

Aproximación clínica, etnográfica e intercultural de estudiantes de medicina a pacientes hospitalizados. Una experiencia docente en la Universidad Nacional Autónoma de México⁽¹⁾

Roberto Campos-Navarro

Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México (UNAM)
[rcampos@servidor.unam.mx]

Introducción

En el plan de estudios – vigente desde 1985 – de la carrera de médico cirujano de la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México (Facultad de medicina, UNAM), en la Ciudad de México, se incluyeron – por primera vez de manera obligatoria – los contenidos de Antropología médica (AM) en la formación de los futuros médicos. Junto con la ética, la AM se ofreció integrada a la materia de Historia de la medicina que ya se encontraba registrada desde años previos⁽²⁾.

En este artículo presentamos la experiencia realizada en el 2008 con un grupo de estudiantes que realizaron un singular trabajo colectivo: seleccionaron a 10 enfermos indígenas del Hospital general de México (HGM), les realizaron sus historias clínicas, sus narraciones de vida, la trayectoria ante la última enfermedad que motivó su relación con el hospital, asistieron a sus domicilios, y finalmente, reflexionaron sobre los resultados obtenidos y las vivencias experimentadas con sus informantes.

Esta comunicación tiene como propósito describir y analizar el proceso didáctico de la experiencia intercultural que permitió la articulación entre la teoría ofrecida en aula con el aprendizaje práctico adquirido durante el breve – pero significativo – trabajo de campo. Se trata de un ejercicio escolar inédito en la Facultad de medicina que intenta vincular al estudiante con la realidad social de los pacientes más pobres de México, conociendo no sólo su enfermedad “entendida como daño biológico”, sino también su

manera particular de vivir la enfermedad “entendida como padecimiento”, el despliegue de recursos humanos, materiales y simbólicos “para neutralizar el daño”, así como las consecuencias familiares, comunitarias y sociales que significa una hospitalización en una ciudad que no está cercana a ellos.

Antecedentes de la antropología mexicana en los estudios médicos profesionales

La antropología médica en México nació con la impronta del indigenismo como política estatal de los gobiernos emanados de la Revolución mexicana. Durante el esplendor nacionalista del gobierno de Lázaro Cárdenas se erige en 1936, el Instituto politécnico nacional (IPN) como una institución educativa de estudios técnicos superiores dirigida a hijos de obreros y campesinos, y dos años más tarde, dentro de la Escuela nacional de ciencias biológicas, la carrera de medicina rural, simiente de la futura Escuela superior de medicina rural (ESMR) que funcionaría legalmente a partir de 1945⁽³⁾. Con esta orientación social, por primera vez se incluye la materia de antropología médica que abarcaría módulos de antropología física, antropología social y organización social (AGUIRRE G. 1963: 12).

El objetivo era que los estudiantes de la escuela recién creada tuvieran nociones de los problemas políticos, sociales, económicos y culturales del país “en especial de sus áreas campesinas” y pudieran insertarse de manera comprometida en su transformación. En palabras de uno de sus fundadores, el antropólogo Miguel Othón de Mendizábal: «que nazcan en el medio rural, que vuelvan y se reincorporen al medio rural y que sean los que cuiden de la salud y del vigor físico de la nación mexicana» (CRUZ R. - RUIZ A. 2006: 67). Otros profesores notables serían Gonzalo Aguirre Beltrán y Julio de la Fuente. En forma lamentable, los egresados de la ESMR acabaron concentrándose también en las ciudades, desapareciendo su objetivo rural y también los contenidos antropológicos⁽⁴⁾.

Con este antecedente, la Universidad nacional de México, que había obtenido su autonomía en 1929, y que era considerada como una institución elitista, establecería en la Escuela nacional de medicina (ahora Facultad de medicina) el servicio social rural como parte del último año de la carrera profesional. Esta innovación iniciada en 1936 era una clara y directa respuesta universitaria ante la emergencia de la escuela médica politécnica⁽⁵⁾. No obstante, el plan de estudios no ofreció ningún curso formal teórico o práctico para el ejercicio rural de la medicina.

De la década de los cincuenta y sesenta no conocemos de ningún proyecto educativo que incluyera las ciencias sociales al interior de las escuelas médicas del país pese a que se escribiera en esa época uno de los más sobresalientes documentos de antropología médica aplicada: Los programas de salud en la situación intercultural (1955) del propio G. Aguirre Beltrán, y por otra parte, a nivel gubernamental se establecieron los programas sanitarios pioneros promovidos por el Instituto nacional indigenista. El *pensum* universitario era marcadamente biomédico, no se contemplaba ninguna materia de ciencias sociales, y lo más cercano a la orientación colectiva se refería a la salud pública, la medicina preventiva o la medicina social.

En 1974 la Facultad de medicina de la UNAM conformó un proyecto experimental de Medicina general integral conocido como Plan a-36 “por la participación de 36 alumnos en cursos modulares”, que intentaba eliminar el eruditismo y las clases magistrales, se suprimía el internado hospitalario y se hacía un fuerte énfasis en el servicio médico comunitario (GASCA H. 2004: 36) y además en la formación médica se expresaban seis áreas específicas donde la antropología aparecía en forma sobresaliente junto con la biología, la clínica, la patología, la epidemiología y la psicología (HEFER F. 1977: 428), a diferencia del plan ordinario donde el peso máximo se orientaba hacia las actividades biomédicas y clínicas con menoscabo de las asignaturas sociomédicas⁽⁶⁾.

Cuatro antropólogos fueron contratados con la finalidad de asesorar los aspectos socio-antropológicos del proyecto, con cuatro tareas fundamentales: brindar clases de antropología, producir materiales de auto-enseñanza, diseñar el trabajo comunitario, y entrenar a los estudiantes para el trabajo de campo y la recolección de información comunitaria. (HEFER F. 1977: 428-429).

Los resultados fueron – en un principio – halagadores, sin embargo, el antropólogo de mayor jerarquía relató deficiencias e insuficiencias que desviaron el planteamiento revolucionario inicial (HEFER F. 1977: 433), y años más tarde, al hacerse una evaluación de las generaciones del Plan a-36 comparado con el plan adoptado en 1985, se observó que existían fuertes deficiencias en la preparación clínica y en el desempeño académico, en relación con los estudiantes del plan 85 (MARTÍNEZ A. - GIL M. - RODRÍGUEZ R. 1997: 222-229) El proyecto experimental desaparecería con la implementación del Plan único de 1993.

En la década de los ochenta y noventa, en la Facultad de medicina de la Universidad veracruzana, la antropóloga Rosa María Lara y Mateos, implementó prácticas comunitarias que desembocaron en la formulación del

libro *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud* (2005).

Desde 1997, la Escuela superior de medicina del IPN recobró la docencia obligatoria de antropología médica en el tercer semestre de la carrera, con 108 horas de clases teóricas y 40 de trabajo de campo. Mantienen prácticas y visitas escolares en diversos lugares del Distrito Federal pero también salidas a diversos puntos de la República Mexicana, como el Estado de México, Michoacán, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Oaxaca⁽⁷⁾ (CRUZ R. - RUIZ A. 2006: 69, 82-84).

Dentro del mismo IPN pero en la Escuela nacional de medicina homeopática, también desde 1997 se encuentra la asignatura de antropología médica en el cuarto semestre con 72 horas de docencia con prácticas escolares en la Ciudad de México y estados colindantes, incluidos Guerrero y Oaxaca⁸ (CAMACHO R. - GUZMÁN C. 2006: 105, 121).

En el 2002 la Secretaría de salud a partir de su Dirección general de medicina tradicional y desarrollo intercultural, con el auxilio de las principales instituciones académicas de nivel superior, ha recomendado el empleo de la antropología médica en los cursos universitarios sobre medicina tradicional en escuelas y facultades de medicina y enfermería de todo el país⁽⁹⁾.

La presente experiencia tiene como antecedente directo, la idea práctica generada por un profesor de pediatría de la Facultad de medicina UNAM, de los años setenta, que como un complemento no obligatorio de su materia, solicitaba a sus alumnos que realizarán una historia clínica a un paciente, y luego hicieran una visita domiciliaria para conocer su entorno social⁽¹⁰⁾.

La experiencia docente

En el año 2008, el grupo 4405 denominado Núcleo de calidad educativa NUCE y perteneciente al cuarto año de la carrera⁽¹¹⁾, tuvo parte de sus prácticas clínicas en el Hospital general de México⁽¹²⁾. Estaba conformado por 26 alumnos, de los cuales 14 eran hombres y 12 mujeres. La mayoría egresados de escuelas privadas de preparatoria (o bachillerato), de estrato económico medio y alto, residentes urbanos que tienen casa o departamento propio, con agua potable y drenaje, teléfonos (fijo y celular), automóvil familiar; todos mestizos (es decir, ninguno con raíces indígenas) y todos protegidos por la seguridad social o privada.

A diferencia de años previos en que cada alumno (o pequeños grupos de alumnos) hacían su investigación en humanidades médicas eligiendo el tema histórico, ético o antropológico que quisieran, de acuerdo al programa departamental, en esta ocasión se les invitó para hacer una investigación colectiva. La propuesta del autor de estas líneas fue una investigación de corte etnográfico donde se seleccionara un enfermo indígena⁽¹³⁾ adscrito al HGM, y se le hiciera:

- Una historia clínica completa, que mencionara los tratamientos previos, los estudios de laboratorio y gabinete, y los diagnósticos hospitalarios, todo ello de acuerdo con la Norma oficial mexicana.
- Una historia de vida, que comprendía datos personales (algunos de los cuales eran omitidos en la historia clínica como identidad étnica y lengua materna), la estructura familiar, el ciclo de vida (nacimiento, infancia, adolescencia, matrimonio, planificación familiar, etc.), forma de propiedad (privada, comunal, ejidal), sistema de creencias (en especial referidas a la medicina) y hábitos domésticos como higiene y alimentación.
- Trayectoria del enfermo (y sus familiares) ante la enfermedad, que incluía el conjunto de comportamientos ante la enfermedad, el recuento detallado de los recursos individuales, familiares y comunitarios utilizados a partir de su malestar o enfermedad, la recolección de información sobre su manera propia y particular de vivir su padecimiento y las consecuencias sociales y económicas de enfrentar la hospitalización.
- Diario de campo, donde se anotaran las observaciones objetivas y subjetivas relacionadas con el informante, los familiares, la comunidad, así como los sentimientos que emergieran en el proceso de investigación.

El propósito general de la investigación fue promover un acercamiento directo de los estudiantes de medicina a las condiciones de vida y de salud de personas indígenas muy pobres, que, por lo general, carecen de servicios médicos en sus comunidades, regiones y estados de residencia “o que tienen deficiencias técnicas notorias”, que se ven obligados a viajar a la Ciudad de México para tratar de resolver los problemas de salud concretos, y que por la índole de la enfermedad requieren de la hospitalización. Los objetivos que se buscaron en forma específica se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- a) Identificar y familiarizar al estudiante de medicina con las técnicas e instrumentos cualitativos de la antropología social, en especial con las

historias de vida (mediante entrevistas semi-estructuradas) y la observación participante (con empleo del diario de campo).

- b) Permitir que identifique el estudiante al paciente como enfermo, como padeciente, como persona, como individuo integrante de una familia y una comunidad, como parte de otra cultura con diversidad de estilos de vida, de lenguas, de alimentación, de vivienda, de hábitos, de costumbres, etc.
- c) Permitir que identifique el estudiante la aflicción del paciente con respecto a su enfermedad, y el grado de afectación en la vida social y familiar, en especial con las repercusiones del internamiento hospitalario.
- d) Describir y analizar la interacción concreta de las prácticas médicas: autoatención, medicina doméstica, curanderos, medicina privada, medicina pública estatal, en el contexto sociocultural.
- e) Describir y analizar la trayectoria del enfermo como el proceso que define e integra el donde, el cuando, el cómo y el porqué de las interacciones de los modelos médicos y sistemas de atención médica en un individuo determinado.
- f) Conocer las condiciones de vida del enfermo en cuanto a vivienda, servicios sanitarios, transporte público, acceso y tiempos de espera en el hospital, calidad de la atención médica recibida, etc., de modo que el estudiante viva y sienta lo que el paciente (y sus familiares) padecen en el transporte, las salas de espera, el hospedaje en la ciudad, la hospitalización, los gastos generados, entre otros aspectos.

Por otra parte, la investigación sirvió para dos cuestiones. La primera, lograr la articulación entre el conocimiento teórico libresco, y su reconocimiento directo en la realidad social y comunitaria. La segunda, lograr un acercamiento real del estudiante de medicina con el entorno personal y familiar de un enfermo hospitalizado.

Con grata sorpresa de nuestra parte, todos los estudiantes aceptaron el reto, excepto una alumna (quien más adelante nos indicaría que tenía problemas de salud que le impedían un trabajo intensivo⁽¹⁴⁾). En una primera etapa, los veinticinco alumnos hicieron diez equipos de trabajo (2 a 3 alumnos por grupo) que tenían como objetivo central el obtener la información individualizada de cada enfermo y recibieron adiestramiento etnográfico de nuestra parte, con el auxilio de Karla González, una estudiante de antropología que participaba en el curso como oyente.

En una segunda etapa, después de haber completado la recolección informativa individual, se disolvieron los grupos originales y se re-constituyeron en cinco grupos para analizar, comentar y redactar en forma transversal cada eje temático, es decir, ya no se trataba de recolectar, analizar y comentar lo que sucedía con cada enfermo, sino de hacer un análisis y discusión de las historias clínicas (grupo A), las biografías (grupo B), las trayectorias del enfermo (grupo C), las visitas domiciliarias (grupo D) y el contexto socioeconómico y cultural (grupo E). Para finalmente, elaborar los comentarios y conclusiones pertinentes y redactar el informe final.

De junio a agosto se dieron los temas teóricos del programa departamental que incluía temas como la autoatención, la medicina tradicional mexicana, el modelo médico hegemónico, la diferencia entre enfermedad y padecimiento, los comportamientos sociales ante la enfermedad y la interculturalidad en salud, luego se construyó el protocolo de investigación, se elaboró un módulo de técnicas socio-antropológicas, se adiestró a los estudiantes sobre el método etnográfico relativo a la entrevista, “que se facilitó por su experiencia previa en la elaboración de historias clínicas” pero ahora abordando otros temas sociales, económicos y culturales, la observación participante, la anotaciones en diario de campo, y finalmente en la segunda semana de septiembre, aprovechando los días feriados correspondientes a las fiestas de independencia “mediados de septiembre”, se fueron a las comunidades donde vivían sus informantes durante dos y tres días.

En la construcción del protocolo se tuvo cuidado en establecer los criterios de selección de informantes: que fueran indígenas «empleándose el criterio más fácil y directo que era el lingüístico», que las comunidades residieran en un radio no mayor de 200 km alrededor de la ciudad de México (cuestión que no se cumplió porque algunos pacientes eran de comunidades indígenas de Veracruz y costa de Oaxaca, y los alumnos insistieron en ir más lejos sin importar la distancia), que fueran mayores de 16 años (para poder establecer una relación personalizada), y que aceptaran participar del proyecto, permitiendo la entrevista clínica y biográfica abierta, así como la (visita domiciliaria), firmando el denominado consentimiento informado.

En relación a la seguridad personal y grupal, se estableció que todos debían llevar la autorización escrita de los padres o tutores, la firma del seguro de vida que ofrece la Unam a todos los estudiantes que hacen práctica de campo y la entrega de un oficio departamental dirigido a las autoridades civiles y militares de los estados donde se realizaría la visita comunitaria⁽¹⁵⁾.

En todos los casos, los alumnos deberían de viajar en transporte público para que vivieran la experiencia cotidiana de sus enfermos, y las dificultades que ellos tienen para llegar al hospital general y para retornar a sus hogares.

En general, hubo una aceptación generalizada acompañada de entusiasmo, curiosidad y una gran dosis de ansiedad. Todos los padres de familia firmaron la autorización y en algunos casos se regocijaron por la investigación⁽¹⁶⁾. El oficio universitario sería de gran utilidad, como se comentará más adelante.

La práctica clínico-etnográfica

A continuación presento los hallazgos más relevantes de la experiencia clínica y socio-antropológica realizada en el trabajo de campo, que en estricto, requirió de tiempo exclusivo para obtener la historia clínica y la historia de vida que se efectuó durante la hospitalización del enfermo, más la información propiamente de campo, realizada en los domicilios respectivos.

Selección de informantes

Dado que en los expedientes del Hospital general de México no aparece la identidad étnica ni se solicita en la ficha de identidad de la historia clínica oficial, los alumnos debieron de hacer una búsqueda intencionada que no resultó fácil: «El llegar a los servicios del HGM y preguntar por un paciente de origen indígena o si alguien conocía que hablara una lengua indígena, fue una tarea nueva y diferente...» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 51). Existía el temor generalizado de ofender a los que no lo fueran (quizás una forma de posible racismo o discriminación encubierta), y los alumnos debieron de recorrer varios pabellones observando los rasgos físicos, la indumentaria, y finalmente, algunos optaron por pedir el apoyo de enfermeras, trabajadoras sociales y médicos tratantes.

Bajo esta selección quedaron incluidos diez pacientes, seis mujeres y cuatro hombres. La pertenencia étnica fue la siguiente: tres Ñañhúes u Otomíes (dos del estado de Hidalgo, y una del Estado de México), dos Zapotecas (una en Oaxaca y otra migrante en la ciudad de México), dos Mazahuas (uno en Michoacán y otro en el estado de México), dos Nahuas (de Puebla y Veracruz) y una Totonaca residiendo en el Estado de México. (Ver *Cuadro 1*).

La comunidad de residencia más cercana fue de la paciente que vive en Iztapalapa en la ciudad de México y la más lejana, en el estado de Oaxaca a 450 km del Distrito Federal, en la costa del Pacífico.

Cuadro 1. Características generales de los informantes indígenas seleccionados en el Hospital general de México.

| Grupo | Nombre | Diagnóstico | Edad | Residencia | Lengua materna |
|-------|-------------|------------------------|------|----------------|----------------|
| 1 | David | Encefalopatía hepática | 61 | Michoacán | Mazahua |
| 2 | Guadalupe | Retinopatía diabética | 52 | Ciudad México | Zapoteca |
| 3 | Francisco | Litiasis vesical | 68 | Hidalgo | Ñañhú |
| 4 | Clemente | Fractura femoral izq. | 83 | Puebla | Náhuatl |
| 5 | José | Epidermolísis bullosa | 31 | Edo. de México | Ñañhú |
| 6 | Viviana | Miomatosis uterina | 47 | Edo. de México | Totonaca |
| 7 | Alejandrina | Prolapso uterino | 50 | Veracruz | Náhuatl |
| 8 | Graciela | Colecistitis litiásica | 32 | Oaxaca | Zapoteca |
| 9 | Elena | Dacriocistitis | 62 | Hidalgo | Ñañhú |
| 10 | Marcela | Tuberculosis | 59 | Edo. de México | Mazahua |

Fuente: Información clínico-etnográfica, Hospital general de México, 2008

Historias clínicas

Se elaboraron dentro de las instalaciones del Hospital general. Fue la parte relativamente más fácil para los estudiantes pues están ya acostumbrados a realizarlas desde semestres previos⁽¹⁷⁾. En todas las historias clínicas se sigue una batería de preguntas, en un orden pre-establecido e incluso su calidad se encuentra normatizada por las autoridades sanitarias del país⁽¹⁸⁾.

En función de la selección diversa de pacientes, los diagnósticos clínicos son también diversos y heterogéneos, y en todos los casos se tratan de problemas físico-biológicos que requieren un detallado seguimiento médico, y en determinados pacientes, de un tratamiento quirúrgico.

No fue ninguna sorpresa que se encontrara un bajo nivel educativo con un 50% de mujeres analfabetas, higiene personal deficiente, alimentación rica en carbohidratos, pobre en proteínas, y viviendas rurales con hacinamiento humano y estrecha convivencia con animales domésticos.

Historias de vida

Esta sección fue completamente novedosa, y los ítems a preguntar fueron proporcionados por los antropólogos del grupo⁽¹⁹⁾. No hubo problemas en su recolección, y los alumnos al presentar los datos biográficos en el informe final destacan su relevancia para comprender el contexto personal, familiar y comunitario de las enfermedades consignadas en las historia clínicas.

Los alumnos supieron que el 90% de los informantes nacieron de partera, pero que ese patrón ha ido variando, y ahora la atención de los partos va siendo más frecuente con los médicos. Que los matrimonios se decidieron en forma libre y autónoma y hubo un sólo caso de arreglo entre padres de los contrayentes. Que la planificación familiar era nula entre las generaciones más viejas pero ahora está cambiando con los más jóvenes. Que la migración es relevante y un 50% de los informantes ha cambiado de residencia, en su mayoría a otros lugares rurales y una a la ciudad. Que la autoatención es la estrategia más utilizada antes que la medicina tradicional y la atención médica académica. Que las plantas medicinales siguen siendo conocidas y usadas en las comunidades, en tanto que no hay ni médicos ni curanderos en sus lugares de residencia. Que algunos no creen en los curanderos identificados como brujos o charlatanes pero sí asisten con parteras, hierberos y hueseros.

Con esta información de primera mano los estudiantes se dieron cuenta de otra realidad muy concreta y particular de los pacientes hospitalizados que no son de origen urbano, ni mestizo (como ellos) y que no se logra captar ni asimilar a partir del cartabón técnico de la historia clínica. Aparece una cultura desconocida para ellos, que es dinámica en cuanto que aparecen cambios y modificaciones, donde lo rural e indígena no obedecen a patrones y estereotipos culturales estáticos e inamovibles.

Es aquí donde aparece la autoatención como el primer filtro de atención curativa y luego los múltiples curadores que son relevantes en las áreas campesinas, e igual la notable ausencia de doctores en dichas áreas.

Trayectoria del enfermo

También se les proporcionó una guía para describir y analizar las estrategias y los recursos que emplean los enfermos y sus familiares para la última enfermedad que ha requerido el empleo del HgM⁽²⁰⁾.

Aquí los estudiantes se encontraron como existe un uso secuencial y simultáneo de episodios curativos correspondientes a la autoatención, el curan-

derismo y la medicina académica, cuya última escala corresponde al servicio hospitalario público de donde han seleccionado sus informantes (HGM), pero que no significa la renuncia definitiva al uso de otros recursos, por ejemplo, herbolarios. Además se encontró que la medicina pública ofrecida por hospitales (segundo nivel de atención médica) se encuentra por encima de unidades de atención primaria (centros de salud) y de médicos privados.

Respecto a las representaciones del padecimiento, los alumnos pudieron acercarse a la vivencia de la enfermedad, constatar el empleo de términos populares como «piedritas en la vesícula» (colecistitis litiásica), «bulto en el ojo» (dacriocistitis) o tener el «hombro chispado» (luxación glenohumeral), etc.; sobre la causalidad percibida aparece la culpabilización propia (atribuida a la vejez) y ajena (que se atribuye a la brujería, o a una prueba de la divinidad) o bien como un incidente de la vida (diabetes mellitus, miomatosis uterina). Todos los enfermos aceptaron su afección física, un poco menos la afectación psicológica y la mitad de ellos reconocía las consecuencias y limitaciones en el terreno socioeconómico.

En cuanto a la percepción de las consecuencias de la hospitalización, en todos los casos se presentó el apoyo de la familia, con la emergencia de un «cuidador principal» que dirige y organiza la atención hacia el enfermo hospitalizado. Estos cuidadores (hijo o hija, esposa o esposo, u otro) por el papel activo en el cuidado de su familiar se vieron disminuidos en sus labores cotidianas, e incluso cuatro de ellos perdieron su trabajo.

Visita domiciliaria

Esta actividad de la investigación fue la que produjo más curiosidad, interés y asombro. Nunca antes realizada en su carrera profesional y no considerada en sus planes de estudio, despertó enorme ansiedad, miedo y nerviosismo. Al final de cuentas ellos manifestaron que esta experiencia les había brindado enorme satisfacción, alegría, felicidad y en algunos alumnos, el deseo de comprometerse más con los pacientes en su futura vida profesional.

A todos los estudiantes se le proporcionó una guía de observación y las indicaciones precisas de como hacer las anotaciones en el diario de campo⁽²¹⁾.

Transporte. Todos se fueron en transporte público excepto un grupo que -desobedeciendo haciendo caso omiso de la indicación-utilizó su automóvil.

Los que viajaron en autobuses en largas distancias sufrieron de incomodidad, insomnio y exceso de curvas: «Poniéndome en los zapatos del paciente me imagino que debió de ser terrible viajar en estas condiciones y con un cólico vesicular, quizá náuseas y vómitos, y que además se pudieran haber exacerbado por el tambaleo del camión». Después de 12 horas de viaje, luego una camioneta hacia Santa Marta donde «el trayecto fue algo tormentoso por tratarse de un camino de terracería y con un montón de curvas, subidas y bajadas» (equipo 8)⁽²²⁾.

Aún aquellos que fueron a la periferia de la ciudad de México abordaron el metro, luego un primer microbús «poco agradable, tenía rayaduras, ventanas rotas, el cofre del motor descubierto...varios asientos desgarrados y rotos», después una unidad más pequeña que les llevó serpenteando por calles estrechas del cerro. Luego a caminar seis cuadras.» (equipo 2). Otro equipo tendría que viajar en metro, luego autobús a Zitácuaro, Michoacán, luego un par de camionetas y finalmente, después de una hora de caminata (más o menos 5 kilómetros) llegar a su destino, no sin antes encontrarse con un retén militar.

Retenes militares. Dos de los equipos sufrieron la revisión militar pues son estados donde existe más narcotráfico y violencia política. No tuvieron problema por el oficio departamental que describía el objetivo de su viaje. Sin embargo, en el caso de Oaxaca «fuimos interceptados por un grupo militar [...] esta autoridad nos interrogó sobre nuestro asunto en el pueblo, a los cual respondimos ser estudiantes de la UNAM en un estudio antropológico y mostramos identificaciones y el documento otorgado [por el Departamento de historia y filosofía de la medicina], donde hace referencia a nuestra investigación. Estas personas de mala gana nos advirtieron de la complicada situación y que no se hacían responsables de nuestra seguridad, además de condicionarnos la entrada a la comunidad. Nos prohibieron tomar fotos y video de la gente del pueblo y que ese mismo día saliésemos de Santa Marta» (equipo 8). De hecho, en la noche fueron escoltados en su retorno de Santa Marta al poblado turístico de Puerto Escondido (AGUILAR V. *et al.* 2008: 53).

Contacto y recepción. El temor, la ansiedad, la inseguridad y la impaciencia durante el viaje se tornaron en bienestar, alegría y satisfacción cuando encontraron a los familiares del paciente, o bien, llegaron al domicilio indicado. «la gente es sumamente amable y de fácil trato» (equipo 1); «sentimos emoción por lo bien que nos trataron» (equipo 2); «nos fuimos sintiendo poco a poco más cómodos y alegres de estar ahí [en la casa del paciente]» (equipo 3); en la casa de la paciente «nos sentimos muy bien

recibidos y tratados» (equipo 8); «Don Jesús [esposo de Marcela] nos recibió con una grata sorpresa, ya que después nos dijo que creyó que jamás iríamos hasta su casa, y nos ofreció un vaso de agua» (equipo 10).

Interculturalidad. En todas las entrevistas se empleó el idioma castellano y sólo en dos casos con mujeres monolingües (Elena y Alejandrina) hubo limitaciones: «A nosotras nos tuvieron que traducir sus palabras pues la señora Elena entiende bien el español pero sólo habla el Ñañhú. Nuestra traductora e intérprete fue su hija...» (equipo 9); «Iniciamos nuestra entrevista [que] fue muy difícil porque si bien nuestros pacientes no son tímidos y nos tienen confianza, todo lo que nos decía doña Alejandrina no lo entendíamos y Julia nos lo traducía, pero había veces en que ella hablaba y hablaba y Julia sólo nos decía unas palabras» (equipo 7). La medicina doméstica y tradicional especializada brotó de manera extensa en las entrevistas, las visitas a las huertas familiares y en un caso hasta conocieron un *temazcal*⁽²³⁾.

Doña Guadalupe, paciente Zapoteca radicada en la Ciudad de México, sorprendió a las estudiantes por su amplio conocimiento de plantas medicinales y sus maniobras curativas para tratar casos de empacho y caída de mollera⁽²⁴⁾. «Actualmente la atención a la enfermedad de ella [diabetes mellitus] y de alguno de sus familiares se centra en la autoatención por medio de medidas generales, plantas medicinales en ocasiones, y que si llega a ser poco efectivo el tratamiento siempre llegan a acudir con un médico».

En Atlixco, Puebla, los estudiantes observaron el *temazcal* que se utiliza para «las mujeres embarazadas y cuando tienen una lesión o torcedura».

José, el paciente Ñañhú con problemas de la piel, se sentía molesto e incómodo con las preguntas sobre medicinas tradicionales, sin embargo «su madre jugó un gran papel en la obtención de información, ya que ella conocía más de las costumbres y prácticas que el mismo paciente negaba, ... [e incluso] su madre nos informó que la hermana realizaba limpiezas y que la gente del pueblo la buscaba para atender principalmente niños», además las alumnas conocerían y fotografiarían el altar familiar usado para las curaciones (equipo 5).

Sobre brujería, doña Elena, de origen Ñañhú de Hidalgo, afirma que en la localidad tienen la creencia de «que hay mujeres que son brujas, que son capaces de transformarse así mismas en animales “como pájaros” y que estas brujas se alimentan exclusivamente de la sangre de los niños alimentados al seno materno, les chupan la sangre hasta dejarlos muertos...» (equipo 9).

Observación participante. Como estudiantes de medicina que desconocen las herramientas del ámbito antropológico, surgieron múltiples ejemplos de “sesgo etnocéntrico” y aparte de la escasa higiene del transporte colectivo, los sobresaltos de los retenes militares, su desubicación en el espacio rural y marginal urbano, los hoteles desaseados y otros inconveniente, en sus observaciones no faltaron los perros «sucios y poco amigables», los insaciables mosquitos, las molestas moscas y el abundante excremento de caballo en las calles.

Todos los muchachos quedarían sorprendidos por los reducidos espacios de las viviendas de sus pacientes: es una casa «tan pequeña» dirían unos, «muy humilde y modesta» dirán otros. Algunas con basura, suciedad y ausencia de servicios sanitarios mínimos. «Ninguno de nosotros imaginaba el grado de pobreza de los pacientes hasta que lo vivimos en carne propia» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 52).

Igualmente todos los alumnos se dieron cuenta de la escasez alimentaria habitual, y reconocieron los signos de hospitalidad cuando fueron agasajados con la comida regional proporcionada en forma solidaria, no faltó el pollo con mole⁽²⁵⁾ y tortillas; aguamiel⁽²⁶⁾, atole⁽²⁷⁾, sopa de frijoles quebrados con chile guajillo y tortillas «mejores que las de la ciudad»; té de canela y *cocolos*⁽²⁸⁾ «muy ricos», chicharrón⁽²⁹⁾ con papa y huevos a la mexicana; un exquisito caldo de camarón de río; ensalada de pepinos y aguacate⁽³⁰⁾, carne asada y salsa de *xoconostle*⁽³¹⁾, tortillas «exquisitas», y de postre, unas tunas⁽³²⁾ rojas y del huerto, las granadas y los higos «que comimos con gusto»; «ricos *tlacoyos*⁽³³⁾ y gorditas⁽³⁴⁾ de chicharrón», en fin, nadie se quejó de los alimentos ofrecidos con tanto cariño, aunque no faltó un equipo miedoso que ni el agua probó: «aceptamos pero no tomamos ya que el agua la sacan de una pipa y nos mencionaron que había muchas enfermedades por amibiasis en esa zona».

Aspectos éticos. Como ya se dijo con anterioridad, se solicitó la firma del consentimiento informado a todos y cada uno de los pacientes involucrados en la investigación. La solicitud se hizo de manera honesta y respetuosa, se ofreció acompañamiento y la resolución de dudas administrativas. Las orientaciones médicas especializadas se canalizaron a los médicos tratantes de los diversos pabellones. Se establecieron vínculos estrechos con los familiares, en especial con los «cuidadores principales». Varios expresaron sorpresa con el cumplimiento de la visita domiciliaria pues había incredulidad.

Sentimientos y emociones. Sin duda, la investigación provocó múltiples estados de ánimo. Los diarios de campo están repletos de referencias a las

emociones que emergieron durante el proceso. Desacostumbrados a las técnicas y herramientas de las ciencias sociales, los estudiantes de medicina sufrieron nerviosismo, incertidumbre e incomodidad por la búsqueda del informante, la salida al trabajo de campo, el enfrentamiento a situaciones novedosas y atemorizantes, la direccionalidad de las entrevistas, la obtención de observaciones pertinentes, la convivencia con el enfermo y su familia fuera de la seguridad que proporciona el espacio hospitalario y el tinglado urbano, entre otros. Todo ello contrastando con la confianza, el cariño y la amistad generados durante la visita comunitaria.

Deseamos destacar dos casos. El primero, sobre las angustias y sufrimientos del equipo 8, quienes fueron a la costa de Oaxaca, e insistieron en ir con su paciente Graciela y pudieron imaginarse – en forma personal – lo que significa viajar más de 15 horas con un dolor cólico-vesicular en caminos de terracería y asfalto; y además ser revisados y amedrentados por el ejército: «Al ser detenidos por los militares sentimos bastante miedo de que fuésemos agredidos o se nos negara la entrada a Santa Marta [...] Nos sentimos observados y vigilados por vecinos y un militar que nos acompañó hasta el pueblo [...] Nos molestó el hecho de ser limitados en nuestra investigación, pues hasta parece que somos tratados como maleantes».

El segundo, es el equipo que hizo trabajo de campo en la Ciudad de México, quienes lograron tal empatía con su paciente que durante la entrevista al interrogar sobre la vivencia de la enfermedad (diabetes *mellitus*), lograron un evento de catarsis: «Es realmente sorprendente para nosotros entender de una manera mucho más tangible todo aquello que implica padecer una enfermedad. Fue el momento en que vimos a Guadalupe llorar por recordar los agravamientos que la acompañaron al momento del diagnóstico». Al terminar la entrevista, son invitados a comer pollo con mole, y a su vez, los estudiantes le regalan a la paciente un glucómetro para medirse los niveles de glucosa en sangre. Es la reciprocidad en acción⁽³⁵⁾.

Evaluación estudiantil

Existe completo consenso sobre la pertinencia y utilidad de la investigación, «fue algo fuera de lo común que nunca habíamos hecho, por lo que nos quedamos muy contentos [...] lo consideramos una experiencia de vida y parte de nuestra formación como médicos» (equipo 2). «Fue una gran experiencia [...] [Servirá] Para ayudar a nuestros pacientes [pues] no sólo debemos comprender la patología de la enfermedad, [también] debemos

conocer el contexto en el que el paciente se desenvuelve, sólo así podremos ayudar de manera eficiente a nuestros enfermos» (equipo 9).

Igualmente ponderan en forma positiva el uso de las historias de vida como un instrumento complementario a la historia clínica, pues «permite conocer e identificar hechos [vitales] interesantes que generalmente no se reflejan en la historia clínica habitual, y por ende, se le subestima en cuanto a su importancia [...] [la historia de vida] nos brinda información necesaria para sensibilizarnos respecto a la persona, haciendo más enriquecedora nuestra práctica clínica» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 58).

Sin duda, el trabajo de campo, estrechó las relaciones sociales con los enfermos y familiares, a tal grado que hubo una gran confianza: «Dentro de su estancia en el hospital el paciente mostraba más confianza con nosotros, siendo tan solo estudiantes, que con los médicos de base o los residentes [...] logramos un excelente relación médico paciente con el simple hecho de aprender a escuchar y compartir momentos de vida» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 52). Esta percepción demuestra la óptima relación de reciprocidad donde los enfermos entregaban información personal, confidencial e íntima, y los estudiantes, les brindaron consejería, resolución de dudas, acompañamiento, y un elemento, poco valorado en la actualidad: saber escuchar.

Por todo lo anterior, los estudiantes concluyen que esta práctica de investigación participativa deba incluirse en los componentes teórico-prácticos de la asignatura: «... este trabajo nos ayudó a poder integrar todo lo que se vio en el salón de clase, observando como el empacho, el susto, el mal de ojo y las plantas medicinales siguen a la par con la medicina occidental, en la vida de muchos de nuestros pacientes y que es indispensable como médicos conocerlos para poder entender a cada uno de nuestros futuros pacientes» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 54), por lo que «Sugerimos hacer obligatoria una actividad de campo como la que realizamos, debido a que pronto estaremos en una comunidad realizando nuestro servicio social...» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 58).

Reflexiones finales

Si como señala Josep M. Comelles, la marginalidad de la antropología médica es evidente en las escuelas de medicina de Estados Unidos, y resulta más patente en España (1997: 187-88), la situación en México es de extrema precariedad. La subordinación ideológica de las ciencias sociales con relación a la biomedicina ha sido una constante en todas y cada una de

las escuelas y facultades de medicina del país, desde su emergencia en la segunda mitad del siglo XIX y hasta la actualidad.

A pesar de esta enorme desventaja, los profesores de antropología médica que nos ubicamos en dichas escuelas debemos de crear, desarrollar y consolidar programas de corta, mediana y larga duración: cursos, seminarios, diplomados, maestrías y doctorados destinados a los estudiantes de licenciatura y posgrado, donde podamos demostrar la factibilidad, pertinencia y utilidad de la antropología médica en los estudios de las ciencias de la salud, donde incluimos la medicina, la enfermería, la odontología y otras carreras afines.

Un gran desafío es incorporar los contenidos antropológicos teóricos relevantes en función de la realidad demográfica y epidemiológica del país, y su relación e interacción con los sistemas de atención médica local, regional y nacional. Sin embargo, no basta con poseer un amplio y profundo esquema teórico-conceptual sino se logra un equilibrio con un trabajo práctico que sea igualmente significativo.

Creemos que los enormes esfuerzos que se están realizando en las escuelas de medicina y enfermería del Instituto politécnico nacional son dignos de encomio, señalando su relevancia e importancia. En el caso de nuestro equipo de trabajo departamental, no es frecuente sino excepcional el trabajo de campo⁽³⁶⁾.

En función de que se lograron cumplir con todos los objetivos generales y específicos de la investigación, sugerimos que esta aproximación clínica, etnográfica e intercultural pueda extenderse y generalizarse a distintas escuelas y facultades de medicina, con las adecuaciones pertinentes a las características de cada país.

Con esta práctica escolar – que posee un carácter sistematizado e integrador – se logra que el estudiante tenga un gradual y ampliado acercamiento social y cultural al enfermo (nivel individual), a la red parental (nivel familiar), al entorno social-colectivo (nivel comunitario), y finalmente – con estos casos reales y concretos – trate de entender y comprender los grandes problemas nacionales (comunes en toda América latina), donde la pobreza y la marginalidad de los pueblos campesinos y originarios constituyen hechos poco o nada conocidos por los estudiantes de la carrera de medicina, cuya extracción social es de clase media, origen mestizo y un estilo de vida urbano.

Una investigación como ésta exige e implica *a*) tiempo (con calendarización escolar obligatoria y programación de la actividad práctica, de por lo menos una semana de duración o en su defecto, de uno o varios fines de semana); *b*) presupuesto (que bien pueden solventar los estudiantes si tomamos en cuenta que es una práctica escolar formativa, y nuestra

universidad es pública y gratuita, y aún así, existe la posibilidad de obtener becas de apoyo); *c*) trámites administrativos obligatorios (seguro universitario, permiso de padres o tutores, oficio institucional de práctica escolar); *d*) condición física saludable (ausencia de enfermedad incapacitante, preparación física previa⁽³⁷⁾, inmunizaciones necesarias), y finalmente, *e*) Capacitación o adiestramiento en el uso de las técnicas y herramientas de la antropología.

Además, – como en toda investigación que se pretenda científica – es necesario que exista compromiso (personal y grupal, para cumplir con los objetivos de la investigación), honestidad (respetando la integridad del paciente y cumpliendo con las exigencias del trabajo de campo), y perseverancia (para alcanzar las metas del trabajo micro-grupal y colectivo).

Como señalamos en líneas previas, si consideramos que todos los alumnos involucrados son de estrato socioeconómico medio y alto, que gozan de todas las comodidades urbanas (casa o departamento, servicios públicos de agua potable, drenaje, alumbrado; teléfono y celular, seguridad social, algunos automóvil), que todos son mestizos, que estudian una carrera universitaria (algunos de ellos podrían pagar – sin problema alguno – los estudios médicos en escuelas privadas), podemos concluir que la aproximación concreta con pacientes del México Profundo – según palabras de Guillermo Bonfil (BONFIL G. 1994 [1987]) – todos ellos pobres, rurales e indígenas, resultó una experiencia vital única e inolvidable, intensa e incluso impactante.

Todos experimentarían el fenómeno – de acuerdo a (DEVEREUX G. 1983) – del tránsito de la ansiedad al método, y todos quedarían satisfechos de la cordial relación que establecieron con sus informantes.

Eduardo Menéndez ha expresado – con justa razón – que existe la posibilidad de que los estudios de antropología médica dirigida a médicos y estudiantes de medicina, tan sólo sean un «parche» en la formación médica contemporánea (MENEDEZ E. 2006: 59). En este sentido, los que brindamos docencia en escuelas de las llamadas ciencias de la salud, debemos asumir la responsabilidad y el compromiso de que la enseñanza de la antropología médica en México e Iberoamérica, sea la mejor posible en términos teóricos y prácticos y que su incidencia impacto no sólo sea en términos individuales sino que se establezca a nivel institucional tanto en el sector académico, como en el de servicios de salud.

Cerramos con palabras de los propios estudiantes: «Ahora sabemos que la medicina no sólo está en el hospital, la enfermedad se vive día a día, en el campo, en el hogar, con la familia, en la sociedad y en la vida de cada paciente» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 52).

Notas

⁽¹⁾ Créditos y agradecimientos: a la Dra. Adriana Ruiz Llanos, que nos recordó de su experiencia inolvidable como estudiante del curso de pediatría, he hizo en 1972 la visita domiciliaria a un paciente infante en el Estado de México; con ella discutimos y ampliamos por la discusión y ampliación en los detalles de la presente aproximación teórico-práctica. A todos y cada uno de los alumnos del grupo 4405 que cursaron la asignatura en el segundo semestre de 2008, y que con este trabajo lograron el primer premio de investigación antropológica del XVI Coloquio Estudiantil de Investigación. A continuación sus nombres completos:

Equipo 1: Iara Pineda Tejeda, Sergio Lozano Kaplún y Gerardo Rodríguez Guevara.

Equipo 2: Valerie Aguilar García y Carlos Adrián Chávez Mendoza.

Equipo 3: Jéssica Valeria Hernández Pimenta y José Antonio Orozco Morales.

Equipo 4: Hugo Guillermo Cornú Rojas, Carlos González-Rebeles Guerrero e Iván Alejandro Ramírez Galindo.

Equipo 5: María del Pilar Leal Leyte, Mariana Quintanar Martínez e Iliana Vázquez Estrada.

Equipo 6: Javier Lozano Castro Villagrana, Alejandro Novoa Boldo y Alfonso Sosa Viscaino.

Equipo 7: Abigaíl Juárez Cruz, Alejandro Montaña Jiménez y Rodrigo Núñez Vidales.

Equipo 8: Edna Arianna Amaro Hernández, Marisol Ochoa Apreza y Elisafat Arce Liévano.

Equipo 9: Anaid Dordelly Hernández y Yoalli Aleida Palma Orozco

Equipo 10: Yoshimar Abel García López.

⁽²⁾ Los estudiantes del cuarto año de medicina recibían las clases todo el año, una vez a la semana, con duración de tres horas. (Plan de estudios de la carrera de médico cirujano 85 de la Facultad de medicina.) Más adelante, con el Plan único de estudios implementado en 1993 se continuaron – y hasta la actualidad – con las mismas horas pero se concentró en el segundo semestre que abarca desde finales de mayo hasta principios de noviembre. (Plan único de estudios 1993, Facultad de medicina UNAM).

El programa departamental incluye 28 temas teóricos de antropología médica, donde predominan (más de una tercera parte) los contenidos relativos a las medicinas populares, que más adelante se orientaron al marco teórico de los modelos médicos y del proceso salud-enfermedad-atención.

Cabe mencionar que la mayoría de docentes somos médicos antropólogos y antropólogos médicos, egresados de la licenciatura y el posgrado de la Escuela nacional de antropología e historia (ENAH), y del Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) y por tanto discípulos directos e indirectos del Dr. Eduardo Menéndez. Por ello es notorio el empleo de bibliografía sobre modelos médicos, alcoholización y proceso salud-enfermedad-atención.

En el curso de antropología médica, no se contempla de manera oficial el ejercicio de prácticas de campo, aunque parte sustantiva de la calificación final es la presentación de trabajos de investigación documental (histórica o ética) o bien de trabajo de campo (con etnografía) relacionado con algún tema antropológico. La selección temática es voluntaria y el docente funciona como tutor directo de las investigaciones estudiantiles.

⁽³⁾ Véase: <http://www.esm.ipn.mx/wps/wcm/connect/esm/ESM/Inicio/CONOCENOS/Identidad/Historia/> Consulta: 5-enero-2009.

⁽⁴⁾ De manera oficial se pensó que era innecesario el adjetivo de rural, y en 1965 se eliminó el término, alegándose que sus egresados estaban perfectamente capacitados para ejercer la medicina «hacia cualquier tipo de población y en cualquier zona o territorio del país y muchas partes del extranjero» (*ibidem*).

⁽⁵⁾ Este servicio social en regiones rurales subsiste hasta la actualidad, y ha sido modelo para otras universidades latinoamericanas.

⁽⁶⁾ La Dra. Zuanilda Mendoza, egresó de dicho plan y expresa que las clases eran más bien de sociología que de antropología. Por otra parte, otro compañero, Andrés Aranda, egresado del Plan 85, menciona que sí hacían trabajo de campo comunitario en Xochimilco y otras zonas alejadas de la Ciudad universitaria (comunicaciones personales).

⁽⁷⁾ Las prácticas escolares duran de 1 a 3 días y dependen del tiempo disponible del profesor y de las posibilidades económicas de los alumnos. Se hacen actividades previas, y se recomienda el uso de diario de campo y la elaboración de un informe final, ya de regreso en la escuela, se realiza una evaluación grupal para reflexionar sobre el trabajo de campo. Un buen ejemplo de la interrelación de los estudiantes de medicina con médicos indígenas de Calpulalpan, Oaxaca se encuentra en JIMÉNEZ-CASTAÑEDA C. 2006: 87-103.

⁽⁸⁾ A. Ruiz-Belmán relata que la ENMH tiene un programa de trabajo comunitario ya establecido en su sede capitalina pero también en Iguala, Guerrero y San Isidro del Buen Suceso, Tlaxcala (2006: 142).

⁽⁹⁾ www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/medicina_tradicional_mexicana.pdf.

⁽¹⁰⁾ Tal visita era grupal pero no formaba parte de ningún proyecto sistematizado (comunicación personal de la Dra. Adriana Ruiz Llanos, en aquel entonces estudiante de medicina, quien en 1972 realizó en el vecino Estado de México la visita domiciliaria a los familiares de un paciente infantil).

⁽¹¹⁾ Ese año la Facultad de medicina tuvo 6 994 alumnos de licenciatura, con 34 grupos de cuarto año y los Nuce lo constituyen 5 grupos que poseen calificaciones por encima del promedio generacional.

⁽¹²⁾ El HgM, es el nosocomio público más importante de la República mexicana, cuya fundación data de 1905, que es la continuidad del Hospital de San Andrés que funcionó en el siglo XIX, y del Real hospital de San José de los naturales que operó para los indígenas desde el siglo XVI hasta su clausura en 1822. Recibe pacientes de todo el país, especialmente de aquellos que carecen de seguridad social, es decir, atiende a los enfermos más pobres, marginales y desprotegidos.

⁽¹³⁾ En México, ser indígena es pertenecer a uno de los casi sesenta pueblos originarios del país, un diez a catorce por ciento de la población nacional. Se escogieron pacientes con esta categoría por varias razones. Primero, porque constituyen el sector social más pobre y desprotegido de la sociedad mexicana, y por ello representan la evidencia más concreta de las fallas del Estado para lograr una sociedad más igualitaria. Segundo, porque los pueblos originarios son los que tienen las peores condiciones de vida, con los más elevados índices de morbilidad y mortalidad general, materna e infantil. Tercero, porque tienen una riqueza cultural desconocida para los estudiantes universitarios de medicina, la mayoría de ellos mestizos que pertenecen a la clase media mexicana.

⁽¹⁴⁾ No obstante, hizo un extraordinario trabajo sobre los problemas de comunicación médico-paciente, cuando éste último es sordo-mudo y el médico tratante no maneja el sistema de lenguaje de señas mexicano.

⁽¹⁵⁾ Cabe mencionar que los estudiantes de medicina del plan vigente tienen reducidas salidas durante sus prácticas de campo en salud pública y la mayoría de ellas son en escuelas y colonias cercanas al *campus* universitario dentro de la Ciudad de México.

⁽¹⁶⁾ Esta autorización se vio facilitada porque semanas antes se invitó a los papás a participar en una clase sobre herbolaria mexicana que acostumbramos hacer en cada ciclo escolar desde hace 15 años (CAMPOS NAVARRO R. 2004a y 2004b).

⁽¹⁷⁾ Por esta y otras razones, es conveniente que la asignatura integrada (historia, antropología, ética y filosofía) deba hacerse en el semestre inmediatamente antes del internado y el servicio social.

⁽¹⁸⁾ Una historia clínica contiene los siguientes ítems: 1. Ficha de identificación (nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, de residencia, estado civil, etc.). 2. Interrogatorio (Antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales gineco-obstétricos, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual, motivo del ingreso e interrogatorio por aparatos y sistemas). Tratamientos previos a la internación, Exámenes de laboratorio y de gabinete previos. 3. Exploración física (Signos vitales, habitus exterior, cabeza, cuello, tórax, abdomen, periné, extremidades superiores e inferiores, piel y anexos, exploración neurológica), 4. Diagnósticos.

⁽¹⁹⁾ La Historia de Vida incluyó los siguientes ítems: 1. Datos personales (nombre, edad, sexos, grupo étnico, lengua materna, ocupación, ingresos económicos). 2. Estructura familiar (tipo de

familia, tipo de unión matrimonial). 3. Estructura de parentesco (genealogía). 4. Ciclo de vida (nacimiento, infancia, matrimonio, planificación familiar, vejez). 5. Régimen de propiedad (privada, comunal, ejidal, casa propia o de alquiler). 6. Hábitos domésticos (alimentos, tabúes alimentarios, hábitos higiénico-sanitarios). 7. Rituales y creencias religiosas. 8. Rituales de medicina (tipos de curanderismo, tipos de enfermedades popular-tradicionales, recursos curativos, prevención de enfermedades, autoatención).

⁽²⁰⁾ En este apartado se incluyeron los siguientes ítems que debían recolectar de manera precisa y detallada, considerando las variables del espacio y el tiempo: 1. Conjunto de comportamientos ante la enfermedad (aparición de signos y síntomas, respuestas inmediatas a los malestares). 2. Recuento detallado de recursos individuales, familiares y comunitarios utilizados a partir del malestar o la enfermedad (desde la autoatención hasta el internamiento en el hospital general, pasando por tiendas, farmacias, curanderos, médicos generales institucionales, médicos privados, centros de salud, hospitales regionales, etc.). 3. Recolección de información sobre el padecimiento (cómo le llama, que lo causó, cómo evolucionó, que gravedad tiene, como se evaluaron los tratamientos previos a la hospitalización). 4. Consecuencias de la hospitalización (afectación personal, familiar, laboral, escolar).

⁽²¹⁾ Se les adiestró en el uso del diario de campo. Anotación de acontecimientos en forma cronológica desde que salen de su casa hasta el término del día. Observaciones objetivas en cuanto a contexto, ambiente, información no verbal, observación directa de estilos de vida (alimentación, higiene, uso de servicios de salud). Anotación de hechos subjetivos percepciones personales, sentimientos y sensaciones.

⁽²²⁾ En sus vivencias los alumnos dirán «Queremos afirmar que nosotros lo hicimos una sola vez, y que además somos personas jóvenes y sanas, ellos son enfermos y muchas veces llegan a su hogar después de un día pesado en la ciudad y en ocasiones después de estar toda la mañana en el Hospital general» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 52).

⁽²³⁾ Baño de vapor de origen prehispánico mesoamericano.

⁽²⁴⁾ Conocidas enfermedades populares «tradicionales», también reconocidas como «síndromes culturalmente delimitados», de «filiación cultural» o «dependientes de la cultura».

⁽²⁵⁾ Mole: Clase de salsa, preparada con diferentes chiles (por ejemplo, ancho, pasilla y mulato) y jitomate, ajo, cebolla, clavo, pimienta, sal, canela, manteca, chocolate, azúcar (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 143).

⁽²⁶⁾ Aguamiel: Jugo sin fermentar del maguey (género *Agave*), que, fermentado, es el pulque (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 6).

⁽²⁷⁾ Atole: Bebida que se prepara con masa de maíz (o con harina de maíz) disuelta en agua y hervida hasta que adquiera cierta consistencia (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 18).

⁽²⁸⁾ Cocol de anís: pan con anís (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 55).

⁽²⁹⁾ Chicharrón: Piel (con algo de carne) de cerdo joven, oreada y frita (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 44).

⁽³⁰⁾ Aguacate: Fruta comestible de varios árboles del género *Persea* (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 6).

⁽³¹⁾ Xoconostle: tuna agria que sólo se emplea en la confección de dulces en almibar o cubiertos (GÓMEZ DE SILVA 2001: 243).

⁽³²⁾ Tuna: fruto del nopal (*Opuntia tuna*) (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 234).

⁽³³⁾ Tlacoyos: tortilla gruesa de maíz con relleno de frijol u otro alimento (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 226).

⁽³⁴⁾ Gorditas: Tortilla gruesa de maíz más pequeña que la gorda (GÓMEZ DE SILVA G. 2001: 94).

⁽³⁵⁾ En otros equipos también se relatan fenómenos de llanto «en el momento de recordar su niñez, al relatar su enfermedad, recordar a sus seres queridos o al expresar la situación familiar» (AGUILAR V. *et al.* 2008: 52).

⁽³⁶⁾ En la actualidad, los profesores de antropología sólo dirigen y asesoran investigaciones estudiantiles de antropología (asociadas a trabajo de campo), cuando los alumnos seleccionan un tema afín, pero los alumnos pueden inclinarse por hacer investigaciones en el campo de la historia o de la ética médica, que por lo general, implican únicamente trabajo bibliográfico y documental.

⁽³⁷⁾ Quizá se piense que exagero pero en los diarios de campo aparecieron las siguientes observaciones: el equipo 1 que debió caminar cerca de 5 km. para llegar al rancho del paciente, manifestaron su «pésima condición física», y uno de los integrantes del equipo 8 relata que después de una hora de caminata bajo un «sol abrazador» que «jamás imaginé ver a mis compañeras tan exhaustas y sudorosas como ese día. jajaja».

Bibliografía

- AGUILAR Valerie - AMARO Edna Ariana - ARCE Elisafat - CHÁVEZ Carlos A. - CORNÚ Guillermo - DORDELLY Anaid - GARCÍA Yoshimar - GONZÁLEZ Carlos - HERNÁNDEZ Jéssica - JUÁREZ Abigaíl - LEAL María P. - LOZANO Javier - LOZANO Sergio - MONTEÑO Alejandro - NOVOA Alejandro - NÚÑEZ Rodrigo - OCHOA Marisol - OROZCO José A. - PALMA Yoalli A. - PINEDA Iara - QUINTANAR Mariana - RAMÍREZ-GALINDO Iván A. - RODRÍGUEZ Gerardo - SOSA Alfonso - VÁZQUEZ Iliana - CAMPOS Roberto (2008), "Yo no creo en los curanderos..." *Enfermedad, padecimiento y trayectoria del enfermo en pacientes indígenas del Hospital General de México. Mecanoescrito*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1955), *Los programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Indigenista Interamericano, México.
- AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1980 [1963]), *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- BONFIL BATALLA Guillermo (1994 [1987]), *México profundo. Una civilización negada*, Ed. Grijalbo, México.
- CAMPOS NAVARRO Roberto (2004a), *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*, pp. 129-151, en FERNÁNDEZ Gerardo (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Universidad de Castilla La Mancha, Ed. Abya Yala, Quito.
- CAMPOS NAVARRO Roberto, (2004b), *El uso de metáforas en la enseñanza de la historia de la medicina. Algunas experiencias docentes en la facultad de Medicina de la UNAM*, en "Analecta Histórica Médica", vol. II, n. 2, 2004, pp. 24-36.
- COMELLES Josep M. (1997), *Paradojas de la antropología médica europea*, "Nueva Antropología", vol. 52-53, 1997, pp. 187-188.
- CRUZ REBECA - RUIZ Alfonso (2006), *La enseñanza de la Antropología Médica en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional*, pp. 65-86, en IZQUIERDO Teresa - AGUIRRE Enrique (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- DEVEREUX George (1983), *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Ed. Siglo XXI, México.
- GASCA Humberto (2004), *Crónica de la Facultad de Medicina. Tomo II, 1971-1991*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- GÓMEZ DE SILVA Guido (2001), *Diccionario breve de mexicanismos*, Academia Mexicana/Fonde de Cultura Económica, México.
- HEFER FRITZ (1977), *Plan para la educación médica al servicio del pueblo mexicano*, "América Indígena", vol. XXXVII, n. 2, 1997, pp. 425-434.
- JIMENÉZ - CASTAÑEDA Cuahuteotlita (2006), *Acercamiento del estudiante de medicina a los médicos tradicionales Escuela Superior de Medicina*, pp. 65-86, en IZQUIERDO Teresa - AGUIRRE Enrique, (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- LARA ROSA Ma. (2005), *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*, Ed. Manual Moderno, México.

MARTÍNEZ Adrián - GIL Miguel - RODRÍGUEZ Rodolfo (1997), *Nivel académico de los alumnos del Programa de Medicina General Integral (Plan A-36) y su comparación con los alumnos del Plan de Estudios 85* "Revista Facultad de Medicina", Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 40, n. 6, 1997, pp. 222-229.

MENÉNDEZ Eduardo (2006), *Interculturalidad, "diferencias" y antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas*, pp. 51-65, en FERNÁNDEZ Gerardo, (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*, Ed. Universidad de Castilla La Mancha - Ed. Abya Yala, Quito.

MORFÍN Roxana - GUZMÁN Cándido (2006), *Constructivismo y medicina tradicional. (Una experiencia en la formación médica)*, pp. 104-123, en IZQUIERDO T. - AGUIRRE Enrique (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

RUIZ BELMÁN Alfonso (2006), *Trabajo de campo y antropología médica*, pp. 131-143, en IZQUIERDO Teresa - AGUIRRE Enrique (editores), *La medicina tradicional en el contexto de la antropología médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (1985), *Plan de estudios de la carrera de médico cirujano*. Facultad de medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (1993), *Plan único de estudios de la carrera de médico cirujano*. Facultad de medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1993, México.

Consultas en internet

<http://www.esm.ipn.mx/wps/wcm/connect/esm/ESM/Inicio/CONOCENOS/Identidad/Historia/Consulta>: 5-enero-2009

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/medicina_tradicional_mexicana.pdf - Consulta: 5-enero-2009

Nota sobre el Autor

Roberto Campos Navarro nació en Aguascalientes, México, el 9 de diciembre de 1951. Es médico cirujano con especialidad en medicina familiar. Estudios de maestría en antropología social en la Escuela nacional de antropología e historia (ENAH). Doctorado en Antropología en el Instituto de investigaciones antropológicas de la Universidad nacional autónoma de México (UNAM).

Desde 1985 hasta 2000, fue profesor titular de antropología médica en la maestría y doctorado de antropología social de la ENAH. Desde 1987 y hasta la actualidad es Profesor titular de tiempo completo de la materia de antropología médica en el departamento de Historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, UNAM. Actualmente

funge como coordinador de investigación de dicho departamento. Ha sido coordinador de diplomados de posgrado en salud intercultural en México, Bolivia y Perú. Profesor titular en cursos de maestría y doctorado en México, Argentina y España. Conferencista en Guatemala, Costa Rica, Panamá, Venezuela, Perú, Bolivia, Ecuador, Chile, Argentina, Cuba, República Dominicana, Uruguay, Paraguay, Colombia, USA, España, Italia, Suiza y Alemania.

Las principales líneas de investigación son el curanderismo urbano, enfermedades populares en México y América Latina e interculturalidad en salud en hospitales rurales.

Es autor de los libros: *La antropología médica en México* (Instituto Mora/UNAM, 1992); *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy* (Nueva Imagen, 1997); *El empacho en la medicina mexicana, Antología (siglos XVI-XX)* (Instituto nacional indigenista, 2000); *Textos peruanos sobre el empacho* (UNAM-AMARES) y *Medir con la cinta y tirar del cuerito. Textos médicos sobre el empacho en la Argentina* (2009)

Artículos y revistas: *Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización*, "Nueva Antropología", vol. 52-53, 1997, pp. 67-87; *Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*, "Rev. Med. IMSS", vol. 35, n. 4, 1997, pp. 265-272; *La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina*, "Salud-Problema", vol. 4, n. 7, 1999, pp. 75-81; *La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México*, "Kallawayá" [La Plata-Salta, Argentina], vol. 6, octubre 1999, pp. 7-18; *Adecuaciones interculturales en los Hospitales para Indios en la Nueva España*, "Gaceta Médica de México", vol. 137, n. 6, 2001, pp. 595-608; *¿Existe el empacho en Cuba? Textos históricos y etnográficos (1821-2004)*, "MEDISAN", vol. 8, n. 3, 2004; *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*, en FERNÁNDEZ - JUÁREZ (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Universidad de Castilla La Mancha - Abya Yala, Quito, 2004 y 2006.

Domicilio: Departamento de historia y filosofía de la medicina. Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México, Brasil 33, Centro Histórico. México, D.F., C.P. 06020. Correo electrónico. rcampos@servidor.unam.mx

Resumen

Aproximación clínica, etnográfica e intercultural de estudiantes de medicina a pacientes hospitalizados. Una experiencia docente en la Universidad Nacional Autónoma de México

La asignatura de antropología médica es obligatoria desde 1985 en la Facultad de medicina de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM). Sus contenidos teóricos contrastan con los escasos elementos prácticos. En el segundo semestre de 2008,

veinticinco alumnos emprendieron una investigación que comprendía aspectos médicos y socio-antropológicos. Seleccionaron diez enfermos de origen indígena, residencia no mayor a 200 km. de la Ciudad de México, que fuesen mayores de edad y que aceptaran participar en el estudio. Se utilizaron instrumentos convencionales tanto de la medicina – la historia clínica –, como de las ciencias sociales – la historia de vida, la entrevista, la observación participante y el diario de campo –, para indagar sobre la enfermedad, el padecimiento, la carrera del enfermo o trayectoria ante la enfermedad, las consecuencias de la hospitalización, y finalmente, conocer el contexto socioeconómico y cultural del paciente, la familia y la comunidad, mediante una visita domiciliaria, que duró dos a tres días en promedio. Los estudiantes viajaron en los transportes públicos que usan de manera cotidiana los pacientes, pasaron por retenes militares, conversaron y comieron con los enfermos y sus familiares, e intercambiaron saberes y experiencias. Todos ellos calificaron esta aproximación como vital e inolvidable. Con esta práctica se logra un equilibrio significativo entre la teoría y la práctica, e introduce al estudiante de medicina “mestizo, urbano y de clase media alta” a la realidad social, económica, política y cultural del campesino e indígena Mexicano. El objetivo de esta investigación fue brindar elementos teóricos y prácticos de la antropología médica para un acercamiento real a las prácticas curativas de los pacientes de origen indígena y así profundizar en los procesos concretos de interculturalidad en salud.

Riassunto

Approccio clinico, etnografico e interculturale di studenti di medicina a pazienti ospedalizzati. Un'esperienza didattica alla Universidad nacional autónoma de México

Dal 1985 l'Antropologia medica è obbligatoria nella formazione medica presso la Facoltà di medicina della Universidad nacional autónoma de México (UNAM), ma i suoi contenuti teorici contrastano con alcuni aspetti pratici. Nel corso dell'anno 2008, venticinque studenti hanno portato a termine una ricerca, utilizzando al contempo tecniche mediche e socio-antropologiche, selezionando dieci pazienti di origine indiana, la cui residenza fosse situata in un raggio inferiore a 200 km da Città del Messico, che fossero maggiorenni e consenzienti. Sono stati utilizzati strumenti convenzionali sia della medicina – la storia clinica – sia delle scienze sociali – la storia di vita, l'intervista, l'osservazione partecipante e il diario di campo, per fare ricerca sulla malattia, la sofferenza, la carriera del malato, l'itinerario precedente la malattia, le conseguenze dell'ospedalizzazione, e infine conoscere il contesto socioeconomico e culturale del paziente, la famiglia e la comunità, attraverso una visita domiciliare della durata media di due o tre giorni. Gli studenti hanno utilizzato lo stesso trasporto pubblico quotidiano

usato dai pazienti, attraversato blocchi militari, conversato e condiviso i pasti con i degenti e con i loro familiari, scambiando saperi ed esperienze. Tutti hanno qualificato questa esperienza come vitale e indimenticabile. Con questa pratica di ricerca si stabilisce un equilibrio significativo tra la teoria e la pratica, e si introduce lo studente di medicina “meticcio, urbano e di classe medio-alta” alla realtà sociale, economica, politica e culturale del contadino e dell’indigeno messicano. L’obiettivo di questa ricerca è stato quello di coniugare elementi teorici e pratici dell’antropologia medica per un avvicinamento reale alle pratiche curative dei pazienti di origine indigena, per poter approfondire in tal modo i processi concreti di interculturalità nel campo della salute.

Résumé

Approche clinique, ethnographique et interculturel d’étudiants de médecine à des patients hospitalisés. Une expérience didactique à l’Universidad nacional autónoma de México

Le sujet de l’anthropologie médicale est obligatoire depuis 1985 dans la formation médicale à la Faculté de médecine de l’Universidad nacional autónoma de México (UNAM). Son contenu théorique à la différence de quelques éléments pratiques. Durant l’année de 2008, vingt-cinq étudiants ont entrepris une enquête, impliquant à la fois techniques médicales et socio-anthropologiques, avec dix patients sélectionnés d’origine indienne, séjour ne dépassant pas 200 km. Mexico City, plus de vingt années et ont accepté de participer à la recherche. Les instruments conventionnels ont été utilisés en médecine – antécédents médicaux – et des sciences sociales, – de l’histoire de vie des interviews, l’observation participante et le journal de terrain –, pour en savoir davantage sur la maladie, la souffrance, le carrière de maladie ou de chemin d’accès de soins, les conséquences de l’hospitalisation, et enfin, de connaître le contexte socio-économique et culturel du patient, la famille et la communauté à travers une visite à domicile, qui a duré deux à trois jours en moyenne. Les étudiants voyageant dans les transports publics sur une base quotidienne avec des patients passés par des postes de contrôle militaires, ont mangé et parlé avec les patients et leurs familles, et ont échangé des connaissances et des expériences pratiques, et introduit l’étudiant en médecine “non-indigènes urbaines et la classe moyenne supérieure” à la vie sociale, économique, politique et culturelle du paysan et indigène mexicain. L’objectif de cette recherche était de fournir des éléments théoriques et pratiques de l’anthropologie médicale pour une véritable approche de pratiques de guérison d’origine autochtone et les patients et d’examiner les processus de santé spécifiques interculturel.

Abstract

Medical students encounter hospitalized patients. Clinical, ethnographical and intercultural aspects of a teaching experience at the Universidad nacional autónoma de México

The lessons of medical anthropology have been included since 1985, as obligatory in the curriculum of medical training, in the Faculty of Medicine in the Universidad nacional autónoma de México, but its theoretical content in contrast to the few practical items. In 2008, twenty-five students undertook an investigation, involving both medical and socio-anthropological techniques. They have selected ten patients of indigenous origin, residence not exceeding 200 kms. Mexico City, over twenty years old and that accept to participate in the study. Conventional instruments were used in medicine like clinical history, and the social science resources, such as life history, interviews participant observation and field diary, to inquire about the disease, suffering, health seeking behavior, the consequences of hospitalization, and finally, to know the socio-economic and cultural context of the patient, family and the community through a home visit, which lasted two to three days on average. Students traveling on public transport on a daily basis using patients, went through military checkpoints, talked and ate with the patients and their families, and exchanged knowledge and experiences. They all described this approach as vital and unforgettable. This practice achieves a significant balance between theory and practice, and introduces the medical student “non-indigenous, urban and upper-middle class” to the social, economical, political, and cultural life of the peasant and indigenous Mexican. The objective of this research was to provide theoretical and practical elements of medical anthropology for a real approach to the healing practices of indigenous origin and patients and to examine the processes of intercultural health specific.