV
Juan Freile-Granizo

20
Contribución a la Etnohistoria ecuatoriana I
Udo Oberem
Segundo Moreno Y.

21
Contribución a la Etnohistoria ecuatoriana II
Udo Oberem
Segundo Moreno Y.

22
La vida de Otavalo en el siglo XVIII
Iveline Lebret

23
Tierras, indios y mercaderes en la Audiencia de Quito
Christiana Borchart de Moreno

24
Resúmenes de Actas Republicanas del Cabildo de Otavalo en el siglo XIX I
Juan Freile-Granizo

25
Resúmenes de Actas Republicanas del Cabildo de Otavalo en el siglo XIX II
Juan Freile-Granizo

26
Los Tributos Vacos del Repartimiento de Carangue, 1570
Juan Freile-Granizo

27
Comunidad indígena y artesanías en Otavalo
Patricio Guerra G.

28
Guamote. Campesinos y comunas
Diego Iturralde

29
Campesinos y haciendas de la sierra norte
Diego Iturralde

30
Campesinos y haciendas de la sierra norte.
La transformación del campesinado y la comunidad
Cristina Farga
José Almeida

31
Economía campesina y transferencias de excedentes:
un caso de la sierra ecuatoriana
Francisco Gangotena

32
Transformaciones culturales y etnicidad en el Ecuador contemporáneo
Norman Whitten Jr.

33
La medicina tradicional ecuatoriana
Silvia Arguello M.
Ricardo Sanhueza A.

34
Los negros serranos: racismo y estratificación en la sierra ecuatoriana
Ronald Lee Stutzman

35
Estrategias de comercialización y racionalidad económica
en los mercados y ferias de Ambato
Luz del Alba Moya

36
Estructura social y poder en Manta. Occidente ecuatoriano
Marcelo Naranjo

37
Diagnóstico socio-económico de la provincia de Esmeraldas I
Marco Jaramillo

38
Diagnóstico socio-económico de la provincia de Esmeraldas II
Marco Jaramillo

39
Diagnóstico socio-económico de la provincia de Esmeraldas III
Marco Jaramillo

40
Simbolismo y ritual en el Ecuador andino.
El quichua en el español de Quito
Ruth Moya

41
Temas y cultura quichua en el Ecuador
Ileana Almeida

42
Léxico y simbolismo en Juan Montalvo.
(Ensayo de interpretación lexicológica y semiológica de Las Catilinarias)
Juan Valdano

43
Literatura popular afro-ecuatoriana
Carlos Alberto Coba

44
Literatura oral tradicional del norte del Ecuador
Carlos Alberto Coba

45
Artesanos campesinos: desarrollo socio-económico y proceso de trabajo en la artesanía textil de Otavalo
Peter Meier

46
Instrumentos musicales populares registrados en el Ecuador I
Carlos Alberto Coba

47
Instrumentos musicales populares registrados en el Ecuador II
Carlos Alberto Coba

48
Inventario de diseños en tejidos indígenas de la provincia de Imbabura I
Hernán Jaramillo C.

49
Inventario de diseños en tejidos indígenas de la provincia de Imbabura II
Hernán Jaramillo C.

50
Inventario de diseños en tejidos indígenas de la provincia de Imbabura III
Hernán Jaramillo C.

*
Indices de la colección

**
Bibliografía de la colección